

MASARYKOVA UNIVERZITA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra speciální pedagogiky

**Hipoterapie a její přínos pro žáky se speciálními
vzdělávacími potřebami**

Diplomová práce

Brno 2017

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Mgr. Ilona Fialová, Ph.D.

Autorka práce:

Bc. Alena Burešová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších předpisů.

V Brně dne

Bc. Alena Burešová

Poděkování

Děkuji především PhDr. Mgr. Iloně Fialové, Ph.D. za odborné rady, ochotný přístup a vedení, které mi při zpracování práce poskytla. Děkuji všem, kteří byli ochotni se zúčastnit výzkumu a také své rodině za trpělivost.

Obsah

Úvod.....	5
1 Teoretická východiska	6
1.1 Vymezení základních pojmů	6
1.2 Historie hipoterapie	10
1.3 Indikace a kontraindikace.....	12
1.4 Hipoterapeutický tým a bezpečnost.....	14
2 Charakteristika vybraných zdravotních postižení.....	17
2.1 Souběžné postižení více vadami.....	17
2.2 Psychická onemocnění	22
2.3 Specifické poruchy učení	26
2.4 Poruchy autistického spektra.....	27
3 Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami	30
3.1 Legislativní opatření.....	30
3.2 Podpůrná opatření.....	32
3.3 Inkluze v České republice	35
3.4 Možnosti vzdělávání žáků se SVP	37
4 Vliv hipoterapie na edukaci a kvalitu života žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.....	40
4.1 Hlavní cíl výzkumu, výzkumné otázky, metodologie	40
4.2 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného vzorku	41
4.3 Interpretace výzkumného šetření.....	42
4.4 Závěry výzkumného šetření	63
Závěr	66
Shrnutí.....	67
Summary	67
Literatura	68
Příloha	72

Úvod

Diplomová práce se zabývá přínosem hiporehabilitace pro žáky se speciálně vzdělávacími potřebami. S klasickou větou „Nejkrásnější pohled na svět, je pohled z koňského hřbetu“, se setkáváme v literárním zpracování, pokusme se zamyslet, zda její platnost lze ověřit i u jedinců se zdravotním postižením. Má člověk se zdravotním postižením možnost přístupu ke koním, má možnost vnímat krásu světa kolem sebe pomocí tak ušlechtilého zvířete jako je kůň? Neptejme se pouze na možnosti, ale položme si otázku, zda nemůže kůň postiženému jedinci pomoci i z hlediska jeho integrace. Současné zkušenosti ukazují, že na zmíněnou otázku můžeme odpovědět kladně.

Využití koní je nedílnou součástí komplexní péče o jedince se zdravotním postižením a získává stále důležitější místo při jejich rehabilitaci. Svědčí o tom celá řada hipocenter, která se stávají součástí jezdeckých stájí i léčebně rehabilitačních zařízení. Význam hiporehabilitace je nesporný z hlediska somatického, fyziologického i psychického rozvoje jedince.

Teoretická část diplomové práce je tvořena třemi kapitolami. První z nich vymezuje základní pojmy hipoterapie, tým pracovníků, který je nutný k úspěšnému procesu rehabilitace, indikaci i kontraindikaci této metody. Druhá kapitola charakterizuje vybrané druhy zdravotního postižení u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami uvedených v kazuistikách. Třetí kapitola je zaměřena na vzdělávání těchto žáků, dále je vymezena legislativa, podpůrná opatření a inkluzivní vzdělávání s důrazem na stěžejní dokumenty.

Praktická část byla provedena pomocí kvalitativní metody. Sběr dat probíhal pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru a pozorování. V závěrečné kapitole je vymezen cíl a metodologie výzkumu, charakteristika výzkumného vzorku, interpretace a závěr výzkumného šetření.

1 Teoretická východiska

1.1 Vymezení základních pojmů

Hiporehabilitace je složenina slov hippos (řecky kůň) a rehabilitace (předpona re znamená opakovat a habilitare uschopňovat). Na hiporehabilitaci je pohlíženo jako na léčebný, výukový a výchovný proces, který se snaží o maximální zapojení člověka se zdravotním znevýhodněním do společnosti a rehabilituje ho v oblastech motoriky, psychiky i sociálních dovedností. Je to nadřazený název pro veškeré aktivity a terapie v oblastech, kde se setkává kůň a člověk se zdravotním postižením nebo specifickými potřebami. Hiporehabilitaci dělíme na hipoterapii, psychoterapii, aktivity s využitím koně a parajezdeckví (periodikum Česká hiporehabilitační společnost 2016).

Hipoterapie z řeckého hippos – kůň a therapis – léčba. Jde o zvláštní formu pohybové léčby, ve které jsou zařazeny specifické prvky, které v jiných rehabilitačních metodách chybí. Terapie je vedená odborným týmem pracovníků, kde zdrojem pohybu je kůň, příjemcem klient, který na něm sedí. V podstatě jde tedy o přenos pohybu v rytmu. Klient se musí neustále přizpůsobovat rytmu, což předpokládá neustálou pohybovou koordinaci. Je to metoda založená na neurofyzilogickém principu, kde kůň je zdrojem třídimensionálních pohybových impulsů, kterým se jezdec přizpůsobuje tak, aby neustále pohyb koně a jezdce byly v dynamické rovnováze. Význam použití této stimulace spočívá v tom, že chůzový mechanismus koně svým střídavým principem napodobuje s odlehčením končetin chůzový mechanismus člověka. Pohyb koně vyvolává momentální narušení rovnovážného stavu, které jezdec registruje svým statikinetickým aparátem, přes sedací hrboly, které zvláště, je-li kůň neosedlán, pocítují bezprostředně pohyb hřbetu koně. Impulsy jsou dále přenášeny na páteř, která se smršťováním a prodlužováním kosterních svalů umožňujících pohyb napřimuje, včetně zapojování zádových svalů, které při rozšířeném sedavém způsobu života mají tendenci k oslabování. Ve vzpřímeném sedu při držení končetin ve střední poloze dochází k potlačení aktivity dolních končetin a k rozvolnění spasmů. Při vhodné stimulaci je prohlubován dech. Rytmicita chůze koně může přispívat i k rytmizaci dýchání, která je důležitá při edukaci řeči. Vše přispívá k zlepšení koordinace pohybu, edukaci či reedukaci chůze, ale i k posilování svalů s tendencí k oslabení, na druhé straně pak k reflexnímu snižování spasticity.

Zároveň se aktivní prací svalových řetězců připravuje harmonizace svalového napětí, a tím se zlepšují podmínky pro aplikaci klasických fyzioterapeutických metod, kterými

musí být vždy kvalitní hipoterapie doplněna. Nesmírný klad metody spočívá v periodickém opakování pohybového vzorce. Obdobný prostředek, který by umožňoval klientovi po dobu terapie stimulaci zdravého pohybu na bázi bipedální lokomoce není zatím v rehabilitaci k dispozici. *„Přidáme-li k těmto výhodám navíc kladné působení prostředí a pozitivní ladění psychiky klienta při hipoterapii, máme k dispozici metodu, která nám umožňuje dosáhnout velmi kvalitního léčebného efektu za téměř vždy nadšené spolupráce klienta“.*

„Hipoterapie je fyzioterapeutická metoda využívající jako léčebný prostředek speciálně připraveného koně v kroku, konkrétně pohyb jeho hřbetu. Tento pohyb je střídavý, rytmický a cyklicky se opakující. Nabízí multisenzorickou aferentní stimulaci, která přímo ovlivňuje motorické chování klienta aktivací všech řídicích úrovní CNS. Výsledkem je komplexní facilitace reparačních procesů jedince a to jak na úrovni neurofyzilogické, tak psychomotorické a v neposlední řadě i na úrovni sociální. Nadstandardní variabilita využitých poloh, při respektování posturálních schopností klienta, ovlivní jeho posturu, hrubou i jemnou motoriku a vegetativní funkce“ (periodikum Česká hiporehabilitační společnost 2016).

Kromě prvků specifických se u hipoterapie využívají i prvky nespecifické, mezi které patří taktilní kožní stimulace, u které je vhodné nepoužívat sedlo, dále by klient neměl mít na sobě hrubý oděv, a pokud je to jen trochu možné, tak ani pleny. Dalším faktorem je vliv tepla, neboť koňská teplota je o zhruba jeden stupeň vyšší než lidská, a tím ovlivňuje svalovou činnost a tlumí spasticitu. Podpůrné reakce, při nichž je využito cvičení, při kterém se střídá nasazování třmenů o které se klient snaží opřít, s ježděním bez třmenů je jedním z dalších nespecifických prvků. Dochází při něm k facilitaci extenzorů dolních končetin při nácviku chůze, podporuje tendence pacienta postavit se a chodit. Na horních končetinách lze facilitovat flexory polohováním klienta na břicho napříč hřbetem koně. Nezastupitelnou úlohu mezi nespecifickými prvky má uvědomování si proprioceptivních vzruchů při emotivním prožívání pohybu na koni, protože podporuje limbický systém a ten jak je známo ovlivňuje emoce, je nejvyšším regulátorem svalového napětí, má význam pro tvorbu paměťových stop a jiné. Tak lze říci, že kůň svým pohybem ovlivňuje základní řídicí mechanismy člověka a vytváří nové pohybové vzorce chůze a držení těla (Hollý, K., Hornáček, K. 2005).

Psychoterapeutické ježdění

Psychoterapeutickým ježděním je myšleno začlenění práce s koněm a ježděním na něm jako psychologické médium ke zmírnění nebo odstranění příznaků duševního onemocnění, psychologického problému nebo mentálního handicapu.

Stáje s koňmi najdeme v mnoha psychiatrických nemocnicích, které je mají zřízené jako součást léčebného programu. Velké zvíře jako je kůň mnohé přitahuje, ale zároveň budí respekt, je emočně nezainteresovaný, navíc je výborným prostředkem k poskytování zpětné vazby. Svými reakcemi potvrzuje nebo vyvrací správnost přístupu klienta. Zejména ve stádiu práce s koněm ze země, která vyžaduje kontrolu vlastního chování dochází v případě použití nesprávných postojů k nedosažení určitého cíle. Na druhé straně však při úspěchu splnění cíle je klient okamžitě odměněn správnou reakcí koně což je ze strany klienta i terapeuta vysoce hodnocené.

„Cílem terapie je odstranit nebo zmírnit projevy některých duševních poruch, ovlivnit psychiku klienta za účelem podpoření motivace, snížit nebo zcela odstranit strach, agrese či rezignaci spolu s výukou správného sebehodnocení a sebevědomí, pomoci k vytváření chybějících citových vazeb, korekci postojů k okolí apod“ (Jiskrová, I. 2012).

Terapie je vedena zdravotní sestrou s psychoterapeutickým výcvikem, klinickým psychologem nebo psychiatrem. Tito odborníci musí umět regulovat průběh terapie s klientem, znát jeho reakce a tím předcházet možným konfliktům. Terapie nesmí nikdy ohrozit pacienta nebo koně. Mimo jiné musí být pracovníci také velmi zkušení v koňském oboru, aby předcházeli rizikovým situacím, které mohou vzniknout během terapie.

Psychoterapie pomocí koně probíhá v intervalech jednou týdně v časovém rozmezí půl až dvě hodiny individuální nebo skupinovou formou, většinou v prostorách psychiatrické léčebny. Principy jsou podobné jako u aktivit s využitím koně, liší se ovšem cílová skupina, kterou tvoří děti i dospělí trpící duševní poruchou, schizofrenií, neurotickými poruchami, poruchami příjmu potravy, poruchami psychického vývoje a poruchami chování a emocí u dětí.

Aktivity s využitím koní

Při aktivitách s využitím koní se využívá motivační a sociálně aktivizační působení koně na klienta. Cíl spočívá v posílení pozitivních vlastností, snížení rizikového chování a sociálního vyloučení. Pomáhá při upevňování vztahů v rodině, zapojení se do běžného života a v neposlední řadě na posílení psychické i fyzické kondice.

Častými uživateli u dospělých jsou lidé vyčerpaní, lidé se syndromem vyhoření nebo jen hledající smysluplnou činnost do svého uspěchaného života. U skupiny dětí se jedná o nápravy v chování a socializaci, děti s postižením jak s tělesným tak i s mentálním.

Aktivity s využitím koně se liší od hipoterapie v mnoha oblastech. Lekci provádí instruktor, který je buď psycholog, pedagog nebo sociální pracovník se speciálním výcvikem pro činnost aktivit s využitím koně. Sám si lekci sestavuje, realizuje a odpovídá za její průběh. Musí to být také člověk s všeobecnými znalostmi koní, neboť si každého koně pro činnost připravuje. Důraz je kladen na perfektní poslušnost za každé situace. Výběr koně odpovídá charakteru klienta. U klienta, který potřebuje povzbudit, je vybrán kůň lehce ovladatelný, trpělivý snášet úkoly, které jsou s ním prováděny. Naopak pro klienta, který má problém s respektem vůči druhým a potřebuje poznat hranice, se vybere kůň, u kterého se musí člověk prosadit jiným způsobem než křikem či násilím. V případě špatných vzorců chování pozná klient okamžitou zpětnou vazbu v ignoraci zvířete nebo přímo odehnáním klienta.

Každá lekce je odlišná a může mít různé podoby, může se jednat o práci ve stáji a seznamovat se s prováděnými úkony, odchycení koně na pastvině, kde se musí klient prosadit, znát postup a koně přivést. Další možností je práce s koněm ze země, při kterých je kůň na vodítku a klient s ním překonává různé překážky a plní úkoly.

Délka lekce se mění podle náročností úkolů, zdravotního stavu klienta a celkového psychického rozpoložení. Zpravidla bývají lekce skupinové v časovém rozmezí třicet až sto dvacet minut. Individuální lekce bývají kratší, a to v rozsahu dvacet až šedesát minut.

Posledním termínem, který zaštiťuje název Hiporehabilitace je parajezdecktví. Jedná se o sport pro osoby se zdravotním postižením, do kterého zahrnujeme tyto jezdecké disciplíny, paradrezuru, parawestern, paravoltiž a paravozatajství.

Při nich se jezdec učí za použití speciálních pomůcek jezdit na koni, voltižním cvikům či vedení koně v zápřeži.

Jezdeckou lekci na určitou jezdeckou disciplínu vede cvičitel, který by měl mít znalosti o zdravotním stavu klientů a přizpůsobit výcvik jejich možnostem. Významnou roli hraje výběr a příprava koně pro klienta, při čemž platí, že možnost rizika nesmí přerůst přínos (periodikum Česká hiporehabilitační společnost 2017).

1.2 Historie hipoterapie

Vztah člověka a koně se datuje od doby asi před šesti až osmi tisíci lety, kdy byla tato zvířata v Asii poprvé domestikována. Svědčí o tom různé jeskynní malby člověka doby ledové a rovněž tak i mytologická postava Kentaura.

Kůň byl zobrazován i v mistrovských dílech výtvarného umění. Byl pro člověka nejmilejším zvířetem, byla mu věnována největší pozornost, ke které se může přiblížit snad pouze pes.

O možnosti využití jezdeckého koně k léčebným účelům a o jeho působení na lidský organismus věděli již lékaři v minulých staletích. V období Antiky se o zdravotním významu jízdy na koni zmiňují ve svých spisech starořecký lékař Hippokrates v pátém století před naším letopočtem a římský lékař Galen z druhého století před naším letopočtem.

Hippokrates zařadil jako první léčebný rytmus jízdy na koni mezi „*exercitia universalia*“ tedy jízda na koni, na čerstvém vzduchu uvolňuje svalstvo.

V období renesance dosáhla tvrzení o blahodárných účincích jízdy na koni dalšího velkého vývoje. V knize „*De arte gymnastica*“ píše Merkurialis o ozdravující a zdraví udržující hodnotě ježdění na koni, která podle něj cvičí nejen tělo, ale i smysly, zvyšuje přirozenou teplotu těla a pomáhá při zažívacích potížích. Merkurialisův současník Cesare Borgia doporučuje začátkem šestnáctého století ježdění na koni pro udržení pěkných tělesných tvarů.

V osmnáctém století Van Swieten a Maxmilian Stoll doporučovali jízdu na koni při léčbě duševních chorob, poněvadž jako významný faktor kladně působí na psychickou uvolněnost člověka. Ve svém díle „*Základní návod, jak si člověk pomocí rozumného provádění tělesných pohybů své zdraví udržeti a těžkých nemocí se zbavit může*“, píše Friedrich Hoffman o širokém využití jízdy na koni. Zmiňuje se zde o jízdě na koni v kroku, která je podle něj nejzdravější. Francisco Fuller ve své sportovně medicínské učebnici nazvané „*Medicina Gymnastica*“ označuje jízdu na koni jako nejdůležitější gymnastické cvičení, z důvodu jejích účinků na tělo i na ducha. Velký význam měla i kniha J. C. Tissota „*Léčebná a chirurgická gymnastika neboli výzkum o užítku pohybu*“, která zkoumala podrobné účinky jízdy pro tělo a popisuje zde také poprvé dávkování a kontraindikace. Tissot používá pojmy aktivní a pasivní pohyb a rozeznává též třetí druh pohybu, pohyb aktivně-pasivní, který přisuzuje právě jízdě na koni.

Pohybová terapie v této době nebyla ještě systematicky užívána. Byla pouze zdůrazněna zdraví podporující hodnota denní pohybové činnosti, ať už se jedná o chůzi či jízdu na

koni. Profesor Samuel Thodor Quellmalz popisuje ve své knize *„Zdraví prostřednictvím jízdy na koni“* působení jízdy v trojrozměrném pohybu koňského hřbetu. V roce tisíc sedm set devadesát šest zdůrazňuje Ch. V. Hufeland ve své knize *„Makrobiotika nebo-li umění prodloužení lidského života“* zvláště jezdeckou turistiku a píše: *„Bylo by radno napodobit naše předky, kteří tuto důležitou pomoc pro udržení zdraví dovedli velmi dobře využívat a nenechali se od ní žádnými vnějšími okolnostmi odradit.“* Goethe jezdil na koni denně až do svých padesáti pěti let a v jedné ze svých studií píše *„Člověk a zvíře tak pohybově splynou, že se dá jen těžko říci, kdo koho ovlivňuje.“* A právě toto pohybové splynutí člověka s koněm je léčebné specifikum hipoterapie.

Z devatenáctého století se zachovala publikace švédského autora Zaudera o gymnastice s použitím náradí. Snaží se o zkonstruování mechanického koně s vibracemi o sto osmdesáti kmitech za minutu, které podle něj tonizují neurovegetativní systém a působí na zlepšení rovnováhy.

Od začátku dvacátého století se léčebné jezdectví zvolna propracovává do centra zájmu zdravotnických kruhů. V roce tisíc devět set devět hodnotí Pickenbach ve své práci *„Vliv jezdeckého sportu na lidský organismus“* léčebný účinek jízdy na koni a pokládá ji za významný prvek tělesné výchovy. Ve svém díle píše: *„Když se pro každého jednotlivce předepíše individuální léčení podle jeho konkrétního stavu, docílí se tím se vši určitostí úspěchu. Potom bude možno využívat jezdeckého sportu jako léčebného prostředku pro mnoho chorobných stavů, a tím se dostává na první místo mezi tělesnými cvičeními.“*

Z vývoje je patrná snaha používat jízdu na koni k utužení zdraví obecně, později jako součást gymnastického programu.

Po první světové válce se koně využívali k rehabilitaci zraněných válečných invalidů. Rozvoj léčebného ježdění byl zastaven nástupem druhé světové války.

V šedesátých letech dvacátého století se rozšířila metoda hipoterapie pro postižené mozkovou obrnou. O úspěchu svědčí výkon dánské jezdkyňe Lis Hartelové, která sama byla částečně ochrnutá na obě dolní končetiny po mozkové obrně a dokázala získat dvě stříbrné medaile na olympijských hrách v Helsinkách a Stockholmu.

Právě jmenovaná Liz Hartelová a její fyzioterapeutka Ulla Harpothová stály u zrodu prvních hipoterapeutických center ve skandinávských zemích.

Ve stejném období se začínaly rozvíjet organizace a společnosti, zabývající se léčebným ježděním na koni. Jejich snaha spočívala v předávání zkušeností a znalostí o ježdění handicapovaných jedinců.

K největšímu rozvoji dochází v Německu, Rakousku a Švýcarsku. Na americkém kontinentě je hipoterapie nejvíce rozšířena v USA a Kanadě.

