

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

KATEDRA ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU



**HIPOTERAPIE A JEJÍ VLIV NA JEDINCE S RŮZNÝMI
TYPY POSTIŽENÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

Mgr. Miroslava Plívová

Zpracovala:

Lenka Obstová

© Srpen 2009

ABSTRAKT

Název: Hipoterapie a její vliv na jedince s různými typy postižení

Cíl práce: Zpracovat kazuistiky těchto tří dětí a zjistit, jak na ně terapie působí a jakou povahu bude mít vztah dětí ke koni.

Metoda: Pro splnění cíle byl použit dotazník s otevřenými otázkami, pozorování a dále osobní a úřední dokumenty třech vybraných dětí.

Výsledky: Po vyhodnocení dotazníků a po zpracování jednotlivých kazuistik jsme dospěli k závěru, že děti s různými typy postižení si vytváří ke koním blízký vztah a terapie jízdou na koni má velmi příznivý vliv na jejich tělesnou, duševní a sociální stránku. Předpokládané rehabilitační účinky terapie na tělesnou stránku jedince se nám potvrdily. U dětí dochází ke zlepšení koordinace pohybů, vzpřímenějšímu držení těla, zpevňování svalového korzetu a také k uvolnění celého těla.

Klíčová slova: mentální retardace, poruchy autistického spektra, pervazivní vývojové poruchy, Downův syndrom, hipoterapie

ABSTRAKT

Title: Hipotherapy and its influences on individuals with different types of disability

Goal of the research: To process case reports of these three children, observe the affect of therapy on each child and watch the responses of children to therapy.

Method: It was used questionnaire with open questions, observations, and personal and official documents of three selected children.

Results: After the evaluation of questionnaires and individual case reports we concluded that children created close relationship with horses and therapy had positive influence on them. Expected effects of rehabilitative therapy were confirmed. Finally it was improved children's coordination of movements, erection of the posture, strength of musculus corset, and relaxation of whole body.

Key words: mental retardation, Autistic Spectrum Disorders, pervasive developmental disorders, hipotherapy

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Miroslavě Plívové za odborné vedení při zpracování této práce a také za pomoc při výběru tématu bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat rodičům dětí za ochotnou spolupráci při vyplňování dotazníků a za poskytnutí dokumentů o jejich dětech.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně, s použitím literatury a pramenů uvedených v bibliografii.

V Praze dne:

.....

Podpis

Svoluji k zapůjčení své bakalářské práce ke studijním účelům.

Prosím, aby byla vedena řádná evidence vypůjčovatelů, kteří musejí pramen převzaté literatury řádně očíslovat.

Jméno a příjmení: Číslo OP: Datum vypůjčení: Poznámka

OBSAH

I. ÚVOD.....	2
II. CÍLE A ÚKOLY PRÁCE.....	4
III. VĚDECKÉ OTÁZKY.....	5
IV. TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1. Mentální retardace.....	6
1.1. <i>Klasifikace mentální retardace</i>	7
1.1.1. Lehká mentální retardace.....	7
1.1.2. Středně těžká mentální retardace.....	8
1.1.3. Těžká mentální retardace.....	8
1.1.4. Hluboká mentální retardace.....	9
2. Poruchy autistického spektra.....	10
2.1. <i>Pervazivní vývojové poruchy</i>	11
2.2. <i>Triáda narušených oblastí</i>	13
2.3.1. Vysokofunkční autismus.....	14
2.3.2. Středněfunkční autismus.....	15
2.3.3. Nízkofunkční autismus.....	15
3. Downův syndrom.....	17
4. Hipoterapie.....	20
4.1. <i>Historie hipoterapie</i>	21
4.2. <i>Hiporehabilitace</i>	23
4.3. <i>Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění</i>	24
4.4. <i>Sport handicapovaných a rekreační ježdění</i>	26
4.5. <i>Působení hipoterapie</i>	27
4.5.1. Faktory nespecifické.....	28
4.5.2. Faktory specifické.....	30
4.5.3. Psychosociální faktory.....	30
4.6. <i>Výběr koně pro hipoterapii</i>	32
4.7. <i>Praktické provádění hipoterapie</i>	34
4.7.1. Postup hipoterapie.....	35
V. PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
5. Výzkumná část.....	37
5.1. <i>Metodiky výzkumu</i>	37
5.2. <i>Metody sběru dat a jejich zpracování</i>	37
5.3. <i>Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného souboru</i>	39
5.4. <i>Výsledky</i>	40
5.4.1. Kazuistika Martin.....	40
5.4.2. Kazuistika David.....	43
5.4.3. Kazuistika Petr.....	46
5.5. <i>Výsledky dotazníku s otevřenými otázkami</i>	49
VI. DISKUZE.....	59
VII. ZÁVĚR.....	62
SEZNAM LITERAURY.....	64
PŘÍLOHY.....	67

I. ÚVOD

Hipoterapie je rehabilitační metoda, která využívá léčebné působení koně na člověka. Patří mezi nejrozšířenější formy animoterapie- léčby využívající působení zvířat na člověka. Význam animoterapie v současné době velmi roste, vzájemnou interakcí „člověk-zvíře“ se v poslední době zabývá stále více odborníků. Kůň jako zvíře žijící ve stádě má velmi silnou schopnost navazování vztahů a to se týká i kontaktů s člověkem. Koně mezi sebou komunikují pomocí řeči těla, svého výrazu, postavení uší, podle různých pohybů a podobně. Díky tomu se snaží porozumět i komunikaci mezi lidmi. V poslední době se mezi veřejností výrazně rozšířila metoda práce s koněm podle tzv. přirozených metod. Pojem přirozený zde vyjadřuje postoj k práci s koněm a metody, které se snaží napodobit chování a komunikaci koní ve stádě. Tato metoda vychází z pozorování koně v jeho přirozeném prostředí. Metoda lze efektivně využít k přípravě koně na hiporehabilitaci, dále také při práci s klienty v průběhu pedagogicko-psychologického ježdění.

Ve světě se problematikou hipoterapie zabývá FRDI (The Federation of Riding for the Disabled International), jejíž členy jsou Česká hiporehabilitační společnost a Slovenská hippoterapeutická asociácia.

Téma týkající se hipoterapie jsem si zvolila především proto, abych si rozšířila přehled o dané problematice. Také z důvodu své tříleté praxe jako dobrovolník v občanském sdružení Zajíček na koni. S občanským sdružením jsem se v roce 2009 již po třetí zúčastnila letního integračního tábora, kde jsem získala potřebné materiály k výzkumné části mé bakalářské práci. Ještě před zahájením tábora jsem požádala rodiče tří dětí s handicapem o svolení psát o nich ve své bakalářské práci. Po jejich souhlasu jsme vypracovali dotazníky s otevřenými otázkami, které jsme rodičům rozdali na integračním táboře. Měli jsme zde možnost zúčastněného pozorování při terapii jízdou na koni, dále mi zde byly poskytnuty dokumenty potřebné k vypracování kazuistik jednotlivých dětí.

Hipoterapii bych se ráda věnovala do budoucna, chtěla bych rozšířit své znalosti v této problematice a získat profesionálnější praxi. Na základě těchto poznatků bych chtěla pokračovat v diplomové práci.

Práce by měla poukázat na to, jaký mají děti vztah k terapii jízdou na koni a jak na ně terapie působí po stránce tělesné, duševní a sociální. Dále bylo naší snahou zjistit, k jakým účinkům dochází prostřednictvím terapie. Výzkumná část mé práce pak vychází z kazuistických studií, zpracování dokumentů a pozorování dětí během terapeutické jednotky.

II. CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

Cílem práce bylo zpracovat kazuistiky tří dětí, které se na letním integračním táboře zúčastňovaly terapie jízdou na koni. Naší snahou bylo zjistit, jak na tyto děti terapie jízdou na koni působí a k jakým zdravotním účinkům díky terapii dochází.

Pro splnění cíle jsme stanovili následující úkoly:

1. Prostudovat odbornou literaturu, která se zabývá danou problematikou.
2. Kontaktovat rodiče dětí, o kterých bychom chtěli psát kazuistiku a získat jejich souhlas ke zveřejnění údajů o jejich dětech.
3. Vytvořit dotazník pro rodiče vybraných dětí.
4. Prostudovat dokumenty, které nám poskytli rodiče dětí.
5. Požádat rodiče o vyplnění dotazníků.
6. Na základě zodpovězených otázek vytvořit tabulky.
7. Na základě získaných informací porovnat odpovědi jednotlivých rodičů

III. VĚDECKÉ OTÁZKY

1. Jakým způsobem působí hipoterapie na vybrané děti?
2. Jakým způsobem působí hipoterapie na emoční ladění zkoumaných dětí?
3. Jakou povahu bude mít vztah dětí ke koni?

IV. TEORETICKÁ ČÁST

1. Mentální retardace

„Každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy. Přesto se však u většiny z nich projevují společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace, na míře postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentální retardace.“ (Švarcová, 2000, s. 24)

Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. V současné době se pro označení snížení rozumových schopností nejčastěji používá termín mentální retardace, který navozuje představu určité dočasnosti opoždování ve vývoji. Ve většině publikací jsou termíny „mentální postižení“ a „mentální retardace“ používány jako synonyma (Švarcová, 2000).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MNK-10) je stupeň mentálního postižení dán orientačně výškou inteligenčního kvocientu takto:

F20 Lehká mentální retardace-IQ 50-69, dříve debilita.

F71 Středně těžká mentální retardace, též střední mentální retardace-IQ 35-49, dříve imbecilita.

F72 Těžká mentální retardace-IQ 20-35, dříve idioimbecilita, prostá idiocie.

F73 Hluboká mentální retardace-do 19 IQ, dříve idiocie, vegetativní idiocie (Müller, Valenta, 2003).

1.1. Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace představuje výrazně sníženou úroveň inteligence. Při její klasifikaci se užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která je platná od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace (Švarcová, 2000).

1.1.1. Lehká mentální retardace

Lehká mentální retardace je nejrozšířenější formou (trpí jí asi 80% mentálně retardované populace). Vývoj v dětském věku je opožděný. Děti s lehkou mentální retardací později mluví, ale nakonec dochází k osvojení řeči. Tyto děti mívají problémy s učením, ale většinou jsou schopni zvládnout základní učivo (Thorová, 2006). Nejvýraznější problémy v období školní docházky jsou konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť, vážne analýza a syntéza, jemná a hrubá motorika je lehce opožděna, objevují se poruchy pohybové koordinace (Pipeková, 2006). Při učení se projevuje snížená rozumová kapacita a nácvik běžných dovedností a návyků trvá delší dobu. Myšlení je velmi jednoduché, konkrétní, opakující se, nesamostatné a nepřesné. Je velmi těžké dosáhnout přiměřeného rozvoje logického myšlení. Paměť je mechanická s individuálně různou kapacitou. Řeč může být postižena ve všech svých složkách, v oblasti porozumění řeči, ve slovní zásobě, v gramatické tvorbě a ve výslovnosti. Vývoj řeči se opožďuje, velmi často se objevuje dyslálie. V mnoha případech mají děti zafixované stereotypy, které nedovedou použít, pokud se dostanou do stresové situace. V oblasti emoční je patrná citová nezralost, neadekvátnost citů vzhledem k podnětům, nízká sebekontrola a značná sugestibilita (Vágnerová, 2004).

1.1.2. Středně těžká mentální retardace

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně omezené myšlení a řeč, stejně jako schopnosti sebeobsluhy. Řeč bývá jednoduchá a obsahově chudá i v dospělosti, někdy dokonce zůstává na nonverbální úrovni. Retardace psychického vývoje je často kombinovaná epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami (Müller, Valenta, 2003). V dospělosti jsou obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. Jen málokdy je u nich možný úplně samostatný život.

Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navázání kontaktu, ke kombinaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách (Švarcová, 2000).

1.1.3. Těžká mentální retardace

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci. Snížená úroveň schopností je zde mnohem výraznější. Většina těžce mentálně retardovaných jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují poškození nervového systému. Možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná a dostatečná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může výrazně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení jejich kvality života (Švarcová, 2000).

1.1.4. Hluboká mentální retardace

Hluboká mentální retardace je většinou organické etiologie. Ve většině případů jde o kombinované postižení. Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, lidé s hlubokou mentální retardací jsou maximálně schopni diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně pozitivně či negativně. Toto postižení se projevuje vážnými omezeními v sebeobsluze, komunikaci a mobilitě. Omezení motoriky je velmi těžké. Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 1 % a v populaci 0,2 % (Vágnerová, 2004).

