

BARTEK CZOKAŁO¹, JOANNA CHOJNOWSKA², WIOLETTA POGROSZEWSKA³

Hipoterapia w usprawnianiu dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym

Hippotherapy in a rehabilitation process of a child with cerebral palsy

¹Absolwent, Fizjoterapia I stopnia, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży²Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży³Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

KEYWORDS

hippotherapy, Lovett's test, exercises

SUMMARY

Introduction. Hippotherapy is diversified therapeutic treatment using a horse. Horse riding is a final and at the same time one of the most stretched in time stage of improving athleticism. It is a replenishment of the rehabilitation process and it gives an opportunity to acquire new skills.

Aim. 1. Evaluating the impact of hippotherapy on prehensile functions of an upper limb. 2. Evaluating the impact of hippotherapy on lower limb range of motion. 3. Evaluating the impact of hippotherapy on a mental state of a child with CP.

Material and methods. The author of the thesis conducted a study of a 6-year-old child with CP based on: a questionnaire, Lovett's test, Box and Block Test and the measurement of the limbs circuits.

Results. The exercises conducted improved the balance and attentiveness. Marginally the quality of the exercises was improved, as well.

Conclusions. Hippotherapy gives an opportunity to overcome the discouragement and the lack of self-confidence in personal movement capabilities. It has an impact on a cognitive and emotional sphere of a child.

WSTĘP

Pozytywny kontakt człowieka z koniem znany był ludzkości już w czasach starożytnych. W Polsce jednak dopiero po II wojnie światowej uznano, iż koń i wspierane przez niego procesy terapeutyczne mogą stanowić istotne miejsce wśród znanych i stosowanych rozwiązań terapeutycznych. Hipoterapia i jej neurofizjologiczne działania umożliwiają poprawę motoryki, oddziałują pozytywnie na „duszę, ciało i umysł”, wpływają dodatnio na rozwój dziecka, kształtują jego inteligencję, wyznaczają kierunki samorealizacji i życia w społeczeństwie.

Istotną rolę w procesach hipoterapii odgrywają terapeutyci. Ich zadaniem jest m.in. prawidłowe przeprowadzenie testów ruchowych i dokonanie pełnej analizy funkcjonalnej młodego pacjenta. Pozwala to na określenie cech, metod i środków umożliwiających osiągnięcie założonego celu. Tak określone zadania wymagają, aby podejmując decyzję o zawodowej karierze w roli terapeuty hipoterapii, mieć na uwadze potrzebę ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, profesjonalizmu i determinacji w działaniu na rzecz chorych, ale wdzięcznych za pomoc dzieci.

Praca zawiera merytoryczny zakres wiadomości dotyczących hipoterapii i jej znaczenia, jaki wywiera na układ człowiek-ruch-kon. Pokazuje również, w jaki sposób wpływa oraz oddziałuje na dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPD) (1-3).

CEL PRACY

Założeniem oraz celem pracy była ocena hipoterapii jako jednej z najefektywniejszych naturalnych metod terapeutycznych, wykorzystywanej w usprawnianiu dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym zarówno w sferze ruchowej, jak i pedagogiczno-psychologicznej.

Cele pracy:

1. Ocena hipoterapii na funkcje chwytne kończyny górnej.
2. Ocena hipoterapii na zakresy ruchomości kończyny dolnej.
3. Ocena hipoterapii na stan psychiczny dziecka z MPD.

MATERIAŁ I METODY

W pracy przeprowadzono badanie dziecka w wieku 6 lat z mózgowym porażeniem dziecięcym, usprawnianego

metodą hipoterapii. Leczenie odbywało się w Integracyjnym Centrum Wypoczynku Edukacji i Rehabilitacji WBN „Maniówka”.

Za ocenę kliniczną pacjenta posłużyło badanie podmiotowe, które polegało na zapoznaniu się z dokumentacją medyczną i jej analizie medycznej oraz przeprowadzeniu szczegółowego wywiadu z prawnymi opiekunami pacjenta. Ponadto przeprowadzono badanie przedmiotowe, które opierało się na ocenie siły mięśniowej za pomocą skali Lovetta, teście na funkcjonalność chwytną kończyn górnych oraz pomiarach liniowych dotyczących obwodów kończyn górnych i dolnych.

