



ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή εργασία με θέμα:
**«ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΙΠΠΑΣΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ
ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΛΕΤΣΙΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ ΑΘΗΝΑ

Θεσσαλονίκη 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1° ΚΕΦΑΛΑΙΟ - ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ	6
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	6
1.2. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ	6
1.3.ΑΙΤΙΑ	7
1.4. ΠΑΘΟΛΟΓΑ-ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	8
1.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ	8
1.6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΤΗΣ Ε.Π.....	9
1.6.1 Σπαστική μορφή.....	9
1.6.1.1 Σπαστική Διπληγία	9
1.6.1.2. Σπαστική Ημιπληγία.....	9
1.6.1.3. Σπαστική Τετραπληγία.....	10
1.6.2 Αθετωσική μορφή	10
1.6.3. Αταξική μορφή.....	11
1.6.4. Υποτονική μορφή.....	12
1.6.5. Μεικτή Μορφή	12
1.7. ΣΥΝΟΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	12
2° ΚΕΦΑΛΑΙΟ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΙΠΠΑΣΙΑ	13
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	13
2.2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ	14
2.3. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΠΕΔΙΑ	15
2.3.1 Αντικειμενικό Πεδίο I: Αισθητικο-κινητικές ικανότητες.....	15
2.3.1.1. Το στατικό-δυναμικό στοιχείο	16
2.3.1.2. Το στοιχείο της οπλής μετατόπισης βάρους.....	19
2.3.1.3. Το στροφικό στοιχείο	20
2.3.2. Αντικειμενικό Πεδίο II: Γνωστικές ικανότητες.....	21
2.3.3. Αντικειμενικό Πεδίο III: Συναισθηματικές ικανότητες	21
2.4. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ - ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	22
2.4.1. Ενδείξεις	22
2.4.2. Αντενδείξεις	22
3° ΚΕΦΑΛΑΙΟ- ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ	24
3.1. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ.....	24
3.1.1 Ειδικός Παιδαγωγός.....	25
3.1.2. Εργοθεραπευτής.....	26
3.1.3. Κλινικός Παιδοψυχολόγος.....	26
3.1.4 Λογοθεραπευτής	27
3.1.5. Φυσικοθεραπευτής	28
3.1.6. Κτηνίατρος	30
3.2. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΦΩΝΗ.....	30
3.3. ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΓΓΙΓΜΑ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4° - ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΛΟΓΟ	33
4.1. ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΦΥΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	33
4.2. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΠΛΑΣΗ.....	34
4.2.1 Κεφάλι — Λαιμός—Ωμοί.....	35
4.2.2. Διαμόρφωση Μεσαίας Περιοχής	36
4.2.3 Διαμόρφωση Ποδιών.....	36
4.2.4 Διαμόρφωση Οπλής - Ισορροπία.....	38

4.3. ΦΥΣΙΚΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ.....	39
4.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΙΝΗΣΗΣ	39
4.5 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	40
4.6 ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΛΟΓΟΥ ΣΤΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΙΠΠΑΣΙΑ	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5-ΤΕΝΙΚΕΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ ΑΛΟΓΟΥ.....	42
5.1. βασική καθοδήγηση	42
5.2. ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΑΘΟΛΗΓΗΣΗ	43
5.3. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΤΡΙΓΩΝΟ.....	44
5.4 ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	45
5.5. ΦΥΣΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ: Ο ΚΛΕΙΣΤΟΣ ΣΤΙΒΟΣ	45
6° ΚΕΦΑΛΑΙΟ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	47
6.1. ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΑΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΙΠΠΕΑ – ΑΣΘΕΝΗ.....	47
6.2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΠΙΒΛΕΨΗΣ Η ΠΛΑΓΙΑΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	47
6.3. Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΙΠΠΕΥΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ (ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΙΠΠΕΥΣΗ)	49
6.4. ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ Ή ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ	50
6.5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	50
6.5.1 Μέρη του σώματος	51
6.5.2. Πρηγή	51
6.5.3. Προσέγγιση αντικειμένου	52
6.5.4. Προσέγγιση αντικειμένου με τα δύο χέρια	52
6.5.5. Μίμηση κίνησης	52
6.5.6 Διάταση ώμων	53
6.5.7. Αλλαγή θέσεων έγχρωμων κρίκων	53
6.5.8. Παιχνίδι με κώνους σε κύκλο	53
6.6 ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΜΙΚΡΟ ΔΕΙΓΜΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.....	55
6.7 Από το πρόγραμμα θεραπευτικής ιππασίας στην ΜΕΡΙΜΝΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	65
6.8 Επίλογος	74
ΑΝΑΦΟΡΕΣ	75
ΞΕΝΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ	75
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	81

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να γίνει μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, όσον αφορά τα αποτελέσματα της θεραπευτικής ιππασίας σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση.

Θα γίνει μια αναφορά στην εγκεφαλική παράλυση και στα προβλήματα που αντιμετωπίζονται συνήθως σε αυτή. Θα αναφερθούμε στην θεραπευτική ιππασία και στην εξέλιξη της, ως εναλλακτική μορφή θεραπείας.

Η θεραπευτική ιππασία σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση εφαρμόζεται με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Χρειάζονται όμως περαιτέρω έρευνες με μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού για να είναι η έρευνα αξιόπιστη, ώστε να πιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής ιππασίας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την εισηγήτρια μου Γεωργιάδου Αθηνά για την καθοδήγηση και τον χρόνο της καθ' όλη την διάρκεια της εργασίας μου. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές μου για τις γνώσεις που μου προσέφεραν τα χρόνια που πέρασα στο Τ.Ε.Ι. και για την υπομονή τους. Ένα μεγάλο ευχαριστώ χρωστάω στους φίλους μου και στους συμφοιτητές μου που μοιραστήκαμε τόσες εμπειρίες και κυρίως θα ήθελα να ευχαριστήσω τον φίλο μου και συνάδελφο Κων/νο Χανδόλια για την καθοδήγηση και την στήριξη του. Δεν θα πρέπει να παραλείψω να ευχαριστήσω την Μέριμνα Παιδιού Κατερίνης που μου έδωσε την ευκαιρία να παρακολουθήσω και να εμβαθύνω στο πρόγραμμα θεραπευτικής ιππασίας που πραγματοποιείται μέσα στο χώρο του σχολείου. Κυρίως όμως θέλω να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ και στον άντρα μου Ιωάννη για την υποστήριξη του σε ότι κάνω στην ζωή μου.

Ευχαριστώ!

1° ΚΕΦΑΛΑΙΟ - ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Εγκεφαλική παράλυση ονομάζεται μια μη προοδευτική εγκεφαλική διαταραχή, στα πρώιμα στάδια εξέλιξης του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου (Nelson K.B- Ellenberg J.H 1978, Ζαφειρίου Δ. – Τσίκουλας Ι. 1995), που οδηγεί σε διαταραχή της στάσης, της κίνησης (Nelson K.B- Ellenberg J.H 1978, Παντελιάδης Χ., Συρίγου - Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998), της μυϊκής συνεργίας, σε αισθητηριακές διαταραχές, (Bobath K., 1959, Bobath B., 1964) και σε κάποιες περιπτώσεις, σε σκελετικές παραμορφώσεις (Sephherd BR1995). Η ΕΠ θεωρείται μια από τις συχνότερες νευρολογικές διαταραχές. Σουηδικές έρευνες έδειξαν ότι μόλις το 1,5% όλων των περιπτώσεων Ε.Π. είναι κληρονομικές και μεταβιβάζονται με τον σωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα (Παντελιάδης Χ., Συρίγου - Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998).

Αρχικά οι διαταραχές που εμφανίζονται είναι κατά βάση κινητικές με ή και χωρίς περεταίρω αναπτυξιακές βλάβες (Bobath B & K 1971, Παντελιάδης Χ., Συρίγου - Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998). Στην Ε.Π συνυπάρχουν κινητική διαταραχή και κινητική καθυστέρηση (Levit S. 2001), ενώ η σοβαρότητα του βαθμού της διαταραχής των παιδιών με Ε.Π εξαρτάται από την έκταση της βλάβης του εγκεφάλου. Ο εγκεφαλος του παιδιού βρίσκεται σε διαρκή νευροαναπτυξιακή σύγκρουση επειδή από την μια πλευρά υπάρχει φυσιολογική πορεία της ανάπτυξης και ωρίμανσης και από την άλλη η καταστολή των φαινομένων αυτών εξαιτίας της αποδιοργανωμένης εγκεφαλικής λειτουργίας (Panteliadis C.P, Darros B.I 1999). Η έναρξη της υπολογίζεται προγεννητικά (πριν την γέννηση), προγεννητικά (κατά η αμέσως μετά την γέννηση) κα μεταγεννητικά (κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής του παιδιού) (Bobath K. 1962).

Συμπερασματικά η Ε.Π δεν αφορά μια και μοναδική ασθένεια αλλά ένα σύνολο καταστάσεων, μια ομάδα συνδρόμων κινητικής διαταραχής (Bobath B & K 1984, Bache CE, Selder P, Cracham HK 2003). Κοινό τους χαρακτηριστικό στοιχείο είναι η αλλαγή στον μυϊκό τους τόνο και στη λειτουργία των γραμμωτών μυών και η ανικανότητα της εκούσιας κινητικότητας (Surman G, Newdick H, Johnson A, 2003)

1.2. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ

Η Ε.Π. στην παιδική ηλικία αποτελεί την πιο συχνή διαταραχή μετά την νοητική υστέρηση (Wilson Howle J.M, 1999) και την πιο κοινή αιτία, σοβαρών νευρολογικών δυσλειτουργιών (SCPE, 2000), που επηρεάζει την αισθητικοκινητική και την νοητική εξέλιξη του παιδιού (Bobath B., 1961, Nakasuji B., 2001). Το πόσο συχνή είναι η Ε.Π. είναι δύσκολο να απαντηθεί. Υπάρχουν πολλές σχετικές εργασίες, όμως η ανομοιογένεια του υλικού της κάθε μελέτης, η ηλικία εξέτασης και οι μέθοδοι ελέγχου δυσκολεύουν την σύγκριση των αποτελεσμάτων (Παντελιάδης Χ., Συρίγου — Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998)

Η συχνότητα σχετίζεται με την ηλικία κύησης (Murphy N., Such- Neibar T., 2003) και είναι περισσότερο αυξημένη στα αγόρια (60%) (Αποστολόπουλος Γ., 1975). Το ποσοστό εμφάνισης τα τελευταία χρόνια, έχει εκτιμηθεί, ότι κυμαίνεται, κατά μέσο όρο, στο 1,2 με 2,3 ανά 1000 γεννήσεις ζώντων παιδιών (Henderson B., 1989, Παντελιάδης Χ., Συρίγου - Παπαβασιλείου Α.,

Διαμαντόπουλος Ν., 1998, Wood E., Rosenbaum P., 2000, Lajoie J, Miles D., 2002, Williamson J.B., 2003). Το ποσοστό εμφάνισης κάθε τύπου, διαφέρει από χώρα σε χώρα (Bax M., 2000), ενώ το ποσοστό των παιδιών που πεθαίνουν από Ε.Π. είναι χαμηλό (περίπου 5% σε μικρή ηλικία και 5% σε μεγαλύτερες) (SCPE, 2002).

Εκτιμάται ότι 5000 νεογνά και 1200 με 1500 παιδιά, προσχολικής ηλικίας διαγνώσκονται με Ε.Π. κάθε χρόνο (Schaffer Gordon H.H., 1966). Από πολλούς θεωρείται ότι η καλύτερη ηλικία για μελέτη της Ε.Π. είναι 3-6 ετών (Παντελιάδης Παντελιάδης Χ., Συρίγου — Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998). Παρόλο που η συχνότητα εμφάνισης της Ε.Π., παραμένει σταθερή για μια περίοδο 30 ετών, τα αίτια έχουν αλλάξει (Rogers S.L., Gordon C.Y., Schanzenbacher K.E., Case Smith J., 2001)

1.3.ΑΙΤΙΑ

Ο ακριβής προσδιορισμός της αιτιολογίας είναι δύσκολος γιατί η προέλευση της Ε.Π είναι πολυπαραγοντική και πολυδιάστατη (Murphy N., Such- Neibar T., 2003). Πολλές φορές ο αιτιολογικός παράγοντας είναι άγνωστος ή μπορεί να οφείλεται σε ανωμαλία ή τραυματισμό του Κ.Ν.Σ κατά την πορεία της ωρίμανσής του (Sherrel M.I, Majnemer A., Morin I., 2003, Meregillano G. 2004, Freman J., Nelson K., 1988)

Πίνακας 1.1. Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου εγκεφαλικής παράλυσης (Παντελιάδης Χ. Συρίγου — Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998, Panteliadis C.P, Darros B.I 1999).

Προγεννητικοί Συγγενείς	Περιγεννητικοί Πρωρότητα	Μεταγεννητικοί Εγκεφαλική
λοιμώξεις έρπητος τοξοπλάσμωση ερυθρά μεγαλοκυτταροϊός σύφιλη τερατογόνες ουσίες δυσπλασία εγκεφάλου	επιπλοκές τοκετού λοιμώξεις Κ.Ν.Σ. ενδοκρανική αιμορραγία υπερχολερυθριναιμία υπογλυκαιμία τραύματα τοκετού	κάκωση λοιμώξεις ενδοκράνια αιμορραγία επίκτητη εγκεφαλοπάθεια νεογνικοί σπασμοί
Προγεννητικές μαιευτικές επιπλοκές: Τοξιναιμία, πρόδρομος πλακούντας, υποσιτισμός, δυσθρεψία, χρωματοσωμικές ανωμαλίες, οικογενές ιστορικό Ε.Π.		

Η γνώση των αιτιών της Ε.Π., παίζει σημαντικό ρόλο στην διάγνωση και στην πιστοποίηση της, καθώς και στην αποτροπή χειρότερων επιπλοκών όχι όμως και στην θεραπεία, καθώς η εγκεφαλική βλάβη έχει ήδη προκληθεί και δεν μπορεί να ανατραπεί (Αποστολόπουλος Τ.Γ., 1975).

1.4. ΠΑΘΟΛΟΠΑ-ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Τα τελευταία χρόνια έγιναν πολλές προσπάθειες για να γίνει κατανοητή η παθοφυσιολογία της Ε.Π.. Οι δυσκολίες που υπήρχαν αφορούσαν κυρίως την χρονική περίοδο εγκατάστασης του βλαπτικού παράγοντα, το είδος, καθώς και τον βαθμό της κινητικής αναπηρίας (Panteliadis C.P, Darros B.I 1999). Η Ε.Π. οφείλεται στην κακή λειτουργία των κινητικών κέντρων και οδών του εγκεφάλου λόγω οργανικής του βλάβης (Αποστολόπουλος Τ.Γ., 1975, Blair E., Stanley F., 2002). Η φλοιϊκή διαταραχή προκαλεί μια σειρά νευρολογικών και κινητικών ελλειμμάτων, στην ανάπτυξη του παιδιού (Shevell M.I., Majnemer A., Morin I., 2003, Surman G., Newdick H., Jonson A. 2003, Bache C.E., Selder P., Graham H.K., 2003) και μπορεί να οδηγήσει σε ισόβια διαταραχή (Yoon B.H., Park C., 2003, Chaiworarongsa T., 1999). Οι εκδηλώσεις ωστόσο, μπορεί να αλλάξουν, με την ωρίμανση του εγκεφάλου και την ανάπτυξη (Lagoie J., Miles D.K., 2002. Tutsui Y., Nagahama M., Mizutani A., 1999). Ο Collie, οδηγήθηκε στην άποψη, ότι η αρχική νοσηρότητα οφειλόταν σε μια αρχική νευρωνική εκφύλιση και ότι το αίτιο της ήταν κάποια επιζήμια διαδικασία που παρεμπόδιζε τους νευροβλάστες να αναπτυχθούν σε ολοκληρωμένους νευρώνες (Schaffer Gordon H.H., 1966).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο χρόνος που ο αιτιολογικός παράγοντας επηρεάζει την ανάπτυξη του εγκεφάλου, είναι πιο σημαντικός από τον ίδιο παράγοντα (Panteliadis C.P, Darros B.I 1999).

1.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η κατηγοριοποίηση πραγματοποιείται συνήθως στην ηλικία των τριών ετών (έως τότε έχουν αναπτυχθεί τα % του εγκεφάλου) (Lenke M.C., 2003), ενώ το πιο υψηλό όριο είναι τα πέντε έτη σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ακαδημία της Ε.Π. (Παντελιάδης Χ., Συρίγου - Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998 Panteliadis C.P, Darros B.I 1999,). Η κατηγοριοποίηση μπορεί να γίνει σύμφωνα α) με την ανατομική κατανομή της βλάβης και β) με τις κλινικές περιγραφές του μυϊκού τόνου και της ακούσιας.

Σύμφωνα με την ποιότητα του μυϊκού τόνου διακρίνουμε την, σπαστική (πυραμιδική), αθետωσική (εξωπυραμιδική), αταξική, υποτονική και μεικτή μορφή. Ενώ ανάλογα με την ανατομική κατανομή της κινητικής διαταραχής που εξαρτάται από το ποιο τμήμα του εγκεφάλου έχει βλαφθεί και το πόσο μεγάλη είναι η βλάβη, χωρίζεται σε ημιπληγία, διπληγία, τετραπληγία (εικόνα 1.2), μονοπληγία και παραπληγία. Οι όροι μονοπληγία και παραπληγία δεν χρησιμοποιούνται συχνά, γιατί με το πέρασμα του χρόνου θεωρούνται υπολειμματικές μορφές των ανώτερων βασικών τύπων

Την κινητική και ανατομική κατάσταση, συχνά συνοδεύουν οι όροι, σοβαρή, μέτρια και ήπια, που δηλώνουν το μέγεθος της προσβολής (πίνακας 1.2. Η κινητική διαταραχή στην Ε.Π. ποικίλει από παιδί σε παιδί και κανένα παιδί δεν μοιάζει με το άλλο. Η κατάσταση αυτή γίνεται για ένα προσανατολισμό της γενικότερης εικόνας του παιδιού και για θεραπευτικούς και μόνο λόγους.



Εικόνα 1.2. Ανατομική κατανομή της Ε.Π.(από αριστερά προς τα δεξιά) ημιπληγία, διπληγία, τετραπληγία, μονοπληγία, παραπληγία (Henderson B., 1989)

1.6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΤΗΣ Ε.Π.

1.6.1 Σπαστική μορφή

Εάν ο μυϊκός τόνος είναι πολύ αυξημένος, χρησιμοποιείται ο όρος σπαστικότητα για να περιγράψει αυτή την μορφή της Ε.Π. Οφείλεται σε βλάβη στο πυραμιδικό σύστημα (Bobath B., 1969). Γενικά οι μορφές που υπάγονται σε αυτή την κατηγορία χαρακτηρίζονται από υπερτονία (πυραμιδικού τύπου, δίκην σουγιά) (εικόνα 1.3.), αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά, σημείο Babinski, ενώ συχνά υπάρχει τάση για μόνιμες παραμορφώσεις (Παντελιάδης Χ., Συρίγου — Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998). Είναι η συχνότερη μορφή Ε.Π. και το ποσοστό της υπολογίζεται σε 65-85% επί του συνόλου της . Τους πρώτους τέσσερις μήνες τα περισσότερα παιδιά, που αργότερα εκδηλώνουν σπαστικότητα, έχουν φυσιολογικό μυϊκό τόνο (Bobath B& K., 1991).



Εικόνα 1.3:
υπερτονία πυραμιδικού
τύπου (δίκην σουγιά)

1.6.1.1 Σπαστική Διπληγία

Στη διπληγία επηρεάζονται και τα τέσσερα άκρα (εικόνα 1.4.). Η προσβολή είναι συμμετρική, τα κάτω άκρα επηρεάζονται περισσότερο σε σχέση με τα άνω . Αποτελεί το 20-25% του συνόλου της Ε.Π. (Παντελιάδης Χ., Συρίγου — Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998). Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Hagberg το 1979 η συχνότητα της διπληγίας ήταν 0.9 /1000 ζώντα νεογνά (Hagberg B., 1979). Σχεδόν όλα τα παιδιά περπατούν με περιορισμούς περίπου σε ηλικία 3-4 ετών . Περισσότερο από το 50% των παιδιών με διπληγία είχαν χαμηλό βάρος γέννησης , ή ήταν πρόωρα (Murphy N., Such- Neibar T., 2003).



Εικόνα 1.4.: Χαρακτηριστική στάση
παιδιού με διπληγία (Bobath B& K, 1991)

1.6.1.2. Σπαστική Ημιπληγία

Είναι η συχνότερη μορφή Ε.Π. μετά την διπληγία. Αναφέρεται στο 1/3 των παιδιών με Ε.Π (Panteliadis C.P, Darros B.I 1999). Στην ημιπληγία η σπαστικότητα επηρεάζει την μια πλευρά του σώματος. Το χέρι συνήθως επηρεάζεται περισσότερο από το πόδι (εικόνα 1.6.) (Bobath K., 1959) (επειδή η λειτουργία της βάδισης απαιτεί απλούστερους μηχανισμούς κινητικότητας

(Παντελιάδης Χρ., Συρίγου - Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998), και η κινητική του ανάπτυξη, μπορεί να καθυστερήσει σημαντικά. Σπάνια περπατούν στην ηλικία του ενός έτους. Συνήθως περπατούν μετά τον 18^ο-20^ο μήνα της ζωής τους και σε βαριές περιπτώσεις, πολύ αργότερο (Παντελιάδης Χρ., Συρίγου - Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998).

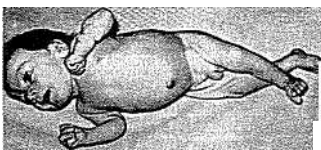
Τα παιδιά παρουσιάζουν προτίμηση σε κάποιο άκρο και έχουν την τάση να ρολλάρουν από την μια πλευρά (Lenke M.C., 2003). Μπορεί επίσης να υπάρχει μειωμένη δύναμη, αισθητικότητα και συνεργεία του επηρεασμένου άνω άκρου. Ωστόσο, η ικανότητα του παιδιού με ημιπληγία για βάδιση, παρουσιάζεται πιο νωρίς σε σχέση με τα παιδιά με διπληγία και χαρακτηρίζεται ως «καθυστερημένη φυσιολογική»



Εικόνα 1.6.:
Παιδί με
ημιπληγία
Bobath B& K., 1991

1.6.1.3. Σπαστική Τετραπληγία

Αναφέρεται και ως «ολική συμμετοχή του σώματος» (Lenke M.C., 2003). Αφορά το 7% του συνόλου της Ε.Π. Χαρακτηρίζεται από γενικευμένη αύξηση του μυϊκού τόνου (Παντελιάδης Χ., Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998). Εμπλέκονται και τα τέσσερα άκρα και υπάρχει μειωμένος έλεγχος κεφαλής και κορμού ((Lenke M.C., 2003, Merigillano G., 2004). Αποτελεί την πιο σοβαρή μορφή της Ε.Π. Συνήθως είναι ασύμμετρη με κάποιο ημιμόριο, εμφανώς πιο επηρεασμένο από το άλλο (Bobath K., 1959, Levitt S., 1991). Επηρεάζει την κινητική λειτουργία και την ικανότητα για αυτοεξυπηρέτηση. Επίσης, είναι συχνές οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος που επιβαρύνουν την γενική κατάσταση του παιδιού (Παντελιάδης Χ., Συρίγου - Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998).



Εικόνα 1.7.:
Παιδί με σπαστική τετραπληγία

1.6.2 Αθետωσική μορφή

Ο όρος «αθétωση» σημαίνει «χωρίς σταθερή θέση» Οφείλεται σε βλάβη του εξωπυραμιδικού συστήματος (βασικά γάγγλια). Παρατηρείται σε ποσοστό, περίπου, 5-9% των περιπτώσεων Ε.Π.. Η κινητικότητα ποικίλει. Τα παιδιά με αθétωση αναφέρονται ως αδέξια και συχνά παρουσιάζουν καθυστέρηση των κινητικών τους ορόσημων. Η αθétωση, επηρεάζει όλο το σώμα έως ένα βαθμό.

. Χαρακτηρίζεται από μεγάλες εναλλαγές στον μυϊκό τόνο, ανάλογα με την στάση, την ψυχική διάθεση και την εγρήγορση (Παντελιάδης Χ.,

Συρίγου -Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998). Οι αθετωσικές κινήσεις παρατηρούνται συχνά σε περιφερειακά άκρων και γενικά είναι, ακούσιες, ασυγχρόνιστες, αργές, άσκοπες και ανεξέλεγκτες κινήσεις, λόγω μιας συνεχούς διακύμανσης του μυϊκού τόνου. Οι κινήσεις αυτές αυξάνονται κατά την διάρκεια της προσπάθειας. Συχνά αναφέρεται και ο όρος χορεία-χοραιοαθέτωση όπου όμως οι κινήσεις είναι πιο γρήγορες, απότομες και έκδηλες στο κεντρικό τμήμα των άνω άκρων (Panteliadis C.P, Darros B.I 1999).

1.6.3. Αταξική μορφή

Η αταξική μορφή Ε.Π. οφείλεται σε βλάβη της παρεγκεφαλίδας. Απαντάται περίπου στο 10% των περιπτώσεων εγκεφαλικής παράλυσης. Τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι διαταραχή στάσης, έλλειψη ισορροπίας (Bobath B& K, 1984) και συντονισμού καθώς και διαταραχή της αντίληψης θέσης (εικόνα 1.9) . Η «καθαρή» αταξία είναι σπάνια (Bobath K., 1959). Γενικά τα παιδιά με αταξική Ε.Π. έχουν λιγότες νευρολογικές επιπλοκές σε σύγκριση με άλλες μορφές εγκεφαλικής παράλυσης (Παντελιάδης Χ., Συρίγου Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998).



Εικόνα 1.9.: Αταξική Ε.Π

1.6.4. Υποτονική μορφή



Εικόνα 1.10.
Υποτονική Ε.Π.
(Παράς Γ., 2003)

Οφείλεται σε βλάβη στο εξωπυραμιδικό σύστημα. Χαρακτηρίζεται από γενικευμένη ελάττωση του μυϊκού τόνου, με αποτέλεσμα την υπερ-εκτασιμότητα των άκρων (αντισταθμιστικά) και αδυναμίας των μελών (εικόνα 1.10.). Ο υποτονικός τύπος είναι σπάνιος στην Ε.Π. και συχνά συνδυάζεται με άλλες μορφές (Παντελιάδης Χ., Συρίγου - Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998). Η υποτονία μπορεί να αποτελέσει μεμονωμένο σύμπτωμα με μια καλή πρόγνωση . Το προσβεβλημένο νεογνό εμφανίζει αδυναμία, ατονία και υποτονία, και παρουσιάζει φτωχές ικανότητες θηλασμού. Νεογνά με μακρύτερες αρχικές περιόδους υποτονίας, τείνουν να έχουν μεγαλύτερο βαθμό ανικανότητας . Η γενικευμένη μυϊκή υποτονία, πάντα συνδυάζεται με καθυστέρηση στην ανάπτυξη, χωρίς διαταραχή του μυϊκού συντονισμού και φυσιολογικά τενόντια αντανακλαστικά. Παρουσιάζεται σπάνια, σε ποσοστό, λιγότερο από 1% των περιπτώσεων .

1.6.5. Μεικτή Μορφή

Περιλαμβάνει στοιχεία και πυραμιδικής και εξωπυραμιδικής βλάβης . Η πιο κοινή μορφή μεικτής Ε.Π. μπορεί να είναι αθετωσική σπαστική διπληγία ή αθετωσική σπαστική ημιπληγία (Bobath K., 1962, Παντελιάδης Χ., Συρίγου - Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998). Αναφέρεται στο 10- 20% του γενικού συνόλου, αλλά μπορεί να είναι και μεγαλύτερο.

1.7. ΣΥΝΟΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η Ε.Π. εκδηλώνεται, μέσω ποικίλων διαταραχών στον κινητικό και στατικό έλεγχο, στην συνεργεία και στη δράση των μυών, καθώς και με λειτουργικούς περιορισμούς, που αποτελούν την κύρια διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας. Όταν όμως η διαταραχή, επηρεάζει και άλλα εγκεφαλικά κέντρα, τα συμπτώματα είναι ποικίλα.

Παρουσιάζεται νοητική υστέρηση, επιληψία, διαταραχή της αισθητηριακής λειτουργίας (δυσκολία με την οργάνωση των αισθητηριακών πληροφοριών), διαταραχή της μαθησιακής ικανότητας, της ομιλίας, της ακοής, της σίτισης, της όρασης και της συμπεριφοράς. (Αποστολόπουλος Τ.Γ., 1975). Υπάρχουν επίσης μακροπρόθεσμες επιπλοκές που επηρεάζουν και το σκελετό και συχνά συνοδεύονται από έντονο πόνο λόγω της σπαστικότητας. Επιπλέον μπορεί να παρουσιάζεται μικροκεφαλία και ψυχολογικά-ψυχιατρικά προβλήματα (Παντελιάδης Χ., Συρίγου — Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν., 1998).

Μερικές από τις παρακάτω διαταραχές είναι πιο συχνές και πλέον χαρακτηριστικές σε κάποιες από τις μορφές της Ε.Π.. Αναφέρεται ότι η τετραπληγία συχνά συνοδεύεται από νοητική υστέρηση, στραβισμό, διαταραχές άρθρωσης και επιληψία . Η συχνότητα συνοδής δυσλειτουργίας σε παιδιά με Ε.Π.. κυμαίνεται από 10% σε 100% .

2° ΚΕΦΑΛΑΙΟ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΙΠΠΑΣΙΑ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Για αρκετούς αιώνες, το άλογο συχνά αναφερόταν ως βοηθός και θεραπευτής των ανθρώπων . Στην αρχαιότητα οι γιατροί, οι οποίοι ήταν σύμφωνοι με την ιδέα της εξάσκησης του σώματος, διαπίστωσαν τα θετικά αποτελέσματα της ιππασίας, βλέποντας σε αυτή μια ιδιαίτερα εντατική σωματική άσκηση, η οποία δυνάμωνε και αύξανε την αντοχή δρώντας έτσι αποτελεσματικά απέναντι σε ασθένειες. Αυτές οι εκτιμήσεις επικρατούν μέχρι και σήμερα (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004). Όλα αυτά έδωσαν το κίνητρο ώστε να πραγματοποιηθούν έρευνες κατά τον 19° αιώνα, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής ιππασίας σε νευρολογικές διαταραχές και άλλες μορφές αναπηρίας.

Ο όρος ιπποθεραπεία σημαίνει θεραπεία με την βοήθεια του αλόγου. Προέρχεται από την ελληνική λέξη ίππος που σημαίνει άλογο. Ο Heipertz ανέφερε το 1977 ότι η ιπποθεραπεία είναι μια ιατρική διαδικασία, η οποία διαφέρει από την ιππασία στο ότι κατά την ιπποθεραπεία δεν διδάσκονται ιππικές ικανότητες (Heipertz W., 1977).

Η θεραπευτική ιππασία είναι ένας όρος που έχει χρησιμοποιηθεί για πολλά χρόνια, με σκοπό την περιγραφή των ποικίλων ιππικών δραστηριοτήτων κατά τις οποίες συμμετέχουν ασθενείς με αναπηρία. Συχνά αναφέρονται οι όροι όπως θεραπευτική ιππασία, ιπποθεραπεία, αναπτυξιακή θεραπευτική ιππασία, των οποίων ο καθορισμός έχει προκαλέσει σύγχυση μεταξύ των επιστημόνων. Ωστόσο, όταν ο θεραπευτής εκμεταλλεύεται την κίνηση του αλόγου ως θεραπευτική προσέγγιση ώστε να βελτιώσει την νευρομυϊκή λειτουργία, είναι σωστό να χρησιμοποιούμε τον όρο *ιπποθεραπεία* .