2. Poruchy autistického spektra

„Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je nepronikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emocí. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.“
(Thorová, 2006, s. 33)

Poruchy autistického spektra jsou považovány za vrozené. Autismus řadíme mezi neurovývojové poruchy na neurobiologickém základě (teoreticky jsou nejvíce zvažovány dysfunkce v oblasti mozečku, limbického systému, kůry mozkové, hipokampu, cingula). Z hlediska neuropsychologického se problémy dítěte nejvíce projevují potížemi s vnímáním (příjem informací) a zpracováním informací (problémy v oblasti emocí a myšlení). Na vzniku autismu se podílí s největší pravděpodobností různý počet genů v různé míře (Thorová, 2006).

„Autismus poprvé specifikoval americký pedopsychiatr Leo Kanner. R. 1943 podal detailní popis případu 11 dětí, které na sebe upozorňovaly svým bizarním chováním: byly extrémně introvertní, neustále udržovaly jisté zvyky a tereotypní aktivity. Kanner tehdy pozoroval autismus a domníval se, že je příbuzný se schizofrenií. Autismus označuje za vrozenou vadu komunikace založenou na afektivním nesouladu.“
(Vocilka, 1996, s.9)

Pro diagnózu autismu je nutné postižení ve třech oblastech, kterými jsou omezení sociální interakce (sociálně-emoční dovednosti uplatňované ve vztazích s rodiči, blízkými osobami, ostatními lidmi a vrstevníky), omezení verbální i neverbální komunikace (řeč, gesta, mimika) a omezení imaginace (hra, volný čas a používání předmětů). Tyto tři skupiny bývají nazývány „triádou“. Další symptomy, které se u autismu často vyskytují jsou hyperaktivita¹, hypoaktivita², sluchová hyper- nebo hypo-sensitivita³, přecitlivělost na dotek, sebezraňování, snížená citlivost vnímání bolesti, výbuchy agrese a kolísání nálad. S těmito projevy se setkáváme přinejmenším u jedné třetiny všech osob postižených autismem (Gillberg, Peeters, 2003).

¹ Zvýšená pohybová aktivita

² Snížená pohybová aktivita

³ Zvýšená nebo snížená citlivost

2.1. Pervazivní vývojové poruchy

Pervazivní vývojové poruchy patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje. Slovo *pervazivní* znamená všepřonikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky a v mnoha směrech. 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. Pervazivní vývojové poruchy se projeví vždy již v prvních letech života, typické věkové rozmezí záleží na konkrétním typu poruchy. Obtížnosti v zařazování dětí do určité kategorie pervazivních vývojových poruch vyvolaly v praxi potřebu vzniku všeobecného termínu, který by zahrnoval děti s co nejvíce syndromy. Ve světě se rozšířil termín *poruchy autistického spektra*, který zhruba odpovídá pervazivním vývojovým poruchám (Thorová, 2006).

V současné době jsou uznávaná diagnostická kritéria vydávaná Světovou zdravotnickou organizací (MKN-10) a kritéria vydávaná Americkou psychiatrickou asociací – DSM-IV srovnané v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 diagnostická kritéria

MNK-10 (Světová zdravotní organizace, 1992)	DSM-IV (Americká psychiatrická asociace, 1994)
Dětský autismus [F84.0]	Autistická porucha [Autistic Disorder]
Rettův syndrom [F84.2]	Rettův syndrom [Rett's Syndrome]
Jiná dezintegrační porucha v dětství [F84.3]	Dětská dezintegrační porucha [Childhood Disintegrative Disorder]
Aspergerův syndrom [F84.5]	Aspergerova porucha [Asperger Disorder]
Atypický autismus [F84.1]	*Pervazivní vývojová porucha dále nespecifikovaná [Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified- PDD-NOS]
Jiné pervazivní vývojové poruchy [F84.8]	*
Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná [F84.9]	*
Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby [F84.4]	Není ekvivalent

2.2. Triáda narušených oblastí

➤ Sociální interakce a sociální chování

U dětí s poruchami autistického spektra se podle Thorové (2006) setkáváme s celou škálou sociálního chování, které má dva extrémní póly. Pól osamělý, kdy se dítě při každé snaze o sociální kontakt odvrátí, protestuje, stáhne se do kouta nebo zaleze pod stůl, zakrývá si uši nebo oči, hučí a třepe rukama před obličejem. Protikladem je pól extrémní. Dítě s poruchou autistického spektra se snaží navázat kontakt všude a s každým.

➤ Komunikace

Poruchy autistického spektra jsou primárně poruchy komunikace. Zhruba polovina dětí si nikdy neosvojí řeč na takovou úroveň, aby jim sloužila ke komunikačním účelům. Porucha komunikace se projevuje na úrovni receptivní (porozumění) i expresivní (vyjadřování), verbální i neverbální (Thorová, 2006).

➤ Představivost, zájmy, hra

Narušení představivosti (imaginace) má na mentální vývoj dítěte negativní vliv v několika směrech. Narušená schopnost imitace a symbolického myšlení způsobuje, že se u dítěte nerozvíjí hra. Nedostatečná představivost způsobuje, že dítě upřednostňuje činnosti a aktivity, které obvykle preferují mladší děti. Hra a trávení volného času se stává dost odlišné od jejich vrstevníků (Thorová, 2006).

2.3. Rozdělení z hlediska funkční úrovně dětí

Děti s poruchami autistického spektra mají různé funkční schopnosti. Rozdělují se proto do tří skupin na vysokofunkční, středněfunkční a nízkofunkční.

2.3.1. Vysokofunkční autismus

V praxi se nejvíce používá termín vysokofunkční autismus (high functioning autism, mezinárodní zkratka HFA). Tato skupina dětí má normální nebo nadprůměrnou inteligenci, minimální hodnota IQ je tedy 70. Mají normální nebo lehce narušenou komunikační schopnost. Nejčastěji se jedná o děti s Aspergerovým syndromem. Z celkového počtu dětí s poruchou autistického spektra je vysokofunkčních autistů asi 11 – 34 %. Děti s vysokofunkčním autismem jsou schopny dobré integrace do společnosti, podmínkou je však vytváření protetického prostředí kvalifikovaným asistentem – strukturovanými činnostmi a časem, vizualizací a asistencí v sociálních interakcích dítěte. Dítě se tak může vzdělávat i na běžné škole formou integrace (http://www.hk.apla.cz/clanky_a_zajimavosti/poruchy_autistickeho_spektra_lenka_luke_sova.pdf, 2009).

Dosavadní výzkumy došly k závěru, že pouze menší procento lidí s vysoce funkčním autismem dokáže fungovat samostatně. Na prognózu mají velký vliv vrozené dispozice týkající se poruchy, raná péče a kvalita vzdělávacího programu, ve kterém bylo dítě umístěno (Thorová, 2006).

2.3.2. Středněfunkční autismus

Děti s lehkou nebo středně těžkou mentální retardací a více narušenou řečovou složkou jsou řazeny do skupiny středněfunkčních autistů. Tyto děti se také více projevují stereotypií (Thorová, 2006).

2.3.3. Nízkofunkční autismus

Nízkofunkční autisté jsou děti s těžkou až hlubokou mentální retardací, s nerozvinutou řečí, výrazným stereotypním a repetitivním chováním. Sociální kontakt navazují jen velmi zřídka. Děti s nízkofunkčním a středněfunkčním autismem jsou do společnosti integrovány jen v omezené míře. Přesto mohou dokázat velmi mnoho, základem jsou dostatečně uzpůsobené podmínky. Proces edukace neprobíhá stejně jako u vysokofunkčních autistů, pouze se vychází ze stejných edukačních pilířů - ze strukturalizace, vizualizace a individualizace. Tato skupina dětí je vzdělávána ve speciálních školských zařízeních nebo speciálních třídách (http://www.hk.apla.cz/clanky_a_zajimavosti/poruchy_autistickeho_spektra_lenka_luke_sova.pdf, 2009).

2.4. Atypický autismus

Poruchy autistického spektra se vyskytují v mnoha podobách jako je například dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, autistické rysy, Rettův syndrom a další. V této části bych se krátce zaměřila na atypický autismus, který je diagnostikován v jedné z kazuistik.

Atypický autismus tvoří část autistického spektra. Typické pro tuto kategorii jsou potíže v navazování vztahů s vrstevníky a neobvyklá přecitlivělost na vnější podněty. Atypický autismus se diagnostikuje obvykle u následujících případů. V případě, když první symptomy byly zaznamenány až po třetím roce života. Dále není-li naplněna diagnostická triáda. Jedna z oblastí není primárně a výrazně narušena. Diagnostikuje se také v případě, pokud je autistické chování přidruženo k těžké nebo hluboké mentální retardaci. Celkově lze říci, že pouze část dětí s atypickým autismem má některé oblasti vývoje narušeny méně než děti s klasickým autismem. Může se jednat o lepší sociální či komunikační dovednost nebo chybí stereotypní zájmy. Vývoj jednotlivých dovedností je u těchto dětí značně nerovnoměrný (Thorová, 2006).

3. Downův syndrom

„Syndrom jako první popsal angličan John Langdon Down, který si všiml u některých svých pacientů s mentální retardací společných charakteristických rysů. Až o sto let později bylo zjištěno, že tento syndrom vzniká trisomií 21. chromozomu.“ (<http://www.trisomie21.cz/obraz.html>, 2009)

Downův syndrom je v 95% způsoben trisomií (ztrojením) 21. chromozomu. Tento chromozem způsobuje, že se v buňce vytvářejí určité nadbytečné bílkoviny. Tím dochází k narušení normálního růstu plodu. Nadbytečný 21. chromozom se vyskytuje v každé buňce těla. Trisomie vzniká tím, že rodiče předají dítěti z vajíčka nebo spermie dva 21. chromozomy místo jednoho.

Asi ve 4% případů je příčinou Downova syndromu nadbytečná část 21. chromozomu (ne celý nadbytečný chromozom, jako je tomu u trisomie). Dochází k tomu odlomením části 21. chromozomu a části jiného chromozomu. Zbývající části obou chromozomů se pak spojí. Tento jev se nazývá „translokace“.

Zbývající 1% dětí s Downovým syndromem má nadbytečný 21. chromozom pouze v některých tělových buňkách. Mluvíme u nich o mozacismu, protože buňky v těle jsou poskládány jako mozaika z různých kousků (Selikowitz, 2005).

U většiny dětí s Downovým syndromem lze diagnózu stanovit hned po narození nebo krátce po něm. Lékař je většinou schopen s jistotou stanovit diagnózu na základě vzhledu dítěte. U Downova syndromu bylo popsáno více než 120 příznaků, které ho charakterizují. Většina dětí jich má jen šest nebo sedm. Není ani jeden příznak, který by se musel vyskytnout u všech postižených jedinců (Selikowitz, 2005).

Rádi bychom zde uvedli několik nejzákladnějších somatických příznaků Downova syndromu.

- **Obličej.** Jedinec s Downovým syndromem mívá zepředu kulatý obličej. Profil obličeje bývá většinou plochý.
- **Hlava.** Některé osoby s Downovým syndromem mají zezadu hlavu lehce oploštělou. Říká se tomu branchycephalia.

- Oči. Většina dětí i dospělých s Downovým syndromem mívá mírně zešíkmené oči vzhůru.
Často se u nich vyskytuje epikantická řasa neboli epikantus, což je kožní řasa, která je vedena vertikálně mezi vnitřním koutkem oka a kořenem nosu.
- Ruce. Ruce mívají široké, s krátkými prsty. Malíček může být lehce ohnut směrem k ostatním prstům.
- Svalové napětí. Končetiny a krk malých dětí s Downovým syndromem bývají ochablé. Svalová ochablost se nazývá „hypotonie“ a znamená, že je zde malý tonus. S postupem věku se svalový tonus zvyšuje. Svalová síla bývá většinou normální.
- Velikost postavy. Děti s Downovým syndromem bývají po narození o něco menší, než je tomu u intaktních dětí. Rostou rovnoměrně, ale pomalu. V dospělosti dosahují výšek 145 až 168 cm muži a 132 až 155 cm ženy (Selikowitz, 2005).

U lidí s Downovým syndromem se může vyskytovat řada zdravotních problémů. Je důležité dodržovat pravidelné vyšetření lékařem a diagnostickými testy: test sluchu a zraku, zkouška funkce štítné žlázy, rentgenové snímky krční páteře a případně další potřebné testy, aby bylo možno co nejdříve rozpoznat zdravotní problémy a začít je léčit. Na zdraví člověka s Downovým syndromem je vázaná i kvalita jejich života⁴. Zlepšování kvality života vede i k rozšiřování jejich schopnosti vykonávat různé činnosti (Pueschel, 1997).

⁴Definice kvality života podle WHO: *"Kvalitou života rozumíme to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, v níž žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, svému životnímu stylu a svým zájmům"*.