Karta wywiadu z opiekunem prawnym pacjenta

Opierając się na definicji Tadeusza Pilcha, wywiad jest „rozmową badającego z respondentem lub respondentami według opracowanych wcześniej dyspozycji lub w oparciu o specjalny kwestionariusz” (4). W niniejszej fazie zostają zebrane wiadomości ogólnego rodzaju, a także dane odnoszące się do jednostki chorobowej pacjenta.

Badanie siły mięśniowej na podstawie testu Lovetta

Najbardziej popularną metodą subiektywnej oceny siły mięśniowej jest test Lovetta. Polega na manualnym badaniu poszczególnych mięśni w określonych pozycjach i przy określonym ruchu.

W diagnostyce ważne jest zbadanie w pierwszej kolejności strony niezajętej, a następnie strony zajętej.

Podczas dokonywania analizy siły mięśniowej znaczący wpływ mają:

- pozycja badanego,
- stabilizacja odcinka ciała, bezpośrednio przy którym znajduje się badany mięsień,
- metodycznie i dokładnie przeprowadzona czynność,
- zastosowanie oporu adekwatnego do wieku i poziomu ogólnej aktywności osoby badanej przy czynnościach sprawdzających 4^o i 5^o.

Obecność osłabienia siły grup mięśniowych może być przydatna w rozpoznaniu nieprawidłowości związanych z mięśniami, korzeniami nerwowymi, nerwami obwodowymi, poziomem rdzenia kręgowego lub regionami kory mózgowej (5).

Test na funkcje chwytne rąk Box and Block

Test polegający na badaniu zręczności i koordynacji małej motoryki. Cechą charakterystyczną, a zarazem atutem testu jest stosunkowo prosta realizacja, nadająca się zwłaszcza dla osób o niewielkiej zręczności manualnej.

W celu przeprowadzenia testu niezbędne są dwie skrzynki o jednakowych wymiarach, między którymi powinna się znajdować deseczka o wysokości 15 cm. Jeden z pojemników powinien być wypełniony około 150 drewnianymi kostkami.

Zadaniem osoby testowanej jest przeniesienie jak największej ilości kostek z jednej skrzynki do drugiej w czasie 60 sekund. Należy pamiętać, aby badanie przeprowadzić

najpierw na kończynę dominującą, następnie powtórzyć na kończynę z dysfunkcją.

Jako wynik przedstawia się sumę prawidłowo przełożonych kostek w przeciągu 60 sekund (6).

Pomiary obwodów kończyn

Pomiar obwodów kończyn wykonujemy najlepiej w pozycji komfortowej dla badanego, tak aby zezwoliło mu to na rozluźnienie mięśni. W karcie badawczej powinien znajdować się zbiór informacji o szczegółach przeprowadzonego badania, mający na celu odtworzenie warunków dokonanej analizy w przyszłości, a także w charakterze informacji i wskazówek dla innych badających (5, 6).

WYNIKI

Opis przypadku

Podmiotem badanym w niniejszej pracy jest 6-letni chłopiec z rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego w postaci niedowładu połowicznego prawostronnego.

Ciąża była planowana, od początku kontrolowana przez specjalistę, lekarza ginekologa. Przebiegała prawidłowo, bez żadnych komplikacji. Dziecko przyszło na świat przedwcześnie w 8. miesiącu ciąży ze znaczną niedowagą ciała. Podczas akcji porodowej, która trwała dość długo, doszło do niedotlenienia i niedokrwienia dziecka, co przyczyniło się do uszkodzenia mózgu.

Po upływie 4 miesięcy od urodzenia zauważono, że chłopiec podczas zabawy chętniej i częściej posługuje się lewą kończyną górną, ponadto lewa kończyna dolna była również w znacznym stopniu bardziej aktywna. Z analizy dokumentacji medycznej wynika, że w badaniu USG przez-cięmiączkowym, jak również TK i MRI wyszła asymetria komór mózgu, do której przyczynił się przebyty w czasie ciąży wylew dokomorowy. Z racji tego, że doszło do niego podczas ciąży, niedowład prawostronny ciała jest mniejszy.

