



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Canisterapie ve speciální pedagogice

Bakalářská práce

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R029 – Speciální pedagogika pro vychovatele
Autor práce: **Jana Pavlíková**
Vedoucí práce: Mgr. Marta Jirková





TECHNICAL UNIVERSITY OF LIBEREC
Faculty of Science, Humanities
and Education



Animal Assisted Therapy in Special Education

Bachelor thesis

Study programme: B7506 – Special Education
Study branch: 7506R029 – Special Education for Educators
Author: **Jana Pavlíková**
Supervisor: Mgr. Marta Jirková

Liberec 2016



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Pavlíková**
Osobní číslo: **P13000294**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika pro vychovatele**
Název tématu: **Canisterapie ve speciální pedagogice**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Popsat využití canisterapie v praxi a ověřit pozitivní účinky canisterapie.
Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.
Metody: Dotazník, rozhovor.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FORMAN, Alan, NIEDERWIESER, Stephan, 2001. Léčivá síla zvířat: co nás zvířata učí a jak nám prospívají. 1. vydání. Praha: Ivo Železný. ISBN 80-240-2032-7.

GALAJDOVÁ, Lenka, 1999. Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-716-9789-3.

GALAJDOVÁ, Lenka, GALAJDOVÁ, Zdeňka, 2011. Canisterapie: pes lékařem lidské duše. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-807-3678-791.

NERANDŽIČ, Zoran, 2006. Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů. 1. vydání. Praha: Albatros. ISBN 80-000-1809-8.

ODENDAAL, Johannes, 2007. Zvířata a naše mentální zdraví: Proč, co a jak. 1. vydání. Praha: Brázda. ISBN 978-80-20903-563.

VELIMSKÝ, Miloš, ed., 2007. Zooterapie ve světle objektivních poznatků. České Budějovice: Dona. ISBN 978-07-3221-096.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Marta Jirková

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

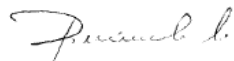
Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2016**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2015

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své práce paní magistře Martě Jirkové za trpělivost a cenné rady a připomínky, které mi při zpracování mé bakalářské práce poskytovala.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá využitím canisterapie ve speciální pedagogice a možnostmi její aplikace u jedinců s tělesným či mentálním postižením. V teoretické části je objasněna základní terminologie tělesných, mentálních a kombinovaných postižení a popsána canisterapie jako metoda ke zkvalitnění péče o tyto osoby. V další části je popsáno praktické využití canisterapie v domově pro osoby se zdravotním postižením. Realizovaný výzkum se smíšeným designem popisuje názory canisterapeutů, fyzioterapeutů a vychovatelů na využití canisterapie v praxi a poukazuje na pozitivní výsledky canisterapie u jedinců s různým typem postižení.

Klíčová slova: canisterapie, canisterapeutický pes, mentální retardace, tělesné postižení, dětská mozková obrna, zrakové postižení, kombinované postižení.

Abstract:

This bachelor thesis is focused on canine-assisted therapy in special education and its possibilities of application on different patients with various types of disabilities. Firstly is discussed basic terminology of physical, mental and combined disabilities and canine-assisted therapy is described as a method which can improve care for these people. Following part is focused on practical usage of this method in specialized institutions for patients with these health difficulties. Realized mixed-methods design research describes opinions and experiences of canine therapists, physiotherapists and dog trainers on this topic and shows positive results of this type of health care on different patients with various types of disabilities.

Key words:

Canine-assisted therapy, canine therapy dog, mental disability, physical disability, sensory disability, combined disability

Obsah

Seznam grafů.....	9
Seznam tabulek.....	9
Úvod.....	10
I. Teoretická východiska.....	12
1 Canisterapie	12
1.1 Historie canisterapie.....	12
1.2 Základní druhy canisterapie.....	15
1.3 Využití canisterapie.....	16
1.4 Metody canisterapie.....	18
1.4 Canisterapeutický pes	20
1.4.1 Zkoušky canisterapeutického psa.....	21
2 Charakteristika vybraných typů postižení.....	27
2.1 Mentální retardace.....	27
2.2 Tělesné postižení	31
2.2.1 Dětská mozková obrna.....	33
1.4 Zrakové postižení	35
1.4 Kombinovaná postižení	37
II. Praktická část.....	40
3 Metodologické aspekty práce.....	40
3.1 Cíle práce.....	40
3.2 Stanovené hypotézy a výzkumné otázky.....	40
3.3 Charakteristika výzkumného vzorku a metody sběru dat.....	41
3.3.1 Dotazník.....	41
3.3.2 Rozhovor.....	41
3.3.3 Kazuistika.....	41
3.3.4 Charakteristika výzkumného vzorku.....	42
3.3.5 Popis okolností za kterých probíhal sběr dat.....	43
3.4 Analýza a interpretace dat.....	44
3.4.1 Interpretace dat z dotazníkového šetření.....	44

3.4.2 Interpretace dat z rozhovorů.....	49
3.4.3 Kazuistiky.....	51
4 Zhodnocení výzkumu.....	57
5 Diskuze.....	60
6 Doporučení pro praxi.....	62
Závěr.....	64
Seznam použitých zdrojů.....	66
Seznam příloh.....	68

Seznam grafů

Graf č. 1: Vzdělání respondentů.....	42
Graf č. 2: Délka aktivní realizace canisterapie.....	44
Graf č. 3: Místo realizace canisterapie.....	45
Graf č. 4: Nejúčinnější metody canisterapie.....	46
Graf č. 5: Pro jaký typ postižení je canisterapie nejprínosnější.....	47

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Co canisterapie nejvíce rozvíjí u jedinců se zdravotním postižením.	47
--	----

Motto:

„Není snad zvířete, které bychom znali lépe než psa, které bychom více milovali a kterému bychom více důvěřovali... Léčebné účinky života se psem nejsou objevem moderní psychologie, lidé je znají již tisíce let.“

Dr. Nicholas J. Saunders

Úvod

Canisterapie se v současnosti dostává do podvědomí stále většího počtu lidí. Pes je považován za nejstarší známé domácí zvíře. Pochází z vlka, v průběhu osmi až dvanácti tisíciletí se nechal ochočit a stal se věrným společníkem člověka. Za tu dobu se lidé mnohokrát přesvědčili, že psi jsou díky své povaze dobrým pomocníkem nejen v oblasti mezilidských vztahů. Pes je pro člověka symbolem mnoha dobrých vlastností, zejména věrnosti a oddanosti.

Zjednodušeně by se dalo říci, že canisterapie je pozitivní, cílený nebo spontánní kontakt člověka a psa. Je to „terapie“ za aktivní spolupráce psa. Odborná literatura uvádí, že canisterapie je jedna z forem zooterapie, která se snaží o využití zvířat k různým formám terapeutického kontaktu s člověkem. Canisterapii rozumíme využití psa v podpůrné alternativní terapii.

Pes je živý tvor, který se umí vcítit do emocí člověka. Je také jeho nejlepší přítel a velmi dobře funguje jako skvělý motivátor, což se pozitivně odráží především na psychice klienta a ochotě spolupracovat. Pes je sám o sobě schopen vnést do terapie, díky své pozitivní energii, veselou až odlehčenou atmosféru a tím příznivě působí na člověka.

Kontakt psa s osobami s různým typem postižení a s osobami, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých, má blahodárný účinek zejména na jejich psychiku. Živočišné psí teplo působí na prokrvování jednotlivých částí těla a tím se zlepšuje hybnost např. u poúrazových stavů nebo u osob s tělesným postižením. Pes má zhruba o jeden stupeň vyšší teplotu než člověk a tuto vlastnost můžeme dobře využít při polohování, kde se pes přikládá k různým částem

těla klienta a působí jako přírodní prohřívadlo. Díky tomu má následná fyzioterapie výrazně lepší výsledky. Účinek tělesné teploty psa nelze nahradit žádnými jinými umělými prohřívadly.

V teoretické části bakalářské práce autorka popisuje nejvíce se vyskytující zdravotní postižení, se kterými se při zpracování bakalářské práce setkala v domově pro osoby se zdravotním postižením a popisuje canisterapii.

V praktické části se autorka zaměřuje na výzkum vlivu a využití canisterapie v praxi a ověření pozitivních účinků canisterapie. Především se zabývá otázkou jaké účinky má canisterapie na jedince s různým typem postižení. Zejména pak na zlepšení pohybové koordinace, jemné a hrubé motoriky, posílení psychického stavu, rozvoj komunikace a myšlení.

