

Kapitola 2

V úvodním díle tohoto seriálu jsme si řekli obecně o hiporehabilitaci, zapojení koní do tohoto typu rehabilitace, vč. kritérií výběru. Také jsme naťukli téma jednotlivých oblastí; pojďme se na to tedy podívat podrobněji. Naše dotazy opět směřujeme na paní Bc. Moniku Šťastnou Kohoutovou, předsedkyni České hiporehabilitační společnosti (dále ČHS) a specialistku pro Hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii (dále HTFE) v pražském Sdružení SRAZ – Společně za radostí a zdravím, z. s.

Krásný den, Moniko, v minulém rozhovoru jsi nám představila jednotlivé oblasti hiporehabilitace, tj. Hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE), Hipoterapii v psychiatrii a psychologii (HTP), Hiporehabilitaci v pedagogické a sociální praxi (HPSP) a parasport (parajezdectví). Podle čeho určíš, která z těchto oblastí je pro konkrétního klienta vhodná, když se sám v této problematice neorientuje?

Předně je důležité zmínit, že málokteré středisko poskytující hiporehabilitační služby, je zaměřeno na všechny shora uvedené oblasti hiporehabilitace. Např. Sdružení SRAZ poskytuje primárně lekce HTFE a HTFE v rané péči. Často se tedy na mě obrací klienti, kteří dostali tip na „hipoterapii“ obecně a já následně podle diagnózy, věku a jejich poptávky doporučím vhodnou metodu hiporehabilitace a případně i konkrétní středisko, které tyto služby poskytuje.

Výběr metody tedy určuji primárně s ohledem na diagnózu klienta, ale též jeho věk a reálné potřeby a s tím související očekávání. Není přitom výjimkou, že jeden konkrétní klient postupem doby využije postupně více metod hiporehabilitace. Metoda HTFE je určena především pro klienty s fyzickým/motorickým handicapem. V okamžiku, kdy je po fyzické stránce metodou HTFE dosaženo zamýšleného výsledku, může být namísto přehodnocení cílů terapie a odkázání na středisko s jiným zaměřením, např. HPSP. Vysvětlím na konkrétním případě:



Dítě s Downovým syndromem „se potýká“ s opožděným psychomotorickým vývojem a primárním cílem je tedy dítě „rozchodit“ v co nejlepší kvalitě. Toho docílíme metodou HTFE, popř. HTFE v rané péči (děti často začínají s lekcemi v kojeneckém věku). Po několika letech je vhodné se zaměřit směrem k podpoře kognitivních a sociálních dovedností a v tu chvíli často dochází k přesunu dítěte do střediska zabývajícího se metodou HPSP anebo rovnou do oblasti parasportu – např. paravoltiže.

Pojďme se zaměřit na HTFE. V poslední době se o této oblasti hiporehabilitace hovoří hlavně v souvislosti s dětskými pacienty. Představím-li si, že u této skupiny se bavíme o věku 0 - 18 let, je to poměrně široké rozpětí. Jaká specifika konkrétní věková skupina dětí s sebou nese?

V této oblasti je zapotřebí rozlišovat HTFE a HTFE v rané péči. V hiporehabilitaci je raná péče definována věkovým rozsahem cca od 2 měsíců do tří let věku. Starší děti a dospělí pak spadají do oblasti HTFE. Terapeuti, kteří se hodlají zabývat oblastí HTFE v rané péči, musí splňovat oproti obecné HTFE zvláštní podmínky, konkrétně jde o studium zaměřené na specifikum rané péče. Raná péče je pak postavena na výborných znalostech ontogenetického vývoje dítěte, které si musí terapeut osvojit.



Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii

Oblast HTFE v rané péči dále klade zvýšené nároky též na hiporehabilitačního koně, který musí být především velice jemný po pohybové stránce, musí umět reagovat na signály svého vodiče regulující jeho mechaniku pohybu - např. délku kroku a s tím související výraznost pohybu koně. V souvislosti s tím jsou kladeny vysoké nároky na práci specialisty pro práci s hiporehabilitačním koněm - vodiče, který musí umět tyto jemné signály koni správně „předat“.



Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii v rané péči



Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii



Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii
v rané péči



Zmínila jsi HTFE v rané péči. O jakých diagnózách se zde nejčastěji bavíme? Jak dlouho dle tvých zkušeností dětský pacient na lekce dochází, aby měla terapie efekt?

Častou diagnózou je opožděný psychomotorický vývoj z různých důvodů - komplikace při porodu, nedonošenost dítěte apod. Další častou diagnózou jsou poruchy svalového napětí. Často se pak tedy setkáváme s diagnózami jako centrální tonusová porucha a centrální koordinační porucha. Dále se setkáváme s dětskou mozkovou obrnou (DMO) a v poslední době též s genetickými syndromy (nejen např. Downův syndrom, ale i mnoho ojedinělých syndromů, např. v případě jedné naší dětské klientky se syndromem, který má pouze 7 lidí na světě).

Obecně lze říci, že pro klienty s lehčími typy postižení může být dostačující tříměsíční blok např. po dvou lekcích týdně; dá se říci, že toto je při ambulantní péči též minimum pro to, aby terapie měla vůbec nějaký cílený efekt. Ekvivalentem je pak intenzivní terapie formou např. intenzivních víkendů či týdnů, kdy lekce probíhají jednou až dvakrát denně. Někteří pacienti však potřebují na lekce docházet dlouhodobě či celoživotně. Např. nejdelší doba terapie v našem středisku u jednoho klienta činí k dnešku 15 let. V našem středisku kombinujeme intenzivní formu terapie s dlouhodobou ambulantní, kdy na počátku se zaměříme na akutní problém a následně dle progresu formu terapie přizpůsobujeme pro udržení stabilizovaného stavu. Stává se totiž, že po ukončení terapie dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu klienta; k tomu pak může dojít krátkodobě i v průběhu terapie v důsledku např. růstového skoku dítěte.

Jak přesně tedy trojrozměrný pohyb koňského hřbetu pomáhá např. batoleti ve věku 24 měsíců, které je zcela nepohyblivé v důsledku komplikovaného porodu?

I trvale ležícím dětem může být kvalitně vedená hipoterapie přínosem. Dítě v tomto případě leží na koňském hřbetě nejčastěji na břišku hlavou směrem k zádi koně. Pohyb koně pak stimuluje ochablé svalstvo nebo naopak pomáhá relaxovat svalstvo stažené (spastické). U jednoho z našich dvouletých pacientů, který je a nejspíš bude trvale ležící, dochází v důsledku lekcí HTFE v rané péči ke zlepšení



životních funkcí - podpoře peristaltiky, dechových funkcí, lepšímu okysličení krve apod.

Dalším příkladem pak může být batole ve věku cca roku a půl s opožděným motorickým vývojem a pravostrannou hemiparézou v důsledku krvácení do mozku při porodu. Při vyšetření je nutné zmapovat kvantitu a kvalitu pohybů, následně se pak zaměříme na jejich zlepšování. K tomu je zapotřebí správně zvolit konkrétního koně a pozici na něm. Např. na podporu rozvoje lezení potřebujeme koně s předozadní rovinou pohybu.

Jak vyplývá ze shora popsaného, apel na vysokou odbornost a speciální vzdělání terapeuta je tak zásadní.

Obecně je však při HTFE nejčastější pozicí sed. Rozlišujeme čtyři základní pozice – sed, obrácený sed, primární vzpřímení a asistovaný sed. V HTFE v rané péči je jich pak ještě více, např. klient na koni sedí i bokem, klečí, leží atd. Konkrétní pozici vždy volí terapeut v závislosti na diagnóze klienta, stupni vývoje a na plánovaném cíli terapie.

Je metoda HTFE aplikovatelná i na dospělé a u jakých diagnóz jsou největší pokroky v léčbě?

Ano, je. Záleží však na velikosti koně a jeho nosnosti. Nejtypičtějšími diagnózami, kdy je vhodné indikovat terapii metodou HTFE, jsou stavy po mozkových příhodách, po kraniotraumatech, celkově poúrazové stavy, ale i např. roztroušená skleróza apod. Často se nám ozývají rodiče dospělých klientů s mentální retardací, ty však odkazují na střediska, která provozují HPSP.

Moniko, moc děkuji za tvůj čas a příště bychom se pověřovali dalším oblastem hiporehabilitace. Těšíme se na další setkání s tebou :-)