Rehabilitację podjęto od 6. miesiąca życia. W wyniku zabiegów obserwowano systematyczny wzrost rozwoju ruchowego dziecka. Chłopiec zaczął samodzielnie stawiać pierwsze kroki w 18. miesiącu życia. W początkowym okresie chód był nieprawidłowy. Chłopiec prawą stopę ustawiał na palcach, z rotacją do środka, było to spowodowane przykurczem ścięgna Achillesa po stronie prawej. Tendencja do objawu Babińskiego była zachowana. Zauważalne również było nieprawidłowe ustawienie miednicy i tułowia. W konsekwencji występujących nieprawidłowości neurologicznych dziecko nie potrafiło utrzymać równowagi w pozycji stojącej. Zaobserwowano również inne ustawienie i mniejszą aktywność prawej kończyny górnej. Czynnikiem sprawczym był niewielki przykurcz w stawie łokciowym prawym.

Hipoterapię podjęto około 6. roku życia. Rodziców do zabiegów przekonała dobra opinia o tego typu terapiach.

Chłopiec rozumie i spełnia proste polecenia. Dodatkowo wykonuje poszczególne polecenia złożone, odnoszące

się do konkretów. Stopień fonologiczny jest zadowalający, dziecko komunikuje się pojedynczymi słowami lub zdaniami prostymi.

Pacjent ma starszą siostrę. Rodzice dziecka pracują zawodowo, przez co są w stanie zapewnić odpowiednie warunki do życia, jak i terapii rehabilitacyjnych. Mają bardzo dobry kontakt z dziećmi, każdy swój wolny czas poświęcają na edukację i rozwój społeczny. Rodzina mieszka na wsi w domu jednorodzinny. Warunki bytu można określić na bardzo dobre.

Analiza wybranych zabiegów i ich efektywność

W przeprowadzonych pomiarach długości oraz obwodów kończyn górnych i dolnych można wywnioskować, iż różnice w wymiarach po stronie zajętej (prawej) nieco różniły się od strony lewej. Spowodowane jest to nieznacznym przykurczem w stawie łokciowym, natomiast w kończynie dolnej poprzez rotację i niewielki przykurcz w stawie skokowym.

Wykorzystany test metodycznie dobrano pod względem trudności do sprawności ruchowej pacjenta. Chłopiec z pełną świadomością wykonywał polecenia. Nieduża dokładność i tempo ruchów w kończynie chorej przy wykonywaniu ćwiczenia rozważane były optymistycznie. Wyniki zestawiano z poprzednimi osiągnięciami dziecka. Poczucie czynionych postępów podtrzymywały u dziecka chęć oraz motywację do dalszej pracy. Szło to w parze z polepszeniem samopoczucia psychicznego oraz samooceny pacjenta (tab. 1-4).

Po zastosowanym badaniu można powiedzieć, że w niewielkim stopniu poprawiły się tempo i precyzjność wykonywanych zadań (tab. 5, 6).

W pierwszym okresie terapii dziecko bało się zbliżyć i dotknąć zwierzęcia, płakało. Po paru dniach strach minął, chłopiec zaczął głaskać, przytulać zwierzę. Od początku rehabilitacji dziecko przejawiało się dużą sympatią do terapeuty. Początkowo nie odstępowało od swojego opiekuna, po kilku dniach jeździło już bez kontroli rodzica (tab. 7).

Z dokonanych obserwacji można wnioskować, że dwutygodniowa rehabilitacja metodą hipoterapii jest zbyt krótkotrwałym okresem czasu, aby zaobserwować wyraźną poprawę umiejętności dziecka. Można stwierdzić, że niewątpliwie poprawił się stopień opanowania umiejętności już posiadanych. Podczas jazdy konnej u pacjenta dochodziło do normalizacji mięśniowej. Dziecko początkowo siedząc niepewnie, uzyskało pewniejszy siad. Podczas prowadzonych ćwiczeń zwiększyły się równowaga, koncentracja oraz stwierdzono nieco małe, ale dostrzegalne polepszenie jakości wykonywanych ćwiczeń. W dodatku zauważono efekty w sferze poznawczej i emocjonalnej (ryc. 1, 2).