Cílem bakalářské práce je popsat účinky canisterapie v praxi a ověřit pozitivní účinky canisterapie.

Dílčí cíle práce pak byly na základě hodnocení pozitivních účinků canisterapie v konkrétních oblastech stanoveny takto: popsat pozitivní účinky canisterapie v oblasti hrubé motoriky, popsat pozitivní účinky canisterapie v oblasti jemné motoriky, popsat pozitivní účinky canisterapie v oblasti komunikace a myšlení a popsat pozitivní účinky canisterapie v oblasti psychického stavu.

Téma bakalářské práce si autorka zvolila proto, že se canisterapii aktivně věnuje již od roku 2011, kdy složila se svým psem canisterapeutické zkoušky u Podještědské smečky v Liberci. V této práci autorka uvádí poznatky ze své praxe, poznatky svých přátel a poznatky autorů použité literatury.

I. Teoretická východiska

1 Canisterapie

„Dnes se název canisterapie užívá jako označení způsobu terapie, která využívá pozitivního vlivu psa na zdraví člověka. Zdraví je dle Světové zdravotní organizace (WHO) stav psychické, fyzické a sociální pohody“ (Galajdová 1999, s. 20). V této kapitole nás autorka podrobně seznámí s termínem canisterapie. Popíše její historii, formy, metody a také zkoušky potřebné k výkonu canisterapie.

1.1 Historie canisterapie

Podle dochovaných údajů se první použití zvířat v nemocnicích v USA odehrálo v roce 1919. Sekretář Ministerstva vnitra, Franklin K. Lane, napsal superintendantovi nemocnice Sv. Elizabeth ve Washingtonu Dr. W.A. Whiteovi dopis a navrhl mu použití psů jako rozptýlení pro pacienty. Silně na něj zapůsobily oběti první světové války. V dopise stálo: „Nebohý šílený mladík, který přirozeně hledal přátelství a narážel na nejrůznější bariéry u svých nešťastných druhů, si nakonec vytvořil hluboké přátelství se psem. Osamělí francouzští chlapci hledali útěchu u svých psů a muži zotavující se po šoku a zraněních způsobených výbuchy granátů nacházeli někdy novou duševní rovnováhu ve vztahu se psem, který má sice omezené rozumové schopnosti, ale nepřekonatelné porozumění pro city. Bylo již něco takového zkoušeno také v našich zařízeních?“ (Galajdová 1999, s. 26). Doktor White okamžitě odpověděl, že by to rád sám zkusil. Terapeutické návštěvy psů v této nemocnici probíhají dodnes.

Druhé známé použití terapie pomocí zvířat v nemocnicích v USA se odehrálo ve 40. letech v sanatoriu pro letce zraněné za 2. světové války v Pawlingu v New Yorku. Zvířata úspěšně pomáhala udržovat aktivní mysl zraněných vojáků a odváděla jejich pozornost od válečných událostí a vlastních zranění (Galajdová 1999, s. 27).

Velký úspěch zaznamenal v 70. letech 20. století americký dětský psycholog Boris M. Levinson z Univerzity Yeshiva. Přispěla k tomu náhoda. Do ordinace docházel chlapec, který měl velké problémy s navazováním kontaktu s druhými lidmi. Pan Levinson měl psa, který ale neměl dovoleno pobývat v ordinaci, když tam byli klienti. Jednoho dne přišel

chlapec dřív, než bylo domluveno a setkal se v ordinaci se psem. Pes se mu na první pohled velmi zalíbil a k velkému překvapení na něj dokonce promluvil. Přitom se pan Levinson již měsíc marně snažil navázat s chlapcem kontakt, chlapec s ním nikdy nemluvil. Toto náhodné setkání Levinsonova psa a chlapce se stalo klíčem k pozdějšímu vyřešení chlapcova problému. Na základě tohoto úspěchu podporoval Levinson začleňování domácích zvířat do dětské psychoterapie, požadoval seriózní výzkum v této oblasti, doporučoval podle jakých kritérií vybírat a cvičit zvířata, vhodná pro tuto činnost. Levinson si ověřil, že dítě si přes zvíře vytvoří vztah i k terapeutovi a dalším lidem. Napsal: „Každá rodina s jedním dítětem by měla mít jednoho velkého, dobromyslného a dobře vychovaného psa.“ (Galajdová 1999, s. 33)

V 80. letech 20. století se začalo rozlišovat mezi Animal Assited Activities (AAA) = aktivity za pomoci psů a Animal Assisted Therapy (AAT) = terapie za pomoci psů. Výběr zvířat se zpřísnil a byly vypracovány metodické pokyny k výchově a výcviku zvířat. Zavedlo se školení terapeutů, zkoušky znalostí, dovedností a povah zvířat.

V roce 1990 vznikla mezinárodní asociace IAHAIO (International Association of Human-Animal Interaction Organization), která sdružuje jednotlivé národní organizace pracující v oblasti výzkumu i praktické aplikace terapeutických programů se zvířaty, koordinuje jejich aktivity, usnadňuje výměnu nejnovějších poznatků a zkušeností mezi nimi, vypracovává mezinárodní standardy, zlepšuje informovanost laické i odborné veřejnosti o dané problematice a udílí ceny jednotlivcům i institucím za zvláštní přínos oboru (Galajdová 1999, s. 28).

Canisterapie v České republice

V Čechách se canisterapie začala ojedinele využívat koncem 80. a začátkem 90. let minulého století, například při léčbě psychiatrických pacientů v Psychiatrické léčebně v Praze – Bohnicích a na začátku 90. let minulého století v Ústavu sociální péče Kociánka v Brně (Galajdová 1999, s. 28).

Pojem canisterapie byl poprvé použit v České republice v roce 1993. V této době se také začal vytvářet systémový přístup a metodika terapeutického využívání psů. Vše bylo spjato se jménem Jiřina Lacinová a s brněnským sdružením FILIA. Ve světě však mělo terapeutické setkávání klientů se zvířaty již dlouholetou tradici. V květnu 1995 byla za účelem šíření

a prohlubování myšlenky pozitivních vlivů soužití lidí se zvířaty založena Asociace zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům (AOVZ). V roce 1997 vzniká Canisterapeutická společnost, která vycházela ze zahraničních zkušeností. Canisterapeutická společnost zavedla v ČR první systém udělování terapeutických atestů pro psy a díky návštěvnímu programu nastartovala mohutný vzestup canisterapeutické praxe. K rozvoji canisterapie v ČR velmi přispělo konání mezinárodní konference IAHAO v Praze v roce 1998. Kolem roku 2000 se však Canisterapeutická společnost rozpadla (Velimský 2007, s. 113).

V roce 2003 byla založena organizace Česká canisterapeutická asociace, jejíž předsedkyní je v současné době PhDr. Jiřina Lacinová. Cílem a posláním této organizace je především zastřešovat, metodicky vést a sjednocovat organizace zabývající se canisterapií a prosazovat jejich cíle. V současné době pracuje asociace na vytváření normativů v canisterapii a uznání canisterapie jako léčebně podpůrné rehabilitační metody (Nerandžić 2006, s. 56).

Organizace zabývající se canisterapií

- Filia – canisterapie a její využití,
- SAOP – sdružení pro aktivní odpočinek a integraci postižených lidí,
- Pomocné tlapy o.p.s – chov a výcvik asistenčních psů,
- Podané ruce – canisterapie a osobní asistence,
- HELPPES – centrum výcviků psů pro postižené,
- Sdružení Piafa – hippoterapie, canisterapie a další aktivity,
- Psi pro život – hipoterapie, canisterapie a výcvik terapeutických psů pro osobní asistenci,
- Senior canisterapie – canisterapie u seniorů, celorepubliková působnost,
- Aura Canis o.s. – canisterapie,
- Canisterapeutické sdružení Jižní Morava – celorepubliková působnost,
- Fitmín – chovatelská stanice borderkolií určených ke speciálnímu asistenčnímu a terapeutickému výcviku,
- ZOO Brno – stanice mladých přírodovědců,

- ELVA-HELP – výcvik vodících a asistenčních psů,
- sdružení Samaritánus - uskutečňování humanitárních programů pro zdravotně postižené, staré a sociálně slabé občany; canisterapie,
- výcvikové a canisterapeutické sdružení Hafík – Třeboň,
- Počítáte s námi.

V současné době nadále vznikají občanská sdružení zabývající se canisterapií, řada institucí si opatřuje vlastní terapeutické psy, do jiných zařízení psi pravidelně docházejí (Čížková 2007).