V roce tisíc devět set devadesát jedna byla založena Česká hiporehabilitační společnost, která sídlí v areálu Psychiatrické léčebny Bohnice. Jejím posláním je rozvoj a propagace všech aktivit a terapií s pomocí koně pro osoby se zdravotním postižením a specifickými potřebami (Jiskrová, I. 2012).

1.3 Indikace a kontraindikace

Hipoterapie je fyzioterapeutická metoda, která komplexně působí na tělesnou, mentální i sociální oblast člověka a tím jsou možnosti indikace velmi široké. Tato skutečnost umožňuje neléčit pouze nemoc, ale celou osobnost člověka. Při otázce, zda je hipoterapie vhodná k ovlivnění určitých potíží klienta zjistíme, že mezi indikací a kontraindikací není velká hranice. Vychází se vždy z celkového zdravotního stavu daného klienta, je potřeba brát v úvahu jakou formou bude hipoterapie probíhat. Mezi faktory, ke kterým se musí přihlížet, patří prognóza, kvalita týmu, jiná léčba a jiné. Je tedy patrné, že výchozí postavení při řešení otázky indikace a kontraindikace stojí na individuálním přístupu. S individuálním přístupem se setkáváme samozřejmě také v obecné medicíně, rozdíl spočívá v další živé bytosti,

kteřá vstupuje do léčebného procesu a tím je kůň. Proto se nesmí zapomínat na jeho připravenost a kvalitu, která je významným faktorem pro úspěšnou rehabilitaci.

Spektrum indikace a kontraindikace je velmi široké, není možné přesně třdit všechny nemoci, které by hipoterapie mohla zlepšit nebo léčit (Hollý, K., Hornáček, K. 2005).

Mezi indikace řadíme obory neurologie, ortopedie, psychiatrie, interní medicínu a gynekologie.

Rehabilitace neurologických onemocnění se řadí mezi domény hipoterapie. Jedná se zejména o stavy podmíněné poškozením centrální nervové soustavy. Hipoterapii lze zařadit také při primárních a sekundárních postiženích svalstva, mozkové obrně nebo po mozkových traumatech.

Obecně jde hlavně o stavy s poruchami hybnosti a svalového napětí. Hipoterapie pomáhá u hypotonických, ataktických a hyperkinetických syndromů. Největší počet klientů však tvoří uchazeči se spastickými stavy. Funkční je také u poruchy rovnováhy, koordinace, chůze, aktivního držení trupu a hlavy. Ortopedické indikace se u hipoterapie využívají především při ovlivňování klienta se skoliózou do třiceti stupňů.

Zkušený fyzioterapeut může využít terapii pomocí koně také k diagnostice pohybového systému.

Psychoterapeutické ježdění se využívá při řešení problémů v pedagogickém procesu, kdy klient nachází svou identitu i cestu klidem. Tato forma rehabilitace se využívá u klientů s poruchami učení, pozornosti, ale také při ovlivňování interpersonálních vztahů, autistů, neuróz. V oblasti interního lékařství se hipoterapie provádí velmi opatrně. Pokud se jedná o klienty s kardiovaskulárním onemocněním, je nezbytné, aby středisko mělo patřičné zdravotní zabezpečení a bylo prováděno na pracovištích, které se problematice cíleně věnuje. Z dalších indikací můžeme zmínit respirační onemocnění, obstrukci nebo obezitu.

Kontraindikace lze rozdělit na všeobecné kontraindikace nespecifické, mezi které řadíme klienty s ohrožujícím onemocněním na životě, dále klienty s nádorovým nebo zánětlivým onemocněním v akutní fázi nebo klienty, kterým první hipoterapie způsobila zhoršení zdravotního stavu.

A kontraindikace specifické, mezi které patří, nepřekonatelný strach z koně, alergie na srst zvířete nebo prach v prostředí stáje. Dříve byl mezi kontraindikace zařazen také věk klienta. Tato hranice je však už překonána a naopak zkušený tým pracovníků právě u nejmenších klientů dosahuje výborných výsledků, neboť plasticita mozku u kojenců a batolat je největší. Hipoterapie se může aplikovat již od věku 2 měsíců a tuto ranou péči může poskytovat pouze specialista v oboru. Horní věková hranice není určena.

Kontraindikace neplatí pouze pro klienty, ale také pro koně.

Absolutně nevhodný kůň pro zařazení do hipoterapie je kůň se zdravotními problémy v oblasti hřbetu, ale také kůň nespolehlivý nebo nevhodně připravený k výkonu hipoterapie. Další relativní kontraindikací může být nevhodnost daného koně pro určitého klienta.

K hlavním zásadám patří: Hipoterapie určuje způsob léčení a je za ni odpovědný lékař. Musí komplexně vyšetřit pacienta a znát širokou škálu kontraindikací. Dalším členem lékařského týmu je fyzioterapeut, který odpovídá za výkon samotné hipoterapie. Musí dobře znát všeobecné kontraindikace, aby podle aktuální situace, v případě potřeby, nepřipustil klienta k hipoterapii. Za psychoterapeutické ježdění odpovídá psychiatr, psycholog, psychoterapeut nebo speciální pedagog. Tito odborníci také prakticky provádějí psychoterapeutické ježdění a odpovídají za průběh terapeutického procesu. Indikace a kontraindikace pro hipoterapii jsou i závislé na vybavení každého

hiporehabilitačního střediska, zkušenosti a znalosti terapeuta a přítomnosti vhodného koně (Jiskrová, I. 2012).

1.4 Hipoterapeutický tým a bezpečnost

Za bezpečnost při výkonu hipoterapie odpovídá odborník, který danou činnost vykonává. K provádění terapie je za potřebí informovaný souhlas klienta nebo jeho zákonného zástupce.

Při hipoterapii sleduje rehabilitační pracovník pacienta a rozhoduje o jeho aktuální způsobilosti. Na doporučení realizačního týmu by klient měl mít sjednané úrazové pojištění. Terapeuti jsou pojištěni ze zákonné odpovědnosti za škody, které zavíní nedbalostí. Součástí bezpečnosti a ochrany zdraví patří očkování proti tetanu, kterým musí být členové týmu i klienti naočkováni.

Při samotném ježdění na koni je doporučeno klientovi užívat vhodný oděv, mezi který patří dlouhé kalhoty, které neomezují pohyb a přiléhavou horní část oděvu z důvodu korekce správného držení těla. Barvy a vzory oděvu by měli být nejlépe laděny do neutrální přírodní barvy, neboť na některé kombinace barev může kůň zareagovat neadekvátním chováním.

Ortopedické pomůcky se před hipoterapií odkládají, pokud se klient bez pomůcek neobejde, hipoterapii neindikujeme. Přilba na hlavě je nezbytná při vycházce do volné přírody.

Pokud se při hipoterapii používá sedlo a třmeny, je nevyhnutelná vhodná obuv z důvodu nebezpečí uvíznutí nohy ve třmeni.

Před začátkem hipoterapie je třeba všem zúčastněným vysvětlit její působení a od začátku předcházet vzniku strachu z koně. Nejvhodnější způsob je učit dítě hladit nejdříve menší zvířata, později přejít na poníka a na závěr přejít k velkému koni.

Odpovědný odborník při hipoterapii musí znát základní pravidla první pomoci, pokud dojde k pádu z koně, doporučuje se nechat klienta vyšetřit lékařem. O každém úrazu se píše zápis, potvrzený svědky (Hollý, K., Hornáček, K. 2005).

K bezpečnosti neodmyslitelně patří i výběr koně. „Proto je doporučeno, aby koně složili Specializační zkoušku pro koně a pony zařazené do hiporehabilitace a získali tak licenci České hiporehabilitační společnosti. Ta prokazuje, že byl kůň na hipoterapii speciálně trénován, má pravidelné chody, zdravý hřbet, umí trpělivě stát u rampy, je zvyklý na doteky a zvuky a jen tak se něčeho nelekne. Vodič koně je dospělá a vyškolená osoba, která svého svěřence velmi dobře zná. Fyzioterapeut/ergoterapeut má také dlouhodobý

speciální výcvik, ví jak klienta jistit, polohovat a jeho pozici správně korigovat. Dále musí znát chování koní, umět korektně reagovat a předcházet rizikovým situacím. Často se používají jezdecké helmy a bezpečnostní opasky (periodikum Česká hiporehabilitační společnost 2017).

Dalším důležitým bodem je kvalitní vybavení středisek vykonávajících hiporehabilitaci. Nutným požadavkem je bezbariérové prostředí, nasedací rampa, postroje pro koně, které se pravidelně ošetřují vhodnými přípravky a kontroluje se jejich nezávadnost a bezpečnost.

Prostor, ve kterém se provádí hipoterapie, má být uzavřený, nejlépe na klidném místě bez rušivých elementů, mezi které patří také ostatní koně, proto se nedoporučuje během terapie přivádět jiné koně na jízďárnu ani odvádět z jízďárny. Vhodným podkladem jízďárny bývá písek nebo gumová drť.

Fyzioterapeut nebo ergoterapeut se specializačním kurzem Hiporehabilitace nebo Hipoterapie, který má na starost vlastní hipoterapii. Vybírá pro klienta koně, určuje polohu na koni, délku terapie i tempo koně. Je nezbytnou součástí týmu, jeho přítomnost vyžaduje každá terapeutická jednotka.

Lékař je vedoucí osobou lékařské složky. Indikuje a doporučuje vhodné pacienty k terapii pomocí koně. Rozhoduje o kontraindikacích, společně s rehabilitačním pracovníkem navrhuje dlouhodobý a krátkodobý plán hipoterapie. Přínosem je pokud má vlastní zkušenosti z jízdy na koni, neboť po jejím prožití může lépe chápat působení hipoterapie.

Psycholog, psychoterapeut nebo speciální pedagog mají při hipoterapii funkci socioterapeutickou. Tuto činnost vykonávají při psychoterapeutickém ježdění nebo jako součást hipoterapie, kdy participují na formování podněcujícího prostředí. Při své činnosti podporují emocionální, poznávací a sociální procesy, vytvářejí terapeutický plán a podle potřeby spolupracují s jinými odborníky.

Asistent, napomáhá terapeutovi s naplněním cíle terapeutické jednotky. Pomáhá klientovi při nasedání a sesedání z koně. Zabezpečuje ho proti pádu z druhé strany, než je fyzioterapeut. Výkon pozice může vykonávat dospělá, zodpovědná a proškolená osoba.

Cvičitel koní pro hiporehabilitaci musí být kvalifikovaný cvičitel jízdy na koni nebo trenér s kurzem hipoterapie. Jeho úloha spočívá v připravenosti koně pro hipoterapii. Spolupracuje se všemi členy týmu, přičemž podléhá hlavnímu fyzioterapeutovi. Vodič koně je proškolená osoba starší osmnácti let, která vede koně během

hipoterapeutické jednotky. Přivádí koně k nasedací rampě a spolupracuje se všemi členy týmu (periodikum Česká hiporehabilitační společnost 2017).

Posledním nepostradatelným členem týmu je speciálně vybraný hiporehabilitační kůň. Ten musí mít složenou specializační zkoušku pro koně a pony zařazené do hiporehabilitace, neboť jsou na něj kladeny veliké nároky.

Obecně se nedá určit plemeno koně, které je pro činnost v hiporehabilitaci nejvhodnější. Ze zkušeností vyplývá nejčastější zastoupení koně teplokrevného nebo chladnokrevného typu a kříženci. Důležitým hlediskem je věk a pohlaví koně. Podle řádu hiporehabilitační společnosti může v hiporehabilitaci pracovat kůň pouze starší pěti let, pohlavím klisna nebo valach.

Neméně důležitým aspektem je charakter koně a jeho zdravotní stav. Tyto kritéria se hodnotí při zkouškách koní určených pro hiporehabilitaci. Kůň musí být fyzicky i mentálně vyrovnaný. Měl by vykazovat známky poslušnosti, snášet různé typy nasedání a sesedání.

Dávno za námi jsou časy, kdy byli do hipoterapie zařazováni koně s různými zdravotními problémy, vyřazení ze sportovní kariéry nebo jinak už nepotřební.

Samotná hiporehabilitace je pro koně těžkou prací, proto je vhodné koni zařadit alespoň dvakrát v týdnu psychickou rehabilitaci ve formě aktivního oddechu ve výběhu s ostatními koňmi (Jiskrová, I. 2012).

Shrnutí

Kůň byl dříve využíván především k práci nebo v bitvách jako součást vojenského tažení, ovšem už v dávné minulosti lékaři věděli o blahodárných účincích, jízdy na koni. V současné době se využívá tato plnohodnotná fyzioterapeutická metoda pomocí koně pro léčebné, rehabilitační i psychoterapeutické účely, kde působí výrazně reedukačně i kompenzačně. Její působení na motorickou stránku osobnosti pozitivně ovlivňuje i duševní činnost člověka. Využívá spontánnosti a přirozenosti pohybového působení ve vztahu k člověku. Zahrnuje specifické pohybové techniky, které pozitivně ovlivňují osoby s postižením s cílem dosažení požadované změny jejich stavu a to ve smyslu úpravy, zlepšení, ale i odstranění nežádoucích jevů a upevnění celkové stability jejich somatického i psychického stavu.

2 Charakteristika vybraných zdravotních postižení

2.1 Souběžné postižení více vadami

Podle M. Vítkové (2004) představují kombinované vady širokou škálu nedostatků v oblasti psychických, fyzických a sociálních funkcí. Jedná se o společné poškození centrálních funkcí, které řídí vnímání, pohyb a zpracování.

Do první, nejpočetnější skupiny spadá mentální postižení, ke kterému jsou přidruženy tělesné vady, smyslové vady a vady řeči. Dále psychická onemocnění, vývojové poruchy učení a chování.

Druhou skupinu tvoří děti s kombinací vady tělesné, smyslové a vadami řeči. Zvláštní skupinu tvoří hluchoslepí jedinci.

Třetí skupinu tvoří děti s poruchou autistického spektra, u nichž jsou diagnostikovány přidružené vady. Může se jednat o mentální postižení, ale i vady smyslové a tělesné.

Příčiny vzniku postižení jsou různorodé. Postižení vzniká v různých etapách vývoje a způsobuje různé projevy a deficity. Obecně lze říci, že čím dříve postižení vznikne, tím je závažnější. Vady dělíme podle doby vzniku na prenatalní, perinatální a postnatální. Mezi prenatalní poruchy řadíme dědičné vady, chromozomální aberace, metabolické poruchy, neurologické příčiny, infekce matky během těhotenství. V perinatálním stadiu může dojít k poškození mozkové tkáně během porodu, důvodů může být několik. Může se jednat o protahovaný nebo klešťový porod, krvácení z mozkových tepen nebo hypoxii plodu. V postnatálním období, do dvou let věku dítěte se zpravidla jedná o infekční onemocnění, záněty mozku, nebo úrazy (Opatřilová D., Zámečnicková D. 2008).

Děti se souběžným postižením více vadami neměly ještě donedávna šanci na pravidelné vzdělávání. Především díky vícečetnému postižení byly tyto děti osvobozené od školní docházky a často umístovány v ústavech sociální péče. V současné době se díky speciálně pedagogické péči a změně v chápání postiženého jedince tato situace mění. Je poukazováno na stupeň postižení, nikoli na druh jak tomu bylo v minulosti. Postižení se rozlišuje podle stupně na lehké, střední a těžké (Hanák, P. 2011).

Mentální postižení

Je označení vrozeného postižení, které se projevuje neschopností porozumět svému okolí a dosáhnout stupně intelektového vývoje, když byl jedinec přijatelným způsobem vychován a stimulován. Mezi hlavní znaky patří nedostatečný rozvoj kognitivních

funkcí, omezená schopnost učení a obtížnější přizpůsobení na běžné životní podmínky (Vágnerová, M. 2014).

Rozlišujeme vrozené mentální postižení, které je spojené s poškozením vývoje centrálního nervového systému v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním, nejpozději do dvou let života dítěte.

Získané mentální postižení, označené termínem demence. Jedná se o zastavení nebo rozpad mentálního vývoje dítěte po druhém roce života. Příčinou může být vývojová porucha centrálního nervového systému, prodělaná nemoc nebo úraz mozku. Demence může vzniknout v dětství, dospělosti a stáří.

Sociálně podmíněné mentální postižení čili pseudooligofrenie, které vzniká v důsledku působení nepodnětného sociálního prostředí. Projevuje se opožděným vývojem řeči, myšlení a sociální adaptace. Do jisté míry lze deficit upravit, avšak záleží na věku dítěte, jeho dispozicích a zdravotním stavu (Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007).

Klasifikace mentálního postižení rozděluje jedince do šesti základních kategorií

lehké mentální postižení, středně těžké mentální postižení, těžké mentální postižení, hluboké mentální postižení a jiné mentální postižení.

U lehkého mentálního postižení se uvádí inteligenční kvocient od 50 – 69. Jedinci dosahují schopnosti účelně užívat řeč a udržovat konverzaci. Většina jedinců dosáhne úplné nezávislosti v péči o svou osobu i v praktických domácích dovednostech. Hlavní potíže se projevují zejména při teoretické práci ve školním prostředí u čtení a psaní. Většina jedinců s lehkým mentálním postižením má problémy v abstraktním a logickém uvažování, ale také v oblasti pozornosti a paměti. V socializačním procesu se nejvíce osvědčuje sociální učení. Většina jedinců se uplatňuje v zaměstnání vyžadující praktické schopnosti a jednoduché manuální činnosti (Pipeková, J., Vítková, M., Bartoňová, M. 2014).

U středně těžkého mentálního postižení měříme IQ od 35 – 49. V této skupině nacházíme podstatné rozdíly v povaze schopností a dovedností. Zpravidla u jedinců pozorujeme opožděný rozvoj chápání a užívání řeči. Ve školním prostředí jsou někteří jedinci při kvalifikovaném pedagogickém vedení schopni zvládnout základy čtení, psaní a počítání. Řeč zůstává i v dospělosti obsahově chudá, u některých jedinců zůstává komunikace na nonverbální úrovni. Omezená je také schopnost v oblasti sebeobsluhy a v nábídku dovedností. Takto postižení jedinci potřebují po celý život využívat služby chráněného bydlení. Jen zřídka kdy dojde k úplně samostatnému životu. V dospělosti

jsou schopni vykonávat lehké manuální práce, pakliže je zajištěn odborný dohled (Švarcová, I. 2011).

Těžké mentální postižení IQ 34 – 20. Snížená úroveň schopností a opožděný psychomotorický vývoj u jedinců s těžkým mentálním postižením je patrný už v předškolním věku. Většina jedinců trpí závažnou poruchou motoriky, limitováni jsou také v oblastech sebeobsluhy. Řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni, výjimečně jsou někteří jedinci schopni použít pár slov. Výchova a vzdělání jsou značně omezené, ale ukazuje se, že včasná rehabilitační výchovně vzdělávací péče může přispět k rozvoji motorických a komunikačních dovedností.

Hluboké mentální postižení dosahuje IQ 19 a níže. U těchto jedinců je nutná trvalá péče ve všech základních úkonech. V senzorické a motorické oblasti je patrné těžké postižení. Komunikace je omezená na úroveň jednoduchých požadavků a nonverbálních odpovědí (Vágnerová, M. 2014).

Jiné mentální postižení. Tento název se užívá pouze v případě nemožnosti stanovit stupeň intelektového postižení, z důvodu těžkého kombinovaného postižení.

Aicardého syndrom se řadí mezi velmi vzácné vrozené onemocnění, které má zřejmě genetickou příčinu. Nejzávažněji je postižen nervový systém. Často není přítomna mozková struktura, která propojuje mozkové hemisféry. U postižených jedinců se vyskytují poruchy intelektu, mentální postižení, křeče a epileptické záchvaty. Často se vyskytuje narušená oční sítnice. Vývoj novorozenců probíhá obvykle několik měsíců bez zvláštností, následně po několika měsících se vyskytnou křeče a začne docházet ke zpomalení psychomotorického vývoje. Diagnóza bývá určena po důsledném vyloučení všech jiných možných příčin. K potvrzení se používají zobrazovací metody EEG, CT nebo magnetická rezonance. Prevence není bohužel v silách současné medicíny, stejně tak léčba není zcela jednoduchá, obvykle jsou postižení jedinci v péči neurologů, očních lékařů a psychologů. Na celém světě je potvrzeno několik stovek dětí s touto diagnózou. Vyskytuje se výhradně u děvčat, chlapci umírají v průběhu fetálního vývoje (lékařský slovník [online]).

