

**UNIVERZITA PARDUBICE**

**Fakulta filozofická**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2020

Martina Kempová

Univerzita Pardubice  
Fakulta filozofická

Hipo(re)habilitace v souvislostech ucelené rehabilitace  
Bakalářská práce

2020

Martina Kempová

Univerzita Pardubice  
Fakulta filozofická  
Akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Martina Kempová**  
Osobní číslo: **H17247**  
Studijní program: **B6107 Humanitní studia**  
Studijní obor: **Humanitní studia**  
Téma práce: **Hipo(re)habilitace v souvislostech ucelené rehabilitace**  
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

### Zásady pro vypracování

Tématem bakalářské práce bude problematika hipo(re)habilitace v souvislostech ucelené rehabilitace. Práce bude teoreticko-praktická, kvalitativní.

Teoretická část bude obsahovat vymezení pojmů ucelená rehabilitace a rehabilitace a její složky – léčebná, pedagogická, sociální, pracovní, psychologická, ekonomická a technická. Hlavní část bude věnována samotné hiporehabilitaci, jejímu členění, metodice, cílům a efektivitě pro danou cílovou skupinu.

Praktická část bude zkoumat vliv hipo(re)habilitace na osobnost jedince cílové skupiny. K výzkumu bude využita kvalitativní metodologie, metodou sběru dat budou rozhovory, pozorování, analýza dokumentů, kazuistika. Respondenty budou osoby cílové skupiny andragogiky. Cílem výzkumu je zjistit, jak působí a jak je efektivní hipo(re)habilitace pro osobnost jedince.

Rozsah pracovní zprávy:  
Rozsah grafických prací:  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

**Seznam doporučené literatury:**

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 4. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-262-0982-9.  
HERMANNOVÁ, Hana, MÜNICOVÁ, Dana a NERANDŽIČ, Zoran. Základy hipoterapie. Praha: Profi Press, 2014. ISBN 978-80-86726-57-1.  
JANKOVSKÝ, Jiří, PFEIFER, Jan, ŠVESTKOVÁ, Olga. Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. ISBN 80-704-0826-X.  
JISKROVÁ, Iva, CASKOVÁ, Vladimíra, Dvořáková, Tereza. Hiporehabilitace. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2010. ISBN 978-80-7375-390-0.  
Kolektiv autorů: Zooterapie ve světle objektivních poznatků. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.  
NERANDŽIČ, Zoran. Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů. Praha: Albatros, 2006. ISBN 80-00-01809-8.  
NEUBAUEROVÁ, Lenka, JAVORSKÁ, Miroslava, NEUBAUER, Karel. Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy. 2. upr. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-174-7.  
SVOBODOVÁ, Ivona. Zoorehabilitace a aktivity se zvířaty pro rozvoj osobnosti. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, 2009. ISBN 979-80-213-1912-7.  
TROJAN, Stanislav. Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0031-X.  
VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

Vedoucí bakalářské práce: **PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.**  
Katedra věd o výchově

Datum zadání bakalářské práce: **31. března 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



L.S.

---

**doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D.**  
děkan

---

**Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. listopadu 2019

**Prohlášení:**

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně a použila pouze uvedených pramenů a literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne

Martina Kempová

.....

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce, PaedDr. Zdeňce Šandorové, Ph.D., za její vedení, rady a připomínky, dále terapeutce Bc. Monice Šťastné Kohoutové, DiS. za její odbornou pomoc a všem respondentům, kteří mi věnovali svůj čas na poskytnutí rozhovorů.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat i mé rodině, která mi byla velkou oporou.

## **ANOTACE**

Tématem bakalářské práce je problematika hipo(re)habilitace v souvislostech ucelené rehabilitace. Práce je teoreticko-praktická, zpracovaná kvalitativní metodologií. Teoretická část obsahuje vymezení pojmů ucelené rehabilitace a habilitace a její složky – léčebná, pedagogická, sociální, pracovní, psychologická, ekonomická a technická. Hlavní část je věnována samotné hiporehabilitaci, jejímu členění, metodice, cílům a efektivitě pro danou cílovou skupinu. Praktická část zkoumá vliv hipo(re)habilitace na osobnost jedince cílové skupiny. K výzkumu je využita kvalitativní metodologie, metodou sběru dat jsou rozhovory, pozorování a analýza dokumentů. Respondenty jsou osoby cílové skupiny andragogiky. Cílem výzkumu je zjistit, jak působí a jak je efektivní hipo(re)habilitace na osobnost jedince.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Osoba se zdravotním postižením, ucelená rehabilitace, hipo(re)habilitace, hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, andragogika

## **TITLE**

Hipo(re)habilitation in the context of comprehensive rehabilitation

## **ANNOTATION**

Theme of this bachelor thesis is issue of hipo(re)habilitation in connection with comprehensive rehabilitation. The thesis is theoretical-practical, worked out by qualitative methodology. Theoretical part includes definitions of terms comprehensive rehabilitation and habilitation and its components – therapeutic, pedagogic, social, working, psychological, economic and technical. Main part deals with own hiporehabilitation, its divisions, methodology, targets and effectiveness for its designated target group. Practical part researches impact of hipo(re)habilitation on character of individual of target group. Qualitative methodology is used for this research, method of data collection are dialogs, observation and document analysis. Respondents are persons of target group of andragogy. The research is focused on find out how hipo(re)habilitation influence and how is effective for personality.

## **KEYWORDS**

People with disabilities, comprehensive rehabilitation, hipo(re)habilitation, equine facilitated psychotherapy and occupational therapy, andragogy

# OBSAH

ÚVOD .....	11
1 OSOBA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....	12
1.1 DEFINICE POSTIŽENÍ .....	15
2 UCELENÁ REHABILITACE .....	16
2.1 CÍLE REHABILITACE.....	16
2.2 REHABILITAČNÍ ZÁSADY.....	17
2.3 PŘEKÁŽKY NAPLNĚNÍ CÍLŮ REHABILITACE .....	18
2.4 METODY REHABILITACE.....	18
2.5 SLOŽKY REHABILITACE.....	19
2.6 TECHNICKÁ HLEDISKA.....	21
2.7 REHABILITAČNÍ TÝM .....	25
2.7.1 Rehabilitační lékař.....	25
2.7.2 Fyzioterapeut .....	25
2.7.3 Ergoterapeut .....	25
2.7.4 Psycholog – neuropsycholog.....	26
2.7.5 Klinický logoped .....	26
2.7.6 Další členové týmu.....	27
3 POJEM HIPOREHABILITACE .....	28
3.1 ČLENĚNÍ HIPOREHABILITACE .....	28
3.1.1 Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE) .....	29
3.1.2 Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP) .....	29
3.1.3 Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP).....	30
3.1.4 Parajezdectví .....	30
3.2 METODIKA HIPOREHABILITACE.....	31
3.3 HIPOTERAPIE VE FYZIOTERAPII A ERGOTERAPII (HTFE).....	32
3.3.1 Průběh hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE).....	32

3.4	PŮSOBENÍ HIPOTERAPIE VE FYZIOTERAPII A ERGOTERAPII (HTFE).....	33
3.4.1	Působení specifických prvků pro hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE).....	33
3.4.2	Nespecifické prvky pro hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii ..... (HTFE).....	34
3.4.3	Psychosociální faktor .....	36
4	ANDRAGOGIKA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....	38
4.1	ANDRAGOGIKA SOMATOPEDICKÁ.....	39
4.1.1	Charakteristika dospělých a seniorů s motorickým postižením .....	40
4.2	CHARAKTERISTIKY POSTIŽENÍ (HANDICAPŮ).....	40
4.2.1	Cévní mozková příhoda (CMP) .....	40
4.2.2	Dětská mozková obrna (DMO).....	42
4.2.3	Mozečkový syndrom .....	43
4.2.4	Traumatické poranění mozku (TBI).....	44
4.2.5	Torticollis .....	44
4.2.6	Meningoencefalokéla v okcipitální oblasti.....	45
5	PRAKTICKÁ ČÁST .....	46
5.1	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	46
5.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	46
5.3	VÝZKUMNÝ VZOREK .....	46
5.4	METODOLOGIE VÝZKUMU .....	46
5.4.1	Metody sběru dat .....	47
5.5	CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ.....	49
5.6	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ – KLIENTŮ .....	52
5.7	REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A ANALÝZA DAT .....	53
5.8	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	54
5.8.1	Rozhovory .....	54

5.8.2	Pozorování.....	55
5.9	ZÁVĚR VÝZKUMU .....	57
6	ZÁVĚR.....	59
7	ZDROJE .....	60
8	SEZNAM ZKRATEK.....	64

# ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou hipo(re)habilitace v souvislostech ucelené rehabilitace.

Motivací pro zpracování tématu byla osobní zkušenost autorky. Hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE) nemohla absolvovat, a tak se o celou problematiku začala více zajímat.

Cíl práce byl zaměřen na popis problematiky hipo(re)habilitace v rámci ucelené rehabilitace. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

První kapitola teoretické části práce je věnována problematice osob se zdravotním postižením a stručně je vysvětleno rozdělení jednotlivých postižení. V druhé kapitole jsou vysvětlena témata – ucelená rehabilitace, cíle rehabilitace, rehabilitační zásady, překážky naplnění cílů rehabilitace, metody, formy rehabilitace, technická hlediska a rehabilitační tým, u kterého budou popsány požadavky na jednotlivé členy. Hlavní část je věnována samotné hiporehabilitaci. Nejdříve bude uvedeno členění hiporehabilitace a charakteristiky jednotlivých složek hiporehabilitace. Hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii se podrobněji věnuje další část této kapitoly, kde se zaměříme na objasnění jejího průběhu a působení na člověka. Poslední kapitola teoretické části je věnována andragogice a stručnému vymezení konkrétních postižení.

V praktické části formou rozhovorů analyzujeme, jak hipo(re)habilitace ovlivňuje osobnost jedince. Je popsáno zařízení, ve kterém je výzkumné šetření realizováno (Toulcův dvůr, z. s.). Dále se práce bude věnovat charakteristice výzkumu, kde popíšeme metodologii, která bude v práci použita. Poté bude vysvětleno, jak probíhal samotný sběr dat. V poslední části praktické části bude vyhodnoceno výzkumné šetření.

# 1 OSOBA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Vzhledem k tomu, že jedinci se zdravotním postižením netvoří jednotnou skupinu osob, není přesná definice pojmu osoba se zdravotním postižením snadná. Jde o skupinu, kterou tvoří jednotlivci s různými typy fyzického, smyslového či mentálního postižení. V současné době se za osoby se zdravotním postižením uznávají i jedinci s psychickou poruchou. U některých osob se jedná o kombinované postižení, které představuje kombinaci dvou či více druhů zdravotního postižení. Konkrétní zdravotní postižení ovlivňuje každodenní život v různém rozsahu.

Doporučení Mezinárodní organizace práce (MOP) č. 99 o pracovní rehabilitaci osob se zdravotním postižením přijaté Generální konferencí práce na 38. zasedání 22. června 1955 jako první dokument přijatý na mezinárodní úrovni vymezil pojem osoba se zdravotním postižením. Podle čl. 1 písm. b) tohoto doporučení znamená výraz „*zdravotně postižená osoba jednotlivce, jehož vyhlídky naleznout a zachovat si vhodné zaměstnání jsou sníženy v důsledku tělesného nebo duševního postižení.*“

Úmluva MOP č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů, která byla 20. června 1983 přijata na 69. zasedání Generální konference práce, v platnost vstoupila o dva roky později. Její ratifikace Československou socialistickou republikou byla zapsána 21. února 1985 Generálním ředitelem Mezinárodního úřadu práce. Ve sbírce zákonů je uvedena jako vyhláška ministra zahraničních věcí č. 72/1985 Sb. Navazuje na ni doporučení MOP č. 168 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů, které bylo také přijato na 69. zasedání Generální konference práce.

Úmluva MOP č. 159 i doporučení MOP č. 168 upřesňují vymezení pojmu „invalida“, který je používán ve smyslu osoby se zdravotním postižením. Jde o „*každou osobu, jejíž vyhlídky naleznout a zachovat si vhodné zaměstnání a dosahovat v něm postupu jsou podstatně sníženy v důsledku náležitě ověřeného tělesného nebo duševního postižení.*“

Praktický kodex Mezinárodní organizace práce, který byl přijat v říjnu 2001 na setkání tripartity v Ženevě, upravuje konkrétní otázky, které se pojí s výkonem práce zdravotně postižených. Jako osobu se zdravotním postižením definuje „*jednotlivce, jehož vyhlídky naleznout a zachovat si vhodné zaměstnání, dosáhnout v něm postupu a vrátit se do tohoto zaměstnání, jsou podstatně sníženy v důsledku náležitě ověřeného tělesného, smyslového, intelektového nebo duševního postižení.*“<sup>1</sup> Pojem „*postižení*“ vysvětluje jako „*ztrátu nebo*

---

<sup>1</sup> KOMENDOVÁ, Jana. *Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením*. Ostrava: Key Publishing, 2009, s. 14-16. ISBN 978-80-7418-022-4.

*abnormalitu psychické, fyziologické nebo fyzické funkce.*“ Na rozdíl od úmluv a doporučení Mezinárodní organizace práce rozeznává fyzické, smyslové, intelektové a mentální postižení.

Osoba se zdravotním postižením má funkční omezení, která zapříčiňují mimořádné požadavky na její životní, případně pracovní podmínky. Péče, kterou v důsledku postižení potřebuje má přesah ze zdravotní oblasti do sociální, případně pracovní nebo pedagogické.

Pojmy postižený a chronicky nemocný se překrývají pouze částečně. Člověk, který musel podstoupit amputaci, s následky poranění míchy je postižený, ale zpravidla není nemocný. Na rozdíl od toho osoby s chronickým onemocněním, nelze považovat za osoby s postižením a ani se tak obvykle necítí. Samozřejmě existuje mnoho chronických nemocí, např. roztroušená skleróza, při nichž pacienti vyžadují trvalou léčbu. Důsledkem nemoci je řada funkčních omezení, která jsou projevem jeho zdravotního postižení.

Světová zdravotnická organizace v systému OSN vede a koordinuje otázky týkající se zdraví. Jejím cílem je zajistit, aby lidé na celém světě dosáhly co nejvyšší úrovně zdraví. Světová zdravotnická organizace má v oblasti ochrany osob se zdravotním postižením význam především v přijetí Mezinárodní klasifikace vad, postižení a znevýhodnění. Vymezuje vztah mezi společenskými podmínkami a schopnostmi jednotlivce.

Definice pojmu znevýhodnění podle Mezinárodní klasifikace vad, postižení a znevýhodnění byla považována za nadměrně lékařskou. Dále byla kritizována za nedostatečné vysvětlení interakcí mezi společenskými podmínkami či předpoklady a schopnostmi jednotlivce, a proto došlo 22. května 2001 na 54. světovém zdravotnickém shromáždění ke schválení její revize s názvem Mezinárodní klasifikace funkcí, postižení a zdraví. Jde o standard pro popis a posuzování zdraví a postižení na mezinárodní úrovni. Její důležitý přínos je v tom, že bere v úvahu zejména společenské aspekty zdravotního postižení a poskytuje mechanismus ke zdokumentování následků společenského a fyzického prostředí na funkce jednotlivce, definuje složky zdraví a některé složky prospívání spojené se zdravím, jakými jsou vzdělání nebo práce.

Podle čl. 1 deklaráce práv osob se zdravotním přijaté Valným shromážděním OSN 9. prosince 1975, znamená pojem „*zdravotně postižená osoba jakoukoli osobu, která není plně nebo zčásti schopna zabezpečit si své životní potřeby nebo potřeby v životě společnosti jako běžný jedinec, a to v důsledku vady, ať už vrozené nebo ne, spočívající v jejich fyzických nebo duševních schopnostech.*“ Jejím cílem je především ochrana lidských práv osob se zdravotním postižením.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> KOMENDOVI, Jana. *Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením*. Ostrava: Key Publishing, 2009, s. 16-19. ISBN 978-80-7418-022-4.

Odst. 17 standardních pravidel OSN pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením schválených Valným shromážděním OSN na 48. zasedání 28. října 1993 vymezuje výraz „postižení“ tak, že zahrnuje „*velké množství různých funkčních omezení, která se vyskytují v každé populaci ve všech zemích světa. Lidé mohou být postiženi fyzickou, mentální nebo smyslovou vadou, zdravotním stavem nebo duševním onemocněním. Takovéto vady, stavy nebo onemocnění mohou být trvalého nebo přechodného rázu.*“ Podle odst. 18 termín „*handicap*“ znamená „*ztrátu nebo omezení příležitosti účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako ostatní.*“ Označuje „*konflikt osoby s postižením a prostředí*“. Jeho účelem je klást důraz na nedostatky v prostředí i v mnoha organizovaných aktivitách ve společnosti.

V Preambuli Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením je zdravotní postižení uznáno jako „*koncept, který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními*“. Úmluva přijímá dynamický přístup beroucí v úvahu úpravy po určité době a v jiném sociálně ekonomickém uspořádání. Podle čl. 1 této Úmluvy mezi osoby se zdravotním postižením patří „*osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.*“ Úmluva rozlišuje fyzické, duševní, mentální a smyslové postižení.

Rada Evropy jako regionální mezinárodní organizace v oblasti lidských práv vychází z pojetí zdravotního postižení ve vztahu k překážkám, se kterými se lidé se zdravotním postižením potýkají. Vymezení zdravotního postižení můžeme nalézt v doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1185 z roku 1992 o politikách rehabilitace pro zdravotně postižené, které bylo přijato 7. května 1992. Bod 3 tohoto doporučení definuje zdravotní postižení jako „*omezení způsobené fyzickými, psychickými, smyslovými, sociálními, kulturními nebo právními překážkami, které osobě s postižením brání, aby se integrovala a účastnila se rodinného života a života společnosti na stejné úrovni jako kdokoli jiný.*“ Rozhodující je dopad překážek na účast v rozličných sférách života ve společnosti.