Zalecenia dla pacjenta i dla prawnych opiekunów

Zdiagnozowana u chłopca niepełnosprawność ruchowa oraz związany z tym poziom funkcjonowania dziecka uzasadniają potrzebę zastosowania wobec niego specjalnych form i metod kształcenia. Kształcenie specjalne umożliwi dostosowanie wymagań w procesie edukacyjnym do jego

Tab. 1. Pomiar siły według Lovetta przed terapią – kończyna górna

	Kończyna górna lewa	Kończyna górna prawa
Staw ramienny		
Zgięcie	5°	4°
Wyprost	5°	4°
Przywiedzenie horyzontalne	+4°	3°
Odwiedzenie	5°	+3°
Rotacja wewnętrzna	+4°	3°
Rotacja zewnętrzna	5°	+3°
Staw łokciowy		
Zgięcie	5°	4°
Wyprost	5°	4°
Odwracanie	+4°	+3°
Nawracanie	+4°	3°
Staw nadgarstkowy		
Zgięcie grzbietowe	5°	3°
Zgięcie dłoniowe	5°	+2°

Tab. 2. Pomiar siły według Lovetta przed terapią – kończyna dolna

	Kończyna dolna lewa	Kończyna dolna prawa
Staw biodrowy		
Wyprost	5°	+3°
Zgięcie	5°	3°
Przywiedzenie	+4°	3°
Odwiedzenie	5°	3°
Rotacja wewnętrzna	+4°	+2°
Rotacja zewnętrzna	5°	+2°
Staw kolanowy		
Zgięcie	5°	+3°
Wyprost	5°	+3°
Staw skokowy		
Zgięcie podeszwowe	5°	+2°
Zgięcie grzbietowe	+4°	+2°
Nawracanie	5°	2°
Odwracanie	5°	2°

Tab. 3. Pomiar siły według Lovetta po terapii – kończyna górna

	Kończyna górną lewą	Kończyna górną prawą
Staw ramienny		
Zgięcie	5 ⁰	4 ⁰
Wyprost	5 ⁰	4 ⁰
Przywiedzenie horyzontalne	+4 ⁰	+3 ⁰
Odwiedzenie	5 ⁰	4 ⁰
Rotacja wewnętrzna	5 ⁰	3 ⁰
Rotacja zewnętrzna	5 ⁰	+3 ⁰
Staw łokciowy		
Zgięcie	5 ⁰	4 ⁰
Wyprost	5 ⁰	4 ⁰
Odwracanie	+4 ⁰	+3 ⁰
Nawracanie	5 ⁰	+3 ⁰
Staw nadgarstkowy		
Zgięcie grzbietowe	5 ⁰	+3 ⁰
Zgięcie dłoniowe	5 ⁰	3 ⁰

Tab. 4. Pomiar siły według Lovetta po terapii – kończyna dolna

	Kończyna dolną lewą	Kończyna dolną prawą
Staw biodrowy		
Wyprost	5 ⁰	+3 ⁰
Zgięcie	5 ⁰	+3 ⁰
Przywiedzenie	+4 ⁰	3 ⁰
Odwiedzenie	5 ⁰	+3 ⁰
Rotacja wewnętrzna	5 ⁰	3 ⁰
Rotacja zewnętrzna	5 ⁰	3 ⁰
Staw kolanowy		
Zgięcie	5 ⁰	4 ⁰
Wyprost	5 ⁰	4 ⁰
Staw skokowy		
Zgięcie podszwowe	5 ⁰	+2 ⁰
Zgięcie grzbietowe	+4 ⁰	3 ⁰
Nawracanie	5 ⁰	+2 ⁰
Odwracanie	5 ⁰	+2 ⁰

Tab. 5. Box and Block Test – kończyna pełnosprawna

	Badanie przed terapią	Badanie po terapii
Ilość przeniesionych kostek w ciągu 60 sekund	50	58

Tab. 6. Box and Block Test – kończyna niepełnosprawna

	Badanie przed terapią	Badanie po terapii
Ilość przeniesionych kostek w ciągu 60 sekund	26	28

Tab. 7. Obserwacja podczas zajęć hipoterapeutycznych (plan pedagogiczno-psychologiczny)