Westův syndrom patří mezi časně epileptické encefalopatie. U drtivé většiny případů se objevuje do jednoho roku věku dítěte, nejčastěji mezi třetím až sedmým měsícem věku. Pro diagnózu Westova syndromu jsou charakteristické infantilní spasmy, nazývané bleskové křeče, které se opakují několikrát za den. Dlouhodobá prognóza se odvíjí od

příčiny, včasné diagnózy a adekvátní terapii. Jasná příčina vzniku není zcela známa, často se uvádí různé vrozené vývojové vady mozku. V některých případech se spouštěcím faktorem stala vakcinace proti černému kašli, případně jiné zatížení imunitního systému (pro lékaře [online]).

Epilepsie je závažné chronické onemocnění mozku, které se projevuje opakovanými epileptickými záchvaty. V dětství a mládí je výskyt epileptických záchvatů závislý na věku a na typu epilepsie. Snadnější vznik epileptických záchvatů u dětí je způsoben faktem, že v dětském mozku není plně vyvinuta přirozená autoregulace, která by mohla epileptické výboje eliminovat. Ke stanovení diagnózy zpravidla dochází za předpokladu opakovaného výskytu dvou a více nevyprovokovaných epileptických záchvatů. Diagnózu stanovuje neurolog na základě anamnestických údajů za pomoci vyšetřovacích a zobrazovacích metod. Záchvaty se mohou projevovat jen pouhým zahleděním, výpadkem paměti nebo pak známými křečemi se ztrátou vědomí. Rozeznáváme celou řadu různých epilepsií lišících se vznikem, trváním i průběhem záchvatů. Záchvaty dělíme na klinické a subklinické.

Klinický záchvat se může projevit poruchou vědomí, pohyblivosti a pozměněným psychickým stavem. Subklinický záchvat lze rozpoznat pouze na vyšetření elektrické aktivity mozku.

Základní mezinárodní klasifikace dělí epileptické záchvaty na parciální, generalizované a skupinu neklasifikovatelných epilepsií.

Pokud se jedná o výboj, který je omezen na část mozku, hovoříme o parciálním neboli ložiskovém záchvatu. *„Porucha vědomí u parciálních záchvatů není přítomna vůbec nebo je ve formě zastřené vědomí.“*

Generalizované záchvaty jsou krátké, projevují se v náhlém strnutí v činnosti. Vznikají náhle a trvají obvykle několik sekund. Projevem může být zahledění, přerušení nebo zpomalení právě vykonávané činnosti. V krátkém záchvatu může nastat amnézie, kterou si jedinec uvědomí až ze ztráty kontextu nebo reakce okolí. Do generalizovaných záchvatů řadíme také tonicko-klonické generalizované záchvaty, dříve označovány jako „grand mal“. Typickým projevem je tonická fáze s pádem na zem při čemž je postiženo také dechové svalstvo. Následuje promodráání v obličeji a problémy s pravidelným dechem. Křeči bývají postiženy i žvýkácké svaly, proto často dochází k poranění rtů i jazyka. Záchvat končí uvolněním, avšak bezvědomí může přetrvávat po různou dobu. Po záchvatu a probuzení přetrvává zmatenost, bolesti hlavy a svalové bolesti.

Neklasifikovatelné záchvaty jsou takové, u nichž není možné zařazení do některé skupiny podle daných kritérií. Nemáme k dispozici dostatek údajů nebo nám chybí objektivní anamnéza“ (Ošlejšková, H., Vítková M. 2013).

Hypotonie

Je patologicky snížený svalový tonus a snížený odpor, který sval klade. Sval se při vlivu zevní síly nedostatečně zapojuje do stabilizace postury a tím dochází ke změnám držení těla a zatížení kloubů.

Z řady klinických prací vyplývá, že některé svaly mají v posturálních funkcích tendenci k útlumovým projevům – hypotonii. U jiných svalů naopak sledujeme tendenci k hypertonii a svalovému zkrácení. Svaly, které inklinují k oslabení, jsou z fyziologického pohledu držení těla mladší než svaly s tendencí ke zkrácení.

Hypotonie vzniká z různých příčin. Nejčastěji se jedná o přerušení periferního nervu, předních nebo zadních kořenů míchy. Léze v oblasti předních rohů míchy, se projevuje těžkou hypotonií v okrajových částech končetin. Poškození zadních provazců míchy se projevuje reflexními příčinami a hypoaktivitou (Kolář, P. 2013).

Spastická kvadraparéza

Je ze všech spastických forem tou nejtěžší. Jedná se o spastickou obrnu na všech čtyřech končetinách. Rozlišujeme hemiparetickou a diparetickou formu kvadraparézy. Jedinci se spastickou kvadraparézou jsou odkázáni na pomoc druhé osoby. Pokud jim to schopnosti dovolují, pohybují se pomocí elektrického vozíku.

U spastické kvadraparézy je velmi častý výskyt mentálního postižení, přidružená epilepsie a téměř vždy je zasaženo centrum řeči. V mnoha případech nelze spolehlivě určit intelekt daného jedince. U nejtěžších případů je nutná asistence při přijímání potravy, která je podávána peg sondou.

Terapie spastické kvadraparézy spočívá v cílené reedukaci a prevence vzniku spasmů. Včasné zahájení terapie Vojtovou metodou dokáže zabránit chorobnému zkrácení svalů. Z dalších rehabilitačních cvičení se dá využívat Bobathova metoda, ergoterapie a orofaciální terapie (Bartoňová, M., Pitnerová, P., Vítková, M. 2013).

2.2 Psychická onemocnění

Duševní poruchy rozdělujeme na úzkostné či neurotické poruchy, poruchy osobnosti, psychotické afektivní poruchy a psychosomaticky podmíněné onemocnění. Úzkostné a neurotické poruchy jsou nejčastější skupinou duševních poruch. Projevují se nepřiměřenou úzkostí, která se může projevovat vyhrconými akutními atakami. Emoce slouží člověku jako základ subjektivního hodnocení situace, mají autoregulační funkci, která naši aktivitu stimuluje či tlumí. Rozlišujeme úzkost a strach. Úzkost je charakterizována jako obava z neurčitěho obsahu a převažují u ní pocity napětí. Připravuje člověk k obraně proti něčemu zatím nejasnému. K vyvolání úzkosti stačí u některých jedinců pouhá představa. Sklony k úzkostným prožitkům jsou vrozené, ale posilují je negativní zkušenosti. Oproti tomu strach je chápán jako obava z něčeho konkrétního. Jedinec dokáže sdělit, čeho se bojí. Umožňuje rozlišovat podněty z hlediska jejich významu. U disponovaného jedince se může ze strachu vyvinout fobie. Navození strachu a úzkosti je proces, v kterém je emoční prožitek spojen s vegetativními projevy a reakcemi. Mohou se projevovat v rozmezí od mírného napětí až po panickou reakci. Vzhledem k aktuálnímu vyladění může být jejich hodnocení zkreslené, tím člověk vnímá vše včetně svých pocitů jiným způsobem, než když je v klidu. Úzkostná porucha může mít více podob. Jedná se o generalizovanou úzkostnou poruchu, fobickou úzkostnou poruchu, panickou úzkostnou poruchu a obsedantně kompulzivní (Vágnerová, M. 2014).

Do skupiny neurotických a psychotických poruch řadíme také narušení komunikační schopnosti zvané „mutismus“. Pojmem mutismus rozumíme ztrátu schopnosti řečových projevů, která není podmíněna organickým poškozením centrálního nervového systému. Do této kategorie zařazujeme také „elektivní mutismus“, který představuje ztrátu řeči vázanou na určitou situaci, prostředí nebo osobu. Diagnóza je stanovena v případě trvání nemluvnosti nejméně jednoho měsíce. Nejčastěji se s touto ztrátou verbální komunikace setkáváme u dětí v období nástupu do školy. Neverbální komunikace formou posunků, kývnutím hlavy a podobně je u některých dětí zachována. V přístupu k jedincům postihnutých elektivním mutismem nelze uplatňovat autoritativní přístup. Příčiny se člení na dvě skupiny. První z nich je endogenní příčina, vyskytující se u dětí s velkou psychickou senzibilitou. Druhá je exogenní příčina, psychicky zatěžující okolní prostředí, přehnané požadavky na dítě (Klenková, J., Bočková, B., Bytešníková I. 2012).

Poruchy osobnosti

Problematikou poruch osobnosti se začali zabývat psychiatři ve druhé polovině devatenáctého století. Událo se tak v souvislosti s přesnější klasifikací duševních poruch. „*Porucha osobnosti je definována jako určitý, trvalý a těžko ovlivnitelný vzorec osobnostních rysů, které se odlišují od aktuální sociokulturní normy*“ (Vágnerová, M. 2014). Příčiny vzniku nejsou jednoznačně určeny. Můžeme předpokládat, že se na vzniku podílejí biologické a psychosociální faktory, které se vzájemně ovlivňují. Dalším faktorem působícím pro rozvoj nebo posílení poruchy mohou být sociální vlivy, zejména působení rodiny, sociální skupiny a její životní styl. Podle mezinárodní klasifikace nemocí rozlišujeme následující základní typy poruch osobnosti:

Paranoidní porucha osobnosti - typickým znakem je nadměrná přecitlivělost na reakce okolí a nepřiměřená nedůvěra k jiným lidem. Kombinace nedůvěry a obavy z ohrožení vedou k distanci vůči lidem. Lidé trpící touto poruchou mívají problémy v soukromém životě, ale i ve společenství obecně.

Schizoidní porucha osobnosti - hlavním příznakem poruchy je nápadná uzavřenost, nezájem o okolní svět, zejména o kontakt s lidmi. Typickým znakem je snížená emoční citlivost, uzavírání se do vlastního světa a lhostejnost k názorům ostatních.

Disociální porucha osobnosti - lidé s touto diagnózou bývají emočně labilní. V jednání převládá egocentrismus, nejsou schopni ovládat své jednání a chování vůči druhým lidem. Často se uchylují k tendenci reagovat afektivním výbuchem, nejsou schopni sociální adaptace, tím selhávají ve většině rolí.

Emočně nestabilní porucha osobnosti – jak název napovídá, porucha se jeví v nápadně proměnlivém a nevypočitatelném jednání. Tato porucha je dále rozdělena podle převažujících znaků na impulsivní a hraniční. U impulsivního typu je typickým znakem vznětlivost a emoční nestálost. Zatímco u hraničního typu je patrné negativní ladění a pocit emoční prázdnoty se sklonem k dichotomickému uvažování.

Histrionská porucha osobnosti – nejvýraznějším znakem této poruchy je nerovnováha mezi citovým prožíváním a vnějšími projevy. U osob s touto poruchou přetrvávají pocity zklamání, které souvisí s potřebou častého vzrušení. Lidé trpící touto poruchou na sebe rádi upoutávají pozornost a mají sklon k bájevé lhavosti.

Narcistická porucha osobnosti – citově chladní lidé s poruchou sebehodnocení. Potřeba pozitivního sebepotvrzení je zřejmě projevem vnitřní nejistoty. Jedinci bývají přecitlivělí se sníženou odolností k frustraci a mívají narušené vztahy k lidem.

Obsedantně kompulzivní porucha - se projevuje potřebou nadměrné kontroly s narušeným emočním prožíváním. Mezi typické znaky patří zvýšená závislost na názorech jiných lidí, nadměrná kritičnost, tendence k neustálé kontrole.

Anankastická porucha osobnosti – typickým znakem je nerozhodnost, extrémní systematičnost, dodržování vybudovaných pravidel. Lidé trpící touto diagnózou se nadměrně zabývají detaily na úkor kvality.

Úzkostná porucha osobnosti – projevuje se sklony k úzkostnému prožívání, které souvisí s tendencí vyhýbat se jakémukoliv potencionálnímu ohrožení. Sklony k vyhýbání, lze považovat za obrannou reakci, která se promítá do sociálních kontaktů i do partnerských vztahů (Praško, J. 2015).

Psychotické afektivní poruchy

Do psychotických a afektivních poruch řadíme schizofrenii a maniodepresivní syndrom. Schizofrenie je závažná duševní porucha, při níž je chronicky narušené myšlení, vnímání, emoce a integrita. Přesná příčina této poruchy není jednoznačně určena, vznik může ovlivňovat několik faktorů a jejich vzájemná interakce. Potvrzuje se, že ke vzniku přispívají i genetické faktory. Schizofrenie má různé příznaky i průběh. Vnější vlivy lze pokládat spíše za vyvolávající podněty. Mezi projevy schizofrenie patří poruchy vnímání. Především se jedná o iluze a halucinace, které lze popsat jako klamně vjemy, vznikající nezávisle na vnějším podnětu. Poruchy myšlení, které se projevují bradypsychismem, zpomaleném myšlení, které může vézt k ulpívání na jedné myšlence nebo tachypsychismu zrychleném myšlení, které postihuje řečový projev svou nesrozumitelností. Citové prožívání osob trpících schizofrenií je proměnlivé, citové reakce bývají nepředvídatelné. Často je porucha spojená s pojmem afektivní ambivalence, která vyjadřuje rozpolcení vztahu. Lze ji chápat jako projev dezintegrace. K projevům narušené orientace také patří porucha uvědomování sebe samého a pocity depersonalizace. Schizofrenie se dělí na několik typů. Patří mezi ně paranoidní schizofrenie, hebefrenií schizofrenie, katatonii schizofrenie a simplexní schizofrenie.

Maniodepresivní psychóza se řadí mezi vážné psychické onemocnění, při kterém dochází k poruchám nálady postiženého. Porucha ovlivňuje nejen jednání, ale také celou osobnost člověka. Dochází u ní ke střídání depresí, při kterých člověk ztrácí schopnost projevovat radost, má sklony k úzkostnému prožívání, zvyšují se sklony k pocitům viny. V závažnějším stadiu vznikají pocity beznaděje, zoufalství a bezmoci. Oproti tomu ve fázi manické se člověk projevuje patologicky povznesenou náladou

spojenou s hyperaktivitou. Jedinec bývá v napětí a jeho nápadně dobrá nálada nenese známky přirozenosti. Maniodepresivní porucha může mít různý průběh, jedinec může trpět pouze jedním typem poruchy, většinou se jedná o depresi, nebo se střídavě objevují oba příznaky. Afektivní poruchy můžou vzniknout u jakékoliv osobnosti. Vyvolávajícím podnětem může být konkrétní zátěž nebo ztráta, která bývá často považována za příčinu (Vágnerová, M. 2014).

Psychosomaticky podmíněné onemocnění

Základem psychosomatické péče je celostní pohled na zdraví a nemoc člověka. Na nemoc je třeba nahlížet nejen jako na poruchu struktury, ale je třeba hledat souvislosti s psychickými a sociálními aspekty. Významným hlediskem psychické reakce na nemoc je způsob jejího prožívání. Psychosomatické vztahy fungují zcela nenápadně, při tom však psychické zátěže mohou přispět k vyvolání tělesných potíží a ovlivnit průběh onemocnění. Somatické, psychické a sociální faktory se v různé míře podílejí na vzniku i závažnosti onemocnění, při čemž význam těchto faktorů může být v individuálních případech odlišný. Lze předpovídat, že vznik psychosociálních poruch je ovlivněn komplexem biopsychosociálních faktorů, které se vzájemně prolínají. Biologická dispozice je do značné míry dána geneticky, ale může se samozřejmě měnit odlišným způsobem života, životosprávou a prodělanými chorobami. Psychické dispozice jsou předurčeny osobností jedince a jeho temperamentem. Jedinci se sklony reagovat na psychickou zátěž somatickými projevy často nedůvěřují svým emocím a nedokážou se v nich orientovat. Výsledkem může být onemocnění vycházející z neodžitéch nemocí a emočních prožitků.

Uznávanou příčinou psychosomatického onemocnění je prožívání konfliktu, v tomto případě je psychosomatická porucha únikovým řešením, které je v danou chvíli pro jedince přijatelnějším řešením. Význam sociálních stresorů jako spouštěči somatických příznaků má rozmanitý charakter. U dětí se jedná především o problémy rodinné, školní nebo konflikty mezi vrstevníky. V dospělosti mohou být spouštěčem problémy konflikty v mezilidských vztazích obecně. Za psychosomatické projevy jsou zodpovědně všechny faktory, které se podílejí na vzniku, udržování nebo zhoršování zdravotního stavu jedince (Klímová, J., Fialová, M. 2015).

2.3 Specifické poruchy učení

Poruchy učení je termín vymezující heterogenní skupinu obtíží, které se projevují především při osvojování řeči, čtení, psaní a matematických operacích. Popsané obtíže vznikají na základě dysfunkcí centrální nervové soustavy a mají individuální charakter. Specifické poruchy učení nepostihují pouze oblast školských dovedností, doprovází je pocity méněcennosti a celý řetězec obtíží, se kterými se jedinci musí umět vyrovnávat.

V. Pokorná (2010) uvádí: „*Je zcela nezvratné, že existuje fenomén specifických poruch učení, který někdy výrazně nepříznivě ovlivňuje vzdělávací i osobnostní rozvoj dětí, takže má vliv i na jejich celoživotní orientaci a adaptaci ve společnosti. Má rozličnou etiologii, mimointelektového charakteru, která však negativně ovlivňuje rozvoj kognitivních a intelektových funkcí jedince*“.

Z definic poruch učení vyplývá fakt, který dokazuje, že poruchy učení se mohou objevovat souběžně s jinými defekty, avšak nevznikají na jejich podkladě. Dalším termínem, se kterým se můžeme setkat, označujeme „neverbální poruchy učení“. Typickým projevem jsou obtíže v prostorové orientaci, sociální uzavřenost, narušené sociální projevy. Prohlubující se problémy v psychomotorické oblasti, deficity v mechanickém počítání a porozumění čtenému textu. Naopak jedinci mají dobrou mechanickou a akustickou paměť, slovní zásobu.

K příčinám specifických poruch učení řadíme lehké mozkové dysfunkce, dědičnost a neurotické nebo nejasné etiologie. Psychoanalytický přístup zmiňuje poruchu vztahu mezi dítětem a okolním prostředím, který má původ v raném dětství. K symptomům specifických poruch učení řadíme dyslexii, charakterizovanou obtížemi se správným nebo plynulým rozpoznáním slova. Dyslexie postihuje rychlost a správnost čtení. U žáků často dochází k záměně písmen tvarově podobných, v písemném projevu k vynechávání písmen, slov nebo dokonce celých vět. Dále vykazují potíže se čtením, které se projevují pomalým tempem, dvojím čtením a chybnou výslovností. Dysgrafii postihující úpravu písemného projevu a osvojování jednotlivých písmen, často se tato porucha objevuje s dysortografií. Ovlivňuje u žáků celou školní docházku, ale také výrazně zasahuje do života v dospělosti. Dysortografii projevující se zejména v pravopisu, kde dochází k vynechávání nebo přidáváním písmen, přesmykováním slabik. Nezahrnuje ovšem oblast celé gramatiky, potíže se projevují v rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek, v záměně zvukově podobných slabik. V důsledku bývá narušen pravopis, komolení slov a gramatické chyby. Dyskalkulie je specifická porucha matematických operací, která se projevuje potížemi při získávání a využívání matematických

schopností. Mezi další specifické poruchy patří dyspinxie, charakteristická nízkou úrovní kresby a neobratným zacházením s tužkou. Dismúzie, specifická porucha, která postihuje schopnost vnímání a reprodukce hudby a zapamatování melodie. A poslední dyspraxie, u které je patrná menší obratnost, nechť k motorickým činnostem z důvodu nevzhlednosti jejich produktů. Obtíže se vyskytují také v písemném i mluveném projevu. Dalším termínem, se kterým se setkáváme, jsou nespecifické poruchy učení. Při nich porucha nespočívá v základních schopnostech ke čtení, ale i v jiných oblastech souvisejících s vnitřními nebo vnějšími příčinami. Mezi vnitřní příčiny řadíme opožděný intelektový vývoj, mezi vnější, napjatou situaci v rodině, dlouhé zanedbávání školní docházky nebo špatný zdravotní stav či vážné smyslové vady dítěte (Zelinková, O. 2015).

Problémy projevující se ve psaní nebo čtení, mohou být způsobeny také neznalostí didaktických postupů učitele, nesprávnou metodikou čtení a psaní, nebo nerespektování osobního tempa žáka. V tomto případě hovoříme o didaktogenních poruchách učení (Pokorná, V. 2010).