. Ο ιατρικός τομέας της θεραπευτικής ιππασίας έχει πολλά κοινά στοιχεία με τους υπόλοιπους τομείς της αλλά και πολλές διαφορές. Στον ιατρικό τομέα η θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί από θεραπευτές (φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές) και έναν εκπαιδευτή ιππασίας για τον έλεγχο του αλόγου, ο θεραπευτής έχει συνεχή επαφή με τον ασθενή και συνεχώς αξιολογεί και τροποποιεί την θεραπεία σύμφωνα με την ανταπόκριση του ασθενή. Σκοπός είναι η βελτίωση των νευρολογικών δυσλειτουργιών και η διευκόλυνση των λειτουργικών περιορισμών μέσω της κίνησης του αλόγου . Σε αντίθεση με τα παραπάνω, ο τομέας της ψυχολογίας και εκπαίδευσης και ο τομέας της τέχνης της ιππασίας εφαρμόζονται συνήθως από εκπαιδευτές ιππασίας σε συνεργασία με έναν θεραπευτή και σκοπός είναι η ανάπτυξη των ιππικών ικανοτήτων των ατόμων με ελαφριά αναπηρία με σκοπό την βελτίωση των κοινωνικών και γνωστικών τους ικανοτήτων .

Η θεραπευτική ιππασία αποτελεί θεραπευτικό σύστημα αποκατάστασης ασθενών με κινητικά, αισθητηριακά, ψυχολογικά και μαθησιακά προβλήματα, με θεραπευτικό μέσο το κινούμενο άλογο. Είναι εναλλακτική μορφή θεραπείας, η οποία χρησιμοποιεί την τρισδιάστατη κίνηση του αλόγου κατά την βάδιση του, για να διευκολύνει τις κινητικές και ισορροπιστικές αντιδράσεις του παιδιού που βρίσκεται πάνω στην ράχη του .

Η ράχη του αλόγου πραγματοποιεί συγκεκριμένες ρυθμικές κινήσεις, στο κατακόρυφο, εγκάρσιο και μετωπιαίο επίπεδο (Riede D., Biery M.J., Kauffman N., 1989 , Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004) . Σε ένα άλογο μεσαίου μεγέθους αυτές οι τρισδιάστατες ταλαντώσεις της ράχης γίνονται περίπου 90-110 φορές το

λεπτό. Αυτή η συχνότητα εξαρτάται τόσο από το πρότυπο κίνησης του αλόγου, όσο και από την ταχύτητα της βάρδισης του. Σε άλογα μικρότερου μεγέθους αυτή η συχνότητα των ταλαντώσεων είναι υψηλότερη. Η κίνηση του αλόγου, σαν θεραπευτικό μέσο, μπορεί να συγκριθεί με άλλα θεραπευτικά μέσα όπως μπάλες και ρολά (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004).

Οι ταλαντώσεις αυτές μεταφέρονται στον ασθενή, από την ράχη του αλόγου, μέσω της πυελικής ζώνης του ασθενή στον κορμό, στον αυχένα και στην ωμική ζώνη. Ομοίως, επηρεάζονται από τις ταλαντώσεις αυτές τα άνω και κάτω άκρα. Οι ταλαντώσεις του κορμού του αλόγου παρέχουν στον ασθενή, ένα πρότυπο κίνησης, το οποίο είναι ανάλογο με το πρότυπο κίνησης της βάρδισης. Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή είναι, να επηρεάσει τον ασθενή, με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να αφηθεί σε αυτές τις ταλαντώσεις, να τις αφομοιώσει και να διδάξει δεξιότητες χωρίς να επηρεάζει τον ρυθμό αυτό με δικές του παρεμβάσεις. Η θεραπευτική ιππασία δρα στις αρθρώσεις, στην σπονδυλική στήλη και στους μυς. Σε συνδυασμό και με άλλες θεραπευτικές μεθόδους όπως, η μέθοδος Bobath, επηρεάζει τις κινητικές λειτουργίες. Το αποτέλεσμα της θεραπευτικής ιππασίας αφορά κυρίως την ενεργητική διατήρηση της σωστής μυϊκής δραστηριότητας (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004). Η θεραπευτική ιππασία εφαρμόζεται για να βελτιώσει την στάση, την ισορροπία και την λειτουργικότητα των παιδιών με Ε.Π.

Ο χαρακτηριστικός τρόπος επένεργειας της θεραπευτικής ιππασίας στο ανθρώπινο σώμα προσφέρει πλήθος οφελών σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία. Η επιδίωξη μας, κατά την συνεδρία της θεραπευτικής ιππασίας είναι, να φέρουμε την παθολογική αντανεκλαστική δραστηριότητα όσο περισσότερο γίνεται προς το φυσιολογικό και να επιτύχουμε φυσιολογικά πρότυπα κίνησης (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004).

2.2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η Γερμανία είχε αναπτύξει ένα σύνολο δομημένων εκπαιδευτικών προτύπων για να καθοδηγήσει τους επιστήμονες, στους ιατρικούς και ψυχολογικούς τομείς της θεραπευτικής ιππασίας. Οι Γερμανοί είχαν προσδιορίσει ένα βασικό πρότυπο, από το 1977, που σκιαγραφεί τους τρεις τομείς (3) της θεραπευτικής ιππασίας. Αυτοί οι τομείς είναι α) ο ιατρικός, β) της ψυχολογίας και της εκπαίδευσης (κυρίως τα τελευταία δέκα χρόνια και γ) της τέχνης της ιππασίας (εικόνα 2.1)



Εικόνα 2.1 Το Γερμανικό μοντέλο τριών κύκλων για την θεραπευτική ιππασία (Herpertz , 1977).

2.3. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΠΕΔΙΑ

Η θεραπευτική ιππασία μελετά τρία κύρια αντικειμενικά πεδία που αποκρίνονται στα επίπεδα λειτουργίας του ασθενή. Αυτά τα πεδία είναι τα ακόλουθα: I) αισθητικοκινητικές ικανότητες, II) γνωστικές ικανότητες και III) συναισθηματικές ικανότητες. Ο συνδυασμός των τριών αυτών πεδίων έχουν σαν αποτέλεσμα μια γενική βελτίωση της θεραπείας

2.3.1 Αντικειμενικό Πεδίο I: Αισθητικο-κινητικές ικανότητες

Στο πεδίο αυτό περιλαμβάνονται οι αισθητικο-κινητικές λειτουργίες, αυτές που αναφέρονται στα στάδια της φυσιολογικής ανάπτυξης. Δίδεται έμφαση στην διαδικασία της δημιουργίας ποιοτικών κινητικών προτύπων και κινητικών ικανοτήτων μέσω προσεκτικά επιλεγμένων τεχνικών. Ο στόχος του I πεδίου είναι να βοηθήσει τον ασθενή να λαμβάνει αισθητικές πληροφορίες και να τις μετατρέψει σε πιο χρήσιμες, προσαρμοστικές κινητικές αντιδράσεις. Η θεραπευτική ιππασία χρησιμοποιεί ειδικά στοιχεία της κίνησης του αλόγου για να διεγείρει την ανάπτυξη του στατικού ελέγχου .

Το αντικειμενικό πεδίο I ενσωματώνει μια τροποποιημένη εφαρμογή των λειτουργικών σταδίων κινητικού ελέγχου . Τα τέσσερα βασικά στάδια της λειτουργικής κινητικής ανάπτυξης είναι τα ακόλουθα:

- 1) Ανεξέλεγκτη κινητικότητα
- 2) Κεντρική κινητικότητα σε περιφερική σταθερότητα
- 3) Περιφερική κινητικότητα σε κεντρική σταθερότητα
- 4) Μετακίνηση / αλλαγή θέσης

Χρησιμοποιώντας αυτά τα στάδια σαν καθοδηγητές, ο σκοπός της αποκατάστασης είναι να επιτευχθεί ο έλεγχος της κάμψης και της έκτασης, της πλάγιας κάμψης και της στροφής, μέχρι η όρθια μετακίνηση να είναι αποτελεσματική και αξιόπιστη .

Τα τμήματα του πεδίου I έχουν δημιουργηθεί, με στόχο να βοηθήσουν τους ασθενείς να ελέγξουν τις λειτουργικές κινητικές ακολουθίες, μέσα στο συνεχώς εναλλασσόμενο πλαίσιο της τρισδιάστατης κίνησης του αλόγου. Καθώς ο θεραπευτής ελέγχει την κίνηση και την κατεύθυνση του αλόγου, απαιτείται από τον ασθενή να αντιδρά ή να προσαρμόζει το σώμα του χρησιμοποιώντας αυτόματους μηχανισμούς. Αυτή η ευκαιρία, να μάθει αυτόματες αντιδράσεις μέσα σε λειτουργικές θέσεις, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα σημεία της διάκρισης, μεταξύ της ιπποθεραπείας και των άλλων κατηγοριών, όπως θεραπευτική αποκατάσταση, αθλητική ιππασία, ψυχαγωγική ιππασία .

Στον ιατρικό τομέα της θεραπευτικής ιππασίας ο ασθενής δεν ελέγχει το άλογο και δεν επιδρά σε αυτό εκούσια στα πρώτα στάδια της θεραπείας. Μπορεί να ανταποκριθεί ή να αντιδράσει σε υποφλοιώδη επίπεδο, χωρίς το όφελος της ακουστικής προτροπής ή της συνειδητής σκέψης. Ταυτόχρονα, ο ασθενής λαμβάνει σωματικά ερεθίσματα από την κίνηση του αλόγου. Η θεραπευτική ομάδα καθορίζει προσεκτικά την κατάλληλη ένταση της διέγερσης από το άλογο, σε σχέση με την ενεργητική αλλά, συνειδητή αντίδραση του ασθενή.

Για παράδειγμα, για να βελτιωθούν οι αυτόματες ισοροπιστικές αντιδράσεις, η ομάδα μπορεί να χειριστεί επιδέξια το άλογο για να μετακινήσει τον ασθενή σε τέτοια θέση, ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή αντίδραση. Ο ασθενής πρέπει να ρυθμίζει συνεχώς τις αντιδράσεις του, ώστε να προσαρμόζεται σε αυτή

την βαθμιαία δυναμική πρόκληση. Έπειτα αναμένεται ο εγκέφαλος του, να μεταφέρει αυτομάτως μήνυμα, για την αναζήτηση της ισορροπίας στην μέση γραμμή, χωρίς όμως την προφορική προτροπή ή την διόρθωση της θέσης με τα χέρια.

Αυτή η θεραπευτική προσέγγιση χρησιμοποιεί και τα τρία βασικά στοιχεία της βάρδισης του αλόγου, καθώς αυτά σχετίζονται με την λειτουργική κίνηση και τις αναπτυξιακές αρχές. Κάθε στοιχείο αναλύεται, καθορίζεται και διαχειρίζεται με βάση συγκεκριμένους στόχους. Τα στοιχεία πρέπει να εφαρμόζονται, με στόχο την πρόκληση των αυτόματων αντιδράσεων στο οβελιαίο, μετωπιαίο και εγκάρσιο πεδίο του σώματος. Η επιλογή και ο συνδυασμός και των τριών αυτών στοιχείων της κίνησης του αλόγου, αποτελούν τα βασικά θεμέλια για την σωστή λειτουργία του ανθρώπινου κινητικού ελέγχου.

Τα τρία στοιχεία της κίνησης που προσφέρει η βάρδιση του αλόγου, πρέπει να μελετηθούν ταυτόχρονα και να γίνει η κατάλληλη επιλογή των στατικών και κινητικών προκλήσεων, ώστε να έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα. Αυτά τα στοιχεία πάντα καθορίζονται και εκτελούνται προοδευτικά και εξατομικευμένα. Τα τρία κύρια ιππικά - κινητικά στοιχεία είναι τα εξής :

1. Το στατικό / δυναμικό στοιχείο
2. Το στοιχείο της απλής μετατόπισης βάρους και
3. Το στροφικό στοιχείο ((Riede D., Biery M.J., Kauffman N., 1989, Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004).

2.3.1.1. Το στατικό-δυναμικό στοιχείο

Το πρώτο θεμελιώδες στοιχείο, που επηρεάζει άμεσα το οβελιαίο επίπεδο του ασθενή, είναι το στατικό-δυναμικό στοιχείο (εικόνα 2.2.). Το εσωτερικό ερέθισμα από το άλογο (περπάτημα κατά μήκος, περπάτημα σε ευθείες γραμμές, αρχικά με σταθερό και μικρό μήκος βήματος), μετατοπίζει τον ασθενή προς τα εμπρός και προς τα πίσω, προκαλώντας είτε πρόσθια, είτε οπίσθια κλίση της λεκάνης αντίστοιχα.

Αυτή είναι η βασική μέθοδος για την έναρξη της ανάπτυξης των πρόσθιων και οπίσθιων αντιδράσεων. Ο βαθμός της μετατόπισης της λεκάνης ποικίλει, ανάλογα με το μέγεθος κίνησης των ισχίων του αλόγου. Όταν το άλογο κινείται με ένα ισορροπημένο περπάτημα, η πύελος και η οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης του ασθενή, κινητοποιούνται ταυτόχρονα και ρυθμικά, στοιχείο .

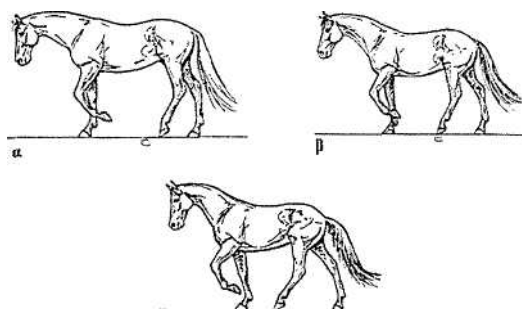


Εικόνα 2.2. Το στατικό δυναμικό που εφαρμόζεται από το άλογο

Ανάλογα με τον βαθμό δυσκολίας των ασκήσεων, η κίνηση του αλόγου ρυθμίζεται ώστε να ταιριάζει με τις ατομικές ανάγκες κάθε ασθενή. Μπορεί να ζητηθεί σκόπιμα από το άλογο, να βραχύνει (εικόνα 2.3.α) ή να επιμηκύνει (εικόνα 2.3.γ) τον διασκελισμό του, ή να τον διατηρήσει στο φυσιολογικό του εύρος (εικόνα 2.3.β). Κατά την διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας, μπορεί να

χρησιμοποιηθούν ελεγχόμενες και ποικίλες παραλλαγές των τριών αυτών ποιοτήτων της βάδισης του αλόγου (Sprink J., 1993).

Είναι πολύ σημαντικό, να κατανοήσουμε τα χαρακτηριστικά του βηματισμού του αλόγου, τα οποία είναι ο ρυθμός βηματισμού - καλπασμού, ο χρόνος και ο ρυθμός κίνησης της οπλής. Ο ρυθμός βηματισμού - καλπασμού, είναι η τακτικότητα της πτώσης της οπλής στο έδαφος (κατά το βάδην εργασίας 1-2-3-4, 1-2-3-4, κατά τον τριποδισμό 1-2, 1-2, και κατά τον καλπασμό 1-2-3, 1-2-3) . Ο χρόνος, είναι η ταχύτητα που μετριέται σε μέτρα ανά λεπτό. Ο ρυθμός κίνησης οπλής, είναι η ενεργητική έγερση της οπλής από το έδαφος. Αυτές οι παράμετροι, επηρεάζουν το ερέθισμα που μεταφέρεται από το άλογο στον ασθενή. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι σε θέση να κατανοεί, πως μπορεί να ρυθμίσει τις παραπάνω παραμέτρους για να εφαρμόσει ένα πρόγραμμα προοδευτικής δυσκολίας (Sprink J., 1993).



Εικόνα 2.3. Τροποποιήσεις μήκους διασκελισμού του αλόγου, α) βράχυνση εύρους διασκελισμού, β) φυσιολογικό εύρος διασκελισμού, γ) επιμήκυνση εύρους διασκελισμού (Sprink J., 1993)

Το άλογο πρέπει να είναι ικανό, να αυξομειώνει το μήκος του βήματος του απαλά, χωρίς να χάνει τον ρυθμό του. Συγκεκριμένα, η επιμήκυνση του διασκελισμού, αποσπά μια καμπτική αντίδραση στον κορμό του ασθενή. Σαν αποτέλεσμα, οι μύες του κορμού του ασθενή πρέπει να συσπαστούν αυτόματα, για να αντιδράσουν στην αίσθηση, ότι το σώμα θα μείνει πίσω στην προς τα εμπρός κίνηση του αλόγου (Sprink J., 1993)

Αντιθέτως, βραχύνοντας το διασκελισμό, αποσπάται μια αυτόματη εκτατική αντίδραση στον κορμό του ασθενή. Αυτό συμβαίνει καθώς το σώμα ανταποκρίνεται για να έρθει στη μέση θέση, λόγω της αίσθησης της πτώσης προς τα εμπρός. Για ένα ελαφρώς πιο υψηλό επίπεδο δυσκολίας και συνσύσπασης συμπεριλαμβάνονται οι μεταβολές βάδιση / στάση / βάδιση. Στάση, κράτημα των ηνίων απαλά και περπάτημα προς τα εμπρός είναι ίσως η πιο απαιτητική ακολουθία για να αποσπάσουμε την συνσύσπαση κάμψης και έκτασης (Sprink J., 1993)

Το στατικό-δυναμικό στοιχείο, ακολουθεί την θεωρία της κινητικής ανάπτυξης. Έτσι ξεκινά με την περιφερική σταθεροποίηση, με στόχο την κεντρική κινητοποίηση και προοδευτικά με την περιφερική κινητοποίηση για κεντρική σταθερότητα. Αρχικά ο ασθενής μπορεί να εξασκηθεί στην φόρτιση-συμπίεση (τα χέρια τοποθετημένα στον λαιμό του αλόγου για στήριξη) και μετά να περάσει στην μη φόρτιση (τα χέρια ελεύθερα). Η ποιότητα των στασικών αντιδράσεων πρέπει να ελέγχεται, πριν ο ασθενής περάσει στις πιο περίπλοκες ασκήσεις, που απαιτούν υψηλότερο έλεγχο μετατόπισης του βάρους και του στροφικού ελέγχου του κορμού (Sprink J., 1993).

Ο διαχωρισμός της κίνησης, αποτελεί ένα από τα βασικότερα αποτελέσματα της θεραπείας. Ο ασθενής λαμβάνει την σωστή κινητική διέγερση

όταν επιτυγχάνεται ο σταθερός και αυτόματος έλεγχος του κορμού και της κεφαλής. Αυτό εξαρτάται από τη σωστή στάση και την καλή ευθυγράμμιση χωρίς αντισταθμίσεις. Ο βαθμός της κινητικής μετατόπισης πρέπει να προσαρμόζεται ώστε να διευκολύνει τον καλύτερο δυνατό βαθμό ελέγχου, ώστε να μην παρουσιάζονται αντισταθμίσεις (Sprink J., 1993)(εικόνα 2.8.).



Εικόνα 2.8. α, β) Αντισταθμιστικές θέσεις γ) Φυσιολογική ευθυγράμμιση . (Sprink J., 1993).

2.3.1.2. Το στοιχείο της οπλής μετατόπισης βάρους



Καθώς το άλογο εκτελεί ένα ισορροπημένο βάδην εργασίας, η λεκάνη του στρέφεται και το σώμα του μετατοπίζεται από πλευρά σε πλευρά, καθώς το κάθε οπίσθιο πόδι του αλόγου μετατοπίζεται προς τα εμπρός (εικόνα 2.9.). Αυτός ο τρόπος μετατόπισης βάρους είναι παρόμοιος μ' αυτόν που πραγματοποιείτε κατά την φυσικοθεραπευτική συνεδρία πάνω σε μια θεραπευτική μπάλα (εικόνα 2.10.), με τον οποίο επιτυγχάνεται επιμήκυνση και βράχυνση του σώματος του ασθενή. Για παράδειγμα, εάν το άλογο κινείται προς τα μπροστά, με το αριστερό του πίσω πόδι, τότε το αριστερό του ισχίο πέφτει. Αυτό προκαλεί δεξιά ανύψωση της λεκάνης με αποτέλεσμα την επιμήκυνση της αριστερής και βράχυνση της δεξιάς πλευράς του ασθενή (Sprink J., 1993).



Εικόνα 2.10. α) Το στοιχείο της απλής μετατόπισης σε θεραπευτική μπάλα και β) κατά την θεραπευτική ιππασία (Sprink J., 1993).

Το στοιχείο της μετατόπισης βάρους, διευκολύνει τις αυτόματες αντιδράσεις του πλευρικού ελέγχου στο μετωπιαίο επίπεδο, όταν ο βαθμός δυσκολίας είναι ο κατάλληλος. Οι αντιδράσεις του πλευρικού ελέγχου μπορούν να μεγιστοποιηθούν όταν το άλογο κινείται με συγκεκριμένη και συμμετρική φιγούρα ώστε να αυξηθεί ο βαθμός αντίδρασης στους πλάγιους καμπήρες. Για να πραγματοποιηθεί αυτό συχνά χρησιμοποιείται η φιγούρα του κύκλου. Ρυθμίζοντας το μέγεθος και το σχήμα της φιγούρας ελέγχεται η ακρίβεια και το μέγεθος της κινητικής μετατόπισης. Οι φιγούρες που εκτελούνται σε δύο κατευθύνσεις προσφέρουν σωματική συμμετρία. Διαφοροποιώντας το μέγεθος και το σχήμα των προτύπων της σερπαντίνας και τα οχτάρια, με ακριβή διαμόρφωση της βάδισης, είναι ένας άλλος τρόπος να χρησιμοποιήσουμε την κίνηση του αλόγου, για να επηρεάσουμε τις αντιδράσεις μετατόπισης βάρους (Sprink J., 1993)..

Η φιγούρα της σερπαντίνας δείχνει πως ακριβώς πρέπει να γίνεται η διαβάθμιση της κίνησης του αλόγου, με στόχο την ενεργοποίηση του κινητικού ελέγχου. Σε αυτήν την άσκηση το άλογο κινείται γύρω από τις καμπύλες μιας κυκλικής φιγούρας. Υπάρχει μια συγκεκριμένη ακολουθία κίνησης σε αυτές τις φιγούρες. Αρχικά, το άλογο ακολουθεί μια ευθεία γραμμή και προχωρά σε συμμετρικό και οριζόντιο επίπεδο. Προοδευτικά, ο βαθμός της πλάγιας κάμψης και η κλίση του σώματος αυξάνονται καθώς το άλογο ακολουθεί κάμψη 180° γύρω από την κορυφή της καμπύλης. Καθώς μεταβαίνει από το ένα στάδιο στο άλλο, η κίνηση του αλόγου πρέπει να είναι βαθμιαία, απαλή και ισορροπημένη. Ο βαθμός κάμψης και συμμετρίας στο σώμα του αλόγου πρέπει να αποκαθίσταται βαθμιαία καθώς βγαίνει στο ευθύ κομμάτι της φιγούρας και μετά

παρομοίως να αυξάνει, καθώς κινείται προς την επόμενη καμπύλη. Η επαναλαμβανόμενη διαδικασία της πορείας γύρω από τις καμπύλες, της κατάλληλα διαμορφωμένης φιγούρας, προκαλεί περισσότερες αμφοτερόπλευρες αντιδράσεις μετατόπισης βάρους (Sprink J., 1993).

Όσον αφορά τις ισορροπιστικές αντιδράσεις κατά την θεραπευτική ιππασία, έγινε μια σχετική έρευνα από τον MacPhail το 1998. Ελέγχθηκε η πλάγια μετατόπιση των ιππέων σε σύγκριση με την κίνηση της πυέλου του αλόγου και αναλύθηκε σε παιδιά με και χωρίς Ε.Π.. Τα παιδιά με ημιπληγία χρησιμοποιούσαν φυσιολογικές ισορροπιστικές αντιδράσεις κατά 65-75%, ενώ τα παιδιά με τετραπληγία, μόνο κατά 10%. Αυτή η έρευνα αποκαλύπτει ότι η θεραπευτική ιππασία, διευκολύνει περισσότερο τις ισορροπιστικές αντιδράσεις σε παιδιά με ημιπληγία από ότι σε παιδιά με τετραπληγία. Παρ' όλα αυτά, το δείγμα της έρευνας ήταν πολύ μικρό για να γίνουν γενικεύσεις.

2.3.1.3. Το στροφικό στοιχείο

Το άλογο μπορεί να επηρεάσει τον στατικό έλεγχο του ασθενή στο εγκάρσιο επίπεδο (εικόνα 2.11. και 2.12.). Αυτό το ιδιαίτερο στοιχείο, βοηθάει στην ομαλοποίηση του μυϊκού τόνου του ασθενή μέσω της στροφής και στην βελτίωση της ποιότητας των ισορροπιστικών αντιδράσεων, οι οποίες είναι απαραίτητες για τις φυσιολογικές λειτουργικές δραστηριότητες. Αρκετά κινητικά πρότυπα του αλόγου, που ποικίλουν, από απλά σε σύνθετα, εκλύουν αυτές τις αντιδράσεις.

Σύμφωνα με την φυσιοθεραπεύτρια Nancy H.McGibbon , πρόεδρο του American Hippotherapy Association, υπάρχει μεγαλύτερη πλευρική κάμψη του κορμού του αλόγου, συνεπώς εντονότερο στροφικό στοιχείο, κατά την ενεργητική βάδιση του σε ευθεία γραμμή (εάν έχει επιλεγθεί το σωστό άλογο), , από ότι υπάρχει στην πλάγια βάδιση, κατά την οποία η πλάγια κάμψη του αλόγου είναι πιο σταθερή. Συνεπώς, η στροφική κίνηση του αλόγου προκαλεί μεγαλύτερη στροφή στον κορμό του ασθενή κατά την βάδιση σε ευθεία γραμμή παρά κατά την πλάγια βάδιση. Επομένως, το βάδην εργασίας σε ευθεία γραμμή παρέχει πιο συμμετρική, αμφοτερόπλευρη στροφή από ότι η πλάγια βάδιση, η οποία επικεντρώνεται στην επιμήκυνση και στην βράχυνση των πλάγιων καμπτήρων του κορμού .Κατά την πλάγια βάδιση, το άλογο μπορεί να κινηθεί σε δύο κατευθύνσεις, κατά μήκος των πλευρών ή διαγώνια στον στίβο . Όταν εκτελείται η πλάγια βάδιση, ο λαιμός του αλόγου είναι σε ελαφρά κάμψη και κοιτάζει αντίθετα από την κατεύθυνση που κινείται. Για παράδειγμα, σε μια πλάγια βάδιση προς τα αριστερά, το άλογο έχει ελαφρά κάμψη προς τα δεξιά, και καθώς το άλογο κινείται διαγώνια προς τα μπροστά και πλάγια, τα δεξιά του άκρα διασχίζουν και περνάνε μπροστά από τα αριστερά του άκρα. Η μύτη του αλόγου πρέπει να κινείται πολύ απαλά από την μέση γραμμή προς τα δεξιά και πίσω με κάθε βήμα. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να διατηρείται σταθερή η πρόσθια ώθηση σε όλη την διάρκεια της κίνησης.

Τα τρία κινητικά στοιχεία που προσφέρονται από το άλογο (στατικό-δυναμικό στοιχείο, στοιχείο μετατόπισης βάρους, στροφικό στοιχείο) πρέπει να λαμβάνονται ταυτόχρονα υπόψιν, προκειμένου να επιλεγεί η κατάλληλη δοκιμασία. Κατά τον σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου, πρέπει να δίνεται πολύ προσοχή στην επιλογή των κατάλληλων αισθητηριακών ερεθισμάτων. Εάν ο ασθενής είναι υπερευαίσθητος σε κάποιους παράγοντες (π.χ. έντονοι ήχοι) φροντίζουμε να τους ρυθμίσουμε ανάλογα με τις ανάγκες του. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι ασθενείς πρέπει να αρχίσουν το θεραπευτικό τους πρόγραμμα μέσα

στα όρια των ικανοτήτων τους (Sprink J., 1993).



Εικόνα 2.11. Το . στροφικό στοιχείο
οπίσθια άποψη

2.3.2. Αντικειμενικό Πεδίο II: Γνωστικές ικανότητες

Αυτό το πεδίο προωθεί την ικανότητα της οργανωμένης σκέψης και ομιλίας. Οι παραδοσιακές προσεγγίσεις που έχουν σαν σκοπό να αποσπάσουν την ομιλία είναι εξαιρετικά ενδιαφέρουσες και συχνά είναι δύσκολο να εκτελεστούν από ασθενείς με βλάβες στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Αυτοί οι ασθενείς μπορεί να έχουν περιορισμένες ή ανύπαρκτες εκφραστικές ικανότητες, χωρίς βλάβες στην νοημοσύνη ή στην θεμελιώδη ανάπτυξη. Η θεραπευτική ιππασία μπορεί να δώσει μια ευκαιρία σε αυτούς τους ασθενείς, ώστε να χρησιμοποιήσουν την νοημοσύνη τους και να εκφραστούν. Τα κινητικά πρότυπα του αλόγου, μπορούν παρέχοντας την απαιτούμενη διέγερση να βοηθήσουν τον ασθενή στην πρόκληση αυτοματοποιημένων προσαρμοστικών αντιδράσεων, ώστε να χρησιμοποιήσει τις λεκτικές και εκφραστικές του ικανότητες. Μέσω των δραστηριοτήτων που σχεδιάστηκαν για να γεφυρώσουν το κενό μεταξύ των κινητικών αντιδράσεων και της γλώσσας, ο ασθενής μπορεί να γίνει πιο αυθόρμητος στην έκφραση του. Αυτό προσφέρει μια σημαντική ευκαιρία στους λογοθεραπευτές.

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Special Education Learning Center όσον αφορά τα οφέλη της θεραπευτικής ιππασίας, κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα:

- οι ακουστικές ικανότητες και η ικανότητα εκτέλεσης οδηγιών βελτιώθηκαν 80%
- το ενδιαφέρον κατά την παράδοση του μαθήματος βελτιώθηκε κατά 41%
- η αυτοπεποίθηση βελτιώθηκε κατά 61%
- η φωνή και η ικανότητα ομιλίας βελτιώθηκαν κατά 93%
- 76% των παιδιών χρησιμοποίησαν το καινούργιο τους λεξιλόγιο και
- 86% άρχισαν να χρησιμοποιούν ολόκληρες προτάσεις

2.3.3. Αντικειμενικό Πεδίο III: Συναισθηματικές ικανότητες

Αυτό το πεδίο επικεντρώνεται στην ψυχολογική πλευρά της ανάπτυξης και της κοινωνικοποίησης. Ο συναισθηματικός κόσμος είναι το τελικό θεμελιώδες συστατικό της λειτουργίας της ολοκληρωμένης ανθρώπινης ύπαρξης .

Πολλά παιδιά με σωματικές και νοητικές δυσλειτουργίες, έχουν δυσκολίες και στην συναισθηματική ανάπτυξη . Αυτό μπορεί να συμβαίνει για πολλούς λόγους. Καθώς η εβδομάδα του παιδιού καταλαμβάνεται από μια ποικιλία θεραπειών, το παιδί μπορεί να μην έχει την ευκαιρία να βιώσει κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και σχέσεις. Συχνά δεν υπάρχει αρκετός ελεύθερος χρόνος για παιχνίδι. Συνεπώς, αισθήματα ντροπής, αμφιβολίας, απομόνωσης και κατωτερότητας είναι πιο επικρατέστερα στα παιδιά αυτά, παρά σε άλλα, φυσιολογικής ανάπτυξης που βρίσκονται στην ίδια ηλικία. Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που παρουσιάζεται

στα παιδιά με δυσλειτουργίες, είναι ότι έχουν υποβληθεί σε ποικίλες θεραπείες για μεγάλο χρονικό διάστημα και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αρνητική συμπεριφορά του παιδιού.