Právní řád Evropských společenství nedefinuje výraz osoba se zdravotním postižením, což může vést k rozdílné praxi v členských státech, jelikož některé právní řády poskytují ochranu i osobám, které měly dříve zdravotní postižení, chrání osoby žijící s osobou se zdravotním postižením.<sup>3</sup> Určitý návod můžeme naléznout v doporučení Rady 86/379/EHS ze dne 24. července 1986 o zaměstnávání zdravotně postižených ve Společenství, které pod pojem lidé

---

<sup>3</sup> KOMENDOVÁ, Jana. *Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením*. Ostrava: Key Publishing, 2009, s. 19-21. ISBN 978-80-7418-022-4.

se zdravotním postižením zahrnuje „*všechny lidi s vážnými postižením, které jsou výsledkem fyzických, mentálních nebo psychických vad*“. Má poskytovat ochranu osobám s vážným postižením. Již v polovině 80. let 20. st. řadilo mezi zdravotní postižení i psychickou poruchu.<sup>4</sup>

## 1.1 DEFINICE POSTIŽENÍ

Zdravotní postižení se objevují stejně dlouhou dobu jako lidstvo samo a pravděpodobně existovat nepřestanou. Objevují se v každé společnosti. Jedná se i o akční pole, ve kterém se řeší složitý vztah k slabším, nemocným, postiženým, kteří mají minoritní postavení.

Od roku 1980 se pojmem postižení zabývá Světová zdravotnická organizace. Rozlišuje pojmy poškození (impairment), omezení (disability) a postižení (handicap). Poškození tělesného, smyslového nebo mentálního druhu u jednoho člověka nemusí vždy vést k omezení všech jeho schopností a dovedností. V případě, kdy omezení způsobuje zúžení kompetencí, ještě to nemusí mít za následek postižení ve smyslu sociálního znevýhodnění (handicapu). Pojí se s tím oddělení individuálního poškození (deficit, nedostatek) a postižení, které z něho vzniklo (sociální následky poškození). V roce 1997 vytvořila světová zdravotnická organizace (WHO) vlastní pojmový aparát, který se využívá od roku 1980 a nahradil výrazy poškození (impairment), omezení (disability) a postižení (handicap) za pojmy poškození, aktivita a participace.<sup>5</sup>

Osoby se zdravotním postižením mohou mít různý typ a stupeň postižení. Významným hlediskem je i to, zda můžeme očekávat postupné zlepšení (za použití dostupné léčby zahrnující i operativní řešení), zda je stav stacionární, či zda se očekává další zhoršení postižení. Podstatným rozdílem může být i mezi postižením od narození nebo získaným v raném dětství a postižením získaným během života, nejčastěji v dospělosti.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> KOMENDOVÁ, Jana. *Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením*. Ostrava: Key Publishing, 2009, s. 21. ISBN 978-80-7418-022-4.

<sup>5</sup> PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, s. 99-100. ISBN 978-80-7315-198-0.

<sup>6</sup> VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, s. 27-29. ISBN 80-246-0708-5.

## 2 UCELENÁ REHABILITACE

Rehabilitace je chápána jako interdisciplinární obor, který zahrnuje péči zdravotnickou, sociálně právní a pedagogicko-psychologickou. Jesenský užívá pro ucelenou rehabilitaci převzatý termín komprehensivní rehabilitace a člení ji podle zaměření při plnění úkolů, jednotlivých institucí a prostředků, které se při ní aplikují, na čtyři hlavní složky – rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou. Její smysl a cíl spočívá v pokud možno co nejúplnějším začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života majícího očekávanou kvalitu.<sup>7</sup>

V tomto významu se jedná spíše o rehabilitaci dlouhodobou, kterou je ovšem zapotřebí odlišit od rehabilitace krátkodobé, či přechodné, která má za cíl spíše návrat ke stavu zdraví a upevnění celkové kondice, případně navazuje na léčení méně závažného onemocnění. Rehabilitace se zaměřuje na lidi, kteří byli vyřazení ze svých každodenních flexibilních stereotypů z důvodu onemocnění nebo úrazu, jedince, kteří se s postižením narodili, případně se u nich projevilo v útlém věku se užívá termínu habilitace.<sup>8</sup>

Pojem rehabilitace je složen ze dvou částí: předpona „re“ znamenající opakování znovu a znovu, druhou částí je sloveso „habilitace“, což znamená uschopňovat. Pojem „re-habilitis“ znamená znovu schopný.<sup>9</sup>

O ucelenou rehabilitaci se jedná, pokud následky nemoci nebo postižení nelze řešit pouze zdravotnickými prostředky a stav je trvalý nebo dlouhodobý (nemoc nebo postižení není možné léčbou plně odstranit).<sup>10</sup>

### 2.1 CÍLE REHABILITACE

Světová zdravotnická organizace v roce 1969 definovala rehabilitaci jako včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejširší a co nejrychlejší zapojení osob se zdravotním postižením do všech obvyklých činností života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků. Z toho plyne, že označení rehabilitace samo o sobě by mělo být chápáno jako (re)habilitace ucelená. Avšak často se chápe zejména jako součást léčebného

<sup>7</sup> JESENSKÝ, Ján. *Úvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995, s. 26. ISBN 80-7066-941-1.

<sup>8</sup> JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: TRITON, 2001, s. 16-17. ISBN 80-7254-192-7.

<sup>9</sup> POLÁŠKOVÁ, Petra. *Hiporehabilitace v ČR a její postavení v systému ucelené rehabilitace*. České Budějovice, 2013, s. 15. Diplomová práce na ZSF JU. Vedoucí diplomové práce David Urban.

<sup>10</sup> VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, s. 14. ISBN 80-246-0708-5.

programu, označením ucelená se vyjadřuje to, že rehabilitace ovlivňuje nejen zdravotní péči ale i další oblasti.

Cílem rehabilitace je zejména návrat k původnímu stavu zdraví. Pokud ale není odstranění nemoci nebo postižení možné a dosažení funkční schopnosti je v některých ohledech omezené, je nutné stanovit další cíle rehabilitace.

Tento cíl znamená začlenění osoby se zdravotním postižením do společnosti, což souvisí s návratem osoby se zdravotním postižením z ústavní izolace do přirozeného prostředí. V současné době je za významný cíl zejména v rehabilitaci považováno dosažení optimální kvality života, který vždy obsahuje subjektivní a objektivní složku.

U každého jedince je velmi individuální. Neméně významným cílem, který stanovila deklarace OSN v roce 1993, je vyrovnání příležitosti osoby se zdravotním postižením s osobami bez postižení.<sup>11</sup>

## **2.2 REHABILITAČNÍ ZÁSADY**

Pro úspěšné provádění rehabilitace je nutné dodržovat určité zásady. Renotierová uvádí, podstatné zásady v celé oblasti rehabilitace podle Kábeleho:

1. Zásada komplexnosti – znamená požadavek, aby rehabilitace všech osob byla zajišťována ve všech oblastech a složkách rehabilitace
2. Zásada jednotnosti – rehabilitační služby být řízeny jednoznačně a navzájem koordinovány ve všech oblastech a složkách
3. Zásada dispenzarizace – jedná se o požadavek, aby všechny osoby s postižením byly evidována a sledovány po celý život – je to předpoklad celoživotní nabídky poradenských a rehabilitačních služeb
4. Zásada socializace (resocializace) – složky ucelené rehabilitace musí směřovat k socializaci či resocializaci osob s postižením, k jejich optimálnímu začlenění či znovunavrácení do pracovního a společenského prostředí
5. Zásada optimálního prostředí – jejím požadavkem je zařazování osob v hraničním pásmu postižení minimálně na zkušební období do vyšší kategorie výchovně-vzdělávacích zařízení z důvodu možnosti náročnějších podnětů pro jejich pohybový, mentální a smyslový rozvoj

---

<sup>11</sup> VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, s. 15. ISBN 80-246-0708-5.

6. Zásada prevence – znamená nezbytnost předcházet všemi vhodnými preventivními opatřeními vzniku nemocí a tělesných, smyslových a mentálních postižení.<sup>12</sup>

### 2.3 PŘEKÁŽKY NAPLNĚNÍ CÍLŮ REHABILITACE

Možnosti využití prostředků rehabilitace ovlivňují vnější a vnitřní podmínky. Růžičková zmiňuje dělení podle Jesenského na:

- somatické (zdravotní stav a jeho stálost, přítomnost vícenásobných postižení)
- psychické (aktuální i dlouhodobý psychický stav, frustrační tolerance, motivace k rehabilitaci)
- duchovní (vztah k životu, hodnotová orientace)
- ekologické (jaké možnosti poskytuje charakter podnebí)
- sociální (jaké zázemí, možnosti jistoty nabízí společnost)
- kulturní (např. rehabilitace a zejména enkulturace osob příslušících k některé z minoritních kultur zdravotně postižených nebo národnostních menšin bude problematičtější)
- pracovní (reálné možnosti uplatnění na trhu práce s daným postižením)<sup>13</sup>

### 2.4 METODY REHABILITACE

Rehabilitace působí na člověka jako na celek. Využívají se k tomu rozličné metody. Renotiérová dělí metody podle zaměření působení na:

1. Metody fyzioterapeutické
2. Metody psychoterapeutické

podle druhu a způsobu působení:

1. Metody reparační
2. Metody reedukační
3. Metody kompenzační
4. Metody psychorehabilitační
5. Metody sociorehabilitační

Metody reparační, reedukační a kompenzační jsou především fyzioterapeutické, metody psychorehabilitační mají charakter psychoterapeutický a metody sociorehabilitační se zaměřují na úpravu vztahů osoby s postižením ke společenskému prostředí.

<sup>12</sup> RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, s. 63. ISBN 80-244-0532-6.

<sup>13</sup> RŮŽIČKOVÁ, Kamila. *Vybrané kapitoly z rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2005, s. 25-26. ISBN 80-7041-139-2.

Metody reparační jsou léčebně rehabilitační, např. metody chirurgické, ortopedické, neurologické aj. Zaměřují se na úpravu neprávne vyvinutých či poškozených tkání a orgánů.

Metody reedukační využívají se při výchově a vzdělávání, v pracovní a léčebné rehabilitaci tělesně, zdravotně, smyslově a mentálně postižených. Jsou zaměřené na odstranění nebo při nejmenším na zmenšení orgánového nebo funkčního poškození.

Metody kompenzační se využívají v případech, kdy reparace původního orgánu nebo reedukace původní funkce nejsou v plném rozsahu možné. Zaměřují se na rozvoj náhradních orgánů a náhradních funkcí a na nácvik náhradních činností. Často dochází k jejich kombinaci s reedukačními.

Metody psychorehabilitační (psychoterapeutické) se zaměřují na celou osobnost a psychiku osoby s postižením. V užším slova smyslu se jedná o psychoterapeutické metody léčebné (farmakologické, fyzioterapeutické, klimatoterapeutické, hypnoterapeutické) a psychologické.<sup>14</sup>

## 2.5 SLOŽKY REHABILITACE

Rehabilitace se uplatňuje s ohledem na stupeň, trvalost, progresivitu postižení či jeho reverzibilitu ve dvou hlavních formách:

Rehabilitace krátkodobá (přechodná) znamená následnou péči, která navazuje na léčení a vede k celkové obnově normální kvality života. Provádí se především formou léčebné rehabilitace ve zdravotnických, případně lázeňských zařízeních.

Rehabilitace dlouhodobá (permanentní) zahrnuje péči a služby pro osoby s dlouhodobým či trvalým poškozením těžších stupňů, které obvykle způsobuje dlouhodobé narušení kvality života. Částečně ji tvoří léčení, avšak většinou část tvoří prostředky sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace.<sup>15</sup>

Ucelenou rehabilitaci dělíme především z hlediska souborů dílčích úkolů, použitých prostředků a institucionalizace. Z těchto aspektů v rámci ní rozlišujeme čtyři hlavní složky rehabilitace:

- a) rehabilitace léčebná (LR)
- b) rehabilitace pracovní (PR)
- c) rehabilitace sociální (SR)
- d) stále častěji se v postavení samostatné složky uvádí i rehabilitace pedagogická.

<sup>14</sup> RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, s. 64. ISBN 80-244-0532-6.

<sup>15</sup> RŮŽIČKOVÁ, Kamila. *Vybrané kapitoly z rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2005, s. 35. ISBN 80-7041-139-2

Pro jejich lepší pochopení si uvedme stručné charakteristiky:

Léčebná rehabilitace (LR) se zaměřuje na léčbu a usiluje především o odstranění efektů organismu a poruch jeho funkcí. Vytváří předpoklady pro rozvoj schopností ovlivňujících utváření osobnosti a její socializaci. Využívá hlavně prostředky léčebné a psychologické, částečně i pedagogické. Převládá v ní individuální působení.<sup>16</sup>

Zajišťuje ji tým odborníků, kteří mají různou zdravotnickou odbornost. Mnozí pacienti nemají postižení dlouhodobějšího charakteru, tudíž nepotřebují další složky ucelené rehabilitace (např. osoby s běžnými bolestmi pohybového ústrojí, zejména páteře). Zaměřuje se především na pacienty s nemocemi pohybového ústrojí, ale i s některými vnitřními nemocemi.<sup>17</sup>

Sociální rehabilitace (SR) staví na poznacích o rozvoji osobnosti, resocializace a enkulturace. Vytváří podmínky pro samostatnost, nezávislost, integraci i pracovní uplatnění osob se zdravotním postižením. Používá především prostředky speciálně pedagogické a sociologické. I přestože v ní převládají formy skupinového působení, objevují se i formy individuálního působení.<sup>18</sup>

Její cíle a prostředky se částečně překrývají i s cíli a prostředky ostatních složek ucelené rehabilitace. Jedná se o proces, při kterém osoba se zdravotním postižením dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení co nejvyššího stupně sociální integrace. Jednotlivé prostředky a metody sociální rehabilitace se liší podle základních typů zdravotního postižení.<sup>19</sup>

Sociální rehabilitace se částečně překrývá i se systémem sociálních služeb řízeným Ministerstvem práce a sociálních věcí. Zaměřují se zejména na ochranu tzv. *zranitelných skupin obyvatel*, ke kterým patří např. osoby s těžkým zdravotním postižením, lidé staří, drogově závislí nebo etnické menšiny.

Mezi cíle sociální rehabilitace patří zajištění ekonomických jistot pro osoby se zdravotním postižením. Společnost poskytuje určité částky a výhody (slevu na dopravu), které jejich finanční znevýhodnění částečně kompenzují.

V 80. letech se začaly stavět bezbariérové byty, plně vyhovující i osobám s těžkým postižením. Do té doby žilo mnoho osob s postižením (tělesným, zrakovým a zejména mentálním) v ústavech, kde neměly své soukromí a musely se přizpůsobovat jejich řádu

---

<sup>16</sup> JESENSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2000, s. 89-91. ISBN 80-7041-196-1

<sup>17</sup> VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, s. 24-25. ISBN 80-246-0708-5.

<sup>18</sup> JESENSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2000, s. 90. ISBN 80-7041-196-1

<sup>19</sup> VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, s. 70. ISBN 80-246-0708-5.

a programu. Avšak mohly využívat pohodlí v podobě teplé stravy, zdravotní péče a kulturního programu.<sup>20</sup>

Pracovní rehabilitace navazuje na léčebnou a sociální rehabilitaci. Využívá se především u handicapovaných jedinců v pracovně produktivním věku. Snaží se o rozvoj specifických vědomostí, schopností, dovedností a návyků potřebných v dané profesi jedince. Používá především prostředky pedagogické, ergonomicko-technologické, částečně i léčebné a psychologické.<sup>21</sup>

Pedagogická rehabilitace využívá především speciálně pedagogické a psychologické prostředky. Uplatnění nachází v procesu ostatních složek rehabilitace, výchovy a vzdělávání.<sup>22</sup> Je určena osobám, kterým jejich zdravotní postižení neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky.

Cíl pedagogické rehabilitace u osob se zdravotním postižením (při respektování jejich individuálních potřeb, možností a společenské situace) zahrnuje dosažení co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace, podporu samostatnosti a aktivního zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života a prostřednictvím výchovy a vzdělávání posilování harmonického soužití všech členů společnosti.

Jedním z důležitých rehabilitačních cílů je dosáhnout potřebné úrovně a obsahu vzdělání. Důležitou součástí pedagogické rehabilitace tvoří volný čas a zájmové činnosti osob se zdravotním postižením. Významně profilují vlohy a nadání osob se zdravotním postižením, orientují k pozitivnímu a aktivnímu způsobu života.

Klíčovou zásadou pedagogické rehabilitace je *včasnost jejího zahájení*, tzn. co nejdříve od okamžiku zjištění její potřeby. Včasné zahájení adekvátně zvoleného a strukturovaného programu pedagogické rehabilitace se pozitivně promítne v životní výhledu osoby se zdravotním postižením.<sup>23</sup>

## 2.6 TECHNICKÁ HLEDISKA

V dnešní době se čím dál častěji využívá moderní technika i v rámci rehabilitace. Jedná se o širokou, rychle se rozvíjející oblast, která zahrnuje různorodé pomůcky usnadňující život jedincům se zdravotním postižením, proto si níže stručně uvedeme, které pomůcky spadají do

---

<sup>20</sup> VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, s. 73-75. ISBN 80-246-0708-55.

<sup>21</sup> JESENSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2000, s. 89-91. ISBN 80-7041-196-1.

<sup>22</sup> RŮŽIČKOVÁ, Kamila. *Vybrané kapitoly z rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2005, s. 49. ISBN 80-7041-139-2.

<sup>23</sup> VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, s. 123-125. ISBN 80-246-0708-5.

této oblasti a také a podmínky získávání (předepisovaných) pomůcek. Technická hlediska nelze zahrnout pouze pod jednu složku ucelené rehabilitace, nýbrž prostupují všemi složkami. Patří mezi ně kompenzační pomůcky, vozíky, dopravní prostředky požívané pro cestování zdravotně postižených, vybavení bezbariérových bytů a používání počítačů.

