

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

**KATEDRA PEDAGOGIKY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**HIPOTERAPIE Z POHLEDU KLIENTŮ, RODIČŮ A  
PRACOVNÍKŮ VYBRANÉHO REHABILITAČNÍHO CENTRA**

**Zuzana Mrázová**

*Speciální pedagogika*

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Janyšková, Ph.D.

**Plzeň, 2023**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni dne 26. 4. 2023

.....  
vlastnoruční podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Kristýně Janyškové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, nebývalou ochotu, čas a cenné rady. Můj dík patří rehabilitačnímu centru, ve kterém jsem mohla vést svůj výzkum a všem účastníkům výzkumného šetření. Poděkovat bych také chtěla své rodině a přátelům za podporu po celou dobu studia.

## OBSAH

SEZNAM ZKRATEK .....	3
ÚVOD .....	4
1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ .....	5
1.1 ETIOLOGIE .....	6
1.2 DIAGNOSTIKA.....	6
1.3 KLASIFIKACE.....	6
2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ .....	8
2.1 ETIOLOGIE .....	8
2.2 DIAGNOSTIKA.....	9
2.3 KLASIFIKACE.....	9
3 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ.....	11
3.1 MOZKOVÁ OBRNA.....	11
3.1.1 Charakteristika.....	12
3.1.2 Etiologie.....	12
3.1.3 Klasifikace .....	13
3.1.4 Rehabilitace .....	14
4 HIPOREHABILITACE, HIPOTERAPIE .....	16
4.1 HISTORIE .....	17
4.2 OBORY HIPOREHABILITACE .....	18
4.3 PŮSOBENÍ HIPOTERAPIE .....	19
4.4 INDIKACE A KONTRAINDIKACE HIPOTERAPIE .....	20
4.5 PROVÁDĚNÍ HIPOTERAPIE .....	22
4.5.1 Realizační tým.....	22
4.5.2 Výběr koně.....	23
4.5.3 Zařazení klienta.....	24
5 HIPOTERAPIE U DĚTÍ S MOZKOVOU OBRNOU.....	25
6 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	26
6.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU .....	26
6.2 VÝZKUMNÁ STRATEGIE.....	27
6.3 VÝZKUMNÉ METODY SBĚRU A ANALÝZY DAT.....	28
6.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	29
7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	32
7.1 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT .....	32
7.1.1 Začátek, délka trvání a frekvence hipoterapie .....	32
7.1.2 Finanční a časová náročnost hipoterapie .....	33
7.1.3 Zapojení rodiny do procesu hipoterapie .....	35
7.1.4 Dřívější a další přidružené terapie .....	36
7.1.5 Přidružená onemocnění a alergie.....	37
7.1.6 Momentální psychický i fyzický stav klienta .....	38
7.1.7 Vztah ke zvířatům, koním .....	39
7.1.8 Fyzioterapeuti.....	40
7.1.9 Motivace k hipoterapii.....	42
7.1.10 Vnější vlivy .....	43
7.1.11 Kůň určený k hipoterapii .....	44
7.1.12 Poloha dítěte při hipoterapii .....	45

---

7.2 SHRNUÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	46
ZÁVĚR.....	49
RESUMÉ.....	51
SEZNAM LITERATURY .....	53
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ .....	57
PŘÍLOHY.....	I

## **SEZNAM ZKRATEK**

ADD – Attention Deficit Disorder , porucha pozornosti bez hyperaktivity

ADHD – Attention deficit hyperactivity disorder, hyperkinetická porucha, porucha pozornosti s hyperaktivitou

DSM 5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Americká diagnostická asociace

IQ – Inteligenční kvocient

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

WHO – World health organization, Světová zdravotnická organizace

## Úvod

Tématem předkládané bakalářské práce jsou faktory ovlivňující hipoterapii u dětí a dospívajících s kombinovaným postižením ve vybraném rehabilitačním centru. Podnětem k výběru tématu práce byla možnost propojení mého studia speciální pedagogiky s mou největší zálibou jezdectvím. Zároveň mne zajímal pohled osob, které mají s hipoterapií zkušenosti.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce se nejprve zabývá zdravotním postižením, a to konkrétně tělesným, mentálním a kombinovaným postižením, které je součástí tématu práce. Ve všech kapitolách věnujících se těmto typům zdravotního postižení je nejdříve obecně popsáno právě to zdravotní postižení, poté se věnují jejich etiologii, diagnostice a klasifikaci. Jelikož do vybraného rehabilitačního centra docházejí převážně klienti s mozkovou obrnou, je kapitola kombinovaného postižení více zaměřena na tuto oblast. V následujících kapitolách jsou představeny základní východiska hipoterapie, její historie, oborů hiporehabilitace, působení hipoterapie, indikace a kontraindikace k hipoterapii, hipologií a prováděním hipoterapie. Poslední část práce je věnována konkrétně hipoterapii osob s mozkovou obrnou.

Hlavním cílem práce je zmapovat faktory, které mohou ovlivnit dopad hipoterapie na děti a dospívající s kombinovaným postižením pomocí rozhovorů s klienty a pracovníky vybraného rehabilitačního centra. Tímto cílem se zabývá praktická část této práce, ve které se nejprve věnují metodologii výzkumu, poté jeho analýze a následně shrnutí výsledků. Praktická část práce je založena na kvalitativním výzkumu, ve kterém je využita forma polostrukturovaných rozhovorů, jakožto hlavní výzkumné metody. Polostrukturované rozhovory jsou vedeny ve vybraném rehabilitačním centru s pracovníky, konkrétně fyzioterapeuty hipoterapie a rodiči klientů s kombinovaným postižením, kteří do zdejšího centra na hipoterapii docházejí. Všechny rozhovory jsou následně kódovány a analyzovány dle jednotlivých kategorií.

Přestože je mnou zkoumaný vzorek velmi malý, mohou výsledky přinést přínos do oblasti hipoterapie. Výsledky mohou být následně porovnány s výsledky téhož výzkumu v jiném zařízení. Jestliže se zvýší náhled do faktorů, které ovlivňují hipoterapii, může se také zvýšit kvalita samotné hipoterapie.

## 1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

Tělesné postižení a pohybové vady, kterými se zabývá obor somatopedie, známý také jako pedagogika osob s tělesným postižením (Pipeková, 2010), jsou dle zákona 561/2004 Sb. řazeny mezi jednu z forem zdravotního postižení (Fischer, Škoda, 2008). Krom termínu tělesné postižení se ale můžeme setkat také s termínem porucha hybnosti, který dle autorů Kudláčka a Ješiny (2013) popisuje funkční postižení těchto osob ještě lépe. Stěžejním znakem osob s tělesným postižením je právě omezení v pohybu. Obecně je za osobu s tělesným postižením považován jedinec, jenž je omezen v pohybových schopnostech, které jsou zapříčiněny poškozením podpůrného nebo pohybového aparátu anebo jsou důsledkem jiného organického poškození (Pipeková, 2010). Fischer a Škoda (2008) ve své publikaci vysvětlují tělesné postižení jako dlouhodobé trvalé nebo přetrvávající odlišnosti ve schopnostech pohybového aparátu. V důsledku tak má tělesné postižení značný vliv na sociální, emociální a kognitivní výkony. Jde tedy o porušení motoriky a o viditelné postižení horních nebo dolních končetin těla.

Vzhledem k viditelnosti a nápadnosti tohoto zdravotního postižení se jedná o stigmatizující tematiku, která má krom motorických vad i obrovský vliv na psychickou oblast jedince s tělesným postižením. O úrovni tohoto stigma rozhodují tři základní aspekty: deformovaný vzhled, úroveň pohybových kompetencí a míra soběstačnosti (Fischer, Škoda, 2008). Podle stupně poškození pohybového aparátu je možno dělit tělesné postižení na lehčí a těžší. Zjednodušeně řečeno za lehčí typ postižení je považováno to, kdy je jedinec schopný pohybovat se samostatně nebo s berlemi. Za těžší typ postižení, je považován stav, kdy se osoba s pohybovou vadou pohybuje na vozíku (Švarcová, 2015).

Soběstačnost osob s tělesným postižením je právě jednou z věcí, kterou se zabývá obor somatopedie, jehož oblastí je výchova a vzdělávání osob s tělesným postižením, a to bez ohledu na jejich věk, pohlaví, či národnost. Krom výchovy a vzdělávání osob s tělesným postižením by se somatopedie měla věnovat také zpřístupnění osvěty okolnímu prostředí. V somatopedii je krom výše zmíněného nutné brát ohled na individualitu každého jedince a etický kodex při práci s ním (Kábele, 1993; Švarcová, 2015).



## 1.1 ETIOLOGIE

Příčiny tělesného postižení se dělí na primární a sekundární. Jako primární příčiny vnímáme ty, které jsou následkem přímého poškození pohybového aparátu. O sekundární poruše hybnosti mluvíme, pokud je pohyb omezen v důsledku nemoci (Slowík, 2016).

Dále se etiologie tělesného postižení dělí podle toho, zda jde o příčiny vrozené, nebo získané. Vrozené příčiny, které vznikají v průběhu prenatálního vývoje, při porodu nebo krátce po něm, bývají často spojovány s mozkovou obrnou, dříve označovanou jako dětská mozková obrna (od tohoto označení se dnes již upouští – pozn. autora). Mezi získané příčiny, vzniklé v období postnatálním, řadíme úrazy (traumatické mozkomíšní obrny) a následky závažných onemocnění. Dále pak mezi příčiny můžeme zařadit špatný životní styl vedoucí například k deformitám páteře. Příčinou jsou ale i dlouhodobá onemocnění, která mohou mít vliv na pohybový aparát např. progresivní svalové dystrofie a amyotrofická laterální skleróza (Ludíková, Kozáková, 2012; Fischer, Škoda, 2008).

## 1.2 DIAGNOSTIKA

Na diagnostice tělesného postižení se podílí mnoho medicínských oborů, velký vliv na ni má ale také speciální pedagogika. Ta se zaměřuje hlavně na diagnostiku možností vzdělávání a rozvoje osob s tělesným postižením (Slowík, 2016).

Cílem této diagnostiky je hledat možnosti, které pomohou k lepšímu vývoji těchto osob. Velkým úspěchem se může stát i drobný projev zlepšení stavu, či osamostatnění se, jenž vede ke zlepšení kvality života osoby s tělesným postižením (Slowík, 2016).

## 1.3 KLASIFIKACE

Pohybové vady je možno klasifikovat podle různých kritérií, přičemž nejčastěji je dělíme na vady vrozené a získané. Dále pak tělesné postižení můžeme dělit na obrny centrální a periferní, deformace, malformace a amputace (Pipeková, 2010).

Slowík (2016) ve své publikaci uvádí dělení podle třech různých kritérií: podle typu, podle doby vzniku a podle etiologie. Podle typu je tělesné postižení členěno na postižení hybnosti, dlouhodobá onemocnění a zdravotní oslabení. Klasifikace podle doby vzniku se u Slowíka shoduje s dělením Pipekové (2010), mezi vrozená tělesná postižení jsou zařazeny vrozené vady lebky, rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, nebo páteře, nevyvinutí končetin nebo jejich

částí a mozková obrna. Mezi získané tělesné postižení řadíme deformity páteře, úrazy, amputace nebo následky různých onemocnění (Slowík, 2016).

## 2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Mentální postižení je považováno za největšího činitele jinakosti mezi všemi formami zdravotního postižení. Stejně jako u osob s tělesným postižením se u osob s mentálním postižením vyskytuje velká míra stigmatizace. Lidé bez postižení se často od jedinců s mentálním postižením odvracejí nebo z nich mají dokonce strach (Slowík, 2016). To může být dáno tím, že osoby s mentálním postižením mají potíže s plněním svých sociálních rolí, které jsou pro člověka stejného věku, pohlaví, rasy a sociokulturního prostředí charakteristické (Černá, 2015).

Dle Pipekové (2010) je mentální postižení vývojovou poruchou, která postihuje integraci psychických funkcí v celé jeho osobnosti, tedy ve složce duševní, tělesné i sociální. Přičemž nejvíce a trvale je zasažena poznávací schopnost, což se projevuje v procesu učení. Hovoříme o trvalém stavu, který je buď vrozený, anebo získaný do 2 let života. Pokud se jedná o mentální postižení získané po 2. roce života, tedy o rozpad mentálního vývoje, mluvíme o demenci. Ta se na rozdíl od mentální retardace s časem zhoršuje a dochází k prohlubování jejích symptomů.

Osobami s mentálním postižením a jejich vývojem, vzděláváním a socializací se zabývá obor psychopedie (Černá, 2015), jehož hlavní podstatou je co nejvyšší rozvoj jejich osobnosti za předpokladu zachování jejich individuality (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

### 2.1 ETIOLOGIE

Možných vlivů na vznik mentálního postižení je mnoho, může se jednat o příčiny perinatální, prenatalní i postnatální (Černá, 2015). Dle Slowíka (2016) je příčinou vždy funkční poškození mozku, které může být podmíněno různými vlivy. Například u Downova syndromu, tedy u poruch vyvolaných genetickými vadami, lze příčinu snadno určit. Stejně tak je možné příčinu identifikovat i u jiných genetických odchylek. Podobně přehledná etiologie je i u metabolických poruch, intoxikací, či následků traumat (Slowík, 2016). Často ale nelze jednoznačně určit, jestli je vznik mentálního postižení u jedince podmíněn pouze biologickými vlivy, nebo i těmi sociálními. V některých případech mohou být tyto příčiny i zcela neznámé. Obecně platí, že čím nižší stupeň postižení je, tím těžší je určit jeho příčinu (Černá, 2015).

## 2.2 DIAGNOSTIKA

Diagnostika mentálního postižení je prací psychologů. Kritéria, využívaná při jejich práci a jejich výsledky jsou ale využívány i pedagogy, speciálními pedagogy a poskytovateli sociálních služeb při úředních účelech, či při rozhodování soudů (Zikl, 2022).

Krom psychologů se ale na diagnostice mentálního postižení podílejí i jiní odborníci, a to například speciální pedagogové, či pedopsychoiatri. Úkolem diagnostiky je v tomto případě hlavně vyloučit smyslové vady, poruchy řeči, poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD syndrom) nebo poruchy pozornosti bez hyperaktivity (ADD syndrom) a specifické poruchy učení, syndrom týraného, či zneužívaného dítěte, psychickou nebo kulturní deprivaci a jiné duševní poruchy (Valenta, Müller, 2003). Pro vyloučení těchto poruch a onemocnění se k diagnostice mentálního postižení používají převážně standardizované testy inteligence, které ale mohou být nahrazeny škálami určujícími stupeň mentálního postižení, tj. diagnostikou dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Ta se ale liší od základních diagnostických kritérií navržených Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5), neboli Americkou diagnostickou asociací, podle které je nutné zaměřit se při diagnostice na deficit intelektových funkcí, deficit adaptivních funkcí a počátek intelektových a adaptivních potíží v období vývoje (Zikl, 2022).

V České republice neexistuje standardizovaná škála testů určujících mentální postižení, a tak jsou psychologové často odkázáni na testování inteligenčních funkcí, přičemž adaptivní funkce bývají opomíjeny (Zikl, 2022). Z toho důvodu je i v České republice nejčastěji používáno testování pomocí standardizovaných testů inteligence. Krom toho ale diagnóza závisí také na všeobecných intelektových funkcích, které určuje školní diagnostik (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2018).