	Przed terapią	Po terapii
Stosunek do konia		
a) boi się	+	-
b) z ochotą podejmuje kontakt ze zwierzęciem	-	+
c) dbałość o konia	-	+
Stosunek do osoby prowadzącej		
a) nawiązanie kontaktu	+	+
b) współpraca z osobą prowadzącą	-	+
c) typ kontaktu		
– wzrokowy	+	+
– dotykowy	-	+
– słowny	-	+
Relacje z matką		
a) rozstaje się	-	+
b) chce ją mieć w polu widzenia	+	-
c) nie rozstaje się (matka musi chodzić obok)	+	-
Współpraca		
a) skupienie	-	+
b) uważność	-	+
c) wykonywanie poleceń	-	+
d) wykonywanie zadań	-	+
e) powtarzanie ćwiczeń	-	-
f) inwencja własna	-	-
g) zainteresowanie zajęciami	+	+
h) praca poza zajęciami	+	+



Ryc. 1. Pacjent siedzący na koniu



Ryc. 2. Pacjent w pozycji ćwiczeniowej

możliwości motorycznych, zapewni adekwatną stymulację rozwoju i pozytywnie wpłynie na funkcjonowanie we wszystkich sferach rozwojowych.

W ramach zajęć rewalidacyjnych należy zapewnić chłopcu rozwijanie ogólnej sprawności ruchowej zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego. Z uwagi na zbyt niski poziom ruchów czynnych ręki porażonej, należy zapoznać pacjenta oraz prawnych opiekunów z ćwiczeniami zwalniającymi napięcie mięśni palców oraz dłoni. Konieczne jest dostosowanie organizacji poszczególnych zajęć, metod i form pracy oraz wymagań edukacyjnych do możliwości chłopca. Należy zwracać uwagę na stan emocjonalny pacjenta podczas przeprowadzanych zajęć. W razie potrzeby udzielać mu wsparcia, motywować do wykorzystywania potencjału umysłowego.

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Rehabilitacja dzieci z MPD jest nieodzownym elementem terapii. Zauważalne jest występowanie coraz to nowych metod, mających na celu wspomaganie fizjoterapii w kwestii rozwoju dzieci dotkniętych MPD. Nieustannie na

całym świecie realizowane są badania nad przydatnością i efektywnością innowacyjnych technik. Spośród sprawnie rozwijającej się i cieszącej coraz większym zainteresowaniem animaloterapii, najczęściej dotyczy hipoterapii.

Badania były realizowane na 6-letnim pacjencie z rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego w postaci niedowładu połowiczego prawostronnego. W celu określenia postępów rehabilitacji wykorzystano skalę na określenie siły mięśniowej według Lovetta, a także Block and Box Test na funkcjonalność chwytnej rąk.

Sprawność manualna jest nieodzownym czynnikiem działalności każdego człowieka, niezbędnym w życiu codziennym, również decydującym o samodzielności.

Sawaryn w artykule pt.: „Wpływ hipoterapii na umiejętności ruchowe ręki u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym” (7) przedstawiła wyniki przeprowadzonych badań. W analizie zostały przedstawione dwie 53-osobowe grupy: eksperymentalna (poddana hipoterapii) i porównawcza (poddana zwykłym zabiegom rehabilitacyjnym). Zestawienia efektów autorka dokonała po miesiącu od podjętych zabiegów.

Reasumując wyniki badań przeprowadzonych przez Sawaryn, znaczną poprawę stwierdzono w zakresie funkcji chwytania precyzyjnego, posługiwanie się łyżką oraz rzucania woreczkiem. W przypadku pozostałych czynności zaobserwowano minimalne polepszenie, nieistotne konwencjonalnie. Autorka zwraca uwagę na dzieci młodsze, które uzyskały lepsze wyniki w terapii. Twierdzi również, że płeć nie ma wpływu na rozwój terapeutyczny.

Odnosząc się do badań własnych, podczas zajęć hipoterapeutycznych pacjent nie tylko brał udział w samej jeździe konnej, ale także w czynnościach przy koniu. Opierały się one na przeprowadzaniu różnych poczynań związanych z owym zwierzęciem. Dany tok postępowania miał na celu poprawić sprawność chwytnej funkcji rąk dziecka. Do głównych zadań należały: czyszczenie sierści konia, czesanie grzywy. Kontynuowanie doskonalenia rozwoju sprawności rąk realizowane było podczas jazdy na koniu, z wykorzystaniem odpowiednich ćwiczeń, tj.: ściskanie małych, gumowych piłeczek, wybieranie z koszyka trzymanego przez opiekuna drobnych przedmiotów. Przy wykonywaniu zadań ważne są dokładność i systematyczność.