2.4 Poruchy autistického spektra

Pojmem autismus je označována porucha autistického spektra. Tato porucha je řazena podle WHO, mezi pervazivní vývojové poruchy. Jedná se o poruchy, které prostupují celou osobností postiženého jedince. Mezi charakteristické znaky patří porucha sociální interakce, problémy v oblasti verbální a neverbální komunikace a v adaptaci chování. Porucha sociální interakce se mění u jednotlivců s autismem podle hloubky jejich postižení a tím se výrazně liší v projevech. Někteří jedinci mají potíže v základních sociálních dovednostech, které neodpovídají věku intaktních jedinců. Mírnější forma projevu v sociálních potížích neznemožňuje jedincům běžný život a obvykle projdou školní docházkou bez povšimnutí, někdy je jejich chování považováno za podivné. Porucha těžší formy znatelně ovlivňuje celý život jedince s autismem i jeho rodiny. Působí problémy ve škole a výrazně znesnadňuje účast jedince ve výchovně vzdělávacím a později v pracovním procesu. Poruchy autistického spektra jsou diagnostikovány na základě řady symptomů ve specifických oblastech bez ohledu na přítomnost jiné přidružené nemoci (Thorová, K. 2016).

Mezi jednotlivé poruchy autistického spektra patří:

Dětský autismus. Stupeň závažnosti bývá různý od mírné po těžkou formu. Problémy se musí objevovat ve všech oblastech triády. Kromě poruch v sociální interakci,

komunikaci a představivosti mohou jedinci s autismem trpět dalšími dysfunkcemi, projevujícími se v chování.

Atypický autismus. Označován také jako pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná, při které jedinec splňuje pouze některá kritéria autismu. Obvykle se diagnostikuje v případě prvních symptomů vzácně až po třetím roce života. Abnormální vývoj je narušen ve všech oblastech triády, ovšem závažnost symptomů nesplňuje kritéria a tím dochází k nenaplnění diagnostické triády. Obecně se dá říci, že část jedinců s atypickým autismem má méně narušeny některé oblasti oproti dětem s klasickým autismem. Ovšem v oblasti péče a intervence se neliší od dětského autismu.

Aspergerův syndrom. Řadíme mezi poruchy autistického spektra, které se vyznačuje potížemi v komunikaci a sociální interakci v rozporu s dobrým, někdy nadprůměrným intelektem. S pomocí nácviků a vhodného přístupu mohou někteří jedinci zvládnout školní docházku v běžné základní škole a později vézt téměř normální život. Na druhé straně jiní jedinci se neobejdou bez asistence druhé osoby již od útlého věku. Opožděný vývoj řeči se u dětí může i nemusí objevit. Typickým projevem je užívání mechanické, formální řeči vytržené ze sociálního kontextu. Děti s Aspergerovým syndromem vyžadují dodržování rituálů. Obtížně chápou pravidla, projevy a ironii cizích lidí, čímž může docházet k problémovému chování.

Rettův syndrom. Je těžké neurologické, pervazivní postižení, které se projevuje ztrátou kognitivních schopností s dopadem na somatické, motorické i psychické funkce. Tento syndrom postihuje zdánlivě zdravé dívky, u kterých se v šestém až osmnáctém měsíci života zastavuje vývoj a dochází k regresi. Nerozvíjí se řeč, dochází ke ztrátě naučených volných pohybů rukou, sociálních dovedností, později také k schopnostem sociální interakce. Dívky s Rettovým syndromem se dožívají věku označovaného jako starší dospělost. V průběhu života psychicky vyžívají, snižují se prudké výkyvy nálad a zlepšuje se sociální porozumění.

Dětská dezintegrační porucha. Patří mezi syndromy autistického spektra, při kterém dochází u dětí mezi druhým a čtvrtým rokem k výrazné regresi a nástupu těžkého mentálního postižení, přestože dosavadní vývoj probíhal zcela uspokojivě. K regresi dochází z dosud neznámé příčiny. Zhoršení stavu může být náhlé nebo trvá i několik měsíců. Od dětského autismu se liší pozdější dobou nástupu a také ztráta dovedností je mnohem výraznější. Ve srovnání s jiným typem autistického spektra má dezintegrační porucha horší prognózu na další vývoj dítěte (Thorová, K. 2012).

Shrnutí

Pojmem zdravotní postižení se rozumí tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, kterým jsou postihnuty osoby jakéhokoli věku. Každé zdravotní postižení lze chápat jako narušení funkcí organismu, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu života jedince a je zátěží pro celou rodinu.

Na celém světě se vyskytuje podstatné množství zdravotně postižených jedinců, jejichž postižení má různé příčiny. Jejich množství se průběhem času mění, v důsledku onemocnění či následkem úrazu. U vrozeného postižení mohou být různé příčiny. Podílejí se na nich poruchy genetických dispozic, ale také vlivy vnějšího prostředí v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období. Získané postižení vzniká většinou následkem nemoci nebo úrazu a v pozdějším věku představuje pro člověka velké psychické trauma, neboť si uvědomuje ztrátu možností, o kterou přišel. Dynamika postižení se liší v nástupu, průběhu i prognóze a stanovená diagnóza určuje předpoklad dalšího rozvoje.

3 Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

3.1 Legislativní opatření

V roce 2014 byla schválena Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2020. Dlouhodobý záměr je zpracován v souladu s ustanovením § 9 odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění pozdějších předpisů. Zakotvuje záměry, cíle a kritéria vzdělávací politiky vycházející ze Strategie 2020. Určuje rámec dlouhodobých záměrů krajů a sjednocuje přístup státu a jednotlivých krajů zejména v oblasti nastavení parametrů vzdělávací soustavy. Trendy a cíle stanovené na úrovni České republiky krajské úřady rozpracovávají pro specifické podmínky a potřeby svého kraje, navrhují a zdůvodňují svá konkrétní řešení. Dlouhodobý záměr navazuje na vzdělávání a rozvoj vzdělávací soustavy České republiky na období 2011-2015.

Vzdělávací soustavou se zabývá bez rozdílu jednotlivých zřizovatelů tedy tak, jak ji definuje školský zákon a nezahrnuje vzdělávání na vysokých školách. Plně akceptuje zásadu rovnosti mužů a žen, problematiku ochrany životního prostředí a udržitelného rozvoje (školský zákon/vzdelavani 2020.cz).

Školský zákon č. 561/ 2004Sb. upravuje předškolní, základní, střední a vyšší odborné vzdělávání ve školách a školských zařízeních a stanovuje podmínky, za nichž se vzdělávání a výchova uskutečňuje. Vymezuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob při vzdělávání. Cíle vzdělávání stojí na několika zásadách.

Patří mezi ně rovný přístup každého občana České republiky nebo jiného státu Evropské unie ke vzdělávání bez diskriminace. Zohledňování vzdělávacích potřeb všech jednotlivců. Bezplatné základní a střední vzdělávání státních občanů České republiky nebo jiného státu Evropské unie ve školách, které zřizuje stát, kraj nebo obec. Svobodné šíření poznatků, které jsou v souladu s obecnými cíli vzdělávání. Možnost každého občana na vzdělávání po celou dobu celého života. „V České republice vytvářejí rámec pro školní kurikulum vzdělávací standardy, které jsou závazné pro všechny školy příslušného typu. Kurikulární dokumenty v České republice jsou vytvářeny na dvou úrovních: státní a školní“ (Bartoňová, M., Pitnerová, P., Vítková, M. 2013). Státní úroveň představuje Národní program vzdělávání a rámcové vzdělávací programy, které se vydávají pro každý obor vzdělání v základním, středním a předškolním vzdělávání.

Rámcové vzdělávací programy vymezují povinný obsah, konkrétní cíle, délku a podmínky vzdělávání. Musí také odpovídat nejnovějším poznatkům vědních disciplín,

pedagogiky a psychologie. Jsou závazné pro tvorbu školních vzdělávacích programů, podle kterých se uskutečňuje vzdělávání ve školách a školských zařízeních. Školní vzdělávací programy musí být v souladu s rámcovým vzdělávacím programem, vydává ho ředitel školy nebo školského zařízení a může, do něj nahlížet kdokoli o něj projeví zájem. Školský vzdělávací program pro vzdělávání, pro nějž není vydán rámcový vzdělávací program, stanoví cíle, délku, formu a časový plán vzdělávání (školský zákon). Poskytování poradenských služeb je vymezeno ve vyhlášce č.72/2005 Sb. ve znění vyhlášky 197/2016 Sb. Poradenské služby ve školách a školských poradenských zařízeních jsou poskytovány dětem, žákům, studentům, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením ve znění pozdějších předpisů. Školská poradenská zařízení a školy poskytují bezplatně standardní poradenské služby a to na žádost žáků, jejich zákonných zástupců, škol nebo školských zařízení nebo na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci. „*Poradenská služba se začne poskytovat bez zbytečného odkladu, nejpozději však do tří měsíců ode dne přijetí žádosti, nestanoví-li jiný právní předpis jinak. Podmínkou poskytnutí poradenské služby je, že žadatel poskytl součinnost potřebnou k naplnění účelu poradenské služby. Krizová poradenská intervence, kterou se poskytuje pomoc v naléhavých ohrožujících situacích, se poskytuje bezprostředně po přijetí žádosti*“ (vyhláška č. 72/2005 Sb. [online]).

Škola nebo školské poradenské zařízení musí předem srozumitelně informovat žáka a také jeho zákonného zástupce o všech podstatných náležitostech poskytované poradenské služby, zejména o povaze, rozsahu, trvání, cílech a postupech poskytované poradenské služby. Dále o prospěchu, který je možné očekávat, a o všech předvídatelných důsledcích, které mohou vyplynout z poskytování poradenské služby, i možných následcích. Výsledkem poradenských služeb je zpráva, ve které jsou uvedeny skutečnosti pro navržení podpůrných opatření. A doporučení, v kterém jsou uvedeny závěry vyšetření a podpůrná opatření prvního až pátého stupně. Školské poradenské pracoviště poskytuje zprávu i doporučení žákovi a jeho zákonným zástupcům. Škole nebo školskému zařízení je poskytnuto pouze doporučení (vyhláška 72/2005 Sb. [online]). Mezi školská poradenská zařízení řadíme pedagogicko-psychologickou poradnu a speciálně pedagogické centrum.

Pedagogicko-psychologická poradna zajišťuje pedagogicko-psychologickou připravenost žáků na povinnou školní docházku. Podílí se na vzdělávacím procesu, a to zvláště v těch případech, kdy je tento vzdělávací proces nějakým způsobem znesnadněn.

Provádí psychologická a speciálně pedagogická vyšetření pro zařazení žáků do škol, tříd nebo oddělení.

Hlavní součástí činnosti pedagogicko-psychologické poradny je přímá práce s dětmi a žáky škol a školských zařízení. Pomáhá řešit výukové a výchovné problémy dětí předškolních zařízení, základních a středních škol a to zpravidla u dětí a žáků od tří do devatenácti let věku. Prostřednictvím metodika prevence zajišťuje prevenci sociálně patologických jevů. Zaměřují se zjištění poruch učení, příčin poruch chování a dalších problémů ve vývoji osobnosti. Poskytují kariérové poradenství, participují na činnostech v oblasti prevence rizikového chování u dětí a mládeže, napomáhají při rozvoji pedagogicko-psychologických kompetencí učitelů.

Pedagogickými pracovníky PPP jsou psychologové a speciální pedagogové, kromě nich se na odborných činnostech podílejí také sociální pracovníci. Činnost poradny se uskutečňuje zejména ambulantně nebo návštěvami pracovníků ve školách a školských zařízeních.

Speciálně pedagogická centra poskytují poradenské služby žákům se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním ve školách a školských zařízeních.

Centrum zajišťuje speciální připravenost žáků se zdravotním postižením na povinnou školní docházku a vzdělávání pro uvedené žáky. Činnost centra je zaměřena na podporu klientů integrovaných do škol a školských zařízení a na podporu klientů s těžkým nebo kombinovaným postižením. Dále vykonává speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku. Poskytuje poradenskou činnost pedagogickým pracovníkům a rodičům v oblasti vzdělávání žáků se zdravotním postižením.

Centrum svou činnost vykonává ambulantně nebo v terénu formou návštěv pracovníků centra v prostředí kde klient žije. Ve školách, školských zařízeních nebo zařízeních pečující o žáky se zdravotním postižením, zpravidla od tří do devatenácti let (národní ústav pro vzdělávání [online]).

3.2 Podpůrná opatření

„Podpůrnými opatřeními se rozumí využívání speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálněpedagogické péče, poskytování pedagogických a psychologických služeb, souběžné působení dvou

pedagogických pracovníků ve třídě, zajištění služeb asistenta pedagoga a poskytnutí individuální podpory při výuce“ (Bartoňová, M., Pitnerová, P., Vítková, M. 2013)

Vyhláška č. 27/2016 Sb., pojednává o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání žáků mimořádně nadaných, které se uskutečňuje s využitím vyrovnávacích a podpůrných opatření. Podpůrná opatření se člení do prvního až pátého stupně. Podpůrná opatření prvního stupně navrhuje a poskytuje vždy škola. Představují minimální úpravu metod. Jsou využity úpravy v postupech vzdělávání žáka a nemají normovanou finanční náročnost. V prvním stupni podpůrného opatření slouží pedagogickým pracovníkům plán pedagogické podpory, který vytvoří participující učitelé pro žáka, který soustavně selhává. Legislativně není upraven, ale může být důležitým dokumentem, který pomůže školskému poradenskému zařízení identifikovat potíže žáka. Je písemným dokumentem o tom, jakým způsobem škola se žákem pracovala. Pokud úpravy v postupech, metodách a organizaci vzdělávání nepovedou ani po třech měsících k očekávané změně a obtíže u žáka budou stále přetrvávat. Doporučí škola zákonnému zástupci žáka nebo zletilému žákovi návštěvu ve školském poradenském zařízení. Po vyšetření vydá školské poradenské zařízení doporučení škole ke vzdělávání žáka ze speciálně vzdělávacími potřebami, které obsahuje mimo závěrů z vyšetření žáka také doporučovaná podpůrná opatření (vyhláška č. 27/2016 Sb. [online]).

Podpůrná opatření druhého až pátého stupně se poskytují na základě doporučení školského poradenského zařízení žákovi, kterému k naplnění vzdělávacích potřeb nepostačovalo poskytování podpůrného opatření prvního stupně.

K těm patří podpůrná opatření, která se vztahují k:

„úpravě metod a forem vzdělávání žáka,

k podpoře školním poradenským pracovištěm,

úpravě obsahu vzdělávání a případně k úpravě výstupů ze vzdělávání u žáků, kde je tato úprava možná a nezbytná,

organizaci vzdělávání (organizace výuky, volnočasových aktivit, prostorového uspořádání, práce s délkou vyučovací hodiny, délka přestávky, počet žáků ve třídě nebo skupině,

IVP ,

personální podpora pro práci pedagoga- asistent pedagoga, další pedagogický pracovník, školní psycholog/školní speciální pedagog,

podpora pro žáka - tlumočnick do českého znakového jazyka, přepisovatel pro neslyšící, průvodce pro orientaci v prostoru, osobní asistent nebo přítomnost další osoby, metodická podpora v intenzivní podobě ze strany ŠPZ po dobu 6 měsíců v případech, kdy škola vzdělává žáka, jehož vzdělávání a nastavení podpůrných opatření vyžaduje těsnou spolupráci s odborníky ŠPZ“ (vyhláška č. 27/2016 Sb. [online]).

Individuální vzdělávací plán je dle § 6 vyhlášky č. 27/2016 Sb., závazným dokumentem, který zajišťuje speciální vzdělávací potřeby žáka s důrazem na spolupráci rodiny, školy a poradenského pracoviště.

Individuální vzdělávací plán se vypracovává zpravidla před nástupem žáka do školy, nejpozději však jeden měsíc po nástupu žáka do školy nebo po zjištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Individuální vzdělávací plán může být podle potřeb upravován a doplňován během školního roku. Tvoří jej třídní učitel za pomoci školského poradenského zařízení, zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka a asistenta pedagoga. Jeho obsah vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěru školského poradenského zařízení a vyjádření zákonného zástupce žáka. Je součástí dokumentace žáka. Nejméně jednou ročně sleduje školské poradenské zařízení plnění a dodržování postupů stanovených v individuálním vzdělávacím plánu, poskytuje podporu žákovi zákonnému zástupci žáka a škole poradenskou podporu. V případě nedodržování opatření uvedených v individuálním vzdělávacím plánu informuje ředitele školy (Bartonová M., Pitnerová P., Vítková M. 2013).

Asistent pedagoga

Funkci asistenta pedagoga do třídy nebo studijní skupiny, ve které se vzdělávají žáci se speciálními vzdělávacími potřebami lze zřídit v souladu s §16 zákona č. 561/2004 Sb., ve znění novely č. 82/2015 Sb., (školského zákona). Asistent pedagoga podle § 5 a § 18 vyhlášky č. 27/2016 Sb., poskytuje podporu jinému pedagogickému pracovníkovi při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Hlavní náplní asistenta pedagoga je pomoc při výchovně vzdělávací činnosti, komunikace se zákonnými zástupci žáků a podpora žáků v adaptaci na nové prostředí. Asistent pedagoga může působit také ve školském zařízení pro zájmové vzdělávání, ve školském výchovném a ubytovacím zařízení, ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, nebo ve školském zařízení pro preventivně výchovnou péči jako pedagogický pracovník vykonávající pomocné výchovné práce. Informaci o možnosti zřízení funkce asistenta pedagoga pro žáka se speciální vzdělávací potřebou, která vyžaduje jeho přítomnost ve

výuce, získává ředitel školy z doporučení ke vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami.

Pokud se jedná o asistenta pedagoga pro školské zařízení, o souhlas ředitel školy nebo školského zařízení nemusí žádat. Pokud se ve třídě vzdělává pět a více žáků s podpůrnými opatřeními druhého až pátého stupně lze podle vyhlášky č.27/2016 Sb., v §18 získat asistenta pedagoga pro třídu. Asistent pedagoga může poskytovat podporu při vzdělávání žákovi nebo více žákům současně, nejvýše však čtyřem žákům ve třídě nebo studijní skupině v případě škol zřízených podle § 16 odst. 9 (vyhláška č. 27/2016 Sb. [online]).

3.3 Inkluze v České republice

Plán inkluzivního vzdělávání se v posledních dvaceti letech prosazuje jako jedna z předností vzdělávací politiky. Základem pro formulaci jednotlivých národních politik a legislativy se stávají mezinárodní dokumenty, které se mezi sebou liší zaměřením a povahou. Jedná se o dokumenty, které považujeme za počátek uvažování o inkluzi ve vzdělávání. Inkluze ve vzdělávání je chápána jako vytvoření takových podmínek, při kterých by se mohli žáci bez ohledu na svůj původ nebo zdravotní stav vzdělávat v běžných školách. Ideální cílový stav je inkluzivní vzdělávání, při kterém se všichni vzdělávají společně (Bartonová, M., Vítková M. 2013).

Ústředním cílem je zajištění rovného přístupu všech osob ke vzdělávání, s čímž souvisí zavedení nutných opatření, které povede k ukončení segregáční vzdělávací praxe. *Národní akční plán inkluzivního vzdělávání* obsahuje záměr posílit ve všech stupních vzdělávání inkluzivní koncepci výchovy. Inkluzivním vzděláváním se v dokumentu rozumí vzdělávání směrem k sociálním souvislostem a uspořádání běžné školy takovým způsobem, který může nabídnout odpovídající vyučování a studium všem dětem, žákům a studentům s ohledem na jejich individuální rozdíly a aktuální vzdělávací potřeby. Důraz na zvýšení inkluzivního vzdělávání v českém školství byl uváděn po více než uplynulé desetiletí ve většině aktů a norem, které byly v České republice přijímány. Patří mezi ně: *Národní plán podpory a vyrovnání příležitostí*, *Bílá kniha* a *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009*. Avšak praktický rozvoj inkluzivního vzdělávání u nás můžeme pozorovat teprve v posledních letech.

Tlak na inkluzivní vzdělávání u nás stále zesilují státní neziskové organizace, poukazující na inkluzivní uspořádání českých škol, které prosazuje návrhy trpícími

organizačními, legislativními a personálními nedostatky (Hájková V., Strnadová I., 2010). Inkluzivní vzdělávání se snaží uskutečňovat právo jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami na kvalitní a adekvátní vzdělávání ve školách hlavního vzdělávacího proudu, při zajištění speciálních pedagogů na všech stupních škol. Pro školní a speciální pedagogiku je největší výzvou podpora inkluzivního vzdělávání bez rozdílu mezi žákem s postižením a žákem intaktním. Učitelé by na základě inkluzivního vzdělávání měli být schopni rozpoznat zájmy, potřeby a schopnosti žáků a připravit pro ně přiměřené učební návrhy.