## 2.3 KLASIFIKACE

Z důvodu velké stigmatizace a dehonestace osob s mentálním postižením, je nutné brát velký zřetel na správnou terminologii podle etického kodexu. Dřívější oficiální označení mentálního postižení (debil, imbecil, idiot, ad.) se postupem času stalo přinejmenším hanlivým a společensky neúnosným, a tak bylo záhodno vymezit poruchy mentálního postižení jiným způsobem. Dnešní terminologie ale stále není ustálená a jsou hledány lepší

termíny, z toho důvodu se často setkáváme s terminologickou nejasností (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Pro klasifikaci mentálního postižení je využívána MKN podle Světové zdravotnické organizace (WHO), kde mentální postižení spadá do škály F70-79. V mezinárodní klasifikaci nemocí je jako základní kritérium klasifikace mentálního postižení označen inteligenční kvocient (IQ) a míra zvládnání obvyklých sociálně-kulturních nároků, jde ale o klasifikaci pouze orientační (Slowík, 2016; Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Za hraniční pásmo mentálního postižení je považován naměřený výsledek IQ mezi 68 a 85. Pro osoby, které se vyskytují těsně nad touto hranicí je užíváno označení Oslabení kognitivního výkonu. Toto označení můžeme chápat jako snížení výkonnosti, které zatím nedosáhlo úrovně mentálního postižení, ale i tak je pro tyto osoby znevýhodňujícím, a to obzvláště v oblasti vzdělávání (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Za nejlehčí stupeň mentálního postižení je v MKN označeno lehké mentální postižení, které zde můžeme nalézt pod značkou F70, pohybuje se na škále IQ mezi 50 a 69 body. Dalším stupněm mentálního postižení je střední mentální postižení, označeno F71, které spadá do škály IQ od 35 do 49. Následuje těžké mentální postižení, pod které spadají lidé s naměřenou hodnotou IQ od 20, do 34, v MKN je těžké mentální postižení označováno jako F72. Lidé s hlubokým mentálním postižením (F73) mají naměřenou hodnu IQ do 19. Krom těchto stupňů mentálního postižení se v klasifikaci MKN dále můžeme setkat s F78 – jiným mentálním postižením, nebo F79 nespecifikovaným mentálním postižením (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

### 3 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ

Pokud se u jedince vyskytne více než jedna vada, či porucha, označujeme jej jako osobu s kombinovaným postižením. Je možné také užít pojmy postižení více vadami a vícenásobné postižení. Kombinované postižení je často zapříčiněno více symptomy, které mnohdy bývají na genetickém podkladě a primární postižení bývá v těchto případech obtížné stanovit (Slowík, 2016). Jesenský (2000) ve své publikaci dělí kombinované postižení v rámci zpřehlednění do osmi skupin, podle toho o kombinaci, jakých dvou, či více postižení se jedná, přičemž jedním z nich je mentální postižení s tělesným postižením.

Kombinace mentálního s tělesným postižením je jednou z nejčastějších kombinací zdravotních postižení (Slowík, 2016). Platí, že čím těžší se u jedince vyskytne mentální postižení, tím větší je pravděpodobnost, že bude mít zároveň somatické potíže. (Ludíková, 2005). U této kombinace se také často mohou objevit i smyslové vady. Nezřídka se u jedince s mentálním postižením objeví potíže s komunikací. Nejčastěji se s kombinací mentálních a tělesných vad můžeme setkat u mozkové obrny (Slowík, 2016), jež je jednou ze základních diagnóz vyskytujících se ve vybraném rehabilitačním centru pro empirickou část bakalářské práce.

Mozková obrna se často projevuje poruchami hybnosti, vadami řeči, pohybovou neobratností, neklidem, či epileptickými záchvaty. U zhruba dvou ze tří dětí s mozkovou obrnou se zároveň nachází i mentální postižení a až jedno ze tří dětí se pohybuje v pásmu středního až těžkého mentálního postižení (Ludíková, 2005).

#### 3.1 MOZKOVÁ OBRNA

S četností výskytu jednoho z přibližně pěti set novorozenců se mozková obrna stává jedním z nejčastějších tělesných postižení, přičemž postihuje přibližně sedmnáct milionů lidí po celém světě (Graham, 2016). V České republice se mozková obrna vyskytuje u dvou až třech dětí z tisíce narozených (SDMO, 2022).

Mozková obrna je souborem příznaků, které nejsou vyléčitelné, v poslední době ale dochází k posunu v oblasti její rehabilitace. Mozková obrna se vyznačuje poruchou vývoje pohybu a držení těla, které vedou k omezení aktivity (Graham, 2016). Krom oblasti motoriky

mozková obrna postihuje také sluch, zrak, způsoby jednání jedince a vyvolává některá záchvatovitá onemocnění (Kraus, 2004).

### 3.1.1 CHARAKTERISTIKA

Mozková obrna je neprogredujícím neurovývojovým onemocněním projevujícím se postižením motorického systému (Kraus, 2004). Dle MUDr. Vojty, který se celosvětově zasloužil o rozvoj dětské neurologie, je mozková obrna výsledkem narušení nejranějšího vývojového stádia v oblasti motorického vývoje (Marešová, Joudová, 2011).

Jde o syndrom, který je vyvolaný lézí nedostatečně vyvinutého mozku. Krom výše zmíněných projevů může u některých jedinců s mozkovou obrnou docházet k poruchám příjmu potravy, postižení kognitivních funkcí a významné poruše intelektu. Z toho důvodu je populace dětí s těžkým mentálním postižením zastoupena až z padesáti procent osobami s mozkovou obrnou (Kraus, 2004).

### 3.1.2 ETIOLOGIE

Mozková obrna vzniká v prenatálním, perinatálním nebo raně postnatálním stádiu. Velká část klientů s mozkovou obrnou si prošla předčasným, či obtížným porodem s neonatální asfyxií. To se ovšem dá pokládat spíše za doprovodný jev než příčinu. Na vznik mozkové obrny mají totiž vliv již faktory objevující se v dřívějším stupni vývoje, které k předčasným a obtížným porodům vedou, jednou z takových příčin může být například zánět plodu (Graham, 2016).

Čím časnější je porod, tím vyšší je riziko vzniku mozkové obrny. Mírné riziko vzniku mozkové obrny můžeme pozorovat již při porodu před třicátým osmým týdnem těhotenství, pokud se jedná o kojence narozené před ukončeným dvacátým osmým týdnem těhotenství, riziko se zvyšuje až padesátkrát oproti donošeným novorozencům (Graham, 2016).

Kromě předčasného porodu může být rizikovým faktorem také nízká porodní hmotnost, deficit hormonů štítné žlázy u nedonošených novorozenců, mnohočetná těhotenství nebo například neurologická onemocnění matky a sourozenců, rizikových faktorů je samozřejmě mnohem více (Kraus, 2004). Seidl (2008) dělí rizikové faktory dle stupně vývoje. V prenatálním stádiu je mozková obrna nejčastěji způsobena onemocněním matky v těhotenství, užíváním léků, drog, chromozomálními anomáliemi, nebo zářením.

V natálnímu stádiu je to pak hypoxie během porodu, předčasný porod či přenášení, vícečetné těhotenství, nebo například porod koncem pánevním. Co se týče postnatálního stádia, tam bývají příčinou úrazy, či infekce dítěte. Uvádí se, že mozková obrna může vzniknout až do dvou let věku dítěte (Seidl, 2008).

### 3.1.3 KLASIFIKACE

Podle projevů rizikových faktorů, které se různě mísí, dělíme mozkovou obrnu na dvě hlavní formy – spastické, kterých je většina a nespastické. Spastická forma se dále dělí na diparetickou, hemiparetickou a kvadruparetickou. Nespastickou formu je možno rozdělit na formu hypotonickou a dyskinetickou (Katalog UPOL, 2015; Fischer, Škoda, 2008).

Diparetická forma je ve většině případů způsobena předčasným porodem, jde o spastickou paraparézu (obrnou, při které jsou svaly postižené končetiny zvýšeně napjaté) dolních končetin bez poruch cití, v těchto případech většinou nedochází k těžším typům mentálního postižení (Seidl, 2008). Jedná se o postižení obou dolních končetin, přičemž horní končetiny mají dobrou hrubou motoriku, ale bývá narušena jemná motorika (Katalog UPOL, 2015).

Nejčastější formou je forma hemiparetická, postihující více horní končetiny než spodní, častým příznakem je také epilepsie způsobená poškozením mozku v oblasti levé, či pravé hemisféry, vždy opačné ku postiženým končetinám. Hemiparetická forma mozkové obrny je buď pravostranná nebo levostranná. Poznávacím znamením je nachýlení trupu k postižené části těla, postižená končetina je slabší a kratší. Při chůzi můžeme pozorovat dopadání na postiženou část těla a horní končetina je strnule držena (Katalog UPOL, 2015; Seidl, 2008).

Nejtěžší druhem spastické mozkové obrny je kvadruparetická forma, dle Seidla (2008) jsou u této formy postiženy více horní končetiny. Kvadruparetická forma vzniká na podobném podkladě, a to na základě postižení mozkového kmene, jde ovšem o narušení obou mozkových hemisfér. U kvadruparetické formy se u jedinců často setkáváme s epilepsií a se sníženou inteligencí.

Jednou ze dvou forem nespastické mozkové obrny je hypotonická forma, projevující se sníženým svalovým napětím neboli snížením svalového tonu. Jedinec má velmi nejistý postoj a v případě chůze se jedná o nejisté a vrávoravé kroky. Více než padesát procent



osob s hypotonickou formou mozkové obrny má zároveň mentální postižení (Katalog UPOL, 2015).

K dyskinetické formě nejčastěji dochází při postižení bazálních ganglií, kdy má matka negativní RH faktor a dítě pozitivní, tedy při hyperbilirubinemii. Jde o vzácnou formu mozkové obrny, u které úspěch léčby závisí převážně na včasné diagnostice a rehabilitaci (Seidl, 2008).

#### **3.1.4 REHABILITACE**

Vzhledem k tomu, že mozková obrna je problémem hlavně somatopedickým, je jedním z hlavních bodů rehabilitace zdravotnický obor fyzioterapie, který se zabývá diagnostikou a terapií funkčních poruch a na něhož jsou děti často posílány ihned po diagnostikování mozkové obrny. Díky terapii děti s mozkovou obrnou i jejich rodiče získají větší přehled o jejich motorických schopnostech, bude možné si vytyčit určité cíle terapie a zajistit odpovídající pomůcky pro zlepšení pohyblivosti a každodenního fungování (Graham, 2016; Zikl, 2014).

Jednou z metod fyzioterapie užívaných při mozkové obrně je Bobathova léčebná metoda. Ta je zaměřena na inhibici tonických, vývojově nižších reflexů, pomocí různých poloh, při kterých se snižuje svalový tonus. Poté, co dojde ke snížení svalového napětí se terapeut přesune k facilitaci neboli zesílení vyšších posturálních a rovnovážných reflexů (Pfeiffer, 2007).

Jednou z nejznámějších fyzioterapeutických metod vůbec je Vojtova metoda, která je zaměřena na reflexní lokomoce. Vojtova metoda, která se inspirovala se v Bobathově metodě, je zaměřena na návrat do začátku novorozeneckého věku a plazení. Tato technika nevyžaduje spolupráci dítěte, ale klade velké požadavky na člověka, který s dítětem s mozkovou obrnou cvičí. V celé technice jde převážně o uvolnění páteře z hypertonického napětí, což je požadavkem ke vzpřímené pozici člověka a řízení těžiště nad středem vlastního těla (Pfeiffer, 2007).

V České republice je s Vojtovou metodou často srovnávána právě hipoterapie, která je jednou z fyzioterapeutických metod hojně užívanou u dětí s mozkovou obrnou. Stejně jako ve Vojtově metodě jde v hipoterapii o uvolnění svalového tonu pomocí pohybu, který je

vyvolán nějakým vnějším stimulem, jde o vnější stimul a následnou reakci na něj. V hipoterapii se jako tento stimul užívá pohyb koňského hřbetu (Řupová, Krobot, 2012).

## 4 HIPOREHABILITACE, HIPOTERAPIE

„Hipoterapie je rehabilitační metoda a disciplína hiporehabilitace, která se zaměřuje na terapii pohybových poruch, je to metoda fyzioterapie využívající přirozený pohyb v kroku jako stimul a rehabilitační prvek“ (OS svítání, 2009 in Müller, 2014). Jedná se o jednu z nejrozšířenějších podkategorií hiporehabilitace, která je zastřešujícím pojmem pro všechny typy jízdy na koni prováděné osobou se sociálním nebo zdravotním znevýhodněním. Lze ji chápat jako cílené využití koně a práce s ním, také jeho pohybu a jízdy na něm, mechaniku jeho kroku a pohybové impulzy jako pomůcku k programování správného vzoru pohybu do centrální nervové soustavy klienta.

Tento druh terapie, který je mimo jiné určen pro zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením nebo sociálním znevýhodněním je dnes již celosvětově uznávanou metodou, jež je v České republice zastřešována Českou hiporehabilitační společností (Ťupová, Krobot, 2012). Hipoterapie, jakožto jedna z forem zooterapie, spadá do určitých právních norem. Přestože užití zvířat v rámci terapie dosud není v České republice samostatně legislativně ukotveno, má své normy a pravidla, která jsou určována ochranou zvířat a zákony zaměřenými na zdraví zvířat a veterinární péči o ně. Mimo to je zooterapie také vázána na nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů. Dalšími zákony, které se zooterapie, a tedy i hipoterapie jako takové dotýkají jsou: zákon č. 86/2014 Sb. o dobrovolnické službě, zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách a jeho vyhláška číslo 505/2006 Sb. a zákon číslo 359/1999 o sociálně právní ochraně dětí (Bicková, 2020).

Žgur a Jerman (2021) popisují hipoterapii jako jednu z podskupin terapeutického ježdění a jednu z forem hiporehabilitace. Dle Ťupové a Kroboty (2012) jde ale o dvě často zaměňované věci, protože anglický termín „therapeutic riding“ má v českém jazyce mnoho významů. Terapeutické ježdění poskytuje léčebné účinky, kterých však nelze dosáhnout pouze jízdou na koni, ale spíše celkovou prací s koněm. Mimo hipoterapii mezi podskupiny terapeutického ježdění dále řadíme například ergoterapii za pomoci koně, speciálně pedagogické ježdění, voltiž na koních a sportovní ježdění pro osoby se speciálními potřebami. To, jaká forma terapeutického ježdění bude zvolena, závisí na jejím účelu (Žgur, Jerman, 2021).

Krom výše uvedených skupin je hipoterapie řazena také mezi facilitační metody, jejichž úkolem je využívání zesílení reflexu nebo jiné nervové aktivity součtem co nejvíce smyslových podnětů. Tyto smyslové podněty mohou být pohybové, zahrnující vnímání pohybu koňského těla, zrakové, zahrnující vnímání prostředí, ve kterém se hipoterapie odehrává a taktilní, jež zahrnují dotyk těla klienta na těle koně. Těchto podnětů je v hipoterapii nepřeborné množství, a tak mohou pozitivně působit na pohyb klienta. Při hipoterapii dochází ke stimulaci všech klientových smyslů, jejichž působení je nevědomé. Stimuly jsou přenášeny do mozku a tam jsou zpracovány. Zjednodušeně řečeno centrální nervová soustava pozitivně reaguje na vnější stimuly z hipoterapie tak, že si zvolí vhodné pohybové reakce, které zlepšují, rozšiřují a zdokonalují motorické schopnosti klienta (Müller, 2014).