Η θεραπευτική ιππασία δίνει στο παιδί την ευκαιρία για επικέντρωση της προσοχής του από τον εαυτό του στο άλογο. Δηλαδή, βοηθάει το παιδί με αναπηρία ή συναισθηματικές διαταραχές, να μην επικεντρώνεται στην αναπηρία του και στις δυσλειτουργίες που παρουσιάζει, αλλά στο να αγαπά, να εμπιστεύεται και να νιώθει όμορφα με τον εαυτό του . Πολλοί αντικειμενικοί στόχοι του θεραπευτικού προγράμματος μπορούν να μετατραπούν έξυπνα σε διασκεδαστικές και ενδιαφέρουσες εμπειρίες. "Έτσι, μέσω μιας σειράς επιτευγμάτων, τα παιδιά αρχίζουν να έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση και να αισθάνονται πιο ικανά . Εμπειρικά έχει αποδειχθεί, ότι οι ασθενείς προσδοκούν κάθε συνεδρία θεραπευτικής ιππασίας. Η επαφή με το θεραπευτικό άλογο προσφέρει και άλλες συναισθηματικές εμπειρίες. Το τελικό αποτέλεσμα είναι μια συνεισφορά στην συναισθηματική *ανάπτυξη* του παιδιού που είναι σημαντικό για την τελική ψυχοκινητική ολοκλήρωση.

2.4. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ - ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

2.4.1. Ενδείξεις

Η ιπποθεραπεία ενδείκνυται (πίνακας 2.6.) για ένα ευρύ φάσμα νευρολογικών ελλειμμάτων με ποικίλη αιτιολογία. Σημαντικοί είναι οι τομείς της εφαρμογής της σε κινητικές αναπηρίες μετά από βλάβη του Κ.Ν.Σ., κινητική αναπηρία μετά από παιδική εγκεφαλοπάθεια και στην σκλήρυνση κατά πλάκας στους ενήλικες (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004). Συνήθως περιλαμβάνονται καταστάσεις όπως εγκεφαλική παράλυση, εγκεφαλικά τραύματα, οσφυαλγία, παραμόρφωση άκρων, παραμόρφωση σπονδυλικής στήλης, μυϊκή δυστροφία, παραπληγίες σαν αποτέλεσμα κακώσεων της σπονδυλικής στήλης και του νωτιαίου μυελού, όπως οι περιπτώσεις της δισχιδούς ράχως με μηνιγγομυελοκήλη (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004). Επίσης ενδείκνυται σε καταστάσεις όπως, ελλείμματα αισθητηριακής ολοκλήρωσης, φτωχές ή μειωμένες αδρές κινητικές ικανότητες, μειωμένες ικανότητες ισορροπίας και στατικές δυσλειτουργίες.

2.4.2. Αντενδείξεις

Εκεί όπου υπάρχουν ενδείξεις για μια θεραπευτική μέθοδο, δεν παύουν να υπάρχουν και αντενδείξεις, είτε πρόκειται για εναλλακτικές μορφές θεραπείας είτε για κλασικές μορφές θεραπείας (πίνακας 2.6.).

Για ασθενείς με νευρολογικές δυσλειτουργίες, όπως η Ε.Π., ο θεραπευτής πρέπει να αξιολογήσει την σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Εάν υπάρχει αυξημένος τόνος των προσαγωγών και των έσω στροφών μυών σε συνδυασμό με εξάρθρωση ισχίου, η ιπποθεραπεία δεν θα έπρεπε να εφαρμοστεί σαν εναλλακτική μορφή θεραπείας. Μειωμένη κινητικότητα των ισχίων, και ασυμμετρία δεν επιτρέπει την επίτευξη κεντρικής θέσης επάνω στο άλογο, με αποτέλεσμα να μην λαμβάνουν τα σωστά ερεθίσματα από την κίνηση του αλόγου, οπότε αποτελεί και αυτή η κατάσταση αντένδειξη. Επίσης, εάν οι ασθενείς, ανεξαρτήτου ηλικίας, δεν μπορούν να είναι ανεξάρτητοι στην καθιστή θέση και παρουσιάζουν

έλλειψη ελέγχου της κεφαλής τότε δεν μπορούν να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα ιπποθεραπείας .

Στις αντενδείξεις αναφέρεται συχνά η επιληψία. Η θεραπευτική ιππασία σε αυτές τις περιπτώσεις, πρέπει να αποφεύγεται, όταν η φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς είναι ελλιπής ή αδύνατη, και υπάρχουν συχνές επιληπτικές κρίσεις. Απεναντίας, σε παιδιά και νέους με σπάνιες κρίσεις δεν υπάρχουν λόγοι για να αποφεύγεται (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004, Μ6Γεξί1ΐ3ηο Ο., 2004). Επίσης, αντενδείκνυται στην νόσο του 8ο1ιου.βιτηίίη, όπου είναι προσβεβλημένη η σπονδυλική στήλη. Απόλυτη αντένδειξη αποτελεί η αλλεργία σε σκόνη του στίβου και των τριχών του αλόγου. Σε περιπτώσεις σκολιώσεων πρέπει να ερωτάται ο ορθοπεδικός (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004).

Ένας αριθμός γιατρών στην Γερμανία υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που συμμετέχουν σε πρόγραμμα θεραπευτικής ιππασίας δεν πρέπει να έχουν δείκτη νοημοσύνης μικρότερο από 75 για να έχουν την ικανότητα για λεκτική επικοινωνία. Εν τούτοις αυτό ισχύει μόνο στην θεραπευτική ιππασία που απαιτεί πιο ενεργητικές δραστηριότητες, απεναντίας υπάρχουν έρευνες με θετικά αποτελέσματα για την ιπποθεραπεία σε παιδιά με μεγάλη νοητική υστέρηση .

Πίνακας 2.1. : Ενδείξεις και Αντενδείξεις Ιπποθεραπείας Bertoti B.D, 1988 ,
Meregillano G., 2004).

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ
-επιληπτικές κρίσεις	-εγκεφαλική παράλυση, σκλήρυνση κατά πλάκας
-αποδιοργάνωση συμπεριφοράς	-κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, κακώσεις νωτιαίου μυελού
-σπονδυλικές συμφύσεις	-οσφυαλγία, καρδιαγγειακές παθήσεις
-Α.Ε.Ε.	-παραμόρφωση άκρων και σ.σ., απουσία / ακρωτηριασμός άκρων
-αστάθεια σπονδυλικής στήλης	-μυϊκή δυστροφία, μυϊκή ατροφία
-αντιπηκτικά φάρμακα	-διαταραχές λόγου, μαθησιακές δυσκολίες
-οξύ στάδιο αρθρίτιδας	-έλλειψη gross κινητικών ικανοτήτων
-οστεοπόρωση	-δυσλειτουργίες ισορροπίας και στάσης
-σκολίωση >30° ,	-δισχιδής ράχη
-εξαρθρήματα ισχίου	-παραπληγία, ημιπληγία
-σπονδυλολίσθηση	-ελλείμματα αισθητηριακής ολοκλήρωσης
-νόσος του δοΐβυεπηαηη	-προβλήματα όρασης και/ ή ακοής
-παθολογικά κατάγματα	-σύνδρομο Down
-υπερβολική κύφωση ή λόρδωση	-αυτισμός, νοητική υστέρηση
-αλλεργία σε σκόνη του στίβου και σε τρίχες αλόγου	-προβλήματα συμπεριφοράς, ψυχικές διαταραχές

3° ΚΕΦΑΛΑΙΟ- ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Μόνο όταν όλα τα άτομα της ομάδας της ιπποθεραπείας βρίσκονται σε ομαλή λειτουργία θα πραγματοποιηθούν οι θεραπευτικοί στόχοι. Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύεται η δομή, η λειτουργία και τα χαρακτηριστικά της ομάδας της θεραπευτικής ιππασίας. Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να γίνουν κατανοητές οι διαφορές μεταξύ των διάφορων επιστημόνων-ατόμων που εμπλέκονται προκειμένου να μεγιστοποιήσουν την επίδραση της θεραπείας στον ασθενή (Sprink J., 1993).

3.1. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Η βασική ομάδα της θεραπευτικής ιππασίας αποτελείται από το θεραπευτικό άλογο, τον ασθενή, τον θεραπευτή, τον οδηγό αλόγου και από τους βοηθούς (Heine B., 1997, Merregillano G., 2004). Εξίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος του κτηνιάτρου (Potter GT., 1994). Σύμφωνα με τον Heipertz (1977) η ιπποθεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται από φυσιάτρους και φυσικοθεραπευτές σε νευρολογικές, χειρουργικές και ορθοπεδικές περιστάσεις. Οι ικανότητες που πρέπει να έχει ο θεραπευτής, σαν υποψήφιος εκπαιδευτής της θεραπευτικής ιππασίας, περιλαμβάνουν ένα ποικίλο υπόβαθρο της ιππασίας, της ψυχολογίας, της κινησιολογίας, της γλωσσικής ανάπτυξης και της σωματικής αποκατάστασης (Haskin MR., Erdman WG., Bream J., 1974, Bertoti B.D., 1988).

Η επιλογή των ειδικευόμενων, σε κάθε ένα από τα παραπάνω θέματα, πρέπει να είναι εξατομικευμένη για κάθε ασθενή, ώστε να ταιριάζει στις ανάγκες του. Η επιλογή της μεταχείρισης του ασθενούς εξαρτάται από τον θεραπευτή που συμμετέχει. Είναι πολύτιμο να υπάρχει οπτική αξιολόγηση και θεραπευτική στρατηγική (Sprink J., 1993).

Κάθε άτομο της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να γνωρίζει τις ικανότητες και τις ανάγκες του ασθενή καθώς και τους στόχους και τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται κατά το θεραπευτικό πρόγραμμα (Haskin MR., Erdman WG., Bream J., 1974, Bertoti B.D., 1988). Είναι εξίσου σημαντικό να μπορεί να εξηγήσει σε τι συμβάλλει η ειδικότητα του κατά το θεραπευτικό πρόγραμμα. Ατομα διαφορετικών ειδικοτήτων πρέπει να είναι σε θέση να επικοινωνούν χρησιμοποιώντας την σωστή ορολογία ώστε να συνεργάζονται αποτελεσματικά (Sprink J., 1993).

Η συνεργασία μεταξύ του εκπαιδευτή ιππασίας και του θεραπευτή είναι σημαντική κατά την θεραπεία. Ο εκπαιδευτής εξασφαλίζει τον ρυθμό, την ταχύτητα του αλόγου και την ασφάλεια, γιατί ξέρει τι να κάνει σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης (Bertoti B.D., 1988, Merregillano G., 2004). Ποικίλες αντιλήψεις μπορούν να οδηγήσουν σε ποικίλες διαγνώσεις και θεραπευτικές τεχνικές. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι ευέλικτος κατά την θεραπεία και να είναι ανοιχτός σε νέες προοπτικές. Τα άτομα της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να κατανοήσουν ότι συγκεντρώνονται σε αυτή την ομάδα λόγω των διαφορετικών ερεθισμάτων που μπορεί να προσφέρει η κάθε ειδικότητα στον ασθενή (Sprink J., 1993).

Η επιτυχία της συνάντησης της θεραπευτικής ομάδας στηρίζεται στην διατήρηση της επικέντρωσης στον ασθενή και στην επικοινωνία μεταξύ των ατόμων της ομάδας πριν την συνεδρία. Πριν από κάθε συνεδρία ο διευθύνων θεραπευτής αναφέρει τις ανάγκες του ασθενή και τα σημεία που πρέπει να προσεχθούν κατά την συνεδρία, έπειτα τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας προτείνουν μεθόδους όσον αφορά την βελτίωση των ικανοτήτων του ασθενή, βασισμένοι στην

επαγγελματική τους κατάρτιση. Κατά την διάρκεια της συνάντησης της θεραπευτικής ομάδας προσδιορίζονται οι ανάγκες του ασθενή και οι θεραπευτική στόχοι για την συνεδρία που θα ακολουθήσει (Sprink J., 1993).

Είναι σημαντικό ο διευθύνων θεραπευτής να κάνει μια ανασκόπηση στις θεραπευτικές επεμβάσεις που θα πραγματοποιηθούν πριν να ξεκινήσει η συνεδρία, με αυτό τον τρόπο προλαμβάνεται η διακοπή της συνεδρίας από τα άτομα της θεραπευτικής ομάδας για διευκρινήσεις. Είναι εξίσου σημαντικό να γίνει επισκόπηση στα θεραπευτικά ερεθίσματα που θα δοθούν κατά την διάρκεια της συνεδρίας ώστε ο διευθύνων θεραπευτής να τα χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά (Sprink J., 1993). Ο διευθύνων θεραπευτής είναι υπεύθυνος για την επιτήρηση ολόκληρης της συνεδρίας. Ο ρόλος του είναι να κατευθύνει τις ασκήσεις του ασθενή, να ελέγχει την κατεύθυνση του αλόγου, τον ρυθμό και να επιδρά στο θεραπευτικό περιβάλλον (Sprink J., 1993).

Ο διευθύνων θεραπευτής μπορεί να είναι 1) ειδικός παιδαγωγός, 2) εργοθεραπευτής, 3) κλινικός παιδοψυχολόγος, 4) λογοθεραπευτής ή και 5) φυσικοθεραπευτής ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού και τις απαιτήσεις του προγράμματος του (Potter GT., Evans J.W., Nolt B.H., 1994, Meregillano G., 2004).

3.1.1 Ειδικός Παιδαγωγός

Ο σκοπός του ειδικού εκπαιδευτικού είναι να προωθήσει τις εξατομικευμένες εκπαιδευτικές ευκαιρίες που χρειάζονται τα παιδιά προκειμένου να επιτύχουν στο ακαδημαϊκό περιβάλλον. Ο αρχικός σκοπός είναι να διδάξει γνωστικές ή ακαδημαϊκές ικανότητες στα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες που τους προκλήθηκαν λόγω ποικίλων αιτιών (Sprink J., 1993).

Εντούτοις, παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες συνήθως παρουσιάζουν προβλήματα κοινωνικοποίησης, κινήτρου και συνειδητοποίησης του περιβάλλοντος τους. Επομένως, αυτοί οι τρεις τομείς αποτελούν μεγάλο μέρος της ανησυχίας του παιδαγωγού. Υπάρχουν τρεις κύριες κατηγορίες για παιδιά που τους δίνεται ειδική διαπαιδαγώγηση: παιδιά με πνευματική καθυστέρηση, με μαθησιακές δυσκολίες και με συναισθηματικές διαταραχές ή προβλήματα συμπεριφοράς (Sprink J., 1993).

Τα περισσότερα παιδιά στην ειδική εκπαίδευση δεν αποδίδουν στο κλασσικό περιβάλλον μάθησης, αλλά μπορούν να αποδώσουν καλύτερα σε ένα ατομικό ορισμένο περιβάλλον. Επειδή, αντιμετωπίζουν συχνά την αποτυχία στην μάθηση, αυτά τα παιδιά σπάνια απολαμβάνουν το παραδοσιακό εκπαιδευτικό περιβάλλον. Σαν αποτέλεσμα, το κίνητρο τους να μάθουν είναι εξαιρετικά χαμηλό. Ο πιο δύσκολος στόχος κάθε ειδικού παιδαγωγού είναι να δώσει κίνητρο στα παιδιά ώστε να διατηρήσουν το ενδιαφέρον τους (Sprink J., 1993).

Η θεραπευτική ιππασία είναι ένας καλός τρόπος για να προσελκύσει το ενδιαφέρον του παιδιού και ο σημαντικότερος λόγος για αυτό είναι το άλογο. Το άλογο είναι πάντα φιλικό, ευγενικό και δεν κρίνει. Η ευκαιρία να συνεργάζεται / αλληλεπιδρά με ένα άλογο θέτει το παιδί με μαθησιακές δυσκολίες σε μία θέση που τα άλλα παιδιά το ζηλεύουν που συμμετέχει σε μια τόσο ξεχωριστή εμπειρία, άρα νιώθει και εκείνο ξεχωριστό (Sprink J., 1993).

Μέσω της θεραπευτικής ιππασίας τα παιδιά είναι ικανά να αναπτύξουν ικανότητες ομαδικής εργασίας. Πολλές από τις ιππικές εμπειρίες μπορούν να γίνουν και μέσα σε τάξη χορηγώντας κίνητρο για μάθηση ικανοτήτων όπως γράψιμο έκθεσης, δημιουργικό γράψιμο, γεωμετρία, ζωική συμπεριφορά και

ανατομία. Τα προγράμματα σχεδιάζονται για να διευκολύνουν την μεταφορά των ικανοτήτων σκέψης στην τάξη για να μπορούν εύκολα να αρχίσουν μέσω του συστήματος της θεραπευτικής ιππασίας (Sprink J., 1993).

3.1.2. Εργοθεραπευτής

Η εργοθεραπεία έχει τις ρίζες της στην απασχόληση και την ψυχιατρική. Η εργοθεραπεία ερμηνεύεται σαν «η θεραπευτική χρήση της αυτοεξυπηρέτησης μας, της εργασίας και των δραστηριοτήτων παιχνιδιού για να αυξήσει την λειτουργικότητα, να ενισχύσει την ανάπτυξη και να προλάβει την δυσλειτουργία» (American Occupational Therapy Representative Assembly, 1986).

Η θεραπευτική ιππασία είναι μια δραστηριότητα που προσφέρει κίνητρο στα παιδιά που έχουν έλλειψη αυτοπεποίθησης. Πολλά παιδιά που είναι αρχικά έντρομα, σύντομα υπερνικάνε την ανησυχία τους με την βοήθεια της θεραπευτικής ομάδας. Μια σημαντική βελτίωση της αυτοπεποίθησης συχνά φαίνεται από την πρώτη συνεδρία (Sprink J., 1993).

Στην κλινική, πρέπει να αναπτυχθεί ακριβός εξοπλισμός και πολύπλοκες δραστηριότητες για να χορηγήσουν θεραπευτική αισθητηριακή ολοκλήρωση. Στην ιππασία, με μια κατάλληλα εκπαιδευμένη ομάδα, αυτοί οι στόχοι μπορούν να επιτευχθούν πιο φυσικά και αυτόματα. Ένα σταθερό συνεχόμενης ροής αισθητηριακό ερέθισμα παρέχεται στον ασθενή μέσω της συνεδρίας, συμπεριλαμβάνοντας απτικό (βαθύ και ελαφρύ άγγιγμα), ιδιοδεκτικό (κίνηση άρθρωσης), αιθουσαίο(στροφική και γραμμική κίνηση), οπτικό, ακουστικό και οσφρητικό ερέθισμα. Με την βοήθεια του εργοθεραπευτή ο οποίος εκπαιδεύεται στις τεχνικές αισθητηριακής ολοκλήρωσης, αυτός ο βομβαρδισμός ερεθισμάτων μπορεί να τροποποιηθεί και να προσαρμοστεί για να συναντήσει τις ειδικές ανάγκες κάθε ασθενή.(Sprink J., 1993).

3.1.3. Κλινικός Παιδοψυχολόγος

Οι παιδοψυχολόγοι χρησιμοποιούν ποικίλες θεραπευτικές προσεγγίσεις για να υποκινήσουν την αλληλεπίδραση με συγκεκριμένα άτομα στην ζωή των παιδιών και να διευκολύνουν την ψυχική ανάπτυξη και υγεία (Sprink J., 1993).

Όλα τα θεραπευτικά οφέλη της αναπτυξιακής θεραπευτικής ιππασίας, που περιλαμβάνουν ανάπτυξη της γλώσσας, αισθητηριακή ολοκλήρωση, κινητικό συντονισμό ή συναισθηματική συμμετοχή επηρεάζουν την ψυχολογία του παιδιού. Για αυτό, είναι ουσιώδες που οι τεχνικές βασίζονται πάνω σε σταθερές ψυχολογικές αρχές και ότι ο ψυχολόγος είναι ένα ενεργό και αναπόσπαστο κομμάτι της ομάδας (Sprink J., 1993).

Ο ψυχολόγος συμβάλει στην ολική πρόοδο του παιδιού δουλεύοντας μέσω άμεσης ψυχοθεραπείας με τον ασθενή και την οικογένεια του ασθενή. Ο ψυχολόγος που συνεργάζεται με την θεραπευτική ομάδα, εξετάζει τις διαδικασίες για να προσδιορίσει το επίπεδο ετοιμότητας του παιδιού για την συνεργασία του με το άλογο και την ομάδα (Sprink J., 1993).

Τα παιδιά που αντιμετωπίζουν συναισθηματικά προβλήματα συχνά ωφελούνται στο μέγιστο από την συνεργασία τους με το θεραπευτικό άλογο. Ο ψυχολόγος μπορεί να δομήσει τις μαθησιακές εμπειρίες μέσα στη συνεδρία για να διευθύνει αυτά τα προβλήματα. Σε μια παρόμοια φάση, ο ψυχολόγος μπορεί να βοηθήσει το παιδί να ξεπεράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του

χρησιμοποιώντας θετική επιρροή στην συνεδρία. Επιπλέον, οι ρυθμικές κινήσεις της βάδισης του αλόγου και η θερμότητα του σώματος του, μπορούν να βοηθήσουν στην χαλάρωση του παιδιού και μειώσουν την ανησυχία του (Sprink J., 1993)

3.1.4 Λογοθεραπευτής

Οι λογοθεραπευτές είναι επαγγελματίες που έχουν εκπαιδευτεί για να αναγνωρίζουν προβλήματα επικοινωνίας, να αξιολογούν την σοβαρότητα τους, να καθορίζουν και να εκτελούν κατάλληλα θεραπευτικά προγράμματα. Συνήθως αντιμετωπίζουν παιδιά που παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες, συναισθηματικές διαταραχές, διάσπαση προσοχής, σωματικές δυσλειτουργίες, έλλειψη ακοής και πνευματική καθυστέρηση (Sprink J., 1993).

Οι ικανότητες επικοινωνίας είναι βεβαίως ένα ουσιαστικό κομμάτι της ανθρώπινης οντότητας. Για αυτό, η εκπαίδευση στις ικανότητες ομιλίας και γλώσσας ταιριάζουν στην φύση της θεραπευτικής ιππασίας, που περιλαμβάνει πολλές αρχές, τουλάχιστον στα τέσσερα πεδία που αναφέρονται παρακάτω :

■ **Αρθρωση:** Χρησιμοποιώντας λέξεις που σχετίζονται με ιππασία και συμπεριλαμβάνοντας ήχους ενώ το παιδί ιππεύει το άλογο, του προσδίδει ένα εξαιρετικό κίνητρο και αίσθημα ικανοποίησης. Πολλά παιχνίδια μπορούν να σχεδιαστούν έτσι ώστε να προσφέρουν τα παραπάνω πλεονεκτήματα (Sprink J., 1993). ή : Λόγω του κινήτρου που προσφέρει η θεραπευτική ιππασία, παιδιά με φτωχή φωνητική ποιότητα, που χαρακτηρίζεται από μειωμένη ένταση, μπορούν να ενθαρρυνθούν να αναπνέουν βαθιά και να μιλάνε δυνατά. Το ερέθισμα της ρυθμικής κίνησης του αλόγου διευκολύνει την απαραίτητη βαθιά και σταθερή αναπνοή. Επίσης η ιπποθεραπεία μπορεί να διευκολύνει την ομιλία σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση που παρουσιάζουν σπαστικότητα. Μπορούν να εφαρμοστούν ρυθμικές δραστηριότητες ώστε να μειωθεί η σπαστικότητα και να προσφέρουν ένα ευνοϊκό περιβάλλον για την εξάσκηση της φωνής. Επίσης, το να κάθεται το παιδί με ένα πόδι σε κάθε πλευρά του αλόγου του προσφέρεται μια ιδανική στάση για έλεγχο του διαφράγματος και των μυών του κορμού που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή της ομιλίας (Sprink J., 1993).

■ **Ευφράδεια :** Η θεραπευτική ιππασία μπορεί να βοηθήσει στη σταθεροποίηση της ομιλίας, προσφέροντας ένα ήρεμο περιβάλλον για εξάσκηση των τεχνικών της ήρεμης και άνετης ομιλίας. Η υπεροχή των ικανοτήτων που σχετίζονται με ιππασία επίσης μπορεί να αυξήσει την αυτοπεποίθηση του παιδιού, που είναι συνήθως πολύ εύθραυστη σε παιδιά με ιστορικό τραυλισμού και άλλων παρόμοιων οργανικών δυσκολιών λόγου (Sprink J., 1993).

■ **Γλώσσα :** Η δομή της γλώσσας μπορεί να διδαχθεί σχεδόν έμμεσα μέσω του σχεδιασμού μικρών προτάσεων στην όψη των οδηγίων δραστηριότητας. Ο εμπλουτισμός του λεξιλογίου μπορεί επίσης να χτιστεί στο πρόγραμμα καθώς το παιδί εκτίθεται στα ποικίλα μέρη του αλόγου, στην αλλαγή πορείας ή δράσης και σε ιππικές διαδικασίες. Επιπλέον, οι εμπειρίες του παιδιού πάνω στο άλογο προσφέρουν μια υπέροχη πηγή υλικού για την ανάπτυξη των ικανοτήτων γραφής (Sprink J., 1993).

3.1.5. Φυσικοθεραπευτής

Ο πρωταρχικός ρόλος της φυσικοθεραπείας είναι να «προάγει την ανθρώπινη υγεία και λειτουργία» (American Physical Therapy Association 1992). Ο φυσικοθεραπευτής εκπαιδεύεται για να βελτιώσει την κινητική λειτουργία.

Ο φυσικοθεραπευτής έχει την ικανότητα να αξιολογεί το εύρος κίνησης των αρθρώσεων, την μυϊκή δύναμη, την μυϊκή αντοχή, την λειτουργική ικανότητα, τον μυϊκό τόνο, την ωρίμανση των αντανακλαστικών, την χρήση των τεχνητών μελών, την καρδιοαναπνευστική λειτουργία, την αισθητηριακή ολοκλήρωση, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και τις αναπτυξιακές ικανότητες (Sprink J., 1993).

Κατά την θεραπεία ο φυσικοθεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει θεραπευτικές ασκήσεις, ασκήσεις κινητοποίησης αρθρώσεων, ασκήσεις ενδυνάμωσης και ασκήσεις χαλάρωσης. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσει biofeedback (επανατροφοδότηση), υδροθεραπεία και ηλεκτροθεραπεία (Sprink J., 1993).

Ο φυσικοθεραπευτής ο οποίος ασχολείται με ασθενείς οι οποίοι έχουν αναπτυξιακές κινητικές ανάγκες μπορεί να χρησιμοποιήσει ποικίλες θεραπευτικές μεθόδους, όπως η μέθοδος Neurodevelopmental Treatment (N.D.T.), η μέθοδος P.N.F. και η μέθοδος Sensory Integration (S.I.) και άλλες τεχνικές που συμπληρώνουν τα θεραπευτικά μέσα του φυσικοθεραπευτή για ανάπτυξη του θεραπευτικού προγράμματος.

Η θεραπευτική ιππασία προσθέτει μια νέα διάσταση στην παραδοσιακή φυσικοθεραπεία. Αναγνωρίζει τις ανάγκες του ασθενή στην φυσική, στην γνωστική και συναισθηματική κατεύθυνση και διευκολύνει τον στόχο της καλύτερης λειτουργικής εκτέλεσης (Sprink J., 1993).

Το άλογο χορηγεί μια φυσική και δυναμική φόρμα για την προσέγγιση της κινητικής δυσλειτουργίας, την πρόοδο των αισθητηριακών δυσκολιών και την αποκατάσταση. Οι στόχοι που είναι ειδικοί στην κινητική λειτουργία του ασθενή μελετούνται μαζί μέσα σε ένα ευρύ πλαίσιο αναγκών και απαιτούν την αξιολόγηση ενός φυσιοθεραπευτή εάν ο ασθενής έχει νευροκινητικές δυσλειτουργίες. Ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να είναι συνειδητοποιημένος και απόλυτα έμπειρος όσον αφορά τα άλογα (Haskin M.R., Erdman W.J., Bream J 1974).

Οι κλινικές ενδείξεις που εμπλέκουν τον φυσικοθεραπευτή στην θεραπεία χρησιμοποιώντας το άλογο συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα : βλάβη του κινητικού ελέγχου και των ισορροπιστικών αντιδράσεων, βλάβες στον συντονισμό, μειωμένη κινητικότητα, ευθυγράμμιση, στατική συμμετρία, βλάβη στατικού ελέγχου, μη φυσιολογικά αντανακλαστικά και ανώμαλο μυϊκό τόνο, μυϊκή δύναμη, καρδιοαναπνευστική υγεία και ελαστικότητα. Ο φυσιοθεραπευτής μπορεί επίσης να προσφέρει υποδείξεις και να διευκολύνει τον σχεδιασμό του προγράμματος όσον αφορά τα βοηθήματα που θα χρησιμοποιηθούν κατά την συνεδρία (Sprink J., 1993).

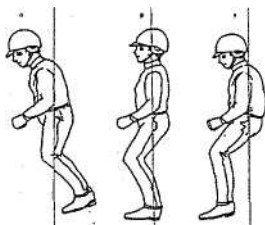
Οι φυσιοθεραπευτές μπορούν να εκτελέσουν θεραπευτικές τεχνικές ατομικά ή σαν μέρος μιας ομάδας. Μπορούν να διαλέξουν ένα συγκεκριμένο επίπεδο κινητικής πρόκλησης από το άλογο και έπειτα να κινητοποιήσουν ή να βοηθήσουν τις προσαρμοστικές αντιδράσεις του ασθενή. Οι φυσικοθεραπευτές που έχουν γνώση της τέχνης της ιππασίας και των ιππικών ικανοτήτων μπορούν

να εφαρμόσουν τεχνικές νευροαναπτυξιακής θεραπείας όσον αφορά την διευκόλυνση ή την αναστολή μη φυσιολογικών προτύπων, από το έδαφος ή με το να βρίσκονται πίσω από τον ασθενή πάνω στο άλογο. Μπορούν να βοηθήσουν στην επιλογή του καταλληλότερου αλόγου για έναν συγκεκριμένο ασθενή και να βοηθήσουν στον προσδιορισμό των στρατηγικών που θα πραγματοποιηθούν, ώστε να ανταποκρίνονται στο τρέχον επίπεδο ικανοτήτων του ασθενή. Αυτό περιλαμβάνει σταθερή ετοιμότητα όσον αφορά το επίπεδο κούρασης του ασθενή ή κλίση σε σχέση με την στατική αντιστάθμιση κατά τις υποστηρικτικές κινητικές προκλήσεις ή διαβαθμίσεις της αλλαγής κίνησης κατά τις φιγούρες ή στάσεις. Ο φυσικοθεραπευτής χρησιμοποιεί αυτή την οπτική αξιολόγηση και τις ικανότητες μεταχείρισης για να εξακριβώσει τότε ο ιππέας-ασθενής συγκρατεί το κέντρο βαρύτητας του πάνω από την βάση στήριξης μέσω των φιγούρων, των δυναμικών προόδων διακύμανσης και των αποτελεσμάτων της κίνησης (Sprink J., 1993).