Hlavní péči o dítě s Downovým syndromem zajišťuje od narození do 14-16 let dětský lékař. Ten dítě sleduje a ošetřuje, dále pro něj organizuje další odborná vyšetření. Podle typu péče rozlišujeme programy preventivní, léčebné a stimulační(výchovné).

Rodiče by měli s lékařem plně spolupracovat, musí pochopit smysl všech opatření, které jsou nezbytné vykonat (Kučera, 1981).

„K Downově syndromu se však může přidružovat celá řada dalších psychických i fyzických poruch včetně poruch autistického spektra. V odborném tisku se nyní často objevují studie případů výskytu autismu u Downova syndromu, počáteční odhad komorbidity činil zhruba 1%.

Podle anglického výzkumu z roku 1999 splňuje kritéria pro diagnózu autismu 7% lidí s Downovým syndromem. Kvůli správnému způsobu vzdělávání a celkové podpoře rodiny je velmi důležité, aby i tyto děti obdržely správnou diagnózu.“

(Thorová, 2006, s. 288)

4. Hipoterapie

Hipoterapie je jednou z komplexních terapií, použitelnou téměř při každém druhu a stupni postižení. Komplexní proto, že je vlastně fyzioterapií, psychoterapií i socioterapií. Má široké využití jak u tělesně postižených, tak i u pacientů s psychickými problémy, poruchami chování nebo u drogově závislých. Kůň je také kamarádem a prostředníkem mezi klientem a jeho terapeutem. Rozeznáváme tři základní okruhy hipoterapie.

- Hiporehabilitace- oblast lékařství
- Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění- oblast pedagogiky
- Sport handicapovaných a rekreační ježdění- oblast sportu (Votava, 2005)

Hipoterapie je týmová metoda. Podílí se na ní více pracovníků. Spojuje v sobě více složek: lékařskou, psychologickou, pedagogickou, sociologickou a hipologickou. Mezi členy týmu patří **lékař**, ten je v hipoterapii vedoucí osobou lékařské složky. Indikuje vhodné pacienty, určuje cíle, na které je třeba se zaměřit. Společně s rehabilitačním pracovníkem navrhuje léčebný plán hipoterapie. Lékař nemusí být osobně přítomen při samotné hipoterapii, musí však velmi úzce spolupracovat se všemi členy hipoterapeutického týmu.

Rehabilitační pracovník-fyzioterapeut, hraje při hipoterapii nejvýznamější roli, protože ji prakticky provádí a řídí. Jeho úlohou je navodit korektní sed pacienta a podle potřeby ho korigovat. Vede pacienta ke správným pohybům na koni, aby se sladil s jeho pohybem. Je zodpovědný za bezpečnost při hipoterapii.

Dalším členem týmu je **psycholog, psychiatr, psychoterapeut, speciální a sociální pedagog** zaměřující se na psychoterapeutickou, speciálně pedagogickou a socioterapeutickou oblast. Tuto činnost vykonávají v rámci samostatného procesu pedagogicko- psychologického ježdění nebo jako součást hipoterapie, případně sportovního ježdění handicapovaných. Při své práci rozšiřují a podporují emocionální, kognitivní (poznávací) a sociální procesy.

Posledním členem týmu je **hipolog**, jehož úlohou je připravit koně pro hipoterapii a vést ho během ní. Musí spolupracovat s ostatními terapeuty. (Hollý, Hornáček, 2005).

4.1. Historie hipoterapie

Soužití koně a člověka je pradávné. Většinou se udává, že první kůň byl pro potřeby člověka zkrocen asi před pěti nebo šesti tisíci lety, v mladší době kamenné. Do té doby sloužil hlavně jako zdroj obživy člověka. V antickém Řecku a Římě se s koňmi pořádaly sportovní hry. Kůň se dostal do mytologie a byl doslova zbožněn.

V současné době má kůň poněkud jiný význam. Jde o cílený chov, jehož cílem je hlavně sport, v posledních desetiletích se kůň používá navíc i k léčebným účelům.

První zmínky o léčebném využití koní pochází od jihoamerických indiánů, kteří nechávali své bojovníky ležet napříč přes hřbet koně, ten musel jít v kroku nebo klusat. Rytmičtý pohyb koňského hřbetu masíroval hrudní koš bojovníka a poloha napříč zase udržovala volné dýchací cesty. Léčebné působení spočívalo v nepřímé srdeční masáži a povzbuzování dechových funkcí člověka (Neradžič, 2006).

Nejstaršími známými písemně zachovalými lékařskými indikacemi k hipoterapii jsou Galenovy spisy. Dále nás nepřímo o hipoterapii informuje císař a filozof Marcus Aurelius (121 – 180 n. l.), ve svém vrcholném díle „Hovory k sobě“, psaném v letech 171 – 179 n. l. se zmiňuje o léčebných účincích hipoterapie.

Druhou osobností, upozorňující na pozitivní působení ježdění na koni v rámci naší hipoterapeutické histografie, byl osobní lékař císařovny Marie Terezie (1717 – 1780) Van Swieten (1700 – 1772). Na jeho doporučení královna uherská a česká opravdu tuto metodu využívala (Müller, 2005).

K ježdění na koni měl aktivní postoj i první československý prezident T. G. Masaryk, který jezdil na koni do svých osmdesáti let. Svůj pozitivní postoj projevil i velmi výstižným výrokem, který zaznamenal Karel Čapek v Hovorech s TGM:

„Proč rád jezdím na koni? - protože je to nejrychlejší tělocvik. To se cvičí najednou celé tělo, ruce, nohy, plíce, srdce- jen to zkuste!.“

Jak je vidět v postojích i činech významných politických osobností, jejichž život se spojoval i s naší historií od starověku až po dnešek, ježdění na koni jim přinášelo tělesnou i duševní pohodu. Jsou pro nás jasnou inspirací (Hollý, Hornáček, 2005).

Vědecká hledání a výzkumy, proč je jízda na koni léčebná, probíhají již od šedesátých let minulého století hlavně v Německu. První vědecký kongres k léčebnému využití jízdy na koni se konal v roce 1974 v Paříži a v roce 1976 v Basileji, zde byla hipoterapie definována jako „...zvláštní forma pohybové léčby pod vedením fyzioterapeuta“ (Gúth, 2004).

V České republice má léčebné využití koní dlouhodobou tradici. Jako první využil huculské koně systematicky k terapeutickému ježdění RNDr. Otakar Leiský na Zmrzlíku u Prahy. V roce 1991 byla založena Česká hiporehabilitační společnost (Neradžič, 2006).

Česká hiporehabilitační společnost (ČHS) je dobrovolné, nezávislé a nepolitické občanské sdružení, jehož smyslem je šíření rehabilitace prostřednictvím koně, včetně psychoterapeutického přístupu, integrace a sportovního vyžití postižených. ČHS sdružuje lékaře, fyzioterapeuty, pedagogy i jezdecké instruktory, všechny ty, kteří používají koně v lékařství, pedagogice a sportu. Významnou složku členské základny Společnosti tvoří pacienti - klienti a rodiče handicapovaných dětí (<http://chs.unas.cz/index.php?strana=spolecnost>, 2009).



Obrázek č. 1 ČHS

4.2. Hiporehabilitace

Toto odvětví se týká především pacientů s poruchami držení těla (skoliozy, ortopedické vady, apod.), rovnováhy, koordinace a hybnosti (dětská mozková obrna). Pohybové impulzy stimulují páteř klienta, který reaguje zapojením zádových svalů, vzpřímí se a prohloubí dech. Tímto se dané svaly posílí, pacient se učí udržovat rovnováhu a koordinovat své pohyby. Je velmi důležité zvolit správný typ koně, to znamená koně s vhodným, pravidelným krokem. Hiporehabilitace musí být vedena školeným odborníkem. Rizikem zde může být vytvoření a fixace nesprávné hybnosti spolu se ztuhnutím svalů (Müller, 2005).

Hiporehabilitace jako léčebná metoda je indikována zejména u těchto diagnóz:

- oblast ortopedie
 - vrozené malformace končetin
 - anomálie páteře a hrudníku
 - stavy po zlomeninách končetin
 - amputace
- oblast neurologie
 - roztroušená mozkomíšní skleróza
 - svalové atrofie a dystrofie
 - dětská mozková obrna

Další diagnózy jsou z oblasti psychiatrie např. psychotické stavy, LMD (lehká mozková dysfunkce), depresivní nálady, neurózy, z oblasti interny např. kardiovaskulární choroby, chronická bronchitida, obezita (Pipeková, Vítková, 2000).

Hiporehabilitací je možno dosáhnout:

- vzpřímeného držení těla
- kontroly držení hlavy
- symetrizace pohybu
- uvolnění pánve
- zvýšení pohyblivosti kyčelních kloubů
- odstranění, upravení vadného držení těla
- zlepšení pohyblivosti pletence pažního
- vytvoření aktivních souhybů horních nebo dolních končetin
- zlepšení koordinace
- zlepšení zručnosti
- normalizaci svalového tonusu
- facilitace posturoreflexních mechanismů
- vyvolání vzorce chůze a jeho reedukaci
- staré patologické pohybové vzorce nahradit standardními pohybovými stereotypy
- ovlivňování psychiky

4.3. Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění

Jedná se o psychoterapii a socioterapii prostřednictvím koně. Podrobují se mu klienti psychiatrie a děti, které jsou v péči speciálních pedagogů. Metodika při pedagogicko-psychologickém ježdění je velice pestrá. Řídí se cílem terapie, fyzickými a psychickými předpoklady klientů, které jsou značně rozdílné. Velký důraz je kladen především na navázání kontaktu klientů s koňmi a práci ve stáji. Kůň je klienty pozorován, hlazen, ošetřován, sedlán, klienti na koni cvičí, hrají hry, soutěží, jezdí v terénu (Müller, 2005).

Všeobecně lze metody dělit z několika hledisek.

- Metody zaměřené na cvičení. Cvičením u koně, s koněm a na koni se kompenzují deficity, stojící v popředí chování pacienta.
- Metody zaměřené na prožívání.
- Metody zaměřené na odstraňování konfliktů.
- Každá terapie má být zaměřena cíleně.
- Postupovat od jednoduššího ke složitějšímu.
- Dokázat přizpůsobit terapeutický plán okamžité situaci (stavu pacienta, stavu koní, počasí...) (Hollý, Hornáček, 2005).

Největší předností pedagogicko-psychologického ježdění je komplexnost vlivu na klienta v oblasti fyzické, psychické, smyslové, emocionální a sociální. Je výrazně aktivační, zároveň však zklidňuje a harmonizuje. Úkolem terapeutů je zaměřit využití koně na konkrétní problém a metodiku uzpůsobit momentálnímu stavu klienta. Velký důraz je zde kladen na nonverbální a verbální komunikaci s koněm a práci ve stáji. Jízda v sedle je vyvrcholením terapie, ale není její podmínkou (Hermannová, 2006).

Vychází ze základního předpokladu, že jízda na koni je výborným prostředkem nejen pro rehabilitaci tělesných onemocnění nebo defektů, ale ovlivňuje u dětí a mladistvých fyziologický a psychický vývoj, formuje rozvoj osobnosti, pozitivně působí na smyslové činnosti a má silný socioterapeutický vliv.

Hlavním cílem je podpora sebedůvěry pacienta prostřednictvím cvičení odvahy, samostatnosti, obratnosti, nebo naopak podle konkrétního problému pacienta např. tlumení agresivity, výchova ke kázní (Pipeková, Vítková, 2000).

4.4. Sport handicapovaných a rekreační ježdění

Napomáhá integraci jedince do společnosti a umožňuje některým soutěžit i se zdravými, jiným pouze soutěžit mezi sebou. Nejznámější disciplínou pro handicapované je paradrezura, tj. drezurní disciplína ježděna tělesně postiženými jedinci, v níž se pořádají soutěže různé obtížnosti. Je to vhodný sport prakticky pro všechny kategorie zdravotně postižených (amputovaní, mentálně postižení, nevidomí, neslyšící, jedinci s dětskou mozkovou obrnou, roztroušenou mozkomíšní sklerózou apod.). Při této disciplíně jde o dokonalou souhru jezdce a koně. Hlavní zásadou sportovního ježdění je, že se nesmí zhoršit původní stav jedince (Müller, 2005).

Jedinci si pomocí ježdění udržují dobrou psychickou a fyzickou pohodu. Další disciplínou pro zdravotně postižené je paravoltiž. Je prováděna na neosedlaném koni, kterého vede cvičitel na lonži⁵. Cvičenci provádějí podle pokynů trenéra akrobatická cvičení na koni v chůzi, klusu nebo cvalu. Cílem tohoto cvičení je zbavit se strachu, splynout s pohybem koňského hřbetu, a především naučit se udržet rovnováhu. Tento sport je vhodný pro tělesně a mentálně postižené a také pro děti s poruchami chování a mozkovou dysfunkcí. Paravoltiž je kolektivní sport, při němž se buduje pocit odpovědnosti za úspěch celého týmu (Neradžič, 2006).