Kompenzační pomůcky kompenzují disabilitu klienta při konkrétní činnosti (např. přizpůsobené přístroje při jídle). Lze je rozdělit podle několika kritérií:

1. Podle toho, jakou disabilitu kompenzují:

- a) kompenzace fixační funkce jedné ruky při její amputaci či ochrnutí – kartáč na mytí s přísavkami, škrabka na brambory připevněná ke stolu
- b) kompenzace omezeného rozsahu pohybů horních končetin (hřeben s delší rukojetí) nebo dolních končetin a páteře (navlékač punčoch, nástavec na toaletu)
- c) kompenzace malé síly stisku zvětšením páky (vodovodní kohoutek) nebo úplné ztráty úchopu fixací nástroje na dlaň (přizpůsobené přístroje)
- d) kompenzace celkově snížené síly a zamezení nebezpečí pádu (madla, sedačka do vany)

2. Podle toho, jakou činnost kompenzují:

- a) hygiena (mytí, sprchování, čištění zubů atd.)
- b) konzumace potravy (jedení přiborem, pití nápojů)
- c) oblékání (svlékání, obouvání – zouvání)
- d) komunikace (čtení, psaní, telefonování, komunikace při ohrožení)
- e) příprava pokrmů a další běžné kuchyňské práce (loupání brambor nebo zeleniny, rájení, otvírání konzerv a sklenic atd.)
- f) další běžné úklidové a udržovací práce v domácnosti (zametání, vytírání podlahy)

3. Podle způsobu a distribuce pomůcek

- a) pomůcka se běžně využívá, lze ji koupit levně (optimální) – např. volné roláky bez zapínání
- b) pomůcky vyráběné individuálně (nejčastěji termoplastický materiál) – např. držák tužky
- c) kompenzační pomůcky vyráběné v malých sériích speciálně pro osoby s konkrétním typem postižení – většinou je dodávají zahraniční firmy a jejich cena je velmi vysoká.

Pomůcky pro chůzi zajišťují větší stabilitu, šetří klouby dolních končetin a v případě, že jsou ochrnuté, přenášejí veškerou aktivitu na horní končetiny. Dalším důvodem může být plné nebo částečné odlehčení jedné dolní končetiny, např. při hojení po operaci.

Patří sem zejména:

a) hole a berle: vycházková hůl, francouzské hole, podpažní berle (obvykle se používají dvě)

b) vícebodová opěrka (kozička): zajišťuje větší stabilitu – hůl, která je ve spodní části rozdělena na čtyři paprsky, nebo jsou čtyři nohy opěrky po celé délce.

c) chodítka: nejstabilnější – nejčastěji rám se čtyřmi opěrnými body, pacient je uprostřed a opírá se o dlaně obou rukou, případně je opora v podpaždí.

Pomůcky pro osoby se zrakovým a sluchovým postižením zesilují informace prostředkované přes postižený smyslový orgán, případně je nahrazují jiným. Například u neslyšících se jedná o světelný budík, u nevidomých hlasový výstup hodinek.

Vozík je běžná pomůcka při dočasné nebo trvalé neschopnosti chůze. Základní typ mechanického vozíku je u nás obvykle dostupný a je možné jej předepsat každému, kdo nemůže chodit nebo jeho schopnost chůze je omezená. Má čtyři kola – velká jsou umístěná vzadu a nalezneme na nich hnací kruhy, menší kola se nachází vpředu, mají vodorovnou osu a svislou osu, která slouží k zahýbání vozíku. Vozík má samozřejmě i brzdy. Postranní opěrky a opěrky chodidel jsou obvykle odnímatelné, což umožňuje snadnější přesun z vozíku na postel, do auta atd. Sedadlo se nachází nad těžištěm. Pomocí držadel, která jsou přidělaná k hornímu okraji opěrky zad, může s vozíkem manipulovat i doprovázející osoba. K vozíkům se dále vyrábí různé doplňky, např. stolky, páky proti překlopení, ochranné kryty velkých kol apod.

V případě, kdy nemůže osoba se zdravotním postižením vozík ovládat vlastní silou, indikují se vozíky elektrické a motorové.

Zajištění individuální i hromadné dopravy osob se zdravotním postižením je podstatným cílem ucelené rehabilitace. V případě vybavení bezbariérových bytů jde také o dosažení rehabilitačních cílů např. zařízením speciálního nábytku a různých úprav bytu.

Počítače jsou z určitého hlediska pro osoby se zdravotním postižením důležitější než pro běžnou populaci. Specifické úpravy ovládání počítačů je zapotřebí zejména pro dvě skupiny osob:

a) Osoby nevidomé a s těžším zrakovým postižením může mít počítač výstup přes řádek Braillova písma, které jedinec vnímá na hmatnici. Další možností je hlasový výstup, kdy si informace v tištěné podobě nevidomý člověk naskenuje a převede do hlasové podoby.

b) Osoby s postižením horních končetin mohou ovládat klávesnici pomocí ústní tyčky. Program v počítači je možné upravit tak, aby nebylo potřeba současně stisknout dvě klávesy, myš je možné nahradit ovládáním, které nevyžaduje úchop a jemnou motoriku.

Pro osoby se zdravotním postižením se vyvíjejí specifické programy, jako např. pro nácvik kognitivních funkcí, které se používají v rámci rehabilitace osob po poranění mozku. Byly vytvořeny také programy pro osoby s mentálním postižením, u kterých je podmínka, aby se dal počítač jednoduše ovládat a pomalé tempo učení.

Pomůcky, které se řadí mezi *prostředky zdravotnické techniky*, jsou uveřejňovány v číselníku, které vydává minimálně jednou ročně *Všeobecná zdravotní pojišťovna*. Každá pomůcka se označuje číslem skupiny, do které je zařazena (např. 07 – vozíky) a vlastním číslem pomůcky. V číselníku se uvádí název, výrobce, cena a rozsah úhrady pojišťovnou (úplný, částečný) pomůcek.

Pomůcky předepisuje odborný lékař. U každé jsou uvedeny odbornosti, které ji mohou předepsat (např. rehabilitační lékař, ortoped, neurolog). Také se určuje, po jak dlouhé době je možné znovu předepsat danou pomůcku, např. mechanické vozíky se předepisují jednou za pět let.

Levnější pomůcky (hole, berle) si může pacient vyzvednout na recept v prodejně pomůcek. Dražší, přibližně od 2000,-, musí schválit revizní lékař a předepisující lékař musí napsat důvod.

Sociální odbor přispívá na koupi a provoz některých pomůcek, úpravy bytu, avšak jedná se o částky fakultativní, přesto v indikovaných případech se přidělují pravidelně. V některých případech jsou stanoveny limity, např. na koupi osobního auta může osoba s těžkým postižením získat příspěvek do 100.000,-. Dále může získat příspěvek na individuální úpravu auta. Pokud jedinec auto využívá pravidelně (např. na cestu do práce), může žádat o příspěvek na provoz auta.<sup>24</sup>

Neustále se vyvíjejí různé programy uzpůsobené pro jedince s konkrétním postižením. Pomůcky může předepsat pouze odborný lékař. U každé je uvedeno, který odborník ji může předepsat (např. neurolog). Je uvedena i možná četnost předepisování. Například hole a berle (levnější pomůcky) si může pacient vyzvednout na lékařský předpis v prodejnách pomůcek. Ty dražší musí schválit revizní lékař a lékař, který pomůcku předepsal, musí uvést důvod předepsání.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, s. 136- 147. ISBN 80-246-0708-5.

<sup>25</sup> JESENSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2000, s. 27. ISBN 80-7041-196-1.

## 2.7 REHABILITAČNÍ TÝM

Na poskytování rehabilitačních služeb se podílí celý tým, nikoliv jedinec (nejen fyzioterapeut). Rehabilitační tým je tvořen skupinou odborníků, kteří vzájemně spolupracují na dosahování společných rehabilitačních cílů. U nás by ho měli tvořit lékař, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, klinický psycholog, sociální pracovníce a v případě klientů s poruchou řeči i logoped. Užitečným členem je i speciální pedagog, který může mít aprobaci i na logopedii, ale výrazně se může podílet na poradenství pro další vzdělávání osob se zdravotním postižením, účastnit se na rehabilitaci kognitivních funkcí a případně využívat další speciální techniky.). Na základě typu zařízení a druhu pacientů jsou součástí týmu také zdravotní sestry a protetičtí odborníci včetně lékaře – ortopedického protetiky.<sup>26</sup>

### 2.7.1 Rehabilitační lékař

Rehabilitační lékař je vedoucí týmu provádějící rehabilitaci. Musí se orientovat v celé problematice rehabilitačního lékařství. Měl by mít znalosti i z neurologie, revmatologie, ortopedie, chirurgie a interny. Rehabilitační lékař má na starost vstupní vyšetření pacienta, který je přijímán do rehabilitační péče. Na závěr určuje, kdo další z rehabilitačního týmu se bude pacientovi věnovat a jaké výkony bude provádět. Podrobnější diagnostický, terapeutický postup obvykle určuje každý další odborník sám (fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped atd.).<sup>27</sup>

### 2.7.2 Fyzioterapeut

„Fyzioterapeut je nezastupitelný člen rehabilitačního týmu. *Většina fyzioterapeutů je členem profesní organizace UNIFY ČR (Unie fyzioterapeutů založena r. 1991), která je od r. 1995 členem World Confederation for Physical Therapy.*“ Náplň jeho práce navazuje zejména na práci rehabilitačního lékaře a ergoterapeuta, částečně se může také překrývat.<sup>28</sup>

### 2.7.3 Ergoterapeut

Ergoterapeut se snaží dosáhnout maximální možné úrovně fungování v aktivitách každodenního života, v pracovních činnostech a v aktivitách volného času. Využívá k tomu vhodně zvolené, cílené a pro danou osobu smysluplné aktivity či zaměstnání.

---

<sup>26</sup> JESENSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2000, s. 27. ISBN 80-7041-196-1.

<sup>27</sup> VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, s. 27-28. ISBN 80-246-0708-5.

<sup>28</sup> Tamtéž, s. 29-30

Aby bylo možné dosáhnout tento cíl, je důležitá interdisciplinární spolupráce v rehabilitačním týmu složeném z lékařů, fyzioterapeutů, zdravotních sester, psychologů, sociálních pracovníků, případně i se speciálními pedagogy, zaměstnavateli a ostatními profesionály. Bez aktivní spolupráce klienta, jeho rodiny nebo blízkého sociálního okolí by nebylo možné konkrétních cílů dosáhnout.<sup>29</sup>

#### **2.7.4 Psycholog – neuropsycholog**

Neurologie se z psychologického hlediska zaměřuje na diagnostiku a terapii mozku u osob po poranění a jiném poškození mozku. Jejím výsledkem je indikace rehabilitace kognitivních funkcí (kterou provádí psycholog, ergoterapeut, speciální pedagog, logoped apod.) na základě povahy konkrétního problému.

Pod klinickou psychologií v oblasti rehabilitace neurologických onemocnění a úrazů spadá také „klasická“ psychodiagnostika: u dlouhodobě rehabilitovaných, postupně u zdatně lepších se pacientů dochází k poklesu smyslu jemné, cílené a kvalitativní (nekvalifikující, často popisné) neuropsychologické diagnostiky, která se využívá především v akutní a subakutní fázi u těžkých pacientů, a nastoupí standardní kvalifikující diagnostika výkonových psychických funkcí, jež umožňují stanovení míry deteriorace a velmi precizní srovnání vývoje v čase.<sup>30</sup>

#### **2.7.5 Klinický logoped**

Logopedickou terapii navštěvují klienti s poruchami řečových mechanismů i s poruchami kognitivních a fatických (dorozumivacích) funkcí. Jejím cílem je umožnit mezilidské komunikace u člověka, který tuto premorbidní rozvinutou a běžně využívanou schopnost ztratil. Jedná se o speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá osobami s poruchami komunikace a komunikačního procesu.

Klinický logoped pracuje u klientů s řečovými dovednostmi a schopnostmi, komunikací jako celkem. Má za úkol vyšetřit a zhodnotit stav komunikačních schopností pacienta, zvolit a provádět vhodnou terapii komunikačních funkcí prostřednictvím reedukace postižených funkcí či některé alternativní formy komunikace. Zabývá se také základní vyšetřením a léčbou poruch polykání, ale ne všichni s tímto mají s tímto zkušenosti.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, s. 37. ISBN 80-246-0708-5.

<sup>30</sup> Tamtéž, s. 40-41

<sup>31</sup> Tamtéž, s. 46-47

## 2.7.6 Další členové týmu

**Sociální pracovník** (méně častý) je významný člen habilitačního týmu. Musí znát příslušné zákony a vyhlášky. V této oblasti poskytuje poradenství. Má na starost i jednání s řadou institucí mimo rehabilitační pracoviště, např. s úřadem práce. Provádí tzv. sociální šetření prostřednictvím rozhovorů s pacientem a jeho příbuznými, zjišťováním informací z dalších zdrojů. S výsledky šetření vždy seznámí celý rehabilitační tým a navrhuje další kroky.

**Protetický technik** má na starost výrobu individuálních pomůcek pro pacienty rehabilitačního oddělení. Odebírá podklady pro výrobu pomůcek a spolupracuje s rehabilitačním pracovištěm při jejich úpravách.

**Speciální pedagog** se může v rámci rehabilitace podílet na rehabilitaci porušených kognitivních funkcí. Uplatní se také v poradenství v oblasti dalšího vzdělávání osob se zdravotním postižením, zejména u dětí, dorostu a v mladším dospělém věku.

**Dobrovolní pracovníci** pomáhají ošetřujícímu personálu při méně kvalifikované práci s pacienty, účastní se tvorby programu volného času pacientů, pomáhají i při práci s počítači.<sup>32</sup>

V následující kapitole se zaměříme na hiporehabilitaci, která patří mezi techniky, jenž mají své nepopiratelné místo v systému rehabilitace. Je nutné ji zapojit mezi ostatní rehabilitační metody tak, aby společně řešily pacientův problém.

---

<sup>32</sup> VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, s. 50-52. ISBN 80-246-0708-5.

### 3 POJEM HIPOREHABILITACE

Pojem hiporehabilitace je složen ze dvou slov, řeckého hippos neboli kůň a latinského habilis tedy rehabilitace, která znamená být k něčemu způsobilý, předpona re má význam „znovu opakované“.<sup>33</sup> Hiporehabilitace patří mezi techniky, které mají své nesporné místo v systému rehabilitace, avšak je nutné ji začlenit mezi ostatní rehabilitační metody tak, aby soustředěným úsilím řešily problém klienta. Kůň nahrazuje klientům, kteří např. nemohou chodit, nohy a umožňuje jim dostat se na místa, kam doposud nemohli. Nejen tímto způsobem naplňuje ideu rehabilitace člověka jako bytosti s fyzickou schránkou a duší, člověka žijícího v komunitě lidí.<sup>34</sup>

Od 1.1.2020 došlo ke změnám terminologie v oblasti hiporehabilitace, podle kterých je v následujících kapitolách použito aktuální názvosloví.

- Hipoterapie – nově Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE)
- Psychoterapie pomocí koní – nově Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP)
- Aktivity s využitím koní – nově Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP)<sup>35</sup>

#### 3.1 ČLENĚNÍ HIPOREHABILITACE

Cílem ucelené (re)habilitace je, pokud co nejúplněji začlenění lidí se specifickými potřebami či zdravotním znevýhodněním do aktivního života, který má požadovanou kvalitu. Hiporehabilitace je jednou ze součástí ucelené (re)habilitace a jedná se o cílenou terapii. Zahrnuje léčebné působení koně na člověka po všech stránkách (fyzické, kognitivní, psychické i sociální). Jednotlivé složky hiporehabilitace se vzájemně prolínají.<sup>36</sup>

---

<sup>33</sup> JISKROVÁ, Iva, CASKOVÁ, Vladimíra, DVOŘÁKOVÁ, Tereza. *Hiporehabilitace*. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2010, s. 65. ISBN 978-80-7375-390-0.

<sup>34</sup> VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007, s. 222. ISBN 978-80-7322-109-6.

<sup>35</sup> ČESKÁ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOST. *O nás: Změny názvosloví v hiporehabilitaci 2019: Aktualizace k 1.1.2020* [online]. [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://hiporehabilitace-cr.com/o-nas/oficialni-slovník/zmeny-nazvoslovi-v-hiporehabilitaci/>

<sup>36</sup> JISKROVÁ, Iva, CASKOVÁ, Vladimíra, DVOŘÁKOVÁ, Tereza. *Hiporehabilitace*. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2010, s. 65. ISBN 978-80-7375-390-0.

### 3.1.1 Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE)

Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE) je metoda, využívající koňský hřbet pro nácvik a obnovení pohybu. Hřbet koně je pěkně prostorný a lze na něm ležet, sedět, klečat i se opírat o balóny nebo polštáře. Z tohoto důvodu mohou HTFE absolvovat i miminka a lidé staršího věku.

Každý kůň se pohybuje jinak. Terapeut využívá koňského hřbetu k ovlivnění svalového napětí klienta formou snížení či zvýšení stimulů, které se z hřbetu koně na klienta přenášejí. Správně zvoleným koněm se správným pohybem se zvyšují nebo snižují požadavky na koordinaci, rovnováhu. Každý kůň je jinak vysoký, má jinak široký hřbet, což velice ovlivňuje účinnost hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii.<sup>37</sup>

### 3.1.2 Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP)

Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP) je jedním z oborů hiporehabilitace. Jde o metodu speciální pedagogiky, sociální pedagogiky a práce, která využívá prostředí určené 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.

Jejich posláním je pomoc lidem se zdravotním znevýhodněním či specifickými potřebami, a to zejména v oblasti rozvoje sociálních schopností a dovedností. Důležitou roli má také prostředí stájí a výběhů, kde je nutné dodržovat jasná pravidla chování, spolupráce ve skupině, kontakt s koňmi – jejich hlazení, čištění srsti, česání hřívky, vodění koní a plnění různých úkolů, a i jízda na koni. Vše to jsou hodně působivé faktory.