Η τρισδιάστατη κίνηση της βάρδιας του αλόγου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επιτευχθεί ένας κοινός θεραπευτικός στόχος στην φυσικοθεραπεία, που είναι να επιτευχθεί ο έλεγχος του κορμιού σε μία κινούμενη λεκάνη. Αυτό μπορεί να γίνει με ένα καλά ισορροπημένο, μεγάλο άλογο που μπορεί να μεταδώσει πάνω από 100 κινητικούς παλμούς το λεπτό στην ανθρώπινη λεκάνη και την οσφυϊκή μοίρα (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004). Μετά τον έλεγχο του βασικού κινητικού ελέγχου, ο φυσικοθεραπευτής μπορεί να προχωρήσει προοδευτικά σε έναν πιο υποστηρικτικό με ποικίλες αρχές ρόλο καθώς τα αντιληπτικά, κινητικά, γνωστικά συναισθηματικά πεδία του συστήματος έχουν ολοκληρωθεί ακόμα πιο πολύ (Sprink J., 1993) (εικόνα 3.1,3.2.).



Εικόνα 3.1. Λανθασμένη ευθυγράμμιση από πλάγια.



Εικόνα 3.2. α) πρόσθια απόκλιση του σώματος από την σωστή θέση, β) σωστή θέση, γ) οπίσθια απόκλιση του σώματος από την σωστή I. (1993).

3.1.6. Κτηνίατρος

Οι κτηνίατροι είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής ομάδας. Δίνουν την εμπειρία τους για την ανάπτυξη ιππικών προγραμμάτων υγείας σε λειτουργικά κέντρα και συχνά τους ζητείται να συμμετέχουν σε εκπαιδευτικά προγράμματα για την ιππική υγιεινή, την ευημερία των ζώων και για άλλα σχετικά θέματα. Οι κτηνίατροι θα πρέπει να ενθαρρύνονται για να συμμετέχουν στα θεραπευτικά προγράμματα ιππασίας και να διαθέτουν την εμπειρία τους για να αξιολογούν τα αποτελέσματα της χρήσης των αλόγων σαν θεραπευτικό μέσο (Potter J.T. Evans J.W., Nolt Jr B.H., et al, 1994).

3.1.7. Εθελοντές

Κατά την θεραπευτική ιππασία χρησιμοποιούνται λίγοι εθελοντές λόγω του υψηλού επιπέδου εμπειρίας που χρειάζεται για να στηριχτεί η διαδικασία. Γενικά, οι εθελοντές μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν φύλακες ασφάλειας (πλάγιοι βοηθοί) και σαν προσωπικό για την φροντίδα του αλόγου (Gentry L., 1986, Aetna O.S., 2002, Megillano G., 2004).

Επίσης χρησιμοποιείται ένας οδηγός του αλόγου που είναι υπεύθυνος για τον χειρισμό του κατά την θεραπευτική συνεδρία και πρέπει να έχει εκπαιδευτεί στις ειδικές τεχνικές χειρισμού του αλόγου (American Hippotherapy Association, 2005).

Υπάρχουν ειδικές ικανότητες που χρειάζονται οι θεραπευτές έτσι ώστε να αναπτύξουν σχέσεις εμπιστοσύνης και αποτελεσματικές με τους ασθενείς. Αυτές περιλαμβάνουν : την θεραπευτική χρήση της φωνής, το περιεχόμενο της γλώσσας, τον εκπαιδευτικό τρόπο και το άγγιγμα (Sprink J., 1993).

3.2. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΦΩΝΗ

Η ανάπτυξη της θεραπευτικής φωνής απαιτεί διάκριση μεταξύ του τι λες στον ασθενή και πως το λες. Οι θεραπευτές πρέπει να θεωρούν την φωνή τους σαν ένα από τα σημαντικότερα θεραπευτικά μέσα. Μπορούν να αναπτύξουν ένα αίσθημα ασφάλειας στους ασθενείς τους όταν χρησιμοποιούν σκόπιμα εξατομικευμένα επίπεδα του τόνου και του ρυθμού της φωνής. Μπορούν να προσαρμόσουν την φωνή τους ώστε να ανταποκρίνεται στις θεραπευτικές ανάγκες του ασθενή ο οποίος βιώνει ανησυχία, υπερδραστηριότητα, φόβο και ανασφάλεια.

Η εξάσκηση είναι σημαντική στην ανάπτυξη της ικανότητας να συνδυάζεται ερέθισμα από το άλογο και από την φωνή του θεραπευτή για να διευκολυνθούν οι θεραπευτικοί στόχοι. Οι θεραπευτές πρέπει να είναι ικανοί να ταιριάζουν και να ισορροπούν τον ρυθμό και την ροή της βάρδισης του αλόγου, με τον ρυθμό και την ροή της φωνής τους. Η εναρμόνιση αυτών μπορεί να χρησιμοποιηθεί, για να φέρει αλλαγές στην στάση και στο επίπεδο χαλάρωσης και σε άλλες βαθύτερες στο σώμα, σπλαχνικές αντιδράσεις του ασθενή.

Χωρίς ικανοποιητική εξάσκηση, στο πλαίσιο της θεραπευτικής ιππασίας, οι θεραπευτές μπορούν εύκολα να δημιουργήσουν μια ασυγχρόνιστη σχέση μεταξύ της βάρδισης του αλόγου και της φωνής. Αυτό μπορεί να προκαλέσει βομβαρδισμό ερεθισμάτων στον ασθενή με αποτέλεσμα την ανικανότητα βελτίωσης του σε μια συγκεκριμένη αντικειμενική περιοχή. Μερικές φορές είναι

προτιμότερο να παραμένουμε σιωπηλοί ώστε ο ασθενής να προσαρμοστεί στην κίνηση του αλόγου χωρίς ακουστικό ερέθισμα.

Τρία βασικά είδη θεραπευτικής φωνής είναι χρήσιμα κατά την θεραπευτική συνεδρία. Ο θεραπευτής αποφασίζει σχετικά με το πότε να χρησιμοποιήσει το κάθε είδος και πρέπει να βασίζεται στις τρέχουσες συναισθηματικές ανάγκες και το αναπτυξιακό επίπεδο του ασθενή. Τα είδη αυτά είναι:

ΜΗ εκπαιδευτική και κατευθυντήρια φωνή, που χρησιμοποιείται για να χορηγήσει καθαρές, περιεκτικές οδηγίες έτσι ώστε να παράγει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Είναι μια φωνή με άμεση επαφή στα μάτια και συνήθως συνδυάζεται με αισθητηριακό ερέθισμα, για παράδειγμα, το άγγιγμα.

ΜΗ πραϋντική και υποστηρικτική φωνή, που χρησιμοποιείται για να καθησυχάσει τον ασθενή που αντιμετωπίζει κάποια συναισθηματική ενόχληση. Αυτό το είδος φωνής συνήθως υποστηρίζεται από ένα σταθερό, έμπιστο άγγιγμα και για αυτό είναι πιο αποτελεσματικό όταν χρησιμοποιείται σε στενή επαφή με τον ασθενή.

ΜΗ φωνή που χρησιμοποιείται για να προσφέρει αντίδραση ώστε να διαμορφώσει την συμπεριφορά, που χρησιμοποιείται για να βοηθήσει τον ασθενή να βελτιώσει κάθε ένα από τα τρία αντικειμενικά πεδία του συστήματος της θεραπευτικής ιππασίας. Ο στόχος είναι καθαρή επικοινωνία. Κάποιες φορές το είδος αυτό είναι συνδυασμός των προηγούμενων δύο.

Ο ασθενής μπορεί να ηρεμίσει στην αρχή κάθε συνεδρίας μέσω του πραϋντικού συνδυασμού του ερεθίσματος από το άλογο και την φωνή του θεραπευτή. Αυτό βοηθάει για να προκληθεί μια περιβαλλοντολογική προσαρμογή, στην οποία ο ασθενής μπορεί να διδαχτεί με έναν πιο αισθητό τρόπο.

Η επιλογή και η εφαρμογή της φωνής πρέπει να είναι κάτω από τον συνειδητό έλεγχο του θεραπευτή και πρέπει να εφαρμόζεται με ακρίβεια κατά την διάρκεια της θεραπευτικής συνεδρίας. Η θεραπευτική φωνή δεν πρέπει να γίνει ακόμη μια ανεξάρτητη μεταβλητή που προσθέτει ένα ακόμη μπερδεμένο ερέθισμα στο αισθητηριακό σύστημα του ασθενή (Sprink J., 1993).

3.3. ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΓΓΙΓΜΑ

Ο άνθρωπος είναι ικανός να διαφοροποιεί ποικιλία αισθητήριας διέγερσης (φως, άγγιγμα, πίεση, πόνο, θερμοκρασία, δόνηση) μέσω πολλαπλών αισθητηριακών υποδοχέων. Ο θεραπευτής που είναι εξοικειωμένος με την νευροκινητική δυσλειτουργία, προσδιορίζει προσεκτικά την επιθυμητή μυϊκή ανταπόκριση και εκτελεί μια προοδευμένη αξιολόγηση της ποιότητας του μυϊκού τόνου του ασθενή σαν ανταπόκριση σε ποικιλία θεραπευτικού αγγίγματος.

Η ειδική θεραπεία του ασθενή μπορεί να βοηθήσει στην βελτίωση της ολοκλήρωσης της αφής, την μείωση των προστατευτικών αντιδράσεων στο άγγιγμα και να καθιερώσει το άγγιγμα σαν ανακούφιση. Σταθερή απτική πίεση γενικά μειώνει την αμυντική θέση.

Ο ασθενής έχει την ικανότητα να λαμβάνει το απτικό ερέθισμα διαφορετικά από το ερέθισμα που του δίνεται. Ο θεραπευτής πρέπει να γνωρίζει τις δυσκολίες που παρουσιάζονται στο απτικό ερέθισμα που έχει σαν αποτέλεσμα φυσικών και συναισθηματικών αντιδράσεων. Ο ασθενής μπορεί να αντιλαμβάνεται ένα ήπιο άγγιγμα σαν επώδυνο, απειλητικό ή αποδιοργανωτικό. Η αμυντικότητα κατά το άγγιγμα αναφέρεται σε έναν ασυνήθιστο βαθμό μη άνεσης από το απτικό ερέθισμα. Ο ασθενής μπορεί να παρερμηνεύσει το απτικό ερέθισμα ή να αντιδράσει

υπερβολικά στο είδος του ερεθίσματος. Ο θεραπευτής πρέπει προσεκτικά να λαμβάνει υπόψη του τις βασικές αντιδράσεις του ασθενή στο αίσθημα του αγγίγματος .

Είναι σοφό από τον θεραπευτή να λαμβάνει υπόψη του τις επιδράσεις του φυσικού περιβάλλοντος, το οποίο χορηγεί πολλαπλές απτικές προκλήσεις. Ο άνεμος δίνει απτικό ερέθισμα παρόμοιο με αυτό του ελαφρού αγγίγματος, και μπορεί να προκαλέσει ανησυχία και ερεθιστικότητα. Οι σταγόνες της βροχής μπορεί να αποσπάσουν την προσοχή του ασθενή. Καθώς ο ασθενής περιποιείται το άλογο και καθαρίζει τα εργαλεία μπορεί να αντιμετωπίσει άβολες αντιδράσεις.

Το θέμα της ασφάλειας είναι πάντα ο αρχικός παράγοντας για να καθοδηγήσει κάθε είδους συνεργασία αλόγων και παιδιών με ειδικές ανάγκες. Παρόλα αυτά οι περισσότερες τεχνικές χορηγούν επιπλέον απτικό ερέθισμα. Είναι σημαντικό για τον θεραπευτή να αναλύει προσεκτικά το ποσό του απτικού ερεθίσματος που χρειάζονται οι ασθενείς και σε ποιο σημείο θα πρέπει να εφαρμοστεί, να υποστηρίζουν ή να κρατούν μόνο για λόγους σταθερότητας και ασφάλειας πάνω στο άλογο. Εάν η ασφάλεια απαιτεί την φυσική επαφή ενός βοηθού επιπλέον του θεραπευτή, ο θεραπευτής θα πρέπει να καταγράφει συνεπώς τον βαθμό της πίεσης, τις περιοχές που ερεθίζονται (όπως, αρθρώσεις και μεγάλες μυϊκές ομάδες) και την ολική ποιότητα του αγγίγματος καθώς άμεσα επιδρά στην ολοκλήρωση της εμπειρίας του ασθενή και στην επιτυχία της θεραπείας του προγράμματος του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4° - ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΛΟΓΟ

Το θεραπευτικό άλογο χορηγεί κινητοποίηση, μια βάση στήριξης και μια πηγή κίνησης στον ασθενή. Για να επιτευχθούν οι θεραπευτικοί στόχοι, το άλογο πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένο και να ανταποκρίνεται στα σήματα του θεραπευτή (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004).

4.1. ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΦΥΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Πολλά κινητικά χαρακτηριστικά ή πρότυπα κίνησης μπορούν να τροποποιηθούν ή να ενισχυθούν μέσω της κατάλληλης προπόνησης. Υπάρχουν ιδιαίτερα γενετικά βασικά χαρακτηριστικά του αλόγου που είναι σημαντικές προϋποθέσεις της χρήσης του για θεραπεία, όπως το μέγεθος και η σωματική δομή .

Το ιδανικό μέγεθος για ένα θεραπευτικό άλογο είναι 145εκ. έως 155εκ. μετρώντας από το έδαφος μέχρι την κορυφή του ακρωμίου. Αυτό το μέγεθος είναι ιδανικό για την εφαρμογή των θεραπευτικών τεχνικών όπως θεραπευτικό τρίγωνο, τροποποιημένη καθοδήγηση, κεντρική καθοδήγηση και θεραπευτική επιμήκυνση, αυτές οι τεχνικές θα αναλυθούν στο 5° κεφάλαιο. Αυτά τα άλογα είναι αρκετά μεγάλα για να χορηγούν ποιοτικό ρυθμό και ταχύτητα σε κάθε βήμα .

Τα μετρίου μεγέθους άλογα (135εκ.) που καθαρά κατέχουν ένα λειτουργικό βάδην μετρίου πλάτους και έναν ομαλό, χωρίς προσκρούσεις λειτουργικό τριποδισμό χρησιμοποιούνται για συγκεκριμένους σκοπούς. Παρόλ' αυτά, στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτά τα άλογα φανερώνουν έντονο ρυθμό στην πλάτη τους για να είναι πρακτικά για ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών χρήσεων. Μπορεί να είναι χρήσιμα όταν είναι πολύ σημαντικό για τον ασθενή και τον θεραπευτή να ανταλλάσσουν εκφράσεις του προσώπου και να διατηρούν την επαφή με τα μάτια. Η επαφή με τα μάτια είναι συχνά σημαντική κατά την συνεδρία για να ενισχύει οδηγίες ή γλωσσικά ερεθίσματα. Μπορεί επίσης να είναι σημαντική εάν ο ασθενής είναι ανήσυχος ή φοβάται τα ύψη. Για αυτό το ύψος είναι ένα σημαντικό κομμάτι όταν επιλέγεται ένα θεραπευτικό άλογο.

Τα μικρόσωμα άλογα σπάνια έχουν θέση στο έφιππο πρόγραμμα της θεραπευτικής ιππασίας λόγω του περιορισμένου κινητικού τους προτύπου. Εντούτοις, είναι κατάλληλα για διαδικασίες όπως ιπποκομική (περιποίηση αλόγου) (εικόνα 4.1.), εκπαίδευση αισθητικής συνειδητοποίησης κ.α. Στο άλλο άκρο, είναι πιθανόν να χρησιμοποιήσουμε άλογα πάνω από 170εκ. στο έφιππο πρόγραμμα της θεραπευτικής ιππασίας. Εντούτοις, ορισμένες τεχνικές χειρισμού, όπως το θεραπευτικό τρίγωνο, δε θα πρέπει να εφαρμοστούν με τόσο ψηλά άλογα, εκτός αν ο θεραπευτής είναι αρκετά ψηλός ώστε να μεταφέρει το κατάλληλο ερέθισμα (Sprink J., 1993).



Εικόνα 4.1
Ιπποκομική(Gentry L., 1986)

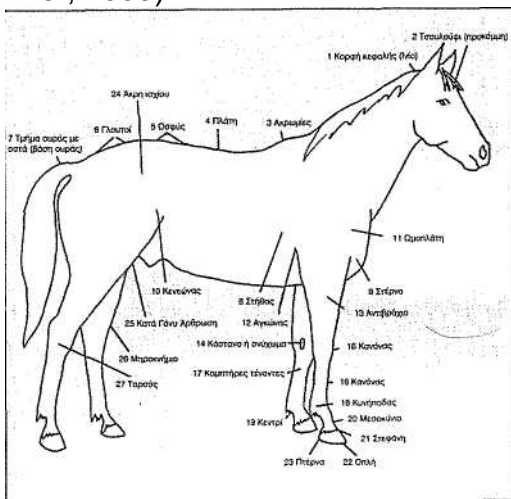
4.2. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΠΛΑΣΗ

Η ολική καταλληλότητα του θεραπευτικού αλόγου, όπως και η απόδοση του, η γενική του σωματική σκληραγώγηση, η σωστή λειτουργική δομή και η κίνηση, είναι σημαντικοί παράγοντες στην ιππική - βοηθητική θεραπεία (εικόνα 4.2.).

Όταν εξετάζεται οπτικά το άλογο για έναν τέτοιο σκοπό, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα ακόλουθα:

- ❖ Το τριχωμά του
- ❖ Το δέρμα και οι μυες
- ❖ Η γενική ακολουθία του είδους και της ακεραιότητας της κίνησης(από μπροστά προς τα πίσω)
- ❖ Η γενική συμπεριφορά του

Αυτοί είναι οι δείκτες για την γενική υγεία, την φυσιολογική νευρολογική λειτουργία, και πιο ειδικά, την κατάλληλη ορθοπεδική και βιομηχανική λειτουργία (Sprink J., 1993)



Εικόνα 4.2. Ανατομία του αλόγου
(Hawcroft T., 1999, Faurie B., 2001)

Όταν επιλέγεται ένα θεραπευτικό άλογο, αξιολογείται οπτικά με την συμμετρία ισορροπίας : πρόσθιο τριτημόριο (μετρώντας από τα αυτιά μέχρι το μπροστινό τμήμα της ωμοπλάτης), μεσαίο τριτημόριο (μετρώντας από το πίσω τμήμα της ωμοπλάτης μέχρι το μπροστινό των ισχίων) και οπίσθιο τριτημόριο (μετρώντας από το μπροστινό τμήμα των ισχίων μέχρι τα καπούλια). Παρατηρείται η συμμετρία των ποδιών(από την κορυφή ως την βάση) και η γενική τους σχέση και τοποθεσία με το σώμα (Sprink J., 1993).

Επιφανειακά χαρακτηριστικά όπως το βάρος και ο μυϊκός τόνος μπορούν εύκολα να τροποποιηθούν, ενώ γενετικώς βασικά χαρακτηριστικά όπως η γωνιακή μορφή, το ποσό των οστών και η σύνδεση των μυών είναι λιγότερο μεταβλητά. Το υπερβολικό πάχος μπορεί να κρύβει έναν μεγάλο αριθμό ασθενειών, εκτός και αν ο παρατηρητής είναι έμπειρος και μπορεί να δει πίσω από αυτό το κάλυμμα του σκελετού. Τα αδύνατα άλογα που παρουσιάζουν ανεπαρκής κατάσταση είναι συνήθως πιο εύκολο να αξιολογηθούν καθώς η δομή των χαρακτηριστικών τους είναι πιο ορατή (Hawcroft T., 1999, Faurie B., 2001).

4.2.1 Κεφάλι — Λαιμός—Ωμοί

Το κεφάλι του αλόγου και τα επιμέρους μέρη του είναι πιο σημαντικά σε επίπεδο κατάλληλης λειτουργίας παρά σε αισθητικό επίπεδο. Τα ρουθούνια πρέπει να είναι

μεγάλα και καλά ορισμένα, ο χόνδρος και το δέρμα πρέπει να είναι σχετικά λεπτά. Το παχύ δέρμα στην περιοχή των ρουθουνιών μπορεί να συνεπάγεται ότι το άλογο πάσχει από κάποια ασθένεια (εικόνα 4.3.) (Hawcroft T., 1999).

Η ομαλή κατασκευή της γνάθου είναι πολύ σημαντικός παράγοντας (εικόνα 4.3.). Μη ομαλό κλείσιμο της γνάθου μπορεί να συνεπάγεται/ υποδεικνύει δυσλειτουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης, η οποία μπορεί να παρουσιαστεί κλινικά με προβλήματα ισορροπίας, σφίξιμο των δοντιών και πόνο στο κεφάλι και στον αυχένα (Hawcroft T., 1999)

Εικόνα 4.3. Άλογο με σωστή διαμόρφωση και αναλογίες (Hawcroft T., 1999)



Η διαμόρφωση των αυτιών δεν είναι τόσο σημαντική όσο η εκτίμηση του τι εκφράζουν σε λειτουργικό επίπεδο. Πράγματα στα οποία δίνει προσοχή το άλογο και η γενική του διάθεση μπορεί να γνωστοποιηθεί από τα αυτιά. Για παράδειγμα, όταν πλησιάζουμε ένα άλογο και τα αυτιά του βρίσκονται προς τα πίσω αυτό δηλώνει εχθρική διάθεση. Τα μάτια πρέπει να είναι μεγάλα και να προεξέχουν ελαφρώς, αυτό τους επιτρέπει να έχουν μεγαλύτερο οπτικό πεδίο (εικόνα 4.3.).

Η διαμόρφωση του λάρυγγα και της περιοχής του λαιμού και το πώς αυτά συνδέονται με το κεφάλι είναι σημαντικά στην λειτουργία ολόκληρου του πρόσθιου τριτημορίου του σώματος του αλόγου. Οι τρεις πρώτοι αυχενικοί σπόνδυλοι και το πρώτο αυχενικό κύρτωμα είναι το «κλειδί» για την φυσιολογική κινητική λειτουργία ολόκληρου του σώματος του αλόγου. Ένας λαιμός προβάτου ή σαν τσεκούρι δεν επιτρέπει την φυσιολογική σύνδεση λαιμού και κεφαλής με αποτέλεσμα να αποκλείει την κινητικότητα που χρειάζεται το άλογο καθώς ιππεύεται. Όταν ο λαιμός του αλόγου μοιάζει με του κύκνου με ομαλό και συνεχόμενο κύρτωμα, είναι η επιθυμητή θέση (Εικόνα 4.4.). Αυτή η θέση δείχνει την σωστή λειτουργία της αυχενικής περιοχής (Hawcroft T., 1999).

4.2.2. Διαμόρφωση Μεσαίας Περιοχής

Η απόσταση μεταξύ της κορυφής του ακρωμίου μέχρι την βάση του στήθους και η απόσταση από την βάση του στήθους μέχρι το έδαφος πρέπει να είναι απόλυτα ίσες. Ο θώρακας πρέπει να είναι ομοιόμορφος και στρογγυλός ώστε το άλογο να έχει μια καλή πνευμονική λειτουργία.(Hawcroft T.,1999)

Η ράχη του αλόγου πρέπει να είναι ομαλή και επίπεδη (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004). Καλό μυϊκό σύστημα είναι ένδειξη καλής λειτουργίας της κάμψης και έκτασης της ράχης. Ασύμμετρη ράχη μπορεί να υποδεικνύει πόνο ή δυσμορφία στους σπονδύλους με αποτέλεσμα ακατάλληλη αντισταθμιστική κίνηση κατά την βάδιση του.(Hawcroft T.,1999)

Η οσφυϊκή περιοχή πρέπει να είναι απαλή με καλό μυϊκό σύστημα, με σταθερή κίνηση και καλή μεταφορά της κίνησης κατά μήκος της ράχης. Υπάρχει ελαφρώς περισσότερη κινητικότητα στην οσφυϊκή περιοχή.(Hawcroft T.,1999)

Εάν η έμφαση της θεραπείας είναι στην φυσική αποκατάσταση, το θεραπευτικό άλογο πρέπει να έχει δυνατή και εύπλαστη ράχη, αφού η κίνηση της ράχης επηρεάζει σημαντικά την ολική ακεραιότητα της κίνησης. Ο σκοπός ή ο βαθμός της κίνησης που μεταφέρεται από την πλάτη του αλόγου και ο επακόλουθος βαθμός μετατόπισης και κινητοποίησης της πύελου και του κορμού του ασθενή είναι το κλειδί των θεραπευτικών εκτιμήσεων και των επιθυμητών θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004).

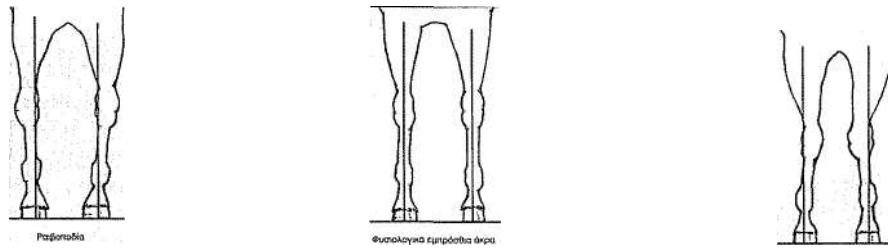
Οι γλουτοί / καπούλια του αλόγου πρέπει να είναι συμμετρικά. Μια ανισότητα ή ασυμμετρία μπορεί να υποδεικνύουν σκελετική μετατόπιση, χωλότητα άκρου, δυσμορφία ή τραυματισμό. Αυτές οι καταστάσεις απαιτούν προσεκτική αξιολόγηση από κτηνίατρο για την καταλληλότητα του αλόγου για θεραπευτικούς σκοπούς. Είναι καλύτερο να αξιολογούμε την πύελο του αλόγου από ένα υψηλό σημείο ώστε να είναι πιο εύκολο να παρατηρηθεί οποιαδήποτε ασυμμετρία. Μια σταθερή πύελος επιτρέπει την κίνηση του οπίσθιου ποδιού που προσφέρει βιομηχανική λειτουργία. Μια πύελος με το κατάλληλο μήκος επιτρέπει καλή μυϊκή σύνδεση (Hawcroft T., 1999).

4.2.3 Διαμόρφωση Ποδιών

Τα πόδια του αλόγου πρέπει να αξιολογούνται για την ικανότητα τους να μεταφέρουν βάρος, τον ρυθμό και να αντέχουν την πίεση. Πρέπει να τα παρατηρούμε από πρόσθια (για τα πρόσθια πόδια), από οπίσθια (για τα πίσω πόδια) και από πλαϊνή θέση. Τα πόδια δεν είναι απαραίτητο να είναι τελείως παράλληλα ή να κοιτούν τελείως μπροστά για να είναι αποτελεσματικά και λειτουργικά. Τα πόδια του αλόγου μπορεί να βρίσκονται σε μια έξω στροφή αλλά να εξακολουθούν να έχουν μια κάθετη μετατόπιση βάρους η οποία λειτουργεί αποτελεσματικά. Άλογα με αυτή την διαμόρφωση μπορούν να μετατοπίζονται σε ευθεία γραμμή, με τα πόδια να μετατοπίζονται έτσι ώστε να διατηρείται η ισορροπία. Θα παρουσιάζεται διαφορετικό πρότυπο κίνησης χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν θα είναι έγκυρο κατά την θεραπεία. Αυτό που θέλουμε είναι να είναι συμμετρικό το βάδισμα (Hawcroft T., 1999).

Ο συνδυασμός των χαρακτηριστικών που παράγουν ένα απαλό και δυνατό οπίσθιο πόδι περιλαμβάνουν, ανοιχτή πύελο, σχετικά κοντούς μηρούς με ψηλούς αγκώνες, σχετικά μακριές κνήμες με χαμηλούς ταρσούς και κοντά μετακάρπια. Οι παρακάτωεικόνες παρουσιάζουν σταθερές περιγραφές των δομών των πρόσθιων και οπίσθιων ποδιών και τις εφαρμογές τους, όπως και τις κοινές δομικές

αποκλίσεις και τις εφαρμογές τους (εικόνα 4.5).



Εικόνα 4.5. (από αριστερά προς τα δεξιά). Ραιβά γόνατα στα πρόσθια πόδια (ραιβοποδία), φυσιολογικά πρόσθια πόδια, βλαισά γόνατα στα πρόσθια πόδια (Hawcroft T., 1999)

4.2.4 Διαμόρφωση Οπλής - Ισορροπία

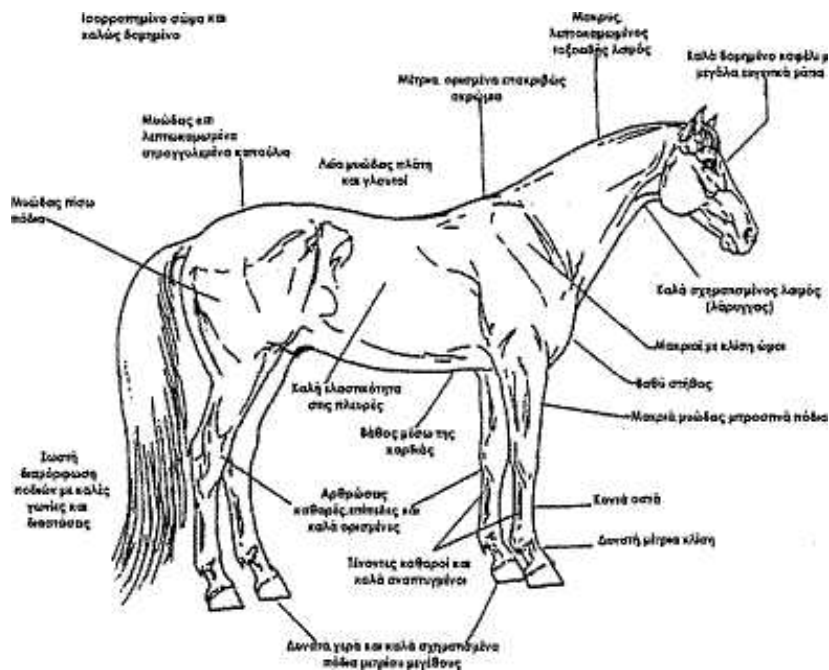
Η ισορροπία και η διαμόρφωση της οπλής μπορεί να τροποποιηθεί με το πετάλωμα. Μη κατάλληλο πετάλωμα μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στην βιομηχανική λειτουργία και στην ισορροπία. Η παρακάτω εικόνα αναπαριστά τα αποτελέσματα του πεταλώματος στην ισορροπία και την γωνία των οπλών. Η ολική ισορροπία των οπλών είναι μια κρίσιμη επίδραση που επηρεάζει την καθαρότητα και την ποιότητα του προτύπου βάδισης (Hawcroft T., 1999,) (εικόνα 4.7., 4.8).



Εικόνα 4.7. Φυσιολογική ανατομία των οπλών πλάγια και πρόσθια άποψη (Hawcroft T., 1999).

Εικόνα 4.8. Φυσιολογική ανατομία του κάτω μέρους της πρόσθιας (αριστερά) και οπίσθιας οπλής (δεξιά) (Hawcroft., 1999).