Jedinec, který se rozhodne na koni sportovat by měl v první řadě navštívit lékaře, který mu řekne, zda může na koni závodit a jaké tréninkové zatížení je pro něho únosné. Poté navštíví klasifikátora⁶, který ho na základě speciálních testů zařadí do jedné ze čtyř skupin. O výsledcích těchto dvou odborníků musí být informován cvičitel jezdce, protože jinak nemůže poznat, jaké zatížení jeho svěřenec snese a k jakému výkonu ho připravovat (Zenklová, 2004).

⁵ Lonž je dlouhé vodítko pro koně. Cvičitel stojí na místě a kůň se kolem něj pohybuje po kruhu.

⁶ Klasifikátor handicapu – specialista s osvědčením FEI Para-Equestrian, který je oprávněn hodnotit parasportovce s cílem je rozdělit do tříd, které jim umožní optimální úspěch a fair play. Klasifikátorem handicapu může být jen fyzioterapeut nebo lékař.

4.5. Působení hipoterapie

Hiporehabilitace je metoda, která využívá pohyb koňského hřbetu a jeho přenos na člověka. Je to pokus o soulad pohybu koně a člověka. Základním léčebným prostředkem při hipoterapii je pohyb hřbetu koně při rytmickém kroku, přičemž záleží na jeho délce, frekvenci a čistém provedení. Hipoterapii lze také označit jako cvičení na balanční ploše. Tato plocha má několik rozměrů. Je tvořena hřbetem koně pohybujícího se v horizontální, sagitální, frontální a vertikální rovině. Součtem pohybů hřbetu se vytvářejí další pohybové vzorce (Gúth, 2004).

Jde o pohyby vpřed, rotační pohyby, pohyby nahoru a dolů a výkyvy do stran. Vše funguje na principu proprioreceptivní neuromuskulární facilitace. Což znamená, že dochází k dráždění prostřednictvím nervových čidel, které jsou zakončeny v oblasti kůže, svalů, kloubů, šlach, zraku, čichu a sluchu. Lze říci, že kráčející kůň svým pohybem dráždí řídicí centra a nutí člověka k balancování. Jedinec se snaží udržet své těžiště v těžišti koně. Největší vliv má hipoterapie na rozvoj posturální motoriky a svalstva, týká se to hlavně svalů trupu, břišních svalů, bránice, dále svalů pletence pánevního a ramenního a dalších (Neradžič, 2006).

Podle Gútha (2004) klíčovou úlohu v hipoterapii má ovlivňování postury. Postura ovlivňuje celkový stav lidského organismu, označuje všechny motorické schopnosti člověka, jejichž cílem je udržení polohy. Jestliže vycházíme z předpokladu, že postura je na začátku a na konci každého pohybu i je jeho součástí a základní podmínkou, tak považujeme dosažení a udržení optimální postury za hlavní předpoklad správné funkce pohybového systému člověka. Podle systémů lidského organismu můžeme rozdělit působení hipoterapie na posturu na:

- 1. přímo na pohybový systém-** ovlivňování centrálního nervového systému, ovlivňování svalové složky
- 2. nepřímo na pohybový systém-** ovlivňování respiračního systému, psychosociální působení na osobnost a další.

Vlivy hipoterapie jsou velmi komplexní a jako každý komplexní děj je možné jej analyzovat a jeho jednotlivé prvky třídit podle různých hledisek. Lze dělit podle faktorů, které jsou pro hipoterapii:

- nespecifické
- specifické
- psychosociální.

4.5.1. Faktory nespecifické

V hipoterapii se uplatňuje velké množství proprioreceptivních podnětů, jejichž podstatou je přímé i nepřímé ovlivnění postury.

Řadí se sem taktilní kožní stimulace, vliv tepla, cvičení proti odporu, podpůrné reakce, obranné reakce proti pádu, labyrintové reflexy, hluboké krční posturální reflexy, hluboké bederní posturální reflexy, vytahování zkrácených tkání, iradiace podráždění. Je třeba také poukázat na ovlivnění vegetativního systému a facilitace centrálního posturálního vzoru.

Mikula, Šturc (1985, in Hollý, Hornáček, 2005) poukazují podrobně na tyto:

- **Taktilní kožní stimulace**, existující místo dotyku. K uplatnění taktilních stimulů v hipoterapii je potřeba nepoužívat sedlo, pacient by neměl mít hrubý oděv v dotykové oblasti.
- **Vliv tepla** pozitivně ovlivňuje svalovou činnost a tlumí spasticitu, protože kůň má vyšší tělesnou teplotu (38°).
- **Cvičení proti odporu**, který představuje hmotnost daného segmentu. Uplatňuje se zde gravitace během rytmického pohybu přenášejícího se ze hřbetu koně.
- **Podpůrné reakce** umožňují facilitaci extenzorů při tlaku do kloubu a flexorů při tahu z kloubu. Dochází ke stimulaci extenzorů horních končetin mírným extenzivním postavením trupu, opíráním se horními končetinami o hřbet koně. Facilitovat flexory horních končetin lze polohováním pacienta na břicho napříč hřbetem koně.

- **Obranná reakce proti pádu** podmiňuje zapínání posturálního svalstva podle naklánění pacientova těžiště během jízdy, ale i na stojícím koni. Dochází k nácviku podpurných i vzpřimovacích reakcí.
- **Labyrintové reflexy** u pacienta visícího na bříše napříč přes hřbet pomalu kráčejícího koně podmiňují mimovolní účinné uvolnění pacienta. Jde o relaxační působení řízené nižšími nervovými centry, jak je tomu při kolébání a houpání. Je zde velmi důležitá poloha hlavy.
- **Hluboké krční posturální reflexy** ovlivňují polohu hlavy, flexi a extenzi horních končetin.
- **Bederní hluboké posturální reflexy** zvyšují pohotovost ke kontrakci extenzorů dolních končetin. Během jízdy na koni dochází ke stálému střídavému přetáčení pánve a tím ke střídavé facilitaci extenze dolních končetin, což vede k reedukaci chůze.
- **Vytahování zkrácených tkání**, podmíněné gravitací a hmotností segmentu při rytmických pohybech koně.
- **Iradiace podráždění** v motorických centrech, především při svalové kontrakci. Podráždění podmiňuje vlivem silnějších svalů posilování slabších a vzdálených svalových skupin.
- **Uvědomování si proprioreceptivních vzruchů při emotivním prožívání pohybu na koni.** Prožívání pohybu na koni aktivuje limbický systém. Ten je spouštěčem volního pohybu, ovlivňuje emoce, je nejvyšším regulátorem svalového napětí, ovlivňuje práh vnímání bolesti a má význam pro tvorbu paměťových stop. Na koni se vytvářejí nové pohybové vzorce chůze a držení těla.

4.5.2. Faktory specifické

Specifické faktory jsou vázané na vliv koně a jeho krok, který produkuje trojdimenzionální pohybový stimul, a ten se přenáší na pacienta. Krok koně je jedinečný a ničím nenahraditelný prvek. Umožňuje pohyb vpřed, ale i vzad (otočením ležícího pacienta hlavou k zádům koně). Tyto pohyby jsou základem motorického vývoje, konkrétně vzpřimování. Hipoterapie je rehabilitační metoda, která fyziologickou chůzí koně ovlivňuje patologickou chůzi člověka. Krokem koně vzniká okolo 90-100 pohybových impulzů za minutu ve třech již zmíněných rovinách. V sagitální dopředu – dozadu, horizontální nahoru – dolů a frontální doprava – doleva. Rytmičtý, pravidelný krok koně podporuje kromě mobilizace kloubů i celkovou rytmizaci organismu. Rytmizace organismu při hipoterapii se projevuje na činnosti všech orgánů, konkrétně na pohybovém systému a především na normalizaci svalového tonusu. Přenos rytmického pohybu na pánev a trup prohlubuje dýchání a odbourává patologické stereotypy dýchání. Prokazatelná změna stereotypu dýchání, zlepšení vitální kapacity plic, úprava svalového tonusu a vnímání podnětů umožňují reedukaci řeči (Hollý, Hornáček, 2005).

4.5.3. Psychosociální faktory

Hipoterapie také nepřímo ovlivňuje psychickou a sociální stránku osobnosti, emotivitu, pocity nedůvěry, úzkosti, ovlivňuje sebevědomí a sebeuvědomění, komunikaci, kooperaci a rozvoj intelektových funkcí. Sebevědomí a sebeuvědomování klienta ovlivňuje už samotný sed na krácejícím koni. U nechodících pacientů se pocit sebevědomí upevňuje pocitem prožívání první „chůze“. Hipoterapie má regulativní vliv také na emotivní změny. Oslabenou emotivitu oživuje, ale nadměrnou tlumí hranicemi dovoleného chování ke koni. Hipoterapií se odbourává nedůvěra, úzkost a strach.

K tlumení agresivity a antipatií se využívají společné jízdy, kdy si nesnášenlivý jedinci musí navzájem pomáhat, aby nespadli. Učí se kooperovat: pomáhat jiným a přitom přijímat pomoc jiného. Navozují komunikaci. Pravidelnou péčí o koně se rozvíjí u klientů pocit zodpovědnosti, vytrvalosti a houževnatosti. To všechno umožňuje odstraňování příznaků onemocnění, rozvoj pozitivních vzorců chování a následné nacházení vlastní identity. Umožňuje to také návrat klienta mezi lidi a do společnosti (Hollý, Hornáček, 2005).

Podle Gútha (2004) spolupůsobením těchto faktorů dochází k úpravě svalové dysbalance, k mobilizaci kloubů, normalizaci svalového tonusu, zlepšení koordinace pohybů, narušení a omezování vývoje patologických stereotypů, facilitaci vzpřimovacích reakcí, rytmizaci organismu, reedukaci chůze, úpravě pohybové symetrie, zlepšování adaptace na různorodé podněty, zlepšení statiky a rovnováhy, úpravě řečových poruch a zlepšení vitální kapacity plic

Hipoterapii zahajuje terapeut uvedením klienta do polohy, která by měla odpovídat stupni vyzrálosti posturálních reflexů a zaručit klientovi stabilitu, v níž bude schopen se samostatně vyvažovat. K terapii se využívá celého hřbetu koně. Předpokladem korektního sedu jsou volné kyčelní klouby, pohyblivost bederní a křížové krajiny. Páteř se pohybuje v přímém držení, kmitá a také rotuje ve všech částech. Hlava a poslední obratel vyvažují složitou balanční aktivitu páteře. Jde o fyziologický postup, který odpovídá vývoji chůze dítěte. Dítě se nejprve udrží v sedu a teprve pak vestoje (Votava, 2005).

V první fázi léčení je snahou vytvořit a přizpůsobit pohybové programy mozku pohybům koně, dochází k vytvoření aktivního psychického přístupu k jízdě na koni.

Hovoří se o vytvoření komunikačních vazeb- vytváří se vzájemné porozumění nemocného a koně.

Co se vlastně při hipoterapii děje? Výstižně to popisuje

Mudr. Lubor Zahradka: „*Posadíme-li pacienta s porušenou hybností dolních končetin na koně, pak vyřazujeme dolní končetiny z patologického pohybového vzorce chůze. Osvobozený trup vystavíme působení koňského hřbetu, který podporuje mozek pacienta, jenž zpětně svými impulzy prostřednictvím kosterního svalstva udržuje rovnováhu trupu. Podobné pohyby by prováděl trup, kdyby pacient chodil na zdravých dolních končetinách. Proto pohyby vpřed v krokovém rytmu koně a trénink ve vzpřímeném postavení (sedu) tvoří podstatu působení hipoterapie.*“ (Neradžič, 2006, s. 35)

Při správné indikaci a při odborně vedené hipoterapii nemá tento způsob léčení žádnou konkurenci. Jedná se o doplněk metody manželů Bobathových, Vojtovy metody a dalších metod (Neradžič, 2006).

4.6. Výběr koně pro hipoterapii

Výběr koně pro hiporehabilitaci se řídí podle jeho charakteru, který je nadřazen plemenu koně. Charakter je zčásti vrozený a zčásti ovlivnitelný člověkem. Nejprve je třeba zohlednit stav nervového systému koně. Krásní a ušlechtilí koně bývají zpravidla labilnější. I z klidného a vyrovnaného koně může však vychovatel necitlivým přístupem udělat agresivní zvíře. Výběr typu koně (podle šíře a stability hřbetu, podle jeho povahy) je třeba podřídít také konkrétnímu klientovi, jeho diagnóze a aktuálnímu zdravotnímu stavu (Neradžič, 2006).