1.2 Základní druhy canisterapie

Existují různé druhy canisterapie, které se využívají v praxi. Druhy a způsoby, jakým se canisterapie provádí jsou individuální nebo skupinové, ale všechny mají pro klienty zásadní význam. **Individuální terapie** se více využívá u imobilních klientů a stěžejní částí je většinou relaxace. **Skupinová terapie** má tu výhodu, že uspokojí více klientů najednou. Bývá preferována spíše u klientů mobilních. Stěžejní částí této terapie bývá část aktivní.

Animal assisted activity (AAA) je aktivita pomocí psů. Jde o přirozený kontakt člověka a psa, který se zaměřuje na zlepšení kvality života klienta a na přirozený rozvoj jeho sociálních dovedností. Typickými aktivitami jsou péče o psa, hlazení psa, procvičování komunikace, odbourávání stresu.

AAA metodu můžeme rozdělit dále na formu **pasivní a interaktivní**. **Pasivní forma** je nejjednodušší formou AAA. Role psa je pasivní v tom smyslu, že se o něj klient nestará, ale přesto přináší pozitivní vliv už jen svou přítomností. **Interaktivní forma** může být:

- rezidentního typu – zvíře je v instituci přítomno stále, pečují o něj klienti a personál; tento typ není vhodný pro psy (potřebují pravidelný pohyb, přiměřený výcvik a jednoho vůdce smečky),
- návštěvního typu – návštěvní programy se odehrávají vždy na stejném místě ve stejný čas a po omezenou dobu, zpravidla jednou týdně na jednu hodinu; tento typ je žádanější (Galajdová 2011, s. 26).

Animal assisted therapy (AAT) je terapie za spolupráce psa. Jde o pravidelný cílený kontakt klienta se psem za účelem zlepšení psychického nebo fyzického stavu ve spolupráci

s odborníkem (fyzioterapeutem, logopedem, psychologem atd.). Cílem je podpora procesu léčby nebo rehabilitace. Typickými aktivitami jsou polohování, hry pro rozvoj motoriky a sociálních dovedností, hlazení a péče o psa.

Možné využití AAT:

- fyzické schopnosti – zlepšení jemné a hrubé motoriky, chůze, rovnováha,
- mentální schopnosti – zlepšení komunikačních schopností, udržení pozornosti, zvýšení sebevědomí a sebeovládání, snížení pocitu osamocení,
- výchova – vylepšení slovní zásoby a výslovnosti, vylepšení paměti,
- motivace – větší ochota zapojit se do skupinové aktivity, zvýšení pohybové aktivity (Galajdová 2011, s. 28).

Animal assisted education (AAE) je výuka se psem. Při této aktivitě se využívá pozitivního vlivu psa za účelem vzdělávání žáků. Pes zde působí jako motivátor ke zvýšení zájmu o učivo. Tato aktivita může probíhat skupinově nebo je přizpůsobena individuálním potřebám žáka se specifickými vzdělávacími potřebami a probíhá většinou formou přednášek, besed, zájmových kroužků nebo ukázek. Aktivita probíhá většinou pod vedením odborníka (psychologa, pedagoga).

Animal assisted crisis response (AACR) je krizová intervence za pomoci psa. Při krizové intervenci jde o kontakt psa v krizové situaci s cílem odbourání stresu. Tato aktivita se snaží pozitivně působit na zlepšení psychického i fyzického stavu klienta např. při katastrofách (autonehoda, působení přírodních živlů). (Galajdová 1999, s. 29)

1.3 Využití canisterapie

Nabízí se řada možností jak canisterapii využít. Canisterapii můžeme využít **u osob s mentálním postižením**. Pracuje se zde především s dětmi s různým stupněm mentálního postižení, k udržení jejich delší pozornosti. Canisterapeutický pes je nápomocen při rehabilitačním cvičení, a to speciálně při nácviku a rozvoji hrubé a jemné motoriky a uvolňování spasmů atd. Hrou s pejskem se rozvíjí u dětí motorická činnost. Podporuje se a rozvíjí fantazie. Pejsek napomáhá sbližování se s okolím a podporuje komunikativnost. Zajišťuje pocit ochrany, jistoty a je to důvěrník, kamarád a věrný společník. Canisterapie

je využíváno k rehabilitaci, ale také podporuje sbližování se s okolím.

U osob s tělesným postižením je „canisterapie“ využíváno především k rehabilitaci, pejsek motivuje postiženého ke cvičení, je zdrojem ke zlepšení komunikace s okolím. Pejsek dokáže odvézt pozornost od vlastních potíží. Důležité je, že pejsek prolomuje bariéry osamělosti.

U osob se smyslovým postižením např. u nevidomých a sluchově postižených je využíváno jak psů asistenčních (sdružení Helpes), tak i psů canisterapeutických. Pejsek varuje před překážkami či nebezpečím a tím dodává pocit bezpečí v davu. Je to kamarád a společník, který snižuje strach a stres z neznámého prostředí. Pejsek zvyšuje nezávislost osob s postižením, dokáže je varovat před překážkami či jiným nebezpečím, zvyšuje soběstačnost a sebedůvěru postiženého.

Mezi další využití patří možnost uplatnění **u osob s autismem**. U autistických dětí je canisterapie velmi důležitá především pro jejich styk s okolním světem. Pejskové plní roli určitého prostředníka mezi lidmi a okolním světem a přispívají k jejich duševní rovnováze, snižují pocit osamění. Prostřednictvím pejska lze dosáhnout zlepšení projevů autismu.

Canisterapii využíváme také **u epilepsie**. Pro osoby trpící epilepsií je canisterapeutický pes uklidňujícím faktorem a může být nápomocen při snížení záchvatů, dodává pocit bezpečí, svobody a volnosti. Někteří pejsci dokáží vycítit blížící se záchvat a varovat postiženého.

U psychologických a psychiatrických onemocnění napomáhá pejsek ke zlepšení komunikace mezi pacienty a ošetřujícím personálem. Pejsek je objektem péče a tím odvrací pozornost od pacientových psychickým potíží a dochází ke snižování pasivity, apatie a otupění. Pejsek je také velkým pomocníkem při léčbě drogových závislostí a je také využíván jako pomocná léčba u týraných a zneužívaných dětí. V logopedii pomáhá canisterapeutický pes při nácviku správné výslovnosti a pomáhá také při rozšiřování slovní zásoby.

Velice důležitým oborem, kde je canisterapie užitečná a kde se jí hojně využívá je **geriatrie**. Zvířata totiž mohou starým a opuštěným lidem nabídnout nejen přátelství, lásku, pocit vzájemné potřeby, ale i respektování. Pozitivní úloha zvířete spočívá nejen ve schopnosti zastoupit chybějící úzké mezilidské vztahy, ale i v popudu k pravidelnému pohybu a nabídce prožívání slasti v zanedbávané hmatové stimulaci. Pes dává možnost se s ním pomuchlat, pomazlit a vzájemně se přitulit. Pejsek dává také svému pánovi určitou jistotu a věrnost ve vztahu k němu, zvyšuje pocit bezpečí a napomáhá ke zmírnění pocitu osamění, žalu

a bolesti při ztrátě životního partnera. Je dobrým prostředníkem k lepší komunikaci a navazování kontaktu s okolím, dokáže vyburcovat z nostalgie a deprese. Pes nerozlišuje podle vizáže či onemocnění, ale podle vnitřních hodnot (Co je to canisterapie 2012).

Na základních školách či mateřských školách podporuje canisterapie vývoj empatie a pečujícího postoje ke zvířatům, procvičuje komunikační dovednosti, čtení a zlepšuje mentální i fyzický výkon a motivuje k učení.

Klienty mohou být také lidé celkově zdraví, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci. Například jsou evakuováni mimo domov v důsledku přírodní katastrofy, nehody nebo teroristického útoku, lidé momentálně přebývajících v azylových domech apodobně. V těchto případech se canisterapie využívá především k odbourání stresu.

Věková škála klientely může být široká od kojenců po seniory. Canisterapie se provádí v nejrůznějších prostředích – sociální, vzdělávací a zdravotnická zařízení, ale třeba i v rodině klienta.