Koncept inkluze se v řadě evropských zemí nachází na různých stupních. Můžeme tvrdit, že pevně zakotven je ve skandinávských zemích a Velké Británii oproti zemím Česká republika, Slovenská republika, Německo a Rakousko (Vítková, M., Bartoňová, M. 2013).

Česká republika se inkluzivním vzděláváním zabývá od 90. let 20. století. Vývoj se vztahuje k vydávání klíčových dokumentů podporující inkluzivní vzdělávání. V roce 2006 bylo vydáno Organizací spojených národů Prohlášení o právech osob s postižením, v kterém je zakomponované právo na inkluzivní vzdělávání pro všechny osoby s postižením (Opatřilová, D. 2009). Do vývojového stupně inkluze patří integrace. V podmínkách běžných základních škol se objevuje integrace individuální a skupinová. Individuální integrace spočívá ve vzdělávání žáka s postižením nebo speciálními vzdělávacími potřebami v běžné základní škole mezi ostatními žáky v běžné třídě. Při skupinové integraci se vzdělává žák ve třídě nebo skupině, zřízené pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole.

Koncept integrace je spojený s pedagogikou speciálních potřeb, inkluze se školou pro všechny, ve které se heterogenita pokládá za obohacení výchovně vzdělávacího procesu. Zatímco koncept integrace se spojuje s pedagogikou speciálních potřeb, inkluze se pojí ke škole pro všechny – inkluzivní škole, ve které se heterogenita pokládá za obohacení edukačního procesu. Změna paradigmatu tedy určuje i změnu cíle, od integrace pro postižené k cíli škola pro všechny (Bartoňová, M., Vítková, M., Bočková, B., 2015). Rozdílů, kterými od sebe můžeme dále oba koncepty odlišovat je více. Inkluze je vnímána jako proces, nikoliv jako stav, kterým často v rezortu školství označujeme integraci. Oba termíny v sobě samozřejmě zahrnují jak teoretickou, tak praktickou stránku. Integrace je ovšem více záležitostí praxe než filozofickým konceptem. V integraci se jedná zejména o faktické začlenění jedince, tedy o provedení všech nutných opatření k tomu, aby byl jedinec přijat do skupiny či společnosti. Integraci lze tedy

chápat jako akt či opatření. Naproti tomu je inkluze pojímána jako systém či proces (ceskaskola [online]).

3.4 Možnosti vzdělávání žáků se SVP

Podle školského zákona (č. 561/2004 Sb.) „jsou žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, žáci se zdravotním postižením (tělesným, zrakovým, sluchovým, mentálním, autismem, vadami řeči, souběžným postižením více vadami, vývojovými poruchami učení nebo chování), se zdravotním znevýhodněním (zdravotním oslabením, dlouhodobým onemocněním a lehčími zdravotními poruchami vedoucími k poruchám učení a chování), se sociálním znevýhodněním (z rodinného prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou a žáci v postavení azylantů a účastníků řízení o udělení azylu)“.

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami zahrnuje alternativní formy vzdělávání doplněné o systém poradenské péče. Nové tendence ve speciálním vzdělávání pak představuje vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami formou individuální integrace v běžné základní škole. Integraci ovšem neznamena pouze zařazení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol běžného vzdělávacího proudu, ale zajištění vhodných podmínek ke vzdělávání, včetně zabezpečení individuální speciálně pedagogické péče. Při realizaci vzdělávání žáků s přiznanými podpůrnými opatřeními je důležité hledisko spočívající v individuálních potřebách a možnostech žáka. Záměrem podpory vzdělávání je využití vzdělávacího potenciálu žáka s ohledem na jeho schopnosti, ke kterým pedagog přizpůsobuje své vzdělávací strategie s podporou podpůrných opatření. (Bartoňová, M., Pitnerová, P., Vítková, M. 2013) Závazný rámec základního vzdělávání všech žáků vymezuje rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, který je podkladem pro tvorbu školního vzdělávacího programu. Pro žáky, kteří jsou zařazeni do prvního stupně podpůrných opatření je školní vzdělávací program podkladem pro plán pedagogické podpory. Od druhého stupně podpůrných opatření je podkladem pro tvorbu individuálního vzdělávacího plánu. Oba zmiňované dokumenty zpracovává škola. „Upravené očekávané výstupy pro žáky s přiznanými podpůrnými opatřeními vzdělané podle rámcového vzdělávacího plánu základního vzdělávání musí být na vyšší úrovni, než jsou očekávané výstupy stanovené v rámcovém vzdělávacím programu základní školy speciální“ (rámcový vzdělávací program základního vzdělávání [online]).

Podle vyhlášky č. 48/ 2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky ve znění pozdějších předpisů jsou žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami se vzdělávají od ledna 2005 ve školách hlavního vzdělávacího proudu, podle individuálního vzdělávacího programu. V České republice se od roku 1990 začaly zřizovat přípravné třídy při základní škole pro děti ze sociálně a kulturně znevýhodněného prostředí. Třídy se řídí obsahem rámcového vzdělávacího programu předškolního vzdělávání. Přípravné třídy se nezapočítávají do povinné školní docházky a děti jsou do nich přijímány na základě doporučení školského poradenského zařízení (Bartoňová, M., Pitnerová, P., Vítková, M. 2013). Nástup dětí do základní školy je povinný pro děti, které dosáhly šesti let věku před zahájením školního roku, v kterém by měl nastoupit. Dětem je možné na základě doporučení lékaře a školského poradenského zařízení povolit odklad povinné školní docházky o jeden až dva roky. V běžné třídě na základní škole lze integrovat nanejvýš pět žáků se zdravotním postižením (vyhláška č. 48/2005 Sb.).

Žáci se zdravotním postižením se mohou vzdělávat v základních školách pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami nebo v základních školách pro zrakově, sluchově či tělesně postižené nebo na základních školách pro žáky se specifickými poruchami učení nebo chování. Žáci s lehkým mentálním postižením, se vzdělávají na běžné základní škole a je pro ně určena příloha rámcového vzdělávacího programu základního vzdělávání. Očekávané výstupy mají podmíněnou formulaci a je v rozsahu, které odpovídá sníženým rozumovým schopnostem žáků (Bartoňová, M., Vítková, M. 2007). Žáci se středně těžkým, těžkým a souběžným postižením více vadami a také žáci s poruchou autistického spektra se vzdělávají na základní škole speciální, která se odlišuje od běžné základní školy organizačními formami a obsahovým zaměřením. Rámcový vzdělávací program má dvě úrovně a to pro žáky se středně těžkým mentálním postižením a pro žáky s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. U základní školy speciální může být zřízen jednoletý až tříletý přípravný stupeň pro žáky s těžkým mentálním nebo kombinovaným postižením. Žák získává po ukončení vzdělávacího programu doklad o dosažení základů vzdělání. Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve středním školství se uskutečňuje na gymnáziu, střední odborné škole, středním odborném učilišti, odborném učilišti, praktické škole pro zrakově, sluchově nebo tělesně postižené nebo odborném učilišti a praktické škole jednoleté nebo dvouleté. Žáci s těžkým mentálním postižením, souběžným postižením více vadami nebo žáci s poruchou autistického spektra se

zpravidla vzdělávají na základní škole speciální (Bartoňová, M., Pitnerová, P., Vítková, M. 2013).

Vzdělávání žáků nadaných

Mezi žáky se speciálními vzdělávacími potřebami patří také žáci nadaní a mimořádně nadaní. Nadaným žákem je jedinec, který vykazuje ve srovnání s vrstevníky vysokou úroveň v jedné nebo více oblastech rozumových schopností. Péče o nadané a mimořádně nadané žáky ve škole spočívá v co největším využití potenciálu žáka, aby byl stimulován rozvoj jeho nadání, neboť i tito žáci mají své speciální vzdělávací potřeby, na které je nutné reagovat (vyhláška č. 27/ 2016 Sb. [online]).

Shrnutí

V posledních letech se setkáváme ve školství i mimo něj s novými pojmy jako inkluze, integrace, podpůrná opatření a jiné. Ve školské legislativě dochází ke změnám, na které musí reagovat žáci, učitelé, rodiče i celá společnost. Dochází ke změnám v organizaci a ve výchovně vzdělávacím procesu žáků a dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, které se uskutečňuje při individuální nebo skupinové integraci ve školách hlavního vzdělávacího proudu. K těmto změnám přispívá politika státu, kterou formulují Národní dokumenty a Národní plány, díky kterým dochází ke zlepšení přístupu v zajištění lepších podmínek a postupné integraci do společnosti občanům se zdravotním postižením. Mezi Národní plány patří také plán inkluzivního vzdělávání, jehož cílem je zajištění rovných příležitostí všech osob ke vzdělávání a ukončení segregace v českém školství.

4 Vliv hipoterapie na edukaci a kvalitu života žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

4.1 Hlavní cíl výzkumu, výzkumné otázky, metodologie

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit a popsat přínos hipoterapie u vybraných žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Dílčí výzkumné cíle:

1. Zjistit, zda hipoterapie působí příznivě na tělesné a duševní zdraví u vybraných žáků.
2. Zjistit, kde rodiče získali informace o poskytované hipoterapii.
3. Popsat, jaký vliv má hipoterapie na svalovou koordinaci, svalový tonus a stabilitu.

Na základě výzkumného šetření byly stanoveny následující výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka:

HVO: Je hipoterapie významným stimulačním faktorem pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami?

Vedlejší výzkumné otázky:

VVO 1: Působí hipoterapie příznivě na psychický stav žáků?

VVO2: Má hipoterapie zásadní vliv na svalovou koordinaci a zlepšení stability?

Metodologie výzkumu

Výzkumná část diplomové práce byla zpracována pomocí kvalitativní metody, která umožňuje zkoumat danou problematiku přímo v terénu a zaznamenávat, co se v daném prostředí odehrává. Nejčastější forma dotazů probíhá pomocí polostrukturovaného nebo nestrukturovaného rozhovoru s rodiči dítěte. Technika nestrukturovaného rozhovoru je charakteristická neformálností při pokládání otázek, je časově náročná a výzkumníkovi může trvat delší dobu, než si získá důvěru informantů. Při polostrukturovaném rozhovoru máme k dispozici seznam oblastí, ze kterých potřebujeme získat informace, nezasahujeme příliš často do volných výpovědí informantů, a tím se zvyšuje pravděpodobnost získání většího množství údajů. Sběr dat tvoří naslouchání, kladení otázek, vyprávění. U rozhovoru je důležité navodit psychickou pohodu, sblížení s informanty, proniknout do situací, ve kterých se nachází. Kladené otázky by se měly pokládat citlivě, neutrálně, měly by být jasné a srozumitelné. Dotazovaný má mít dostatek času vyjádřit svůj vlastní názor. Na rozdíl od strukturovaného rozhovoru nepředkládáme předem určené formulace odpovědí (Hendl, J. 2005).

4.2 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného vzorku

Výzkumné šetření probíhalo v Pardubickém kraji v obci Janov. První zmínka o obci pochází z roku 1347, v současnosti má zhruba tisíc obyvatel a dobrou občanskou vybavenost. Leží nedaleko významného města regionu Litomyšl, které je bohaté na památky a architekturu, a tím přitahuje pozornost turistů z celého světa. Za zmínku stojí areál renesančního zámku zapsaný v seznamu světového kulturního dědictví UNESCO. Občanské sdružení hiporehabilitace Baneta, které sídlí v obci Janov u Litomyšle, bylo založeno v roce 2006 a jméno nese po prvním koni sloužící k hiporehabilitaci. Sdružení si klade za cíl poskytovat hiporehabilitaci pro zdravotně a mentálně postižené děti i dospělé, umožňovat hiporehabilitaci klientům s poruchou pohybového aparátu a dalším, pro které má jízda na koni pozitivní vliv na psychiku a pohybový aparát. Dále se podílí na zkvalitnění a rozšíření rehabilitační péče pro handicapované občany. V současné době má okolo třiceti zájemců o hiporehabilitaci, z toho šest bylo vybráno pro případové studie ve výzkumné části předložené práce. K hiporehabilitaci slouží dva koně, český teplokrevník kobyłka Diana a pony jménem Arvin. Oba koně splňují licenci podmínky České hiporehabilitační společnosti. Do terapie letošní sezonu přijali nové děti s poruchou autistického spektra. V letošní sezoně odjezdili třicet terapeutických jednotek, to znamená stosedm hodin a dojíždělo pravidelně dvacetpět klientů. Realizační tým se pravidelně účastní konferencí a školení Hiporehabilitační společnosti (Baneta [online]). Občanské sdružení Baneta spolupracuje s lékaři a organizacemi zabývající se péčí o zdravotně a mentálně postižené, dále s neziskovou organizací Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v Litomyšli, které vzniklo v roce 1996. Tento spolek se snaží pomáhat a obohatit život rodinám s dětmi s mentálním a kombinovaným postižením o volnočasové aktivity, aby měli možnost žít společenským životem a co nejméně se izolovali před okolním světem. Prosazuje zlepšení podmínek a rovnoprávného postavení lidí s mentálním postižením, zaměřuje se na širokou nabídku možností trávení volného času pro členy a rodiče dětí s mentálním nebo kombinovaným postižením, do které patří mimo rehabilitačních jízd na koni také zájezdy a výlety, kulturní akce, přednášky, vánoční besídky a jiné (spmp [online]). Dalším klubem, se kterým spolupracuje Občanské sdružení Baneta se nazývá klub Hvězdička. Vznikl na jaře v roce 2007 a je součástí klubů Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí. Byl vytvořen převážně rodiči dětí se zdravotním postižením, které spojila především potřeba sdílet problémy, ale hlavně hledat možnosti jejich řešení. Jelikož nabídka volnočasových aktivit není vždy

zpřístupněna pro děti s postižením, začali rodiče sami organizovat kroužky a aktivity vhodné pro jejich děti, ale i pro rodiče samotné. Aktivity klubu zahrnují rehabilitačně-terapeutické aktivity (hiporehabilitace, haloterapie, plavání, rehabilitační pobyt) Zájmové činnosti (tvůrčí dílny pro děti a rodiče – práce s hlínou, aranžování suchých plodů, malování na sklo, aranžování z květin, pletení z pedigu atd.) Programy s tematikou (dětský karneval, lampiónový průvod, pálení čarodějnic a jiné), dále také aktivity pro dospělé členy klubu (cvičení pro maminky, semináře, taneční večer a další). Zmíněné aktivity mají za cíl sdružovat rodiny, které mají v péči děti se zdravotním postižením, napomáhat k integraci do společnosti, rozvíjet spolupráci s organizacemi, které se specializují na práci s osobami se zdravotním postižením, v neposlední řadě také získávat finanční prostředky určené k nákupu kompenzačních, rehabilitačních a didaktických pomůcek (hvězdička [online]). Výzkumnou populaci tvořili žáci se speciálně vzdělávacími potřebami v občanském sdružení Baneta. Sběr dat probíhal od června 2016 do září 2016. Bylo osloveno šest informantů a jejich rodičů. V zájmu pozorování byla desetiletá dívka se souběžným postižením více vadami, devítiletý chlapec po mozkové obrně, osmiletá dívka s lehkou mentální retardací, devítiletý chlapec se specifickými poruchami učení, osmiletá dívka s diagnózou elektivní mutismus a desetiletý chlapec s poruchou autistického spektra. Data byla získána částečně standardizovaným rozhovorem. *„Částečně standardizovaný rozhovor má předem určený cíl a záměr, který sleduje. Kladené otázky směřují do předem stanovených oblastí, ale jejich pořadí a formulace nemusí být striktně dodržena“* (Přinosilová, D. 2007).

4.3 Interpretace výzkumného šetření

Jednou z metod kvalitativního výzkumu je případová studie, bývá charakterizována jako podrobné studium jednoho nebo malého počtu případů za účelem aplikace získaných poznatků, kombinací různých technik sběru informací. Mezi nejdůležitější se řadí analýza dokumentů kombinovaná s přímým pozorováním a rozhovor s účastníky výzkumného šetření. J. Hendl (2005) uvádí: *„Případová studie vychází z předpokladu, že důkladné prozkoumání jednoho případu napomůže porozumění případům podobným“*. V následujících případových studiích jsou jména pozměněna z důvodu zachování anonymity.

Případová studie č. 1

Jméno: Katka H.

Rok narození: 2006

Diagnóza: Souběžné postižení více vadami (mentální retardace, aicardého syndrom, westův syndrom, epilepsie, hypotonie, kvadruparéza).

Použité metody: záměrné pozorování, volný rozhovor.

Rodinná anamnéza

Katka pochází z úplné rodiny, bydlí s rodiči a šestiletou sestrou v rodinném domě na vesnici, který museli rodiče uzpůsobit handicapu dcery. Bydlení na vesnici není v jejich situaci úplně jednoduché a vyrovnání se s dotazy sousedů těžce nesly, po nějakém čase se situace uklidnila. Po finanční stránce rodinu nejvíce zatěžuje vlastní doprava a také neochota pojišťoven přispívat na hipoterapii, kterou navštěvují a platí ze svých zdrojů. Po zhruba čtyřech letech se rodičům narodila další holčička, která má v současné době šest let a je zcela zdravá.

Matka třicet pět let, má středoškolské vzdělání ekonomického směru a po narození Katky zůstává v domácnosti z důvodu péče o dceru, která potřebuje dvacet čtyř hodinovou péči.

Otec třicet osm let, má středoškolské vzdělání technického zaměření a pracuje jako vedoucí provozovny v místě bydliště.

Oba rodiče mají dobrý zdravotní stav. V rodině se nevyskytují žádná onemocnění závažnějšího typu. Rodina je sportovně založená, vyhledává aktivity, u kterých se můžou zapojit i s Katkou, patří mezi ně procházky nebo jízda na kole s přívěsným vozíkem. Rodiče v sobě mají vzájemnou oporu, v péči o dceru se střídají.

Osobní anamnéza

Dívka se narodila v 38. týdnu těhotenství. Těhotenství matky proběhlo fyziologicky v pořádku, matka dodržovala zásady zdravého životního stylu a netrpěla žádnými problémy, Pravidelně docházela na lékařské prohlídky. Fyziologický porod proběhl bez zásahů a komplikací. Po porodu dítěte pojalí lékaři podezření na vícečetná postižení a byl rodičům doporučen převoz do Pražské nemocnice Motol. V Motole proběhla řada vyšetření a lékaři rodičům potvrdili souběžné postižení více vadami, mentální retardaci, aicardého syndrom, westův syndrom, epilepsii a centrální hypotonii. Rodiče to velice zasáhlo, nastala fáze šoku a bezmocnosti. Personál nemocnice rodině doporučil službu

rané péče, která začala s rodinou spolupracovat od osmi měsíců do šesti let jejich dcery. Tato služba rodině velice pomohla v oblasti poradenství a instrukcí při nábvy dovedností zaměřených na schopnosti v oblastech kognitivních, motorických a sociálních, dále v podpoře a pomoci při využívání informačních zdrojů a v neposlední řadě při obstarávání osobních a úředních záležitostí týkajících se vývoje dítěte. V současné době je Katka léčená v místě bydliště. Není soběstačná, vyžaduje pomoc při osobní hygieně, oblékání, obouvání. Holčička přijímá pouze mělněnou stravu, jí a pije s dopomocí, rozezná intonaci hlasu, verbálně se neprojevuje, avšak dokáže projevit radost, smutek, i nelibost. Komunikace probíhá ve škole i v rodině metodou sociálního čtení, v rodině je také využíván jazykový program Makaton. Díky kvadruparéze je odkázána na invalidní vozík. Katka měří stovacet centimetrů, váží osmnáct kilogramů.

Pedagogická anamnéza

Mateřskou školu Katka nenavštěvovala, rodiče, hlavně matka musela s dcerou často navštěvovat lékařská vyšetření, cvičili pod dohledem, později sami Vojtovu metodu, byli několikrát v lázních Klimkovice. Školní docházku plní na Zš speciální a školních úspěchů dosahuje s pomocí osobního asistenta, je zařazena do skupiny, kde jsou žáci zaměřeni především na nábvy soběstačnosti, rozvíjení komunikačních dovedností, vnímání a poznání okolního světa. Zš speciální používá terapeutické metody zejména ergoterapii a dramaterapii.