Při výběru je dáována přednost valachům a klisnám před hřebci, nejvhodnější bývají starší koně. Kůň by měl mít klidnou a měkkou chůzi s dlouhými kroky, pomalý přirozený klus a krátký cval. Zásady výcviku koně pro hipoterapii se orientují na vyloučení spěchu, trestů a hrubého zacházení s koněm, požadavky jsou pozvolna stupňovány tak, aby organismus koně byl postupně veden k vyšší výkonosti, mírným opakováním cviků získává kůň příslušné návyky. Důležité je také přivýkání na pacienty a rehabilitační pracovníky (Pipeková, Vítková, 2000).

Na koně jsou kladeny určité požadavky, které by měl splňovat při všech druzích terapie. Kůň by měl být pro hipoterapii dobře připraven předchozím výcvikem, měl by být zvyklý na pohyb lidí okolo něj. Důležité je, aby byl nezávislý na ostatních koních a ochoten pracovat samostatně. Je zapotřebí, aby zvíře bylo zvyklé i na různé neobvyklé činnosti a podněty, které ho při hipoterapii potkají (např. hra s míčem, tyče, hračky). Dále je třeba brát ohled, že i ten nejspolehlivější kůň může být unaven nebo mít nějaký zdravotní problém, kvůli kterému může selhat.

Platí proto, že projevuje-li se u koně během hipoterapie změna chování (extrémní únava, odmítání poslušnosti, nervozita atd.) musí být z terapie vyřazen (Müller, 2005).

V naší republice se provozování různých forem hiporehabilitace věnuje více než 60 státních i nestátních subjektů. K dispozici mají nejčastěji 2-4 koně různých plemen, podle struktury klientů jsou voleni koně různé tělesné výšky a konstituce. Výběr vhodného koně pro hiporehabilitaci a oblast vlastní specializované přípravy koní však velmi často omezují finanční možnosti organizace (http://www.cpkchrpa.cz/viewpage.php?page_id=1, 2009).

Při výběru koně je třeba zohledňovat, pro jakou disciplínu bude kůň využíván.

Hipoterapie: v užším slova smyslu

Zde dominuje přímé fyzioterapeutické působení pohybu koně na pacienta, proto výsledek léčby přímo závisí na dobře vybrném koni. Při výkonu léčby pacient sedí nebo leží na koni, kterého podle instrukcí fyzioterapeuta vede hipolog. Fyzioterapeut se zabývá pacientem, kterého polohuje, koriguje a usměrňuje tak, jak je pro něj nejvhodnější. Od koně se vyžaduje především pravidelné a klidné chody s dostatkem knimu, příježděnost⁷, klid u rampy, adaptace na rušivé vlivy ze strany klienta (Hollý, Hornáček, 2005).

⁷ Stav koně, kdy je dobře připraven na jezdecké úkony, je poslušný a ochoten pracovat

Pedagogicko-psychologické ježdění

Zde jsou nároky na koně trochu menší, vyšší nároky jsou spíše na prostředí, organizaci práce a přípravu koní. V tomto druhu hiporehabilitace klienti sami pracují s koněm podle instrukcí terapeuta. Úlohou hipologa je zde připravovat koně a zajišťovat bezpečnost. Od koně se požaduje dobrý charakter, bezpečnost při ošetřování ve stáji a ve výběhu, lehká manipulace ze země a dostatečná psychická odolnost při střídání klientů (Hollý, Hornáček, 2005).

Sport handicapovaných

Tato část se bez přípravy závodního koně nedá obejít. Jezdec zde absolvuje jezdeckou disciplínu i v soutěžní podobě, musí být schopen sám koně vést. Proto by měl být kůň lehce ovladatelný, důležitá je i speciální příježděnost odborníkem ve vztahu k handicapu a určené jezdecké disciplíně (Hollý, Hornáček, 2005).

4.7. Praktické provádění hipoterapie

U terapeutické jednotky nelze přesně stanovit délka trvání, platí zde zásada posloupnosti. Začíná se kratšími reprízami a postupně se zvyšuje podle diagnózy, klinického stavu, a dalších individuálních faktorů. Obvykle stačí patnáct až dvacet minut. Hipoterapie by se měla provádět minimálně 2krát až 3krát týdně, alespoň po dobu tří měsíců.

Nasedání a sesedání

Na dobře připraveného hipoterapeutického koně lze nasedat z obou stran, ale běžně se používá nasedání koně z levé strany. Je několik možností nasedání, převážně se provádí z rampy nebo pomocí přenosných schůdků se zábradlím. Záleží na schopnostech pacienta. Pacient s lehčím postižením nasedá podobně jako zdravý člověk tak, že se postaví tváří k boku koně a nohu, kterou má blíž k hlavě koně, si vloží do třmenu. Dále si pacient pomáhá tím, že se chytne sedla nebo madel⁸ a vytahuje se nahoru. Když se dostane do stoje ve třmenu, přenesou druhou nohu nad hřbetem koně na druhou stranu a měkce dosedne.

⁸ Madla jsou speciální držadla umístěna na hřbetu koně

Sesedá se stejně jako nasedá, ale v opačném pořadí. Po sesednutí je dobré zařadit fázi klidu, aby se dosažený výsledek stabilizoval. Ideální je, když se využívají různé relaxační techniky v lehu na zádech (Hollý, Hornáček, 2005).

Korektní sed

Cílem snažení hipoterapeuta je dokázat, aby jeho pacient seděl obkročmo s podsazenou pávní. Má mít vzpřímený trup s volně spuštěnými rameny a přiloženými lopatkami, bez odstávajících loktů. Brada a krk mají svírat úhel 90°. Pacientovo pravolevé vyvážení se projeví rovnovážným zatížením obou sedacích kostí.

Temeno lebky je nejvyšším bodem těla a paty jsou zase nejnižším. Ucho, rameno, kyčelní kloub a pata se nacházejí v ideálním případě na jedné ose. Dolní končetiny jsou ohnuté v kyčelních kloubech. Kolena má pacient v kontaktu s trupem koně (Hollý, Hornáček, 2005).

„Když je těžiště koně i jezce v jedné linii, o což se snaží nejen jezdec, ale i kůň, protože tehdy je pohyb obou neekonomičtější a nejpříjemnější, dochází k nejefektivnějšímu přenášení pohybových stimulů ze hřbetu koně přes sedací oblast pacienta ne celé jeho tělo a probíhá neoptimálnější pohybový dialog kůň-jezdec.“
(Véle, 1995, s.34)

4.7.1. Postup hipoterapie

Po vysazení pacienta na koně si fyzioterapeut, ještě na stojícím koni, celkově vyšetří sed pacienta. V případě potřeby jej poupraví. Při vlastní terapii nechává fyzioterapeut pacientovi dostatek času, aby si mohl co nejlépe uvědomovat postavení svého těla a umět ho v případě potřeby sám korigovat. Potom požádá hipologa, aby pobídl koně do kroku. Fyzioterapeut sleduje pacientův sed, držení těla a upozorňuje ho na pravidelné dýchání. Při hipoterapii je cílem dosáhnout aktivní, korektní, stabilizovaný sed s rukama volně visícíma vedle trupu nebo položenými na stehnech, protože této pozici je ovlivnění postury nejefektivnější (Neradžič, 2006).

Dále při hipoterapii fyzioterapeut provádí korekční polohy, což jsou cílené polohy těla a sedu, které podporují terapeutický cíl. Využívá skutečnosti, že i malé změny v držení části těla vyvolávají významné změny v celkovém držení těla. Pacient je během pohybového dialogu s koněm vystaven množství vjemů. Pro zvýšení účinnosti hipoterapie je potřeba, aby se pacient otevřel jejich přímáří. Toho lze dosáhnout tím, že se pacientova pozornost cíleně orientuje na jeho tělo, na polohu jednotlivých jeho částí a na jeho pohyby. Velmi důležitou částí hipoterapie je stimulační polohování na koni. Využívá se polohování na břicho, boku a zádech. Předpokládá se, že jednotlivými polohami se facilitují jednotlivé vývojové fáze posturální ontogeneze: stadium samostatných pohybů končetin, boční sed, plazení, lezení, sezení, chůze, jemná motorika. V příloze č. 1 přikládáme schematický souhrn stimulačního polohování na koni (Hollý, Hornáček, 2005).

V. PRAKTICKÁ ČÁST

5. Výzkumná část

5.1. Metodiky výzkumu

Pro námi zvolený výzkum jsme používali kvalitativní metody získávání dat.

5.2. Metody sběru dat a jejich zpracování

Pro získávání dat jsme zvolili dotazník s otevřenými otázkami. Dotazník se skládal z devíti otázek. Zjišťovali jsme v něm, vztah dětí nejen k terapii jízdou na koni, ale také vztah k samotným koním. Také jsme se zde pokoušeli zjistit, jak na dané děti terapie jízdou na koni působí a jak jí prožívají (viz Příloha č. 2).

Jako další metodu získávání dat jsme využili pozorování, které probíhalo během terapie jízdou na koni u tří dětí s různými typy postižení.

Byly nám poskytnuty materiály od rodičů dětí, které jsme měli možnost prostudovat. Nahlíželi jsme do psychologických zpráv, individuálních vzdělávacích plánů a zpráv z neurologie. Získané informace jsme zpracovali do kazuistik.

Sběr dat probíhal v následujícím harmonogramu:

Informační příprava, vytvoření dotazníku – červen 2009

Zahájení výzkumu, rozdání dotazníků na integračním táboře – 4. 7. 2009

Ukončení výzkumu – 12. 7. 2009

Zpracování výsledků – srpen 2009

Dotazníky rodiče vyplňovali během integračního tábora, každý samostatně. Výsledky z dotazníků jsme vyhodnotili a zaznamenali do tabulek. Během tábora nám byly poskytnuty osobní a úřední dokumenty dětí, které byly vybrány pro naši kazuistiku. Dokumenty jsme zpracovaly do jednotlivých kazuistik, výsledky dotazníkového šetření jsme zpracovali do tabulek.

5.3. Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného souboru

Pro následující kazuistiky jsme si vybrali tři chlapce s různými typy postižení, kteří se pravidelně zúčastňují letního integračního tábora v Koutě na Šumavě. Tábor je pořádán občanským sdružením Zajíček na koni, které pracuje jako dobrovolnické sdružení od roku 2004. Zajíček na koni kromě letních a zimních integračních táborů pořádá i rekondiční jízdy na koních pro handicapované děti zdarma. Dalším programem sdružení je Pomoc na blízko, který pomáhá sociálně slabým dětem a to tím způsobem, že jim financuje různé celoroční zájmové aktivity a prázdninové pobyty. Do činnosti sdružení se zapojují dobrovolníci z celé republiky. Já zde působím jako dobrovolnice již třetím rokem. Sdružení využívá koní pro terapii jízdou na koni, nejedná se zde přímo o hipoterapii a to z důvodu nedostatku financí na kvalifikované pracovníky, kteří by zde hipoterapii prováděli. Cílem terapie je hlavně emotivní prožitek z jízdy na koni, ale také i rehabilitační působení, které však není pod odborným vedením. Lidé, kteří terapii jízdou na koni provádějí, se snaží dosáhnout u jedince korektního sedu a uvolněnosti v sedle. Terapie dosahuje výsledků hlavně ve zlepšení koordinaci pohybů jedince, zpevnění svalů, správného držení těla a dalších. Při terapii jedinci provádění různé jednoduché činnosti jako je hlazení koně, letadlo⁹, mávání, točení lasem¹⁰, vytahování se nahoru ze sedla, jednoduché polohování na koni. Tyto činnosti jim jízdu nejen zpestří, ale také mají zmíněné rehabilitační účinky. Terapie probíhá formou vyjížděky do přírody, která trvá obvykle okolo dvaceti minut. Na letním táboře se děti terapie zúčastňovaly každý den. Kůň je veden pouze v kroku, některé cviky se provádí, když kůň stojí. Děti musí doprovázet jejich zákonný zástupce a ještě dva dobrovolníci. Jeden dobrovolník vede koně. Druhý přidržuje dítě, snaží se o jeho korektní sed, komunikuje s ním, ukazuje mu cviky. Každé dítě musí mít na koni helmu.

⁹ Cvik, při kterém jedinec upaží ruce a naklání se ze strany na stranu, jako by létalo letadlo.

¹⁰ Cvik, při kterém jedinec vzpaží jednu ruku a točí s ní, jako by točil s lasem.

5.4. Výsledky

5.4.1. *Kazuistika Martin*

Žák ZŠ speciální Trávníčkova, Praha 5
(ročník 1992)

Diagnóza

Středně těžká mentální retardace

Mikrocefalie

Jedná se o těžkou u projevující se zakrněním/předčasným ukončením růstu mozku a obvykle i celé hlavy.