1.4 Metody canisterapie

Polohování se psy je patrně nejznámější canisterapeutickou metodou, je podpůrnou terapií založenou na přímém fyzickém kontaktu klienta a psa (psů). Metoda polohování je známá od 50. let 20. století, kdy ho začal praktikovat americký osteopat Dr. Lawrence Jones, který vycházel z principu, že pokud je pacient (klient) imobilní, musí být s ním manipulováno, aby nedošlo ke vzniku proleženin, aby se uvolnili blokace, procvičily a protáhly svaly a umožnilo se dalšímu rozvoji pohybu. Tato terapie nepůsobí pouze na fyzickou složku, pomáhá tak k celkovému uvolnění klienta i po psychické stránce, odbourání stresu a zlepšení nálady (Pomocné tlapky, 2009).

Pro správný průběh této metody je důležité, aby byla navozena důvěra klienta ke psovi. Pro úspěšné polohování je třeba zabezpečit klid a dostatek času. Klient se musí nejprve dobře adaptovat, než dojde k úplnému uvolnění a celkovému prožitku. Polohování je prováděno v klidné, vyvětrané, ale teplé místnosti při tlumeném osvětlení a s relaxační hudbou. Polohování by mělo probíhat 15-20 minut, záleží na potřebách a naladění klienta. Jednotlivé polohy a celkovou manipulaci s klientem je třeba konzultovat s rehabilitačními pracovníky (Velemínský 2007, s. 177).

Největší výsledky polohování se psy jsou vidět u tělesně postižených, kteří trpí svalovými křečemi nebo třesem. Nejdůležitějším důvodem, proč dojde k uvolnění svalstva je patrně teplo. Pes má teplotu o jeden stupeň Celsia vyšší než člověk, což je pro klienty, kterým se určitá část těla špatně prokrvuje (např. mají stále studenou jednu polovinu těla), velice přínosné. Tito lidé mají většinou velice citlivou pokožku a na vyhřívací dečky nebo lahve reagují negativně. Pes, jakožto živá bytost, je v tomto procesu nenahraditelný. Pacient reaguje nejen na jeho teplo, ale také na rytmus jeho dechu a srdce. Rytmus dechu je nástrojem k uvolnění. Na canisterapii je krásné, že ke zklidnění a zpravidelnění dýchání dochází spontánně. Klient se sám naladí podle psa, aniž bychom ho k tomu museli vést. Zejména pro nevidomé klienty je dalším stimulem dotek srsti, pro ně neobvyklý přirozený psí pach, dotek studeného a mokrého čenichu a naopak teplý, mokrý jazyk psa. V této kombinaci je pes opravdu jedinečný.

Díky všem těmto stimulům má klient velkou motivaci ke spolupráci. Toho lze využít k podpoře dalšího fyzického či psychického rozvoje. Psa lze také přiložit podél necitlivé či nepohyblivé části těla tak, aby byl klient motivován se k němu dostat a pohlady si ho. Přitom si klient uvědomuje existenci této části těla a případně s ní je ochoten i cvičit nebo pohybovat dle instrukcí fyzioterapeuta. Odměnou je mu pak dosažení kontaktu se psem (Pomocné tlapy 2009).

Pokud si klient sám nezvolí polohu, doporučuje se nenásilnou formou ho napolohovat na některou z osvědčených poloh:

- klient leží na zádech, pes je pod dolními končetinami v místech kolen,
- klient je na zádech a psi jsou pouze po stranách, klient má paže buď podél těla, nebo objímá psa kolem krku,
- klient je na boku, pes je z čelní strany, klient ho objímá buď jen pažemi nebo může přes psa dát i nohy, pokud je přítomen druhý pes tak se přikládá zády k zadům klienta,
- klient klečí, má obličej a vrchní část trupu položenou přes psa,
- klient leží na břiše či mírně na boku, obličej a paže jsou položeny na trupu psa (Velemínský 2007, s. 178).

Ukončení polohování by mělo být pozvolné a citlivé, tak aby nedošlo k náhlému teplotnímu šoku. Klient zůstává dále zabalen v dece. S klientem se poté manipuluje citlivě a musíme mu nechat dostatečný čas na návrat do reality (Velemínský 2007, s. 180).

1.4 Canisterapeutický pes

Pes vhodný pro canisterapii musí být vychovaný, ovladatelný, zdravý a musí mít přirozené vlohy ke canisterapii. Nesmí se projevovat bázlivě, agresivně a měl by být důvěřivý a odolný proti stresu. Pes musí být pravidelně očkovaný a ošetřený proti vnějším a vnitřním parazitům. S canisterapeutickým psem se musí zacházet laskavě a vlídně. Na canisterapeutického psa jsou kladeny značné nároky. Nezáleží na velikosti ani plemeni psa. Nejdůležitější je povaha. Pes musí mít pevnou povahu, bez agresivity a bázlivosti (která vede k agresivitě nebo neplnění požadovaných výkonů). Pes by měl mít rád ostatní psy (zvířata), nebo je alespoň tolerovat. Z těchto důvodů musí snášet různé menší ústrky. Mírné tahání za uši, srst, ohon, pošťuchování holí, berlí, nohou, rukou apod. Nesmí projevovat neklid, agresivitu a bázeň v prostorách se silnými pachy, různou hlučností i dalších neznámých podnětů. Také rozdílné teploty v prostředí nesmí psům vadit. Pes je zkoušen (testován) z povahy, kde by se měly tyto zvláštnosti prověřovat. Zároveň je na psu požadována základní poslušnost a to i v těchto zvláštních podmínkách.

Při výkonu canisterapie musí být pes vždy čistý (stejně jako canisterapeut). Při canisterapii se musí dbát především na bezpečnost klienta, psa i canisterapeuta. U psa hrozí tzv. syndrom vyhoření (více než u člověka), proto je potřeba o psa pečovat především ve směru psychickém. Nikdy psa nepřetěžujeme, Pes potřebuje dodávat energii a je důležité ho nechat po práci odpočinout nebo mu naopak nabídnout jinou činnost, při které pes znovu dobije energii. Stejně jako u lidí, může i pes být unavený, vyčerpaný nebo mu nemusí být nejlépe. Majitel canisterapeutického psa by se měl naučit znát svého psa a odhadnout jeho potřeby. Canisterapeut musí být vždy 100% jistý při práci s klientem, vždy psa sleduje a vede ho. Nesmí se stát, že canisterapeut neví, kde je pes. I sebestatelnější pes se může ohnat, kdyby na něj například klient upadl a psovi způsobil bolest či zranění. Po negativní zkušenosti by mohl mít pes absolutní nechut' k práci.

Canisterapeut vždy dbá především o bezpečnost klienta. Je nutné znát vždy zdravotní stav klienta (například zvýšená lámavost kostí, alergie, zavedená sonda). Při polohování, hlazení

a mazlení se musí jistit tlama psa. Canisterapeut musí vědět jak klient reaguje na olizování (u některých klientů se lze setkat s dávením a podobně).

Pes se nesmí s klientem pohybovat sám (vždy ho musí canisterapeut jistit). Při hlazení a mazlení je důležité jistit klienty s křečovými stavy a spasmaty. Při tréninku hrubé motoriky jistíme klienta, aby na psa nešlápl nebo neupadl a při polohování jistíme přílišné navalení klienta na psa. U klientů se sklony k poškozování sebe a okolí nesmí canisterapeut pracovat bez pomoci personálu (Podještědská smečka 2011).

1.4.1 Zkoušky canisterapeutického psa

Canisterapeutický pes musí složit zkoušky podle zvláštního zkušebního řádu, při kterých se testuje jeho povaha, zda je dostatečně klidný, vyrovnaný a zda je vhodný pro práci s nemocnými. Zkušební řády jednotlivých společností, které se zabývají canisterapií, nejsou stejné, ale liší se jen nepatrně. Všechny ale mají společný cíl. Sestavují je členové zkušební komise a po jejich schválení představenstvem je platnost zkušebních řádů podmíněna stvrzením Ministerstva vnitra České republiky.

Podmínky pro účast na canisterapeutických zkouškách

Podle zákona 246/1992Sb., na ochranu zvířat proti týrání, ve znění pozdějších předpisů se nesmí zkoušek účastnit psi s kupírovanýma ušima. V den zkoušek musí pes dosáhnout věku nejméně 12 měsíců (pes do výšky v kohoutku cca do 35 cm), 15 měsíců (do výšky cca 60 cm) a 18 měsíců (s výškou cca nad 60 cm). V den zkoušky se pes musí podrobit vyšetření u veterináře. Psovod se musí prokázat očkovacím průkazem psa potvrzujícím pravidelnou veterinární péči a dále musí být předloženo potvrzení v očkovacím průkazu o vyšetření psa. Pes musí být v dobrém zdravotním stavu, bolestivost jakékoli části těla vylučuje psa ze zkoušek. Zkoušek se nesmí zúčastnit feny v jakémkoliv stádiu hárání, kojící feny a feny v druhé polovině březosti. V průběhu zkoušek je rovněž zakázáno používat ostnatý, elektrický a stahovací obojek, přípustný je pouze hladký kožený/látkový obojek nebo postroj (Canisterapie Zlín 2014).