Po dwutygodniowej hipoterapii, dokonując analizy wyników testu Block and Box, a zarazem porównując ilość kostek przełożonych przed terapią i po terapii hipoterapeutycznej, zauważono u pacjenta nieznaczную poprawę w kończynie niepełnosprawnej (różnica była tylko między dwiema kostkami). Widoczne było także większe skupienie dziecka w wykonywanych czynnościach.

Indywidualne funkcjonowanie dziecka z MPD jest zaburzone na skutek kontroli postawy. Hipoterapia należy do form terapii pozwalających ulepszyć zmysł równowagi.

W artykule sporządzonym przez Matusiak-Wieczorek i wsp. pt.: „Wpływ hipoterapii na zdolność utrzymywania równowagi w pozycji siedzącej wśród dzieci z mózgowym porażeniem” (8), u większości poddanych leczeniu

dostrzeżono znaczną poprawę autokontroli i postawy ciała. W szczególności poprawiło się ustawienie tułowia i głowy, jak również kontrola funkcji ramion. W zakresie pracy stóp zauważono najmniejsze efekty.

Podobne zdanie na temat wpływu hipoterapii na równowagę ma Maćków w artykule pt.: „Wpływ hipoterapii neurofizjologicznej na zmianę położenia środka ciężkości ciała u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym”. Autor oznajmia, iż znaczące efekty w przemieszczaniu się środka ciężkości ciała u dzieci z MPD można zaobserwować już po jednym zabiegu hipoterapeutycznym (9).

Ustosunkowując się do przypadku opisanego w niniejszej pracy, w sytuacji podjęcia rehabilitacji konnej u pacjenta zauważalne było нефizjologiczne ustawienie miednicy i tułowia, co skutkowało nieprawidłowością w utrzymaniu równowagi. Podczas jazdy konnej ciało przebywa na niestabilnym, chwiejnym podłożu. Ćwiczenia rehabilitacyjne na grzbiecie konia, tj.: unoszenie rąk w bok, górę, oparcie rąk na udach, siad bokiem lub tyłem do kierunku jazdy, wymagały od pacjenta zachowania środka ciężkości. Inne zabiegi, np.: jazda w leżeniu tyłem i przodem wzdłuż grzbietu konia, a także jazda w leżeniu przodem w poprzek konia, znakomicie wpłynęły na skorygowanie wady tułowia i poprawienie jakości ruchu chłopca. Zadania wymagały od pacjenta dużego skupienia oraz precyzyjności wykonania, gdyż przeznaczony do terapii koń poruszał się stępem.

Stosownie prowadzona hipoterapia w połączeniu z psychoterapią stanowi kluczową formę pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi. Wskutek utrudnień wynikających z niepełnosprawności u wielu osób narasta poczucie bezradności w otaczającym ich świecie oraz życiu codziennym. Hipoterapia znakomicie uaktywnia rozwój psychologiczny osób niepełnosprawnych.

Z podaną tezę zgadzają się Białoszewski i wsp. w artykule pt.: „Ocena przydatności hipoterapii w rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem. Doniesienie wstępne” (10), w których badaniach u dzieci korzystających z tej formy terapii znacznie zmieniło się nastawienie do otaczającej rzeczywistości oraz wzrosło poczucie własnej wartości. Pacjenci wykazywali ogromną chęć do tego typu terapii, co łączyło się z dużą frekwencją na zajęciach. Autorzy zaobserwowali

również większą samodzielność, czego czynnikiem sprawczym mogła być możliwość sterowania koniem.

Z tezą przedstawioną przez Białoszewskiego zgadzają się Walaszek i wsp. w artykule pt.: „Medyczne, pedagogiczne, psychologiczne i społeczne oddziaływania hipoterapii” (11). Autorzy twierdzą, iż uczestnictwo w zajęciach hipoterapeutycznych wpływa na rozwój pewności siebie i poczucia własnej wartości u dzieci niepełnosprawnych, co również wywiera wpływ na zwierzę.