Speciálně pedagogická diagnostika

V pozornosti, paměti i volných vlastností je nízká míra rozvinutých funkcí.

Hrubá i jemná motorika jsou zásadně narušeny. Katka není schopna uchopit předmět do ruky.

V učebním procesu rozumí jednoduchým pojmům a rozlišuje základní piktogramy.

V komunikaci reaguje na své jméno, vyjadřuje libost či nelibost.

Své pocity vyjadřuje neverbálními prostředky.

V sociální oblasti se chová zdrženlivě k neznámým osobám, zná členy své rodiny.

Průběh hipoterapie

Katka dochází s rodiči na hipoterapii od pěti let věku, jednou až dvakrát týdně pouze za příznivého počasí, pokud mohou, doprovází ji oba rodiče. Jelikož je dívka upoutána na invalidní vozík, první seznámení s koněm jménem Freka, probíhalo opatrně s pomocí

fyzioterapeutky Hanky. Maminka pomáhala Katce s pohlazením koně po hlavě. Katka při prvním setkání byla spíše ostražitá a projevovala nelibost a strach. Při prvním setkání nedošlo k samotné jízdě, ale pouze k seznámení se s prostředím a novými lidmi. Při další návštěvě, zkusili Katce nasadit nezbytnou helmu, tato skutečnost Katce nevadila a nijak se nebránila, poté se přesunuli k nasedací rampě a tatínek s asistentkou usadili Katku před Fyzioterapeutku Hanku na hřbet koně do tak zvaného asistovaného sedu, při kterém může fyzioterapeut ovlivňovat klientce jeho koordinační mechanismy. První jízda trvala zhruba pět minut, pouze na pískové jízdárně. Katka cítila jistotu v Hance, o kterou se opírala, ale hlasovým projevem dávala najevo svůj strach. Zhruba po měsíci bylo patrné zlepšení psychického stavu. Katka se koně nebála, dokonce došlo ke krmení z ruky. Postupně se prodlužovaly i jízdy na koni nejdříve vždy o pět minut. V současnosti je Katka zvyklá a vydrží na koni dvacet minut. Vyjížděly na koni se postupem času přesunuly do terénu, na louku kde je rovný terén. Členitost terénu, například v lese, není pro Katku vhodný, z důvodu většího nároku na stabilitu.

Zhodnocení terapie

Katka se projevovala nejistě pouze při prvním setkání, což je naprosto přirozené u většiny populace v cizím prostředí. Neznámí lidé i autorita koně hrají velkou roli. Na dalších setkáních se projevovala už viditelně jistěji. Jelikož je Katka upoutána trvale na invalidní vozík, působí v jejím případě kůň, hlavně na aktivizaci stabilizačního systému, zpevňuje, protahuje svaly a uvolňuje pánev, která kopíruje hřbet koně a způsobuje pohyby, jako při lezení či chování. Maminka na dotaz, zda se Katka na hipoterapii dokáže těšit, odpověděla: „Katka si neuvědomuje, kam míří naše cesta, ale po příjezdu na místo je na ní znát, že má radost, je to pro ni jediná možnost jak se dostat do lesa pohodlným způsobem, to vše za dobrého naladění lidí okolo. Rozhlíží se po okolí a vypadá vyrovnaně. Po příjezdu zpět domů bývá spokojenější, unavená a lépe spí“.

Osobně Katce i jejím rodičům doporučuji pokračovat v hipoterapii, má příznivý vliv nejen na Katku, ale i rodiče, kteří se setkají s dalšími lidmi a mohou se podělit o své zážitky a nové informace. Smysl v pokračování vidím, zejména v příznivém vlivu na její tělesnou schránku i psychický stav a také v obohacení volného času Katky.

Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Postupně rozvíjet pozornost a vnímání všech smyslů.

Rozvíjet komunikační dovednosti.

Osvojovat základní hygienické návyky.

Snažit se o dosažení co nejvyšší míry samostatnosti.

Rozlišovat předměty podle zvuku, barev, velikostí.

Zařazovat relaxační cvičení, umožnit změny poloh, provádět uvolňovací cvičení.

Případová studie č. 2

Jméno: Milan B.

Rok narození: 2007

Diagnóza: Mozková obrna, spastická diparéza, grafomotorické obtíže, neurčitá lateralita.

Použité metody: záměrné pozorování, volný rozhovor.

Rodinná anamnéza

Milan vyrůstá v úplné rodině, s matkou, otcem a mladším sedmiletým bratrem v rodinném domě na vesnici v blízkosti školy. Nedaleko bydlí i Milanova babička, která pomáhá rodině s výchovou a občas vyzvedává oba chlapce ze školy.

Oba chlapcovi rodiče jsou vysokoškolsky vzdělaní lidé. Matka třicet devět let, pracuje jako právnička. Otec čtyřicet dva let, je zaměstnancem firmy zabývající se výpočetní technikou.

Ekonomický status rodiny je vysoký, avšak je patrná pracovní vytíženost obou rodičů, proto je babička v rodině často využívanou osobou.

Z hlediska dědičnosti se v rodině vyskytuje z matčiny strany hypertenze, z otcovy strany Diabetes mellitus. Matka trpí hypertenzí a je kompenzována medikací, otec je zdravý.

Rodina je založená spíše intelektuálně, pokud se sejde celá rodina doma, rádi hrají společenské hry. Občas vyrazí na procházky po okolí, nebo navštíví plavecký bazén, jednou týdně dojíždí na hipoterapii.

Osobní anamnéza

Milanova matka trpí poruchou činnosti štítné žlázy hyperthyreozou a v těhotenství musela brát léky, jinak po celou dobu těhotenství neměla závažnější problémy, neprodělala žádná infekční onemocnění, nebo si alespoň není vědoma. Chlapec se narodil císařským řezem s nižší porodní váhou, druhý den po porodu se u něj projevila novorozenecká žloutenka a musel několikrát podstoupit fototerapii. Po zlepšení stavu a dosažení porodní váhy nad tři kilogramy byli propuštěni do domácího prostředí. Léčba žloutenky pak probíhala s pediatrem v místě bydliště.

Ve dvacátém třetím měsíci věku prodělal chlapec bakteriální meningitidu a musel být hospitalizován v nemocnici, léčba probíhala několik měsíců a skončila s diagnózou mozková obrna – spastická diparéza. V současné době je chlapec mobilní, zvládá sebeobslužné činnosti, obtíže se projevují v jemné a hrubé motorice.

Pedagogická anamnéza

Mateřskou školu Milan navštěvoval běžnou s intaktními dětmi a pracoval podle individuálního vzdělávacího plánu. Základní školu navštěvuje po ročním odkladu, nyní je žákem třetí třídy a vzdělává se podle individuálního vzdělávacího plánu. U zápisu se projevovala jeho nechuť ke kreslení. V úchopu tužky střídal pravou a levou ruku, v současnosti používá pravou ruku, tužku občas uchopí do levé, ale hned si ji přehodí zpět do pravé, přítlak na tužku je zvýšený. Ve škole ho baví matematika, znatelné jsou obtíže v grafomotorické činnosti a vizuomotorické koordinaci. Jelikož se Milan kresebně začal projevovat poměrně nedávno, je jeho kresebný projev těžkopádný. Čáry často přetahuje nebo nedotahuje. Kresba postavy je bez rukou a detailů. Obtíže se projevují v pravolevé orientaci na vlastním těle, kdy se chlapec občas splete. Milanovo pracovní tempo je pomalé, občas se při práci zamyslí, ale v podstatě je bez výrazných výkyvů. Z důvodů vychýlené pánve a zkrácené Achillovy šlachy má ve škole k dispozici speciální židli. Při práci používá ergonomické pomůcky Stabilo.

Chlapcův intelekt není narušen, paměť má přiměřenou úroveň věku, řeč je srozumitelná, ale je v ní patrná zvýšená rezonance a zrychlené tempo. Jemná motorika je narušena v důsledku mozkové obrny a projevuje se v úchopu tužky, přítlaku a neúhledného pravopisu. Chůze je bez opory, s pokrčenými koleny, nášlapy přes špičky. Rovnováha je narušená. Chlapec se jeví citově zralý, je schopen se začlenit do kolektivu, díky intelektovým schopnostem je mezi spolužáky oblíbený.

Speciálně pedagogická diagnostika

V procesu učení je tempo pomalé a nevyrovnané.

Pozornost je omezená, projevuje se slabší koncentrací.

Oslabená se jeví obzvlášť krátkodobá paměť.

V myšlení je schopen rozlišit podstatné znaky.

Narušený vývoj se projevuje v hrubé motorice při chůzi, v jemné motorice v celkové hybnosti ruky a úchopu psacího náčiní.

V řeči je patrná lehká porucha artikulace.

Motivace ve škole je slabá, projevuje se nepozorností.

Sebeobslužné činnosti zvládá v pomalejším tempu, u většiny činností bez pomoci.

V socializační oblasti nemá adaptační potíže, do třídního kolektivu je zapojen dobře.

Průběh terapie

Rodiče navštěvují hipoterapii od čtyř let věku Milana. Okolní prostředí v něm vyvolávalo dobrý dojem, a protože Milan je chlapec upovídaný a veselý, ostych u něj neměl místo a brzy se spřátelil se všemi členy týmu. Nejdříve se začalo vhodným výběrem koně, neboť pro spasticitu dolních končetin nebylo vhodné volit koně širokého hřbetu. Volba padla na poníka Arvina, jediného poníka vhodného pro hipoterapii ze stáje. Milan byl s výběrem spokojený, malý koník v něm vzbuzoval důvěru, přesto první návštěva proběhla bez ježdění. Rodiče nespěchali zpět domů a zůstali v prostředí jízdárny a okolí stáje a jen pozorovali, jak se koně volně pohybují ve výběhu. O týden později, přijeli rodiče s Milanem opět na terapii, tentokrát už došlo k samotnému ježdění. Milan měl z počátku na koni strach, nedokázal se uvolnit, zatínal svaly, a tím docházelo k nepříjemným bolestem, proto první jízda trvala necelých pět minut. Po měsíci hipoterapie v týdenních intervalech ježdění, bylo znát na chlapci uvolnění, kopíroval svým sedem koňský hřbet, získal na koni jistotu a vydržel na něm sedět patnáct minut. Nyní trvá hipoterapie od patnácti do dvaceti minut, jezdí se na pískové jízdárně v diagonálách nebo se chodí do terénu.

Zhodnocení terapie

Milan neměl problémy v začlenění se do týmu hiporehabilitace, byl komunikativní a přátelský, na první návštěvě projevil strach z jízdy na koni, ale na příští shledání se již těšil. Na první jízdě na koni byla znát nervozita a obavy, ale při dalších návštěvách si ježdění dokázal užívat.

Vzhledem k pozitivním dopadům na krátkodobou optimalizaci svalového napětí, navrhuji dále pokračovat v návštěvách hiporehabilitace. Jeví se jako efektivní v oblastech motorických, koordinačních a zlepšuje celkovou kondici chlapce. Projevuje se také kladný vztah ke zvířatům. Maminka potvrzuje „*Milánek je v den, kdy má terapii, pohyblivější a stabilnější, mrzí mě jen, že není k dispozici jezdecká hala a hipoterapie je pouze za hezkého počasí*“. V období od jara do podzimu, kdy hipoterapie probíhá, je znát na chlapci lepší pohyblivost i spokojenější psychický stav.

Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Před psaním a kreslením doporučuji procvičovat jemnou motoriku, využívat různých výtvarných a pracovních technik, malování prstů, modelování. U psacích potřeb jsou vhodné pryžové ergonomicky tvarované násadky. Zadávat jednoduchá cvičení v podobě pracovních listů na rozvoj grafomotoriky. Nabízet aktivity, které rozvíjejí hrubou i jemnou motoriku, skládání obrázků, stavebnice. Je nutné zohledňovat pomalé pracovní tempo, pracovat s žákem individuálně či ve skupině žáků s podobnými speciálně vzdělávacími potřebami.

Případová studie č. 3

Jméno: Iveta

Rok narození: 2008

Diagnóza: Lehké mentální postižení, porucha pozornosti a aktivity, epilepsie

Použité metody: záměrné pozorování, volný rozhovor.

Rodinná anamnéza

Matka čtyřicet jedna let, má ukončené střední odborné vzdělání v oboru kuchař – číšník, zakončené výučním listem. V současnosti je v domácnosti a pobírá invalidní důchod, v jedenácti letech prodělala meningoencefalitidu, po které se vyskytovala sekundární epilepsie, v oblasti hrudní páteře se vyskytuje získaná hyperkyfoza. V rodinné anamnéze se vyskytuje epilepsie.

Otec čtyřicet pět let, ukončené střední vzdělání v učebním oboru opravář zemědělských strojů, zakončené výučním listem. V současné době, pracuje v zemědělském podniku jako mechanik - opravář zemědělské techniky. Jeho zdravotní stav je dobrý, v rodině se objevuje kardiovaskulární onemocnění, zvýšený cholesterol.

Rodiče Ivety nejsou v manželském svazku, ale žijí ve společné domácnosti v rodinném domě na vesnici, součástí je malé hospodářství, o které se stará především otec Ivety. Dívka má mladší čtyřletou sestru, u které nebyla shledána žádná onemocnění.

Osobní anamnéza

Těhotenství matky bylo fyziologické. Porod byl proveden naplánovaným císařským řezem, neboť děvčátko mělo omotanou pupeční šňůru kolem krku a také z důvodu zdravotní anamnézy matky. Raný psychomotorický vývoj probíhal v normě. Ve dvou letech Ivety byl patrný opožděný vývoj řeči, dokázala říct pouze pár slov, řeč dyslalická, artikulačně neobratná. Ve čtyřech letech epileptická aktivita, občas má stavy zahledění. Aktuální úroveň rozumových schopností se nachází v pásmu lehkého mentálního postižení, k tomu přidružená porucha pozornosti a aktivity. Dívka zvládá sebeobslužné činnosti, do školy jezdí autobusem v doprovodu dospělé osoby, orientuje se ve škole, má osvojené sociální a společenské návyky. Ráda a pěkně maluje, mezi její oblíbené hračky patří stavebnice puzzle a panenky.

Pedagogická anamnéza

Do mateřské školy nastoupila dívka ve třech letech, měla adaptační potíže, které se projevovaly enurézou. Po odkladu školní docházky nastoupila do běžné základní školy v roce, kdy dosáhla osmi let věku. Vzdělávání probíhá podle individuálního vzdělávacího plánu s pomocí asistenta pedagoga a podpory podpůrných opatření.

Žákyně je psychomotoricky neklidná, brzy se unaví, složitější instrukce chápe obtížně, vývoj schopností a dovedností probíhá nerovnoměrně, v mnoha oblastech se opoždí oproti vrstevníkům, má pomalé pracovní tempo a potíže s krátkodobou i dlouhodobou pamětí. Při plnění školních povinností se projevují výpadky pozornosti a nesoustředěnost. Iveta drží psací náčiní v pravé ruce správným úchopem. Jelikož Ivetka již od útlého věku ráda kreslila, její ruka je uvolněná a má dobrou senzomotorickou koordinaci. Písemný projev je úhledný, občas si plete písmena. Mezi oblíbené předměty patří výtvarná a hudební výchova. Nedostatky se objevují v řečových oblastech při čtení a v logickém a numerickém uvažování.

Speciálně pedagogická diagnostika

V procesu učení je narušená krátkodobá i dlouhodobá paměť.

Pozornost je kolísavá, nestála, brzy se cítí unavená, obzvlášť při činnostech, které nejsou předmětem jejího zájmu.

Paměť mechanická nutně používat názorné pomůcky, přehledy číslic, písmen.

Myšlení převažuje stereotypní, nesamostatné, chybí logické uvažování, při řešení úloh zaujímá pasivní postoj.

V hrubé motorice je patrná neobratnost a těžkopádnost při chůzi a běhu. Dokáže se uvolnit při plavání, které ji baví.

Řeč se jeví dyslalická, v ústním projevu je zjevná malá slovní zásoba, problémy v osvojování písmen a čtení.

Motivace ve škole je slabá, projevuje se nesamostatností, odlišná hierarchie potřeb.

Sebeobslužné činnosti zvládá v pomalejším tempu, bez pomoci.

V socializační oblasti má adaptační potíže, ve třídě se často straní od spolužáků, ráda si prohlíží knihy nebo kreslí. Nedokáže odhadnout důsledky svých činů.

Průběh terapie

Iveta přišla poprvé na hipoterapii v pěti letech v doprovodu maminky, v sociálním kontaktu byla ostýchavá a do stáje vstoupila až na několikátou výzvu. Byla zamlklá, nepozdravila se s cizími lidmi. Po celou dobu nekomunikovala s nikým jiným než se svou matkou. Ta z toho byla v rozpacích a uvedla „Takhle se Ivetka obvykle nechová, ale je pravda, že v novém prostředí bývá zaražená a těžko navazuje vztahy“. Ve stáji ten den pobývaly jen krátkou dobu a poté se rozloučily. Další návštěva se konala po týdnu. Druhé setkání proběhlo už lépe, ale přesto spolupráce s Ivetkou nebyla jednoduchá. Neposlouchala instrukce a nechtěla se odpoutat od maminky. Rodiče měli velkou trpělivost a nechtěli ukončit doporučovanou terapii nezdarem. Pokračovali s dojížděním jednou za týden a zhruba po měsíci se začaly dostavovat úspěchy. Iveta začala vnímat lidi kolem sebe, začala se o koně nejdříve starat. Dostávala malé úkoly, u kterých přestávala vnímat obavy. Další fáze byla postupné přiblížení a přímý kontakt s koněm, kterého ze začátku pouze hladila a mohla tak vnímat teplou a hebkou srst zvířete. Později se dostala k vyčištění koně, z čehož měla obrovský zážitek. Zhruba po dvou měsících se fyzioterapeutka Hanka, odhodlala ke zkoušce samotného ježdění. Na Ivetě byla znát obava, ale protože už měla kolem sebe vytvořený tým známých tváří, včetně té koňské, odhodlala se na koně posadit. Nasedání proběhlo u nasedací rampy, Iveta

byla velmi soustředěná, ale odhodlaná. Začalo se s chůzí po jízdárně. První dvě kola se měla snahu choulit do předklonu, byla znát tenze, ale neprotestovala. První jízda v Ivetce zanechala silný emotivní zážitek a na koni vydržela poprvé deset minut. Kdy se začala Ivetka na jízdu těšit? „ *Po prvním ježdění, byla uchvácená a do večera nevyprávěla o ničem jiném, nic jiného nekreslila než koně*“. (maminka Ivetky) Od chvíle kdy se začalo se samotným ježděním, se rodiče střídají s dojížděním na hipoterapii dvakrát týdně. Ježdění probíhá obvykle patnáct minut. Střídavě se jezdí na jízdárně, kde se chodí kolem celé jízdárny nebo v terénu, směr se mění minimálně.

Zhodnocení terapie

Počátek hipoterapii neprobíhal úplně podle představ. Ivetce trvalo delší dobu, než si zvykla na okolní prostředí, cizí lidi a koně. Po dvou měsících se začaly vytvářet příznivé psychosociální vztahy. Ježdění se prodlužovalo a zvýšila se i četnost docházení. Iveta se přestala bát verbálně komunikovat s terapeutkou i členy týmu. Nastala změna v celkovém chování, hipoterapie má u Ivety vliv na poruchy soustředění, pohybovou obratnost, psychomotoriku, sociální začleňování a budování vlastní sebedůvěry. Pro další rozvoj osobnosti doporučuji Ivetce pokračovat v ježdění a také se přiměřeně začleňovat do práce, která je kolem koní nezbytná, neboť vědomí vlastní jedinečnosti je povzbuzující a obohacujícím prvkem k cestě za vědomím sama sebe.

Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Podporovat krátkodobou i dlouhodobou paměť vytvářením vizualizovaných pomůcek k lepšímu zapamatování nových informací, ke kterým můžou patřit nákresy, obrázky, barevné rozlišování v textu, zvýrazněná matematická znaménka, přehledy písmen, postupy. Podporovat numerický úsudek názornými pomůckami, kostkami, počítadlem, dovolit počítání na prstech.