Psychologické vyšetření:

Výrazné narušení psychomotorického vývoje, jeho úroveň rozumových schopností odpovídá středně těžké mentální retardaci, verbální paměť snížena až do pásma těžké mentální retardace. Dále je narušena orientace místem i časem. Martin potřebuje trvalý dohled a péči jiné osoby. Je pozitivně emočně laděný, vstřícný. Co se týče komunikace, dorozumívá se často pomocí agramatických vět, jednoslovnými vyjádřeními a také posunky. U Martina je zjevná výrazná artikulační neobratnost, téměř nesrozumitelný projev. Je velmi motivovaný výkonem a snaživý. Projevuje se u něj výraznější salivace. Aktuálně (2009) dosahuje ve zkoušce rozumových schopností výkonu ve spodní hranici pásma středně těžké mentální retardace. Jednotlivé výkony jsou rozloženy v zásadě rovnoměrně, výkony v rámci verbálního myšlení, abstraktně-vizuálního myšlení, matematického myšlení a krátkodobé neverbální paměti odpovídají středně těžké mentální retardaci, výrazně slabá je však verbální krátkodobá slovní paměť (až na úrovni těžké MR).

Zjevné je narušení jemné i hrubé motoriky, chodí samostatně, méně stabilně, ze schodů schází s oporou. Úchop tužky je křečovitější, písmo je však na relativně kvalitní úrovni. Kresba postavy má organický charakter, obsahově je kvalitnější, po formální stránce je výrazně slabá, kresba celkově odpovídá věku cca 7 let.

U Martina dochází k pozvolné stagnaci mentálního vývoje, jeho úroveň rozumových předpokladů odpovídá hranici středně těžké/těžké mentální retardaci. Chlapec pochází z podnětného prostředí, je velmi dobře veden.

Genetické vyšetření:

Porod ve 38. týdnu, nekřížen. Kojen asi 11 měsíců, prospíval dobře. Hned po porodu zjištěn menší obvod hlavy, proto byl sledován neurolog.

Genealogie:

Rod matky: Má jednoho zdravého bratra, rodiče jsou zdraví, sestra matky má sclerosis multiplex¹¹

Rod otce: má mladší zdravou sestru, rodiče jsou také zdraví

Pozorování při terapii jízdou na koni

Martin jezdí na koni s občanským sdružením Zajíček již tři roky. Nejprve se koní bál, ale zanedlouho strach překonal a koně se stali jeho velkou oblibou. Je na něm vidět, že má koně opravdu rád. Pokaždé, když se blíží doba ježdění, připraví si všechny věci na koně a s velmi dobrou náladou jde za koněma. Nejprve se s nimi přivítá, pozdraví je, poplácá po krku a dá jim něco dobrého. Při jízdě na koni se usmívá a vypadá velmi spokojeně. Cvičení na koni má celkem rád, ale někdy se mu do něj moc nechce. Jednotlivé cviky provádí velmi správně, je snaživý. Během jízdy u něj zaznamenáváme silné emoce, které se projevují velmi kladně. Po jízdě na koni mívá dobrou náladu a ještě několik hodin po jízdě o ní mluví. Myslíme si, že terapie je pro Martina velmi prospěšná, našel v ní činnost, která ho baví a těší se na ní. Což je podle nás v životě mentálně postiženého jedince velmi důležité.

¹¹ Roztroušená skleróza (latinsky *sclerosis multiplex*) je chronické onemocnění centrálního nervového systému.

Co se týče rehabilitační stránky, bylo u Martina zaznamenáno jisté zlepšení v koordinaci, držení těla, posilování zádočných svalů a také v omezení počínající skoliózy. Na koně s ním jezdí jeho maminka, která Martina v ježdění velmi podporuje. Má radost z jeho záliby i z jejich rehabilitačních účinků. Byla by ráda, kdyby se Martin jízdě na koni věnoval i do budoucna. Co se týče jiných fyzických činností, musí Martina do nich nutit a přesvědčovat. Proto je velmi ráda, že u jízdy na koni tomu tak není. Je to pro ní i určitá forma relaxace, když Martina doprovází při jízdách a může se s ním při nich procházet přírodou.

Obrázek č. 2 klient na koni



5.4.2. Kazuistika David

(ročník 2000)

Diagnóza: atypický autismus (typ nízkofunkční)

Psychologické vyšetření:

Při vyšetření se David bez obtíží adaptoval na nové prostředí, po celou dobu vyšetření byl spokojený, pozitivně laděný, bez obtíží přijímá sociální kontakt. Spolupráce u řízených aktivit je u něj obtížnější, je veden vlastním zájmem, chybí mu vnitřní motivace. Jeho vizuální pozornost je sociálně velmi obtížně usměrnitelná, zaznamenáváme u něj trvalý odklon pozornosti. Při volné hře u něj často dochází k trvalému neklidu, převažují u něj činnosti explorační, zájem o točení (hrací mlýnek, ořezávatko), má rád uspořádávání věcí. U chlapce je sociální reaktivita velmi kolísavá, poměrně dobře reaguje na jednodušší verbální pokyny. Psychomotorický vývoj je u něj nerovnoměrný. Jeho silnou stránkou jsou dovednosti vizuopercepční a paměťové. V řeči u Davida převažuje porozumění nad expresí. Verbálně je poměrně reaktivní a rozumí běžně používaným pokynům a názvům. Aktivní řeč je u něj na úrovni do 2 let vývojového věku (využívá jednotlivá náznaková slůvka či zvuky s významem). Kognitivní vývoj je u chlapce nerovnoměrný, celkově spadá do pásma středně těžké mentální retardace s převahou dovedností senzomotorických, má těžké postižení v oblasti komunikačních dovedností. Motoricky je celkově velmi obratný, jemná motorika bez abnormit. Chlapec vyžaduje mimořádnou intenzivní individuální péči a důsledný trvalý dohled, ve většině každodenních aktivit zůstává závislý na péči a dopomoci druhé osoby. David v tomto školním roce zahájil školní docházku v první třídě speciální školy (pro děti a autismem), dobře se zde adaptuje. Je zde využíváno strukturovaného vyučování s vizuální oporou. Na principech TEACCH programu, který tvoří základní strategii výchovy a výuky dětí s poruchou autistického spektra.

Filozofie TEACCH programu

- Individuální přístup.
- Aktivní generalizace dovedností (prostupnost školního a domácího prostředí).
- Úzká spolupráce s rodinou.
- Integrace autistických dětí do společnosti.
- Přímý vztah mezi ohodnocením a intervencí.
- Pozitivní přístup i k dětem s problematickým chováním, aktivní snaha o pedagogickou intervenci vedoucí k zlepšení chování

(<http://www.specskolynadeje.cz/specmetody/teacchprogram.htm>, 2009).

Pozorování při terapii jízdou na koni

David jezdí na koni již čtvrtým rokem. Je to velmi plachý a citlivý chlapec, kterého jen tak něco nezaujme na delší dobu. U koní je tomu jinak, má je velmi rád a je schopen u nich vydržet i několik hodin. Jízda na koni ho baví, nechce po ní z koně slézt. Během jízdy se tváří spokojeně, někdy je těžké zaujmou jeho pozornost cvičením. Má spíše rád jen mávání a hlazení koně. Velmi to záleží na jeho náladě, která se často střídá. Jsou jízdy, při kterých ochotně cvičí, ale většinou nechce být moc rušen. Je na něm vidět, že jízdu velmi prožívá a že mu přináší radost. U Davida je velmi těžké navázat oční kontakt. Všimli jsme si, že s koněm je schopen ho navázat o hodně lépe. Na koně s Davidem jezdí jeho maminka, která se velmi snaží najít pro chlapce aktivity, které by ho bavily. Hodně s ním sportuje, jezdí na kole, bruslích, lyžují. David má rád sporty, ale u žádné činnosti nevydrží tak dlouho, jako u koní. David je neustále v pohybu, nedokáže chvíli v klidu postát nebo posedět na místě. Myslíme si, že u Davida je terapie na koni velmi prospěšná, dokáže se na koni zklidnit, odpočinout si. Jeho maminka by si do budoucna přála, aby se David naučil o koně i starat. Vidí v této činnosti možnost jeho budoucího uplatnění. Kdyby ho činnosti okolo koní bavily, mohl by u koní najít nějaké chráněné pracovní místo. Nechce Davida do ničeho nutit, myslí si, že se časem pozná, jestli by se koním chtěl věnovat více.

Obrázek č. 3 klient na táboře



5.4.3. Kazuistika Petr

(ročník 1992)

Diagnóza: Downův syndrom (Morbus Down) s typickými znaky a psychomotorickou retardací.

Středně těžká nedoslýchavost (práh sluchu¹² minimálně na 60dB- měřeno objektivní audiometrií¹³), krátkozrakost (5/10), na vzdálenost pět metrů vidí to, co člověk bez zrakového postižení na deset metrů.

Chlapec prodělal srdeční operaci s dlouhodobou hospitalizací.

Byl mu frakturován levý bérec, 4 týdny sádrová fixace.

Psychologické vyšetření:

Ve verbální oblasti je velmi opožděn. Retardace je také patrná v oblasti motorické. Je u něj narušena jak hrubá, tak i jemná motorika. Úchop tužky je křečovitý. Zvládá základy znakové řeči. Podle klinických sluchových zkoušek, se zjistilo, že rozumí silnější hlas na 3 metry. Edukace řeči probíhá ve speciální škole, dále technikou Makaton¹⁴. Pasivní slovní zásoba převažuje nad aktivní, výslovnost je u něj omezena na krátké krátká slova nebo artikulované znaky. Petr potřebuje trvalý dohled a péči jiné osoby, v každodenních aktivitách je závislý na druhé osobě. Chlapec má rád okolo sebe společnost, hlavně jeho blízkých. Jeho velkou zálibou je poslouchání hudby, dokáže tím strávit celý den.

¹² Práh sluchu je nejnižší intenzita zvuku, kterou daný člověk právě zaslechne (ideální je 0 dB)

¹³ Objektivní audiometrie je diagnostická metoda, při níž je vyšetření prahu sluchu nezávislé na spolupráci pacienta

¹⁴ Komunikační systém Makaton je jazykový program, který využívá manuální znaky, symboly a mluvenou řeč.

Individuální vzdělávací plán:

V matematice zná číselnou řadu do 10, sčítá a počítá bez názoru 1+1, 2+1 (někdy si ukazuje na prstech).

Má problémy s pojmy menší, větší, stejný, velký, vpředu, vzadu, vlevo, vpravo....

V českém jazyce je potřeba naučit se používat slovesa ve větách, čte všechna písmena, slabiky di, ti, ni, bě, pě, vě mu dělají problémy. Čtení ho baví, čte s porozuměním i trojslabičná slova. Píše nerad, nejlépe se mu píše pastelkou. Petr je hodnocen a klasifikován stejnou formou jako jeho spolužáci, a to dle jeho individuálního vzdělávacího plánu. V pololetí a na konci školního roku je hodnocen slovně.

Pozorování při terapii jízdou na koni

Petr jezdí na koních už osm let, což se projevuje na jeho vztahu ke koním. U koní působí velmi sebejistě, důvěřuje jim. Na jízdu na koni se vždy velmi těší, má z ní radost. Během jízdy na koni rád provádí všechny cviky, jediné co mu činí problém je předklonit se na koni. Nejspíše má strach, aby nespádl. Při jízdě je velmi veselý, mává na kolemjdoucí a auta. Co se týče účinků terapie jízdou na koni u Petra bylo zaznamenáno zlepšení v chůzi, v koordinaci pohybů a také ve vzpřímenějším držení těla. Zlepšení bylo zaznamenáno i v oblasti psychické. Petr v jízdě na koni náchází určité sebeuplatnění. Každou činností, která ho baví dochází ke zlepšování jeho kvality života, což je u lidí s mentálním postižením velmi důležité. Petr po jízdě koně rád pohladí a popláca, ale co se týče jiných činností okolo koní má z nich strach. Petr by neměl dlouho chodit, proto se pohybuje také na vozíku, z důvodu nesprávného růstu dolních končetin. Každý pohyb, který mu „nahrazuje“ chůzi, je pro něj velmi prospěšný. Chlapec rád plave, což je pro něj také velmi dobré. dokonce se zúčastňuje i plaveckých závodů, ve kterých si vede velmi dobře. Rodiče ho ve všech činnostech velmi podporují a pomáhají mu. Petr má v rodině velmi dobré a podnětné zázemí.