Pro osoby s mentálním, smyslovým, nebo fyzickým znevýhodněním je kontakt s koňmi a odborně vedené hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi, zaměřené na jejich konkrétní problémy velická pomoc při zapojení do běžného života.

HPSP je velice přínosná i pro další cílové skupiny – např. osoby s poruchami chování či učení, rizikové a sociálně znevýhodněné skupiny mládeže a dospělých, senioři, avšak také i pro děti z běžné populace, kterým přináší možnost pozitivního a smysluplného trávení volného času, posílení sebevědomí a pozitivních osobnostních vlastností či třeba umožňuje nácvik schopnosti spolupráce.<sup>38</sup>

<sup>37</sup> LANTELME-FAISAN, Věra. *Hipoterapie* [online]. 6.2.2016 [cit. 2019-12-13]. Dostupné z: <http://hiporehabilitace-cr.com/hipoterapie/>

<sup>38</sup> ČESKÁ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOST: *Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi* [online]. neuveveno [cit. 2019-12-13]. Dostupné z: <http://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/aktivity-s-vyuzitim-koni/>

Využívá motivačního a sociálně aktivizačního působení koně při interakci s ním. Jsou zaměřené na rozvoj sociálních dovedností, posílení pozitivních osobnostních vlastností, nácvik schopnosti spolupráce, snížení rizika sociálního vyloučení, pomoc při upevňování kontaktů v rodině, posílení sebevědomí, pomoc při zapojení do běžného života, ale i na posílení psychické i fyzické kondice.<sup>39</sup>

### 3.1.3 Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP)

Další složkou hiporehabilitace je hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP). Dnes již v mnoha psychiatrických nemocnicích můžeme nalézt koně a stále jako součást léčebného programu. Kůň představuje archetyp síly; kdo se s ním naučí pracovat a zvládne ho, může zvládnout i sám sebe. Má velké kouzlo, mnoho lidí přitahuje, avšak budí i respekt. Nikoho neodsuzuje, je mu jedno, kdo k němu jde, zda se jedná o jedince se závislostí, či vysoce postaveného politika a je velmi empatický. Kůň během několika vteřin pozná, s jakým úmyslem k němu člověk přichází a v jakém stavu je jeho nitro, podle čehož se k němu chová (na někoho je něžný a poslouchá ho na slovo, jinému nedá nic zadarmo).<sup>40</sup>

### 3.1.4 Parajezdeckví

Parajezdeckví umožňuje zapojit se do jezdeckého sportu i lidem s postižením. V současné době se možnosti jezdeckého sportu pro lidi s pohybovým či mentálním postižením do značné míry rozšiřují. Na koních mohou skákat parkury i nevidomí jezdci, drezurních disciplín se mohou účastnit i jezdce bez rukou a nohou, voltižní cviky mohou provádět jezdci i s těžkým mentálním postižením. Koně mohou řídit v zápřahu, i když mají klienti několik desítek kilo navíc. Každý člověk včetně osob s nějakým znevýhodněním, postižením nebo handicapem si může plnit své sny, či si s koněm pouze užívat možnost volného pohybu, kterou jim koně umožňují.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> LANTELME-FAISAN, Věra. *Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi* [online]. 6.2.2016 [cit. 2019-12-13]. Dostupné z: <http://hiporehabilitace-cr.com/aktivity-s-vyuzitim-koni/>

<sup>40</sup> LANTELME-FAISAN, Věra. *Hipoterapie* [online]. 6.2.2016 [cit. 2019-12-13]. Dostupné z: <http://hiporehabilitace-cr.com/psychoterapie-pomoci-koni/>

<sup>41</sup> LANTELME-FAISAN, Věra. *Hipoterapie* [online]. 6.2.2016 [cit. 2019-12-13]. Dostupné z: <http://hiporehabilitace-cr.com/parajezdeckvi/>

## 3.2 METODIKA HIPOREHABILITACE

V souvislostech ucelené rehabilitace má hiporehabilitace pozitivní přínos v tom, že udržuje dlouhodobě fyzickou a psychickou kondici pacientů či klientů. Nutí je k tomu, aby byli klidní, ukáznění. Problémy, které mohou nastat je zejména finanční nákladnost pro klienta, alergie na koňskou srst, strach z koní atd.<sup>42</sup>

Je nutné si uvědomit fakt, že člověk je bytost se svými tělesnými, duševními i duchovními potřebami. Kůň má vliv na všechny z těchto úrovní.

Na fyzické úrovni se jedná o tzv. trojdimenzionální pohyb (ve třech rovinách) což znamená, že při pohybu koňského hřbetu se ve stejný okamžik pohybuje nahoru, mírně do stran i dopředu a dozadu. Vytváří tak určitou nestabilitu jezdce čehož se při terapii využívá. V momentě, kdy se jezdec s koněm „spojí“ tak, že převezme pohybový impulz koně a nechá ho projet vlastním tělem, je terapie účinná. Řídící centra se učí vyrovnávat s touto nestabilitou a adekvátně na ni reagovat takovým způsobem, aby se zachoval stabilní sed či jiná poloha. Abychom se mohli pohybovat, potřebujeme dosáhnout pevného a vyváženého postoje. Pokud nezpečníme pletenec pažní, páteř a nezaujmeme stabilní polohu vůči gravitaci, nebudeme schopni udělat pohyb rukou.

Rehabilitace na koni je velice důležitá u pacientů s poruchou chůze, kdy dochází ke zlepšení funkce, trofiky svalů a kostí, které společně působí na lokomoci, jelikož to, co nepoužíváme, nám zakrní. Umožňuje také jedinečnou příležitost navodit kontrarotační pohyb ramen proti pánvi, jenž je normální u fyziologické chůze.

Vliv emocí je u hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii významný. Kůň tím že navozuje příjemné pocity, usnadňuje (facilituje) učení či pohyb. Kůň může posloužit jako dobrý motivační prostředek při jiné práci.

Dalším faktorem, který působí na klienta je rytmicita a předvídatelnost pohybu koně. Zlepšují se rytmické děje v organismu a zvyšuje se i pohotovost k pohybu, například pádové reflexy (při chůzi). Klidný, rytmický pohyb způsobuje snížení spasticity, díky čemu se svalový tonus může více přiblížit k normě. „*Pokud se vyrovná alespoň relativně tonus flexorů a extenzorů, může pak s kontrakcí jedné svalové skupiny proběhnout relaxace skupiny opačné, což je předpokladem pro jakýkoli pohyb.*“<sup>43</sup>

<sup>42</sup> POLÁŠKOVÁ, Petra. *Hiporehabilitace v ČR a její postavení v systému ucelené rehabilitace*. České Budějovice, 2013, s. 15. Diplomová práce na ZSF JU. Vedoucí diplomové práce David Urban.

<sup>43</sup> VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, s. 239-240. ISBN 80-246-0708-5.

### 3.3 HIPOTERAPIE VE FYZIOTERAPII A ERGOTERAPII (HTFE)

V případě HTFE se jedná o interaktivní, komplexní, facilitačně inhibiční metodu, která využívá vzájemného působení dvou různých biologických druhů – člověka a koně, v léčebném rehabilitačním procesu, zejména v oblasti fyzioterapie, ergoterapie, psychoterapie, logopedie a sociální rehabilitace.

HTFE může provádět jen vzdělaný terapeut v nelékařském či lékařském oboru na základě indikace odborného, nejlépe rehabilitačního lékaře. Jedná se o metodu, která je pro svou komplexnost nenahraditelná.

Při HTFE se využívá speciálně vybraný a vycvičený terapeutický kůň. Konec využívá terapeut podle aktuálního stavu nemoci klienta a individuálních schopností daného koně přizpůsobit se klientovým potřebám. Pro svůj komplexní vliv dosahuje vyšší efektivity léčebného procesu než ostatní metody rehabilitace.

HTFE můžeme definovat pouze skrz její cíle stanovené pro každého klienta individuálně. Jedná se například o uvolnění svalového spasmu, zlepšení fyzické kondice a pohybových stereotypů atd.<sup>44</sup>

#### 3.3.1 Průběh hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE)

Vodič přivede koně k nasedací rampě, ze které je klient posazen do konkrétní polohy. Pomáhá mu fyzioterapeut či ergoterapeut. Ideální je, pokud klienta z druhé strany jistí asistent. Terapeutickou jednotku vede a je za její průběh zodpovědný terapeut. Vodič vede koně přesně podle pokynů terapeuta. Celá terapie trvá 10 až 20 minut na koni, ale terapeut může rozhodnout o jejím prodloužení, kdy klient relaxuje na koňském hřbetě, hladí si ho atd. Pokud terapie trvá déle, než klientovo tělo zvládne, může dojít k přesahu hranic únavy a celá terapie tím ztrácí význam, dokonce může dosavadní úroveň klientových schopností až zhoršit. Intenzita celkové intervence je ideálně 2× týdně po dobu minimálně 3 měsíců, ale může trvat i roky. Velmi účinné jsou intenzivní týdny, kde klient jezdí 1–2× denně po dobu 5–7 dní.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> HERMANNOVÁ, Hana, MÜNICHOVÁ, Dana, NERANDŽIČ, Zoran. *Základy Hipoterapie*. Praha: Profi Press, 2014, s. 15. ISBN 978-80-86726-57-1.

<sup>45</sup> LANTELME-FAISAN, Věra. *Hipoterapie* [online]. 6.2.2016 [cit. 2019-12-13]. Dostupné z: <http://hiporehabilitace-cr.com/hipoterapie/>

### 3.4 PŮSOBNÍ HIPOTERAPIE VE FYZIOTERAPII A ERGOTERAPII (HTFE)

Vliv HTFE je velmi komplexní. Lze jej analyzovat a jeho jednotlivé prvky třídit na základě různých hledisek. Jedním z dělení je rozdělení na faktory, které jsou pro HTFE:

- specifické (v jiných rehabilitačních metodách nejsou)
- nespecifické (typické i pro jiné rehabilitační metody)
- psychosociální.<sup>46</sup>

Nyní si více popíšeme jednotlivé faktory.

#### 3.4.1 Působení specifických prvků pro hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE)

Specifické faktory se vážou na vliv koně a jeho krok, který produkuje trojdimenzionální pohybový stimul, který se přenáší na klienta. *„Krok koně je jedinečný a ničím nenahraditelný prvek, obohacující rehabilitaci. Umožňuje pohyb vpřed, ale i vzad (otočením ležícího pacienta hlavou k zádi koně).“* Tyto pohyby tvoří základ motorického vývoje – vzpřimování. Krok koně imituje u klienta sedícího na koni chůzi ve vzpřímené. Vzpřímený sed na koni vyblokuje trup od patologického vlivu dolních končetin (při parézách). Dochází tím k omezení vzniku patologických stereotypů, které jsou druhotně evokované patologickou chůzí. I přes velkou rozdílnost mechanismů chůze koně (kvadrupedální) a člověka (bipedální) mají určité charakteristiky, které umožňují krokům koně facilitovat stereotyp chůze člověka. Navozuje se pohyb trupu, který má zdravý člověk při chůzi. Nazpět se fyziologické podněty přenášejí z rukou, trupu a pánve a odlehčené dolní končetiny. Dochází k reedukaci chůze shora dolů.

Během chůze koně dochází k 90-110 pohybovým impulzům za minutu, a to ve třech rovinách. Trojdimenzionální pohybové stimuly se přenášejí na klienta a vyžadují po něm jeho motorické odpovědi. Vliv trojdimenzionálních pohybových stimulů má důležitou úlohu v působení hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii. *„Dochází k rotaci v kyčelních kloubech (bederní shyby) a v kloubech pánve a k jejímu střídavému poklesávání, což se současně také uplatňuje při reedukaci chůze.“*

Při sjednocení pohybů pánve dojde ke kaskádě pozitivních druhotně vyvolaných změn ve zdraví klienta. *„Přenos rytmického pohybu na pánev a trup prohlubuje dýchání a narušuje až*

---

<sup>46</sup> HOLLÝ, Karol, HORNÁČEK, Karol. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex, 2005, s. 33. ISBN 80-7225-190-2.

*odbourává patologické stereotyp dýchání, ale i abdukci a extenzi kyčelních (a v menší míře i jiných) kloubů.“*

Při HTFE dochází ke vzájemné adaptaci posturálního systému koně i jezdce. Vytváří jednu posturální jednotku, spojují se dva řídicí systémy. Ovlivňuje nejvyšší úroveň řízení včetně psychiky. Jeden z hlavních cílů hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii je schopnost adaptovat se na změnu, jejíž zlepšování se následně zdokonalením koordinace pohybů. Zlepšuje to sebedůvěru klienta a navozuje další zlepšení emočního vztahu klienta k hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii. Emoční vztah klienta má významnou úlohu při tvorbě nových motorických programů. Cílem je, aby klient přestal co nejdříve vnímat hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii jako potřebnou léčebnou metodu a stala se pro něj zábavou a hrou.<sup>47</sup>

### **3.4.2 Nespecifické prvky pro hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE)**

Mezi nespecifické prvky, které se využívají nejen při hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii ale i u jiných senzomotorických metod patří velké množství propioceptivních podnětů, jejichž integrující podstatou je přímé i nepřímé senzomotorické ovlivnění postury. Při HTFE se využívá senzomotorické podstaty posturální funkce. Spadá sem taktilní kožní stimulace, vliv tepla, cvičení proti odporu, podpůrné reakce, které umožňují facilitaci extenzorů při tlaku do kloubu a flexorů při tahu z kloubu, obranné reakce proti pádu, labyrintové reflexy, hluboké bederní posturální reflexy atd. Mimo to je nutné zmínit i ovlivnění vegetativního nervového systému, a facilitaci centrálního posturálního vzoru (globálního lokomočního vzoru), přes vzory normálního držení těla z různých stádií kineziologického vývoje.

Hollý a Hornáček zmiňují Mikulu a Šturce, kteří mezi nespecifické prvky využívané i u jiných senzomotorických metod řadí zejména:

- taktilní kožní stimulaci, excitující místo dotyku (např. extenzory prstů) a inhibující opačné (flexory). Aby se taktilní stimuly mohly uplatnit, nemělo by se při HTFE používat sedlo a klient by neměl mít plenky a hrubý oděv v dotykové oblasti. Vliv tepla pozitivně působí na svalovou činnost a tlumí spasticitu, jelikož kůň má vyšší tělesnou teplotu (38 °C).
- cvičení proti odporu, které je umocněné gravitací během rytmického pohybu, jenž se přenáší ze hřbetu koně na klienta.

---

<sup>47</sup> HOLLÝ, Karol, HORNÁČEK, Karol. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex, 2005, s. 35-37. ISBN 80-7225-190-2.

- podpůrné reakce, které jsou umožňovány facilitací extenzorů při tlaku do kloubu a flexorů při tahu z kloubu. Facilitace extenzorů dolních končetin je možná při zintenzivnění nácviku chůze, pokud se podchycuje a podporuje tendence klienta postavit se a chodit. Z tohoto důvodu se střídavě používají třmeny, o které se klient snaží vzepřít, s ježděním bez třmenů. Stimulace extenzorů horních končetin je možné mírným extenzivním postavením trupu, při které se klient opírá extendovanými horními končetinami o hřbet koně, případně když má klient tendenci k flexnímu postavení horních končetin. Facilitace flexorů horních končetin je možná prostřednictvím polohování pacienta na břicho napříč hřbetem koně.

- ochranná reakce proti pádu ovlivňující zapínání posturálního svalstva podle naklánění klientova těžiště při jízdě i na stojícím koni, jelikož se jedná jen o relativní klid koně. Nacvičují se obranné podpůrné i vzpřimovací reakce. Tento nácvik balancování je vhodný pro současný životní styl lidí, kdy při statickém přetěžování zcela chybí stimuly ke změně těžiště. labyrintové reflexy u klienta ležícího na břicho napříč přes hřbet koně pomalu kráčejícího podmiňují mimovolní účinné uvolnění klienta, které je pro reedukaci hybnosti účinnější než relaxace s vědomou korovou složkou. Jedná se o relaxační působení řízené nižšími nervovými centry, jako je tomu při kolébání a houpání.

Rozhodující u pacienta ležícího na břicho napříč přes hřbet pomalu kráčejícího koně podmiňují mimovolní účinné uvolnění pacienta, které je pro reedukaci hybnosti účinnější než relaxace s vědomou korovou složkou. Jde o relaxační působení řízené nižšími nervovými centry, jak je tomu při kolébání a houpání. Rozhodující roli pro využití labyrintových reflexů má poloha hlavy.

- hluboké krční posturální reflexy *„ovlivňují polohou hlavy flexi a extenzi horních končetin*. Při předklonu hlavy dochází ke zvýšení pohotovosti horních končetin k flexi a dolních končetin k extenzi, při záklonu je to přesně naopak. U přetočení mírně zakloněné hlavy dochází k facilitaci k extenzi horních končetin na tvářové straně a k flexi na týlní straně.

- bederní hluboké posturální reflexy *zvyšují pohotovost ke kontrakci extenzorů dolních končetin na straně předsunutí křídla kyčelní kosti*. Při jízdě na koni se střídavě přetáčí pánev, čímž se střídavě facilituje extenze dolních končetin, které umocňuje reedukaci chůze.

- vytahování zkrácených tkání, které je podmíněné gravitací a hmotností segmentu při rytmických pohybech koně, což zapříčiňuje změny polohy.

- iradiace podráždění „v motorických centrech, především při silové kontrakci, podmiňuje vlivem silnějších svalů posilování slabších synergistů a některé vzdálené svalové skupiny.