Cílem canisterapeutických zkoušek je identifikovat a vyřadit psy, kteří se projevují bázlivě nebo agresivně a nebo nemají přirozený zájem o kontakt s lidmi. Zkoušky se sestávají z povelů základní poslušnosti a simulovaných situací, se kterými se můžete setkat v zařízeních (hluk, berle, invalidní vozíky, neobvyklé chování klientů apod.).

Jako příklad uvádím zkušební řád společnosti Helppees, zkoušky probíhají v areálu Psychiatrické léčebny v Praze v Bohnicích.

„Smyslem této zkoušky je zejména prověření vrozených povahových vlastností a ovladatelnosti psa. Pes, který úspěšně absolvuje tuto zkoušku prokazuje, že má vlohy být nápomocen při navazování kontaktu mezi lidmi a to jak zdravými, tak tělesně postiženými a mentálně a psychicky narušenými osobami a pomáhat při jejich terapii. Pes musí být velice přátelský, mít potěšení z kontaktu s lidmi, vyrovnaný, důvěřivý, ovladatelný, trpělivý. Nepřípustný je jakýkoliv náznak agresivity, nervózní, velmi bázlivá nebo nedůvěřivá povaha. Jakýkoliv náznak agresivity psa je důvodem k okamžitému odvolání psa ze zkoušky. Účelem zkoušky je navodit co nejreálnější podmínky. Proto je žádoucí, aby celá zkouška probíhala ve spolupráci se zdravotnickým zařízením, stacionářem, apod. za přítomnosti odborníků z řad terapeutů, lékařů , apod. a tělesně postižených, mentálně a duševně narušených osob. Během celé zkoušky je kladen nejvyšší důraz na bezpečnost všech přítomných, zejména dětí a zdravotně postižených z řad dobrovolníků. Po celou dobu zkoušky se musí pomocníci vůči psu chovat ohleduplně a laskavě, v rámci navázání dobrého kontaktu mezi psem a pomocníky ho mohou pomocníci ve speciální části zkoušky odměňovat pomocí pamlsků. Psovod musí dosáhnout v den konání zkoušky věku nejméně 18ti let“ (Helppees 2016).

Cviky poslušnosti

Při těchto cvicích se mohou požívat zvukové i posunkové povely. Každý cvik je hodnocen max. 10 body. Maximální počet bodů je tedy 100. Minimální počet bodů pro splnění zkoušky je 70.

Cviky poslušnosti

- Přivolání psa (ke mně nebo k noze).
- Přivolání psa od zvěře.
- Ovladatelnost na vodítku za pohybu.
- Ovladatelnost na vodítku na místě (za klidu).
- Polohy psa (sedni, lehni před nebo vedle psovoda).
- Průchod skupinou osob.

- Aport (předmět psovoda).
- Ponechání psa na místě, dlouhodobé odložení.
- Klid psa vůči střelbě či jiným nárazovým, nepříjemným a výrazným zvukům.
- Chování psa krátkodobě uvázaného a ponechaného o samotě.

Speciální cviky

Prohlídka psa (jako u veterináře): cílem cviku je prověřit, že se psem může manipulovat i cizí osoba. Pomocník osloví majitele i psa, převezme vodítko, vezme psa do náruče (u velkých plemen je možno použít dva pomocníky), postaví ho na stůl s neklouzavým povrchem, max. do výšky cca 1,10m, další pomocníci provádějí prohlídku zubů, uší, ohonu, otření tlapek. Při prohlídce pomocníci na psa klidně promlouvají, hladí ho a mohou mu podat i pamlsek. Poté psa sundají ze stolu a předají zpět majiteli. Celý tento cvik probíhá za přítomnosti psovoda, který je od psa vzdálen cca 2-3 metry. Psovod smí psa povzbudit pouze hlasem. Nesplnění cviku je, když pes projeví silnou bázlivost, nenechá se prohlédnout nebo projeví náznak agresivity.

Reakce psa na rušivé vlivy a nečekané podněty: smyslem cviku je prověření pevnosti nervů psa. Cvik se provádí pouze v přítomnosti psovoda. Rušivými vlivy a nečekanými podněty se rozumí padající předměty (klíče, plechovka, berle, hůl, apod.), cyklisté, gestikulující lidé, křičící děti, dětské hračky, apod. Hodnotí se po celou dobu zkoušky, provádí se v exteriéru i interiéru, s tím, že jedno provedení je v interiéru, psovod psa odloží vleže nebo vsedě na vzdálenost cca 2 m, odepne vodítko a stojí čelem ke psu a diskutuje s rozhodčím či další osobou. Po cca 10ti vteřinách prochází ve vzdálenosti 1m od psa pomocník, kterému při míjení psa upadne větší svazek klíčů, plechovka, apod. Psovod nesmí psa ovlivňovat. Pro splnění cviku není rozhodující, zda pes setrvá v poloze, ale jeho reakce na podnět. Pes by se měl chovat adekvátně k síle každého rušivého vlivu či nečekaného podnětu, tzn., že mírné uleknutí a následné uklidnění se nehodnotí jako chyba. Nesplnění cviku je neadekvátní a nezvladatelná reakce psa (Helppes 2016).

Chování psa ve skupině lidí: cílem cviku je prověřit psa ve skupině více lidí. Psovod se psem na vodítku přichází ke dvěma stojícím osobám. Zde se zastaví, psa si posadí a začne s nimi rozhovor. Po krátké chvíli (cca 20 vteřin) přichází další dvě osoby, které se zastaví tak, aby pes byl uprostřed skupinky a zapojí se do hovoru. Po další chvíli přichází další psovod se

psem na vodítku a zastaví těsně u skupinky. Celá skupina setrvává v rozhovoru ještě dalších 20 vteřin. Poté psovod se psem klidně odchází. Pes nemusí po celou dobu cviku sedět, ale musí zůstat u nohy psovoda. Psovod může psa ovlivnit k setrvání u nohy dalším povel. Nesplnění cviku je napadání osob i druhého psa a výrazná bázlivost.

Aportování jiné osobě za asistence psovoda: smyslem cviku je ochota ke spolupráci a komunikaci psa s cizími lidmi. Jako aport se používá jakákoliv hračka psa. Psovod se psem na vodítku přichází k pomocníkovi, pes má možnost se krátce s pomocníkem seznámit (promluvení na psa, pohlazení). Je na zvážení psovoda, zda bude mít psa na vodítku či bez vodítka. Psovod může podat hračku pomocníkovi nebo ji odhodit sám na vzdálenost asi. tři kroků. Pes vybíhá ihned pro aport, psovod i pomocník mohou psa povzbuzovat, psovod může psovi k podání aportu pomocníkovi pomoci i tahem vodítka, přidržením za obojek, ukázání rukou a nasměrování psa k pomocníkovi. Nehodnotí se zde aport jako takový, zda ho pes překusuje, hraje si s ním, ale zájem psa o komunikaci a ochotu spolupráce s pomocníkem. Nesplnění cviku je nezájem psa o aport či komunikaci nebo rázné nucení psa ze strany psovoda.

Ponechání psa v místnosti s cizími osobami: cílem cviku je prověřit, zda pes je schopen samostatné komunikace a spolupráce s dalšími lidmi. Psovod přivádí psa na vodítku ke dveřím místnosti, kde předá psa pomocníkovi, který psa odvede do místnosti a zavře dveře. V místnosti se nachází rozhodčí a další čtyři pomocníci, kteří na psa klidně promlouvají, hladí ho, jeden z nich psa pevně obejmě a drží ho asi 5 vteřin. Jeden z pomocníků vydá psovi povel lehní či sedni (pes by měl být ochoten povelu uposlechnout nebo se nechat mechanicky do dané polohy ovlivnit). Pomocníci se musí ke psu chovat šetrně a vlídně, jakékoliv násilí je zakázáno. Cvik trvá asi 3 minuty. Nesplnění cviku je nemožnost psa udržet v místnosti, pes chce utéct, škrábe na dveře, není schopen navázat kontakt (Helppes 2016).

Omezení pohybu: provádí se během předchozího cviku. Nesplnění cviku je přílišná bázlivost, pes ze sevření panicky utíká.