O těchto účincích hipoterapie diskutují i autoři Neagu a Kiss (2016), podle nichž je hlavním cílem hipoterapie u jedinců s různým postižením vygenerovat momentální stav s trvale řízenou nerovnováhou, produkovanou pohybem koně. Krom toho dochází ke změně v rovnováze klienta, k adaptaci, a nakonec ke vzniku nových prospěšných somatosenzorických posturálních reflexů. Při jízdě na koni musí klient provádět četné úpravy svých opakovaných pohybů, včetně pohybů pánve, podobně jako těch, které způsobuje jeho chůze. Krom toho ale autoři také zdůrazňují aspekty zaměřené na zlepšení duševních složek klientů, jako jsou vědomí, chování, nebo interakce s okolím.

Aby došlo ke správnému působení hipoterapie, které je zmíněno výše, je hipoterapie rozdělena do dvou etap. V té první téměř nedochází k ovládnutí koně klientem, klient je tedy pasivním účastníkem hipoterapie. Cílem je zvyknout klienta na koňské pohyby, naučit jej tyto pohyby vnímat a nastolit pohybové posturální vzory. V první řadě jde o psychologické prožitky klienta. Druhá etapa je již zaměřena na aktivní vedení pohybu koně klientem. Je potřeba, aby se klient naučil pobídky nebo signály, na které kůň reaguje a respektuje je. U klienta v této etapě dochází ke zlepšení koncentrace a zvýšení sebevědomí, stává se tak aktivním účastníkem terapie (Müller, 2014).

## 4.1 HISTORIE

O pozitivních účincích pohybu koně na člověka mluvil již Hippokrates v 5. století př. n. l. (Betlachová, 2016; Neagu, Kiss, 2016). První dochované lékařské doporučení pro jízdu na

koni pak pochází z 2. století př. n. l. od římského lékaře Galena. Koně byli také hojně využíváni po první světové válce, kde pomáhali při rehabilitaci vojáků válkou zasažených (Betlachová, 2016). První studie pozitivního vlivu jízdy na koni byly hlášeny v roce 1875 Chassignem v Paříži s odkazem na léčbu hemiplegie, paraplegie a dalších neurologických poruch (Neagu, Kiss, 2016). Jízdě na koni se také věnovali například J. W. Goethe nebo Tomáš Garrigue Masaryk (Hermannová, Münichová, Nerandžič, 2014).

Hipoterapie, jak ji známe dnes se začala formovat v 60. letech minulého století ve Velké Británii, Německu a Skandinávii. V roce 1972 byl, vzhledem k rostoucí potřebě komunikace mezi koňskými a rehabilitačními profesionály, uspořádán první mezinárodní kongres o hipoterapii. Později, v roce 1988 byla založena společnost nesoucí název The Federation of Riding for the Disabled International (FRDI), jež sdružovala asociace, ale i jednotlivce, kteří měli spojitost s aktivitami a terapiemi prováděnými za pomoci koní (Betlachová, 2016).

V České republice se začátek hipoterapie datuje do roku 1947, přičemž první hiporehabilitační středisko bylo založeno nedaleko od Prahy v roce 1976 a stalo se tak prvním hiporehabilitačním střediskem ve střední Evropě. I přesto bylo ale pro většinu osob velice komplikované získat dostatek informací ohledně hipoterapie. K rozšíření informací o hipoterapii došlo až v 90. letech minulého století, kdy byly publikovány první články o hiporehabilitaci v jezdeckých časopisech. Mimo to byla také v roce 1988 pořádána první konference tehdejším ředitelem ÚSP Zbůch PaDr. Štainiglem. V roce 1991 pak byla založena Česká hiporehabilitační společnost, která zastřešuje hiporehabilitaci v České republice dodnes (Lantelme-Faisan, 2021).

## 4.2 OBORY HIPOREHABILITACE

Hiporehabilitace je zastřešujícím pojmem pro několik různých oborů pod ní spadajících. Jde o terapie, kde se střetává kůň a člověk se zdravotním či sociálním znevýhodněním (Bicková, 2020). Po celém světě je usilováno o sjednocení pojmů, které se v čase vyvíjely. Tato snaha by měla vést k uznání a respektování hipoterapie širokou veřejností a úřady (Lantelme-Faisan, 2021; Bicková, 2020). Sjednocením terminologie vznikl slovník pro mezinárodní komunikaci (Bicková, 2020).

**Hiporehabilitace** (Equine Facilitated Therapies and Activities) – je zastřešujícím pojmem pro veškeré aktivity, v nichž jsou koně prostředkem terapie osob se zdravotním či sociálním

znevýhodněním. Můžeme ji rozdělit na hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii, hipoterapii v psychiatrii a psychologii, hiporehabilitaci v pedagogické a sociální praxi a parajezdectví (Lantelme-Faisan, 2021).

**Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii** (Equine Facilitated physiotherapy and Occupational therapy) – jedná se o fyzioterapeutickou a ergoterapeutickou metodu, prováděnou fyzioterapeutem/ergoterapeutem, kteří jsou dle zákona č. 96/2004 Sb. odborně způsobilí k této činnosti. Je zde cíleně využíváno pohybu koně, pomocí něhož jsou pozitivně ovlivňovány kognitivní, neuromotorické a sensorické funkce klienta (Lantelme-Faisan, 2021). Je zaměřena hlavně na terapii pohybových vad nebo na zlepšení běžných denních aktivit potřebných k životu (Bicková, 2020).

**Hipoterapie v psychiatrii a psychologii** (Equine Facilitated Psychotherapy) – hipoterapie má své místo i v psychiatrii a psychologii, kde je součástí léčby duševních nemocí. Hipoterapie má příznivý vliv na duševní zdraví klienta, napravuje chybějící citové vazby a postoje k okolí. Může být také velkým přínosem pro osoby v obtížných životních situacích nebo pro osoby se syndromem vyhoření (Lantelme-Faisan, 2021).

**Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi** – jde o pedagogickou, speciálně pedagogickou, sociální a sociálně pedagogickou metodu, při které je využíváno kontaktu a vzájemné interakce s koněm, jezdecké stáje a všech činností s koňmi (Bicková, 2020). K tomuto oboru je potřeba certifikovaný instruktor hiporehabilitace v pedagogické a psychologické praxi, který je zodpovědný za cílené využívání kontaktu mezi člověkem a koněm a okolním prostředím určeným pro chov koní. Je zaměřena převážně na osoby s nepříznivou sociální situací (Lantelme-Faisan, 2021).

**Parajezdectví** – dříve nazýváno Sportovní ježdění hendikepovaných je aktivitou, kde se jezdec se zdravotním postižením nebo sociálním znevýhodněním nebo se specifickými potřebami aktivně účastní jízdy. K parajezdectví je potřeba speciálních pomůcek (Lantelme-Faisan, 2021).

### 4.3 PŮSOBENÍ HIPOTERAPIE

V hipoterapii jde o pozitivní působení pohybu koňského hřbetu na jezdce. Koňský krok má totiž se svým trojrozměrným pohybem pravidelný rytmus. Ťupová a Krobot (2012) ve své

publikaci uvádějí, že tyto pozitivní účinky mohou být dány esovitým pohybem koňské páteře v laterolaterálním směru a zároveň pohyby v anteroposteriorním a kraniokaudálním směru. To vysvětlují pohybem koňského hřbetu nahoru a dolů, doprava a doleva a dopředu a dozadu při jeho chůzi, což vychází z komplikovaného mechanismu pohybu koně. Tento pohyb se v rámci fyzikální a léčebné strategie využívá ke zlepšení koordinace a chůze, ke zvýšení kontroly hlavy a trupu, ke zlepšení držení těla, pro lepší rovnováhu a ke zlepšení každodenních činností. Na každého člověka ale působí hipoterapie rozdílným tempem (Laiou, Christakou, Kaminiotis, 2015).

Müller (2014) rozlišuje faktory působící na hipoterapii do třech kategorií: nespecifické, specifické a psychosociální. Nespecifické faktory můžeme nalézt v téměř každé jiné rehabilitační metodě, patří k nim taktilní kožní stimulace, vliv tepla, cvičení proti odporu, podpůrné reakce, obranná reakce proti pádu, labyrintové reflexy, vytahování zkrácených tkání a další. Specifické faktory už v jiných rehabilitacích nenajdeme, působí totiž výlučně u hipoterapie. Mezi takové faktory Müller řadí rytmické přenášení trojdimenzionálních pohybových stimulů podmíněných krokem koně, pohyb vzad a vpřed jako základ motorického vývoje, stimulace chůze ve vzpřímené poloze jako základní pohybový vzorec a energetické ovlivnění klienta z pole koně. Psychosociálními faktory jsou faktory ovlivňující osobnost klienta při hipoterapii, čímž je myšleno například zlepšení sebevědomí, úprava emotivity, odbourávání úzkosti a strachu, tlumení agresivity nebo zlepšování komunikace. Bicková (2020) ve své publikaci užívá jiné dělení účinků hipoterapie, a to na přímé a nepřímé. Přímými účinky jsou myšleny ty, které pozitivně působí na pohybové vzorce a svalový tonus. Nepřímými jsou naopak zamýšleny pozitivní účinky na respirační, psychosociální a jiné aspekty.

#### 4.4 INDIKACE A KONTRAINDIKACE HIPOTERAPIE

Hipoterapii lze využít v různých indikacích jako je mozková obrna, poškození mozku, Downův syndrom, autistické poruchy chování, svalové dystrofie, roztroušená skleróza, nebo například onemocnění míchy a revmatologické onemocnění kloubů (Koca, Ataseven, 2016).

Každý z autorů má na indikace a kontraindikace rozdílný pohled, ve své podstatě se však shodují. Müller (2014) rozděluje tyto indikace a kontraindikace dle lékařských oborů. Stručný přehled těchto indikací a kontraindikací je k nalezení v následující tabulce:

**Tabulka 1:** Indikace a kontraindikace hipoterapie

Indikace	Kontraindikace
<b>Indikace - ortopedie</b>	<b>Kontraindikace - ortopedie</b>
Skoliózy do 25° - 30°	Skoliózy nad 30°
Hyperkyfózy, kyfoskoliózy	Fixované hyperkyfózy, hyperlordózy, kyfoskoliózy
Svalové dysbalance	Spondylolistéza a spondylolýza nad 1,5 cm posunu těla obratle
Amputace končetin	Stavy po operaci páteře
Chybný vývoj končetin	Těžké formy systémových onemocnění v akutním stádiu
Následky úrazů končetin a páteře	Klinicky aktivní artritidy
	Aseptické kloubní nekrózy v akutním stádiu
	Luxace kyčelních kloubů vyšších stupňů
	Patologické změny dolních končetin bránící sedu
	Zvýšená lomivost kostí
	Atlantooccipitální instabilita
<b>Indikace - neurologie</b>	<b>Kontraindikace - neurologie</b>
Dětská mozková obrna	Neovlivnitelná spasticita a hypotonie
Roztroušená skleróza mozkomíšní	Záchvatovitá onemocnění těžkých forem
Centrální mozkové příhody	Hydrocephalus
Lubago	Roztoušená skleróza v akutní fázi
Epilepsie	Porucha citlivosti v sedací oblasti
Svalové dystrofie	Progredující muskulární postižení
Mozkové a míšní trauma	Voperované kovové dlahy a hřebové synostózy
Senzomotorická postižení	Nekompletní kostní pokrývka hlavy
ADHD syndrom	Nedostatečně kompenzovaná epilepsie
	<b>Ostatní kontraindikace</b>
	Život ohrožující stavy
	Hořčnatá onemocnění
	Nádorová onemocnění
	Záněty v akutní fázi
	Zhoršení základní diagnózy během terapie
	Nesouhlas s léčbou
	Nepřekonatelný strach z koně
	Alergie na srst koně

(Müller, 2016)

Bicková (2020) pak dělí kontraindikace hipoterapie na absolutní a všeobecné. Mezi absolutní řadí například nesouhlas s léčbou, život ohrožující stavy a nepřekonatelný strach koně, jež Müller (2014) zařadil mezi obecné kontraindikace. Mezi všeobecné kontraindikace řadí Bicková (2020) záněty v akutní fázi, dekompenzovanou epilepsii nebo poruchy krvácivosti a srážlivosti krve. Lidmi indikovanými k hipoterapii jsou podle ní osoby s poruchami a nemocemi pohybového aparátu, osoby s interním onemocněním či osoby s urogynekologickou problematikou. Indikací k hipoterapii je ale samozřejmě mnohem více.



## 4.5 PROVÁDĚNÍ HIPOTERAPIE

Hipoterapie se koná v hiporehabilitačním středisku, buď ve venkovní nebo ve vnitřní jízdárně, může ale také probíhat v terénu v přírodě. Přičemž venkovní prostředí je výhodné vzhledem ke své podnětnosti plynoucí z vlivu okolí (např. mírné kopce, na které klient musí reagovat) (Müller, 2014).

K tomu, aby klient mohl začít s hipoterapií, musí dojít k indikaci lékaře. Poté může být vybráno hiporehabilitační centrum a začít samotná hiporehabilitace. Na začátku hipoterapie se vždy klient pozdraví s koněm, poté následuje nasazení přílby a nasednutí, při němž je využíváno speciální rampy. Po nasednutí klienta na koně fyzioterapeut zkontroluje korektnost sedu. Za chodu koně pak začíná proces hipoterapie, vždy za přítomnosti terapeuta a asistenta upravujícího sed jezdce. Zatímco vodič vede koně (buď u hlavy nebo na dvou dlouhých lonžích zezadu), klient je z obou stran jištěn terapeutem a asistentem. Délka hipoterapie se liší podle aktuálního zdravotního i psychického stavu klienta, většinou je to ale kolem patnácti až dvaceti minut. Po terapii je doporučována klidová fáze například pomocí různých relaxačních technik. Pro co nejlepší účinnost terapie je doporučováno provádět ji alespoň třikrát týdně po dobu třech měsíců (Müller, 2014).

### 4.5.1 REALIZAČNÍ TÝM

Pro kvalitně provedenou hipoterapii s dobrým výsledkem je potřeba sehraný hiporehabilitační tým, který se skládá z mnoha lidí od vodiče až po samotného terapeuta. Je třeba, aby byl celý tým lépe koordinovaný, speciálně vyškolený a dobře vedený (Bicková, 2020). Jednou z nejdůležitějších osob v hiporehabilitačním týmu je terapeut, který celý tým vede a zodpovídá za něj. Fyzioterapeut či ergoterapeut v hipoterapii musí mít absolvován specializační kurz hipoterapie České hiporehabilitační společnosti, popřípadě kurz hiporehabilitace na NCO NZO v Brně, a to podle zákona č. 96/2004 Sb. (Bicková, 2020).

Další osobou důležitou pro proces hipoterapie je hipolog, který musí absolvovat trenérský kurz a jezdecký výcvik, vhodné je také proškolení v hipoterapii, a to buď garantované státem nebo Českou hiporehabilitační společností (Nerandžič, 2006).

Nedílnou součástí samotné rehabilitace je i lékař indikující hipoterapii. Je nutností, aby znal indikace a kontraindikace jízdy na koni a zároveň by měl mít alespoň minimální praxi v jízdě na koni (Nerandžič, 2006).

Dalšími osobami zahrnutými v procesu hiporehabilitace jsou speciální pedagogové, sociální pracovníci, logopedi, psychiatři, cvičitelé a vodiči koně nebo také asistenti a pomocníci při hipoterapii (Müller, 2014).

Při samotném průběhu hipoterapie jsou vždy přítomni terapeut, trenér koní a instruktoři jezdeckví, kteří chodí po obou stranách koně. Hipoterapie je aplikovaná za přítomnosti zkušeného fyzioterapeuta a ošetřovatele koní. Fyzioterapeut řídí chůzi koně, rychlost chůze a orientuje koně do různých směrů. Všechny tyto pohyby pak vyvolávají u klienta neuromuskulární a smyslové reakce (Koca, Ataseven, 2016). Tým by měl vzájemně mezi sebou spolupracovat a doplňovat se. Všichni členové týmu jsou zodpovědní za správné užití rehabilitačních prostředků a optimální podmínky a zázemí pro hipoterapii (Bicková, 2020). Zároveň by všechny osoby podílející se na hipoterapii měly znát alespoň základy práce s koňmi (Müller, 2014).