Το πιο συχνό πρόβλημα κατά το πετάλωμα είναι η μακριά οπλή, αλλά γενικά είναι μια θεραπεύσιμη κατάσταση. Το χαρακτηριστικό κινητικό πρότυπο του αλόγου είναι ουσιαστικό κατά τις καθοριστικές προσεγγίσεις του πεταλώματος, και είναι ουσιαστικό για τα αποτελέσματα της θεραπείας. Η ενδιάμεση και πλευρική ισορροπία είναι το κλειδί στην φυσιολογική λειτουργία και την μακροβιότητα των αρθρώσεων και επιδρά στην ισορροπία του άνω κορμού και του αυχένα. Η ομαλότητα του ήχου βήματος και ο συγχρονισμός των βημάτων επίσης εξαρτώνται από την ισορροπία των οπλών, ειδικά καθώς αυτή επιδρά στην ολική πρόσθια και οπίσθια ισορροπία του αλόγου (Hawcroft T., 1999)

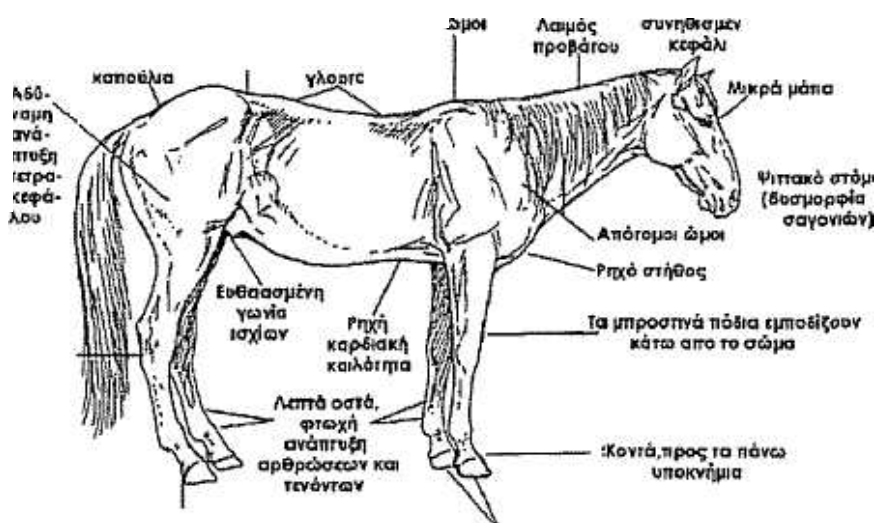


Εικόνα 4.9 Τέλεια σωματική διάπλαση (Hawcroft T., 1999, Faurie B., 2001)

4.3. ΦΥΣΙΚΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Ο ασθενής δεν θα λάβει τα θεραπευτικά οφέλη εάν το άλογο δεν είναι ικανό να μεταφέρει το τύπο της ελεγχόμενης κίνησης που απαιτεί η θεραπευτική ιππασία και η ιπποθεραπεία.

Τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζονται στην παρακάτω εικόνα είναι ανεπιθύμητα επειδή μπορεί να προκαλέσουν μη ομαλή κίνηση. Η πιο αποδοτική κατάσταση είναι να αποφευχθεί η χρήση αλόγων με διαταραχή του βηματισμού, του κινητικού σχηματισμού, ή με σοβαρές διαταραχές της διάπλασης (Sprink J., 1993)



Εικόνα 4.10.: Ακατάλληλη σωματική διάπλαση (Sprink J., 1993)

4.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΙΝΗΣΗΣ

Ένα κατάλληλο θεραπευτικό άλογο έχει βασικά κινητικά χαρακτηριστικά που είναι παρόμοια με αυτά ενός καλού επιπέδου ιππικής δεξιοτεχνίας. Η κίνηση του αλόγου πρέπει να ακολουθεί τον χρυσό κανόνα τις βασικής θεωρίας της ιππικής δεξιοτεχνίας: «πρόσθια, ήρεμα, σε ευθεία και σταθερά βήματα». Ένα άλογο που κινείται με αυτόν τον τρόπο φυσικά μπορεί να προωθή το κατάλληλο θεραπευτικό ερέθισμα. Αυτό το άλογο είναι επίσης πιο ευχάριστο και άνετο κατά την ίππευση του. Ένα κατάλληλο θεραπευτικό άλογο είναι πρόθυμο να προχωρήσει και να παραμείνει στον ρυθμό για ένα χρονικό διάστημα που ισούται με την φυσική του κατάσταση και το επίπεδο ανάπτυξης των μυών του (Sprink J., 1993).

Η πλάτη του φαίνεται καμπυλωτή, με τους μηρούς ενεργά απασχολημένους. Το κεφάλι του πρέπει να είναι κάθετο για λειτουργικά βήματα (είναι πάντα καλύτερο για το άλογο να έχει την μύτη του στο κέντρο στην ευθεία της καθέτου παρά πίσω από αυτήν). Το κεφάλι του πρέπει πάντα να είναι το ψηλότερο σημείο και τα πόδια του πρέπει να αφήνουν ευθυγραμμισμένα και σταθερά ίχνη εκτός αν του έχει ζητηθεί να εκτελέσει πλάγια κίνηση (Sprink J., 1993).

Ένα άλογο πρέπει να επιλέγεται σύμφωνα με τις απαιτήσεις του

θεραπευτικού προγράμματος. Καμία ράτσα ή τύπος αλόγου δεν είναι κατάλληλος για όλες τις θεραπευτικές εφαρμογές. Το ιδανικό θεραπευτικό άλογο έχει γερό, αλλά εύκαμπτο σχήμα, και είναι ικανό να μεταφέρει δύο άτομα με ασφάλεια και άνεση εάν είναι απαραίτητο. Η ικανότητα να ανέχεται δύο άτομα είναι ένας αξιοσημείωτος παράγοντας και δεν πρέπει να αγνοηθεί στην επιλογή του αλόγου για τον ολικό σκοπό και την καταλληλότητα (Sprink J., 1993).

Το θεραπευτικό άλογο δεν θα πρέπει να γυμνάζεται με τα υπόλοιπα άλογα του ιππικού ομίλου, γιατί μπορεί να χάσει την ευαισθησία του, που είναι αναγκαία στο είδος αυτό. Στην πραγματικότητα κατά την διάρκεια της θεραπείας δεν απαιτούνται πάρα πολλά από το άλογο, όσον αφορά την μυϊκή του δύναμη, όμως σε αντίθεση με αυτό απαιτείτε να έχει οπωσδήποτε πειθαρχία και συγκέντρωση (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004).

4.5 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Υπάρχει ένας αριθμός πεδίων συμπεριφοράς που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην επιλογή, την εκπαίδευση και την χρήση ενός αλόγου για θεραπευτικούς σκοπούς.

Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι:

➤ **Δέσμευση** : Το γενικό επίπεδο εμπιστοσύνης και σεβασμού του αλόγου προς τον εκπαιδευτή από την πλευρά της κατεύθυνσης της κυριαρχίας.

➤ **Υπακοή** : Η δυνατότητα του αλόγου να συνεργάζεται με έναν υπάκουο τρόπο σε αυτό που του ζητούν να κάνει.

➤ **Απευαισθητοποίηση** : Η δυνατότητα συνύπαρξης του αλόγου στην αντίδραση της εκπαίδευσης, που το ανταμείβει για τον έλεγχο περισσότερων πρωτόγονων ενστίκτων όταν αντιμετωπίζει ασυνήθιστα ερεθίσματα.

➤ **Επιλογή ευαισθητοποίησης**: Η ικανότητα του αλόγου να ρυθμίζει τον συντονισμό δέκτη του και να γίνεται υψηλά ανταποκρινόμενο. (Sprink J., 1993)

Πάντα αναλύεται η προσωπικότητα του θεραπευτικού αλόγου. Επιπρόσθετα, η ικανότητα του αλόγου να παραμένει σε επιφυλακή και να είναι διορατικό καθ' όλη την διάρκεια της συνεδρίας, είναι ένα ιδιαίτερο σημαντικό χαρακτηριστικό στο προφίλ του αλόγου. (Sprink J., 1993)

4.6 ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΛΟΓΟΥ ΣΤΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΙΠΠΑΣΙΑ

Οι δραστηριότητες της θεραπευτικής ιππασίας και της ιπποθεραπείας περιλαμβάνουν την χρήση αντικειμένων σαν θεραπευτικά εργαλεία, τα περισσότερα από τα οποία δεν είναι οικεία στα άλογα. Αυτά τα αντικείμενα πρέπει να παρουσιαστούν συστηματικά στο άλογο καθώς υπάρχει πιθανότητα όταν τα δει πρώτη φορά να νιώσει ότι απειλείται. Αντικείμενα και βοηθητικά μηχανήματα που χρησιμοποιούνται συνήθως στην θεραπευτική ιππασία και στην ιπποθεραπεία είναι:

- Σφουγγάρια και λαστιχένιες μπάλες σε διάφορα μεγέθη
- Παιχνίδια με κουδουνάκια
- Χούλα – χοϋπ
- Μπάλες του μπάσκετ με δίχτυ
- Ρυθμικά όργανα

- Φούσκες
- Λαστιχένιοι κρίκοι
- Πλαστικά πέταλα
- Υφασμάτινα ζωάκια ή μικρές κούκλες
- Αναπηρικές καρέκλες
- Βακτηρίες
- Ράμπες (Sprink J., 1993)

Οι φούσκες και τα ρυθμικά όργανα απαιτούν την περισσότερη ανεκτικότητα και αποδοχή από το άλογο. Πολλά άλογα βρίσκουν αυτά τα αντικείμενα υπερβολικά ασυνήθιστα. Ο θεραπευτής πρέπει να θυμάται ότι το άλογο θα δεχτεί κάθε αντικείμενο ή κατάσταση σε μία συνεπώς χαλαρή κατάσταση πριν το αντικείμενο συμπεριληφθεί στην θεραπευτική συνεδρία (Sprink J., 1993).

Το άλογο βαθμολογείται από όλες τις πλευρές για να αξιολογηθεί η καταλληλότητα του στην χρήση αντικειμένων. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης θα αποτελέσουν μέτρο για το αν θα γίνει επιπλέον εκπαίδευση απευαισθητοποίησης ή όχι (Sprink J., 1993).

Επίσης, υπάρχουν πολλές ασκήσεις στην θεραπευτική ιππασία που τοποθετούν τον ασθενή σε ασυνήθιστες θέσεις από την πλευρά του αλόγου. Ο ασθενής μπορεί να είναι σε ύπτια, πρηνή, γονυπετή, ή όρθια θέση, σε πλάγιο κάθισμα, να κάθεται κοιτώντας προς τα πίσω. Μία ασυνήθιστη κατάσταση για το άλογο είναι και το ανέβασμα και το κατέβασμα με ακαθόριστους τρόπους κατά την διάρκεια της συνεδρίας. Το άλογο πρέπει να εξεταστεί για την αποδοχή του σε αυτές τις θέσεις ή να απευαισθητοποιηθεί με αυτές πριν χρησιμοποιηθούν στην θεραπεία (Sprink J., 1993).

Μια ακανόνιστη μετατόπιση βάρους είναι αρχικά το πιο περίεργο συναίσθημα σε ένα άλογο, καθώς φυσιολογικά δείχνει μια αφίππευση ή πέσιμο. Το κανονικό άλογο είναι πολύ πιθανό να σταματάει για να προστατεύσει τον ασθενή. Το θεραπευτικό άλογο πρέπει να διδάχτεί να αγνοεί αυτές τις αισθήσεις εκτός όταν του ζητείται να τις προσέξει από τον εκπαιδευτή. Το άλογο πρέπει να συνεχίσει να περπατάει ρυθμικά και να αντιδρά μόνο σε ότι καθοδηγείται από τον εκπαιδευτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5-ΤΕΝΙΚΕΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ ΑΛΟΓΟΥ

Η θεραπευτική ιππασία δέχεται την φιλοσοφία ότι όλες οι απόψεις της θεραπείας του ασθενή επηρεάζονται άμεσα από το πώς θα μεταχειριστεί το άλογο κατά τις θεραπευτικές συνεδρίες. Ο θεραπευτής χρειάζεται να είναι εκλεκτικός και έμπειρος σε όλες τις μεθόδους μεταχείρισης για να είναι αποτελεσματικός. Πολλές από αυτές τις τεχνικές δίνουν στον θεραπευτή καλύτερη ευκαιρία να αξιολογεί οπτικά την στάση και την κίνηση του ασθενή όπως και να αναπτύσσεται περισσότερη οικειότητα στο άλογο με την θεραπευτική ομάδα. Αυτές οι τεχνικές επίσης χορηγούν την ευκαιρία για το άλογο να είναι χρήσιμο σαν ενεργός συνεργάτης στην χορήγηση της θεραπείας (Sprink J., 1993).

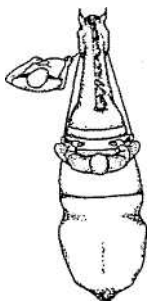
Η χρήση συνετών, αποτελεσματικών καθοδηγητικών τεχνικών είναι θεμελιώδους σημασίας. Όταν η καθοδήγηση γίνεται λανθασμένα, αδρανεί ή αποθαρρύνει το ενδιαφέρον και την προσοχή των περισσότερων θεραπευτικών αλόγων σε πολύ λίγο χρονικό διάστημα. Πετυχαίνει το αντίθετο από αυτό που χρειάζεται: αποδιοργανώνει το άλογο αντί να το οργανώνει (Sprink J., 1993).

Το άλογο που καθοδηγείται λανθασμένα δεν μπορεί να κινηθεί με ισορροπημένο ρυθμό και έτσι ο ασθενής δεν λαμβάνει τα σωστά ερεθίσματα κίνησης. Ακόμα και αν η καθοδήγηση γίνεται με μικρή επιτηδειότητα εάν χρησιμοποιείται επαναλαμβανόμενα σαν η μόνη μέθοδος μεταχείρισης, είναι δύσκολο να αποφευχθεί κάποιος βαθμός ανίας και μονοτονίας (Sprink J., 1993).

5.1. βασική καθοδήγηση

Η βασική καθοδήγηση χρησιμοποιείται καθημερινά από τον ιδιόκτητη αλόγου, από τον ιππέα ή από τον εκπαιδευτή, και εκτός του τομέα της θεραπευτικής ιππασίας. Δυστυχώς για το άλογο, οι περισσότεροι δεν έμαθαν ποτέ ότι υπάρχουν κάποια βασικά στοιχεία καθοδήγησης του αλόγου που απαιτούν καθορισμένες ικανότητες. Η καθοδήγηση πρέπει να αναλυθεί σε τομείς του πόσο καλά προετοιμάζεται και πόση δύναμη και προσπάθεια χρειάζεται πραγματικά για να ανταποκριθεί το άλογο σωστά και με συνέπεια (Sprink J., 1993).

Κατά τις θεραπευτικές συνεδρίες, η βασική καθοδήγηση μπορεί να εφαρμοστεί με την χρήση φοριάς (καπίστρι) ή με την χρήση χαλιναριού. Και στις δύο περιπτώσεις χρησιμοποιείται ένας συραγωγέας (μακρύ σκοινί). Ο πιο συνηθισμένος τρόπος είναι να εφαρμόζεται μια μεγάλη φοριά πάνω από το χαλινάρι του αλόγου (Sprink J., 1993).



Εικόνα

5.1

Ένα άλογο καθοδηγείται από την αριστερή πλευρά. Ο οδηγός κρατάει το σκοινί στο δεξί χέρι, περίπου 12 εκ. πίσω από το πηγούνι του αλόγου. Το περισσευούμενο σκοινί κρατείται τακτοποιημένα στο αριστερό χέρι. Ο οδηγός πρέπει να είναι προσεκτικός ώστε να μην αφήσει το σκοινί να γίνει κόμπος ή να τυλιχτεί γύρω από το χέρι του ή να κρέμεται κάτω όπου μπορεί να πατηθεί (Sprink J., 1993) (εικόνα 5.1.).

Ο οδηγός προσπαθεί να μένει μεταξύ του σαγονιού και το μέσο σημείου του λαιμού του αλόγου.

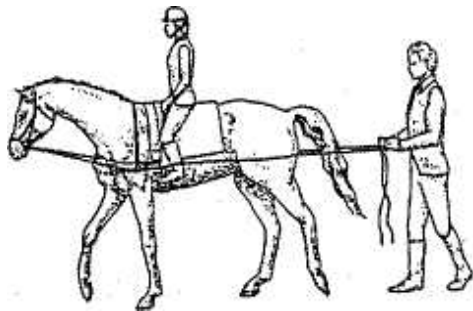
Ενθαρρύνει το άλογο να κινείται μπροστά , να στρίβει και να σταματάει χρησιμοποιώντας έναν συνδυασμό φωνής και τεχνικές μεταχείρισης, χρησιμοποιώντας ελαφρές έλξεις του σκοινιού και ταιριάζει τα βήματα του με αυτά του αλόγου. Το άλογο πρέπει να κινείται προς τα μπροστά κοντά στο χέρι του οδηγού. Το χέρι του οδηγού πρέπει να είναι παθητικό και γίνεται ενεργητικό μόνο όταν είναι απαραίτητο (Sprink J., 1993).

Η βασική καθοδήγηση χρησιμοποιείται σε ασθενείς που χρειάζονται δύο πλαϊνούς βοηθούς για μεγαλύτερη ασφάλεια λόγω προβλημάτων στον έλεγχο της στάσης ή μεγάλο έλλειμμα στην ισορροπία. Επίσης είναι πρακτική σε ασθενείς με δυσκολίες στην συμπεριφορά και σε καταστάσεις ανάποδης ίππευσης (Sprink J., 1993).

5.2. ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ

Όταν εφαρμόζεται αυτή η τεχνική καθοδήγησης απαιτείται μεγάλη λεπτότητα, ευαισθησία και φυσικό συντονισμό. Είναι ένας ακόμα απλός τρόπος για το χειρισμό του αλόγου, ο οποίος προσφέρει κινητικά και οπτικά πλεονεκτήματα. Η μέθοδος αυτή είναι κατάλληλη για τον έλεγχο της ροής της κίνησης και της κάμψης του σώματος του αλόγου. Αυτός ο έλεγχος είναι απαραίτητος για τον επηρεασμό αλλαγών στις ικανότητες της μετατόπισης βάρους του ασθενή.

Ο οδηγός/θεραπευτής μπορεί να αποσπά συγκεκριμένα κινητικά πρότυπα από το άλογο για τις ανάγκες του ασθενή καθώς αυτές αξιολογούνται οπτικά (Sprink J., 1993) .



5.2. Κεντρική καθοδήγηση
(Εικόνα Sprink J. 1993)

Προσφέρει στον θεραπευτή έναν ελαστικό, άμεσο τρόπο να διεγείρει στατικές αντιδράσεις ώστε να μπορούν να προκληθούν αυτόματες αντιδράσεις χωρίς ακουστικά ή οπτικά ερεθίσματα. Η τεχνική επίσης χορηγεί ένα υψηλά ελεγχόμενο μέσο για την ενθάρρυνση περισσότερης αυτοπεποίθησης για τον ασθενή (εικόνα 5.2.). Η ακρίβεια του ερεθίσματος κίνησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διευκολύνει τις ικανότητες του ασθενή να ελέγχει την κατανομή του βάρους και το κέντρο βάρους (Sprink J., 1993).

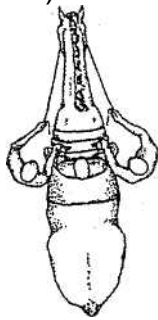
Ο ασθενής με αυτή την τεχνική μπορεί να βιώσει ένα αίσθημα ελευθερίας. Ο ασθενής ο οποίος υποστηρίζεται τεχνικά από τον οδηγό μπορεί να δοκιμάσει κινητικές προκλήσεις που ανεβάζει το επίπεδο πρόκλησης, όπως ο τριποδισμός

του αλόγου. Εάν χρησιμοποιείται για τέτοιους σκοπούς, το άλογο πρέπει να είναι πλήρως εκπαιδευμένο, ισορροπημένο και αξιόπιστο με την μέθοδο, και στον τριποδισμό και στον καλπασμό (Sprink J., 1993).

5.3. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΤΡΙΓΩΝΟ

Το άλογο, ο θεραπευτής της αναπτυξιακής θεραπείας και ο βοηθός θεραπευτής σχηματίζουν αυτό το τρίγωνο κατά την διάρκεια της θεραπείας. Το άλογο ελέγχεται από τον θεραπευτή και το βοηθό με σχοινιά. Τα δύο αυτά σχοινιά σχηματίζουν τις πλευρές του τριγώνου και επιτρέπουν στον θεραπευτή και τον βοηθό να κάνουν τροποποιήσεις στην ποιότητα της κίνησης του αλόγου κατά την συνεδρία και πρέπει να τα κρατούν στα εξωτερικά χέρια (Sprink J., 1993) .

Ο θεραπευτής και ο βοηθός τοποθετούνται ένας σε κάθε πλευρά του ώστε να κρατάνε σταθερή φυσική και οπτική επαφή με τον ασθενή. Αυτός ο δεσμός τριών σημείων που αποτελείται από τον θεραπευτή, τον ασθενή και τον βοηθό σχηματίζει την βάση του τριγώνου. Σε αυτήν την τοποθέτηση, ο θεραπευτής και ο βοηθός χρησιμοποιούν τα εσωτερικά χέρια για να υποστηρίξουν τον ασθενή την στιγμή της κίνησης. Όταν αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται κατάλληλα αναπτύσσεται στην ομάδα συναισθηματική αλληλεπίδραση (Sprink J., 1993) (εικόνα 5.3.).



Εικόνα 5.3 Το θεραπευτικό τρίγωνο (Sprink J., 1993)

Χρησιμοποιώντας το θεραπευτικό τρίγωνο ο θεραπευτής και ο βοηθός μπορούν να δώσουν στιγμιαίο ερέθισμα στο άλογο, τον ασθενή ή και στους δύο επειδή είναι σε σταθερή επικοινωνία μέσω της αφής. Αυτήν την στιγμή όταν ο ασθενής είναι έτοιμος να μάθει ή είναι προετοιμασμένος για μια μετατόπιση στη λειτουργία, είναι ευκολότερο να λάβει ερεθίσματα επειδή, η ανάγκη του ασθενή είναι να βλέπει και να αισθάνεται, ο θεραπευτής μπορεί ακαριαία να προσφέρει το ερέθισμα. Η μικρή απόσταση με το άλογο και μέσω των σχοινιών στο στόμα του κάνει δυνατό στον θεραπευτή να επηρεάζει ακαριαία αλλαγές στην ταχύτητα, τον ρυθμό και την κατεύθυνση του αλόγου. Η κλειστή εγγύτητα του θεραπευτή με το άλογο και τον θεραπευτή επίσης επιτρέπει στον θεραπευτή να προβλέπει κάθε ανάγκη και να εφαρμόζει προληπτικές ή υποστηρικτικές μετρήσεις πρόωρα (Sprink J., 1993) .

Το θεραπευτικό τρίγωνο χορηγεί μια μέθοδο μεταχείρισης του αλόγου που είναι πολύ κεντρική για τον ασθενή. Το θεραπευτικό άλογο συγκρατεί περισσότερη ευκρίνεια στα βήματα του και ρυθμό επειδή λαμβάνει ερέθισμα και από τις δύο πλευρές του σώματος του. Αυτό έχει άμεσο απόηχο στην ποιότητα της κίνησης που ο ασθενής είναι ικανός να αντιμετωπίσει. Επίσης, λόγω του ότι ο ασθενής καθοδηγείται και από τις δύο πλευρές είναι ικανός να αναπτύξει αμφίπλευρο έλεγχο και μπορεί να νοιώσει επιπλέον αίσθηση ασφάλειας και

κεντραρίσματος (Sprink J., 1993).

Επιπλέον, το θεραπευτικό τρίγωνο απαιτεί μια συγκεκριμένη ασφάλεια του ασθενή και ένα πρωτόκολλο μεταχείρισης. Αυτή η μέθοδος εγκαθιστά μια ορισμένη ιεραρχία ελέγχου και ασφάλειας για τον ασθενή. Ο θεραπευτής συνήθως τοποθετείται στο πλάι για να δώσει πρωταρχικό ερέθισμα στο άλογο και στον ασθενή. Αυτό πρέπει να είναι πάντα καθαρά κατανοητό ότι αυτό το μέλος της ομάδας είναι υπεύθυνο για να έχει το άλογο υπό τον έλεγχο του κάθε φορά που υπάρχει κάποιο πρόβλημα όπως επιφύλαξη (Sprink J., 1993).

Ο θεραπευτής επίσης σχεδιάζει πως και που πρέπει να κινηθεί το άλογο κατά την θεραπευτική συνεδρία. Ο βοηθός στην δεξιά πλευρά είναι εκεί για να υποστηρίξει την κίνηση του αλόγου και να προσφέρει αλλαγές στην κατεύθυνση όταν ζητείται από τον θεραπευτή. Σε μία θεραπευτική έννοια, η κύρια ευθύνη του βοηθού είναι συνεργατική. Στους όρους του πρωτοκόλλου ασφάλειας, ο βοηθός είναι υπεύθυνος για την ασφάλεια, την υποστήριξη ή την αφίπτευση του ασθενή εάν είναι επείγον σε περίπτωση ανάγκης (Sprink J., 1993).

Γενικά, αυτός ο κανόνας ασφάλειας ακολουθείται όταν χρησιμοποιείται το θεραπευτικό τρίγωνο. Εάν ο ασθενής απαιτεί δύο πλάγιους υποστηρικτές για ολοκληρωμένη ασφάλεια της στάσης πάνω στο άλογο, τότε πρέπει να χρησιμοποιηθεί άλλη μέθοδος μεταχείρισης. Αυτή η τεχνική σχεδιάστηκε και προτείνεται ειδικά για ασθενείς που έχουν καλό έλεγχο του κορμού και του κεφαλιού, κατέχουν κατάλληλες στατικές αντιδράσεις, όσον αφορά την κάθετη στάση πάνω στο άλογο με βαθμιαίες κινητικές προκλήσεις, και έχουν συνεπή έλεγχο συμπεριφοράς (Sprink J., 1993).

5.4 ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Ο πρωταρχικός στόχος όταν δημιουργείται ένα θεραπευτικό περιβάλλον με άλογα είναι η σωματική και συναισθηματική ασφάλεια. Είναι ευθύνη της ομάδας να εξασφαλίσει ότι το άλογο και η θεραπευτική ομάδα είναι πλήρως εκπαιδευμένοι και προετοιμασμένοι και ότι όλοι οι περισπασμοί στο άλογο και στον ασθενή είναι ελεγχόμενοι μέσα αλλά και έξω από τον κρίκο θεραπείας. Μια συστηματική προσέγγιση για να αποφευχθεί κάθε ενδεχόμενη διάσπαση είναι ουσιώδης (Sprink J., 1993).

Ένα ασφαλές, καλά ελεγχόμενο φυσικό περιβάλλον συμβάλει άμεσα στην ολική ποιότητα της σχέσης μεταξύ του ασθενή και της θεραπευτικής ομάδας. Συνεπείς θετικές αλληλεπιδράσεις δείχνουν πόσο γρήγορα αναπτύσσεται η εμπιστοσύνη και η πίστη στην ομάδα. Παρόλα* αυτά, ένα αρνητικό περιστατικό που προκλήθηκε από κάποια αναπόφευκτη φυσική κατάσταση μπορεί να αναγκάσει την ομάδα να εγκαταστήσει ξανά το επίπεδο της άνεσης και εμπιστοσύνης που είχε δημιουργηθεί πριν το περιστατικό (Sprink J., 1993).

5.5. ΦΥΣΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ: Ο ΚΛΕΙΣΤΟΣ ΣΤΙΒΟΣ

Το άλογο από την φύση του είναι ζώο της απόδρασης, το οποίο υπό κανονικές συνθήκες σε καταστάσεις αιφνιδιασμού τρέπεται σε φυγή. Μέσα από φροντισμένη εκπαίδευση, και με απόλυτη εμπιστοσύνη του αλόγου προς τους ανθρώπους του περιβάλλοντος του και πάνω από όλα προς τον οδηγό του, αυτές οι αποδράσεις μπορούν να μειωθούν στο ελάχιστο. Όμως κανείς δεν θα πρέπει να το διακινδυνεύει (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004).

Η θεραπευτική ιππασία πρέπει να γίνεται σε ειδικούς χώρους, όπου δεν

υπάρχουν ενοχλήσεις και όπου δεν θα επιτρέπεται η είσοδος σε ανθρώπους που δεν έχουν άμεση σχέση με αυτούς. Η θεραπευτική ιππασία σε ελεύθερο πεδίο έχει το πλεονέκτημα του καθαρού αέρα, του ήλιου και της φύσης, περικλείει όμως τον παράγοντα του αιφνιδιασμού και πρέπει να αποφεύγεται. Αν μπορεί κάποιος να εγγυηθεί ότι ο χώρος της θεραπευτικής ιππασίας, όταν αυτή πραγματοποιείται σε ελεύθερο χώρο, είναι ελεύθερος από ενοχλήσεις τότε μπορεί να τον χρησιμοποιήσει (Sprink J, 1993).

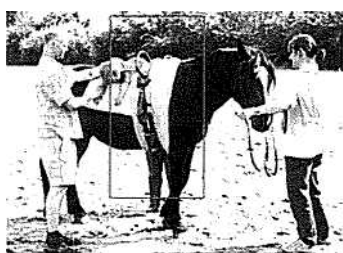
Η αρένα πρέπει να είναι μακριά από βοσκοτόπια όπου τα άλογα βοσκούν, καθώς η παρουσία τους μπορεί να τους αποσπάσει την προσοχή και να δημιουργήσει προβλήματα όσον αφορά την ασφάλεια. Αυτοκίνητα, τρακτέρ και άλλα οχήματα πρέπει να κρατούνται στην ελάχιστη ταχύτητα, ειδικά εάν πρόκειται να βρεθούν κοντά στην αρένα. Η εσωτερικές αρένες πρέπει να έχουν προστατευτικά όρια που να εκτείνονται στα σύνορα των τοίχων και επίσης μοντέρνα πλαίσια από μεταλλικούς δοκούς και καλό αερισμό (Sprink J., 1993). Υπάρχουν δύο μεγέθη στίβων, 20X40 και 20X60 (Faurie B., 2001).

6° ΚΕΦΑΛΑΙΟ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

6.1. ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΑΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΙΠΠΕΑ – ΑΣΘΕΝΗ

Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για το θεραπευτικό άλογο και τον ασθενή πρέπει να επιλεγθούν προσεκτικά. Η κατάλληλη επιλογή και η χρήση του εξοπλισμού εξασφαλίζει την δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος για τον ασθενή (Sprink J., 1993).

Ο βασικός εξοπλισμός του αλόγου είναι τα χαλινάρια, το έποχο γυμνιππευτικής (ειδική σέλα, η οποία μοιάζει με έποχο στο οποίο βρίσκονται δύο πλαϊνές χειρολαβές) (εικόνα 6.1.), η σέλα με χειρολαβή (εικόνα 6.2.), οι συραγωγείς (σχοινιά) οδήγησης, τα βοηθητικά παπούτσια αναβολών, το υπόσαγμα (κουβέρτα) και ο εξοπλισμός περιποίησης (εικόνα 6.3.) (Meregilano G., 2004).



Εικόνα 6.1. Έποχο γυμνιππευτικής (Sprink J., 1993)



Εικόνα 6.3. Εξοπλισμός περιποίησης 1)ελαστική ξύστρα αλόγου, 2)βούρτσα σώματος και σφουγγάρι, 3)βούρτσα σώματος, 4)βούρτσα νερού, 5)ξύστρα οπλής, 6)μεταλλική ξύστρα αλόγου 7)χτένα χαίτης και ουράς, 8)πετσέτα για καθαρισμό προσώπου, 9)καθαριστήρες οπλής (αγκύλες), 10)ξύστρα ιδρώτα (Faurie B., 2001)

Είναι καλύτερα να χρησιμοποιούνται σέλες με σουέτ κάλυμμα ή συνθετικό ώστε τα πόδια του ασθενή να παραμένουν κοντά στην σέλα, ώστε να αυξηθεί η σταθερότητα του ασθενή και θα μειώσει το άγχος (N.A.R..H.A. STRIDES MAGAZINE, 1995). Χρησιμοποιούνται συνήθως μαλακά υποσάγματα, καθώς έτσι επιτυγχάνεται η καλύτερη μετάδοση της θερμότητας του αλόγου προς τον ασθενή και ο τελευταίος έχει καλύτερη αίσθηση της κίνησης του αλόγου (Bertoti D.B., 1988). Η έλλειψη της σέλας έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της προσπάθειας που καταβάλλεται από το παιδί, με στόχο τη διατήρηση της ισορροπίας του..