Podávání pamlsku a potravy psovi: cílem cviku je, aby pes prokázal opatrnost při odebírání pamlsku z rukou pomocníků. Pomocník (může být i dítě, tělesně či duševně handicapovaný člověk) podá psovi pamlsk. Psovod může pomocníkovi dát vlastní pamlsky pro případ, že pes je vybíravý. Při provádění cviku je pes na vodítku. Nesplnění cviku je hrubé a nešetrné odebírání pamlsku.

Chování psa mezi hrajícími si dětmi: smyslem cviku je prověřit psa ve vztahu k dětem. Psovod se psem na vodítku přichází ke skupince dvou až šesti dětí a jedné dospělé osoby, seznámí skupinku se svým psem a zapojuje se se psem do dění ve skupině. Po zařazení psa do skupiny může psovod odepnout vodítko (je ponecháno na jeho vůli). Děti se chovají přirozeně, hlasitě se smějí a povídají si, hrají si s různými hračkami, na psa hovoří, hladí ho, zapojují psa do své hry, apod. Hodnotí se také komunikační schopnosti psovoda. Nesplnění cviku je bázlivost psa vůči projevu dětí, neochota setrvat mezi dětmi, naprostá neschopnost psovoda komunikovat se skupinou dětí.

Chování psa vůči ležící osobě: smyslem cviku je navázání kontaktu s nemohoucí (ležící osobou na lůžku či na zemi). Psovod se psem na vodítku přichází k ležící osobě. Psovod první musí navázat kontakt s ležící osobou, ujistit se, zda se ležící osoba psa bojí či se na psa těší a šetrným způsobem zprostředkovat kontakt mezi psem a ležící osobou. Ležící pomocník může psa hladit, odměňovat pamlskem, zatahat za chlupy, poplácat, položit mu ruku na oči, uši, nos, sahat mu na nohy a do tlamy (to vše musí provádět s citem vůči psovi). Nesplnění cviku je bázlivost psa vůči ležící osobě, neopatrné chování psa, neschopnost psovoda komunikovat s nemohoucí osobou.

Polohování: cílem cviku je prověřit schopnost psa být nápomocen při fyzioterapii. Úlohou psa zde je, aby vlastním tělem a tělesnou teplotou napomáhal při prokrvení a prohrátí např. postižených končetin. Polohování je zaujetí polohy psa a setrvání v této poloze po určitou dobu, na určeném místě s tím, že dochází k těsnému kontaktu mezi tělem psa a polohované osoby (pomocníka). Střední a velká plemena se používají pod nebo na postiženou část těla, vedle těla osoby (osobu ze obložit i více psy). Malá plemena se používají pouze na nebo vedle postižené části těla. Při přezkoušení lze mít psa na vodítku, psovod může psa ovlivňovat jak povelky tak mechanicky. Doba přezkoušení trvá tři minuty. Nesplnění cviku je neochota psa setrvat v dané poloze, násilné nucení psa psovodem k setrvání.

Kontakt psa s tělesně postiženými: vozičkáři, osoba s berlemi, nevidomý se slepeckou holí, osoba s chodítkem, apod. Smyslem cviku je prověřit schopnost psa komunikovat s osobami, odkázanými na pomůcky, které jsou pro psa neobvyklé. Přezkoušení lze provádět v exteriéru i v interiéru. Psovod přivádí psa na vodítku k pomocníkovi (postižené osobě) na vozičku, o berlích, apod., pes má možnost se krátce s pomocníkem seznámit (promluvení na psa, pohlazení, pamlsk), poté psovod se psem pomocníka doprovází např. ke dveřím, psovod

pomůže pomocníkovi v manipulaci s kompenzační pomůckou. Poté se rozloučí a psovod se psem odchází. Nesplnění cviku je bázlivost psa vůči pomůckám či pomocníkům, výrazné překážení při manipulaci.

Kontakt psa s mentálně nebo psychicky narušenou osobou (osobami): tento cvik je jedním ze stěžejních bodů této zkoušky, neboť reakce psa na setkání s takto narušenou osobou mohou být zcela neadekvátní a to jak ze strany psa, tak člověka. Při přezkušování je nutná přítomnost alespoň jednoho takového pomocníka se kterým musí být vždy doprovod a to buď člen jeho rodiny nebo odborný dohled. Psovod přichází se psem na vodítku. Psovod musí navázat jako první kontakt s pomocníkem, ujistit se, zda se psa nebojí, či se na psa těší a šetrným způsobem zprostředkovat kontakt mezi psem a pomocníkem. Pomocník může psa hladit, odměňovat pamlsky, hračkou. Nesplnění cviku je bázlivá reakce psa, neschopnost navázání kontaktu a to jak ze strany psa, tak ze strany psovoda (Helppes 2016).

Hodnocení speciálních cviků zkoušky canisterapeutického psa: pro všechny cviky platí hodnocení – prospěl výborně – prospěl – prospěl s výhradou – neprospěl.

Hodnocení „prospěl výborně“ se zadá psovodovi a psovi, kteří požadovanou disciplínou prošli v souhře, bez ovlivňování psa k uklidnění pomocnými povely, působí nenásilným, příjemným dojmem s dobrou komunikací s okolím.

Hodnocení „prospěl“ se zadá dvojici, která má drobné nedostatky v ovladatelnosti psa, komunikaci, apod.

Hodnocení „prospěl s výhradou“ se zadá psovodovi a psovi, kteří mají ve své činnosti nedostatky, které však nejsou vylučující vadou (neschopnost psa pracovat samostatně, nevhodnost psa pracovat ve skupině jiných psů, pes neaportuje, nevezme si pamlsek, nevhodnost psa pro provádění „polohování“, špatná komunikace psovoda apod.). Tuto výhradu rozhodčí písemně poznamená do protokolu o vykonané zkoušce.

Hodnocení „neprospěl“ se zadá dvojici, která v některé disciplíně prokáže anulující chyby (agresivita, nezvladatelná bázlivost, nepřijatelné chování psovoda v kterékoli části zkoušky).

Výsledné hodnocení se zadá dle převažujících známek jednotlivých disciplin a celkového dojmu dvojice (Helppes 2016).

2 Charakteristika vybraných typů postižení

V této kapitole nás autorka seznámí s typy postižení, se kterými se setkala ve své praxi canisterapeuta. Podrobně rozebere mentální retardaci a její rozdělení do základních kategorií. Dále popíše terminologii tělesného postižení s podkapitolou o dětské mozkové obrně a jejích formách a terminologii zrakového postižení a postižení kombinovaného.

2.1 Mentální retardace

„Patrně žádný druh handicapu nečiní člověka v běžné populaci tak zvláštním a odlišným jako právě mentální postižení. Nikdo si vlastně nedokáže stav mentálního omezení dost dobře představit a vžít se do situace osob s tímto handicapem. Lze si zavázat oči a zkusit se projít po místnosti jako nevidomý, lze si zacpat uši nebo komunikovat pouze neverbálními způsoby jako neslyšící nebo se posadit na ortopedický vozík a pokusit se zdolat určitou trasu, nelze ovšem simulovat situaci člověka s mentálním postižením (Slowík 2007, s.109).“

Mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardace“ (opozdit). Dalo by se to přeložit jako opoždění, zpomalení mysli, avšak ve skutečnosti je mentální retardace složitější syndromatické postižení, které postihuje nejen mentální (psychické) schopnosti, ale také celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Týká se tedy nejen úrovně rozumových schopností, ale také emocí, komunikačních schopností, úrovně sociálních vztahů a pracovního a společenského uplatnění (Slowík 2007, s. 109).

Mentální retardace dále také představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence. Tento velmi často užívaný pojem však dosud nebyl uspokojivě definován a psychologové se již velmi dlouhou dobu pokoušejí o jeho přesnější vymezení. Obecné definice zpravidla chápou inteligenci jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím.

Mentální retardace představuje výrazně sníženou úroveň inteligence. Při její klasifikaci se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií (Švarcová 2011, s. 37):

- lehká mentální retardace;

- středně těžká mentální retardace;
- těžká mentální retardace;
- hluboká mentální retardace;
- jiná mentální retardace;
- nespecifikovaná mentální retardace.