Obrázek č. 4 klient na táboře



5.5. Výsledky dotazníku s otevřenými otázkami

Výsledky dotazníků jsou prezentovány pomocí tabulek. Před každou tabulkou je zhodnocení výsledků s odkazem na příslušnou tabulku. Tabulky jsou očíslované a pojmenované podle tématu otázky. Každá tabulka obsahuje jednu otázku a tři odlišné odpovědi. Uvádíme v tabulkách jméno dítěte, kterého se odpovědi týkají. Aby bylo možné se v kazuistice k těmto odpovědím odkazovat a také proto, že nám odpovědi pomohou k získání více informací o dětech vybraných do kazuistiky.

Otázka č. 1 zjišťovala jaký mají děti vztah ke koním. V této otázce jsme předpokládali, že rodiče budou odpovídat spíše kladně. Soudili jsme tak proto, že všechny tři děti jezdí na koních již dlouho, znají je. Myslíme si, že dítě se záporným vztahem ke koním by ochotně nepodstoupilo terapii jízdou na koni, jak tomu u těchto tří dětí bylo.

Tabulka č. 2: Vztah dětí ke koním

Otázka č. 1	Jaký mají vaše děti vztah ke koním? Myslíte, že z nich mají strach nebo naopak jim plně důvěřují?
Odpověď č. 1: Martinova matka	Martin se zpočátku koní bál, nedokázal se ke koni ani přiblížit, natož navázat s ním jakýkoli fyzický kontakt. To, že nasedne na koně se zdálo být nemožné. Panický strach překonal asi po 2 měsících pravidelného styku s koněm. Nyní koni důvěřuje.
Odpověď č. 2: Petrova matka	Petr má koně rád, ale má z nich určitý respekt. Myslím, že jim důvěřuje. Z jízdy na koni má velkou radost, baví ho.
Odpověď č. 3: Davidova matka	David má kladný vztah ke zvířatům, má je rád. Často ho zaujmou. Nemá z koní strach, důvěřuje jim.

Otázka č. 2 zjišťovala, jak terapie jízdou na koni dětem pomáhá. V této otázce jsme předpokládali, že bude zmiňováno vzpřímenější držení těla. Domníváme se tak, protože podle Hollého a Hornáčka (2005) má v hipoterapii klíčovou úlohu ovlivnění postury. Postura označuje všechny motorické schopnosti člověka, jejichž cílem je udržení polohy. V současnosti vycházíme při vyšetření posturálního chování člověka většinou z koncepce vzpřímeného držení.

Tabulka č. 3: Vliv terapie na děti

<p>Otázka č. 2</p>	<p>Dokázala byste několika větami popsat, jak si myslíte, že terapie jízdou na koni vašemu dítěti pomáhá? Jak po stránce motorické, tak i psychické.</p>
<p>Odpověď č. 1: Martinova matka</p>	<p>Po psychické stránce mu pomáhá v překonání strachu, což vede i ke zlepšení jeho sebepojetí. Co se týče motoriky, pomáhá mu terapie v zlepšení koordinace, držení těla, posilování zádových svalů, omezení počínající skoliózy. Je to u něj asi jediná možnost rehabilitace.</p>
<p>Odpověď č. 2: Petrova matka</p>	<p>Jízda na koni mu pomáhá ke zlepšení koordinace pohybů, ke vzpřímenějšímu držení těla. Co se týče psychické stránky, jízda mu přináší velkou radost, dokáže ho vždy rozveselit.</p>
<p>Odpověď č. 3: Davidova matka</p>	<p>Myslím, že někdy (hlavně dříve) opakoval, jak koně dělají, což mu pomáhalo v rozvoji řeči. Naučil se říkat „hou, prr“, mlaskat na koně. Jinak téměř nemluví. Koníkovi poděkoval, pohládl ho, podíval se na něj (oční kontakt), byl schopen udržet delší dobu pozornost. Je to pro něj příjemně strávený a smysluplný čas.</p>

Otázka č. 3 zjišťuje, jaké má dítě emoce před jízdou na koni. V této otázce jsme předpokládali, že rodiče budou odpovídat spíše kladně. Jak již bylo zmiňováno všechny děti už jezdí na koni dlouho a znají je, proto si myslíme, že prožívají spíše kladné emoce.

Tabulka č. 4: Emoce dětí spojené s terapií

Otázka č. 3	Těší se dítě na jízdu na koni? Pokud ano, jak se jeho radost projevuje?
Odpověď č. 1: Martinova matka	Ano těší. Sám si ochotně připraví helmu, aktivně se vypravuje, celkem rychle se obléká, obouvá se bez neustálého dozoru a popohánění. Pamatuje si na koníky, abychom vzali chléb a mrkev.
Odpověď č. 2: Petrova matka	Ano, velmi se těší. Když vidí koně, hned k němu jde, má radost.
Odpověď č. 3: Davidova matka	Ano. Usmívá se, běží ke koni. Ukazuje, že chce jezdit. Po jízdě nechce vystoupit.

Otázka č. 4 zjišťuje, jak dlouho se děti věnují terapii jízdou na koni a nakolik jim pomáhá. V této otázce jsme předpokládali odpovědi týkající se hrubé motoriky, zpevnění svalstva a zlepšení koordinace pohybů.

Tabulka č. 5: Vliv terapie na děti, jak dlouho terapie probíhá

Otázka č. 4	Jak dlouho vaše dítě jezdí na koni? Zaznamenala jste od té doby nějaké zlepšení?
Odpověď č. 1: Martinova matka	Tři roky. Je schopný s dopomocí nasednout, při jízdě se pustit, otočit se, někdy ochotně provádí i další cvičení. Zlepšila se koordinace pohybů, posiluje záda, zlepšuje se držení těla.
Odpověď č. 2: Petrova matka	Petr jezdí na koni už od školky (12 let). Zaznamenala jsem zlepšení v koordinaci pohybů, v chůzi a v posílení svalů.
Odpověď č. 3: Davidova matka	Čtyři roky. Myslím, že došlo k určitému zlepšení a například ve vzpřímenějším držení těla, v uvolněnosti těla a také k posílení jeho sebehodnocení.

Otázka č. 5 se týká prožitku dítěte z jízdy na koni. Ptáme se, zda dítě rádo provádí na koni terapeutické cviky. Pokud ano, snažili jsme se zjistit, jaké cviky konkrétně má rádo. U této otázky jsme se domnívali, že se budou odpovědi poněkud lišit. Každé dítě prožívá jízdu jinak a jinak se při ní také chová.

Tabulka č. 6: Prožitek dítěte z jízdy na koni

Otázka č. 5	Provádí vaše dítě rádo cviky na koni nebo má spíše radši „nerušenou jízdu“? Pokud má cviky rádo, jaké konkrétně?
Odpověď č. 1: Martinova matka	Martin má raději „nerušenou jízdu“. Ochota cvičit je závislá na momentální náladě. Jen někdy se snaží provádět cviky správně. Má rád letadlo, točení lasem, otáčení se na koni, hlazení koně.
Odpověď č. 2: Petrova matka	Rád na koni cvičí, jen mu dělá problém se na koni předklonit a pohladit ho na krku. Nejspíše má strach, aby nespádl. Co se týče ostatních cviků. Má rád letadlo, točení lasem, otáčení na koni, nemá s nimi problém.
Odpověď č. 3: Davidova matka	Spíš má raději klidnou jízdu. Zamávat, pohladit si koně. Zkoušeli jsme polohování na koni, ale bál se.

Otázka č. 6 zjišťuje, zda je pro dítě terapie jízdou na koni unavující. Myslíme si, že terapie je pro dítě do určité míry náročná, aniž by si to muselo uvědomovat. Na dítě působí mnoho podnětů, snaží se plnit různé úkoly. Záleží samozřejmě na délce trvání terapie, zde probíhala okolo 20 minut, což nemusí být pro dítě až natolik náročné.

Tabulka č. 7: Únava při terapii

Otázka č. 6	Je pro vaše dítě jízda na koni unavující?
Odpověď č. 1: Martinova matka	Myslím, že není. Po jízdě mívá dobrou náladu, i když třeba zrovna prší.
Odpověď č. 2: Petrova matka	Nezaznamenávám na něm po jízdě žádné známky únavy.
Odpověď č. 3: Davidova matka	Myslím, že ne.

Otázka č. 7 se týká zájmu dítěte o další činnosti okolo koní. U této otázky jsme předpokládali spíše záporné odpovědi. A to z důvodu, že na další činnosti v rámci terapie už nezbývá čas. Myslíme si, že je to škoda, mohla by to být pro děti velmi zajímavá zkušenost. Udělaly by si představu, jak to okolo koní chodí a možná by je pak terapie i více bavila, kdyby byla spojená s dalšími činnostmi, jako je například čištění koní, sedláni a krmení koní.

Tabulka č. 8: Zájem o další činnosti okolo koní

Otázka č. 7	Má vaše dítě zájem i o jiné činnosti okolo koní? Jako je například čištění, sedláni, krmení atd.
Odpověď č. 1: Martinova matka	O tyto činnosti má zájem spíše pasivní. Rád se dívá, nerad se zapojuje do práce.
Odpověď č. 2: Petrova matka	Jiných činností okolo koní se bojí, ale doufám, že se to časem změní.
Odpověď č. 3: Davidova matka	Má rád zvířata, ale zatím neměl příležitost, aby se o koně mohl starat. Možná do budoucna bychom to rádi zkusili, pokud ho to bude bavit.

Otázka č. 8 se dotazuje, zda mají rodiče s terapií jízdou na koni nějakou špatnou zkušenost. U této otázky jsme zase předpokládali spíše záporné odpovědi. Terapie je vedena pod dohledem odborníka, který dítě přidržuje a každý rodič musí své dítě doprovázet vedle koně. Na bezpečnost je kladen velký důraz.

Tabulka č. 9: Špatné zkušenosti

Otázka č. 8	Máte s terapií jízdou na koni nějakou špatnou zkušenost? Přihodilo se vám něco, s čím jste nebyly spokojeny?
Odpověď č. 1: Martinova matka	Nemám žádnou špatnou zkušenost.
Odpověď č. 2: Petrova matka	Nemám žádné špatné zkušenosti.
Odpověď č. 3: Davidova matka	Nemáme.

Otázka č. 9 zjišťuje, jaký má názor ošetřující lékař na terapii jízdou na koni. Předpokládali jsme, že lékař bude terapii spíše doporučovat. Myslíme si, že terapie je pro dítě velmi přínosná jak po duševní a sociální stránce, tak i po stránce tělesné (hrubá motorika).

Tabulka č. 10: Názor lékaře na terapii

Otázka č. 9	Co říká ošetřující lékař vašeho dítěte na to, že jezdí na koni?
Odpověď č. 1: Martinova matka	U lékaře je kladná odezva, jízdu na koni Martinovi doporučuje.
Odpověď č. 2: Petrova matka	Lékař nám jízdu na koni doporučuje.
Odpověď č. 3: Davidova matka	Říká, že mu to prospívá. Jen máme jezdit opatrně.

VI. DISKUZE

V souvislosti s provedeným šetřením bychom se rádi zmínili o skutečnostech, které z něho vyplynuly.

Terapie jízdou na koni působila na všechny zkoumané děti po stránce tělesné, duševní i sociální. Při terapii docházelo k silnému emočnímu prožitku dětí. Jak jsme předpokládali, děti si ke koním vytvořily velmi kladný vztah a terapie pro ně byla příjemným prožitkem. Podle Votavy (2005) při kontaktu s živým koněm, umocněným přírodním prostředím, vzniká atmosféra s pozitivním emočním nábojem. Klient hipoterapie nabývá sebejistoty a sebevědomí, protože pomocí koně dokáže něco, co by sám mnohdy nedokázal. Co se týče cviků prováděných na koni během terapie, každé dítě k nim má jiný přístup. Odpovědi rodičů se poměrně lišily, jak jsme předpokládali. Dvě ze tří dětí mají raději jízdu, při které nemusí provádět cvičení. Mají rádi jen některé cviky a přístup ke cvičení záleží na jejich momentální náladě. Jen jeden z chlapců ochotně provádí téměř všechny cviky. Domníváme se, že je tomu tak proto, že děti si jízdu na koni velmi užívají a je to pro ně silný emoční zážitek a tudíž nechtějí být „rušeny“ prováděním cviků. Je potřeba je dostatečně namotivovat, aby je cviky bavily a byly pro ně zajímavé. Jeden z chlapců se zpočátku koní bál, ale zanedlouho strach překonal a koně si velmi oblíbil. Všechny děti se na terapii těšily a během ní byly velmi spokojené. U žádného z dětí nebyly během terapie zaznamenány negativní pocity. Podle Mülera (2005) terapie přináší pocit pohody a uvolnění. Přátelské zvíře pozitivně ovlivňuje vnímání stresu, do jisté míry odstraňuje únavu. Vůně koňské srsti probudí fantazii a touhu po dobrodružství. Předpokládali jsme, že jízda na koni bude pro děti do určité míry unavující, ale v dotazníku se nám na tuto otázku dostalo jen záporných odpovědí. Nejspíše je to způsobeno jejich silným emočním prožitkem a radostí, proto se u nich únava může projevit až později. To už pak rodiče nemusí zapřičiňovat terapii jízdou na koni, ale jiné následující aktivity. Terapie jízdou na koni byla u všech zkoumaných dětí doporučena jejich ošetřujícím lékařem. V dotazníku jsme zjišťovali, mají-li děti zájem i o jiné činnosti okolo koní, jako je například jejich čištění, sedláni, krmení a další podobné práce. U všech dotazovaných se nám dostalo záporné odpovědi.