- uvědomování si proprioceptivních vzruchů při emotivním prožívání pohybu na koni je samo o sobě významným facilitačním prvkem, jelikož prožívání pohybu na koni aktivuje limbický systém, který spouští volní pohyb, působí na emoce, je nevyšší regulátor svalového napětí, ovlivňuje práh vnímání bolesti a má význam pro tvorbu paměťových stop. Pohyb koňského hřbetu ovlivňuje postoj člověka působením na základní řídicí mechanismy jeho motoriky. Na koni si klient vytváří nové pohybové vzorce chůze a držení těla.<sup>48</sup>

### 3.4.3 Psychosociální faktor

HTFE ovlivňuje postoj nepřímo přes neutralizačně-vyrovňovací působení, přes psychickou a sociální stránku osobnosti, ovlivněním emotivity, pocitů nedůvěry, úzkosti, ovlivňování sebevědomí a sebeuvědomění, ke komunikaci, kooperaci, rozvoji intelektových funkcí atd. V hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii v užším slova smyslu nelze přehlédnout od celkových pozitivních vlivů na osobnost klienta.

Na sebevědomí a sebeuvědomování klienta má vliv už samotný sed na kráčejším koni, kdy klient vidí svět shora, ovládá ho a řídí svůj vlastní osud. U nechodících klientů se sebevědomí upevňuje prožíváním první „chůze“.

I zlepšování celkového tělesného stavu zvyšuje sebevědomí a pocit jistoty. Avšak i na nadměrné sebevědomí lze prostřednictvím hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii působit. Ovlivňuje se prostřednictvím chování koně, který obranně reaguje na nevhodné chování klienta, což může přinutit klienta být více ukázněný.

HTFE samozřejmě ovlivňuje a reguluje emotivní změny. Odbourává nedůvěru, úzkost a strach. Je nutné postupovat opatrně. Postupnými kroky počínaje přibližováním ke zvířeti, péčí o koně, se klient dopracuje k vysazení na hřbet koně a v příznivém případě i k ovládnutí koně. Kůň je klidný a chová se při tom všem neutrálně. I přestože je kůň klidný, i on reaguje na projevy agresivity, hyperaktivity svým obranným chováním. Klient se tím učí dodržovat určitá pravidla.

Pravidelná péče o koně rozvíjí u klientů pocit zodpovědnosti, užitečnosti, vztah k pořádku, vytrvalosti a houževnatosti. Dochází k podpoře jejich snahy dospět k danému cíli, vytváření si nových cílů a překonávání překážek.

---

<sup>48</sup> HOLLÝ, Karol, HORNÁČEK, Karol. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex, 2005, s. 33-34. ISBN 80-7225-190-2.

Prostřednictvím práce s koněm se klient naučí, že je třeba konkrétní činnosti provádět s určitou intenzitou. Je-li nedostatečná, kůň neposlechne, naopak je-li nadměrná, kůň zareaguje obrannou reakcí. Klient musí správně sebehodnotit svoji činnost, aby mohl dosáhnout úspěchu. Staráním se o koně získává pocit samostatnosti. Některé práce je nutné provádět společně, čímž dochází k upevnění pocitu kolektivity. Tímto vším lze odstranit příznaky onemocnění, rozvíjet pozitivní vzorce chování a následně nalezení vlastní identity. Klientovi to umožní i návrat mezi lidi a do společnosti.

Vliv na tělesnou, psychickou, energetickou a sociální stránku je podmíněn, tím, že hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii působí více komplexněji než jiné facilitační metody. Pro klienta se postupně stává jistou pohybovou hrou, na kterou se klient těší. Pokud se provádí hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii správně, velmi pozitivně a výrazně působí na celou osobnost klienta.

Upravuje se svalová dysbalance, mobilizují se klouby, normalizuje se svalový tonus, zlepšuje se koordinace pohybu, narušuje se a omezuje vývoj patologických stereotypů (např. dýchání, facilituje se tvorba nových pohybových stereotypů, vzpřimovací reakce, reedukuje se chůze atd.

Dalším vlivem je primární ovlivnění hlubokého stabilizačního systému (složené z autochtonního spinálního svalstva, pánevního dna, bránice), působení přes svalově-šlachové smyčky, koordinaci svalových skupin prostřednictvím pohybových synergií typu uzavřených řetězců, excentrické cvičení a využívání generalizace řetězených poruch.<sup>49</sup>

Při HTFE dochází k působení na všech úrovních: facilituje centrální posturální program a ovlivňuje všechny jeho výkonné složky: rytmickým pohybem mobilizuje klouby. Vzájemným působením tepla, vytahováním zkrácených svalových skupin a posilováním oslabených svalových skupin ovlivňuje svalové dysbalance, tělesné postižení, fascie a kůži.<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> HOLLÝ, Karol a Karol HORNÁČEK. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex, 2005, s. 41-42. ISBN 80-7225-190-2.

<sup>50</sup> Tamtéž, s. 45

## 4 ANDRAGOGIKA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

V následující kapitole se zaměříme na andragogiku osob se specifickými potřebami, jelikož práce je zaměřená na dospělé jedince. Andragogika a gerontagogika se řadí mezi pedagogické vědy. Jejich hlavním předmětem je výchova a vzdělávání.

O výchově a vzdělávání, přes veškeré debaty o jejich chápání platí, se jedná o proces vedení ve formování člověka, který probíhá záměrně, tj. cílevědomě. Cílevědomost se pojí se smysluplností smysluplnost se pojí s hodnotami, jejich strukturou i hierarchií. Andragogika a gerontagogika handicapovaných se formuluje jako teoretický konstrukt, který bude reflektovat diverzifikované fakty vzdělávání, výchovy a praxe dospělých a starých lidí s handicapem na straně jedné a porovnávat je s poznatky jiných vědních oblastí, ze kterých lze odvozovat charakter a zaměření referenčního pole života handicapovaných jako jeho nedělitelné součásti na druhé straně. Pojmy, které označují vědu o výchově a vzdělávání jsou spojovány s významem vést, vychovávat. Při posuzování, k čemu vést dospělého člověka s handicapem musíme vyjít ze zhodnocení jeho:

- potřeb, možností a rolí individua
- podmínek a situací vymezujících kvality jeho života
- specifik běhu (procesů) jeho života.<sup>51</sup>

Z výše uvedeného lze vidět, že existují tři různé přístupy k problematice. První přístup je filozoficko-sociologický a politologický a vede nás k tomu, abychom si udělali jasno o době, ve které konkrétní dospělý člověk s handicapem i starý člověk žije, a o atributech této doby. Druhý přístup je axiologický a měl by nám pomoci zorientovat se v hodnotách, kterými konkrétní člověk s handicapem žije. Třetí přístup je pedagogicko-psychologický a rehabilitační. Měl by nám naznačit specifika, která představují místo pedagogiky v kvalitách života lidí s handicapem.<sup>52</sup>

Pojem andragogika po roce 1989 zavedla akreditační komise MŠMT ČR. Z hlediska problematiky osob s handicapem lze takto označovat pracovní oblast, která se věnuje speciální výchově a vzdělávání dospělých osob se speciálními potřebami, které se v důsledku mentálního, sensorického, somatického nebo komunikačního postižení a v důsledku poruch učení, chování a jednání mohou ocitnout v poli znevýhodněných handicapovaných osob.

Jako vědní obor představuje ucelený, vnitřně diferencovaný, logicky strukturovaný systém odborných poznatků o jevech výchovy a vzdělávání dospělých osob se zdravotním postižením.

<sup>51</sup> JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000, s. 25-26. ISBN 80-7184-823-9.

<sup>52</sup> Tamtéž, s. 28-30

Zahrnuje cílevědomý rozvoj interakce a jejich průběhu, které vzniká na základě badatelské a vědecko-výzkumné činnosti.<sup>53</sup>

Nyní si popíšeme jednu z oblastí andragogiky, a to konkrétně somatopedickou, jelikož práce se zabývá klienty s tělesným postižením.

## 4.1 ANDRAGOGIKA SOMATOPEDICKÁ

Somatopedii je možné charakterizovat jako speciální pedagogiku tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených. Její neoddelitelnou součástí je andragogika somatopedická, která se zaměřuje na problematiku osob s postižením hybnosti (motoriky) v dospělém věku a v období senia.

Podle poslední klasifikace vad, postižení a znevýhodnění Světové zdravotnické organizace WHO je vhodné rozlišování mezi následujícími termíny:

- Vada, porucha (impairment) – znamená poškození pohybového, podpůrného systému či jiných orgánů, které způsobuje zásadní motorické změny.
- Omezení, snížená schopnost (disability) jsou kvantitativní změny a snížení pohybového výkonu se zřetelem k běžné, normální, výkonnosti, související s věkem, konstitucí a životním prostředím.
- Znevýhodnění, postižení (handicap) vyjadřují permanentní negativní působení na kognitivní, emocionální a sociální výkony, ztíženou sociální interakci, neúplné či chybějící přebírání sociálních rolí v souladu s pohlavím a věkem.

Somatopedie využívá poznatkového systému z vědních oborů a základů speciální pedagogiky i jiných pedagogických a dalších vědních disciplín. Jedná se např. o:

- Obory medicínské (ortopedie, neurologie, pediatrie, kineziologie aj.)
- Vědy biologické (biologie člověka, anatomie, fyziologie aj.)
- Obory psychologické (obecná psychologie, patopsychologie, aj.)
- Pedagogické (obecná pedagogika, didaktika, aj.)
- Sociální (sociologie, sociální patologie, aj.)
- Technické obory (ortopedická protetika, aplikovaná fyzika, aj.)

Předmět somatopedie je komprehenzivní výchovné vedení osob s pohybovým znevýhodněním. Směřuje zejména k jejich socializaci, resocializaci a celkové integraci a inkluzi do běžné společnosti.

Jejím úkolem je zejména rozpracovat teorii výchovy a vzdělávání tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených osob ve věku dospělosti a stáří.

Dále jejím úkolem je zkoumat a ověřovat výchovné, didaktické, reedukační,

---

<sup>53</sup> JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000, s. 125-26. ISBN 80-7184-823-9.

kompenzační, resocializační a psycho-rehabilitační metody.

#### **4.1.1 Charakteristika dospělých a seniorů s motorickým postižením**

Posláním motorického systému je zajištění možnosti pohybu. Pohyb (motorika) je vyjádřením pohybových projevů. Předpoklady pohybu souvisejí s oblastí somatickou, psychickou i senzoryckou.

Poruchy motoriky bývají převážně organického původu:

- v receptoru či efektoru
- v dostředivé nebo odstředivé dráze
- v centrálním nervovém systému.

U starších a starých lidí je možné se setkat s vrozenými postiženími motorického systému i se získanými motorickými poruchami. Příčinou obrn a různých degenerativních onemocnění pohybového aparátu mohou být ve vyšším věku především zánětlivé a infekční nemoci nervového systému a různé úrazy. U těchto jedinců se mohou objevit následující příznaky:

- imobilita (neschopnost pohybu)
- hypomobilita (snížení pohyblivosti)
- asynergie (porucha souhybů jednotlivých svalových skupin).

Senioři mnohdy trpí v důsledku postižení motorického aparátu i poruchami rovnováhy či i poruchami svalového napětí. Jde o svalovou hypotonii (snížené svalové napětí) a svalovou hypertonií (zvýšené svalové napětí).<sup>54</sup>

## **4.2 CHARAKTERISTIKY POSTIŽENÍ (HANDICAPŮ)**

V následující části si popíšeme jednotlivá postižení respondentů, se kterými byl prováděn výzkum.

### **4.2.1 Cévní mozková příhoda (CMP)**

Jde o poruchu krevního oběhu mozku způsobující nenávratné poškození mozkové tkáně. Jedná se o akutní stav vyžadující neodkladnou lékařskou pomoc. Včasná lékařská pomoc má u CMP nejdůležitější roli.

Vzniká v důsledku mnoha rizikových faktorů. Některé jsou tzv. ovlivnitelné, které lze znatelně ovlivnit vlastní snahou. A to pravidelnou fyzickou aktivitou (minimálně deset tisíc

---

<sup>54</sup> LUDVÍKOVÁ, Libuše a kol. *Speciální pedagogika – Andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 41-43. ISBN 80-244-1207-1.

kroků za den), zdravý způsob stravování (s omezením živočišných tuků), umírněná konzumace alkoholu, správná tělesná hmotnost a nekouřit. *Další rizikové faktory vyžadují pravidelné lékařské kontroly a správně nastavenou léčbu.* Je důležité chodit na pravidelné kontroly k praktickému lékaři a dalším specialistům jako např. k internistovi, diabetologovi, obezitologovi atd. Podle Kovářové se díky tomu můžeme vyhnout nebo alespoň riziko mozkové příhody snížit.

Mezi ovlivnitelné faktory patří hypertenze, nejruznější onemocnění srdce, chlopní, arytmie, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, cukrovka atd. Samozřejmě riziko mozkové příhody zvyšují i neovlivnitelné rizikové faktory jako např. vyšší věk a některá dědičná onemocnění.

Podle mechanismu vzniku se dělí na ischemické cévní mozkové příhody a hemoragické cévní mozkové příhody. **Ischemický mozkový infarkt** vzniká v důsledku ucpaní mozkové tepny, které způsobuje snížení či zastavení přítoku krve do mozku.<sup>55</sup> V tepnách, které zásobují mozek, může docházet k ateroskleróze. Dále je důležité zmínit se i o jiných příčinách, jako jsou poruchy srdečního rytmu (fibrilace síní a flutter síní), při kterých vznikají krevní sraženiny v srdečních síních a odsud se uvolňují a pronikají do cév mozku. *Krevní sraženiny se mohou do mozku dostat i při infekční endokarditidě.*<sup>56</sup>

Při **hemoragické CMP** dochází ke krvácení do mozkové tkáně, které je způsobeno prasknutím tepny v mozku. Nejčastěji se vyskytuje krvácení hypertoniců. Projevuje se poruchou řeči, hybnosti a čit končetin na jedné straně těla, stočením očí a někdy i hlavy do strany. Obvykle je doprovázejí bolesti hlavy, nevolnosti, zvracení a porucha vědomí. Dalším typem hemoragické cévní mozkové příhody je **subarachnoidální krvácení**, které je méně časté. Jedná se o krvácení do mozkových plen. Způsobuje ji zejména prasklá výduť (aneurysma) na mozkové tepně, či jiné cévní anomálie.<sup>57</sup>

Mezi projevy CMP patří náhlá či postupně vznikající porucha hybnosti končetin (obrna), obtíže s vyjadřováním či obtížné vyslovování, porucha čítí, závratě, poruchy vidění, zmatenost apod. problémy mohou spontánně odeznít, stagnovat či se prohlubovat.<sup>58</sup>

Po prodělané mozkové příhodě by měl pacient absolvovat rehabilitaci. Akutní rehabilitace začíná po stabilizaci životních funkcí, obvykle hned druhý den od příhody. Nejdříve probíhá

<sup>55</sup> FAKULTNÍ NEMOCNICE U SV. ANNY V BRNĚ: *Cévní mozková příhoda detailně* [online]. neuvédno [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <https://iweb3.fnusa.cz/o-nemocnici/cmp/cevni-mozkova-prihoda-detailne/>

<sup>56</sup> Nemocnice Pelhřimov: *CMP: Mozková mrtvice neboli Cévní mozková příhoda (CMP)* neuvédno [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: [http://www.hospital-pe.cz/?page\\_id=8662](http://www.hospital-pe.cz/?page_id=8662)

<sup>57</sup> Krajská nemocnice Liberec, a. s.: *Cévní mozková příhoda (mrtvice, iktus)* neuvédno [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <https://www.nemlib.cz/cevni-mozkova-prihoda-mrtvice-iktus/>

<sup>58</sup> Nemocnice Trutnov: *Cévní mozková příhoda* [online]. neuvédno [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <http://www.nemtru.cz/cevni-mozkova-prihoda>

rehabilitační ošetřování dále pasivní rehabilitace, aktivní cvičení, stabilní sed a na konec je stoj a nácvik chůze. Délka každé z etap je závislá na tíži neurologického postižení a celkovém stavu pacienta. Na rehabilitaci se podílí fyzioterapeut, logoped (poruchy řeči a polykání) a ergoterapeut.<sup>59</sup>

#### 4.2.2 Dětská mozková obrna (DMO)

Jedná se o zvlášť závažné postižení mozku vyvíjejícího se dítěte, které se zpravidla pomalu a s proměnlivými klinickými příznaky objevuje už u kojenců. Ze začátku bývají projevy nenápadné a jejich určení vyžaduje odborné vyšetření a sledování dítěte dětským neurologem.<sup>60</sup>

Jde o postižení hybnosti a postury způsobené poškozením vyvíjejícího mozku v prenatálním, perinatálním a časném postnatálním období. Dělí se na čtyři základní formy: spastickou (hemiparézu, diparézu, kvadruparézu), dystonicko-dyskinetickou, mozečkovou a smíšenou.

Typickým projevem spastické hemiparézy je postižení celé jedné poloviny těla. „*Na postižené straně je paréza (obrna) a spasticita (zvýšené svalového napětí spolu s poruchou řízení pohybu).*“ V raném kojeneckém období je znatelný asymetrický vývoj, který se projevuje předčasnou lateralitou, absencí úchopu na postižené straně a predilekcí hlavy (stočení) na zdravou stranu. Paretická horní končetina je držena ve vnitřní rotaci v ramenním kloubu, v ohnutí v loketním kloubu, zápěstí se táhne za malíkem a prsty jsou zavřené v pěst. Paretická dolní končetina je ve vnitřní rotaci v kyčelním kloubu, strnule natažená s deformitou chodidla. Velice často to doprovází i stejnostranná porucha zorného pole a strabismus (šilhání). Později ve stoji je patrná skolióza páteře, posun těžiště a stočení hlavy ke zdravé straně.