Lehká mentální retardace IQ 50-69 (F70)

V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že osoby s lehkou mentální retardací většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší. Hlavní potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Vzdělávací program základní školy nejsou schopni plně zvládnout. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Lehce retardovaným dětem velmi prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Jejich mentální věk se pohybuje přibližně na úrovni 10-11 let. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce. V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče a podobně. Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných a z toho plynoucí potřeba léčby a podpory bližší potřebám, které mají jedinci s normální inteligencí, než specifickým problémům středně a těžce retardovaných. Organická etiologie je zjišťována u narůstajícího počtu jedinců, u mnoha však příčiny dosud zůstávají neodhaleny. U osob

s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení (Švarcová 2011, s. 37).

Středně těžká mentální retardace IQ 35-49 (F71)

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluhy) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností. V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzoricko-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou s těžší domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí. U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U značné části je přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají (Švarcová 2011, s. 38).

Těžká mentální retardace IQ 20-34 (F72)

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopností zmíněná pod F71 je v této skupině mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie (na rozdíl od předcházející kategorie) trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému. I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života (Švarcová 2011, s. 39).

Hluboká mentální retardace IQ je nižší než 20 (F73)

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a přinejlepším jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. IQ nelze přesně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. Chápání a používání řeči je přinejlepším omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky. Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech. Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus (Švarcová 2011, s. 40).

Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými

poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

Nespecifikovaná mentální retardace (F78)

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.

Uvedená klasifikace mentální retardace neobsahuje kategorii „mírná mentální retardace“ (IQ 85–69), která u nás byla donedávna ve starších klasifikacích uváděna a ještě se někdy v poradenské praxi užívá. Toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika mentálně postižených jedinců nemohla normálně rozvíjet, nýbrž bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími). Děti s opožděným rozumovým vývojem, u nichž k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin, než je poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady apod.), se nepovažují za mentálně postižené (Švarcová 2011, s. 41).

2.2 Tělesné postižení

Tělesné postižení chápeme jako přetrvávající nebo trvalé snížení pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Dále jsou také za tělesná postižení považovány vady pohybového a nosného ústrojí (klouby, šlachy, svaly, cévní zásobením a poškození nebo poruchy nervového ústrojí), které se projevují porušenou hybností (Renotierová, Ludvíková 2006, s.212).

„J. Piaget uvádí, že existuje úzká souhra mezi pohybem, vnímáním a kognicí. Dá se tedy říci, že dítě se učí při pohybu pohybem a získané zkušenosti mu slouží jako východisko pro další učení. Pokud dítě není schopno na základě svého postižení zvednout hlavičku, když leží na břiše, aby fixovalo předmět očima, pak mu chybí základní pohybový vzor. Nepostižené dítě může dolézt k předmětu a uchopit ho rukama a pozorovat ho z blízka. Dítě z pohybovým postižením tuto činnost samo nezvládne, potřebuje k tomu pomoc. Děti s pohybovým postižením jsou tedy omezeny ve svých možnostech, tím tedy nemohou získávat vlastní zkušenost ze svého prostředí a tím se rozvíjet“ (Pipeková 2010, s. 181).

Poruchy hybnosti mohou být primární (přímé poškození pohybového ústrojí) a sekundární (pohyb je omezen v důsledku jiné poruchy či nemoci). Příčiny tělesných postižení můžou být

vrozené nebo získané v průběhu života (Slowík 2007, s. 98). Mezi získané vady patří deformace, zlomeniny obratlů, amputace, úrazové postižení periferních nervů. Mezi vrozené vady patří například luxace kyčelního kloubu, dysmelie, amelie a deformace hrudníku.

Malformace je vrozená vývojová vada, kde se může jednat o znetvoření některé části těla. Může mít podobu chybějící části končetiny (amelie) nebo zakrnění končetiny či její části (fokomelie).

Myopatie je degenerativní onemocnění kosterních svalů, která se projevuje primárně svalovou slabostí a má progresivní průběh. Může být vrozená nebo získaná. Některé formy mají lehký průběh, ale formy manifestující se v dětském věku vedou k závažnějším poruchám hybnosti či úmrtí. U dětí se objevuje typická houpavá chůze, hypertrofie lýtek a hyperlordóza. Postupem času se zhoršuje hybnost a do 10 let od propuknutí vede k imobilitě. Jedná se o neléčitelné onemocnění a mezi 20. a 30. rokem vede k úmrtí.

Úrazy mozku jsou ve vyspělém světě nejčastější příčiny úmrtí u dětí a dospívajících a také příčinou velkého množství trvalých postižení. Příčinou poranění mozku bývají dopravní nehody, pády, úrazy na kole. Traumata mozku jako jsou fraktury, kontuze nebo krvácení do mozku můžou zanechat trvalé následky a to nejen v oblasti hybnosti. Následky se můžou projevit také v řeči, myšlení, paměti, pozornosti či poruchách smyslového vnímání nebo chování.

Úrazy páteře velmi častou příčinou poruch hybnosti je poranění míchy. Podobně jako u mozku může nastat míšní komoce (stav přechodný) nebo kontuze, kdy je mícha přerušena a porucha hybnosti je tak trvalá. Mimo poruchy hybnosti je následkem poruchy míchy řada dalších komplikací (obtíže s dýcháním, problémy s vyměšováním nebo sexuální dysfunkce).

Cévní onemocnění mozku a míchy. Následky CMP mohou být různorodé a mají charakter přechodný nebo trvalý. Vyskytují se převážně u seniorů a mají formu ischemickou (ucpání cévy) a hemoragickou (krvácení do CNS). Mohou se vyskytovat poruchy hybnosti a poruchy v oblasti řeči, sluchu, zraku a v oblasti sociální.

Infekční onemocnění CNS. Infekce jsou bakteriálního nebo virového původu, nejčastěji se vyskytující je meningitida (zánět mozkových blan), která má různě závažný průběh. Meningitida může být i smrtelná nebo zanechává trvalé následky. Nejznámější je klíšťová encefalitida u které dochází až u jedné čtvrtiny nemocných k trvalým následkům (obrný

horních končetin, bolesti hlavy či snížená výkonnost. Mezi další známe infekce patří leptospiróza, toxoplazmóza, vzteklna a poliomyelitida (která byla vymýcena díky očkování) (Zikl 2011, s. 13).

Mimo výše uvedené kategorie onemocnění mohou poruchu motoriky způsobit i řada dalších méně častých příčin. Mezi ně patří amputace, metabolické vady, hydrocefalus, chromozomální vady, těžší formy FAS, tuberózní skleróza, intoxikace či nádory na mozku (Zikl 2011, s. 14).

Centrální a periferní obrny patří mezi vrozené tělesné postižení. Tyto obrny zasahují centrální a periferní nervovou soustavu. Obrny se liší rozsahem a stupněm závažnosti a člení se na částečné ochrnutí (parézy) a na úplné ochrnutí (plégie). „Mozkové pohybové postižení je senzomotorické postižení držení a pohybu na základě poranění, které postihlo zrající, vyvíjející se mozek.“ (Ludvíková, Renotírová 2006, s. 214) Kromě motoriky může být postiženo smyslové vnímání, svalové napětí a koordinace svalů a mentálních schopností.

2.2.1 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna patří mezi nejčastější neurovývojová onemocnění. Je neprogresivní, ale ve svých projevech neměnným postižením vyvíjejícího se mozku. Postihuje motorický systém, descendentní nerovná vlákna z motorické kůry a často se pojí s neurokognitivními, senzorickými a senzitivními lézemi. Začíná v raném věku a postihuje kognitivní schopnosti, hybnost, zrak, sluch a způsob chování, která mohou vyvolávat záchvatová onemocnění. V současné době tohoto onemocnění přibývá. Žijící děti s nízkou porodní hmotností (pod 2500g) tvoří 50 % případů DMO (Kraus, 2005, s. 21). DMO se stává významným problémem zdravotnickým i komplexně rehabilitačním.

Pro DMO je typické hybné postižení, poruchy psychomotoriky, snížení rozumových schopností, zvýšená pohyblivost, neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání a nedostatečná představivost, epileptické záchvaty, střídání nálad a výkyvy duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a vady řeči. Celkový vývoj hybnosti je značně opožděn. Přesná diagnóza se stanovuje většinou až ke konci prvního roka života dítěte (Renotírová, Ludvíková 2006, s. 214).

Příčiny vzniku DMO

Příčiny DMO jsou **prenatální**, které vznikají již v prvních měsících těhotenství (infekce matky, oběhové poruchy matky). **Perinatální** (nedonošenost, přenošenost, komplikované porody a **postnatální** (infekce zejména do šesti měsíců věku, kdy se jedná o poškození nezralého mozku). V průběhu roku se klinický obraz DMO teprve utváří (Pipeková 2010, s. 183).