#### **4.5.2 VÝBĚR KONĚ**

Výběr koně závisí na jeho charakteru, zdraví, nervovém systému či postavě. Zkušený hipolog by si měl umět s výběrem koně poradit a zohlednit všechny tyto aspekty a zároveň by měl brát zřetel na to pro jaké klienty bude kůň určen (Nerandžič, 2006). Velemínský (2007) společně s dalšími autory ve své knize krom výše zmíněných faktorů ke správnému výběru koně, uvádějí také nutnost brát zřetel na jeho plemeno. Vhodnost plemena koně se totiž může lišit podle toho, za jakým účelem ho vybíráme. Pro hipoterapii se bude hodit jiný kůň, než například pro parajezdeckví nebo léčebně pedagogické ježdění.

Každé plemeno nese své výhody i nevýhody. Zatímco chladnokrevní koně mohou mít pro některé klienty až příliš široký hřbet, u anglických plnokrevníků může být problémem jejich vzrušivá psychika a u huculů přílišná svéráznost (Velemínský, 2007). S tímto názorem se však neshoduje Betlachová (2016), která tvrdí, že plemeno není pro výběr koně stěžejní. Deklarují, že žádné plemeno koně není více, či méně určeno pro hipoterapii. Přesto jsou v České republice pro hipoterapii některá plemena koní používána častěji než jiná. Pro lepší

představu jsou nejčastěji užívanými plemeny například český teplokrevník, klusák, některá chladnokrevná plemena, starokladrubský kůň či řada plemen pony (Betlachová, 2016).

Dalším důležitým měřítkem pro výběr koně je jeho bezpečnost, z tohoto důvodu se pro hipoterapii vybírají pouze klisny a valaši. U klisen však může docházet k problematickému chování v období jejich říje, a proto v tuto dobu do hipoterapie nebývají zařazovány (Betlachová, 2016).

#### **4.5.3 ZAŘAZENÍ KLIENTA**

Základní podmínkou pro správně provedenou hipoterapii je individuální přístup ke každému klientovi, za vzájemné spolupráce mezi klientem, jeho zákonným zástupcem a poskytovateli hipoterapie. Před zahájením hipoterapie, žadatel vyplní žádost o tuto službu a doloží doporučení od lékaře. Následuje vstupní pohovor, kde se obě zúčastněné strany dohodnou na očekávaných cílech a poskytovatel hipoterapie se seznámí s požadavky klienta. Následně dochází k podepsání smlouvy, při kterém poskytovatel hipoterapie seznamuje zájemce s pravidly bezpečného provozu (Bicková, 2020).

Zároveň je potřeba, aby klient vždy přišel na hipoterapii dobře oblečený, tzn. neklouzavé a dostatečně teplé oblečení, před hipoterapií si nasadil přilbu a po celou dobu hipoterapie respektoval pokyny terapeuta (Velemínský, 2007).

## 5 HIPOTERAPIE U DĚTÍ S MOZKOVOU OBRNOU

Vzhledem k tomu, že ve vybrané organizaci je převážná většina klientů zasažena právě mozkovou obrnou, ráda bych se této tématice krátce věnovala.

Mozková obrna zůstává hlavní příčinou tělesného postižení, proto existuje potřeba výzkumu nových alternativních metod, které budou doplňovat konvenční léčebné postupy, aby se dosáhlo co nejúčinnějšího zlepšení symptomů (Menor-Rodríguez, 2021). Jednou z nejčastějších indikací pro hipoterapii je tedy právě mozková obrna, přičemž předpokladem ke správnému účinku hipoterapie je schopnost klienta aktivně samostatně sedět, nebo sedět s minimální oporou (Nerandžič, 2006).

Laiou, Christakou a Kaminiotis (2015) vyzdvihují spojení pohybu koně s teplem jeho těla, což má podle nich významně pozitivní vliv na flexibilitu a hypertonicitu dětí s mozkovou obrnou, mimo to je také podporována jejich relaxace. Podobný pohled na věc mají i autoři výzkumu Gundos a Sanchez (2020), kteří tvrdí, že je hipoterapie účinná pro rehabilitaci osob s mozkovou obrnou. Podle nich hipoterapie zlepšuje svalovou symetrii osob s mozkovou obrnou, posturální zarovnání a krom toho zlepšuje i výkon v každodenních činnostech a v kvalitě života těchto osob.

Avšak i u lidí s mozkovou obrnou se mohou vyskytnout různé kontraindikace. Těmi jsou například větší spasmy přitahovačů stehien nebo větší vrozená subluxace kyčelních kloubů, což brání rozkročenému sedu na koni (Nerandžič, 2006).

## 6 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato část práce je zaměřena na výzkumné šetření. Je zde podrobně formulován výzkumný problém a hlavní výzkumný cíl. Dále se tato část věnuje popisu výzkumné strategie, použitých metod a výsledků výzkumného šetření.

### 6.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU

Vytváření výzkumného problému a výzkumných cílů se souhrnně nazývá tvorba konceptuálního rámce, který se skládá ze systému konceptů, předpokladů, očekávání a teorií, jež jsou základem výzkumného šetření. Jde o podstatnou část a klíčový aspekt k začátku celého výzkumu (Švaříček, Šedřová, 2014).

Základním předpokladem pro úspěšný výzkum, je stanovení vhodného výzkumného problému, proto je třeba, aby mu byla dána náležitá pozornost. K jeho stanovení může vést hned několik cest. Můžeme se nechat inspirovat vlastní praxí nebo třeba odbornou literaturou (Pelikán, 2011). Výzkumný problém je ve své podstatě hlavním měřítkem toho, čemu se bude výzkumná část práce věnovat (Švaříček, Šedřová, 2014). Výzkumným problémem mé práce jsou „*Faktory přispívající pozitivně, či negativně k dopadu hipoterapie na děti a dospívající vybraného rehabilitačního centra.*“ Tento výzkumný problém bude nadále popisován z úhlu pohledu rodičů, jejich dětí a na druhé straně fyzioterapeutů, kteří tyto děti znají a pracují s nimi.

Po určení výzkumného problému, je dalším důležitým krokem operacionalizace hlavního výzkumného cíle a dílčích cílů. Podle nich je totiž později vytyčeno, co bude v datech obsaženo a jaké metody a prostředky budou užity ke sběru a pozdější analýze dat (Hendl, 2016).

Hlavním cílem této práce je „*Zmapovat faktory, které mohou ovlivnit dopad hipoterapie na děti a dospívající s kombinovaným postižením pomocí rozhovorů s klienty a pracovníky vybraného rehabilitačního centra.*“ Vzhledem k obsáhlosti tohoto cíle, který nám udává základní směr výzkumu, již nejsou kladeny ve výzkumu žádné dílčí cíle. Namísto nich jsem odvodila základní oblasti zkoumání, o něž jsem se mohla ve výzkumu opřít. Jedná se o předpokládané faktory, které by dle mnou prostudované literatury mohly pozitivně, či negativně ovlivnit hipoterapii.

Základní oblasti zkoumání:

1. Začátek, délka trvání, frekvence hipoterapie
2. Včasnost a načasování hipoterapie
3. Finanční náročnost a vzdálenost hipoterapie (lokalita)
4. Zapojení rodiny do hipoterapie
5. Předchozí terapie a další přidružené terapie
6. Přidružená onemocnění a alergie
7. Momentální rozpoložení klienta
8. Komunikace mezi terapeutem a klientem (rodičem klienta), informovanost
9. Vztah ke zvířatům, koním
10. Motivace k hipoterapii
11. Vnější vlivy (počasí, rušivé elementy)
12. Další faktory

Z výzkumného šetření vyplývají faktory, ovlivňující ať už pozitivně, nebo negativně hipoterapii u klientů navštěvujících vybrané hipoterapeutické centrum. Dojde k porovnání faktorů u klientů z hlediska těch více se opakujících, nebo naopak výjimečných.

## 6.2 VÝZKUMNÁ STRATEGIE

Před samotným započítím výzkumu jsem si ujasňovala, jaká výzkumná strategie bude právě pro jeho výzkum ta nejvhodnější (Pelikán, 2011). Co se týče pedagogického šetření, tam se zpravidla můžeme setkat se dvěma základními přístupy: kvalitativním a kvantitativním (Hendl, 2016).

Kvantitativní výzkum se zaměřuje na náhodný výběr respondentů, nebo významně strukturované dotazníky, či pozorování. Data jsou analyzována statistickými metodami. Cílem výzkumu pak je zjišťovat a ověřovat pravdivost našich představ (hypotéz) (Hendl, 2016). Kvalitativní výzkum, který je zvolen v případě této bakalářské práce se od toho kvantitativního významně odlišuje, a to hned v několika aspektech. Typickým příkladem pro kvalitativní výzkum je pozorování, rozbor textů a dokumentů nebo interview (Hendl, 2016).

Podle doporučení Hendla (2016) ohledně kvalitativního výzkumu, jsem si nejdříve určila téma výzkumu a základní výzkumné otázky, které se ale mohou modifikovat i v průběhu výzkumu, z toho důvodu je také kvalitativní výzkum považován za pružný typ výzkumu (Hendl, 2016). Podle Švaříčka a Šedové (2014) se kvalitativní výzkum od toho kvantitativního odlišuje tím, že v něm nejsou na jeho samém začátku určeny základní proměnné, nejsou stanoveny hypotézy a celý projekt není závislý na teorii, která byla dříve vybudována. Cílem je totiž vytvořit novou hypotézu, či teorii a vybudovat nové neotřelé názory na již známé jevy.

Kvalitativní výzkum má samozřejmě své světlé i slabé stránky, ty ve své publikaci přehledně zformuloval Hendl (2016). Podle něj díky kvalitativnímu výzkumu může výzkumník získat podrobný popis zkoumaného jedince, skupiny, nebo například události, a to ve svém přirozeném prostředí. Oproti kvantitativnímu přístupu také umožňuje navrhnout teorie a výzkumník může dobře reagovat na místní situace a podmínky. Získaný výsledek, ale nemusí být zobecnitelný. Těžko se v něm provádějí predikce, testují hypotézy a teorie a jde často o velice časově náročný výzkum. Tento druh výzkumu sice nemusí být použitelný na situace a osoby mimo zkoumaný vzorek, výzkumník je však díky němu schopný jít více do hloubky zkoumaného tématu, což zapříčinilo můj výběr takového výzkumu.

### 6.3 VÝZKUMNÉ METODY SBĚRU A ANALÝZY DAT

Pro získání požadovaných informací jsem si zvolila kvalitativní výzkum a konkrétně metodu polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor, nebo také hloubkový rozhovor je jednou z nejčastěji užívaných metod v kvalitativním výzkumu. Jde o nestandardizované dotazování jedné osoby, popřípadě více osob výzkumníkem za využití skupiny otevřených otázek (Švaříček, Šedová, 2014). Pelikán (2011) polostrukturovaný rozhovor popisuje jako motivační a nezávazný typ rozhovoru, jehož cílem je získat nenásilnou formou důvěru respondenta a vytvořit ideální prostředí pro otevřenou konverzaci a tím i zlepšit validitu odpovědí. Metoda rozhovoru byla mnou zvolena pro možnost osobního přístupu a kontaktu s dotazovanými, který mi zajistil možnost doptávat se a reagovat na respondenty.

Všechny tyto aspekty mě vedly k výběru právě tohoto typu výzkumu. Rozhovory byly uskutečněny na začátku dubna roku 2023 ve vybraném rehabilitačním centru. Před

začátkem každého rozhovoru byli všichni respondenti seznámeni s tématem bakalářské práce a účelem za nímž budou rozhovory vedeny. Rovněž byli poučeni o anonymitě všech získaných odpovědí. Získaná data nebudou žádným způsobem zneužita a nebudou předána dalším osobám. Stejně tak byli poučeni o nahrávání celého rozhovoru na diktafon, jehož poučení stvrdili svým podpisem poučeného souhlasu.

Nahrávání rozhovoru na diktafon mi umožnilo plně se soustředit na vyprávění respondentů a případně se konkrétněji doptávat na podrobnosti ohledně již získaných informací, zároveň mi to zajistilo přehled ohledně již získaných dat a v rozhovory jsem tak mohla více prohloubit. Rozhovory trvaly mezi dvaceti a čtyřiceti minutami, na začátku byli respondenti požádáni o volné vyprávění ohledně jejich dětí, příchodu na hipoterapii, případně jejich názoru na hipoterapii. Do tohoto vyprávění jsem vstupovala pouze v nutnosti doptávání se na podrobnější informace. Po této části jsem na vyprávění respondentů plynule navázala předem připravenými otevřenými otázkami, které směřovaly k faktorům, které by mohly ovlivňovat hipoterapii. V případě, že se v rozhovorech vyskytly nějaké nedostatky, nebo se naskytly nové možné faktory, které by mohly hipoterapii ovlivnit, díky tomu jsem se mohla na jednotlivé otázky v průběhu rozhovoru doptávat. Sady otázek, jež byly k rozhovorům použity jsou k nalezení v seznamu příloh.

Pro analýzu rozhovorů jsem užila metodu otevřeného kódování, což je dle Švaříčka a Šedové (2014) univerzální a efektivní způsob analýzy získaných dat. Při této metodě se rozhovory rozdělí na jednotky, přičemž každé z nich přidělíme nějaký kód. Kódy jsou následně seskupeny podle podobnosti do jednotlivých kategorií (Švaříček, Šedová, 2014).

Mnou nahrané rozhovory jsem tedy pro tento účel přepsala a následně kódovala metodou papír a tužka. Nejdříve jsem přiřadila kódy k jednotlivým částem rozhovorů a ty poté barevně označila a seskupila do jednotlivých kategorií dle faktorů, které ovlivňují hipoterapii u klientů vybraného rehabilitačního zařízení.

#### 6.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Po zvolení tématu výzkumu, výzkumného problému a výzkumných cílů, přichází na řadu volba vhodného výzkumného souboru. „*Základní soubor je množina všech prvků, patřících do okruhu osob nebo jevů, které mají být zkoumány v daném výzkumu (Pelikán, 2011)*“.



Výzkumné šetření bylo vedeno v konkrétním hipoterapeutickém zařízení, které je součástí centra pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením. Toto centrum nabízí pomoc rodinám pečujícím o děti, mladistvé a mladé dospělé osoby s tělesným a kombinovaným zdravotním postižením, a to prostřednictvím střediska sociálních služeb, nestátního zdravotnického zařízení a škol a školských zařízení. Hipoterapii zde zaštiťuje nestátní zdravotnické zařízení, v němž jsou k dispozici 3 koně speciálně uzpůsobení k hipoterapii a hipodrom. Je realizována speciálně vyškolenými fyzioterapeuty, pomocníky a za přípravu koní zodpovídá hipolog.

Po spojení s tímto centrem mi bylo zprostředkováno nahlédnutí do jeho nitra a krom rozhovorů jsem měla i možnost být přítomna samotným hipoterapiím. Rozhovory probíhaly přímo v prostředí hipoterapeutického centra, za účelem uvolněnosti všech respondentů a příjemné atmosféře při rozhovorech.