Pro diparézu je charakteristické zvýšené svalové napětí obou horních končetin, vnitřně rotační postavení dolních končetin, ohnutí v kyčelních i kolenních kloubech, stažení dolních končetin k sobě a vbočení kolenních kloubů směrem dovnitř. Chodidla jsou deformovaná. U kojenců dochází k opožděnému vzpřimování.<sup>61</sup> Může vznikat jen v dětském věku (končí přibližně obdobím, kdy dítě začíná chodit. „*Jsou pro ni charakteristické flekční pyramidové jevy (Rossolimo a Mendel-Bechtěrev).*“<sup>62</sup>

<sup>59</sup> Krajská nemocnice Liberec, a. s.: *Cévní mozková příhoda (mrtvice, iktus)* [online]. neuvédeno [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <https://www.nemlib.cz/cevni-mozkova-prihoda-mrtvice-iktus/>

<sup>60</sup> Šance dětem: *Dětská mozková obrna* [online]. 4.1.2019 [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevyhodnenim/neurologicka-onemocneni/detska-mozkova-obrna.shtml>

<sup>61</sup> SDRUŽENÍ PRO KOMPLEXNÍ PÉČI PŘI DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNĚ, Z. S.: *CO JE DMO?* [online]. neuvédno [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <http://www.dmoinfo.cz/info-o-dmo/co-je-dmo>

<sup>62</sup> ŠVESTKOVÁ, Olga, ANGEROVÁ, Yvona, DRUGA, Rastislav, PFEIFFER, Jan, VOTAVA, Jiří. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 279. ISBN 978-80-271-0084-2.

U triparetické (kvadruparetické) formy se jedná o kombinaci příznaků výše uvedených. „V případě triparézy na třech končetinách, zpravidla obou dolních a jedné horní.“ Kvadruparéza znamená postižení všech čtyř končetin.<sup>63</sup>

Pro kvadruparézu jsou charakteristické zvýšený svalový tonus, narušená jemná i hrubá motorika (někdy až neschopnost uchopit předmět do ruky). Způsobuje ji poškození míchy v krční oblasti. Postihuje celé tělo.<sup>64</sup>

Pro dyskinetickou formu jsou typické abnormální mimovolní pohyby končetiny, trupu, mimických svalů. Je narušena koordinace pohybu, držení těla v různých polohách.

Dochází k rychlým změnám klidového svalového napětí, rozevírají se a zavírají ústa. *Přetrvávají některé novorozenecké reflexy, úlekové reakce.* Narušena je také orofaciální koordinace (koordinace pohybu mluvidel), pro kterou je charakteristické špatně srozumitelný řeč, zvýšené slinění a polykací obtíže. Objevuje se také grimasování. Přítomno je také (mimovolní pohyby mimických svalů, „dělání obličejů“).<sup>65</sup>

Při dystonii se stahují svaly nedobrovolně, což způsobuje nepřírozené, opakované či zkroucené pohyby. „Může postihnout buď jen jednu část těla (fokální dystonie), dvě či více sousedních částí (segmentální dystonie) či všechny části těla (obecná dystonie). Svalové křeče mohou být mírné až těžké, dále mohou být bolestivé až do té míry, že omezují každodenní činnosti klientů/pacientů.“<sup>66</sup>

Mozečková forma je charakteristická tím, že je u dítěte znatelně sníženo svalové napětí (hadrovité končetiny), je apatické, je porušena koordinace očních bulbů. „Při změně pohybu jdou paže do natažení a rozpažení, případně do předpažení a sepnutí ruček.“ Objevuje se porucha řízení pohybu, svalové koordinace, nepřesnost úmyslných pohybů, třes při pokusu o cílený pohyb.<sup>67</sup>

### 4.2.3 Mozečkový syndrom

Nejčastěji se objevuje jako jeden z projevů roztroušené sklerózy nebo jako následek mozečkových nádorů (u dětí i dospělých). Po operačním odstranění nádoru se ještě více zhoršuje.

---

<sup>63</sup> SDRUŽENÍ PRO KOMPLEXNÍ PÉČI PŘI DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNĚ, Z. S.: *CO JE DMO?* [online]. nevedeno [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <http://www.dmoinfo.cz/info-o-dmo/co-je-dmo>

<sup>64</sup> KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010, s. 79. ISBN 978-80-247-3270-1.

<sup>65</sup> SDRUŽENÍ PRO KOMPLEXNÍ PÉČI PŘI DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNĚ, Z. S.: *CO JE DMO?* [online]. nevedeno [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <http://www.dmoinfo.cz/info-o-dmo/co-je-dmo>

<sup>66</sup> TÝM rehabilitace.info: *DYSTONIE – PŘÍZNAKY A LÉČBA + PŘÍBĚH PACIENTKY S DYSTONIÍ* [online]. 3.4.2019 [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/nemoci/dystonie-priznaky-a-lecba-pribeh-pacientky-s-dystonií/>

<sup>67</sup> SDRUŽENÍ PRO KOMPLEXNÍ PÉČI PŘI DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNĚ, Z. S.: *CO JE DMO?* [online]. nevedeno [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <http://www.dmoinfo.cz/info-o-dmo/co-je-dmo>

Jedním z mozečkových syndromů **neocerebelární**, který nastává poškozením vývojově mladší části mozečkových polokoulí. Mezi jeho projevy patří jednostranné postižení (na stejné straně, jako je mozečková porucha), nastává ataxie s přestřelováním a porucha opakovaných pohybů.

Druhým je **paleocerebelární** syndrom, který zapříčiňuje porucha vývojově starších struktur mozečku, zejména střední části. Je narušena koordinace osového svalstva, což se projevuje zejména při stožení a chůzi, kdy se objevují odchylky všemi směry. Odchylky nezávisí na poloze hlavy a příliš se nezhoršují při zavření očí.

Mozečkový syndrom lze chápat i jako opak Parkinsonova syndromu. Objevuje se tzv. makrografie, při které se písmo v průběhu psaní zvětšuje. Ataxie se projevuje také v řeči, která může být skandovaná. Zejména u dětí, mladších lidí se může spontánně upravit. V rámci rehabilitace klienti trénuje přesné pohyby. Dále se učí, jak provádět konkrétní úkony, tak, aby ataxie nebyla překážkou.<sup>68</sup>

#### **4.2.4 Traumatické poranění mozku (TBI)**

Traumatické poškození mozku je zapříčiněné fyzickým traumatem, při kterém dochází k poškození mozku. Může vzniknout buď uzavřeným poraněním hlavy (nedošlo k porušení lebky) nebo penetrujícím poraněním hlavy (došlo k poranění kůže, lebky i tvrdé pleny). Poškozeny jsou různé části mozku, mozkové hemisféry, mozeček či mozkový kmen. TBI se dělí podle rozsahu poranění na lehké, střední nebo těžké. Následkem TBI může dojít k širokému spektru fyzických, kognitivních a psychických emocionálních poruch. Pacient se může nakonec úplně uzdravit, mít trvalou disabilitu či umřít.<sup>69</sup>

#### **4.2.5 Torticollis**

Torticollis znamená jednostranné svalové stuhnutí šíje. Jedná se o jednostranné zkrácení svalu kývače hlavy, který je napnutý, postupně se stahuje a zkracuje se. Krční páteř má v důsledku toho omezenou pohyblivost. Mezi jeho příčiny patří například novorozenecký torticollis, před porodem – asymetrie uložení hlavičky plodu v děloze, po porodu – u dětí, které mají oslabené svalstvo a nedokážou udržet hlavičku a pokládají si ji na bok.

---

<sup>68</sup> TROJAN, Stanislav. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 127-128. ISBN 80-247-1296-2.

<sup>69</sup> *ABBIA CLINIC, s. r. o.: Traumatické poranění mozku* <https://neurobiofeedback.cz/traumaticke-poraneni-mozku>

Pokud se zjistí včas, odstraní se příčiny, je možné torticollis zcela vyléčit. Těmto dětem se nedoporučuje provozovat intenzivní asymetrické sporty jako např. tenis, hokej apod.<sup>70</sup>

#### **4.2.6 Meningoencefalokéla v okcipitální oblasti**

„Jedná se o výhřez mozkových obalů, popřípadě i tkáně mozku. Frekvence jejího výskytu je 1:2000 porodů. Způsobuje ji defekt mezodermy a často se pojí s dalšími defekty. Prognóza pro plod je závislá na stupni poškození mozku.<sup>71</sup>“

---

<sup>70</sup> *Modrý koník: Torticollis* [online]. nevedeno [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <https://www.modrykonik.cz/zdravi/torticollis/>

<sup>71</sup> ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 379. ISBN 978-80-247-5753-7.

## 5 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část uvádí cíle výzkumného šetření, výzkumné otázky, výzkumný vzorek, metodologii výzkumu, vyhodnocení výsledků polostrukturovaných rozhovorů a zúčastněného pozorování a jejich interpretaci. Na konci praktické části nalezneme závěr výzkumu.

### 5.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaký má hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE) v rámci ucelené rehabilitace vliv na osobnost jedince cílové skupiny.

Mezi dílčí cíle bakalářské práce patří zjistit informace o cílové skupině, dalším cílem je zjistit, zda hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE) pomáhá jedincům se zdravotním postižením začlenit se do společnosti a každodenního života.

### 5.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- 1 Jaký vliv má hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE) na osobnost jedince?
- 2 Jak klienti reagují na koně?
- 3 Jak hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE) pomáhá klientům k zapojení se do běžného života?

### 5.3 VÝZKUMNÝ VZOREK

Respondenty jsou osoby cílové skupiny andragogiky (klienti hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE) ve SDRUŽENÍ SRAZ, z. s.) Z důvodu zachování anonymity budou použity první písmena křestních jmen klientů.

### 5.4 METODOLOGIE VÝZKUMU

K výzkumnému šetření je využita kvalitativní metodologie. Výzkum je systematická činnost, která snižuje nevědomost lidstva. Potvrzuje, případně vyvrací poznatky, které jsou o daném jevu známé. Je důležité, abychom si potvrdili již známé poznatky, jelikož skutečnost se mění a naše poznání se jí musí přizpůsobovat. Výzkum je opakující se proces, při kterém dochází k řešení problému, avšak definitivní řešení nikdy neexistuje, jelikož naše řešení nebude nikdy úplné, i přestože se vždy bude vylepšovat a bude obsáhlejší. <sup>72</sup> „Hlavním rysem

---

<sup>72</sup> GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, s. 11. ISBN 80-85931-79-6.

*kvalitativního výzkumu je dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis.*“ Badatel zapisuje téměř vše, co v konkrétním terénu proběhne. Může zhotovovat také audiofonní či obrazové záznamy, které následně analyzuje. V průběhu pozorování či ihned po něm si dělá krátké poznámky, ze kterých později skládá celkový obraz o zkoumaném prostředí. snaží se vysvětlit jevy z pohledu pozorovaných jedinců. Všimá si i odlišností mezi pozorovanými osobami a zjišťuje, jestli existují rozdíly v jejich pohledech na konkrétní věc. Názory, pohledy všech pozorovaných jedinců musí konfrontovat a vytvořit celkový, ale vnitřně odlišný obraz prostředí.<sup>73</sup>

### 5.4.1 Metody sběru dat

Metodami sběru dat jsou polostrukturované rozhovory, zúčastněné pozorování a analýza dokumentů, které jsou vzhledem k povaze výzkumu nejvhodnějšími pro získání dat.

Pro vedení rozhovoru jsou potřebné dovednost, citlivost, koncentrace, interpersonální porozumění a disciplína. Před prováděním kvalitativního rozhovoru je třeba provést mnoho rozhodnutí týkajících se obsahu otázek, jejich formy a pořadí. Výzkumník musí uvážit časovou náročnost rozhovoru. Pozornost musí věnovat především začátku a konci rozhovoru. Na začátku se musí pokusit překonat psychické bariéry dotazovaných a zjistit, zda souhlasí s nahráváním rozhovoru. Na konci rozhovoru případně při loučení může badatel získat další důležité informace. Jelikož může mít kvalitativní rozhovor intervenční charakter, měl by tazatel nabídnout dotazovanému dodatečný kontakt.<sup>74</sup>

Polostrukturovaný rozhovor má předem připravený soubor témat/otázek, který bude jeho předmětem bez předem jejich přesně stanoveného pořadí. Často může tazatel formulace otázek zčásti upravovat, avšak musí probrat všechny. Dále může pokládat doplňující otázky, případně bývají některé tematické okruhy předepsány celkem přesně (formulace i pořadí) a v ostatních má tazatel více volnosti. Polostrukturovaný rozhovor v podstatě kombinuje výhody nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru a minimalizuje jejich nevýhody.<sup>75</sup>

Další metodou kvalitativního výzkumu je pozorování, které představuje pokus o zjištění, co se děje ve skutečnosti. Pozorování se při výzkumech využívá k potvrzení informací získaných prostřednictvím rozhovorů, ale i jako hlavní metoda výzkumu, zejména má-li výzkumné šetření popisný charakter.<sup>76</sup>

---

<sup>73</sup> Tamtéž, s. 142

<sup>74</sup> HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 166-167. ISBN 978-80-7367-485-4.

<sup>75</sup> REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009, s. 111-112. ISBN 978-80-247-3006-6.

<sup>76</sup> HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 191-192. ISBN 978-80-7367-485-4.

Základním typem pozorování je zúčastněné pozorování, které lze definovat jako dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících činností ve zkoumaném prostředí s cílem objevit a prezentovat sociální život a proces. Zúčastněný pozorovatel zastává současně dvě role – účastní se interakcí, přičemž se od ostatních účastníků odlišuje mírou účasti na činnostech (činnosti převážně pozoruje) a také je pozorovatelem, tedy výzkumníkem, který se od ostatních účastníků odlišuje záměrem (např. jeho cílem je objevit novou teorii o pozorovaných jedincích). Pozorovatel je zároveň trochu přítelem, zvědavým cizincem a neznalým laikem. Zúčastněné pozorování mu umožňuje porozumět všem souvislostem, ve kterých se situace odehrávají, neboť je to důležité po pochopení studovaného problému v celé jeho šíři. Také dovoluje výzkumníkovi být otevřený vůči problémům a nespoléhat se na koncepcí popisující konkrétní jevy v teoretické literatuře. Díky pozorování je badatel schopen zaznamenat rutinní situace, o kterých respondenti málokdy vyprávějí v rozhovorech. Výzkumník může objevit nové jevy, kterým se nikdo před ním nevěnoval, či dát do vztahu jevy, které předtím do vztahu nebyly dávány. Zúčastněné pozorování zprostředkovává pozorovateli „informace“ o účastnících, které by nesdělili. Jedná se o situace, kterým se respondenti v rozhovorech vyhýbají, zejména pokud je výzkumník cizí osoba. Pozorování vede badatele k tomu, aby si udělat na pozorované jevy vlastní názor. Důležitou součástí každého kvalitativního výzkumu jsou reflexe a vlastní poznámky. Metoda pozorování však přináší jiný druh informací než rozhovor. Pozorování slouží k popisu jednání účastníků, avšak rozhovor umožňuje zaznamenání toho, co účastníci říkají, co si myslí, a dospět k pochopení jejich zkušenosti.<sup>77</sup>

Mezi kvalitativní metodu patří i analýza dokumentů (vše napsané či zaznamenané). Při analýze dokumentů se např. navrhuje kategorizační systém a postupně se vyhledávají výskyty představitelů dané kategorie. Při jejím vyhodnocení lze použít i některé kvantitativní metody obsahové analýzy, při čemž se zaměřujeme na statistickou analýzu získaných četností výskytů jednotlivých obsahových prvků. Nebo lze postupovat více holisticky, přičemž zkoumání dokumentů pomáhá s rekonstrukcí konkrétní události.<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, s. 143-144. ISBN 978-80-7367-313-0.

<sup>78</sup> HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 130-131. ISBN 978-80-7367-485-4.

## 5.5 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ

Sdružení SRAZ – Společně za radostí a zdravím, z. s. (Sdružení SRAZ) bylo založeno v roce 1996. Ve středisku ekologické výchovy hl. m. Prahy působí od roku 1999 a od 1. ledna 2001 je členem Toulcova dvora, z. s. Spolupracuje na správě areálu a zajištění bohaté celoroční nabídky programů. Hlavním tématem programů a projektů je využití aktivit a kontaktu se zvířaty k terapeutickému působení, rozvoji osobnosti, podpoře zdraví, obohacení života, integraci, ale zejména k rozvoji pozitivního vztahu mezi člověkem a zvířetem.

Sdružení SRAZ společně s dalšími třemi organizacemi (Botič, o. p. s., Mateřská škola Semínko, o. p. s., ENVIRA, o. p. s.) je řádným členem výše zmíněného Toulcova dvora, z. s. Z každého subjektu jsou zvoleni dva zástupci, kteří tvoří členskou schůzi Toulcova dvora, z. s. a ta si dále zvolí svého předsedu. Výkonný výbor (8 lidí společně s tajemnicí) se schází každý týden a probírají provozní a strategické úkoly, které přibývají společně s narůstajícím počtem zaměstnanců a aktivit. K Čestným členům Toulcova dvora, z. s. patří také dlouhodobě spolupracující 4. Základní organizace Českého svazu ochránců přírody Rokytka. Společně všechny tyto organizace nabízejí širokou nabídku aktivit, navzájem spolupracují, předávají si zkušenosti aj.