Tolerovat pomalé pracovní tempo a potíže s komunikací. Kontrolovat, zda žákyně porozuměla zadaným instrukcím, případně je sdělit v podobě, ve které jim dívka bude rozumět. Umožnit žákyni chvíle odpočinku na koberci nebo relaxačním vaku. Jako motivaci doporučuji používat předměty dívčina zájmu, aby činnost za odměnu měla motivační sílu.

Případová studie č. 4

Jméno: Tomáš

Rok narození: 2007

Diagnóza: Specifické poruchy učení, dysgrafie, koordinační obtíže, oslabená vizuomotorika, nedozrálост v prostorové orientaci.

Použité metody: záměrné pozorování, volný rozhovor.

Rodinná anamnéza

Matka třicet osm let, ukončené středoškolské vzdělání, v současnosti pracuje na živnostenské oprávnění. V rodinné anamnéze se vyskytuje nádorové onemocnění. Matka zdravá, příležitostná kuřačka. Nerada čte a sama přiznává, že ve škole ji písemný projev činil potíže.

Otec třicet osm let, ukončené středoškolské vzdělání, pracuje jako mistr ve strojírenské výrobě. V rodinné anamnéze se nevyskytují žádná závažná onemocnění.

Tomášova matka bydlí v bytě na malém městě a kromě Tomáše vychovává o dva roky staršího syna, u kterého byly shledány také specifické poruchy učení v oblastech čtení. Rodiče jsou rozvedeni. Oba synové vyrůstají s matkou, otec se do výchovy zapojuje, občas je vyzvedne ze školy nebo si chlapce bere na víkend k sobě domů. Rodina je hudebně založena, rádi zpívají, matka a oba synové hrají na hudební nástroj.

Osobní anamnéza

Těhotenství proběhlo bez komplikací, matka docházela na pravidelné kontroly, během těhotenství nekouřila a dodržovala zásady správné životosprávy. V rané anamnéze Tomáše je uveden klešťový porod. Psychomotorický vývoj probíhal bez komplikací. Osvojení řeči proběhlo bez nutnosti logopedické péče. Do školy dochází pěšky za doprovodu matky nebo staršího bratra. Ve třídě mezi spolužáky je oblíbený, po vyučování využívá školní družinu, nebo dochází s bratrem na kroužek do základní umělecké školy. Tomáš hraje na bicí, jeho bratr na kytaru.

Pedagogická anamnéza

Do mateřské školy nastoupil Tomáš ve třech letech, sociální adaptace mu nečinila větší potíže a brzy se zapojil do běžných činností s vrstevníky. Mezi jeho předměty zájmu patřila auta, hry s vrstevníky nebo hudební koutek, nevyhledával stavebnice, nerad kreslil a vymalovával obrázky.

Povinnou školní docházku zahájil v šesti letech na běžné základní škole v místě bydliště. Do první třídy přichází se špatně zafixovaným úchopem psacího náčiní a špatným postavením ruky. Tužku drží křečovitým úchopem. Zdárně se projevoval v předmětech matematiky a hudební výchovy, potíže mu činil písemný projev, čtení a výtvarná výchova. Písmo je neúhledné, neuspořádané s rysy dysgrafie. Při kresbě špatně odhaduje vzdálenost, kresebné výtvary jsou malého rozměru. Po písemném projevu bývá vyčerpaný. Čtenému textu rozumí, ale přiznává, že čtení ho nebaví. Ve škole přistupuje k zadaným úkolům odpovědně, ochotně spolupracuje a snaží se o dobrý výkon.

Speciálně pedagogická diagnostika

V procesu učení pracuje nevyrovnaným tempem, pomalé tempo je zejména při psaní.

Oslabený výkon v prostorové orientaci.

Pozornost je nestálá, brzy se unaví.

Problémy se zapamatováním a vybavováním písmen.

Myšlení převažuje praktické, schopen řešit problémy bez cizí pomoci.

Porucha jemné motoriky, zvláště při zachování správných tvarů.

Řeč plynulá, slovní zásoba rozvinutá.

Motivace ve škole je slabá, při písemných projevech a tlaku na zvládnutí tempa.

V socializační oblasti nemá potíže.

Průběh terapie

O hipoterapii jako možném řešení Tomášových potíží se matka dozvěděla náhodně z internetového zdroje, kde hledala informace k diagnóze syna. Po telefonickém kontaktu s občanským sdružením Baneta si domluvily první schůzku. Tomáš v té době plnil povinnou školní docházku ve druhém pololetí první třídy. Prvotní setkání rodiny s prostředím jezdeckého areálu bylo pro všechny silným zážitkem. Rodina pocházející z bytu s omezeným přímým kontaktem se zvířaty se najednou setkala s naprosto odlišným životním stylem.

Sociální kontakt Tomáš navázal okamžitě, je sdílný a komunikativní, bez problému se adaptoval v novém prostředí. Projevoval zájem o činnosti týkající se chodu stáje. Koně si hladil, krmil z ruky. Proto nic nebránilo v samotné jízdě na koni. Tomášovi byla vybrána kobylka plemene český teplokrevník jménem Freka, která má za sebou závodní minulost, ale v současnosti je spolehlivým koněm sloužícím k hipoterapii. Po

domluvě matky s fyzioterapeutkou se začalo s čištěním koně. Pro Tomáše to byl obrovský emoční zážitek, bezděčně si přitom procvičoval jemnou i hrubou motoriku, koordinaci i prostorovou orientaci. Poté se přesunuli k nasedací rampě. Tomáš dokázal nasednout bez potíží, ze začátku byla patrná nervozita a obavy z pohybujícího se koně. Začalo se krokem po celém obvodu jízďárny, první terapeutická jednotka trvala deset minut, Tomáš se celou dobu křečovitě držel za madla a byl na něm znát respekt ke zvířeti.

Další návštěva proběhla po třech dnech, Tomáš tentokrát přijel pouze s matkou. Začalo se opět čištěním Freky, poté se přešlo na jízďárnu, kde došlo k nasednutí, situace se opakovala, madla byla pro chlapce velkou jistotou, které se odmítal pustit.

Změna přišla po čtrnácti dnech v intervalu ježdění dvakrát za týden. Na Tomášovi byla znát větší jistota, na koni dokázal sedět o poznání uvolněněji, to se projevovalo zejména v uvolněném zápěstí a prstech, které už křečovitě nesvírala madla.

Hipoterapie probíhala pravidelně dvakrát týdně, a protože se s Tomáše stával zdatný jezdec, brzy se terapeutické jednotky přesunuly z jízďárny do členitého terénu, který stimuloval koordinaci i pozornost. Došlo také k provádění uvolňovacích cviků se správným dýcháním. Postupně se začal pouštět madel. Nejprve jednou rukou, následně druhou a nakonec oběma, v terénu zkoušel uchopovat lístky ze stromů.

Délka terapeutické jednotky se postupně prodlužovala na konečných dvacet minut.

Zhodnocení terapie

U Tomáše došlo k rychlé adaptaci na nové prostředí i na samotnou jízdu na koni. Počáteční pocity nejistoty brzy vystřídaly nové prožitky. Chlapci velmi prospěla fyzická práce spojená s činnostmi kolem koní, která klade požadavky na koncentraci a rozhodnost při řešení různých situací. Čištění koně ovlivňuje nenásilnou formou motoriku i koordinační obtíže. Jízda na koni působila na uvolnění svalů a mohlo tak dojít k náročnějším cvikům na koni. Tomášovi hipoterapii doporučuji z důvodu zlepšení celkového zdravotního stavu a koordinačních obtíží.

Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Před zadáním písemných úkolů uvolňovat zápěstí vhodnými cviky. Respektovat chlapcovo pomalé pracovní tempo při psaní. Poskytnout vhodné místo k sezení, kontrolovat úchop psacího náčiní, pro snadnější držení psacích potřeb lze použít trojhranný program Prodloužit časovou dotaci při vypracování úkolů. Tolerovat

neúhlednost pravopisu a sešitů. Nevyžadovat přepisování sešitů. Nepřetěžovat dlouhým psaním. Zadávat kratší písemné úkoly, vhodné jsou doplňovací cvičení. Pokud chlapec udělá v napsaném slově chybu, škrtneme celé slovo a necháme jej napsat celé slovo znovu. Při špatném vybavování písmen použijeme přehled písmen. Nenutit žáka k hlasitému čtení. V cizím jazyce preferovat ústní osvojování. Úlohy formulovat na základě krátkých jednoduchých vět. Posilovat pozitivní motivaci žáka, oceňovat snahu a pokrok.

Případová studie č. 5

Jméno: Lucie

Rok narození: 2008

Diagnóza: Elektivní mutismus, sociální fobické rysy.

Použité metody: záměrné pozorování, volný rozhovor.

Rodinná anamnéza:

Matka třicet dva let, ukončené střední odborné učiliště v oboru kadeřnice. V současné době pracuje jako prodavačka v obchodě s potravinami. V rodině se vyskytuje zvýšený cholesterol. Matka je zdravá.

Otec třicet šest let, ukončené středoškolské vzdělání potravinářského zaměření. V současnosti pracuje jako mísič surovin v pekárně na noční směny, které výrazně narušují jeho biorytmus. Stěžuje si na únavu, nespavost. Plánuje změnu pracovní pozice. V rodině se vyskytuje srdeční arytmie. Rodina žije ve společné domácnosti v bytovém domě na vesnici společně s babičkou z matčiny strany. Rodiče vychovávají kromě Lucky ještě o tři roky mladšího bratra Petra. V rodině se nevyskytuje žádné závažné onemocnění ani duševní porucha.

Osobní anamnéza:

Gravidita matky se jevila po celou dobu fyziologicky v pořádku, v těhotenství neprodělala žádná závažná onemocnění. Porod proběhl v třicátém devátém týdnu přirozenou cestou bez zásahů lékařů. Holčička se narodila zdravá a její psychomotorický vývoj probíhal v souladu s normou. Ve dvacátém pátém měsíci věku se při záchvatu vzteku objevuje afektivní apnoe, záchvat bezdeší. Aktuálně se vyskytují ojediněle a jsou mírnější. Dívka verbálně nekomunikuje s cizími lidmi, mluví pouze s rodiči, bratrem a babičkou. Při rozhovoru je velmi ostýchavá, navazuje pouze oční

kontakt, usmívá se, rukou si často zakrývá ústa, ke konci se začíná dorozumívat kývnutím hlavy. Je sledována v psychiatrické a neurologické ambulanci.

Pedagogická anamnéza

Lucka začala navštěvovat běžnou mateřskou školu ve třech letech, s obtížemi se přizpůsobovala nastavenému režimu, odmítala jíst, často plakala, nechtěla komunikovat. Zpětně se matce svěřila, že se k ní učitelka v mateřské škole nechovala pěkně a často na ni křičela. Rodiče z tohoto důvodu změnili mateřskou školu. Lucka se v novém prostředí lépe adaptovala, začala se stravovat, ze začátku verbálně s nikým nekomunikovala, mezi ostatní děti se nezapojovala. V posledním předškolním roce začala mluvit šepem. Rodiče navštívili poradnu v šesti letech Lucky, kde byl doporučen a následně realizován odklad školní docházky. V sedmi letech nastoupila do základní školy. Nadále přetrvávaly adaptační potíže. Povinnou školní docházku plní s pomocí individuálního vzdělávacího plánu a v první třídě za pomoci osobní asistentky, se kterou se dorozumívala pomocí psaní nebo kreslení. Od druhé třídy se vzdělává bez asistence. S učitelkou se dorozumívá kývnutím hlavy, verbálně se nevyjadřuje. Učivo zvládá písemnou formou. Čtenářský projev se řeší nahrávkami čtení na diktafon v domácím prostředí. Nahrávky jsou následně doručeny paní učitelce, která díky nim může hodnotit čtenářský projev.

Speciálně pedagogická diagnostika

Proces učení a pozornost jsou bez odchylek od normy.

Ve škole si je schopna osvojovat novou látku.

Motorický vývoj odpovídá věku.

Řeč, schopnost verbálně komunikovat se váže na určitou osobu nebo situaci.

Motivace ve škole je průměrná.

Sebeobslužné činnosti zvládá, bez pomoci druhých osob.

V socializační oblasti dochází k izolaci, ze strany vrstevníků je její chování hodnoceno negativně. V určitých sociálních situacích je schopna mluvit.

Průběh terapie

Bydliště Lucky a její rodiny se nachází v sousední vesnici, ve které je stáj provozující hipoterapii. Matka Lucky se rozhodla navštívit jezdecký klub v pěti letech Lucie. Nastínila tehdy problém, který trápí jejich dceru i celou rodinu a domluvily si první

setkání. Se svým plánem seznámila dceru zhruba čtrnáct dní před dohodnutým termínem. Lucka nejdřív návrh neodmítala, ale později, jak se blížil čas návštěvy, se začala chovat nejistě, byla nervózní a přemlouvala rodiče, aby od návštěvy odstoupily. Matka ji šetrným způsobem sdělila, že se na dané místo jen podívají a v případě nelibosti odejdou. V domluveném čase přichází Lucka v doprovodu matky a bratra, je od počátku velmi ostýchavá, strnulá, nekomunikuje, při otázkách uhýbá pohledem, nechce podat ruku na seznámení. Chod stále pokračuje v každodenním režimu a matce je doporučeno jen setrvat v novém prostředí a nechat Lucii pozorovat dění, které se kolem ní děje. Jdou si sednout na lavičku k jízdárně, kde právě probíhá hipoterapie s klientem. Lucka sedí tiše vedle matky a nic neříká, asi po patnácti minutách se odcházejí rozloučit, nový termín si nedomlouvají. Rodiče se Lucie nevyptávají na zážitek spojený s událostmi u koní, nechávají ji prostor pro rozmyšlení a vyčkávají na její reakci. Po třech dnech se dívka začíná doma ptát na další možnou návštěvu u koní. Rodiče jsou mile překvapeni a maminka domlouvá termín schůzky. Začátek druhé návštěvy probíhal podobně, Lucie s nikým nekomunikuje kromě matky, pokud zůstanou stát stranou. Fyzioterapeutka Hanka se chopí situace a ze stáje si nechá vyvézt bílého poníka Arvina. Přistoupí k němu společně s Lucií a ukazuje ji jak se kůň čistí, seznamuje s výstrojí koně, kterou mu dává. Poník stojí bez hnutí, občas si nozdrami očichává Lucku, která plaše uhýbá. Na konci výkladu zavedou Arvina do ohrady a po odstrojení ho nechávají s ostatními koňmi ve výběhu. Před odchodem ještě poprosí Hanka Lucii o malou pomoc ve stáji, která ochotně poslechne a dokonce se vzdaluje od matky. Další schůzka je domluvená o týden později.

Lucka se chová jako obvykle v cizím prostředí, ale po přivedení poníka Arvina k úvazišti je patrná její radost, tentokrát se odhodlává i k pomoci s čištěním. Seznamuje se z dosud nepoznaným zážitkem, s péčí o živého tvora, který je trpělivý, ochotný stát a na nic se neptá. K samotnému ježdění došlo až po páté návštěvě ve stáji. Lucka byla přivedena společně s Arvinem k nasedací rampě, zvládla nasednout na koně bez pomoci, po chvíli se pomalým krokem vydali vpřed. Dívka seděla na koni neuvolněná, byl patrný strach, musela jít vedle ní matka, která ji držela za nohu. Obešli jízdárnu po jejím obvodu a z neverbální komunikace Lucky bylo jasné, že jí to stačí. Další lekce probíhaly jednou až dvakrát za týden, v doprovodu matky nebo otce. První rok hipoterapie se odehrával pouze na jízdárně a terapeutické jednotky trvaly deset až patnáct minut. Na Lucii byly vidět pokroky v posílené sebedůvěře, její sed byl uvolněný a vzpřímený. Po prvním roce ježdění se terapeutické jednotky přesunuly do terénu. Se

členy týmu Lucie stále verbálně nekomunikuje, ale navazuje oční kontakt a kýváním hlavy vyjadřuje své pocity. Povídá si šeptem s Arvinem, pokud u něj zůstanou na chvíli s matkou sami. Při jízdách do terénu už nevyžaduje stálou blízkost rodiče.

Zhodnocení terapie

Běh na dlouhou trať, těmito slovy by se dala shrnout hipoterapie u klientky Lucie. Maminka prohlásila: „ *Nevěřila jsem účinnosti koně na změnu psychického stavu, ale teď věřím, že se hranice mlčenlivosti jednou prolomí*“. Rodičům i Lucii doporučuji pokračovat v terapii za pomoci koně, u Lucie dochází k příznivému působení na duševní složku. Důležitým aspektem v tomto případě je důvěra, která se mezi ní a koněm buduje. Z koně se stává přítel, který neselže a nikoho nesoudí. Tím se u Lucky odbourává pocit osamění a vytváří se správné sebehodnocení. I když v lidské rovině bude ještě dlouhou dobu trvat, než se odpoutá od svého strachu, v rovině koňské je na správné cestě a bude cílem celého týmu, aby se brzy pozdravila i s nimi.

Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Respektovat Lucčiny adaptační potíže v novém prostředí. Informace o změnách spojené s chodem školy je dobré oznamovat předem, aby se na nové okolnosti mohla dostatečně připravit. Ve škole je vhodné používat vizualizaci pravidel a režimu. Instrukce zadávat klidně a pomalu, přesvědčit se, zda byly pochopeny. Volit písemné úkoly. Nenutit žáčku k verbálnímu projevu a poskytnout prostor k vyjádření jinou formou. Začleňovat dívku do sociálního kontaktu s vrstevníky pomocí společných úkolů. Motivovat pochvalou, oceňovat snahu Lucky. Nutná je pravidelná konzultace s rodiči.

Případová studie č. 6

Jméno: Radek

Rok narození: 2006

Diagnóza: Atypický autismus.

Použité metody: záměrné pozorování, volný rozhovor.

Rodinná anamnéza

Matka čtyřicet jedna let, má ukončenou střední zdravotnickou školu, pracuje jako všeobecná sestra v nemocnici. V rodině se vyskytuje duševní onemocnění maniodepresivní psychóza. Trpěl jí otec matky, který se rozhodl v mladém věku

k dobrovolnému ukončení života. Matka má zvýšený cholesterol, příčinu přikládá k dlouhodobému stresu a zátěži na pracovní pozici. Nemohla dlouho přijít do jiného stavu, trpí úzkostmi.

Otec čtyřicet tři let, je vyučen v oboru truhlář a pracuje na živnostenské oprávnění jako osoba samostatně výdělečně činná. V rodinné anamnéze se vyskytuje rakovina plic u Radkova dědečka, který byl silný kuřák. Otec nemá žádná závažná onemocnění, cítí se zdravý. Na preventivní prohlídky k lékaři nedochází. Je nekuřák. Rodina bydlí v panelovém domě ve městě, Radek nemá žádného sourozence.

Osobní anamnéza

Těhotenství matky bylo po fyzické stránce celou dobu v pořádku, v desátém týdnu těhotenství, se rozhodla pro screeningové vyšetření, zaměřující se na vrozené vývojové vady, které dopadlo ve prospěch matky i miminka.

Porod proběhl fyziologicky. Po narození chlapce se provedla všechna základní vyšetření a po týdnu byli propuštěni domů.

Po patnáctém měsíci života si matka nebyla jistá v chování svého dítěte a se svými obavami přišla k dětskému lékaři. Lékař nerozpoznal projevy, ale doporučil matce zaznamenávat neadekvátní reakce dítěte.

Ve dvou až třech letech začínal být v sociálním kontaktu pasivní, neprojevoval zájem o společnou hru. Dlouhou dobu vydržel sledovat pohyb předmětů. Vadily mu změny v pravidelném režimu, bez příčiny se vztekal. Při hlasitých projevech z rádia nebo televize si zakrývá uši. Špatně snáší neúspěch, někdy se objevují záchvaty vzteku. Baví ho hry na počítači, v kterých vyniká.

Ve čtyřech letech proběhlo psychologické vyšetření v centru Apla se závěrem Atypický autismus středně až vysoce funkční.

Pedagogická anamnéza

Ve čtyřech letech věku byla matka se synem na vyšetření ve speciálně pedagogickém centru, kde matce doporučili zařazení Radka do přípravného stupně základní školy speciální. V předškolním roce bylo rodičům doporučeno přestoupení žáka do běžné mateřské školy, k přestoupení nedošlo, neboť mateřská škola odmítla chlapce přijmout.

Po doporučeném školním odkladu na základě vyšetření školní zralosti, plní Radek povinnou školní docházku na běžné základní škole podle individuálního vzdělávacího plánu. Asistent pedagoga mu nebyl přidělen.