Svůj výzkumný vzorek jsem rozdělila do dvou kategorií. První z těchto kategorií byli rodiče dětí (R1, R2, R3), které v současné době docházejí na hipoterapii do vybraného hipoterapeutického centra. Těmto dětem nemělo být více než 18 let a mělo u nich být diagnostikováno kombinované postižení. Mezi výzkumný vzorek jsem zařadila i tyto děti, v průběhu výzkumu se však ukázalo, že odpovědi dětí nejsou vzhledem k nízkému věku nebo vysokému stupni mentálního postižení dostatečně relevantní pro tento výzkum, a tak jsem tyto odpovědi z výsledků výzkumu vyřadila. Výzkumný vzorek rodičů a jejich dětí je přehledně znázorněn v následující tabulce:

**Tabulka 2:** Výzkumný vzorek (rodiče)

Rodič	Věk dítěte	Druh kombinovaného postižení
R1	6 let	Mozková obrna
R2	2,5 roku	Mozková obrna
R3	7 let	Mozková obrna
R4	12 let	Mitochondriálníencefalokardiomyopatie, porucha ATP syntézy při mutaci genu THEM 70

(zdroj: vlastní zpracování, 2023)

Dalším výzkumným vzorkem pak byli fyzioterapeuti (T1, T2, T3) téhož zařízení, kteří nyní absolvují nebo již dříve absolvovali specializační výcvik a v současné době se hipoterapii ve vybraném centru věnují.

## 7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 7.1 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

V této části jsou postupně analyzovány všechny rozhovory jednotlivých respondentů, zároveň se zde vyskytuje popis jednotlivých kategorií a podkategorií, které vznikly kódováním dat. Nejdříve jsou podrobně rozebrány jednotlivé faktory ovlivňující hipoterapii v daném rehabilitačním centru, poté budou faktory shrnuty dle toho, do jaké míry zdejší hipoterapii ovlivňují.

#### 7.1.1 ZAČÁTEK, DÉLKA TRVÁNÍ A FREKVENCE HIPOTERAPIE

Cílem této výzkumné kategorie bylo zjistit do jaké míry ovlivňuje začátek, délka trvání a frekvence hipoterapie hipoterapii. Ke kategorii byly přiřazeny následující kódy: četnost docházky na hipoterapii, opakování hipoterapií, intenzita docházky na hipoterapii, nabídka termínů a začátek hipoterapie (viz. Tab. č. 3):

**Tabulka 3:** Začátek, délka trvání a frekvence hipoterapie

Kategorie	Kódy
Začátek, délka trvání a frekvence hipoterapie	Četnost docházky na hipoterapii
	Opakování hipoterapií
	Intenzita docházky na hipoterapii
	Nabídka termínů
	Začátek hipoterapie

(zdroj: vlastní zpracování, 2023)

Ve vybraném rehabilitačním zařízení mají 3 základní systémy vedení hipoterapie. Může se jednat o intenzivnější hipoterapii, která se koná během školního roku, děti na ni docházejí čtyřikrát týdně během dvou týdnů. Dalším typem terapie je sezónní typ, který se vyznačuje docházením na hipoterapii jednou až dvakrát týdně po dobu zhruba dvou měsíců. Za tento časový úsek každé dítě najezdí zhruba osm až deset jízd. Poslední systém je tzv. prázdninový. Jedná se o nejintenzivnější druh zdejší hipoterapie, děti na ní docházejí denně na jednu jízdu dopoledne a jednu jízdu odpoledne

Všichni respondenti se shodují na tom, že intenzita a frekvence hipoterapie má na samotnou hipoterapii a její dopad na dítě velký vliv. Rozcházejí se ale v názorech na to, co je pro dítě nejlepší.

Terapeuti se k tématu vyjadřují takto: T1: „Těžko říct, co je lepší nebo horší. V každém případě ta intenzivnější hipoterapie dokáže spíše nastartovat práci celého dětského tělíčka.“ T3: „To, jaká hipoterapie bude nakonec zvolena záleží většinou na tom terapeutovi. Často, když to dítě má nějaké kontinuální pomalé zlepšování, tak se spíše volí ta dlouhodobější terapie, aby ty stimuly byly opakované dlouhodobě v čase, třeba tři měsíce. A když naopak ho potřebujeme nějak vyprovokovat, vybudit a zaktivovat, tak je vhodnější nějaká ta intenzivní krátkodobá terapie.“ T2: „Mně přijde ta aktivní terapie dva týdny v kuse lepší. Tu variantu, kdy děti jezdí jen jednou týdně bych brala spíš jako udržovací. Pokud chceme mít nějaký efekt, tak ta intenzivní hipoterapie je přínosnější.“

Někteří rodiče se od názoru terapeutů mírně odklánějí: R1: „Mně by spíše, než ta intenzivní hipoterapie vyhovovalo, kdyby to bylo dlouhodobé a třeba jen dvakrát do týdne, že by to bylo formou kroužku.“ Jiní s nimi ale ve výsledku souhlasí: R2: „Když je to čtrnáct dní v kuse, tak si lépe zvykne a je to asi lepší..., ten starší syn ten chodí jednou týdně, ale kdyby to vyšlo vícrát na jaře nebo na podzim na těch čtrnáct dní, tak by to bylo lepší, ale bohužel.“ Z tohoto tvrzení rovněž vyplývá, že velký vliv na zdejší hipoterapii má i nabídka termínů. To potvrzuje i tvrzení dalšího rodiče R4: „Myslím, že i ta souvislost je důležitá, aby ty termíny seděly. A kdyby byla možnost jezdit i v zimě, tak by to bylo fajn.“ I terapeuti potvrzují, že zdejší nabídka termínů není dostatečná: T1: „To bychom ale museli mít víc terapeutů, víc koní a museli by to být terapeuti, kteří se věnují pouze hipoterapii, což není možné. Bohužel je ten počet dětí v převisu.“

Hipoterapii ale neovlivňuje pouze její intenzita a dostupnost termínů, záleží také na délce trvání jedné lekce, dle T3 se doporučuje délka jedné terapie mezi deseti minutami až půl hodinou. Pokud by byl tento čas delší, mohlo by dojít k přílišnému přetížení dítěte.

### 7.1.2 FINANČNÍ A ČASOVÁ NÁROČNOST HIPOTERAPIE

Cílem této výzkumné kategorie bylo zjistit, jak moc může ovlivnit hipoterapii její finanční a časová náročnost. Ke kategorii byly přiřazeny následující kódy: cena hipoterapie, vzdálenost, časová náročnost, finanční náročnost a špatná sociální situace (viz Tab. č. 4):

**Tabulka 4:** Finanční a časová náročnost hipoterapie

Kategorie	Kódy
Finanční a časová náročnost hipoterapie	Cena hipoterapie
	Vzdálenost
	Časová náročnost
	Finanční náročnost
	Špatná sociální situace

(zdroj: vlastní zpracování, 2023)

V oblasti vlivu finanční a časové náročnosti na hipoterapii se odpovědi velice lišily. Rodiče se spíše shodovali na tom, že oba tyto aspekty mají na hipoterapii jejich dětí velký vliv: R1: *„... vlastně jsme našli i hipoterapii blíže domovu, ale ta mi připadala extrémně předražená. Žádné příspěvky nedostáváme, všechno si hradíme sami, proto jsme to museli odmítnout.“*

Obdobně jako s finanční náročností tomu bylo i s tou časovou. Někteří fyzioterapeuti věřili, že rodiče si čas jsou schopni udělat a jejich docházku na hipoterapii to tedy neovlivňuje, rodiče si ale na časovou náročnost hipoterapie, a hlavně dojíždění na ní stěžovali. R1: *„My to sem máme hodinu cesty, takže si myslím, že to na tu hipoterapii vliv má. Znamená to, že si dcera musí daleko více času protrpět v autě, než pak stráví na tom koni.... Jezdím s ní sem jen já, manžel je v práci. Je to náročné, protože do té práce chodím také, ale dcera je na mě fixovaná.“* S tímto tvrzením se ztotožňuje i jiná maminka. R2: *„Myslím, že tady při té hipoterapii chybí i někdo, kdo by zastoupil toho rodiče, třeba nějakí dobrovolníci. Takže u toho musím být. My chodíme ještě jinam a tam je fyzioterapeut a asistent a já, když nechci, tak jít nemusím. V tom je to asi lepší.“*

Fyzioterapeuti k možnosti vlivu časové a finanční náročnosti na hipoterapii přistupují jinak a ve svých názorech se mírně rozcházejí. T2: *„Myslím, že to není takový problém, protože pokud ti rodiče chtějí, tak si na to ten čas udělají.“* T3 měl na časovou náročnost hipoterapie jiný názor: *„Podle mě to určitě vliv může mít. Tam záleží na celé situaci té rodiny, jestli je třeba nějaký příslušník doma, ale často se snaží i ty rodiče chodit do práce. Takže pokud je to intenzivní hipoterapie, tak je to samozřejmě komplikovanější.“* Co se týče finanční náročnosti, tam se terapeuti shodují. Podle nich to pro některé rodiče může být problém, centrum se ale snaží své ceny držet velmi nízko. T1: *„Jsou tady i takové rodiny, ale je to tak jedno až dvě děti, většinou jsou rodiče schopni si to sami zaplatit. My jsme hodně prosociální*

zařízení, tak jsou tady ceny nízké. A v podstatě, kdyby měli rodiče zaplatit všechno, co se dává tomu dítěti, tzn. hipologa, terapeuta a koně, tak by se nedoplatili.“

### 7.1.3 ZAPOJENÍ RODINY DO PROCESU HIPOTERAPIE

Cílem této výzkumné kategorie bylo zjistit do jaké míry přispívá k hipoterapii zapojení rodiny do jejího procesu. Ke kategorii byly přiřazeny následující kódy: Negativní postoj rodičů, strach rodičů z koní, fixace dítěte na matku, informovanost rodičů, rodič rušivým elementem a pozitivní zapojení rodičů (viz. Tab. č. 5):

**Tabulka 5:** Zapojení rodiny do hipoterapie

Kategorie	Kódy
Zapojení rodiny do hipoterapie	Negativní postoj rodičů
	Strach rodičů z koní
	Fixace dítěte na matku
	Informovanost rodičů
	Rodič rušivým elementem
	Pozitivní zapojení

(zdroj: vlastní zpracování, 2023)

V této kategorii docházelo u respondentů, jak ze strany rodičů, tak ze strany fyzioterapeutů ke shodě. Zapojení rodiny do procesu hipoterapie má podle nich na hipoterapii velký vliv. Záleží pak na samotných rodičích a dětech, jestli jde o vliv spíše pozitivní nebo negativní.

T3: „Hipoterapii určitě může ovlivnit rodič. Může přenést svoji náladu na své dítě, protože rodiče jsou s dětmi propojení, takže je může ovlivnit jak pozitivně, tak negativně, ale ve většině případů jde o ovlivnění pozitivní. Rodiče děti povzbuzují tak, aby se toho koně nebáli a pomáhají dítěti najít si ten vztah ke koni.“ Na toto tvrzení navazuje odpověď dalšího fyzioterapeuta T2: „Pokud se ale matka bojí, tak jí necháváme stát a čekat a jde s námi, pokud možno někdo jiný. Když se na hipoterapii podílí rodič, který je vystrašený, tak může negativně ovlivnit to dítě. To se ale snažíme vyřešit dříve, než k tomu problému dojde. Nebo když je dítě fixované na matku, tak je lepší, aby s ním jezdil tatínek.“

Rodiče mají k této tématice obdobný přístup R4: „Při hipoterapii jdu vedle koně a myslím, že je možná můj syn díky tomu více v pohodě.“

#### 7.1.4 DŘÍVĚJŠÍ A DALŠÍ PŘIDRUŽENÉ TERAPIE

Tato výzkumná kategorie je zaměřená na míru ovlivnění hipoterapie přidruženými nebo dřívějšími terapiemi. Ke kategorii byly přiřazeny následující kódy: Přidružené terapie a dřívější terapie (viz. Tab. č. 6):

**Tabulka 6:** Přidružené a dřívější terapie

Kategorie	Kódy
Přidružené a dřívější terapie	Přidružené terapie
	Dřívější terapie

(zdroj: vlastní zpracování, 2023)

Podle respondentů dřívější a další přidružené terapie vliv na hipoterapii v praxi spíše nemají, nebo je tento vliv těžko zjistitelný. Nejlépe to shrnuje T3: *„Hipoterapie není jediná terapie u toho klienta. Je to takový soubor terapií, kde je hůře odlišitelné to, jaká ta terapie má jaký vliv. Často jak jsou ty terapie souběžně, tak nezjistíte, jaká ta terapie ten výsledný efekt udělala. Asi to vliv nemá, i když se dá o tom přemýšlet, jestli by se ten klient nedal ještě třeba nějak připravit. Teoreticky je možné, že by ta hipoterapie mohla mít ještě lepší výsledek, kdyby se předtím pracovalo s nějakým segmentem, který má třeba nějak ztuhlý nebo by ho nějak ovlivňoval. To by se třeba tou předešlou terapií dalo ovlivnit, ať už to může být třeba Vojtovou metodou, prohřátím, uvolněním nebo nějakou jinou metodou, tak by teoreticky mohl být ten efekt ještě výraznější. Ale z praktického hlediska je to téměř nemožné, protože časy těch jednotlivých terapií na sebe nenavazují a není možné to tak udělat.“*

Podle T1 a T2 může být kombinování jednotlivých terapií naopak kontraproduktivní. Shodují se na tom, že je třeba aby dítě mělo mezi jednotlivými terapiemi odpočinek. T2: *„Některé děti jsou z hipoterapie hodně unavené, a tak se mlže stát, že je toho na ně moc. Pokud děti dochází na intenzivnější hipoterapii, tak je lepší to nekombinovat, tak lépe uvidíme efekt té hipoterapie a zároveň ta hipoterapie nějaký čas doznívá... Pokud jde o hipoterapii jednou týdně, tak by to asi nevadilo. Nebuzení Vojtovou metodou před hipoterapií by asi bylo fajn, ale muselo by to být v menší míře, aby opravdu to dítě nebylo unavené.“* T1: *„Po každé té terapii je dítě unavené. Takže maximálně, aby to bylo tak, aby*

*mělo dítě dopoledne třeba Vojtovu metodu a odpoledne hipoterapii, ale měly by tam být alespoň dvě hodiny odpočinku.“*

Rodiče mají na kombinování terapií rozdílné názory. Zatímco někteří se domnívají, že další cvičení dítěti vždycky pomůže, jiní tvrdí, že to spolu nijak nesouvisí. Všichni se ale shodují na tom, že terapie jejich dětí na sebe nijak nenavazují.