Sdružení SRAZ je organizace spojující spokojené kreativní lidi, které inspirují svou činností ostatní k zodpovědnému přístupu k lidem, zvířatům, přírodě i k sobě samému. Vytváří prostředí pro vzájemné setkávání. Přípravuje zážitkové, výchovně-vzdělávací a terapeutické programy se zvířaty v souladu s welfare. Mezi jeho hlavní hodnoty patří poskytování zážitkové pedagogiky, vysoké kvality služeb, kvalifikovaný a výjimečný tým, welfare (životní pohoda zvířat). Samozřejmě také spolupracuje s řadou dalších odborníků. Všichni se podílí na vytváření kompletních a kvalitně vedených služeb. Mezi nabízené služby dále patří celoživotní vzdělávání. Při svých činnostech využívají interaktivní metody a formy práce, dávají přednost kontaktu s přírodou a výchově prostřednictvím prožitku, reagují na aktuální témata. Pomocí praktické ekologické výchovy, vzdělávání a osvěty se snaží prohloubit odpovědné jednání vůči přírodě, zemi i mezi lidmi. Sdružení SRAZ je také členem středisek ekologické výchovy Pavučina, České hiporehabilitační společnosti (ČHS), České jezdecké federace (ČJF) a Asociace chovatelů huculských koní (ACHHK). Aktivně dále spolupracuje s Českou zemědělskou univerzitou v Praze, s Výzkumným ústavem živočišné výroby Úhřetíněves, v. v. i., s řadou externistů, firemních i individuálních dobrovolníků. Podpory se Sdružení SRAZ dostává i od odborníků, kteří se profesionálně věnují tématům sdružení (etologii, komunikaci

s koňmi a lektorským dovednostem). Sdružení SRAZ je také držitelem osvědčení Certifikovaný poskytovatel environmentální výchovy SSEV Pavučina. Dále je certifikovaným Střediskem praktické výuky a Doporučeným střediskem hiporehabilitace ČHS.

Sdružení SRAZ se věnuje i dlouhodobým projektům. Jedním z nich je projekt s názvem NOEMOVA ARCHA, který se zaměřuje na využití hospodářských zvířat pro terapii, výchovu a osvětu. V roce 2001 vytvořilo jedinečnou výukovou a socioterapeutickou farmu s expozicí původních českých plemen hospodářských zvířat, která zde chovají v duchu „welfare“. Její provoz je zajištěn celoročně. Probíhají zde různé ekologické výukové programy pro děti a mládež od MŠ až po vysokoškoláky. Poskytuje pracovní místa osobám se zdravotním postižením, konají se zde terapeutické programy určené klientům se zdravotním postižením např. hiporehabilitace. Její prostory jsou využívány v rámci seminářů pro odbornou i širokou veřejnost, praxi studentů VŠ i programů volnočasových aktivit (zájmové kroužky, příměstské tábory, aj.). Během roku Sdružení SRAZ realizuje mnoho odpoledních akcí pro veřejnost zabývajících se tématem chovu hospodářských zvířat. Vytvořili zde naučnou stezku se zajímavými informacemi týkajícími se chovu a etologie.

Od roku 2006 Sdružení SRAZ rozvíjí spolupráci s oborovými středními a vysokými školami. Studenti docházejí na výuku přímo do SRAZu, někteří lektoři chodí přednášet přímo do škol. Sdružení SRAZ poskytuje odborné a učební praxe, semináře a také přednášky. V rámci akcí pro širokou veřejnost tradičně pořádá např. Sřihání oveček, Křtiny mlád'at, Den mlád'at, v rámci seminářů pro veřejnost se např. v roce 2018 pořádal seminář na téma „Horsemanship“, který není jen o vztahu mezi člověkem a koněm, označuje také určitý životní styl. *„Hlubová vzájemná spolupráce s koněm je rovněž jednou z cest celostního rozvoje člověka, vlastního sebepoznání a přijímání změn.“* SRAZ také nabízí chovatelské kroužky. Některé děti je navštěvují již řadu let. V nabídce také nechybí jezdecká škola, která má v současné době 22letou tradici. Jezdci se zde učí podle metodiky „Komunikačně-jezdeckého programu s koňmi“, vycházející z principů ježdění „Centered Riding“ podle Sally Swiftové, používá znalosti klasického ježdění, „horsemanshipu“ a etologie. Pracují s individuálním přístupem v malých skupinách (maximálně pět jezdců). Při výuce kladou důraz na životní pohodu člověka i koně, práci s tělem i myslí, vzájemný rozvoj důvěry a respektu, ohleduplnost a radost. V současné době mají k dispozici 9 huculských klisen, moderní jízďárnu i přírodní terén Hostivařského lesoparku. Všichni členové se učí teorii, ale i praxi vědomého jezdeckví s úsměvem, přirozené komunikace s koněm i chovatelským dovednostem, které v jiných „stájích“ málokdo poskytuje. Do nabídky jsou zahrnuty také příměstské tábory a prázdninové mimopražské programy. Příměstské tábory sou pořádané o velikonočních, letních i podzimních

prázdninách, na které se děti těší celý rok. Prázdninové mimopražské programy pořádá Sdružení SRAZ od roku 2001 a jejich náplní je ekologická výchova, ohleduplná jezdecká turistika, péče o koně, pobyt a pohyb v přírodě. Nabídka zahrnuje tábory pro děti a mládež, pobyty pro rodiče s dětmi, putování v sedlech huculských koní a intenzivní hiporehabilitační pobyt. Všechny akce probíhají v prostorách táborové základny nedaleko Českého ráje. Účastníci jsou ubytováni v podsadových stanech, koně jsou na pastvinách s přístřešky. Program je každý rok pestrý a „nabitý“ (hry, ranní rozcvičky, procházky, noční bojovky, dílničky, výlety pěšky i v sedlech koní, muzicírování aj.). „Vápenské léto“, jak tomu zde všichni říkají, se těší velké oblibě jak u dětí, tak u dospělých účastníků. Ani v zimním období nejsou klienti ochuzeni, jezdí se na lyžařský pobyt (v roce 2018 proběhl ve Strážném v Krkonoších).

Jednou podstatnou součástí nabídky Sdružení SRAZ je hiporehabilitace. Hiporehabilitace využívá kooperace odborníka a speciálně připraveného koně. Zaměřuje se na zlepšení kvality života lidí se zdravotním znevýhodněním a speciálními potřebami. Sdružení SRAZ se jí věnuje od roku 1999. Zaměřují se konkrétně na hipoterapii HTFE, HPSP, věnují se také kontaktní terapii.

Lekce HTFE vede terapeut a probíhají na koni se speciálním výcvikem. Její ojedinělost tkví ve využívání trojrozměrného pohybu hřbetu koně v kroku, který aktivizuje všechny řídicí úrovně centrální nervové soustavy. Díky zvyšování odbornosti jejich terapeuta i celého hiporehabilitačního týmu se mohli začít věnovat i rané péči. Podstatnou roli ve vývoji dítěte hrají první tři roky života. V tomto období jsou kompenzační možnosti mozku tak velké, že umožňují nejlépe rozvinout náhradní mechanismy a využít naplno HTFE pro zlepšení zdravotního stavu. Od začátku školního roku 2019/2020 se více zaměřili právě na ranou péči. Výsledky propojení hiporehabilitace a dalších terapeutických metod je pro miminka velice přínosné.

Při HPSP kůň rozvíjí osobnost klienta, učí ho dovednostem, samostatnosti, zlepšuje jeho motorické vlastnosti, dává mu bezprostřední zpětnou vazbu na jeho chování.

Každý z koní musí projít přípravou pro práci s klienty, která je zakončena zkouškou. Pokud ji kůň splní, „obdrží“ osvědčení: „Kůň zařazený do hiporehabilitace“, které uděluje ČHS.<sup>79</sup>

---

<sup>79</sup> Sdružení SRAZ – Společně za radostí a zdravím, z. s. *VÝROČNÍ ZPRÁVA* [online]. Praha – Hostivař: Sdružení SRAZ – Společně za radostí a zdravím, 2019 [cit. 2020-03-07]. Dostupné z: <https://www.toulcuvdvur.cz/files/d73425e84931b1b404ebf394f8c8bf8e.pdf>

## 5.6 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ – KLIENTŮ

Pro výzkum byli vybráni následující klienti, které si stručně charakterizujeme.

Klientka H. (č. 1) narozena v roce 1972, obtíže: dětská mozková obrna (levostranná hemiparéza), na hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii docházela přibližně od svých dvaceti pěti let, jedenkrát za týden, v současné době dochází na kontaktní terapii.

Klientka J. (č. 2) narozena v roce 1974, obtíže: dětská mozková obrna (levostranná hemiparéza), na na hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii docházela přibližně 20 let, ze začátku jedenkrát za týden a poté jedenkrát za čtrnáct dní, v současné době dochází na kontaktní terapii.

Klientka M. (č. 3) narozena v roce 2000, obtíže: cévní mozková příhoda, na hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii zhruba dva roky jedenkrát za týden, poté přešla do jezdecko-chovatelského kroužku.

Klientka N. (č. 4) narozena v roce 1996, obtíže: špatná koordinace pohybů, špatná rovnováha, skolióza, úklon hlavy, 19 let v dětském věku jedenkrát týdně, nyní jednou za čtrnáct dní.

Klient S. (č. 5) narozen v roce 1999, obtíže: traumatické poškození mozku, na hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii chodí: 3 roky jedenkrát týdně (rozhovor byl uskutečněn s jeho matkou z důvodu komunikační bariéry).

## 5.7 REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A ANALÝZA DAT

Rozhovory byly prováděny v prostorách Sdružení SRAZ, z. s. vždy po předchozí emailové domluvě s pěti klienty podle jejich časových možností. Před začátkem rozhovoru byl každý z respondentů seznámen s účelem poskytnutého rozhovoru a tématem, kterému se věnuje tato bakalářská práce. Před spojením se s jednotlivými klienty byly otázky z rozhovoru odeslány ke schválení terapeutce, která se vybraných klientů zeptala, zda budou ochotni se výzkumu účastnit. Všichni klienti souhlasili. Doslovné přepisy byly rovnou doslovnou transkripcí zapisovány do notebooku, a to vždy po předchozím dotázání se respondentů, zda jim to nebude vadit. Což velice usnadnilo pozdější zpracovávání dat. Oční kontakt s nimi nebyl nijak narušen, jelikož autorka práce ovládá psaní všemi deseti a mohla tak zároveň psát a věnovat pozornost tázaným. V případě, že respondentům nebyla konkrétní otázka zcela jasná, byla jim vysvětlena, jak je myšlena. Všichni tázaní byli ujištěni o zachování anonymity (byly použity první písmena jejich křestních jmen). Vždy byla položena konkrétní otázka a respondentům byl ponechán dostatečný časový prostor k vyjádření se. Někteří z klientů odpovídali velice stroze, bylo vidět, že se jim o daném tématu nemluví úplně snadno, avšak většina klientů se u některých otázkách více „otevřeli“ a rozpovídali. Odpovědi z rozhovorů byly pro větší přehlednost zpracovány do excelové tabulky.

Pozorování bylo realizováno v průběhu odborné praxe vykonávané ve Sdružení SRAZ, z. s. v období od 20. května 2019 do 18. června 2019. Před samotným pozorováním jsme se s terapeutkou domluvily na průběhu celého pozorování. Nejdříve si autorka práce prostudovala složky jednotlivých klientů, které obsahovaly např. lékařské zprávy, vstupní vyšetření terapeutkou atd. Zde byly uvedeny jejich diagnózy a plánovaný postup jednotlivých lekcí HTFE. Všichni klienti s nahlížením do složek souhlasili. Podklady obsahovaly mimo jiné i etický kodex pracovníka v hiporehabilitaci, zásady bezpečnosti práce, oficiální slovník České hiporehabilitační společnosti (ČHS), evidenci pádů, úrazů a zranění při hiporehabilitaci atd. Probíhalo pouze u třech klientů, jelikož klientka J. byla po operacích a nemohla jezdit a klientka M. již chodila do jezdecko-chovatelského kroužku. U každého z klientů se při lekcích HTFE využíval jiný způsob jízdy (v sedle, na dečce s madly a tzv. obrácený sed). Pro každého klienta je nutné zvolit správný způsob jízdy podle jeho postižení, tak aby byla HTFE efektivní. Dalším faktorem, který je nutný brát v úvahu je šíře hřbetu koně a jeho typ chůze.

## 5.8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 5.8.1 Rozhovory

Na základě VO1 (Jaké máte obtíže?) bylo zjištěno, že se výzkumu zúčastnili jedinci s motorickými obtížemi (dětská mozková obrna, cévní mozková příhoda, torticollis, skolióza, meningoencephalokéla a traumatické poškození mozku).

Na VO2, která zjišťovala, jak se o hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE) respondenti dozvěděli, všichni tázaní odpověděli, že buď od příbuzných případně od známých. Pouze klientka N (č. 4) uvedla, že se o HTFE dozvěděla její matka z médií.

VO3 se týkala vztahu respondentů ke koním. Všichni shodně odpověděli, že je velmi kladný. Klientka J. (č. 2) ještě navíc uvedla: *„Nejhezčí jsou ti černí. Vidím koně a hned mi plesá srdce. Mám hrozně ráda seriál Ranch Heartland, hrozně by mě zajímalo, jestli to s těmi koňmi opravdu umí, nebo jestli to je jen nahrané.“* A klientka M. (č. 3) zmínila: *„Už od malinka mě něco táhlo ke koním. Jezdit jsem chtěla už hodně dávno, ale máma mě k nim nechtěla pustit. Hipoterapii se to všechno začalo. A díky tomu se u koní pohybuji již jedenáct let.“*

Na VO4 (Jak dlouho a v jaké frekvenci jste docházel(a)/ docházíte na HTFE?) odpovědi respondentů byly dva roky až přibližně kolem 20 let s frekvencí půl hodiny jedenkrát za týden. Klientka M. (č. 3) odpověděla: *„Jednou za týden, asi dva roky, poté mi terapeutka řekla, že už není co zlepšovat. Přešla jsem na „klasické“ ježdění, které mi uzpůsobili přímo pro mě na míru. Šířím dále povědomí o hipoterapii, jak to člověku může pomoci (nejen po psychické stránce).“*

Na základě VO5 (Jak Vám pomáhá HTFE po zdravotní stránce?) bylo zjištěno, že se klienti lépe pohybují a nemají takové bolesti. Klientka M. (č. 3) uvedla: *„Lépe se pohybuji, po nasednutí na koně mi vždy zatuhlá místa „prokřupala“ a povolila. Neberou mě křeče do nohy.“*

VO6 se zabývala tím, jak respondentům pomáhá HTFE v osobním životě. Všichni dotázaní se shodli, že jim zlepšuje náladu a všechny problémy každodenního života jdou stranu. Klientka J. (č. 2) ještě dodala: *„Tak poznala jsem spoustu prima holek, hezkých koní a dobré to bylo i na táboře, i když jsem tam moc nechtěla, ale pak to bylo dobré. Mám společný zážitek s klientkou H. (č. 1.), jak si se mnou lehl kůň, musela jsem si na něj zpět sednout, abych se nebála do budoucna si na něj opět sednout, nakonec jsem strach překonala a sednula jsem si. Když jsem ležela po operaci v nemocnici a měla jsem zákaz koní, byla jsem smutná, ale na druhou stranu mi zůstalo mnoho hezkých vzpomínek.“*

A klientka M. (č. 3) zmínila, že: „*V současné době už hodně, koně jsou pro mne nejlepší přátelé. Člověk se k něčemu upne a už to nechce opustit. Klisna Sára mi zlomila ruku, a i tak mě vezme na hřbet. Zvíře bez člověka neudělá vůbec nic, když se o něj člověk nestará dobře.*“

Na VO7 (Jak Vám pomáhá HTFE se začleněním odpověděli všichni až na jednoho z respondentů (nedokázal na tuto otázku odpovědět), že lépe dokážou komunikovat s cizími lidmi. Klientka M. (č. 3) k tomu ještě dodala: „*Ve SRAZu, z. s. se cítí dobře, chápou mě tu, počkají než se „vyžvejknu“, na základní škole to pro mne bylo kvůli postižení „horor“, na střední škole se to zlepšilo, kdekoliv u koní je to lepší, berou mě takovou, jaké jsem, u koní je mi nejlépe.*“

Na základě VO8 (K jakým specialistům v rámci své diagnózy docházíte? (např. k ortopedovi)) bylo zjištěno, že většina klientů dochází na neurologii, ortopedii, fyzioterapii, případně ještě jezdí do lázní či dochází také na logopedii a rehabilitaci. Klientka H. (č. 1) uvedla, že dochází pouze k obvodnímu lékaři.

Na VO9 (Jak vidíte efektivitu HTFE?) všichni respondenti shodně odpověděli, že ji shledávají velmi efektivní, ale že je málo dostupná pro dospělé klienty. V případě klienta S. (č. 5) jeho matka uvedla: „*Určitě, ale považujeme ji za ještě málo rozšířenou a tím pro mnoho pacientů nedostupnou – rovněž taky nevím, zda půl hodina týdně může mít až tak pozitivní dopad – asi bych si představovala častější frekvenci.*“

### **5.8.2 Pozorování**

Klientka H. docházela na HTFE už od svých 25 let s frekvencí jedenkrát za týden. Před lekcí vždy čekala již připravená v altánku, když bylo přívětivé počasí, převlékala se do „jezdeckého úboru“ až na místě. Vzhledem k jejímu zdravotnímu postižení (DMO – levostranná hemiparéza) bylo překvapivé, jak to vše zvládala sama bez cizí pomoci. I přílbu si umí zapnout sama. Když byla „připravená“ i klisna, na které klientka H. jezdila, vodič ji přivedl k bezbariérové nasedací rampě, která má z jedné strany schody a z druhé strany nájezdni plošinu pro vozičkáře. Klientka dokázala vyjít na rampu s lehkou dopomocí terapeutky sama. Terapeutka stála po celou dobu s klientkou na rampě a pomáhala s dosednutím na koně. Vše muselo probíhat jako určitý „rituál“, jelikož jakékoliv – i drobné – změny klientku okamžitě rozhodily, stáhla se, začala mít strach a nebylo by možné na koně nasednout. Když klientka dosedla na koně, kousek popošli, terapeutka ji srovnala, aby správně seděla. Klientka H. jezdí z důvodu větší bezpečnosti v sedle (pozn. s použitím sedla se lépe rozloží i jezdcova hmotnost na koňský hřbet – klientka totiž váží kolem 85 kg). Na postižené ruce bylo cílem co nejvíce

povolit spasmy prstů a aby je protahovala. Klientku velmi ovlivňovaly vnitřní strachy (více méně z čehokoliv), proto bylo dobré na ni během lekcí HTFE mluvit a komunikovat s ní, jelikož se občas stávalo, že „zapomínala“ dýchat. Jakmile komunikovala, byla schopna se uvolnit, což byl jeden z hlavních cílů terapie. Uvolnění povolilo i oblast pánve, díky čemuž klientka lépe přijímala pohyb koňského hřbetu a zároveň i pro koně bylo v tu chvíli jednodušší ji na hřebě nést. Klientka H. docházela na HTFE okolo 20 let, nyní již bohužel docházet nemůže z důvodu hmotnostního limitu a zejména z důvodu zaměření se Sdružení SRAZ – Společně za radostí a zdravím, z. s. na klienty rané péče. Byla z toho velice smutná, ale i nadále do SRAZu, z. s. dochází na kontaktní terapii, při které chodí s poničkou Magdou na procházky a stará se o ni.