Η προστασία του κάθε ασθενή είναι πολύ σημαντικό γι' αυτό ο κάθε ασθενής πρέπει να φοράει κράνος, μακρύ παντελόνι, άνετα παπούτσια και την βοηθητική ζώνη, η οποία χρησιμοποιείται από τους πλαϊνούς βοηθούς για την τροποποίηση — ρύθμιση του ερεθίσματος και για να την μείωση της πιθανότητας πτώσης. (Sprink J.,1993)

6.2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΠΙΒΛΕΨΗΣ Η ΠΛΑΓΙΑΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η επίβλεψη ή πλάγια βοήθεια αναφέρονται σε «πράξεις» που γίνονται από

την ομάδα με σκοπό την εξασφάλιση της σωματικής ασφάλειας του ασθενή και της σωστής στάσης του. Αυτές οι «πράξεις» είναι τεχνικές που πρέπει να γνωρίζουν άριστα, κάθε μέλος της θεραπευτικής ομάδας και όλοι οι εθελοντές. Πολλές από τις τεχνικές αυτές βοηθούν τον ασθενή στο να διατηρεί σωστή στάση και καλή ευθυγράμμιση. Για κάθε τεχνική επίβλεψης, ο βοηθός πρέπει να είναι δίπλα στον ασθενή και σε απόσταση τέτοια η οποία θα του επιτρέψει να μπορεί να φτάσει γύρω από την μέση του ασθενή (Sprink J., 1993).

Μερικές από τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι:

➤ **Τεχνική κλειδώματος με το χέρι:** Σε αυτή την τεχνική η έσω επιφάνεια του αντιβραχίου του βοηθού και η παλάμη διασχίζουν τον μηρό του ασθενή. Το άλλο του χέρι κρατάει τον αστράγαλο ή το γόνατο του ασθενή είτε για υποστήριξη είτε για αντίσταση (εικόνα 6.15.).

➤ **Τεχνική γόνατο - αστράγαλος :** Το εσωτερικό χέρι του βοηθού σταθεροποιεί το γόνατο του ασθενή ώστε να εξασφαλίζει την κατάλληλη θέση του ποδιού και την ισορροπία. Το εξωτερικό του χέρι τοποθετείται στον αστράγαλο. Οι βοηθοί πρέπει να υπάρχουν και στις δύο πλευρές του αλόγου (εικόνα 6.16.).

Τεχνική προστασίας της λεκάνης: Τα χέρια των βοηθών τοποθετούνται στα δύο ισχία του ασθενή και προς την σ.σ.. Σε μικρότερους ασθενείς ο βοηθός τυλίγει το εσωτερικό του χέρι γύρω από την οσφυϊκή μοίρα τους. Αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται σε ασθενείς που χρειάζονται βοήθεια για να κατανέμουν το βάρος τους ομοιόμορφα, ώστε να έχουν ισορροπία κατά το κάθισμα (εικόνα 6.17.).

➤ **Χωρίς χέρια :** Αυτή είναι η τελευταία τεχνική εφαρμόζεται για προληπτικούς και ψυχολογικούς σκοπούς. Εφαρμόζεται σε ανεξάρτητους ασθενείς οι οποίοι είναι σε θέση να διατηρούν σωστή ευθυγράμμιση (εικόνα 6.18.) (Sprink J., 1993).



Εικόνα 6.15. Τεχνική κλειδώματος με το χέρι (Sprink J., 1993)

1993)

Εικόνα 6.16. Τεχνική γόνατο -

αστράγαλος (Sprink J.,

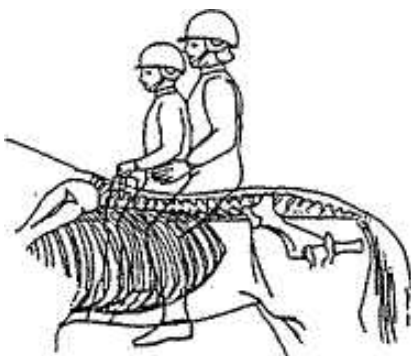


Εικόνα 6.17: Τεχνική προστασίας της λεκάνης (Σπρινκ Ξ., 1993)

Εικόνα 6.18: Χωρίς χέρια (Sprink J., 1993)

6.3. Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΙΠΠΕΥΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ (ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΙΠΠΕΥΣΗ)

Η μέθοδος αυτή είναι μια τεχνική, στην οποία χρησιμοποιείται ένα ειδικά εκπαιδευμένο άλογο, με δύο άτομα να ιππεύουν συγχρόνως (εικόνα 6.19.). Είναι σημαντικό να θυμόμαστε δύο παράγοντες σχετικά με την δομή του αλόγου όσον αφορά αυτή την μέθοδο: 1) δεν είναι φυσικό για ένα άλογο να μεταφέρει βάρος τόσο πίσω από το κέντρο βάρους του (το οποίο βρίσκεται ακριβώς πίσω από το ακρώμιο) και 2) Όσο πιο πίσω κάθεται ο θεραπευτής, τόσο περισσότερη υποστήριξη πρέπει να προσφέρει το άλογο (Sprink J., 1993).



Εικόνα 6.19. Η μέθοδος της ίππευσης με τον θεραπευτή (υποστηρικτική ίππευση) (Sprink J., 1993)

Η υποστηρικτική ίππευση χρησιμοποιείται για τους εξής λόγους :

- Να προσφέρει συναισθηματική ασφάλεια ώστε να μειώσει την ανησυχία και το άγχος του ασθενή. Αυτό μπορεί να τον βοηθήσει να προσαρμοστεί την πρώτη φορά που ανεβαίνει στο άλογο ή σαν ένα ενδιάμεσο βήμα στο ανεξάρτητο κάθισμα.
- Να χορηγήσει στατική ασφάλεια, ειδικά σε περιπτώσεις κεντρικής αστάθειας.
- Να διευκολύνει τις τεχνικές αισθητηριακής ολοκλήρωσης ώστε ο θεραπευτής να μπορεί επακριβώς να προσαρμόσει την αισθητηριακή τροφοδότηση.
- Να προάγει την αυτοεκπαίδευση, την αίσθηση του σώματος και την επιτάχυνση των μαθησιακών καταστάσεων. Ο ασθενής καθοδηγείται, από τον θεραπευτή, ώστε να δίνει προσοχή στις αισθήσεις του σώματος του, στην αναπνοή, στην ευθυγράμμιση και στη μάθηση. Ο ρυθμός της βάρδιας συγχρονίζεται με την φωνή, την κίνηση του σώματος του υποστηρικτή θεραπευτή ή με την μουσική.
- Να χορηγήσει επιπλέον στήριξη και ασφάλεια κατά την διάρκεια ασκήσεων μεγαλύτερης δυσκολίας όπως, η όρθια στάση (Sprink J., 1993) .

Μια από τις εφαρμογές της υποστηρικτικής ίππευσης, αφορά την θεραπεία μικρών παιδιών. Μπορεί να είναι χρήσιμη σε παιδιά με μέτριο ή ελάχιστο μυϊκό τόνο και διαταραχές στάσης, όσο και σε παιδιά που έχουν σοβαρή ή μέτρια δυσλειτουργία.

Γενικά, το να υποστηρίζεται το μικρό παιδί στα πρώτα στάδια της ιππασίας είναι προτιμότερο, καθώς συγκρίνεται με το να είναι το παιδί ανεξάρτητο πάνω στο άλογο (το οποίο συχνά προκαλεί αντισταθμίσεις στάσης). Η χρήση των ηνίων δεν συνιστάται σε μικρά παιδιά πριν εξασφαλιστεί η σταθερότητα στάσης του και η καλή ευθυγράμμιση του σώματος του σε ποικίλες διαβαθμίσεις κινητικής πρόκλησης. Για αυτό, μπορεί να εφαρμοστεί, συνεχής ή διακοπτόμενη, η τεχνική της υποστηρικτικής ίππευσης κατά την θεραπευτική συνεδρία μέχρι να

σημειωθούν τα επιθυμητά κλινικά αποτελέσματα (Bertoti.D.B., 1988).

6.4. ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ Ή ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ

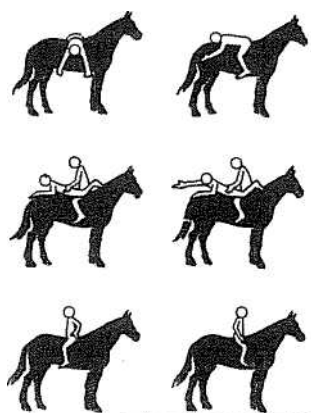
Αυτή είναι μια ειδική μέθοδος όπου δύο παιδιά ιππεύουν την ίδια στιγμή πάνω στο ίδιο άλογο. Αυτό δημιουργεί την δυνατότητα στον θεραπευτή να αναβαθμίσει την ατομική εργασία στην συνεργασία των δύο ατόμων. Είναι χρήσιμη για τους εξής λόγους:

- Να αυξήσει το κίνητρο και το επίπεδο ενδιαφέροντος του ασθενή
- Να αυξήσει την συγκέντρωση και την υποχωρητικότητα
- Να αυξήσει το επίπεδο διαβάθμισης πρόκλησης
- Να μειώσει τις εγωκεντρικές συμπεριφορές
- Να προσθέσει επιπλέον νόημα στην διαδικασία ανάπτυξης γλώσσας και στις ικανότητες επικοινωνίας/συνεργασίας
- Να προσφέρει την δυνατότητα ταξινόμησης κινητικών καθηκόντων με έναν συνεργάτη. Για παράδειγμα, προκαλώντας τους δύο ασθενείς να χρησιμοποιήσουν περιεκτική, περιγραφική γλώσσα μεταξύ τους καθώς σχεδιάζουν πως θα επιτύχουν τα επιθυμητά κινητικά καθήκοντα πάνω στο άλογο
- Να προσφέρει την δυνατότητα για την ανάπτυξη της ικανότητας αντίληψης-κίνησης καθώς καθήκοντα και παιχνίδια μπορούν εύκολα να γίνουν με δυο έφιππους συνεργάτες (Sprink J., 1993).

6.5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Επιλέγεται το κατάλληλο άλογο για το κάθε παιδί σύμφωνα με τις φυσικές του ικανότητες και το νοητικό του επίπεδο. Κάθε θεραπευτική συνεδρία περιλαμβάνει, συνήθως, 5 λεπτά προθέρμανσης, 10 λεπτά ενεργητική δραστηριότητα και 5 λεπτά χαλάρωση (Biery M.S. and Kauffman N., 1989).

Κατά την διάρκεια της προθέρμανσης το παιδί δεν κρατάει τις λαβές που βρίσκονται στην σέλα, απλά ακολουθεί την κίνηση του αλόγου. Κατά την διάρκεια της ενεργητικής δραστηριότητας εκτελούνται ασκήσεις με διατάσεις και στην συνέχεια εκτελούνται ποικίλες ενεργητικές ασκήσεις (πίνακας 6.1.). Τα τελευταία λεπτά περιλαμβάνουν συγκεκριμένες θέσεις με σκοπό την κατάλληλη ευθυγράμμιση και την χαλάρωση.



Εικόνα 6.21. Παραδείγματα μερικών θέσεων που χρησιμοποιούνται κατά την συνεδρία (Bertoti B.B., 1988)

Το θεραπευτικό πρόγραμμα ξεκινάει με στατικές ασκήσεις που σχεδιάστηκαν με σκοπό την αύξηση της ελαστικότητας και ισορροπίας και εκτελούνται σε διάφορες θέσεις, όπως καθιστή και να κοιτάει προς τα μπρος ή

πίσω, πρηνή, ύπτια ή όρθια (εικόνα 6.21.) (Heine B., 1997, Meregilano G., 2004). Μετά τις στατικές ασκήσεις τα παιδιά ιππεύουν γύρω από το ιπποδρόμιο με τους πλαϊνούς βοηθούς (αν χρειάζονται) να διορθώνουν την στάση τους κατά την διάρκεια των ασκήσεων.

Με την πάροδο του χρόνου οι ικανότητες των παιδιών αυξάνονται και εφαρμόζονται περισσότερες και πιο πολύπλοκες φιγούρες, όπως σερπαντίνες ανάμεσα σε κώνους και οχτάρια (Brunvig T.J., 1988). Οι ασκήσεις γίνονται με σκοπό την ισορροπία, τον συντονισμό, την δύναμη, την στάση και τον ρυθμό. Με επιμονή και επανάληψη, ο ασθενής καταφέρνει να βελτιώσει την ποιότητα των ασκήσεων (Haskin M.R., Erdman W.J., Bream J, et al 1974). Οι δραστηριότητες που απαιτούν επανάληψη δεν είναι κουραστικές ή βαρετές όταν εκτελούνται πάνω στο άλογο. Η McGibbon και συν. (1998), αναφέρουν ότι η σέλα και οι αναβολείς χρησιμοποιούνται για την αύξηση δυσκολίας των ασκήσεων κατά το θεραπευτικό πρόγραμμα (McGibbon, 1998).

6.5.1 Μέρη του σώματος

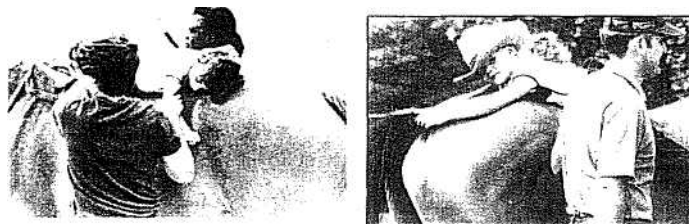


Εικόνα 6.22. Προσέγγιση άκρου πόδα (Bertoti D.B., 1988)

Ο ασθενής ακολουθεί οδηγίες από τον θεραπευτή για να αγγίξει μέρη του σώματος του με το αριστερό ή το δεξί του χέρι (εικόνα 6.22). Τα μέρη του σώματος μπορεί να είναι γενικά (π.χ. πιάσε την πατούσα σου) ή συγκεκριμένα (π.χ. άγγιξε τον αριστερό σου αστράγαλο με τον αντίχειρα του δεξιού σου χεριού). Με αυτό τον τρόπο δίνεται έμφαση στην απεικόνιση του σώματος, στην διάκριση μερών σώματος, στον σχεδιασμό κίνησης και στο πέρασμα της μέσης γραμμής (Brunving T.J., 1988, Sprink J., 1993)).

6.5.2. Πρηνή

Δίνεται βοήθεια στον ασθενή. Ο βοηθός τοποθετεί τον ασθενή σε πρηνή θέση στην πλάτη του αλόγου. Το άλογο μπορεί να είναι ακίνητο ή να περπατάει αργά. Πρέπει να υπάρχουν βοηθοί και στις δύο πλευρές του ασθενή (Sprink J., 1993). Ζητείται από τα παιδιά να στηριχθούν στους αγκώνες τους και έπειτα να κάμψουν και να εκτείνουν τον αυχένα (Brunving T.J., 1988). Σκοπός αυτής της δραστηριότητας είναι η τοποθέτηση στο χώρο (εικόνα 6.23) (Sprink J., 1993).



Εικόνα 6.23. Τα παιδιά εκτελούν ασκήσεις σε πρηνή θέση (Brunving T.J., 1988)

6.5.3. Προσέγγιση αντικειμένου



Εικόνα 6.24. Προσέγγιση αντικειμένου (NORTH AMERICAN RIDING FOR THE HANDICAPPED ASSOCIATION, N.A.R.H.A., 2005)

Αρχικά ζητείται από τον ασθενή να πιάσει ένα αντικείμενο που του προσφέρεται. Στην συνέχεια του ζητείται να χαϊδέψει το άλογο σε κάθε πλευρά. Ο θεραπευτής παρατηρεί πιο χέρι χρησιμοποιείται για το πιάσιμο και στις δύο δραστηριότητες. Με αυτήν την δραστηριότητα δίδεται έμφαση στην αμφιπλευρικοτητα και στο πέρασμα στην μέση γραμμή (εικόνα 6.24.) (Sprink J., 1993).

6.5.4. Προσέγγιση αντικειμένου με τα δύο χέρια

Ο ασθενής πιάνει ένα αντικείμενο που του προσφέρεται στην μέση γραμμή του σώματος του και του σώματος του αλόγου. Ο θεραπευτής ζητάει από το παιδί να χρησιμοποιηθούν μαζί και τα δύο χέρια, καθώς προσπαθεί να προσεγγίσει το αντικείμενο που βρίσκεται σε διάφορα σημεία, όπως τα αυτιά του αλόγου. Δίδεται έμφαση στην προσέγγιση της μέσης γραμμής και στην ολοκλήρωση του αμφίπλευρου οπτικοκινητικού συντονισμού (εικόνα 6.25.) (Sprink J., 1993)



Εικόνα 6.25. Προσέγγιση αντικειμένου με τα δύο χέρια NORTH AMERICAN RIDING FOR THE HANDICAPPED ASSOCIATION, N.A.R.H.A., 2005)

6.5.5. Μίμηση κίνησης

Ο ασθενής επαναλαμβάνει πράξεις, η εκτέλεση των οποίων έχει προηγηθεί από τον θεραπευτή. Η πράξη μπορεί να κυμαίνεται από απλή σε σύνθετη (π.χ. τα χέρια σε 90° απαγωγή ώμων και αμφοτερόπλευροι κύκλοι των χεριών, προς τα μπρος ή πίσω). Σε μια ακόμη δραστηριότητα διάκρισης των χεριών μπορεί να ζητηθεί από τον ασθενή να σηκώνει το ένα ώστε να ακουμπήσει με την παλάμη το κεφάλι του καθώς το άλλο χέρι βρίσκεται στη μέση του. Με τις δραστηριότητες αυτές δίνεται έμφαση στον κινητικό σχεδιασμό, στον οπτικοκινητικό συντονισμό και στην τοποθέτηση στον χώρο. (Εικόνα 6.26) (Sprink J., 1993)



Εικόνα 6.26 NORTH AMERICAN RIDING FOR THE HANDICAPPED ASSOCIATION, N.A.R.H.A., 2005)

6.5.6 Διάταση ώμων

Ο ασθενής κρατά μια ράβδο οριζόντια με τα δύο χέρια. Τα χέρια είναι τεντωμένα στο ύψος των ώμων. Ο ασθενής υψώνει τα χέρια πάνω από το κεφάλι και έπειτα τα ξανακατεβάζει στην αρχική θέση, στο ύψος των ώμων. Πρέπει να εξασφαλιστεί ότι η ευθυγράμμιση του ασθενή είναι σωστή κατά την διάρκεια της κίνησης. Μπορεί επίσης να ζητήσουμε από το παιδί να απλώσει τα δύο του χέρια προς τον ουρανό. Δίδεται έμφαση στον αμφοτερόπλευρο έλεγχο (εικόνα 6.27.)



Εικόνα 6.27. Διάταση ώμων NORTH AMERICAN RIDING FOR THE HANDICAPPED ASSOCIATION, N.A.R.H.A., 2005

6.5.7. Αλλαγή θέσεων έγχρωμων κρίκων

Ο ασθενής κρατά δύο ράβδους, μια σε κάθε χέρι. Ο θεραπευτής τοποθετεί 3 με 6 κρίκους στη ράβδο. Ο ασθενής μεταφέρει ένα κρίκο κάθε φορά από την μια ράβδο στην άλλη και μετά επαναλαμβάνει μεταφέροντας τους κρίκους στην αρχική ράβδο. Με αυτή την δραστηριότητα επιτυγχάνεται αμφοτερόπλευρη ολοκλήρωση, οπτική αντίληψη και οπτικό-χωρικές σχέσεις (Sprink J., 1993).

6.5.8. Παιχνίδι με κώνους σε κύκλο

Ο θεραπευτής βάζει πλαστικούς κώνους σε έναν κύκλο. Το άλογο περπατάει μέσα στον κύκλο. Ο ασθενής ρίχνει μπάλες, ή κάποιο άλλο ασφαλές αντικείμενο, προς τους κώνους. Κάθε φορά που ο ασθενής παίζει μετρούνται οι κώνοι που έχει καταφέρει να χτυπήσει. Αυτή η άσκηση μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά την βάδιση ή σε ήπιο τριποδισμό. Επιτυγχάνεται κίνηση αντικειμένων στο χώρο (πέταγμα και πιάσιμο), κινητικός σχεδιασμός και οπτικό-χωρικές σχέσεις (Sprink J., 1993).

6.5.9.Γνωρίζοντας το άλογο

Κάθε ασθενής διδάσκεται σχετικά με τις βασικές ανάγκες του αλόγου. Οι ασθενείς διδάσκονται να χαϊδεύουν το άλογο, να του μιλάνε ήρεμα και να κάνουν αργές, σταθερές κινήσεις γύρω από αυτό. Δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη δεσμών μεταξύ ανθρώπου -ζώου, στον αυτοέλεγχο, στην συνεργασία και στην απόκτηση υπευθυνότητας ((Sprink J., 1993) (εικόνα 6.29).



Εικόνα 6.29 Γνωρίζοντας το άλογο
NORTH AMERICAN RIDING FOR
THE HANDICAPPED ASSOCIATION, N.A.R.H.A., 2005

6.6. ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ

Τέλος, υπάρχει μια πολυφωνία στο θέμα της χρονικής διάρκειας της συνεδρίας της θεραπευτικής θεραπείας με μεγάλη απόκλιση η μια από την άλλη : ο Tauffkirchen(1977) προτείνει μέγιστο χρόνο 15-20 ιμή ενώ η Bertoti (1988) κάνει τις έρευνες της στο χρονικό διάστημα της μίας ώρας. Η θεραπευτική ιππασία παρ' όλα αυτά δεν θα πρέπει να ξεπερνά την 1 ώρα. Συνήθως τα θεραπευτικά προγράμματα διαρκούν 30 λεπτά λόγω κούρασης του ασθενή. Αυτή την χρονική περίοδο, φαίνεται ότι δύο συνεδρίες την εβδομάδα που να διαρκούν το λιγότερο 30 λεπτά, για δέκα εβδομάδες, πιθανόν είναι το καλύτερο πρωτόκολλο (Haskin M.R., Erdman W.J., Bream J, 1982 NARHA Strides magazine,1995, Aetna O.S., 2002).

Εκεί όπου υπάρχει δυνατότητα θα πρέπει να δημιουργηθεί μια ράμπα με πλατφόρμα, ώστε οι θεραπευτές να μπορούν να φέρουν το παιδί με μια ράμπα με πλατφόρμα, ώστε οι θεραπευτές να μπορούν να φέρουν το παιδί με βαρεία κινητική αναπηρία πάνω στο άλογο (Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., 2004) (εικόνα 6.30.)



Εικόνα 6.30 Ράμπα ΣΘΙΕ Γουδί

6.6 ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΜΙΚΡΟ ΔΕΙΓΜΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Στην προσπάθεια να διερευνήσουμε από μόνοι μας τα αποτελέσματα της θεραπευτικής ιππασίας επιλέξαμε ενδεικτικά 3 παιδιά που συμμετέχουν στο πρόγραμμα της ιππασίας στην Μέριμνα παιδιού Κατερίνης.

Η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε με την χρήση του GMFM test από το οποίο αξιολογήθηκαν οι κατηγορίες Δ: ορθοστάτηση και Ε: Βάδιση, τρέξιμο και άλμα. Το test πραγματοποιήθηκε πριν και μετά την θεραπευτική συνεδρία διάρκειας 30- 40 min. Τα παιδιά αξιολογήθηκαν την ίδια μέρα με τις ίδιες συνθήκες.

Η συγκριτική μελέτη των GMFM εμφάνισε καλύτερο score σε αρκετές δραστηριότητες και στα τρία δείγματα.

Σημείωση (✓) τον κατάλληλο βαθμό

A/A	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ: ΟΡΘΟΣΤΑΤΗΣΗ	ΒΑΘΜΟΣ			A/A	
52.	ΣΤΟ ΔΑΠΕΔΟ: ΤΡΑΒΙΕΤΑΙ ΝΑ ΣΗΚΩΘΕΙ ΟΡΘΩ ΑΠΟ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΠΑΓΚΟ	0	1	2	3	52.
53.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΑΡΑΜΕΝΕΙ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΓΙΑ 3 sec	0	✓	2	3	53.
54.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟ ΜΕ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ, ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ ΓΙΑ 3 sec	0	1	✓	3	54.
55.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟ ΜΕ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ, ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Α ΠΟΔΙ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	✓	55.
56.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΔΙΑΤΗΡΕΙ ΤΗ ΘΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 20 sec	0	1	2	✓	56.
57.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ, ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 10 sec	0	1	2	✓	57.
58.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Α ΠΟΔΙ, ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 10 sec	0	1	2	✓	58.
59.	ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ ΣΕ ΕΝΑ ΜΙΚΡΟ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΤΑΦΕΡΝΕΙ ΝΑ ΕΡΘΕΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	✓	59.
60.	ΓΟΝΥΠΕΤΗΣ: ΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΑΠΟ ΗΜΙΓΟΝΑΤΙΣΜΑ ΠΑΝΩ ΣΤΟ Δ ΓΟΝΑΤΟ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	✓	60.
61.	ΓΟΝΥΠΕΤΗΣ: ΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΑΠΟ ΗΜΙΓΟΝΑΤΙΣΜΑ ΠΑΝΩ ΣΤΟ Α ΓΟΝΑΤΟ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	✓	61.
62.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΧΑΜΗΛΩΝΕΙ ΝΑ ΚΑΘΙΣΕΙ ΣΤΟ ΔΑΠΕΔΟ ΜΕ ΕΛΕΓΧΟ, ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ	0	1	2	✓	62.
63.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΕΙ ΒΑΘΥ ΚΑΘΙΣΜΑ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ	0	1	2	✓	63.
64.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΕΝΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΔΑΠΕΔΟ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ	0	1	2	✓	64.
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ Δ						

Σημείωση (✓) τον κατάλληλο βαθμό

A/A	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ: ΟΡΘΟΣΤΑΤΗΣΗ	ΒΑΘΜΟΣ			A/A	
52.	ΣΤΟ ΔΑΠΕΔΟ: ΤΡΑΒΙΕΤΑΙ ΝΑ ΣΗΚΩΘΕΙ ΟΡΘΩ ΑΠΟ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΠΑΓΚΟ	0	1	2	✓	52.
53.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΑΡΑΜΕΝΕΙ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	✓	53.
54.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟ ΜΕ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ, ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	✓	54.
55.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟ ΜΕ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ, ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Α ΠΟΔΙ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	✓	55.
56.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΔΙΑΤΗΡΕΙ ΤΗ ΘΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 20 sec	0	1	2	✓	56.
57.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ, ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 10 sec	0	1	2	✓	57.
58.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Α ΠΟΔΙ, ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 10 sec	0	1	2	✓	58.
59.	ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ ΣΕ ΕΝΑ ΜΙΚΡΟ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΤΑΦΕΡΝΕΙ ΝΑ ΕΡΘΕΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	✓	59.
60.	ΓΟΝΥΠΕΤΗΣ: ΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΑΠΟ ΗΜΙΓΟΝΑΤΙΣΜΑ ΠΑΝΩ ΣΤΟ Δ ΓΟΝΑΤΟ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	✓	60.
61.	ΓΟΝΥΠΕΤΗΣ: ΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΑΠΟ ΗΜΙΓΟΝΑΤΙΣΜΑ ΠΑΝΩ ΣΤΟ Α ΓΟΝΑΤΟ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	✓	61.
62.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΧΑΜΗΛΩΝΕΙ ΝΑ ΚΑΘΙΣΕΙ ΣΤΟ ΔΑΠΕΔΟ ΜΕ ΕΛΕΓΧΟ, ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ	0	1	2	✓	62.
63.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΕΙ ΒΑΘΥ ΚΑΘΙΣΜΑ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ	0	1	2	✓	63.
64.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΕΝΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΔΑΠΕΔΟ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ	0	1	2	✓	64.
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ Δ						

Σημειώσε (✓) τον κατάλληλο βαθμό

Α/Α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ε: ΒΑΔΙΣΗ, ΤΡΕΞΙΜΟ ΚΑΙ ΑΔΜΑ	ΒΑΘΜΟΣ				Α/Α
65.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ ΣΤΟΝ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΝΕΙ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΔΕΞΙΑ	0	1	2	3	65.
66.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ ΣΤΟΝ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΝΕΙ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ	0	1	2	3	66.
67.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ: ΠΕΡΙΠΑΤΑ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0	1	2	3	67.
68.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ: ΠΕΡΙΠΑΤΑ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0	1	2	3	68.
69.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0	1	2	3	69.
70.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ, ΣΤΑΜΑΤΑ, ΣΤΡΙΒΕΙ 180° ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ	0	1	2	3	70.
71.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΠΙΣΩ	0	1	2	3	71.
72.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΚΟΥΒΑΛΩΝΤΑΣ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	3	72.
73.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΔΥΟ ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΠΟΥ ΑΠΕΧΟΥΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΠΟΥ 20 cm	0	1	2	3	73.
74.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΠΑΝΩ ΣΕ ΜΙΑ ΕΥΘΕΙΑ ΓΡΑΜΜΗ ΠΛΑΤΟΥΣ 2 cm	0	1	2	3	74.
75.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΕΡΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΡΑΒΔΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΨΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΔΕΞΙ ΠΟΔΙ	0	1	2	3	75.
76.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΕΡΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΡΑΒΔΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΨΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΠΟΔΙ	0	1	2	3	76.
77.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΤΡΕΧΕΙ 4.5 ΜΕΤΡΑ, ΣΤΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ	0	1	2	3	77.
78.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΛΩΤΣΑ ΜΙΑ ΜΠΑΛΑ ΜΕ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ	0	1	2	3	78.
79.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΛΩΤΣΑ ΜΙΑ ΜΠΑΛΑ ΜΕ ΤΟ Α ΠΟΔΙ	0	1	2	3	79.
80.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΗΔΑ 30 cm ΨΗΛΑ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0	1	2	3	80.
81.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΗΔΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ 30cm, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0	1	2	3	81.
82.	ΜΟΝΟΠΟΔΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ Δ. ΠΟΔΙ: ΑΝΑΠΗΔΑ ΜΕ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ 10 ΦΟΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΚΥΚΛΟ ΜΕ ΔΙΑΜΕΤΡΟ 60 cm	0	1	2	3	82.
83.	ΜΟΝΟΠΟΔΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ Α. ΠΟΔΙ: ΑΝΑΠΗΔΑ ΜΕ ΤΟ Α ΠΟΔΙ 10 ΦΟΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΚΥΚΛΟ ΜΕ ΔΙΑΜΕΤΡΟ 60 cm	0	1	2	3	83.
84.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΚΟΥΠΑΣΤΗ: ΑΝΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΟΥΠΑΣΤΗ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΠΟΔΙΩΝ	0	1	2	3	84.
85.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΚΟΥΠΑΣΤΗ: ΚΑΤΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΟΥΠΑΣΤΗ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ	0	1	2	3	85.
86.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΑΝΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΠΙΑΝΕΤΑΙ	0	1	2	3	86.
87.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ : ΚΑΤΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΠΙΑΝΕΤΑΙ	0	1	2	3	87.
88.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΠΑΝΩ ΣΕ ΕΝΑ ΣΚΑΛΙ ΥΨΟΥΣ 15 cm: ΠΗΔΑ ΚΑΤΩ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0	1	2	3	88.
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ Ε						

ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 11/5/2006

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΝΕΥΡΟΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ 6

Ιφιγένεια Κάνδραλη Senior NDT tutor Αθηνά Γεωργιάδου Senior NDT tutor

Σημειώσε (✓) τον κατάλληλο βαθμό

Α/Α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ε: ΒΑΔΙΣΗ, ΤΡΕΞΙΜΟ ΚΑΙ ΑΔΜΑ	ΒΑΘΜΟΣ				Α/Α
65.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ ΣΤΟΝ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΝΕΙ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΔΕΞΙΑ	0	1	2	3	65.
66.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ ΣΤΟΝ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΝΕΙ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ	0	1	2	3	66.
67.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ: ΠΕΡΙΠΑΤΑ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0	1	2	3	67.
68.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ: ΠΕΡΙΠΑΤΑ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0	1	2	3	68.
69.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0	1	2	3	69.
70.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ, ΣΤΑΜΑΤΑ, ΣΤΡΙΒΕΙ 180° ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ	0	1	2	3	70.
71.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΠΙΣΩ	0	1	2	3	71.
72.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΚΟΥΒΑΛΩΝΤΑΣ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	3	72.
73.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΔΥΟ ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΠΟΥ ΑΠΕΧΟΥΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΠΟΥ 20 cm	0	1	2	3	73.
74.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΠΑΝΩ ΣΕ ΜΙΑ ΕΥΘΕΙΑ ΓΡΑΜΜΗ ΠΛΑΤΟΥΣ 2 cm	0	1	2	3	74.
75.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΕΡΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΡΑΒΔΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΨΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΔΕΞΙ ΠΟΔΙ	0	1	2	3	75.
76.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΕΡΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΡΑΒΔΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΨΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΠΟΔΙ	0	1	2	3	76.
77.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΤΡΕΧΕΙ 4.5 ΜΕΤΡΑ, ΣΤΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ	0	1	2	3	77.
78.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΛΩΤΣΑ ΜΙΑ ΜΠΑΛΑ ΜΕ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ	0	1	2	3	78.
79.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΛΩΤΣΑ ΜΙΑ ΜΠΑΛΑ ΜΕ ΤΟ Α ΠΟΔΙ	0	1	2	3	79.
80.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΗΔΑ 30 cm ΨΗΛΑ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0	1	2	3	80.
81.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΗΔΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ 30cm, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0	1	2	3	81.
82.	ΜΟΝΟΠΟΔΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ Δ. ΠΟΔΙ: ΑΝΑΠΗΔΑ ΜΕ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ 10 ΦΟΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΚΥΚΛΟ ΜΕ ΔΙΑΜΕΤΡΟ 60 cm	0	1	2	3	82.
83.	ΜΟΝΟΠΟΔΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ Α. ΠΟΔΙ: ΑΝΑΠΗΔΑ ΜΕ ΤΟ Α ΠΟΔΙ 10 ΦΟΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΚΥΚΛΟ ΜΕ ΔΙΑΜΕΤΡΟ 60 cm	0	1	2	3	83.
84.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΚΟΥΠΑΣΤΗ: ΑΝΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΟΥΠΑΣΤΗ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΠΟΔΙΩΝ	0	1	2	3	84.
85.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΚΟΥΠΑΣΤΗ: ΚΑΤΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΟΥΠΑΣΤΗ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ	0	1	2	3	85.
86.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΑΝΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΠΙΑΝΕΤΑΙ	0	1	2	3	86.
87.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ : ΚΑΤΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΠΙΑΝΕΤΑΙ	0	1	2	3	87.
88.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΠΑΝΩ ΣΕ ΕΝΑ ΣΚΑΛΙ ΥΨΟΥΣ 15 cm: ΠΗΔΑ ΚΑΤΩ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0	1	2	3	88.
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ Ε						

ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 11/5/2006

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΝΕΥΡΟΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ 6

Ιφιγένεια Κάνδραλη Senior NDT tutor Αθηνά Γεωργιάδου Senior NDT tutor

ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΔΡΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
(GMFM: GROSS MOTOR FUNCTION MEASURE)

ΦΥΛΛΟ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ

Όνοματεπώνυμο: ΕΛΕΝΗ Κωδικός:.....
Ημερομηνία γέννησης: 2001 Ημερομηνία αξιολόγησης: 19-3-09
Διάγνωση: ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ ΜΕ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΕΜΠΛΩΗ ΥΠΟΤΩΝΙΑ
Βαρύτητα της κατάστασης:
Ήπια Μέτρια Βαριά

Όνομα εξεταστή: ΚΡΗΝΟΣ ΧΑΥΔΟΛΙΑΣ-ΛΕΤΣΙΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Συνθήκες εξέτασης (π.χ. δωμάτιο, ενδυμασία, ώρα εξέτασης, παρουσία άλλων προσώπων)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΜΕ ΑΛΟΓΟ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ
30 Μ.Ι.Ν. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ GMFM ΠΡΙΝ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το GMFM, είναι ένα πρότυπο τεστ αξιολόγησης, το οποίο σχεδιάστηκε και ελέγχθηκε ως προς την αξιοπιστία του με στόχο την ακριβή εκτίμηση των μεταβολών μέσα στο χρόνο της αδρής κινητικής λειτουργίας των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση.

* ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ	0= δεν ξεκινά τη λειτουργία 1= ξεκινά τη λειτουργία 2= την ολοκληρώνει μερικώς 3= την ολοκληρώνει
----------------------	--

- Εκτός και αν έχει ορισθεί εξ' αρχής διαφορετικά, το «ξεκινά τη λειτουργία» ορίζεται ως ολοκλήρωση τουλάχιστον του 10% του στόχου. «Την ολοκληρώνει μερικώς» σημαίνει ότι ολοκληρώνει από το 10% ως λίγο λιγότερο του 100%

Αυτός ο τρόπος βαθμολόγησης έχει το νόημα ενός γενικού οδηγού. Ωστόσο, οι περισσότερες λειτουργίες που αξιολογούνται, έχουν ειδικές οδηγίες βαθμολόγησης. Είναι απαραίτητο ο γενικός αυτός οδηγός να χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του κάθε στόχου

Σημείωση (✓) τον κατάλληλο βαθμό

A/A	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ: ΟΡΘΟΣΤΑΤΗΣΗ	ΒΑΘΜΟΣ				A/A
52.	ΣΤΟ ΔΑΠΕΔΟ: ΤΡΑΒΙΕΤΑΙ ΝΑ ΣΗΚΩΘΕΙ ΟΡΘΩ ΑΠΟ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΠΑΓΚΟ	0	1	2	3	52.
53.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΑΡΑΜΕΝΕΙ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	3	53.
54.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟ ΜΕ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ, ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	3	54.
55.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟ ΜΕ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ, ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Α ΠΟΔΙ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	3	55.
56.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΔΙΑΤΗΡΕΙ ΤΗ ΘΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 20 sec	0	✓	2	3	56.
57.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Α ΠΟΔΙ, ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 10 sec	0	1	2	3	57.
58.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ, ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 10 sec	0	1	2	3	58.
59.	ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ ΣΕ ΕΝΑ ΜΙΚΡΟ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΤΑΦΕΡΝΕΙ ΝΑ ΕΡΘΕΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	3	59.
60.	ΓΟΝΥΠΕΤΗΣ: ΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΑΠΟ ΗΜΙΓΟΝΑΤΙΣΜΑ ΠΑΝΩ ΣΤΟ Δ ΓΟΝΑΤΟ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	3	60.
61.	ΓΟΝΥΠΕΤΗΣ: ΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΑΠΟ ΗΜΙΓΟΝΑΤΙΣΜΑ ΠΑΝΩ ΣΤΟ Α ΓΟΝΑΤΟ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	3	61.
62.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΧΑΜΗΛΩΝΕΙ ΝΑ ΚΑΘΙΣΕΙ ΣΤΟ ΔΑΠΕΔΟ ΜΕ ΕΛΕΓΧΟ, ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ	0	1	2	3	62.
63.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΕΙ ΒΑΘΥ ΚΑΘΙΣΜΑ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ	0	1	2	3	63.
64.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΕΝΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΔΑΠΕΔΟ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ	0	1	2	3	64.
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ Δ						

Σημείωση (✓) τον κατάλληλο βαθμό

A/A	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ: ΟΡΘΟΣΤΑΤΗΣΗ	ΒΑΘΜΟΣ				A/A
52.	ΣΤΟ ΔΑΠΕΔΟ: ΤΡΑΒΙΕΤΑΙ ΝΑ ΣΗΚΩΘΕΙ ΟΡΘΩ ΑΠΟ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΠΑΓΚΟ	0	1	2	3	52.
53.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΑΡΑΜΕΝΕΙ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	3	53.
54.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟ ΜΕ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ, ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	3	54.
55.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟ ΜΕ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ, ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Α ΠΟΔΙ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	3	55.
56.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΔΙΑΤΗΡΕΙ ΤΗ ΘΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 20 sec	0	1	2	3	56.
57.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Α ΠΟΔΙ, ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 10 sec	0	1	2	3	57.
58.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ, ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 10 sec	0	1	2	3	58.
59.	ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ ΣΕ ΕΝΑ ΜΙΚΡΟ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΤΑΦΕΡΝΕΙ ΝΑ ΕΡΘΕΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	3	59.
60.	ΓΟΝΥΠΕΤΗΣ: ΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΑΠΟ ΗΜΙΓΟΝΑΤΙΣΜΑ ΠΑΝΩ ΣΤΟ Δ ΓΟΝΑΤΟ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	3	60.
61.	ΓΟΝΥΠΕΤΗΣ: ΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΑΠΟ ΗΜΙΓΟΝΑΤΙΣΜΑ ΠΑΝΩ ΣΤΟ Α ΓΟΝΑΤΟ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	3	61.
62.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΧΑΜΗΛΩΝΕΙ ΝΑ ΚΑΘΙΣΕΙ ΣΤΟ ΔΑΠΕΔΟ ΜΕ ΕΛΕΓΧΟ, ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ	0	1	2	3	62.
63.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΕΙ ΒΑΘΥ ΚΑΘΙΣΜΑ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ	0	1	2	3	63.
64.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΕΝΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΔΑΠΕΔΟ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ	0	1	2	3	64.
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ Δ						

Σημειώσε (✓) τον κατάλληλο βαθμό

A/A	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ε: ΒΑΔΙΣΗ, ΤΡΕΞΙΜΟ ΚΑΙ ΑΔΜΑ	ΒΑΘΜΟΣ	A/A
65.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ ΣΤΟΝ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΝΕΙ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΔΕΞΙΑ	0 1 2 3 ✓	65.
66.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ ΣΤΟΝ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΝΕΙ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ	0 1 2 3 ✓	66.
67.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ: ΠΕΡΙΠΑΤΑ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0 1 2 3 ✓	67.
68.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ: ΠΕΡΙΠΑΤΑ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0 1 2 3 ✓	68.
69.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0 1 2 3 ✓	69.
70.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ, ΣΤΑΜΑΤΑ, ΣΤΡΙΒΕΙ 180° ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ	0 1 2 3 ✓	70.
71.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΠΙΣΩ	0 1 2 3 ✓	71.
72.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΚΟΥΒΑΛΩΝΤΑΣ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ	0 1 2 3 ✓	72.
73.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΔΥΟ ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΠΟΥ ΑΠΕΧΟΥΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΠΟΥ 20 cm	0 1 2 3 ✓	73.
74.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΠΑΝΩ ΣΕ ΜΙΑ ΕΥΘΕΙΑ ΓΡΑΜΜΗ ΠΛΑΤΟΥΣ 2 cm	0 1 2 3 ✓	74.
75.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΕΡΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΡΑΒΔΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΨΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΔΕΞΙ ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	75.
76.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΕΡΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΡΑΒΔΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΨΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	76.
77.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΤΡΕΧΕΙ 4.5 ΜΕΤΡΑ, ΣΤΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ	0 1 2 3 ✓	77.
78.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΤΩΣΑ ΜΙΑ ΜΠΑΛΑ ΜΕ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	78.
79.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΤΩΣΑ ΜΙΑ ΜΠΑΛΑ ΜΕ ΤΟ Α ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	79.
80.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΗΔΑ 30 cm ΨΗΛΑ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0 1 2 3 ✓	80.
81.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΗΔΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ 30cm, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0 1 2 3 ✓	81.
82.	ΜΟΝΟΠΟΔΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ Δ. ΠΟΔΙ: ΑΝΑΠΗΔΑ ΜΕ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ 10 ΦΟΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΚΥΚΛΟ ΜΕ ΔΙΑΜΕΤΡΟ 60 cm	0 1 2 3 ✓	82.
83.	ΜΟΝΟΠΟΔΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ Α. ΠΟΔΙ: ΑΝΑΠΗΔΑ ΜΕ ΤΟ Α ΠΟΔΙ 10 ΦΟΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΚΥΚΛΟ ΜΕ ΔΙΑΜΕΤΡΟ 60 cm	0 1 2 3 ✓	83.
84.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΚΟΥΠΑΣΤΗ: ΑΝΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΟΥΠΑΣΤΗ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΠΟΔΙΩΝ	0 1 2 3 ✓	84.
85.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΚΟΥΠΑΣΤΗ: ΚΑΤΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΟΥΠΑΣΤΗ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ	0 1 2 3 ✓	85.
86.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΑΝΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΠΙΑΝΕΤΑΙ	0 1 2 3 ✓	86.
87.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ : ΚΑΤΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΠΙΑΝΕΤΑΙ	0 1 2 3 ✓	87.
88.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΠΑΝΩ ΣΕ ΕΝΑ ΣΚΑΛΙ ΥΨΟΥΣ 15 cm: ΠΗΔΑ ΚΑΤΩ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0 1 2 3 ✓	88.
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ Ε			

Σημειώσε (✓) τον κατάλληλο βαθμό

A/A	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ε: ΒΑΔΙΣΗ, ΤΡΕΞΙΜΟ ΚΑΙ ΑΔΜΑ	ΒΑΘΜΟΣ	A/A
65.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ ΣΤΟΝ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΝΕΙ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΔΕΞΙΑ	0 1 2 3 ✓	65.
66.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ ΣΤΟΝ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΝΕΙ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ	0 1 2 3 ✓	66.
67.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ: ΠΕΡΙΠΑΤΑ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0 1 2 3 ✓	67.
68.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ: ΠΕΡΙΠΑΤΑ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0 1 2 3 ✓	68.
69.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0 1 2 3 ✓	69.
70.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ, ΣΤΑΜΑΤΑ, ΣΤΡΙΒΕΙ 180° ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ	0 1 2 3 ✓	70.
71.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΠΙΣΩ	0 1 2 3 ✓	71.
72.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΚΟΥΒΑΛΩΝΤΑΣ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ	0 1 2 3 ✓	72.
73.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΔΥΟ ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΠΟΥ ΑΠΕΧΟΥΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΠΟΥ 20 cm	0 1 2 3 ✓	73.
74.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΠΑΝΩ ΣΕ ΜΙΑ ΕΥΘΕΙΑ ΓΡΑΜΜΗ ΠΛΑΤΟΥΣ 2 cm	0 1 2 3 ✓	74.
75.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΕΡΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΡΑΒΔΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΨΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΔΕΞΙ ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	75.
76.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΕΡΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΡΑΒΔΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΨΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	76.
77.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΤΡΕΧΕΙ 4.5 ΜΕΤΡΑ, ΣΤΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ	0 1 2 3 ✓	77.
78.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΤΩΣΑ ΜΙΑ ΜΠΑΛΑ ΜΕ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	78.
79.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΤΩΣΑ ΜΙΑ ΜΠΑΛΑ ΜΕ ΤΟ Α ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	79.
80.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΗΔΑ 30 cm ΨΗΛΑ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0 1 2 3 ✓	80.
81.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΗΔΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ 30cm, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0 1 2 3 ✓	81.
82.	ΜΟΝΟΠΟΔΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ Δ. ΠΟΔΙ: ΑΝΑΠΗΔΑ ΜΕ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ 10 ΦΟΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΚΥΚΛΟ ΜΕ ΔΙΑΜΕΤΡΟ 60 cm	0 1 2 3 ✓	82.
83.	ΜΟΝΟΠΟΔΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ Α. ΠΟΔΙ: ΑΝΑΠΗΔΑ ΜΕ ΤΟ Α ΠΟΔΙ 10 ΦΟΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΚΥΚΛΟ ΜΕ ΔΙΑΜΕΤΡΟ 60 cm	0 1 2 3 ✓	83.
84.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΚΟΥΠΑΣΤΗ: ΑΝΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΟΥΠΑΣΤΗ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΠΟΔΙΩΝ	0 1 2 3 ✓	84.
85.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΚΟΥΠΑΣΤΗ: ΚΑΤΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΟΥΠΑΣΤΗ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ	0 1 2 3 ✓	85.
86.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΑΝΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΠΙΑΝΕΤΑΙ	0 1 2 3 ✓	86.
87.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ : ΚΑΤΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΠΙΑΝΕΤΑΙ	0 1 2 3 ✓	87.
88.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΠΑΝΩ ΣΕ ΕΝΑ ΣΚΑΛΙ ΥΨΟΥΣ 15 cm: ΠΗΔΑ ΚΑΤΩ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0 1 2 3 ✓	88.
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ Ε			

ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΔΡΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
(GMFM: GROSS MOTOR FUNCTION MEASURE)

ΦΥΛΛΟ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ

Όνοματεπώνυμο: ΝΤΙΝΑ Κωδικός:.....
Ημερομηνία γέννησης: 20.03 Ημερομηνία αξιολόγησης: 5-3-09
Διάγνωση: ΗΜΙΠΛΗΓΙΑ (Α) - ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΒΑΔΙΣΗ
Βαρύτητα της κατάστασης:
Ήπια Μέτρια Βαριά

Όνομα εξεταστή: ΚΩΝ/ΝΟΣ ΧΑΜΑΘΛΙΑΣ - ΛΕΥΣΙΟΝ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Συνθήκες εξέτασης (π.χ. δωμάτιο, ενδυμασία, ώρα εξέτασης, παρουσία άλλων προσώπων)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΕΑΡΙΑ ΜΕ ΑΠΟΓΟ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ
30 min ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ GMFM ΠΡΙΝ ΤΗ ΣΥΝΕΑΡΙΑ

Το GMFM, είναι ένα πρότυπο τεστ αξιολόγησης, το οποίο σχεδιάστηκε και ελέγχθηκε ως προς την αξιοπιστία του με στόχο την ακριβή εκτίμηση των μεταβολών μέσα στο χρόνο της αδρής κινητικής λειτουργίας των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση.

* ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ	0= δεν ξεκινά τη λειτουργία
	1= ξεκινά τη λειτουργία
	2= την ολοκληρώνει μερικώς
	3= την ολοκληρώνει

- Εκτός και αν έχει ορισθεί εξ' αρχής διαφορετικά, το «ξεκινά τη λειτουργία» ορίζεται ως ολοκλήρωση τουλάχιστον του 10% του στόχου. «Την ολοκληρώνει μερικώς» σημαίνει ότι ολοκληρώνει από το 10% ως λίγο λιγότερο του 100%

Αυτός ο τρόπος βαθμολόγησης έχει το νόημα ενός γενικού οδηγού. Ωστόσο, οι περισσότερες λειτουργίες που αξιολογούνται, έχουν ειδικές οδηγίες βαθμολόγησης. Είναι απαραίτητο ο γενικός αυτός οδηγός να χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του κάθε στόχου

Σημείωση (✓) τον κατάλληλο βαθμό

A/A	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ: ΟΡΘΟΣΤΑΤΗΣΗ	ΒΑΘΜΟΣ			A/A	
52.	ΣΤΟ ΔΑΠΕΔΟ: ΤΡΑΒΙΕΤΑΙ ΝΑ ΣΗΚΩΘΕΙ ΟΡΘΩ ΑΠΟ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΠΑΓΚΟ	0	1	2	3	52.
53.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΑΡΑΜΕΝΕΙ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	3	53.
54.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟ ΜΕ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ, ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	3	54.
55.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟ ΜΕ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ, ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Α ΠΟΔΙ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	3	55.
56.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΔΙΑΤΗΡΕΙ ΤΗ ΘΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 20 sec	0	1	2	3	56.
57.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Α ΠΟΔΙ, ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 10 sec	0	1	2	3	57.
58.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ, ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 10 sec	0	1	2	3	58.
59.	ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ ΣΕ ΕΝΑ ΜΙΚΡΟ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΤΑΦΕΡΝΕΙ ΝΑ ΕΡΘΕΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	3	59.
60.	ΓΟΝΥΠΕΤΗΣ: ΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΑΠΟ ΗΜΙΓΟΝΑΤΙΣΜΑ ΠΑΝΩ ΣΤΟ Δ ΓΟΝΑΤΟ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	3	60.
61.	ΓΟΝΥΠΕΤΗΣ: ΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΑΠΟ ΗΜΙΓΟΝΑΤΙΣΜΑ ΠΑΝΩ ΣΤΟ Α ΓΟΝΑΤΟ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	3	61.
62.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΧΑΜΗΛΩΝΕΙ ΝΑ ΚΑΘΙΣΕΙ ΣΤΟ ΔΑΠΕΔΟ ΜΕ ΕΛΕΓΧΟ, ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ	0	1	2	3	62.
63.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΕΙ ΒΑΘΥ ΚΑΘΙΣΜΑ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ	0	1	2	3	63.
64.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΕΝΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΔΑΠΕΔΟ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ	0	1	2	3	64.
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ Δ						

Σημείωση (✓) τον κατάλληλο βαθμό

A/A	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ: ΟΡΘΟΣΤΑΤΗΣΗ	ΒΑΘΜΟΣ			A/A	
52.	ΣΤΟ ΔΑΠΕΔΟ: ΤΡΑΒΙΕΤΑΙ ΝΑ ΣΗΚΩΘΕΙ ΟΡΘΩ ΑΠΟ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΠΑΓΚΟ	0	1	2	3	52.
53.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΑΡΑΜΕΝΕΙ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	3	53.
54.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟ ΜΕ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ, ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	3	54.
55.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟ ΜΕ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ, ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Α ΠΟΔΙ ΓΙΑ 3 sec	0	1	2	3	55.
56.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΔΙΑΤΗΡΕΙ ΤΗ ΘΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 20 sec	0	1	2	3	56.
57.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Α ΠΟΔΙ, ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 10 sec	0	1	2	3	57.
58.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ, ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ, 10 sec	0	1	2	3	58.
59.	ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ ΣΕ ΕΝΑ ΜΙΚΡΟ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΤΑΦΕΡΝΕΙ ΝΑ ΕΡΘΕΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	3	59.
60.	ΓΟΝΥΠΕΤΗΣ: ΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΑΠΟ ΗΜΙΓΟΝΑΤΙΣΜΑ ΠΑΝΩ ΣΤΟ Δ ΓΟΝΑΤΟ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	3	60.
61.	ΓΟΝΥΠΕΤΗΣ: ΕΡΧΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΑΠΟ ΗΜΙΓΟΝΑΤΙΣΜΑ ΠΑΝΩ ΣΤΟ Α ΓΟΝΑΤΟ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ ΧΕΡΙΑ	0	1	2	3	61.
62.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΧΑΜΗΛΩΝΕΙ ΝΑ ΚΑΘΙΣΕΙ ΣΤΟ ΔΑΠΕΔΟ ΜΕ ΕΛΕΓΧΟ, ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ	0	1	2	3	62.
63.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΕΙ ΒΑΘΥ ΚΑΘΙΣΜΑ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ	0	1	2	3	63.
64.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΣΗΚΩΝΕΙ ΕΝΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΔΑΠΕΔΟ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ	0	1	2	3	64.
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ Δ						

Σημείωσε (✓) τον κατάλληλο βαθμό

A/A	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ε: ΒΑΔΙΣΗ, ΤΡΕΞΙΜΟ ΚΑΙ ΛΑΜΑ	ΒΑΘΜΟΣ	A/A
65.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ ΣΤΟΝ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΝΕΙ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΔΕΞΙΑ	0 1 2 3 ✓	65.
66.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ ΣΤΟΝ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΝΕΙ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ	0 1 2 3 ✓	66.
67.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ: ΠΕΡΙΠΑΤΑ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0 1 2 3 ✓	67.
68.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ: ΠΕΡΙΠΑΤΑ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0 1 2 3 ✓	68.
69.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0 1 2 3 ✓	69.
70.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ, ΣΤΑΜΑΤΑ, ΣΤΡΙΒΕΙ 180° ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ	0 1 2 3 ✓	70.
71.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΠΙΣΩ	0 1 2 3 ✓	71.
72.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΚΟΥΒΑΛΩΝΤΑΣ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ	0 1 2 3 ✓	72.
73.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΔΥΟ ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΠΟΥ ΑΠΕΧΟΥΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΠΟΥ 20 cm	0 1 2 3 ✓	73.
74.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΠΑΝΩ ΣΕ ΜΙΑ ΕΥΘΕΙΑ ΓΡΑΜΜΗ ΠΛΑΤΟΥΣ 2 cm	0 1 2 3 ✓	74.
75.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΕΡΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΡΑΒΔΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΨΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΔΕΞΙ ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	75.
76.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΕΡΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΡΑΒΔΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΨΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	76.
77.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΤΡΕΧΕΙ 4.5 ΜΕΤΡΑ, ΣΤΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ	0 1 2 3 ✓	77.
78.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΤΙΣΤΑ ΜΙΑ ΜΠΑΛΑ ΜΕ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	78.
79.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΤΙΣΤΑ ΜΙΑ ΜΠΑΛΑ ΜΕ ΤΟ Α ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	79.
80.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΗΔΑ 30 cm ΨΗΛΑ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0 1 2 3 ✓	80.
81.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΗΔΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ 30cm, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0 1 2 3 ✓	81.
82.	ΜΟΝΟΠΟΔΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ Δ. ΠΟΔΙ: ΑΝΑΠΗΔΑ ΜΕ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ 10 ΦΟΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΚΥΚΛΟ ΜΕ ΔΙΑΜΕΤΡΟ 60 cm	0 1 2 3 ✓	82.
83.	ΜΟΝΟΠΟΔΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ Α. ΠΟΔΙ: ΑΝΑΠΗΔΑ ΜΕ ΤΟ Α ΠΟΔΙ 10 ΦΟΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΚΥΚΛΟ ΜΕ ΔΙΑΜΕΤΡΟ 60 cm	0 1 2 3 ✓	83.
84.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΚΟΥΠΑΣΤΗ: ΑΝΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΟΥΠΑΣΤΗ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΠΟΔΙΩΝ	0 1 2 3 ✓	84.
85.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΚΟΥΠΑΣΤΗ: ΚΑΤΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΟΥΠΑΣΤΗ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ	0 1 2 3 ✓	85.
86.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΑΝΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΠΙΑΝΕΤΑΙ	0 1 2 3 ✓	86.
87.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ : ΚΑΤΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΠΙΑΝΕΤΑΙ	0 1 2 3 ✓	87.
88.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΠΑΝΩ ΣΕ ΕΝΑ ΣΚΑΛΙ ΥΨΟΥΣ 15 cm: ΠΗΔΑ ΚΑΤΩ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0 1 2 3 ✓	88.
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ Ε			

Σημείωσε (✓) τον κατάλληλο βαθμό

A/A	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ε: ΒΑΔΙΣΗ, ΤΡΕΞΙΜΟ ΚΑΙ ΛΑΜΑ	ΒΑΘΜΟΣ	A/A
65.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ ΣΤΟΝ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΝΕΙ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΔΕΞΙΑ	0 1 2 3 ✓	65.
66.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ ΣΤΟΝ ΠΑΓΚΟ: ΚΑΝΕΙ 5 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ	0 1 2 3 ✓	66.
67.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ: ΠΕΡΙΠΑΤΑ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0 1 2 3 ✓	67.
68.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ, ΚΡΑΤΙΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΝΑ ΧΕΡΙ: ΠΕΡΙΠΑΤΑ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0 1 2 3 ✓	68.
69.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ	0 1 2 3 ✓	69.
70.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ, ΣΤΑΜΑΤΑ, ΣΤΡΙΒΕΙ 180° ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ	0 1 2 3 ✓	70.
71.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΠΙΣΩ	0 1 2 3 ✓	71.
72.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΚΟΥΒΑΛΩΝΤΑΣ ΕΝΑ ΜΕΓΑΛΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΧΕΡΙΑ	0 1 2 3 ✓	72.
73.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΕ ΔΥΟ ΠΑΡΑΛΛΗΛΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΠΟΥ ΑΠΕΧΟΥΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΠΟΥ 20 cm	0 1 2 3 ✓	73.
74.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΝΕΙ ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ ΠΑΝΩ ΣΕ ΜΙΑ ΕΥΘΕΙΑ ΓΡΑΜΜΗ ΠΛΑΤΟΥΣ 2 cm	0 1 2 3 ✓	74.
75.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΕΡΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΡΑΒΔΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΨΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΔΕΞΙ ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	75.
76.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΕΡΝΑ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΡΑΒΔΟ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΟ ΥΨΟΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	76.
77.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΤΡΕΧΕΙ 4.5 ΜΕΤΡΑ, ΣΤΑΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ	0 1 2 3 ✓	77.
78.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΤΙΣΤΑ ΜΙΑ ΜΠΑΛΑ ΜΕ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	78.
79.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΚΑΤΙΣΤΑ ΜΙΑ ΜΠΑΛΑ ΜΕ ΤΟ Α ΠΟΔΙ	0 1 2 3 ✓	79.
80.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΗΔΑ 30 cm ΨΗΛΑ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0 1 2 3 ✓	80.
81.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΠΗΔΑ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ 30cm, ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0 1 2 3 ✓	81.
82.	ΜΟΝΟΠΟΔΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ Δ. ΠΟΔΙ: ΑΝΑΠΗΔΑ ΜΕ ΤΟ Δ ΠΟΔΙ 10 ΦΟΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΚΥΚΛΟ ΜΕ ΔΙΑΜΕΤΡΟ 60 cm	0 1 2 3 ✓	82.
83.	ΜΟΝΟΠΟΔΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟ Α. ΠΟΔΙ: ΑΝΑΠΗΔΑ ΜΕ ΤΟ Α ΠΟΔΙ 10 ΦΟΡΕΣ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΚΥΚΛΟ ΜΕ ΔΙΑΜΕΤΡΟ 60 cm	0 1 2 3 ✓	83.
84.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΚΟΥΠΑΣΤΗ: ΑΝΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΟΥΠΑΣΤΗ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΠΟΔΙΩΝ	0 1 2 3 ✓	84.
85.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΚΟΥΠΑΣΤΗ: ΚΑΤΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΟΥΠΑΣΤΗ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ	0 1 2 3 ✓	85.
86.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ: ΑΝΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΠΙΑΝΕΤΑΙ	0 1 2 3 ✓	86.
87.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ : ΚΑΤΕΒΑΙΝΕΙ 4 ΣΚΑΛΟΠΑΤΙΑ ΜΕ ΕΝΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΠΙΑΝΕΤΑΙ	0 1 2 3 ✓	87.
88.	ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΠΑΝΩ ΣΕ ΕΝΑ ΣΚΑΛΙ ΥΨΟΥΣ 15 cm: ΠΗΔΑ ΚΑΤΩ ΜΕ ΤΑ ΔΥΟ ΠΟΔΙΑ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ	0 1 2 3 ✓	88.
ΣΥΝΟΛΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ Ε			

6.7 Από το πρόγραμμα θεραπευτικής ιππασίας στην ΜΕΡΙΜΝΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ



Εικόνα 1



Εικόνα 2

Εικόνα 1 & 2 : Το θεραπευτικό άλογο



Εικόνα 3 : Στατική καθιστή θέση



Εικόνα 4 : Στατική ύπτια θέση.