### 7.1.5 PŘIDRUŽENÁ ONEMOCNĚNÍ A ALERGIE

Tato výzkumná kategorie je zaměřená na přidružená onemocnění a alergie, které by mohli ovlivnit hipoterapii. Ke kategorii byly přiřazeny následující kódy? Epilepsie, kyčle, těžké mentální postižení, tělesné postižení, skolióza a nerovnováha (viz. Tab. č. 7):

**Tabulka 7:** Přidružená onemocnění a alergie

Kategorie	Kódy
Přidružená onemocnění a alergie	Epilepsie
	Kyčle
	Těžké mentální postižení
	Tělesné postižení
	Skolióza
	Nerovnováha

(zdroj: vlastní zpracování, 2023)

T1: *„Říká se, že epilepsie je kontraindikací, ale to se asi týká hodně těžkých záchvatů, při kterých dítě sedí a mohlo by se stát, že dostane záchvat, tak to by byl problém. My tady máme hodně dětí s epilepsií a nemáme s tím žádný problém. Dokonce jsem měla jednoho chlapce, který měl velmi těžkou epilepsii a hipoterapie byla jediná věc, která mu pomáhala.“*

T2: *„Někdy také větší mentální postižení může být problém (ošukávají koně, křičí a ti koně na to špatně reagují), také může být problém těžší tělesné postižení, když je dítě velice spastické. Zároveň skolióza může kazit efekt hipoterapie a může kvůli ní docházet ke zhoršení, hlavně pokud jde o skoliózu nad 40°.*

Z těchto odpovědí vyplývá, že je mnoho kontraindikací, které mohou, ale také nemusí souviset se zdravotním postižením dítěte a ovlivňují hipoterapii, vše je ale individuální. Na to také navazuje odpověď R4: *„Můj syn má mentální postižení, to ovlivňuje hipoterapii tak,*



že je hodně bojácný a nerad vystupuje ze své osobní bezpečné zóny. Hipoterapii, stejně jako vše, do čeho je nucený, hodnotí jako děsivou aktivitu.“

### 7.1.6 MOMENTÁLNÍ PSYCHICKÝ I FYZICKÝ STAV KLIENTA

Tato výzkumná kategorie se zaměřuje na možnost ovlivnění hipoterapie momentálním psychickým i fyzickým stavem klienta. Ke kategorii byly přiřazeny následující kódy: psychická nepohoda, zdravotní stav, radost z jízdy a celkové rozpoložení klienta (viz Tab. č. 8):

**Tabulka 8:** Momentální psychický i fyzický stav klienta

Kategorie	Kódy
Momentální psychický i fyzický stav klienta	Psychická nepohoda
	Zdravotní stav
	Radost z jízdy
	Celkové rozpoložení

(zdroj: vlastní zpracování, 2023)

Rodiče i terapeuti se shodují na tom, že momentální psychický i fyzický stav klienta hipoterapii velmi ovlivňuje a stává se z něj jeden z největších aspektů hipoterapie. R3: „Hlavně musí být v pohodě jak kůň, tak to dítě, hlavně tedy to psychické a fyzické nastavení má velký vliv.“ Další maminka na otázku, jak velký vliv má momentální rozpoložení dítěte na hipoterapii reagovala takto R1: „Myslím, že na spoustu dětí to určitě vliv má, ale dcera se na hipoterapii vždycky těší, takže i když má špatnou náladu, tak jí ten kůň vždycky zlepší. Vždycky se na tom koni velmi dobře naladí, zapomene na všechno to ošklivé, co jí trápilo a je šťastná. Ale věřím tomu, protože jsem zažila i plačící děti na koni, které jsou jeden den v pořádku a druhý pláčou, že to na to vliv má.“

Na názory rodičů navazují odpovědi terapeutů, kteří souhlasí s tím, že momentální rozpoložení klienta má na hipoterapii velký vliv, a to hlavně to psychické. T3: „Určitě. U toho fyzického si úplně nedokážu představit, co by to mohlo být. Bud' by to musel být nějaký akutní úraz, nebo nějaký akutní stav po operaci, nebo nějaké zhoršení zdravotního stavu, že by epilepsie byla najednou přes léčbu dekompenzovaná anebo by byl klient přetížený cvičením a byl by bolavý, nebo by tam bylo třeba zhoršení stavu zdravotního z důvodu diagnózy, která by byla progresivní, že by se to najednou zhoršovalo. Tak tam by k tomu

*mohlo takhle dojít, ale zas to se stává úplně asi výjimečně. Jo stalo se to, že chlapec třeba spadl rodičům, měl zlomenou nohu, oni si mysleli, že jí má jen naraženou, bolelo ho to, takže na tom koni to bylo taky znát, že se neuvolní, že je bolavý a rodiče pak přišli, až třeba za několik dní na to, že tu nohu měl zlomenou, ale to je výjimka. A co se týče toho psychického naladění, tak většinou tam teda fakt jsou děti, které třeba i opakovaně na tu hipoterapii chodí, takže s nimi máme zkušenost, že to zvládají dobře po psychické stránce. Z těch nových, tam občas některé ty menší děti jsou takový bázlivý, a to většinou tak po druhé, třetí návštěvě to překonají a už jsou takové veselé a líbí se jim to, takže by to asi bylo výjimečné, kdyby se to stalo a jsou to jednotlivé případy za několik let. Tím výběrem vhodným už se tomu předchází, což je dobře.“*

### 7.1.7 VZTAH KE ZVÍŘATŮM, KONÍM

Tato výzkumná kategorie je zaměřena na ovlivnění hipoterapie z hlediska vztahu ke zvířatům nebo konkrétně ke koním. Ke kategorii byly přiřazeny následující kódy: strach, libost, nelibost a důvěra (viz. Tab. č. 9):

**Tabulka 9:** Vztah ke zvířatům, ke koním

Kategorie	Kódy
Vztah ke zvířatům, ke koním	Strach
	Libost
	Nelibost
	Důvěra

(zdroj: vlastní zpracování, 2023)

Kategorie vlivu vztahu ke zvířatům a koním je úzce propojená s předchozí kategorií a navazuje na ni. Sami rodiče se shodovali na tom, že pokud má jejich dítě koně rádo, působí to i na jeho momentální psychický stav a tím se pozitivně ovlivňuje proces hipoterapie. R1: *„Co se hipoterapie týče, tak já si myslím, že spíš než cvičení, tak dcera to vnímá velmi pozitivně a jako zážitek, takže ona si ani neuvědomuje, že to s ní něco dělá, ale my víme, že to s ní něco dělá. Zpevňuje jí to pohybové ústrojí, a to aniž by věděla, že cvičí, což je fajn, protože je to pro ni nenáročná psychicky a baví jí to, hodně jí to baví.“*

Může ale také dojít k negativnímu ovlivnění hipoterapie, a to hlavně z hlediska strachu. R2: *„Kůň je velké zvíře, takže než si to dítě vybuduje vztah k takovému zvířeti, tak to chvíli trvá.“*

*Myslím, že je to určitě důležité. Starší syn, když byl takhle malý, tak se taky bál, plakal, nechtěl jezdit a teď se ptá, kdy půjde taky na koně. Takže musí mít ten vťah. Oba dva se zpočátku báli, a to špatně ovlivňovalo tu hipoterapii. Jinak si myslím, že mají rádi zvířata. Máme doma psa. A i když jsme byli v těch lázních, tak když tam byla canisterapie, tak se třeba syn zapojil, až jsem se divila. Hladil si tam pejsky.“*

Na odpovědi rodičů navazuje T2: *„Nesmí se bát. Mělo by proběhnout prvotní seznámení mezi koněm a dítětem, třeba ho pohladit nebo mu něco dát. Je důležité vysvětlit dítěti, co se bude dít.“*

T3 souhlasí s tvrzením maminek a dodává, že vliv nemusí mít pouze strach z koně, důvěra k němu nebo radost z jízdy, ale může dojít i vybudování si respektu k takto velkému zvířeti.

T3: *„Může to být důvěra a pak někdy ty děti mají toho koně rády, že se na něho těší a přinesou mu i nějaký pamlsek a nebojí se ho pohladit a tak. A pak je i takový vztah toho klienta a toho koně, že ten kůň budí respekt, to dítě si tolik netroufne, může být třeba i mentálně postižený to dítě, takže nedokáže navázat ten vztah s tím koněm, ale budí ten kůň respekt a nějakým způsobem ho ovlivňuje tak, že je v nějakém pozoru trošičku, nedovolí si být tak divoký jako bývá, nedovolí si být agresivní jako bývá agresivní na své okolí, ale najednou je takový.... Cítí autoritu přirozenou toho koně, že je to nějaké větší zvíře, že je to nějaký tvor velký a netroufne si na něj. Takže to taky může být, že to nemusí být o důvěře a o hezkém vztahu jenom, ale může to být i o respektu k tomu zvířeti.“*

#### **7.1.8 FYZIOTERAPEUTI**

Tato výzkumná kategorie se zaměřuje na to, jakým způsobem mohou ovlivnit hipoterapii fyzioterapeuti. Ke kategorii byly přiřazeny následující kódy: výběr fyzioterapeuta ke klientovi, komunikace s rodiči klientů, přístup fyzioterapeutů, zapojení fyzioterapeutů a proškolení fyzioterapeutů (viz. Tab. č. 10):

Tabulka 10: Fyzioterapeuti

Kategorie	Kódy
Fyzioterapeuti	Výběr fyzioterapeuta ke klientovi
	Komunikace s rodiči klientů
	Přístup fyzioterapeutů
	Zapojení fyzioterapeutů
	Proškolení fyzioterapeutů

(zdroj: vlastní zpracování, 2023)

Podle rodičů má velký vliv na hipoterapii také přístup fyzioterapeutů. R4: „Na syna má to, jaký je jeho vztah s terapeutem velký vliv, musí si s ním rozumět, jinak vůbec nespolupracuje.“ Krom toho je ale také důležitý přístup rehabilitačního centra jako celku. R1: „Také je důležitý přístup zařízení, z druhého zařízení nemám tak pozitivní zkušenost, není to tam tak dobře zorganizované. V tom druhém zařízení je ta hipoterapie jen o tom, že to dítě jede na tom koni a není tam přítomen fyzioterapeut a tady mi s dcerou pracují.“

T3 vysvětluje, že záleží na terapeutovi, protože každý z nich má trochu jiný přístup. T3: „Dalším faktorem je určitě terapeut, který by měl mít minimálně proškolení jako fyzioterapeut, neměl by to být pracovník, který nemá školení a nemá lékařské vzdělání... Já se musím koukat už v průběhu toho ježdění na koni, jestli se mi daří přiblížit vytyčenému cíli a jestli se ten klient zlepšuje. To by měla být taková rozvaha toho terapeuta. Pak tam jde o to, jestli se na to umí dobře koukat, jestli zvolil správně klienta a jestli umí správně vyhodnotit, že se tam něco stalo.“

To stvrzuje i T1: „Protože jsme tady čtyři terapeuti, co zároveň dělají hipoterapii, ale děláme i jiné terapie, tak ni hipoterapii nemáme vždycky čas. To vede k tomu, že se u těch dětí střídáme a tím pádem je to dítě pokaždé s někým jiným, což je na jednu stranu dobře, na druhou ale ne. Kdyby dítě mělo jen jednoho terapeuta při hipoterapii, tak by se celou dobu zaměřovali jen na jednu věc, které chce ten terapeut dosáhnout. Takhle když se tam střídáme, tak každý z nás to dítě vidí z jiné perspektivy a tahle variabilita je pro hipoterapii také důležitá.“

Terapeut krom výše zmíněného také musí vždy informovat rodiče klientů o průběhu hipoterapie. T3: „To probíhá na začátku té hipoterapie. Je důležité, aby věděli, co se tam bude dít na té hipoterapii, jak bude probíhat, jaký je plán toho, co se s tím klientem bude

*dělat. Často to totiž není o velkém cvičení, ale o tom naopak, aby ten koňský hřbet měl možnost ovlivnit toho klienta. I co se týče nějakých bezpečnostních pravidel, tak by měl rodič vědět, jak k tomu koni přistupovat, jak se tam pohybovat, co dělat a co nedělat. I ten rodič na začátku podepisuje souhlas, že je se vším seznámený.“*

### 7.1.9 MOTIVACE K HIPOTERAPII

Tato kategorie se zaměřuje na to, do jaké míry může ovlivnit hipoterapii motivace k ní. Ke kategorii byly přiřazeny následující kódy: říkačky, povídačky a písničky, povídání o hipoterapii, odvádění pozornosti a pomůcky k hipoterapii (viz Tab. č. 11):

**Tabulka 11:** Motivace k hipoterapii

Kategorie	Kódy
Motivace k hipoterapii	Říkačky, povídačky, písničky
	Povídání o hipoterapii
	Odvádění pozornosti
	Pomůcky

(zdroj: vlastní zpracování, 2023)

Rodiče dětí se shodují na tom, že své děti k hipoterapii nijak zvlášť nemotivují, maximálně si s nimi o hipoterapii povídají. Fyzioterapeuti nějaké motivační, či zpestřující pomůcky mají, ne vždy je ale používají. T1: „V každém případě je dobrý, aby to dítě jezdilo v pohodě, takže vždycky se snažíme nějakým způsobem ho uchláchnit, zabavit – třeba říkačkami, povídačkami a písničkami.“ T2: „Někdy je užívání pomůcek k motivaci dítěte nezbytné, například pokud se dítě bojí, tak odvedení pozornosti.“

Nejen písničky a říkačky dovedou pozitivně ovlivnit motivaci dítěte k hipoterapii. Může se jednat i o různé hmotné pomůcky, které se ale používají spíše zřídka. T3: „Ovlivnit jí si myslím, že může ta motivace toho dítěte, nebo toho klienta, že když k tomu koni samotnému má pozitivní vztah, tak se na tom koni dokáže uvolnit, dokáže spolupracovat s tím koněm, než když je takový vystrašený bázlivý. A co se týče té pomoci tomu klientovi, tak je to často právě na začátku před tím vyjetím, tak třeba ta první hodina může probíhat i jen na stojícím koni, aby si ten klient toho koně osahal, aby ho pohládl, posíval se, kde má ocásek, kde má hlavu. Pak třeba zkusil jen kousíček popojít, tak v zájmu toho, aby to fungovalo se na to úplně nespěchá. Hry teda já žádné úplně nepoužívám, možná kolegové používají nějaké hry.“

*Jsou takové někdy možnosti i do toho zařadit nějaké pomůcky, třeba míče a tak. Ale to je spíše pro ty klienty, kteří jsou šikovnější a nejedná se spíš o hipoterapii, ale o pedagogické ježdění, kdy jde více o orientaci na tom koni, třeba v prostoru jízdárny, mohou tam být připraveny nějaké koše s míči a tak, kdy chceme, aby se to dítě pohybovalo na tom koni, víc se otáčelo a soustředilo se i na jinou činnost než na tu jízdu na tom koni. Ale já to moc nepoužívám, nevím jak kolegové.“*

#### 7.1.10 VNĚJŠÍ VLIVY

Tato kategorie je zaměřena na vnější vlivy, jež mohou ovlivnit hipoterapii. Ke kategorii byly přiřazeny následující kódy: terén, počasí a rušivé elementy (viz. Tab. č. 12):

**Tabulka 12:** Vnější vlivy

Kategorie	Kódy
Vnější vlivy	Terén
	Počasí
	Rušivé elementy

(zdroj: vlastní zpracování, 2023)

Všichni respondenti se shodují na této kategorii, jako na největším aspektu vlivu na hipoterapii. Vnější vlivy ovlivňují hipoterapii opravdu hodně, a to hlavně z důvodu, že zde není dostupná krytá jízdárna, ve které by se hipoterapie mohla odehrávat. Z toho důvodu je zde hipoterapie pouze sezónní záležitostí, která se musí kvůli nepřízní počasí občas zrušit. T3: „Když je zima, chladno, fouká vítr, tak ten kůň ani klient nejsou v pohodě, všichni jsou zmrzlí. T2: „... i těm koním je to nepříjemné, obzvláště tomu jednomu.“

Hipoterapie zde probíhá na veřejné stezce, na které se pohybují zvířata, osoby a někdy i auta, to může být pro dítě velkým rušivým elementem. T2: „...A to i kudy chodíme... teď se nám teda dělá nová vnitřní cesta, ta je v úpravě. Jízdárna je malá, tam se jezdit nedá, takže jezdíme ven tam k těm rybníkům, ale tam nejsme sami. Je tam stezka, takže tam sice není nijak velký provoz, ale občas tam projede auto nebo cyklisti, běžci apod. Koně jsou na to zvyklí, ale může to rušit klienta, např. když má mentální postižení, ale může to být zdravé dítě, může se začít koukat, co se kolem děje a nesoustředí se.“