Na lekce přicházela vždy veselá, s dobrou náladou, kterou všechny okolo sebe pokaždé „nakazila“, v průběhu lekcí se u ní neprojevovaly žádné negativní emoce, pocity ani jiných projevů (občas jen zmiňovaný strach). Koním vždy přinesla „něco dobrého na zub“, ať už jablka či mrkve. Ke konci pozorování jsme zpozorovali její smutek z toho, že od další sezóny již v HTFE nemůže z výše uvedených důvodů pokračovat. Nabídnuta jí místo toho byla zmiňovaná, kontaktní terapie, díky které nepřišla o kontakt s koňmi, které má moc ráda.

Klientka N. dochází na HTFE již 19 let. Ze začátku docházela 1x za týden, v současné době už pouze 1x za čtrnáct dní. Před začátkem každé lekce si vždy klientka nasadila na hlavu helmu a vodič přivedl klisnu k nasedací rampě, klientka bez pomoci ostatních dokázala vyjít po schůdcích na rampu a opatrně dosednout na hřbet klisny. Terapeutka po celou dobu stála pod rampou u druhého boku koně a pomáhala klientce dosednout. Poté kousek popošli a terapeutka klientku srovnala, aby správně seděla (aby např. neseděla k jedné straně), srovnala jí sed s ohledem na skoliózu, kterou klientka má, lehce jí srovnala hlavu do středního postavení (klientka má kvůli své diagnóze tendenci nosit hlavu ukloněnou k jedné straně). Klientka všechny lekce sedí na koni ve směru jízdy na dečce a drží se speciálních madel, která jí velikostně vyhovují (každému klientovi, který, jezdí s madly mohou vyhovovat jiná, případně se může využívat i dalších pomůcek, např. bar – jejich vhodnost zvolí vždy terapeut).

Klienta N. již chodí na HTFE delší dobu, a tak ví, co vše je potřeba udělat, než si může na koně nasednout, jak se musí chovat, co nemá dělat, když je v blízkosti koní, na koni atd. Po skončení každé lekce, když se opět vrátili na výchozí místo k altánku, kde čekali další klienti, si sundala přilbu z hlavy a položila se na koně (na jeho krk) celá, úplně se uvolnila, ruce spustila podél krku koně dolů.

Jelikož klientka N. dochází na HTFE jedenkrát za čtrnáct dní, nebylo moc příležitostí k pozorování, avšak i přesto od samého začátku bylo vidět, že hipoterapie má na klientku N. velmi pozitivní vliv, a to nejen po psychické stránce.

Klient S. chodí na HTFE nejkratší dobu z pozorovaných a to 3 roky s frekvencí 1x za týden. Je upoutaný na invalidní vozík (když se vracel domů od studenta, kterého byl doučovat anglický jazyk, srazil ho na přechodu pro chodce osobní automobil). Na lekce HTFE ho doprovází jeho osobní asistent. Klient S. jezdí bez jezdecké přilby, jelikož by u něj byla kontraindikací (rodiče museli podepsat souhlas). Na nasedací rampu ho vždy jeho osobní asistent vyvezl na invalidním vozíku. Vodič přivedl koně k rampě, terapeutka stála u druhého boku koně pod rampou a pomáhala asistentovi posadit klienta S. na koně. U klienta S. je použita (na rozdíl od ostatních popisovaných klientů) jiná pozice na koni a to tzv. obrácený sed. Klient S. tedy jezdí čelem k ocasu koně. Nasedání je tedy oproti ostatním mnohem náročnější a všichni se musí velmi soustředit, aby bylo – hlavně pro klienta a koně – komfortní a nikoho nic nebolelo. Když seděl na koni, popošli kousek dál a terapeutka klienta S. zkontrolovala, jestli sedí správně, případně mu např. „srovnala“ ruce, do správné opory, tak aby nepadal k jedné straně apod. V jeho případě nevyužívala ani madla, jezdí pouze na dečce, připevněné kurtem, pod rukama měl polštářek pro lepší oporu (a proto, aby netlačil koně do beder). Kolem pasu měl jistící opasek, za který ho po celou dobu lekce držela z jedné strany terapeutka a z druhé strany asistent. Zajišťovali tak jeho bezpečnost a korektní pozici na koni.

V průběhu celého pozorování byl vždy dobře naladěný, usměvavý. Vždy se všemi komunikoval, avšak komunikace nebyla úplně zřetelná, neboť kvůli poranění mozku došlo i k poruše řeči a klientovi je velmi obtížně rozumět. I přesto šířil optimismus a může být vzorem v tom, že ani člověk s postižením nemusí přijít o své koníčky (klient S. jezdí na speciálně upraveném kole, speciálně upraveném vozíku hraje tenis, plave, cestuje do USA atd.).

## **5.9 ZÁVĚR VÝZKUMU**

Celý výzkum probíhal ve Sdružení SRAZ – Společně za radostí zdravím, z. s. Rozhovorů se zúčastnilo všech pět respondentů, pozorování probíhalo z výše uvedených důvodů pouze u třech respondentů. Jedna z respondentek (klientka M.) docházela na HTFE pouze dva roky, poté přešla do jezdecko-chovatelského kroužku, avšak na HTFE nezanevřela a snaží se šířit povědomí lidí o ní dále. I pouhé dva roky docházení na HTFE jedinci mohou velmi pomoci.

Překvapivým zjištěním bylo, že další z respondentek (klientka H.) docházela na HTFE přibližně 20 let, což se jen tak nevidí, aby měl dospělý jedinec možnost tak dlouho docházet na HTFE.

Při pozorování nedošlo k žádné negativní situaci. Na všech klientech bylo vždy vidět, že se na HTFE těší a po skončení každé z lekcí došlo ke zlepšení nálady, která člověku dokáže vydržet i po delší čas. Bylo znát, že HTFE opravdu pomáhá klientům nejen po psychické a zdravotní stránce, ale i sociální (např. lepší komunikace s cizími lidmi). Každý z klientů má jiný životní příběh, ale jedno mají společné, a to kladný vztah ke koním. Jelikož pozorování probíhalo v rámci odborné praxe, na HTFE docházeli i ostatní klienti. Nejčastějšími diagnózami byly dětská mozková obrna, genetické syndromy, avšak někteří z dětských klientů měli i anamnézy, které nejsou tak běžné a známé (Joubertův syndrom, Angelmanův syndrom a Prader-Willi syndrom). Klientům, kteří jezdí na dečce s madly se za teplého počasí, pokud jim to nevádí, po nasednutí na koně sundávají boty a ponožky, což napomáhá k uvolnění nejen nohou. K zajištění bezpečnosti klientů na koni zde využívají kromě jezdeckých přileb také speciální opasky (s dvěma uchy), které se klientům zapnou kolem břicha – ušima dozadu, tak aby je netlačily, ale terapeutka je mohla za ně držet a v případě nutnosti rychle stáhnout z koně dolů.

Shrme-li odpovědi na stanovené výzkumné otázky, pak lze konstatovat následující závěry. Z výsledků rozhovorů i pozorování jasně vyplývá, že vliv HTFE na osobnost jedince je pozitivní. Pomáhá jim nejen po fyzické stránce, ale i po stránce psychické a sociální. Pomáhá jim nejen lépe se pohybovat, uvolnit se, ale také jim např. dokáže zlepšit náladu, někdy kůň může sloužit jako prostředník při komunikaci nejen s cizími lidmi.

Všichni z respondentů reagují na koně jednoznačně pozitivně. Klientka H. je má opravdu velmi ráda, při každé lekci jim přinesla „něco na zub“. Klientka J. má koně velmi ráda, jak uvedla v rámci rozhovoru: „*Vidím koně a hned mi plesá srdce.*“ Klientka M. má koně ráda již od raného, avšak matka ji ke koním nechtěla pustit. Prostřednictvím HFTE, poté jezdecko-chovatelského kroužku se jí to splnilo a nyní dochází ke koním přibližně jedenáct let.

Všichni z respondentů se shodli na tom, že díky HTFE dokážou snadněji komunikovat nejen s cizími lidmi. Pro některé klienty je to určitým relaxem a odpoutáním se od problémů se běžného života. Koně mají na klienty pozitivní vliv, nesoudí je. Člověk mu může říci své tajemství a má jistotu, že se ho nikdo nedozví, i to nejen klientům velmi pomáhá se zapojením se do běžného života, jelikož jim to napomůže k jakémusi vnitřnímu uklidnění. Dále nejen samotný kůň, ale i lekce HTFE mohou sloužit jako motivace. I když se to tak mnohdy nemusí zdát, HTFE je pro člověka velkým přínosem a dokáže mu ve značné míře pomoci se začleněním do společnosti.

## 6 ZÁVĚR

Cílem teoretické části práce bylo vysvětlit problematiku hipo(re)habilitace v souvislostech ucelené rehabilitace. V teoretické části tak byly vymezeny pojmy, které s danou problematikou souvisejí, konkrétně osoba se zdravotním postižením, ucelená rehabilitace, hiporehabilitace a hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE). Teoretická část je zakončena kapitolou zabývající se andragogikou osob se zdravotním postižením, jelikož cílovou skupinou práce jsou dospělí jedinci.

Hlavním cílem praktické části práce bylo zjistit, jaký vliv má HTFE v rámci ucelené rehabilitace na osobnost cílové skupiny. Výzkumné šetření prokázalo že pozitivní jak po psychické, fyzické tak i sociální stránce. Dílčími cíli bylo zjistit informace o cílové skupině a zda jim HTFE pomáhá se začleněním do společnosti a každodenního života. Výzkumné šetření i těchto cílů došlo k pozitivním výsledkům. Respondenti dokážou zejména lépe komunikovat nejen s cizími lidmi. Kůň bývá někdy jakýmsi „prostředníkem“, ale i přítelem, kterému člověk může říci všechna svá tajemství.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že HFTFE je efektivní i u dospělých jedinců, i přestože její výsledky nemusí být tak znatelné jako u dětí. Všichni z respondentů mají kladný vztah ke koním, 3 respondentky dokonce velmi kladný. HTFE jim pomáhá nejen po zdravotní stránce, ale i po té psychické, kdy jim zvedne náladu, je to pro ně i určitým relaxem, odpoutáním se od běžného života, od všech starostí a problémů.

Hipo(re)habilitace je podstatnou součástí ucelené rehabilitace, která napomáhá ke zlepšení celkového stavu klientů, ale klient by měl využívat i další rehabilitační metody, aby byl výsledek co nejvíce efektivní. Na závěr je nutné uvést, že možnosti dospělých jedinců docházet na HTFE jsou do značné míry omezené, jelikož mnohá hiporehabilitační střediska se zaměřují především na ranou péči a dětské klienty, jelikož u nich lze dosáhnout znatelnějších výsledků. Můžeme konstatovat, že cíl práce stanovený v úvodu byl splněn.

## 7 ZDROJE

### Literatura

1. GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
2. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
3. HERMANNOVÁ, Hana, MŮNICOVÁ, Dana a NERANDŽIČ, Zoran. *Základy Hipoterapie*. Praha: Profi Press, 2014. ISBN 978-80-86726-57-1.
4. HOLLÝ, Karol, HORNÁČEK, Karol. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex, 2005. ISBN 80-7225-190-2.
5. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: TRITON, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
6. JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
7. JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
8. JESENSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2000. ISBN 80-7041-196-1
9. JISKROVÁ, Iva, CASKOVÁ, Vladimíra, DVOŘÁKOVÁ, Tereza. *Hiporehabilitace*. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2010. ISBN 978-80-7375-390-0.
10. KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3270-1.
11. KOMENDOVÁ, Jana. *Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením*. Ostrava: Key Publishing, 2009. ISBN 978-80-7418-022-4.
12. LUDVÍKOVÁ, Libuše a kol. *Speciální pedagogika – Andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1207-1.
13. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
14. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-3006-6.
15. RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0532-6.

16. ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
17. RŮŽIČKOVÁ, Kamila. Vybrané kapitoly z rehabilitace osob se zdravotním postižením. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2005. ISBN 80-7041-139-2.
18. ŠVARÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007, s. 143-144. ISBN 978-80-7367-313-0.
19. ŠVESTKOVÁ, Olga, ANGEROVÁ, Yvona, DRUGA, Rastislav, PFEIFFER, Jan, VOTAVA, Jiří. Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 279. ISBN 978-80-271-0084-2.
20. TROJAN, Stanislav. Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1296-2.
21. VELEMÍNSKÝ, Miloš. Zooterapie ve světle objektivních poznatků. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
22. VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

## **Diplomová práce**

1. POLÁŠKOVÁ, Petra. Hiporehabilitace v ČR a její postavení v systému ucelené rehabilitace. České Budějovice, 2013. Diplomová práce na ZSF JU. Vedoucí práce David Urban.

## Internetové zdroje

1. ABBIA CLINIC, s. r. o: Traumatické poranění mozku. [online]. [cit 2020-03-13]  
<https://neurobiofeedback.cz/traumaticke-poraneni-mozku>
2. ČESKÁ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOST: Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi [online]. [cit. 2019-12-13]. Dostupné z:  
<http://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/aktivity-s-vyuzitim-koni/>
3. ČESKÁ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOST. O nás: Změny názvosloví v hiporehabilitaci 2019: Aktualizace k 1.1.2020 [online]. [cit. 2020-03-13]. Dostupné z:  
<https://hiporehabilitace-cr.com/o-nas/oficialni-slovník/zmeny-nazvoslovi-v-hiporehabilitaci/>
4. FAKULTNÍ NEMOCNICE U SV. ANNY V BRNĚ: Cévní mozková příhoda detailně [online]. [cit. 2019-12-14]. Dostupné z:  
<https://iweb3.fnusa.cz/o-nemocnici/cmp/cevní-mozková-příhoda-detailně/>
5. Krajská nemocnice Liberec, a. s.: Cévní mozková příhoda (mrtvice, iktus). [online]. [cit. 2019-12-14]. Dostupné z:  
<https://www.nemlib.cz/cevní-mozková-příhoda-mrtvice-iktus/>
6. LANTELME-FAISAN, Věra. Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi [online]. 6.2.2016 [cit. 2019-12-13]. Dostupné z:  
<http://hiporehabilitace-cr.com/aktivity-s-vyuzitim-koni/>
7. LANTELME-FAISAN, Věra. Hipoterapie [online]. 6.2.2016 [cit. 2019-12-13]. Dostupné z: <http://hiporehabilitace-cr.com/hipoterapie/>
8. LANTELME-FAISAN, Věra. Hipoterapie [online]. 6.2.2016 [cit. 2019-12-13]. Dostupné z: <http://hiporehabilitace-cr.com/parajezdectví/>
9. LANTELME-FAISAN, Věra. Hipoterapie [online]. 6.2.2016 [cit. 2019-12-13]. Dostupné z: <http://hiporehabilitace-cr.com/psychoterapie-pomoci-koni/>
10. Modrý koník: Torticollis [online]. nevedeno [cit. 2019-12-14]. Dostupné z:  
<https://www.modrykonik.cz/zdravi/torticollis/>
11. Nemocnice Pelhřimov: CMP: Mozková mrtvice neboli Cévní mozková příhoda (CMP) nevedeno [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: [http://www.hospital-pe.cz/?page\\_id=8662](http://www.hospital-pe.cz/?page_id=8662)
12. Nemocnice Trutnov: Cévní mozková příhoda [online]. nevedeno [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <http://www.nemtru.cz/cevní-mozková-příhoda>
13. SDRUŽENÍ PRO KOMPLEXNÍ PÉČI PŘI DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNĚ, Z. S.: CO JE DMO? [online]. nevedeno [cit. 2019-12-14]. Dostupné z:  
<http://www.dmoinfo.cz/info-o-dmo/co-je-dmo>

14. Sdružení SRAZ – Společně za radostí a zdravím, z. s. VÝROČNÍ ZPRÁVA [online]. Praha – Hostivař: Sdružení SRAZ – Společně za radostí a zdravím, 2019 [cit. 2020-03-07]. Dostupné z: <https://www.toulcuvdvur.cz/files/d73425e84931b1b404ebf394f8c8bf8e.pdf>
15. Šance dětem: Dětská mozková obrna [online]. 4.1.2019 [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevyhodnenim/neurologicka-onemocneni/detska-mozkova-obrna.shtml>
16. TÝM rehabilitace.info: DYSTONIE – PŘÍZNAKY A LÉČBA + PŘÍBĚH PACIENTKY S DYSTONIÍ [online]. 3.4.2019 [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/nemoci/dystonie-priznaky-a-lecba-pribeh-pacientky-s-dystonii/>

## **8 SEZNAM ZKRATEK**

MOP – Mezinárodní organizace práce

LR – léčebná rehabilitace

PR – pracovní rehabilitace

SR – sociální rehabilitace

UNIFY ČR – Unie fyzioterapeutů ČR

HTFE – hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii

HTP – hipoterapie v psychiatrii a psychologii

HPSP – hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi

CMP – cévní mozková příhoda

DMO – dětská mozková obrna

TBI – traumatické poškození mozku

ČHS – Česká hiporehabilitační společnost

ČJF – Česká jezdecká federace

ACHHK – Asociace chovatelů Huculských koní