Přepokládali jsme spíše záporné odpovědi a to z důvodu nedostatku času k terapii jízdou na koni. Činnosti okolo koní zaberou velmi mnoho času a rodiče se často dle našich zkušeností domnívají, že jsou pro děti nepotřebné. Jedná se o činnosti, které jsou zařaditelné do pracovní rehabilitace. Pokud mají děti koně rády, myslíme si, že by nebylo špatné, pokud by v těchto činnostech našly zalíbení jako ve své budoucí práci. Podle Votavy (2005) je zaměstnání často nejen prostředkem obživy, ale i významnou součástí jejich vlastní identity a zdrojem jejich sebevědomí. Za nejdůležitější účinky terapie považujeme dosažené rehabilitační výsledky po stránce tělesné. U všech třech dotazovaných se nám dostalo kladných odpovědí a to konkrétně, že terapie jízdou na koni pomáhá jejich dětem ve zlepšení koordinace pohybů, vzpřímenějším držení těla, zpevnování svalů okolo zad, uvolnění celého těla. Podle Neradžiče (2006) kráčeující kůň svým pohybem dráždí řídicí nervová centra a nutí člověka k balancování (snaze udržet své těžiště v těžišti koně). Tím dochází k aktivování svalů a kloubů. Klinicky se zlepšuje volní motorika (uvědoměle uskutečňovaný pohyb) a držení těla. Největší vliv má terapie na rozvoj posturální motoriky a svalstva, především svalů trupu, břišních svalů, bránice, svalů pletence pánevního a ramenního a dalších. Další účinky bývají dle Mülera (2005) zaznamenávány v příznivém dopadu na vnitřní orgány, kardiovaskulární systém, zlepšení prokrvení orgánů, střevní peristaltiku a dýchání. Dochází k tomu aktivním pohybem venku, ve spojení s pravidelným rytmickým chodem koně a vzpřímeným držením těla jezdce. U chlapce s poruchy autistického spektra bylo zaznamenáno prostřednictvím koně zlepšení v rozvoji řeči. Koně ho natolik zaujaly, že opakoval po matce, jak kůň dělá a naučil se i krátká slova s koňem spojené. Terapií dochází také k posilování sociálních dovedností. Jak se zmiňují Pipeková, Vítková (2000) pro handicapované dítě je terapie prostředkem pro prožití pocitu vítězství nad sebou samým, prostředkem k prožití radosti z pohybu. Intekarce s velkým a do jisté míry výjimečným zvířetem jako je kůň představuje u někoho i nutnost překonat fobii ze zvířat, překonat úzkost z taktilního kontaktu se zvířetem, a tak rozšířit své schopnosti o komunikaci se zvířetem a okolním světem.

Některé dosahované účinky terapie jízdou na koni, nebyly dotazovanými rodiči zaznamenány. Domníváme se, že je tomu tak z důvodu chybějící zpětné vazby ze strany odborníků k rodičům. Jak již bylo zmiňováno, terapie jízdou na koni neprobíhá pod odborným dohledem fyzioterapeuta nebo jiného specialisty a není indikována lékařem. To bohužel není v rámci terapie na jízdou na koni možné, jak z důvodů finančních, tak i časových.

VII. ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se věnovali problematice hipoterapie (v praktické části terapii jízdou na koni). Naším cílem bylo sledovat, jakým způsobem terapie působí na tři vybrané děti. Dále jsme zjišťovali, jakým způsobem terapie působí na emoční ladění vybraných dětí a jakou povahu má vztah sledovaných dětí ke koni. Sběr dat probíhal na letním integračním táboře v Koutě na Šumavě, kde u dětí každý den probíhala terapie jízdou na koni. Vybranými jedinci byli tři chlapci s různými typy postižení. Martin se středně těžkou mentální retardací, Petr s Downovým syndromem a David s nízkofunkčním autismem. V rámci jejich sledování jsme vypracovali dotazník s otevřenými otázkami. Který jsme vyhodnotili ve výsledkové části do tabulek. Jako další metody sběru dat nám posloužily úřední a osobní dokumenty poskytnuté od rodičů vybraných dětí. Konkrétně jimi byly lékařské zprávy z neurologie a psychologie. V jednom případě individuální vzdělávací plán. Další metodou sběru dat bylo pozorování chlapců během terapeutické jednotky. Výsledky poskytnutých dokumentů a pozorování jsme zpracovali do kazuistik tří chlapců.

Dosáhli jsme výsledků, že terapií jízdou na koni si děti vytvářejí velmi blízký vztah ke koním. Terapie jim přináší velmi silný emoční prožitek. Dále má příznivý vliv na jejich tělesnou, duševní i sociální stránku. Potvrdily se nám předpokádané rehabilitační účinky na tělesnou stránku jedince. U dětí dochází ke zlepšení koordinace pohybů, vzpřímenějšímu držení těla, zpevnování svalového korzuru a k uvolnění celého těla. Dále u dětí dochází k ovlivňování jejich sebepojetí. U některých dětí došlo k překonání strachu a interakce mezi koněm jim byla prostředkem, jak navázat komunikaci se zvířetem a okolním světem. Tím byla u dětí posilována i sociální dovednost, která je pro ně do života velmi důležitá.

Domníváme se, že bude pro děti prospěšné budou-li se terapii jízdou na koni věnovat i nadále. Pokud budou mít rodiče zájem, doporučovali bychom jim, aby se přes svého ošetřujícího lékaře informovali o možnostech návštěvy hipoterapie. Terapie jízdou na koni má na děti velmi příznivý vliv, ale při odborně vedené hipoterapii je možné u dětí dosahovat lepších účelněji vedených výsledků. Zpracování této bakalářské práce mi přineslo mnoho nových zkušeností a odbornější náhled na danou problematiku, čehož si velmi cením.

SEZNAM LITERAURY

1. GILLBERG, CH., PETTERS, T. *Autismus-zdravotní a výchovné aspekty*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-856-2.
2. GÚTH, A. *Liečebné metodiky rehabilitácii pre fyzioterapeuta*. 3. vydání. Bratislava: Liečreh Gúth, 2004. ISBN 80-88932-16-5.
3. HENDL, J. *Kvalitatívni výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
4. HOLLÝ, K., HORNÁČEK, K. *Hipoterapie léčba pomocí koně*. 1. vydání. Ostrava: Montanex, 2005. ISBN 80-7225-190-2.
5. KOHOUTEK, R. *Metoda dotazníku pro pedagogy*. 1. vydání. Brno: Cerm, 1998. ISBN 80-7204-067-7.
6. KUČERA, J. *Downův syndrom*. 1. vydání. Praha: Avicentrum, 1981. ISBN 08-084-81
7. MÚLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
8. NERADŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. 1. vydání. Praha: Albatros, 2006. ISBN 80-00-01809-8.
9. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vydání. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-83-4.

10. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
11. PUESCHEL, M. *Downův syndrom*. 1. vydání. Praha: Tech-market, 1997. ISBN 80-86114-15-5.
12. SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-973-9.
13. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.
14. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.
15. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
16. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 2. vydání. Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.
17. VÉLE, F. *Kineziologie posturálního systému*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-100-5.
18. VOCILKA, M. *Autismus*. 1. vydání. Praha: Tech-market, 1996. ISBN 80-902134-3-X.
19. VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5.
20. ZENKLOVÁ, J. Příběh rampičky. *Jezdeckví*, 2004, 52. ročník, č. 8, s. 56. ISSN 1210-5406

Internetové zdroje

1. *Asociace pomáhající lidem s autismem* [online]. c2009, [cit. 2009-07-25]. Dostupné z:

<http://www.hk.apla.cz/clanky_a_zajimavosti/poruchy_autistickeho_spektra_lenka_lukesova.pdf>

2. CASKOVÁ, V. „Neslyším!“ *Hiporehabilitace-informační zpravodaj o rehabilitaci na koni*. [online]. 13. ročník, č. 2 [cit. 2009-08-02]. Dostupné z:

<http://www.chs.web2001.cz/CHS_Download/Casopis/2006-02.pdf>

3. *CPK CHRPA Centrum přípravy koní pro hiporehabilitaci* [online]. c2009, [cit. 2009-07-03]. Dostupné z: <http://www.cpkchrpa.cz/viewpage.php?page_id=1>

4. *Česká hiporehabilitační společnost* [online]. c2009, [cit. 2009-06-18]. Dostupné z: <<http://chs.unas.cz/>>

5. *Downův syndrom* [online]. c2009, [cit. 2009-06-11]. Dostupné z:

<<http://www.trisomie21.cz/obraz.html>>

6. HERMANNOVÁ, H. Pedagogicko-psychologické ježdění v PL Bohnice.

Hiporehabilitace-informační zpravodaj o rehabilitaci na koni. [online]. 13. ročník, č. 3 [cit. 2009-08-02]. Dostupné z:

<http://www.chs.web2001.cz/CHS_Download/Casopis/2006-03.pdf>

7. *Základní a mateřská škola naděje* [online]. c2009, [cit. 2009-08-03]. Dostupné z:

<<http://www.specskolynadeje.cz/specmetody/teacchprogram.htm>>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Schematický souhrn stimulačního polohování na koni

Poloha pacienta	Pozice koně	Facilitace periody
Na břiše z zádech pacienta kolmo a podélně na hřbet koně	Stojící kůň	Holokinetické, srstnaté pohyby končetin a pozdějších výše uvedených stádí (PVS) Šikmý sed, plazení, lezení, sezení, chůze, jemná motorika
Na břiše pacienta kolmo na hřbet koně ➤ hlava otočená do kruhu ➤ hlava otočená ven z kruhu	Krok Krok	Holokinetické, samostatné pohyby končetin a PVS Plazení v před a PVS
Podélné (kolmé) polohování na jednom a potom na druhém boku ➤ proti a později ve směru kroku koně	Stojící kůň i krok	Oražení se, šikmý sed a PVS
Podélné polohování na břiše s tvářmi na koni ➤ proti směru pohybu koně ➤ po směru pohybu koně	Krok Krok	Plazení a lezení vzad, šikmý sed a PVS Plazení a lezení vpřed, šikmý sed a PVS
Podélné položení na břiše, opřeny o lokky a otevřené dlaně (pozice normálního posturálního vzoru na konci 1. trimenu) ➤ proti směru kroku koně ➤ ve směru kroku koně	Krok Krok	Plazení a lezení vzad, šikmý sed a PVS Plazení a lezení vpřed, šikmý sed a PVS
Podélné polohování na břiše, opřeny o natažené lokky (pozice normálního posturálního vzoru na konci 2. trimenu) ➤ proti směru kroku koně ➤ ve směru kroku koně	Krok Krok	Plazení a lezení vzad, šikmý sed a PVS Plazení a lezení vpřed, šikmý sed a PVS
Boční sed	Stojící kůň i krok	Sed a chůze do strany s oporou
Kontrased	Stojící kůň i krok	Sed a chůze vzad a PVS
Konězní sed	Stojící kůň i krok	Sed a chůze vpřed a PVS
Stoj na koni	Stojící kůň i krok	Facilitace stoje

Příloha č. 2

Dotazník pro rodiče

1. Jaký mají vaše děti vztah ke koním? Myslíte, že z nich mají strach nebo naopak jim plně důvěřují?
2. Dokázala byste několika větami popsat, jak si myslíte, že terapie jízdou na koni vašemu dítěti pomáhá? Jak po stránce psychické, tak i motorické.
3. Těší se dítě na jízdu na koni? Pokud ano, jak se jeho radost projevuje?
4. Jak dlouho vaše dítě jezdí na koni? Zaznamenala jste od té doby nějaké zlepšení?
5. Provádí vaše dítě rádo cviky na koni nebo má spíše radši „nerušenou jízdu“? Pokud má cviky rádo, jaké konkrétně?
6. Je pro vaše dítě jízda na koni unavující?
7. Má vaše dítě zájem i o jiné činnosti okolo koní? Jako je například čištění, sedlání, krmení atd.
8. Máte s terapií jízdou na koni nějakou špatnou zkušenost? Příhodilo se vám něco, s čím jste nebyly spokojeny?
9. Co říká ošetřující lékař vašeho dítěte na to, že jezdí na koni?