Krom počasí a rušivých elementů může hipoterapii ovlivnit i samotný terén, kterého se dá využívat ke zvýšení pozitivního vlivu na klienta, to popisuje jeden z terapeutů. T1: „*Můžete využít i ten terén, takže záleží na tom, jestli půjde v hlubokém písku anebo jestli jdeme na tvrdé cesty. V tvrdé cestě ta senzomotorika jede ještě líp, protože tam jsou větší ty otřesy. V tom hlubokém terénu, když kůň šlape a my chceme více dosáhnout toho protažení třeba u těch diparetiků.*“

#### 7.1.11 KŮŇ URČENÝ K HIPOTERAPII

Tato kategorie je zaměřena na možnost ovlivnění hipoterapie koněm určeným k hipoterapii. Ke kategorii byly přiřazeny následující kódy: výcvik koně, pohyb koně, vhodnost koně k hipoterapii, zdravotní stav koně a výběr koně (viz. Tab. č. 13):

**Tabulka 13:** Kůň určený k hipoterapii

Kategorie	Kódy
Kůň určený k hipoterapii	Výcvik koně
	Pohyb koně
	Vhodnost koně
	Zdravotní stav koně
	Výběr koně

(zdroj: vlastní zpracování, 2023)

Existuje mnoho faktorů, které souvisí s koněm a mohou ovlivnit hipoterapii, kůň je totiž jejím největším činitelem. Jedním z těchto faktorů je pohyb koně, který má každý kůň jiný a každý se hodí pro jiného klienta. T3: „*My fyzioterapeuti pracujeme s pohybem koně, který je ve 3 rovinách a každý kůň podle svojí stavby má jiný chod, jiný mechanismus pohybu – podle dlouhého trupu, krátkého trupu, jaké má nohy, jestli má strmou lopatku a tak. Takže tím pádem se potom snažíme rozlišit pohyb hřbetu koně, který se úplně nejjednodušeji rozděluje na inhibiční – ten, který uvolňuje a ten, který stimuluje – to jsou ty koně s tou strmější lopatkou ten, co má ten rázovitější krok a pak ty, který uvolňují, tak ty mají takový plynulejší chod. Pak ještě mohou být koně, kteří dokáží vynášet hodně z těžiště, kteří mají delší hřbet a dokáží pohybovat páteří víc ze strany na stranu. A tím pádem to je nějaký faktor, který ovlivňuje účinek na toho klienta a my bychom si ideálně chtěli vybrat na klienta koně. Když budeme mít zjednodušeně klienta, který je spastický, stažený, tak bychom si chtěli vybrat koně, který dokáže tím svým krokem klienta uvolnit. Zase někdo, kdo je*

*hypotonický, chabý, tak bychom si spíš chtěli vybrat koně, který má takový rázovitější krok, aby mohl dráždivě stimulovat toho klienta k nějaké aktivitě. A třeba ty děti, které nedokážou tolik přijímat autority a jsou rozjetý, tak tam je dobrý kůň, který dokáže víc dynamicky hýbat hřbetem. Hodně je zaměstná a tím pádem se oni necítí tak jistě a musí se víc soustředit na toho koně.“ T1 k tomu dodává, že kůň vzorce svého pohybu přenáší na dítě, které tento vzorec pohybu může přebrat. Díky hipoterapii si podle ní může dítě uvědomit, jak má správný pohyb vypadat.*

*Ne vždy jde ale vybrat kůň pro klienta. T2: „To je trošičku minus na našem středisku, že máme pouze tři koně. Kdybychom měli větší výběr, tak to můžeme více uzpůsobit klientům. Ne vždycky také můžeme zvolit koně, kterého bychom volili podle chodu. Někdy je nutné volit koně podle váhy klienta, to pak musíme využít silnějšího koně, přestože by se hodil chod toho menšího koně.“*

*Terapeuti se shodují na tom, že nejen pohyb koně je činitelem hipoterapie. Podle nich záleží také na povaze toho koně, výcviku a jeho vhodnosti k hipoterapii, tím se zabývá hipolog. To potvrzuje i zkušenost jednoho z rodičů. R1: „My máme sousedy za barákem, je to 50 m, mají koníky, koníci jsou velmi hodný, ochočený, jsou úžasní. Bylo mi nabídnuto, že by dcera mohla jezdit na těch koní u nich, nicméně my jsme to vyzkoušeli a zjistili jsme, že to je nebe a dudy oproti hipoterapii. Hipoterapie opravdu chce koně, který je na hipoterapii naučený, který je vycvičený, protože ten kůň, co vezl dceru a neslouží k hipoterapii, tak měl hrozně dlouhý krok, byl takový houpavý, nestabilní. A i dcera se na tom koni cítila velmi nejistě. Byl tam znát rozdíl mezi obyčejným koněm a koněm vycvičeným k hipoterapii. Asi to chce mít toho koně vycvičeného a udělat z něj klidný pomalý zvíře, protože nosí na sobě handicapované osoby. My jsme to brali jako velkou výzvu, ale už poprvé jsem zjistila, že to k tomu není. Ten kůň se může kdykoliv spláshit a dcera se bála. Ona teda ty koně miluje, takže tam chce chodit, chce je chodit mazlit, ale cítila z nich strach.“*

### **7.1.12 POLOHA DÍTĚTE PŘI HIPOTERAPII**

Tato kategorie je zaměřena na polohu dítěte při hipoterapii, jenž může ovlivnit hipoterapii. Ke kategorii byly přiřazeny následující kódy: cvičení dítěte, pozice sedu a pozice lehu (viz. Tab. č. 14):



**Tabulka 14:** Poloha dítěte při hipoterapii

Kategorie	Kódy
Poloha dítěte při hipoterapii	Cvičení dítěte
	Pozice sedu
	Pozice lehu

(zdroj: vlastní zpracování, 2023)

Hlavně fyzioterapeuti se shodují na tom, že poloha dítěte na koni má na hipoterapii velký vliv. T1 udává, že záleží na poloze, která dítěti nejlépe prospěje. Každá tato poloha má vliv na něco jiného. T2 k tomu dodává: *„Asistovaný sed je nejlepší hlavně z toho pohledu, že v tom leže to dítě nenacvičí ty svaly tak dobře, jako v tom sedu, když ho držíte tím správným způsobem. Protože pro dítě je mnohem snazší držet kontrolu hlavy ve vertikálním sedu, než když musí tu hlavu zvedat v leže, a to ještě na koni, který se pohybuje.“*

## 7.2 SHRNUTÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V předkládané bakalářské práci byl stanoven výzkumný cíl *„Zmapovat faktory, které mohou ovlivnit dopad hipoterapie na děti a dospívající s kombinovaným postižením pomocí rozhovorů s klienty a pracovníky vybraného rehabilitačního centra.“* Při naplňování tohoto cíle jsem postupovala dle předem stanovených metodologických postupů, přičemž bylo využito kvalitativní metody výzkumu. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů byla získána data od sedmi respondentů, a to třech respondentů z řad fyzioterapeutů provádějících hipoterapii ve vybraném rehabilitačním centru a čtyřech rodičů dětí, kteří na tuto hipoterapii docházejí. K analýze získaných dat jsem zvolila techniku otevřeného kódování. Rodiče byli seznámeni s účelem rozhovorů a jejich nahráváním na diktafon. Rozhovory jsem následně přepsala, přečetla a k jednotlivým slovům, slovním spojením či větám přiřadila kódy tak, aby buď korespondovaly s předem připravenými kategoriemi nebo popřípadě vytvořily kategorie nové. Všechny tyto kategorie jsou rozepsané výše.

Z výzkumu vyplývá, že existuje mnoho faktorů, které mohou hipoterapii ovlivnit, ať už pozitivně nebo negativně, některé z nich je dokonce možno využít ke zlepšení vlivu hipoterapie na klienta. Je patrné, že na některé faktory ovlivňující hipoterapii se liší názory fyzioterapeutů od názorů rodičů, což se propisuje například u kategorie vlivu finanční a časové náročnosti na hipoterapii. Zatímco fyzioterapeuti v této tématice neshledávají

přílišný problém, pro mnoho rodičů se jedná o přitěžující okolnost. K některým kategoriím se naopak nemohli adekvátně vyjádřit rodiče, a to hlavně proto, že šlo spíše o odborné aspekty, se kterými se tito rodiče zatím nesečkali.

Ve výzkumu nejvíce rezonují tři hlavní kategorie ovlivňující hipoterapii. Tyto kategorie se shodují s hlavními činiteli hipoterapie, jimiž jsou kůň, klient a fyzioterapeut. Dle respondentů, a to jak ze skupiny rodičů, tak ze skupiny fyzioterapeutů tyto tři kategorie ve zdejším centru hipoterapii nejvíce ovlivňují. Ze strany fyzioterapeuta jde hlavně o jeho výcvik a schopnost adekvátně přiřadit klienta do hipoterapie tak, aby mu byla co nejvíce prospěšná. Krom toho může být hipoterapie ovlivněna kontraindikacemi, se kterými se potýká klient, zároveň ale i jeho momentálním psychickým či fyzickým stavem, anebo jeho vztahem ke koním. Hipoterapii může ovlivnit i samotný kůň nebo spíše výběr správného koně. Je také důležitá jeho povaha, výcvik a pohyb jeho těla, podle něhož je přiřazován kůň ke klientovi tak, aby na něj co nejlépe působil.

Všechny tyto hlavní kategorie se zároveň prolínají s teoretickými východisky popsanými výše. Respondenti se nejčastěji setkávali s některými kontraindikacemi, které jsou zařazeny do tabulky č. 1 věnované indikacím a kontraindikacím, těmi byly například skolióza nad čtyřicet stupňů, epilepsie nebo alergie na koňskou srst. Podobně se teoretická východiska shodují s výzkumem v oblasti vlivu koně na hipoterapii, tomu se ve svých knihách věnují například autoři Velemínský (2007) a Nerandžič (2006).

Krom těchto hlavních faktorů byly ve výzkumu objeveny i další, neméně důležité faktory, které ve vybraném rehabilitačním centru ovlivňují hipoterapii. Mezi ty nejdůležitější se řadí to, jaký typ hipoterapie bude pro daného klienta zvolen, intenzita a četnost těchto terapií, finanční a časová náročnost hipoterapie, na které se shodovali hlavně rodiče klientů daného rehabilitačního centra a vnější vlivy, jakožto počasí, rušivé elementy nebo využívaný terén. Hipoterapii ale také může ovlivňovat poloha dítěte na koni, které se ve své knize věnoval také Müller (2016), nebo rodič jakožto součást hipoterapie. Všechny tyto faktory se také mohou zároveň prolínat a ovlivňovat se navzájem.

Potvrdil se i vliv různých pomůcek využívaných k motivaci k hipoterapii, ty ale ve zdejším centru nejsou tak často využívány. Respondenti se shodovali na tom, že dřívější

a přidružené terapie hipoterapii buď vůbec neovlivňují anebo není možné na vliv těchto terapií na hipoterapii přijít.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce, jejímž tématem bylo zmapovat faktory, které mohou ovlivnit dopad hipoterapie na děti a dospívající s kombinovaným postižením ve vybraném rehabilitačním zařízení je členěna do dvou částí: teoretické a empirické (výzkumné).

Teoretická část práce se věnovala zdravotnímu postižení, a to konkrétně tělesnému, mentálnímu a kombinovanému, které úzce souviselo s tématem bakalářské práce. Z důvodu že do vybraného rehabilitačního zařízení docházejí převážně klienti s mozkovou obrnou, byla kapitola kombinované postižení věnována převážně této diagnóze. Následně byla v teoretické části popisována hipoterapie z hlediska obecné roviny, její historie, oborů, kontraindikací a indikací, jejího působení a hipologie. Nakonec se teorie, vzhledem k výzkumnému vzorku, krátce zabývala i hipoterapií osob s mozkovou obrnou.

V empirické části jsem se nejprve věnovala metodologii výzkumného šetření, následně byly analyzovány výsledky výzkumu a nakonec došlo ke shrnutí těchto výsledků. Využila jsem kvalitativní výzkum a konkrétně metodu polostrukturovaných rozhovorů, které byly se souhlasem respondentů nahrávány. Rozhovory byly následně přepsány, kódovány a analyzovány. Z výzkumu plyne, že nejvíce ovlivňuje hipoterapii sám klient, a to svým vztahem ke koni, momentálním nastavením, či kontraindikacemi, také jí ovlivňuje fyzioterapeut nebo kůň. Dalšími faktory ovlivňující hipoterapii jsou poloha dítěte na koni, vnější vlivy, finanční a časová náročnost, rodina nebo různé pomůcky. Na většině těchto faktorů se rodiče s fyzioterapeuty shodli, přesto že každý na věc pohlížel vlastním způsobem, pro rodiče ale bylo logicky obtížné se vyjadřovat k náročnějším aspektům. Největší rozdíl v názorech se pak objevil v oblasti finanční a časové náročnosti, kterou rodiče uznávali jako faktor ovlivňující hipoterapii a přikládali této tématice větší váhu než fyzioterapeuti.

V rámci výzkumu bylo dosaženo hlavního cíle práce a byly zjištěny faktory, které mohou ovlivňovat nebo ovlivňují hipoterapii u dětí a dospívajících ve vybraném rehabilitačním

centru. Tyto výsledky by mohly být užity ke zvýšení pozitivního vlivu hipoterapie na děti v daném rehabilitačním centru.

Výzkum byl provedený pouze v jednom rehabilitačním zařízení, jedná se tedy o malý vzorek, který není přenositelný na ostatní zařízení. Proto by bylo dobré pro srovnání tento výzkum zařadit i do jiných zařízení.

## **RESUMÉ**

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat faktory, které mohou ovlivnit dopad hipoterapie na děti a dospívající s kombinovaným postižením pomocí rozhovorů s klienty a pracovníky vybraného rehabilitačního centra.

Teoretická část práce je pomyslně rozdělena na dvě poloviny. První polovina je sondou do tematiky nejprve tělesného a mentálního postižení a poté i kombinovaného postižení a konkrétně, kterým se zabývá hlavní cíl práce. Druhá polovina již pojednává o teorii hipoterapie jako takové.

Úkolem výzkumné části, která byla provedena kvalitativní metodou výzkumu, bylo formou rozhovorů s rodiči a pracovníky hipoterapie ve vybraném rehabilitačním centru zjistit, jaké faktory v tomto centru hipoterapii ovlivňují. Výsledky výzkumného šetření jsou východiskem z odpovědí vybraných respondentů.

## **Klíčová slova**

Kombinované postižení, hipoterapie, hiporehabilitace, faktory, vliv, rodiče, fyzioterapeuti

## **Summary**

The main aim of this bachelor's thesis was to map the factors that may influence the impact of hippotherapy on children and adolescents with combined disabilities through interviews with clients and practitioners at a selected rehabilitation center. The theoretical part of the thesis is divided into two sections. The first section provides an overview of physical and mental disabilities, as well as combined disabilities, which is the specific focus of this thesis. The second section discusses the theory of hippotherapy itself.

The research part, which was conducted using qualitative research methods, involved conducting interviews with parents and practitioners of hippotherapy at the selected rehabilitation center to determine the factors that influence hippotherapy in this particular setting. The results of the research serve as a basis for the responses provided by the selected respondents.

**Keywords**

multiple disabilities, hippotherapy, hyporehabilitation, factors, influence, parents, physiotherapists

**SEZNAM LITERATURY**

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.

BETLACHOVÁ. Hipoterapie a její možnosti využití v rehabilitaci: Hippotherapy and Its Use in Rehabilitation. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně, 2016, **23**(3), 168-176. ISSN 1211-2658.