Εικόνα 5 : Στατική καθιστή θέση προς τα πίσω.



Εικόνα 6 : Στατική ύπτια με υποστήριξη κεφαλής.



Εικόνα 7: Στατική ύπτια θέση με ελεύθερα κάτω άκρα.



Εικόνα 8 : Στατική πρηνή προς τα πίσω.



Εικόνα 9 : Θέση “Σακί με πατάτες”



Εικόνα 10 : Διάταση ώμων χωρίς ράβδο.



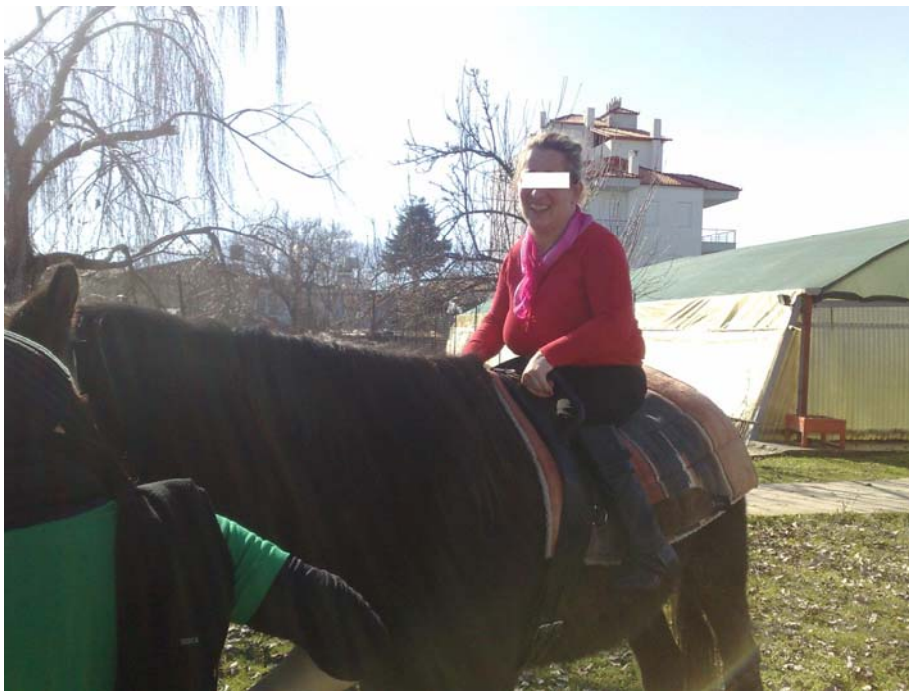
Εικόνα 11 : Διάταση ώμων – προσαγωγή ωμοπλάτων



Εικόνα 12 : «Σκαρφαλώνοντας στον λαιμό»



Εικόνα 13 : Στήριξη από το πόδι.



Εικόνα 14 : Ελεύθερη γυμναστική ιππασία.



Εικόνα 15 : Ελεύθερη ιππασία με χρήση ειδικής σέλας.



Εικόνα 16 : Ελεύθερη ιππασία με χρήση ειδικής σέλας.



Εικόνα 17 : Στατική καθιστή προς τα πίσω με στήριξη στα χέρια.



Εικόνα 18 : Καθιστή προς τα πίσω σε πορεία.

6.8 Επίλογος

Η θεραπευτική ιππασία δεν αντικαθιστά μέρος της φυσικοθεραπείας αλλά είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο που προσφέρει επιπρόσθετα οφέλη, στα ήδη κεκτημένα από αυτήν (Γεωργιάδου Α. και Καπετάνου Β., 2004).

Ο σκοπός της έρευνας της Bertoti, που πραγματοποιήθηκε το 1988, ήταν να αξιολογήσει τις στασικές αλλαγές παιδιών με Ε.Π. μετά την συμμετοχή τους σε πρόγραμμα θεραπευτικής ιππασίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρεις περιόδους. Παρουσιάστηκε μια σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των τριών τμημάτων της έρευνας, με πιο εμφανή την βελτίωση κατά την διάρκεια της περιόδου της θεραπευτικής ιππασίας, Παρατηρήθηκαν βελτιώσεις στο μυϊκό τόνο καθώς και στην ισορροπία. Αυτά τα αποτελέσματα αποτελούν το πρώτο αντικειμενικό κριτήριο, που υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής ιππασίας, στην στάση των παιδιών με Ε.Π. (Bertoti D.B., 1988).

Σε έρευνα που πραγματοποίησε η Would το 1998, βρήκε στοιχεία τα οποία δείχνουν ότι η βάρδια των παιδιών που μελέτησε, βελτιώθηκε μετά από πρόγραμμα θεραπευτικής ιππασίας. Επιπλέον τα θεραπευτικά αποτελέσματα που κατακτήθηκαν κατά την περίοδο της θεραπευτικής ιππασίας, παρέμεναν ακόμα και όταν τα παιδιά εξετάστηκαν αρκετούς μήνες μετά. Η Would παρουσίασε στην έρευνα της όχι απλές κλινικές βελτιώσεις αλλά στατιστικές. Οι βελτιώσεις αφορούσαν την μετατόπιση του βάρους και την ισορροπία (Would, 1998).

Τέλος πραγματοποιήθηκε μια έρευνα από τους Casady και Nichols- Larsen το 2004, με σκοπό να προσδιορίσουν εάν η θεραπευτική ιππασία έχει αποτελέσματα στην γενική λειτουργική ανάπτυξη των παιδιών με Ε.Π.. Η αξιολόγηση των παιδιών έγινε με την χρήση του Pediatric Evaluation of Disability Inventory (P.E.D.I.) και του GROSS MOTOR FUNCTION MEASURE (G.M.F.M), Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας αποδεικνύουν ότι η θεραπευτική ιππασία έχει, θετικά αποτελέσματα στην κινητική λειτουργική προετοιμασία σε παιδιά με Ε.Π. και μπορεί αν εφαρμοστεί, αλλά με τους περιορισμούς που έχουν προαναφερθεί .

Μέσα από αυτή την αρθρογραφική ανασκόπηση καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι, πρέπει να πραγματοποιηθούν επιπλέον έρευνες όσον αφορά, την ένταση της θεραπευτικής ιππασίας, την διάρκεια της κάθε συνεδρίας και την συχνότητα της θεραπείας, καθώς και για τα αποτελέσματα της θεραπευτικής ιππασίας, στο εύρος κίνησης, στην ισορροπία και στην μετατόπιση του βάρους (Bertoti D.B., 1988).

Η αρθρογραφία που βασίζεται σε έρευνες που αφορούν παιδιά με Ε.Π. είναι περιορισμένη, καθώς όλες, είχαν μικρό δείγμα πληθυσμού. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα, για να πιστοποιηθεί η χρήση και η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής ιππασίας (Meregillano G., 2004).

ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΞΕΝΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aetna U.S. Healthcare, (2002) The Aetna U.S. Healthcare's coverage policy bulletin page, Available at: <http://www.aetna.com/cpb/data/CPBAOISLhtml>.
2. American Hippotherapy Association (2000, 2005), Present Use Of Hippotherapy In The United States, Available at: <http://www.americanequestrian.com>
3. Bache C.E., Selber P., Graham H.K. (2003), The Management of Spastic Diplegia, *Current Orthopaedics*, (17), 88-104.
4. Baker L. (1995), Cerebral Palsy and Therapeutic Riding, N.A.R.H.A. Strides Magazine, October (1)1.
5. Barba B.E. (1995) The Positive Influence of Animals: Animal Assisted Therapy in Acute Care, *Clin Nurse Spec*, 9:199-202.
6. Bhat M., Nelson K.B. (1989), Developmental Enamel Defects in Primary Teeth in Children with Cerebral Palsy, Mental Retardation, or Hearing Defects: A review, *Adr Dent Res*, 3:132-142
7. Bausenwein I. (1984), *Elektromyographische Untersuchungen zur Objektivierung des Therapeutischen Reitens Speziell der Hippotherapie bei Zerebralpareesen*, Bundesinstitut für Sportwissenschaften , Sport mit Zerebralparetikern, voi. 53.
8. Bax M. (2000), Outcome and Input, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42:291.
9. Bertoti D.B. (1988) Effect of Therapeutic Horseback Riding on Posture in Children with Cerebral Palsy, *Physical Therapy* 8 (10) 1505-1512.
10. Biery M., Kauffinan N., (1989) The effects of therapeutic horseback riding on balance. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 6:221-229.
11. Blair E., Standley F. (2002) Causal Pathways to Cerebral Palsy, *Current Paediatrics*, 12:179-185.
12. Bobath B. (1961), *The Motor Disorders Of Infantile Hemiplegia and Their Treatment*, Wills Hall. Bristol. Monday 16 to Saturday 23 September.
13. Bobath B., (1969), *The Treatment of Neuromuscular Disorders by Improving Patterns of Coordination*, *Physiotherapy*, January.
14. Bobath B., (1971), *Motor Development, Its Effect on General Development, and Application to the Treatment of Cerebral Palsy*, *Physiotherapy*, November.
15. Bobath K., Bobath B. (1984), *The Neuro-Developmental Treatment*, *Clinics In Developmental Medicine*, No. 90.
16. Bobath K., (1959), *The Neuropathology of Cerebral Palsy and Its Importance in Treatment and Diagnostice*, *Cerebral Palsy Bulletin*, 1:(8)13-33.
17. Bobath K., Bobath B., (1964), *The Fasilitation of Normal Postural Reactions and Movements on the Treatment of Cerebral Palsy*, *Physiotherapy*, August.
18. Bobath K. (1962), *The Prevention of Mental Retardation in patients with Cerebral Palsy*, 5 *International Congress of Child Psychiatry*, Scheveningen , Holland.
19. Brudvig T.J. (1988), *Therapeutic Horseback Riding on a Military Base: One PT's Experience*, *Clinical Managment* 8:(3)30-32.
20. Casady R.L., Nichols - Larsen D.S., (2004), *The Effect of Hippotherapy on Ten Children with Cerebral Palsy*, *Pediatric Physical Therapy*, 16 (3): 165-172.
21. Clark M., Carr L., Reilly S., et al. (2000), *Worster-Drought syndrome, a mild Petrapegic Perisylvian Cerebral Palsy*, *Brain*, (123):2160-2170.

22. Cook R., (2005), Hippotherapy or Therapeutic Riding, available at: <http://www.rightsteptherapy.com/fag.html>.
23. Copeland-Fitzpatrick J. (1997), Hippotherapy and Therapeutic Riding: An International Review, Proceedings of the Ninth International Therapeutic Riding Congress 1997, Denver.
24. Cunningham B.(2004), American Hippotherapy Association and the future, Hippotherapy, 13:2.
25. Dan B., Bouillot E., Bengoetxea A. et al. (2001) Distinct Multi-Join Control Strategies in Spastic Diplegia Associated With Prematurity or Angelman Syndrome, *Clinical Neurophysiology* ,112, 1618-1625.
26. Debusse D., Chandler C., Gibb C. (2005), An Exploration of German and British Physiotherapist's Views on the Effect of Hippotherapy and Their Measurement, *Physiotherapy Theory and Practice*, 21(4), 219-242.
27. DePauw K. (1986), Horseback Riding for Individuals With Disabilities: Programs, Philosophy and Research. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 3: 217-226.
28. Dismuke- Blakely R. (1995), Cerebral Palsy and Therapeutic Riding, *N.A.R.H.A Strides Magazine*, October, 1(1).
29. Emery D.F.G., Wedge J.H. (2003), Orthopaedic Management of Children With Total Body Involvement Cerebral Palsy, *Current Orthopaedics* 17:81-87.
30. Evans P., Elliot M., Alberman E., Evans E. (1985), Prevalence and Disabilities in 4 to 8 year olds with Cerebral Palsy, *Archives of Disease in Childhood*, October, 60:940-945.
31. Feldkamp M. (1979), Motor Goals of Therapeutic Horseback Riding For Cerebral Palsied Children, *Rehabilitation*, 18 (2):6-61.
32. Ferdjallah M., Harris G.F., Smith P. et al. (2002), Analysis of Postural Control Synergies During Quiet Standing in Healthy Children and Children with Cerebral Palsy, *Clinical Biomechanics*, 17:203-435.
33. Garnier Y., Coumans A.B.C., Jensen A., et al. (2003), Infection-related Perinatal Brain Injury: The Pathogenic Role of Impaired Fetal Cardiovascular Control, *Gynecon Investig*,10:450-9.
34. Gentry L. (1986), My Therapist Weighs 9001bs, *Children Today*, January-February:30-33.
35. Gordon N. (1999), Ataxia of Paretal Lobe Origin, *Developmental Medicine and ChildNeurology*, 41: 353-355.
36. Gormley M.E., Krach L.E., Piccini L. (2001), Spasticity Management in the Child With Spastic Quadriplegia, *European Journal of Neurology*, 8(5): 127-135.
37. Hadden K.L., Von Bayer C.L. (2002), Pain in children with Cerebral Palsy: Common Triggers and Expressive Behaviors, *Pain* 99:281-288.
38. Haehl V., Giuliani C., Lewis C. (1999), Influence of hippotherapy on the Kinematics and Functional Performance of Two Children With Cerebral Palsy, *Pediatric Physical Therapy*, 11:89-101.
39. Hagberg B. (1979), Epidemiological and Preventive Aspects of Cerebral Palsy and Severe Mental Retardation in Sweden, *European Journal of Pediatric*, 130: 71-78
40. Hagberg B., Hagberg G. (1993), The Origins of Cerebral Palsy, *Recent Advances in Paediatrics*, (I I):67-83.
41. Hagberg B., Hagberg G., Olow L, Van Wendt L. (1996), The Changing Panorama of Cerebral Palsy in Sweden, Prevalence and Origin in the Birth Year Period 1987-90, *Acta Paediatrica*, 85: 954-960
42. Haskin M.R., Erdman W.J., Bream J. et al, (1974), Therapeutic Horseback

- Riding for the Handicapped, Archives Physical Medicine Rehabilitation, October, 55:473-474.
43. Haskin M., Bream J.A., Erdman W.J. (1982), The Pennsylvania Horseback Riding Program for Cerebral Palsy, American Journal of Physical Medicine, 61:141-144.
44. Heine B. (1997), Introduction to Hippotherapy, N.A.R.H.A. Strides Magazine April voi 3.2.
45. Hornacek M.D. (2003), Though Overlooked Factors Affecting Posture in Therapeutic Riding, XI International Congress, The Complex Influence of Therapeutic Horse Riding, 10-14 June, Budapest, Hungary. Διαθέσιμο : <http://lovasterapia.hu/konferencia/>
46. Horster, H. , Van Horde, Riegner C., Hippotherapy and Therapeutic Horseback Riding in the Treatment of Children and Adolescents with Cerebral Pareses and Dismelias, Festschrift Fur Allgemeinmedizier, 52 (I), 15-21.
47. Jarvis S., Glinianaia S.V., Torrioli M.G. et al. (2003), Cerebral Palsy and Intrauterine Growth in Single Births : European Collaborative Study, The Lancet, October 4 (362)1106-1111.
48. Kumbhani G., Darrah J., Evans J.M. et al. (2002), Using the Berg Balance Scale to Distinguish Balance Abilities in Children With Cerebral Palsy, Pediatric Physical Therapy, 14: 92-99.
49. Kulkarni - Lambore S., McGuigan A., Narula N., Sepalak K. (2001), Kinematic Gait Analysis of an Individual With Cerebral Palsy Before and After Hippotherapy, Physical Therapy, 81:A40.
50. Kunzle U., Steinlin Egli R., Yasikoff N. (1994), Hippotherapy: the Healing Rhythmical Movement of the Horse for Patients with Multiple Sclerosis, Proceedings of the 8th International Therapeutic Riding Congress, New Zealand.
51. LaJoie J., Miles D.K. (2002), Treatment of Attention-Deficit Disorder, Cerebral Palsy and Mental Retardation in Epilepsy, Epilepsy and Behavior, 3 S42-S48.
52. Lenke M.C. (2003), Motor Outcomes in Premature Infants, Newborn and Infant Nursing Reviews, Voi 3, No 3 (September):104-109.
53. Leyerer U., Pfothner M., Schemm S., Larsson-Pfothner E., David E., David L., Rimpau W. (1991) Therapeutische Effekte der Hippotherapie bezüglich Spastik bei Patienten mit Multipler Sklerose - Erste Ergebnisse. Krankengymnastik, 43: 1244-1249
54. Mayston M. J., (1997), Notes to accompany 5.4 of the Course Notes.
55. McGibbon N.H., Andrade C., Widener G., Cintas H.L. (1998), Effect of an Equine-Movement Therapy Program on Gait, Energy Expenditure and Motor Function in Children with Spastic Cerebral Palsy: a Pilot Study, Developmental Medicine and Child Neurology, 40: 754-762.
56. McGibbon N.H., Andrade C., Widener G. et al (1997), Effect of Hippotherapy On Gait, Energy Expenditure and Gross Motor Function in Children With Cerebral Palsy, Pediatric Physical Therapy, 9:107.
57. MacPhail H.E.A., Edwards J., Golding J. et al. (1998), Trunk Postural Reactions in Children With and Without Cerebral Palsy During Therapeutic Horseback Riding, Pediatric Physical Therapy, (10)143-147.
58. Merigillano G. (2004), Hippotherapy, Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 15:843-854.
59. Morris J.G.L., Grattan-Smith P., Jankelowitz S.K. et al. (2002), Athetosis II:

- The syndrome of Mild Athetoid Cerebral Palsy, *Movement Disorders*, 17(6):1281-1287.
60. Morton R. E. (2001), *Diagnosice and Classification of Cerebral Palsy*, *Current Paediatrics*, 11:64-67.
61. Mutch L., Alberman E., Hagberg B., et al, (1992), *Cerebral Palsy Epidemiology: Where Are We Now And Where Are Going?*, *Developmental Medicine and Child Neurology*, (34):547-551.
62. Muohy N., Such-Neibar T. (2003), *Cerebral Palsy Diagnostics and Management: The State of the Art*. *Curr Probi Pediatr Health Care*; 33:146-169.
63. Nelson K.B., Ellenberg J.H. (1978), *Epidemiology of Cerebral Palsy*. *Adv Neurol*, 19:421-35.
64. Okumura A., Hayakawa F., Kato T. et al. (1997), *MRI Finding in Patient with Spastic Cerebral Palsy. I: correlation with gestation age at birth*, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 39:363-368.
65. Pauw J. (1999), *Data Analytical Problems in Therapeutic Riding Research and a Statistical Explanation to Some of the Problems*, *Scientific and Educational Journal of Therapeutic Riding*, 5: 65-70
66. Pauw J. (2000), *Therapeutic Horseback Riding Studies: Problems Experienced by Researchers*, *Physiotherapy*, 86(10): 523-527
67. Pierce S.R., Daly K., Gallagher K.G. et al. (2002), *Constraint-induced Therapy for a Child with Hemiplegic Cerebral Palsy: A case report*. *Arch Phys Med Rehabil Voi. 83*, October.
68. Potter J.T., Evans J.W., Nolt Jr B.H. (1994), *Therapeutic Horseback Riding*, *Journal of the American Veterinary Association*, 204: 131-134.
69. Reide D. (1986), *Aspects of Therapeutic Horseback Riding*, *Riderwood: Therapeutic Riding Services*.
70. Riede D. (1982), *Measuring Acceleration and Vibration on the Horse's Back and on the Rider*, *Krankengymnastik*, January 1982, 35(1): 10-13.
71. Rommel T., Peterson E., Rommel O. (1996) *Hippotherapie bei Dyskinetischen und Dystonen Bewegungsstörungen*, *Deutsches Kuratorium fur Therapeutisches Reiten, Hippotherapie Sonderheft*, 15-20.
72. Rood M. (1954), *Neurophysiological Reactions as a Basis for Therapy*, *Physical Therapy Review*, 34: 444-449.
73. Rosenbaum P. (2003), *Cerebral Palsy: What Parents and Doctors Want to Know*, *BMJ*, 326: 970-4.
74. Ross L.M., Heron G., Mackie R., et al. (2000), *Reduced Accommodative Function in Dyskinetic Cerebral Palsy: A Novel Management Strategy*, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42: 701-703.
75. Satter L. (1978), *Horseback Riding Therapy for Children With Movement Malfunction Considering Especially Cerebral Palsy Patients*, *Pediatric and Padologie*, 13: 337-344.
76. Schiffrin B.S., Longo L.D. (2000), *William John Little and Cerebral Palsy a Reappraisal*, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 90:139-144.
77. SCPE. (2000), *Surveillance of Cerebral Palsy in Europe: A Collaboration of Cerebral Palsy Surveys and Registers* *Developmental, Medicine and Child Neurology*, 42: 816-824.
78. Shevell M.I., Majnemer A., Morin I. (2003), *Etiologic Yield of Cerebral Palsy: A Contemporary Case Series*, *Pediatric Neurology*, 28: 352-359.
79. Stanley F.J.(1987), *The Changing Face of Cerebral Palsy*, *Dev Med Child*

Neurol, (29):263-265.

80. Sterba J.A., Rogers B.T., France A.P., Vokes D.A., (2002), Horseback Riding in Children With Cerebral Palsy: Effect on Gross Motor Function, *Development Medicine and Child Neurology*, 44:301-308.

81. Stanger M., Oresic S. (2003), Rehabilitation Approaches for Children With Cerebral Palsy: Overview, *Journal of Child Neurology*, 18:S79-S88.

82. StrauB I. (1998), Hippotherapy-its unique position within physiotherapy, *Therapeutic riding in Germany: Selected contributions*, 15-17.

83. StrauB I. (2000) *Hippotherapie*, 3rd ed. Stuttgart, Hippokrates

84. Surman G., Newdick H., Johnson A. (2003), Cerebral Palsy Rates Among Low-Birthweight Infants Fell in the 1990s, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45: 456-462.

85. Tauffkirchen E. (1977), Hippotherapy-A Supplementary Treatment for Motion Disturbances Caused by Cerebral Palsy, *Pediatric and Padologie* 13(4): 405-411.

86. Tauffkirchen E. (1996) Der gute Sitz auf dem Pferd — voraussetzung fur eine wirksame Hippotherapie. In: *Kuratorium fur Therapeutisches Reiten, Hippotherapie sonderheft*, 24-44.

87. Topp M., Jens-Langhoff R., Undall P. et al. (1996), Intrauterine Growth and Gestational Age in Preterm Infants with Cerebral Palsy, *Early Human Development*, 44:27-36.

88. Tsutsui Y., Nagahama M., Mizutani A. (1999), Neuronal Migration Disorders in Cerebral Palsy, *Neuropathology*, 19:14-27.

89. Vining E.P.G., Accardo P.J., Rubenstein J.E., Farrell S.E. et al (1976), Cerebral Palsy: a Pediatric Developmentalist's Overview, *Am J Dis Child*, 130: 643-649.

90. Von Arbin C., (1994), Evaluation of the Importance of Riding for Disabled Children, *Proceedings of the 8th International Therapeutic Riding Congress*, New Zealand.

91. Williamson J.B. (2003), Management of the spine in Cerebral Palsy, *Current Orthopaedics*, 17:117-123 (1).

92. Wilson Howie J.M. (1999), Description, Assessment and Treatment Progression of a Child with Ataxic Cerebral Palsy: A Single Subject Case Study: Part 1. *NDTA March/April*.

93. Wingate L. (1982), Feasibility of Horseback Riding as a Therapeutic and Integrative Program for Handicapped Children, *Physical Therapy*, 62:184-186.

94. Wood E., Rosenbaum P. (2000), The Gross Motor Classification System for Cerebral Palsy: A study of Reliability and Stability Over Time, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42: 292-296.

95. Woods D., (1979), Horseriding Catching On As A Therapy For The Disabled, *Health Care Delivery*, 8(121) 631-634, 650.

96. Would J. (1998), Improved Gait in Two Children with Cerebral Palsy After Hippotherapy: Two Case Reports, *Scientific and Educational Journal of Therapeutic Riding*, 4: 51-58.

97. Would J. (2000), Research Into the Effects of Hippotherapy on Improvements in Walking Ability of Children with Cerebral Palsy, Paper presented at the 10th International Congress for Therapeutic Riding, France.

98. Yasukawa A. (1990), Upper Extremity Casting: Adjunct Treatment for a Child with Cerebral Palsy Hemiplegia, *The American Journal Of Occupational Therapy*, September 44(9):840-846.

99. Yokochi K., Yokochi M., Kodama K. (1995), Motor Function of Infants with Spastic Hemiplegia, *Brain and Development*, 17: 42-48.

100. Yoon B. H., Park C., Chaiworapongsa T. (2003), Intrauterine Infection and the Development of Cerebral Palsy, BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynaecology, April, Voi. 110 (Suppl 20): 124-127.

101. Zafiriou D.I., Tsikoulas I.G., Kremontopoulos G.M., et al. (1998), Using Postural Reactions as a Screening Test to Identify High-risk Infants for Cerebral Palsy: a prospective study, Brain and Development, 20 307-311 .

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

102. Ζαφειρίου Δ., Τσίκουλας Ι., 1995, Μελέτη 387 περιπτώσεων εγκεφαλικής παράλυσης: αιτιολογία, ακτινολογική και κλινική εξέταση, σύνοδες διαταραχές και λειτουργικά προβλήματα, Παιδιατρική 58 (1)103-110.

103. Γεωργιάδου Α., Καπετάνου Β., (2004) Εμπειρίες και συμπεράσματα από την θεραπευτική ιππασία, Θέματα Φυσικοθεραπείας, τόμος Γ' τεύχος 3, Νοέμβριος.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

104. American Occupational Therapy Association Representative Assembly (1986), Rockville, Maryland.

105. Barone M.A. (1996), The Johns Hopkins Hospital, The Harriet Lane Hand Book, 14* edition. Mosby-Yearbook Inc. USA., 179-194.

106. Behrman and Vauchan. (1987), Nelson Textbook of Pediatrics, 13* edition W.B. Saunders Corn U.S.A., 1307-1309.

107. Beiber N. (1983), The Integration of a Therapeutic Equestrian Program in the Academic Environment of Children With Physical and Multiple Disabilities, Katchor AH, Beck AM. New perspective on our lives with companion animals. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 448-59.

108. Crowe W.C., Auxter D., Pyfer J., (1981), Principles and Methods of Adapted Physical Education and Recreation, St. Louis, Toronto, London, The C.V. Mosby Co.

109. Eckersley P.M. (1995), Elements of Pediatric Physiotherapy, Churchill Livingstone, Singapore, 115-130,133.

110. Erikson E.(1959), Identity and the life-cycle. Psychological Issues I, Monograph I.

111. Erikson E.(1963), Childhood and society. New York: Norton.

112. Faurie B., (2001), Ο Πλήρης Οδηγός Για Την Ιππασία, Ι. Καρακώτσου, Αθήνα, 55, 85-111.

113. Gage J.R. (1991), Gait Analysis in Cerebral Palsy, Mac Keith Press, New York, 1-3,132-135,151-158.

114. Hawel M.H.J, (2002), Neurodevelopmental Treatment Theoretical Foundation and Principles of Clinical Practis, Caliphornia, 142-156.

115. Hawcroft T. (1999) Άλογα: Ο Πλήρης Οδηγός Για Την Φροντίδα Τους, Βασδέκης, Αθήνα, 14-67.

116. Heipertz W. (1977), Therapeutic Riding, Medicine, Education and Sports. Ottawa, Canada: Greenbelt Riding Association.

117. Henderson B., (1989), Seating in Review, Current Trends for the Disabled, chapter 2, Cerebral Palsy, Otto Bock Orthopedic Industry of Canada Ltd., Canada, March, 21-50.

118. Illingworth R. (1984), Basic Developmental Screening 6-4 Years, Blackwell Scientific Publications, 2-4.

119. Kempe C.H., Silver H.K., O1 Brien D., et al. (1982), Current Pediatric Diagnosis and Treatment, 7* edition, Lange Medical Publications, California, σελ. 617,630,657.

120. Kroger A. (1981), Vaulting As An Educational Aid in Schools Or Behaviorally Disturbed Children, Heipertz W., Greenbelt Riding Association, 1-39
121. Levitt S. (1991), Treatment of Cerebral Palsy and Motor Delay, Blackwell Science, Cambridge University press, 1-27, 63-72, 86-91, 265-274.
122. Nakasuji B. (2001), Sensory Integration and the Child With Cerebral Palsy, Understanding the nature of Sensory Integration with Diverse Population, Therapy Skill Builders, United States of America, 345-364.
123. Panteliadis C.P., Darras B.T. (1999), Encyclopaedia of Paediatric Neurology, Giahoudi-Giapouli, Thesalloniki, 322-356.
124. Rogers S.L., Gordon C.V., Schanzenbacher K.E., Case Smith J. (2001), Common Diagnosis in Pediatric Occupational Therapy, Case Smith J., Occupational Therapy For Children, Mosby, New York, 151-155.
125. Roley S.J., Blanche E.I., Schaff R.C. (2001), Understanding the nature of Sensory Integration with Diverse Population, Therapy Skill Builders, United States of America, 3-56, 89-195, 345-364.
126. Schaffer, Gordon H.H. (1966), Diseases of the Newborn, 2nd ed., WB Saunders, USA, 695-697.
127. Scherzer A.L., Tscarnuter I. (1982), Early Diagnosis and Therapy in Cerebral Palsy, A Primer on Infant Developmental Problems, Markel Dekker, INC., 1-21, 205-256, 53-122.
128. Shepherd R.B., 1995, Physiotherapy In Paediatrics, Butterworth Heinemann, Australia, 110-140.
129. Spink J., (1993), Developmental Riding Therapy, Therapy Skill Builders, America, 1-66, 76, 93-135, 144, 189-210, 215-255.
130. Swaimant K.F. (1994), Pediatric Neurology: Principles and Practice, 2nd Ed, Mosby, Baltimore, 471-486.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

131. Αποστολόπουλος Τ. (1975), Το σπαστικό παιδί, Grama Ε.Π.Ε., Αθήνα.
132. Bobath B., Bobath K. (1991), Κινητική Ανάπτυξη στους διάφορους τύπους Εγκεφαλικής Παράλυσης, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόρης Παριζιάνος.
133. Παντελιάδης Χ., Συρίγου - Παπαβασιλείου Α., Διαμαντόπουλος Ν. (1998), Εγκεφαλική Παράλυση Παρελθόν - Παρόν - Μέλλον, Γιαχούδη - Γιαπούλη, Θεσσαλονίκη, 7-65.
134. Παράς Γ., (2003), Διδακτικές Σημειώσεις στο μάθημα Φυσικοθεραπεία Νευρολογικών Παθήσεων Ι, Λαμία, 118, 135.