Podczas uczestnictwa w terapii przeprowadzonej na podmiocie badanym można było zaobserwować perfekcyjne podejście terapeuty do pacjenta. Odwzajemnione było to wielką sympatią, a w pewnym momencie przywiązaniem emocjonalnym ze strony pacjenta. Mimo że początkowo występowało uprzedzenie dziecka do podjętej terapii, po około dwóch dniach chłopiec przejawiał ogromną chęć do kontynuowania zajęć. Poprzez ciągłe pochwały i nienaganne podejście terapeuty u dziecka widoczne było coraz większe poczucie własnej wartości. Ważnym aspektem była również postawa hipoterapeuty wobec zwierzęcia. Przejawiał on ogromny szacunek do konia, nie traktował go przedmiotowo. Miało to także wpływ na kształtowanie podejścia pacjenta do zwierzęcia. Dziecko podczas terapii obserwuje wszystko, co się dzieje wkoło. Nauka szacunku była zauważalna ze strony chłopca. Przejawiało się to lepszym nastawieniem do zwierzęcia.

WNIOSKI

1. Hipoterapia jest metodą stosowaną w usprawnianiu rozwoju dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, stanowi uzupełnienie rehabilitacji kompleksowej.
2. Hipoterapia to interesująca forma terapii, która daje możliwość pokonania zniechęcenia i wątpliwości we własne możliwości ruchowe.
3. Zabiegi hipoterapeutyczne w przypadku badanego chłopca poprawiły w niewielkim stopniu funkcjonalność chwytnej ręki oraz sprawność kończyn zajętej. Ponadto dały dziecku dużo zadowolenia i radości.
4. Ćwiczenia równoważne w dużym stopniu wpłynęły na skorygowanie wady tułowia i poprawienie jakości ruchu dziecka.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

PIŚMIENNICTWO

1. Sternal M, Kwiatkowska B, Borysławski K: Czynniki zwiększające ryzyko mózgowego porażenia dziecięcego. *Pediatr Pol* 2011; 2: 163-165.
2. Mihilewicz S: Problemy w rozwoju psychoruchowym dziecka z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego (MPD). [W:] Mihilewicz S (red.): *Psychologiczno-pedagogiczne problemy wspomagania rozwoju dzieci niepełnosprawnych*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005: 44.
3. Szabert A: Koń – jako terapeuta i przyjaciel. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* 2012; 11: 27.
4. Pilch T, Bauman T: *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2010.
5. Zembaty A: *Kinezyterapia. Tom I*. Wydawnictwo Kasper, Kraków 2002: 57.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Joanna Chojnowska
ul. Spółdzielcza 32/32, 18-400 Łomża
tel.: +48 502-426-287
chojnowska23@poczta.onet.pl

nadesłano: 9.04.2018
zaakceptowano do druku: 30.04.2018

6. Lizak A, Michaluk K, Śliwka A et al.: Dokumentacja fizjoterapeutyczna zgodna z wytycznymi ICF. Testy strukturalne (część 1). Testy na poziomie dnia codziennego (część 2). Reha-Plus Edukacja, Kraków 2009: 26-57.
7. Sawaryn D: Wpływ hipoterapii na umiejętności ruchowe ręki u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Nowa Pediatr* 2010; 2: 34-43.
8. Matusiak-Wieczorek E, Małachowska-Sobieska M, Synder M: Wpływ hipoterapii na zdolność utrzymania równowagi w pozycji siedzącej wśród dzieci z mózgowym porażeniem. *Ortop Traumatol Rehabil* 2016; 2: 165-175.
9. Maćków A, Małachowska-Sobieska M, Demczuk-Włodarczyk E et al.: Wpływ hipoterapii neurofizjologicznej na zmianę położenia środka ciężkości ciała u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Ortop Traumatol Rehabil* 2014; 6: 581-593.
10. Białoszewski D, Korabiewska I, Lewandowska M et al.: Ocena przydatności hipoterapii w rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem. *Doniesienie wstępne. Fizjoter Pol* 2011; 2: 175-181.
11. Walaszek R, Szurmik T, Marszałek A et al.: Medyczne, pedagogiczne, psychologiczne i społeczne oddziaływania hipoterapii. *Med Rodz* 2016; 2: 92.