BICKOVÁ, Jaroslava, ed. *Zooterapie v kostce: minimum pro terapeutické a edukativní aktivity za pomoci zvířete*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1585-1.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-738-7014-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HERMANNOVÁ, Hana, Dana MÜNICOVÁ a Zoran NERANDŽIČ. *Základy hipoterapie*. Praha: Profi Press, 2014. ISBN 978-80-86726-57-1.

JESENSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1.

KÁBELE, František. *Somatopedie: Učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-706-6533-5.

KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-1018-8.

KUDLÁČEK, JEŠINA. *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. ISBN 978-80-244-3964-8.

LANTELME-FAISAN, Věra. *Historie hiporehabilitace a ČHS*. Hostivice: Baron, 2021. ISBN 978-80-88121-66-4.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.



LUDÍKOVÁ, Libuše a Zdeňka KOZÁKOVÁ. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3092-8.

MAREŠOVÁ, Eva, Pavla JOUDOVÁ a Stanislav SEVERA. *Dětská mozková obrna: možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-703-5.

*MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

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

NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. Praha: Albatros, 2006. Albatros Plus. ISBN 80-00-01809-8.

PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1916-3.

PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1135-5.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-271-0095-8.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

ŽUPOVÁ, Kateřina a Alois KROBOT. *Hipoterapie jako doplňková metoda fyzioterapie: rešerše dostupné literatury. Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2012, **19**(2), 74-79.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.

ZIKL, Pavel. *Motorika dětí s lehkým mentálním postižením*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2022. ISBN 978-80-246-5015-9.

ZIKL, Pavel. *Terapie ve speciální pedagogice: (ergoterapie, fyzioterapie, bazální stimulace)*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-493-9.

## Seznam internetových zdrojů

GRAHAM, H. Kerr, Peter ROSENBAUM, Nigel PANETH, et al. Cerebral palsy. *Nature Reviews Disease Primers* [online]. 2016, **2**(1) [cit. 2023-04-21]. ISSN 2056-676X. Dostupné z: doi:10.1038/nrdp.2015.82

GUINDOS-SANCHEZ, Laura, LUCENA-ANTON, David, MORAL-MUNOZ, Jose, SALAZAR, Alejandro and CARMONA-BARRIENTOS, Ines. *The Effectiveness of Hippotherapy to Recover Gross Motor Function in Children with Cerebral Palsy: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Children* [online]. 19 August 2020. Vol. 7, no. 9, p. 106.

DOI 10.3390/children7090106. Available from:

<http://dx.doi.org/10.3390/children7090106>

*Katalog podpůrných opatření* [online], 2015. Olomouc [cit. 2021-05-07]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/>

KOCA, Tuba Tulay. What is hippotherapy? The indications and effectiveness of hippotherapy. *Northern Clinics of Istanbul* [online]. 2016 [cit. 2023-04-21]. ISSN 21484902. Dostupné z: doi:10.14744/nci.2016.71601

LAIYOU, Athanasia. IMPACTS OF HIPPO THERAPY ON CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY FROM PARENTS' PERSPECTIVE: A QUALITATIVE RESEARCH. *International Journal of Physiotherapy* [online]. 2015, **2**(6) [cit. 2023-04-21]. ISSN 2348-8336. Dostupné z: doi:10.15621/ijphy/2015/v2i6/80753

MENOR-RODRÍGUEZ, María José, SEVILLA MARTÍN, Mar, SÁNCHEZ-GARCÍA, Juan Carlos, MONTIEL-TROYA, María, CORTÉS-MARTÍN, Jonathan a RODRÍGUEZ-BLANQUE, Raquel. *Role a účinky hipoterapie v léčbě dětí s dětskou mozkovou obrnou: Systematický přehled literatury*. *Journal of Clinical Medicine* [online]. 11. června 2021. Sv. 10, č. 12, str. 2589. DOI 10,3390/jcm10122589. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm10122589>

NEAGU, Nicolae, Zsuzsanna KISS. Hippotherapy as complementary method in the rehabilitation of children with multiple disabilities, 2016. *Psychology and realities of contemporary world* [online]. **7**(2), 397-404 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/310566080\\_Hippo\\_therapy\\_as\\_complementary\\_method\\_in\\_the\\_rehabilitation\\_of\\_children\\_with\\_multiple\\_disabilities](https://www.researchgate.net/publication/310566080_Hippo_therapy_as_complementary_method_in_the_rehabilitation_of_children_with_multiple_disabilities)

*Úvod do speciální pedagogiky* [online]. In: ŠVARCOVÁ, Iva. Praha: VŠCHT, 2015 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/563216-Uvod-do-specialni-pedagogiky.html>

Základní informace o DMO, 2022. *Informační portál o dětské mozkové obrně* [online]. Praha [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://dmoinfo.cz/dmo/vse-o-dmo/>

ŽGUR, Erna a Janez JERMAN, 2021. Therapists' and teachers' views on the effects of hippotherapy. *Innovative Issues and Approaches in Social Sciences* [online]. **14**(1), 6-17 [cit. 2023-04-21]. ISSN 1855-0541. Dostupné z: [http://www.iass.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1157](http://www.iass.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1157)

---

**SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ**

<b>Tabulka 1:</b> Indikace a kontraindikace hipoterapie .....	21
<b>Tabulka 2:</b> Výzkumný vzorek (rodiče) .....	30
<b>Tabulka 3:</b> Začátek, délka trvání a frekvence hipoterapie .....	32
<b>Tabulka 4:</b> Finanční a časová náročnost hipoterapie .....	34
<b>Tabulka 5:</b> Zapojení rodiny do hipoterapie .....	35
<b>Tabulka 6:</b> Přidružené a dřívější terapie .....	36
<b>Tabulka 7:</b> Přidružená onemocnění a alergie .....	37
<b>Tabulka 8:</b> Momentální psychický i fyzický stav klienta .....	38
<b>Tabulka 9:</b> Vztah ke zvířatům, ke koním .....	39
<b>Tabulka 10:</b> Fyzioterapeuti .....	41
<b>Tabulka 11:</b> Motivace k hipoterapii .....	42
<b>Tabulka 12:</b> Vnější vlivy .....	43
<b>Tabulka 13:</b> Kůň určený k hipoterapii .....	44
<b>Tabulka 14:</b> Poloha dítěte při hipoterapii .....	46

## PŘÍLOHY

### Příloha č. 1: Sada výzkumných otázek

#### Sada otázek – rodiče

1. Začátek a délka trvání hipoterapie, frekvence hipoterapie
  - Jak často docházíte na hipoterapii? Máte dojem, že to nějak ovlivňuje její průběh?
  - Je pro Vás dostačující zdejší nabídka termínů?
  - Jak rychle se Vám podařilo službu získat?
2. Včasnost, načasování hipoterapie
  - Kdy jste na hipoterapii začali docházet? Máte dojem, že to bylo včas?
  - Jak dlouho to bylo po diagnostikování postižení Vašeho dítěte?
  - Myslíte, že hipoterapie přišla do Vašeho života ve vhodnou dobu?
  - Kdy je podle Vás vhodné, aby dítě začalo chodit na terapii? Například v jakém životním období?
3. Finanční náročnost
  - Jak vnímáte finanční dostupnost hipoterapie?
  - Je pro vás obtížné hipoterapii finančně zajistit?
4. Vzdálenost hipoterapie (lokalita)
  - Jak daleko dojíždíte na hipoterapii? Jak na ní dojíždíte?
  - Je pro Vás problém dojíždět na hipoterapii?
  - Ovlivňuje to nějak průběh hipoterapie Vašeho dítěte?
  - Preferovali byste hipoterapeutické centrum blíže Vašeho bydliště?
5. Zapojení rodiny
  - Je pro Vás časově náročné dovážet vaše dítě na hipoterapii? Střídáte se nějak?

- Účastníte se aktivně na průběhu hipoterapie? Má to na to nějaký vliv? Pokud ne, chtěli byste?
  - Jak přispívá zapojení rodiny k hipoterapii?
6. Dřívější terapie
- Docházeli jste dříve s Vaším dítětem na nějaké jiné terapie? Jaké? Měli nebo mají na hipoterapii nějaký vliv?
7. Další přidružené terapie
- Docházíte, či absolvujete s Vaším dítětem nyní nějaké další terapie, či navštěvujete nějaká cvičení? Mají na sebe tyto terapie nějaký vliv?
  - Vidíte rozdíl mezi tím, kdy vaše dítě docházelo jen na hipoterapii a kombinací hipoterapie a jiné terapie?
8. Přidružená onemocnění
- Potýká se Vaše dítě ještě s nějakým dalším přidruženým onemocněním, krom jeho zdravotního postižení? Jakým? Ovlivňuje to nějak proces hipoterapie?
9. Alergie
- Má vaše dítě nějakou alergii? Ztěžuje tato alergie proces hipoterapie?
10. Momentální rozpoložení klienta (psychické i fyzické)
- Má na průběh hipoterapie vliv mentální nastavení/rozpoložení Vašeho dítěte?
  - Myslíte, že to můžete ovlivnit i Vy Vaším vlastním vnitřním nastavením?
11. Komunikace mezi terapeutem a klientem
- Jaký je Váš vztah, či vztah Vašeho dítěte k pracovníkům, kteří Vás hipoterapií provázejí? Máte dojem, že to nějak ovlivňuje proces hipoterapie?
  - Jaká je při hipoterapii atmosféra?
12. Informovanost
- Máte dojem, že komunikace mezi hipoterapeutickým centrem a Vámi je správně nastavená? Jak probíhá?

- 
- Cítíte se být dostatečně informovaní?
  - Dostáváte relevantní odpovědi na své otázky?
13. Vztah ke zvířatům
- Má Vaše rodina kladný vztah ke zvířatům?
  - Má Vaše dítě kladný vztah ke zvířatům?
  - Máte nějaké zvíře doma?
  - Jak Vaše dítě přistupovalo zpočátku ke koni a jaký k němu má vztah nyní?
14. Motivace k hipoterapii
- Motivujete vaše dítě nějak, aby ho hipoterapie bavila?
  - Má to, jak je vaše dítě motivované vliv na proces terapie?
  - Co zapříčiňuje to, že vaše dítě navštěvuje hipoterapii rádo, či nerado?
  - Baví hipoterapie Vaše dítě? Proč?
  - Máte po hipoterapii nějaký rituál (např. návštěvu cukrárny)? Pomáhá to Vašemu dítěti těšit se na hipoterapii?
  - Povídaté si s dítětem o tom, jak se mu to líbilo a co si o tom myslí?
15. Vlastní názor
- Co je podle Vás při hipoterapii nejdůležitější?
  - Čeho je třeba se vyvarovat?
  - Co podle Vás pozitivně ovlivnilo hipoterapii Vašeho dítěte?
  - Můžete mi říct o nějakém Vašem pozitivním zážitku s hipoterapií?
  - Co podle Vás negativně ovlivnilo hipoterapii Vašeho dítěte?
  - Máte s hipoterapií nějaké negativní zkušenosti?
  - Co podle Vás nejvíce ovlivňuje hipoterapii?

**Sada otázek – Děti**

- Baví tě hipoterapie?
- Líbí se ti koník, na kterém cvičíš?
- Co se Ti na cvičení nejvíce líbí?

**Sada otázek – pracovníci**

1. Začátek a délka trvání hipoterapie, frekvence hipoterapie
  - Jak dlouho obvykle trvá celý proces hipoterapie? Je dobré mít nějaké časové rozmezí mezi terapiemi? Jak dlouhé? Jak velký to má vliv?
  - Setkáváte se s tím, že je hipoterapie pro klienty příliš časově náročná?
  - Je na hipoterapii dlouhá čekací doba?
2. Včasnost, načasování hipoterapie
  - Jaké je podle vás nejlepší načasování hipoterapie?
  - Kdy je nejlepší s ní začít? Je podle Vás na hipoterapii někdy už moc pozdě?
3. Finanční náročnost
  - Setkáváte se s tím, že je pro klienty hipoterapie příliš finančně náročná? Odkazujete klienty na nějakou finanční pomoc?
4. Vzdálenost hipoterapie (lokalita)
  - Setkal jste se někdy s tím, že by klienti nemohli docházet na terapii z důvodu velké vzdálenosti? Bývá to častým problémem?
5. Zapojení rodiny
  - Jak přispívá zapojení rodiny k hipoterapii?
  - Má vliv motivovanost rodiny na hipoterapii?
  - Umíte si představit, že by se rodina dítěte do hipoterapie nechtěla vůbec zapojovat? Stává se to? Jak s tím nakládáte?
  - Jak se s tím dá pracovat?



6. Dřívější terapie
  - Myslíte si, že na průběh hipoterapie může mít vliv i nějaká dřívější terapie?
  - Jakou terapii je vhodné, nebo dobré podstoupit před začátkem hipoterapie?
7. Další přidružené terapie
  - Jaké jsou Vaše zkušenosti s tím, když klient zároveň s hipoterapií podstupuje ještě nějakou další terapii?
  - Jaké terapie jsou nejvhodnější jako doplněk hipoterapie? A proč?
8. Přidružená onemocnění
  - S jakou diagnózou dítěte bylo pro vás při hipoterapii nejtěžší pracovat? Při jakém zdravotním postižení to bylo naopak nejjednodušší?
  - Jaký vliv má podle Vás jedinečnost diagnózy klienta na samotnou hipoterapii?
9. Alergie
  - Setkáváte se často s tím, že nějaká alergie dítěte nepříznivě ovlivňuje hipoterapii?
10. Momentální rozpoložení klienta (psychické i fyzické)
  - Ovlivňuje momentální rozpoložení dítěte hipoterapii? Proč?
  - Jak pracujete s dětmi, které zrovna „nemají svůj den“? Přizpůsobujete tomu průběh terapie?
  - Je to pro vás velkým úskalím?
11. Komunikace mezi terapeutem a klientem
  - Jaký je Váš vztah ke klientům? Je přátelský? Máte dojem, že to nějak ovlivňuje proces hipoterapie?
  - Jaká je při hipoterapii atmosféra?
  - Jaký vliv má vztah mezi klienty a Vámi na průběh hipoterapie?
  - Do jaké míry s nimi udržujete komunikaci?
12. Informovanost

- Dbáte na to, aby byli Vaši klienti dostatečně informovaní?
  - Dáváte rodičům nějakou zpětnou vazbu?
  - Myslíte si, že je informovanost klientů důležitá?
13. Vztah ke zvířatům
- Jaké jsou vaše zkušenosti s přístupem dětí, ale i jejich rodin ke koním? Báli se jich, cítili k nim nedůvěru, nebo naopak šlo vše hned hladce?
  - Je důležitá důvěra dítěte ke koni?
14. Motivace k hipoterapii
- Jak lze zvyšovat motivaci dítěte k hipoterapii nějakými pomůckami? Jak se to do ní promítá?
  - Zvyšujete motivaci dětí k hipoterapii nějakými pomůckami?
  - Zpestřujete hipoterapii nějak svým klientům, například vymyšlením nějakých her, či říkanek? Jaké s tím máte zkušenosti?
15. Vlastní názor
- Je něco dalšího, co má pozitivní, nebo negativní vliv na terapii?
  - Jsou nějaké negativní aspekty hipoterapie? Jaké?
  - Co Vás na této práci překvapilo?
  - Máte nějaké vlastní metody, jak nejlépe pracovat s dětmi s kombinovaným postižením při hipoterapii? Co se Vám nejvíce osvědčilo?
  - S čím pozitivním jste se při hipoterapii setkal?
  - S čím negativním jste se při hipoterapii setkal?