Při školních povinnostech spolupracuje bez větších obtíží, baví ho matematika, plynule čte, ale někdy se stane, že potřebuje vysvětlit význam slov, která pro něj nejsou jasná. Má problémy s udržení pozornosti. Lateralita je nesouhlasná.

Speciálně pedagogická diagnostika

V procesu učení se obtížně koncentruje na zadanou otázku, po porozumění odpovídá výstižně.

Pozornost je oslabená, s každou další hodinou, zvládá kratší zátěž, potřebuje přestávku.

Narušená dlouhodobá paměť.

Myšlení se jeví jako logické, oslabená je schopnost chápat záměr druhých.

Motorika se projevuje menší obratností, problémy má s rovnováhou při jízdě na kole nebo při vykonávání některých cviků.

Řeč je bez zjevných poruch, hovoří funkčně.

Motivace k učení se daří, pokud se žákovi sdělí logický důvod pro vykonání práce nebo splnění úkolů. Sociální motivace se neosvědčuje.

Sebeobslužné činnosti zvládá s pomocí procesuálních schémat.

V socializační oblasti nemá problém v kontaktu s dospělými, spolupracuje bezproblémově. Nerozumí humoru spolužáků, zlobí ho, pokud se smějí nějakému vtipu, který on nechápe. Pokud se naskytne možnost, vybírá si pro hru mladší děti.

Průběh terapie

Radkova matka se od jiných rodin s podobným osudem dozvídá o hipoterapii. Občanské sdružení Baneta je vzdálené zhruba dvacet kilometrů od místa bydliště, proto neváhá a osobně se rozjede na místo podívat. Domluvila si schůzku a přijela s Radkem o týden později. Svůj záměr doma synova sdělila a celý týden ho na novou situaci připravovala, ukazovala mu obrázky, vytvořila schémata týkající se práce s koňmi. Chlapci bylo v tu dobu šest let. Radek po příjezdu zkoumá místo očima, rozhlíží se kolem. Chvillemi se objevují pohybové stereotypie – třepání rukama. Fyzioterapeutka Hanka se přichází přivítat, Radek navazuje oční kontakt, pozdraví. Hanka rodinu seznámí s plánem a za chvíli vyvádí ze stáje kobytku Dianu.

Začne se čištěním koně, chlapec ochotně pomáhá, jeví se bez zábran, téměř bez pudu sebezáchovy se vrhá do činností a musí být korigován matkou. Již na prvním setkání zkusí svou první jízdu na koni. Radek se na koni rychle uvolňuje, verbálně vyjadřuje svoje pocity, líbí se mu houpání při chůzi koně a také výška, z které se dívá kolem sebe.

Maminka je nadšená jak rychle se adaptoval v novém prostředí. První lekce trvá patnáct minut.

Hipoterapie pokračuje ve frekvenci jedenkrát týdně, ve středu nebo ve čtvrtek. První tři měsíce se terapeutické jednotky prováděli pouze na jízdárně, ale už v té době se Radek připravoval na změnu a to ježdění do terénu. Ta nastala záhy, chlapec byl více ve střehu, musel se soustředit na vyrovnávání pohybu, neboť se chodilo v členitém terénu. Zpočátku se bál chodit z kopce dolů. Po druhé až třetí jízdě do terénu si zvykl. Jelikož je Radek šikovný a schopný práce s koňmi, proškolená terapeutka rodině navrhla spolupráci při aktivitách s využitím koní, při kterých je klient neustále konfrontován s jednoznačnými reakcemi koně, který je nezaujatý a jeho chování je bez emočních trestů. Radek tak čerpá nové informace o sociálních dovednostech. Využívá verbální i neverbální komunikaci, na níž je vztah s koněm založen. Při nácviku nového jednání, získává okamžitou zpětnou vazbu. AVK probíhá každou sobotu dopoledne individuální formou.

Zhodnocení terapie

Radek neměl větší adaptační potíže. Koně se mu líbili od samého začátku. Choval se k nim pěkně, ze začátku více zbrkle a s přehnanou horlivostí. Přínos vidím v zapojení chlapce také do aktivit s využitím koně, které nabízejí další množství pozitivních vjemů. Na Radka působí motivačně, pokud si koně sám čistí nebo přivede do stáje. Dochází k působení na duševní složku a na korekci postojů k okolí. Navazováním nového vztahu s koněm dochází k rozvoji dalších mezilidských vztahů, které nejsou pro chlapce tak přehledné. U Radka se zmírnily projevy vzteku a rezignace spolu se správným sebehodnocením.

Doporučení pro speciálně pedagogickou praxi

Při sestavování individuálního vzdělávacího plánu respektovat speciální potřeby, které vycházejí ze specifik postižení. V přístupu dodržovat důslednost. Vytvářet strukturované prostředí, zviditelnit posloupnost činností, poskytovat vizuální materiál, piktogramy, přehledy. Neměnit místo ve třídě. Při rozhovoru nebo čtení vysvětlovat význam slov, která chlapci nejsou jasná. Na jakékoli změny chlapce předem připravit, dále je dobré podporovat u žáka aktivity, které umožňují pohyb ve třídě.

4.4 Závěry výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit a popsat přínos hipoterapie u vybraných žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Stanovené cíle výzkumného šetření byly naplněny. Na základě výzkumného šetření byly stanoveny následující výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka:

HVO: Je hipoterapie významným stimulačním faktorem pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami?

Promyšlená a dobře organizovaná hipoterapie může postižené jedince příznivě ovlivnit v oblasti všech poznávacích a citových procesů i motoriky. Tento reedukační moment je prioritou hipoterapie v péči o zdravotně postižené jedince. Hipoterapie má vliv na rozvoj vnímání, představivosti, paměti, fantazie a myšlení. Intenzivně působí na citovou oblast jedince. Motivační působení je, co se týče hipoterapie, bezkonkurenční. Je to forma terapie, která pacienta často baví. Při všech reflexech, které prochází kůrou předního mozku – a toto je léčebným cílem u pohybové terapie na neuropsychologickém základě – je motivace neobvykle důležitá. Užitek a radost z jízdy na koni, ať už ji člověk provozuje jako terapii, pohyb nebo soutěžní disciplínu, může být velký, a to nejen fyzicky a psychicky, ale i sociálně. Dobré prostředí ve stáji, kde se při společném koníčku setkávají lidé z různého sociokulturního prostředí, má vysokou hodnotu, zvláště pro lidi, kteří jsou velmi izolovaní a obtížně se dostávají do společnosti. Kůň je větší a silnější než člověk, takže veškeré zacházení s ním musí vycházet ze vzájemné důvěry, citlivosti a pochopení. Kůň nám vždy dá spontánní a upřímnou odpověď, nikdy se nesnaží skrývat, jak se má a co si myslí. Kontakt s koněm může zlepšit sociální chování člověka, který si procvičuje sebeovládání a ohleduplnost. Jazykové a školní problémy se zmenší tím, že zlepšujeme sebeúctu a pěstujeme nový zájem, procvičuje se koncentrace, jak při práci spojené okolo koní, tak zejména při jízdě samotné. Výrazně specifický a speciálně pedagogický charakter hipoterapie se projevuje v jejím reedukačním a kompenzačním dopadu na postižené jedince. Reedukace je pojímána jako soustavné rozvíjení všech postižených, narušených nebo oslabených orgánů a funkcí v procesu výchovy. Kompenzací chápeme rozvíjení a nácvik náhradních činností všude tam, kde reedukace původní funkce není možná do žádoucí míry. Tyto dva principy zcela samozřejmě vyústí v rehabilitaci spočívající v mnohostranném a soustavném působení na postiženého jedince s cílem dosažení relativně plnohodnotného života. Hipoterapie tyto zásady respektuje a ve všech činnostech a postupech jsou pro ni východiskem i konečným cílem.

Vedlejší výzkumné otázky:

VVO 1: Působí hipoterapie příznivě na psychický stav žáků?

Hipoterapie jednoznačně potvrzuje psychoterapeutické působení u žáků se speciálně vzdělávacími potřebami, neboť motivuje k větší psychické i emocionální aktivitě. Tlumí některé negativní projevy v chování a rozvíjí osobnost po stránce citové a volní. Kůň svou autoritou a reakcemi upravuje emocionální procesy, vyžaduje soustředění a připravenost k reakcím na jeho potencionální projevy. Působením na duševní složku se vytváří jedinečná atmosféra mezi koněm a osobností člověka. Děti i dospělí si uvědomují, že pozitivní psychika je výsledkem spolupráce a pochopení vzájemných potřeb dvou biologicky různých druhů, tuto zkušenost pak mohou uplatnit i v mezilidských vztazích. Vytváří se příznivé psychosociální vztahy a také nové tělesné a psychické stimuly, které učí člověka k přizpůsobování se v daných situacích. Hiporehabilitace celkově působí na odbourávání pocitů osamění a úzkosti, neboť kůň je „neutrální“ a přijímá jedince takové, jaké jsou. Společný zájem a kolektivní aktivita při práci s koňmi odstraňuje agresivní chování, antipatii a upevňuje charakter. Kladně působí na poruchy soustředění, sociální začleňování, budování vlastní sebedůvěry. Mimo jiné také mnohým naplňuje trávení volného času a udržuje jedince v dobré psychické i fyzické kondici.

VVO2: Má hipoterapie zásadní vliv na svalovou koordinaci a zlepšení stability?

Pohybová stimulace v rytmu kroků koně je nenapodobitelná. Vnější mnoho dimenzní pohybové impulsy při kroku koně působí kladně na sedícího klienta a umožňují neuromotorickou stimulaci. Přes dotekové kontaktní plochy hřbetu koně se vytvářejí další pohybové vzorce. V páteři tím vznikají neustále opakované pohyby. Jde o pohyb vpřed, rotační pohyby, pohyby nahoru a dolů a výkyvy do stran. Hřbet koně působí při chůzi krokem ve čtyřech taktech a osmi fázích, svým pohybem dráždí řídicí centra a nutí člověka balancovat. Hřbetní svalstvo koně způsobuje rytmické natahování páteře, které se přenáší na bederní páteř, křížovou kost a pánev. Největší vliv má hipoterapie na rozvoj posturální motoriky a svalstva. Především u žáků se souběžným a tělesným postižením, dochází při hipoterapii k pozitivním dopadům na krátkodobou optimalizaci svalového napětí a ovlivnění spasticity. Efektivita je spatřena v oblastech motorických, koordinačních i kognitivních. Jeho soustavné přenášení váhy přes diagonálu a střídavého pohybu levé a pravé poloviny těla je přenášeno na klienta v rytmickém pořadí symetricky ve vzpřímení, v pohybu vpřed a to v libovolném čase. Je známo, že

regulace svalového tonu je lépe dosaženo léčebným pohybem při vzpřímeném trupu pomocí koně, než rehabilitačním působením bez koně. Toto potvrzuje nejen subjektivní a objektivní pozorování průběhu a účinku léčení, ale také výsledek vědeckých šetření. Díky uvolněným svalům dokážou klienti provádět nové cviky. Zlepšuje celkovou kondici i obratnost u žáků, kteří se jiným způsobem pohybují obtížně.

Závěr

Výběr tématu mé diplomové práce pro mě nebyl nijak těžký. Osobně jsem členkou České hiporehabilitační společnosti a práci s koňmi se věnuji již několik let. V domácí stáji mám v současné době tři koně, z nichž jednoho z nich provázely zdravotní potíže pohybového charakteru. Při provozování léčby a masáže doporučené veterinárním lékařem se v mé hlavě zrodila myšlenka s budoucím názvem mé diplomové práce.

Předložená práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. První kapitola je věnována vymezení základních pojmů. Popisuje účinky hiporehabilitace od historie po současnost. Indikaci a kontraindikaci, která je spojená s každou rehabilitační metodou. Popsán je také tým spolupracujících při hiporehabilitaci, který musí tvořit kvalifikovaní odborníci. Druhá kapitola je věnována charakteristice vybraných postižení u klientů, které jsem popsala v případových studiích. Popsaná postižení jsou rozdělena do čtyř kapitol, z čehož první se věnuje souběžnému postižení více vadami. Dále jsou popsána psychická onemocnění, mozková obrna a poslední kapitola charakterizuje poruchy autistického spektra. Ve třetí kapitole se zabývám vzděláváním žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice. Vymezena jsou legislativní opatření, jejich změny, vyhlášky i novely. Podpůrná opatření a jejich členění, v neposlední řadě jsou uvedeny možnosti vzdělávání zmíněných žáků. Praktická část diplomové práce obsahuje hlavní cíl výzkumu a metodologii. Výzkumný projekt byl zpracovaný kvalitativní metodou v Občanském sdružení Baneta v Janově u Litomyšle, jehož nástrojem byla zvolena metoda záměrného pozorování a volný rozhovor. Osloveno bylo šest informantů a jejich rodičů. Všichni oslovení jedinci byli velice vstřícní a dané informace mi byly poskytnuty na základě dohody o uvedené anonymitě. Ze závěru výzkumného šetření vyplynula skutečnost, která potvrzuje pozitivní vliv na psychický stav žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a také příznivé působení na svalovou koordinaci i stabilitu.

Shrnutí

Diplomová práce se zabývá účinky hiporehabilitace u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Práce obsahuje čtyři kapitoly, z nichž tři se věnují teoretickému vymezení. První z nich popisuje historii hipoterapie, hipoterapeutický tým a bezpečnost. Druhá kapitola teoretické části charakterizuje vybraná zdravotní postižení, souběžné postižení více vadami, psychická onemocnění, specifické poruchy učení a poruchy autistického spektra. Třetí kapitola je věnována vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Rozdělena je na podkapitoly, které se věnují legislativnímu opatření, podpůrnými opatřeními, pojmu inkluze a možnostmi vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Poslední čtvrtá kapitola je věnována empirické části diplomové práce a zabývá se vlivem hipoterapie na edukaci a kvalitu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Je zde popsán cíl a metodologie výzkumu, charakteristika výzkumného prostředí a zkoumaného vzorku. Interpretace výzkumného šetření a závěr.

Summary

This diploma thesis deals with the influence of hipporehabilitation on learners with special educational needs. It consists of four chapters, three of them provide a theoretical description. The first chapter describes the history of hippotherapy, a hippotherapeutic team and safety. Selected physical disabilities, multiple handicaps, mental diseases, specific learning disabilities and autism spectrum disorders are characterised in the second chapter of the theoretical part. The third chapter is devoted to the education of learners with special educational needs. It is divided into subchapters that deal with the legislative framework, support provisions, the concept of inclusion and the possibilities for education of learners with special educational needs. The last chapter is an empirical part of the thesis and describes the influence of hippotherapy on education and quality of learners with special needs. The aim and methodology of the research, the characteristic of the research environment, and a research sample are defined there. Interpretation of the survey and conclusion.

Literatura

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

BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. *Vzdělávání se zaměřením na inkluzivní didaktiku a vyučování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole hlavního vzdělávacího proudu: Education focusing on inclusive didactics and teaching pupils with special educational needs in mainstream schools*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6678-6.

BARTOŇOVÁ, Miroslava, Marie VÍTKOVÁ, Barbora BOČKOVÁ, et al. *Inkluze ve škole a ve společnosti jako interdisciplinární téma: Inclusion in schools and society as an interdisciplinary issue*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-8093-5.

BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: texty k distančnímu vzdělávání*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.

HANÁK, Petr. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Vyd. 2., upr. a dopl. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2011. ISBN 978-80-86856-89-6.

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

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 168 - 172. ISBN 80-7367-040-2.

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

JISKROVÁ, Iva, Vladimíra CASKOVÁ a Tereza DVOŘÁKOVÁ. *Hiporehabilitace*. 2., přeprac. vyd. V Brně: Mendelova univerzita, 2012. ISBN 978-80-7375-635-2.

KLENKOVÁ, Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1.

KLÍMOVÁ, Jarmila a Michaela FIALOVÁ. *Proč (a jak) psychosomatika funguje?*. Praha: Progressive consulting, 2015. ISBN 978-80-260-8208-8.

KOLÁŘ, Pavel. *Clinical rehabilitation*. Praha: Alena Kobesová, c2013. ISBN 978-80-905438-0-5.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana a Marie VÍTKOVÁ. *Východiska, podmínky a strategie ve vzdělávání žáků s těžkým postižením na základní škole speciální: Bases, conditions and strategies for teaching pupils with severe disabilities in special schools*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6673-1.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana a Marie VÍTKOVÁ. *Východiska, podmínky a strategie ve vzdělávání žáků s těžkým postižením na základní škole speciální: Bases, conditions and strategies for teaching pupils with severe disabilities in special schools*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6673-1.

PIPEKOVÁ, Jarmila, Marie VÍTKOVÁ, Miroslava BARTOŇOVÁ, et al. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení: From education to social inclusion of people with health disabilities with focus on intellectual disabilities*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7581-8.

POKORNÁ, Věra. *Vývojové poruchy učení v dětství a v dospělosti*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-773-2.

POKORNÁ, Věra. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-817-3.

PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0900-3.

PŘINOSILOVÁ, Dagmar. *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-157-7.

Sborník přednášek... konference o hiporehabilitaci: pořádá Česká hiporehabilitační společnost a Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně. Praha: MSD, [200-]. ISBN 978-80-7392-111-8.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0215-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÍTKOVÁ, Marie, ed. *Integrativní školní (speciální) pedagogika: základy, teorie, praxe: učební text k projektu "Integrované poradenství pro znevýhodněné osoby na trhu práce v kontextu národní a evropské spolupráce"*. Vyd. 2. Brno: MSD, 2004. ISBN 80-86633-22-5.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Vyd. 12. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0875-4.

Internetové zdroje:

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). [online].[cit. 21. ledna 2017]. Dostupné na World Wide Web: <http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>.

Národní akční plán inkluzivního vzdělávání. [online]. Česká škola [cit. 29. ledna 2017]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.ceskaskola.cz/narodni-akcni-plan-inkluzivniho.html>

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. [online]. [cit. 2. února 2017]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>>.

Rámcově vzdělávací program pro základní vzdělávání [online]. [cit. 9. února 2017]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.nuv.cz/file/133>

RVP pro střední odborné vzdělávání [online]. [cit. 9. února 2017]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.nuv.cz/ramcove-vzdelavaci-programy/rvp-os>

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních [online].[cit. 11. února 2017]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných [online]. [cit. 11. února 2017]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-27-2016-sb-1>

Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky [online]. [cit. 12. února 2017]. Dostupné na World Wide Web: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-48>

Národní akční plán inkluzivního vzdělávání. [online]. Česká škola [cit. 20. února 2017]. Dostupné na World Wide: <http://www.ceskaskola.cz/2015/01/dlouhodoby-zamer-vzdelavani-vzdelavaci.html>

Česká hiporehabilitační společnost [online]. [cit. 23. 2. 2017]. Dostupné na World Wide Web: <http://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/hipoterapie/>
Občanské sdružení Baneta [online]. [cit. 25. 2. 2017]. Dostupné na World Wide Web: <http://baneta.webnode.cz>

Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí [online]. [cit. 25. 2. 2017]. Dostupné na World Wide Web: http://www.klubhvezdicka.cz/?page_id=33

Velký lékařský slovník [online]. [cit. 25. 2. 2017]. Dostupné na World Wide Web: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/aicardiho-syndrom>

Velký lékařský slovník [online]. [cit. 25. 2. 2017]. Dostupné na World Wide Web: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/westův-syndrom>

Společnost pro lidi s mentálním postižením [online]. [cit. 28. 2. 2017]. Dostupné na World Wide Web: <http://spmp-litomysl.webnode.cz>

Příloha

Příloha 1 Dotazník

1. věk dítěte?
2. diagnóza dítěte?
3. kdy jste si poprvé všimli u Vašeho dítěte odchylky od normálu?
4. jakým způsobem jste začali situaci řešit a kdo Vám nejvíce pomohl?
5. od jakého věku dítěte docházíte na hipoterapii?
6. jak často docházíte na hipoterapii?
7. jaký vztah mělo dítě ke koním při zahájení terapie?
8. těší se dítě na hipoterapii?
9. zlepšil se psychický stav dítěte po dobu docházení na hipoterapii?
10. pozorujete zlepšení v motorických projevech a stabilitě?
11. pokud u Vašeho dítěte došlo k jakémukoliv zlepšení díky hipoterapii, kdy jste si těchto změn poprvé všimli?
12. kde jste se o hipoterapii dozvěděla?