Formy dětské mozkové obrny

Spastická forma DMO postihuje převážnou většinu (asi 70 %) všech nemocných. Svaly jsou v postižených partiích ztuhlé a trvale stažené (spastické). Podle množství postižených končetin můžeme spastickou dětskou mozkovou obrnu dále dělit na:

- spastická diparéza/diplegie (postižené jsou obě dolní končetiny, které jsou slabší zejména v bérkách. Nemocný je schopen tzv. nůžkovité chůze, při které se vtočená kolena navzájem dotýkají),
- spastická hemiparéza/hemiplegie (postižené jsou končetiny jedné poloviny těla, závažněji je postižena horní končetina, která je ohnuta v lokti, může se vyskytnout tzv. hemiparetický třes dochází při něm k neovladatelnému třesu postižených končetin),
- spastická triparéza/triplégie (postižené jsou obě dolní a jedna horní končetina),
- spastická kvadraparéza/kvadruplegie (postižené jsou všechny čtyři končetiny, prognóza nejméně příznivá).

Dyskinetická forma DMO je charakteristická mimovolními, bezděčnými, nechtěnými a nepotlačitelnými krouživými pohyby rukou a nohou. Tyto pohyby se vyskytují spontánně v klidu a mohou se vyskytnout také ve svalech obličeje, což má za následek různé grimasy. Mimovolní pohyby se zvětšují a množí při chtěných pohybech. Krimě výše uvedených obtíže je také nesrozumitelná řeč, která bývá pomalá s vyražením slabik či slov. Dýchání bývá nepravidelné s různou hloubkou nádechu a výdechu.

Hypotonická forma DMO je charakteristická snížením svalového tonusu. Většinou se kolem 3. roku mění na spastickou nebo dyskinetickou formu. Tuto formu vždy doprovází těžká mentální retardace. Děti mají větší rozsah pohybů v kloubech (důsledek sníženého svalového napětí). Můžeme je proto snadno svinout do klubíčka, překlomit roztažené nohy dozadu nebo

jim horní končetiny ovinout kolem krku. Stoj dětí je nejistý o široké bázi a jejich chůze je vrávoravá a nejistá, tedy pokud vůbec můžou chodit (Renotierová, Ludvíková 2006, s. 215).

Ataktická forma DMO jedná se o vzácnou formu postihující především vnímání rovnováhy. Postižení mají často špatnou pohybovou koordinaci (jejich chůze je nestabilní, o široké bázi tzv. opilecká, chodidla pokládají daleko od sebe. Postižení mají problémy s motorikou a potíže jim dělají také rychlé a přesné pohyby (Michalová 2007, s. 46).

Smíšená forma DMO jedná se nejen o kombinaci dyskinetických forem se spastickými, ale také tzv. Kombinované vady, kdy hybné postižení doprovází například poruchy zraku, sluchu či těžká mentální retardace, která k vlastnímu syndromu DMO nepatří (Vítková 2006, s. 43).

Zdravotní postižení provázející DMO

Dětská mozková obrna je často doprovázena jinými onemocněními. Ve většině případů se jedná o poruchy duševního vývoje a sníženým intelektem, poruchami řeči, poruchami chování a epileptickými záchvaty. Dále se s DMO vyskytují smyslová postižení. Vady zraku jsou například tupozrakost, šilhavost, ale i slabozrakost různého stupně a u vady sluchu se jedná o různé stupně nedoslýchavosti.

1.4 Zrakové postižení

Zrak můžeme považovat za jeden z nejdůležitějších smyslů pro člověka. Zrakem získáváme 90 % všech informací. Zrakové omezení ztěžuje především orientaci v prostoru a pokud je takové postižení dlouhodobého nebo trvalého charakteru pak je tím také ovlivněna komunikace, psychická integrita a celkově sociální existence lidského jedince (Slowík 2007, s. 59). Osoby se zrakovým postižením jsou lidé s různými druhy a stupni snížených zrakových schopností. Úžeji se tímto termínem rozumí ti, u nichž poškození zraku nějak ovlivňuje činnosti v běžném životě a u nichž běžná optická korekce nepostačuje. (Nepatří sem tedy člověk, který nosí dioptrické brýle a s nimi docela normálně vidí, znamená to, že má zrakovou vadu lehčího stupně a s brýlemi zvládá bez potíží každodenní činnosti, nemá omezení v přístupu k informacím, v orientaci a samostatném pohybu, v pracovním uplatnění, v sociální oblasti apod.) Abychom zdůraznili tento rozdíl, mluvíme někdy o těžce zrakově postižených. Tím máme na mysli skupinu zrakově postižených, u nichž právě onen vážný funkční důsledek zrakové vady zasahuje do běžného života, lidí, jimž už běžná brýlová

korekce nepostačuje k plnému vidění.

Skupinu těžce zrakově postižených můžeme dále dělit na nevidomé a slabozraké. Při očním vyšetření se zkoumá zraková ostrost vyjádřená tzv. vizem udávaným zpravidla ve zlomku, kde první číslo znamená vzdálenost v metrech, ze které dotyčný čte a druhé číslo pak vzdálenost, ze které čte tu samou velikost písmene člověk s nepostiženým zrakem. (Vizus zdravého oka je tedy např.: 6/6). Vyšetření zrakové ostrosti do dálky se provádí nejčastěji na Snellenových optotypech, což jsou tabulky s řadami postupně se zmenšujících znaků. Dalším zkoumaným parametrem je velikost zorného pole. Toto pole může být v důsledku zrakové vady zúženo, omezeno nebo v něm může docházet k lokálním výpadkům - tzv. skotomům (Čáková 2014).

Klasifikace zrakového postižení dle WHO

Střední slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10, kategorie zrakového postižení 1

Silná slabozrakost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20, kategorie zrakového postižení 2

Těžce slabý zrak

a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 - 1/50, kategorie zrakového postižení 3

b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů

Praktická nevidomost zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4

Úplná nevidomost

ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

Někdy se ještě užívá termín osoba se zbytky zraku, kterým označujeme člověka s viděním

v rozsahu těžké slabozrakosti až praktické slepoty (Slowík 2007, s. 62).

Klasifikace dle jednotlivých kategorií

Slabozraké osoby – představují skupinu osob, kteří mají zrakové vnímání na stupni slabozrakosti, obecně je za slabozrakost považováno orgánové postižení obou očí, které při optimální brýlové korekci činí jedinci problémy v běžném životě. Slabozrakost rozdělujeme na lehkou, střední a těžkou.

Osoby se zbytky zraku (částečně vidící) – představují skupinu osob na hranici mezi slabozrakými a nevidomými. Tyto osoby se zbytky zraku s brýlovou korekcí dokáží rozpoznat prsty těsně před očima a jsou schopni za pomoci optických pomůcek číst plakátové písmo.

Osoby nevidomé – představují skupinu osob s nejtěžším stupněm zrakového postižení a patří sem jedinci, kteří s praktickou a totální nevidomostí. Nevidomý mají problém získávat informace z okolního světa zrakovou cestou a převážně používají kompenzační smysly, především hmat a sluch.

Osoby s poruchami binokulárního vidění – poruchy binokulárního vidění jsou poruchami funkčními a dělí se na tupozrakost (amblyopie) a šilhavost (strabismus). Charakteristické pro tyto poruchy je omezení zrakové funkce jednoho oka. Šilhavé osoby mají porušeno rovnovážné postavení očí a tudíž se osy očí při pohledu na blízko nebo do dálky neprotínají v témže bodě. Tupozrací lidé mají sníženou zrakovou ostrost různého stupně při normálním vzhledu oka.

Osoby se zrakovým a kombinovaným postižením – osoby zrakově postižené s kombinovanou vadou představují heterogenní skupinu, v níž jediným společným znakem je zraková vada. Zraková vada je v tomto případě postižením dominantním. Postižení mohou být různého druhu i stupně a je důležité rozlišovat jedince, kteří mají vrozené nebo získané zrakové postižení. Mezi nejčastěji zastoupená přidružená postižení se řadí mentální retardace, specifické poruchy učení a LMD (Hamadová, Květoňová, Nováková 2007, s. 40).

1.4 Kombinovaná postižení

Teoreticky se popisují a klasifikují jednotlivé druhy postižení zvlášť, v praxi se často setkáváme s kombinací dvou a více různých vad nebo poruch u jediného člověka. Jde o různorodou skupinu znevýhodnění, že je prakticky nemožné vytvořit jednotný klasifikační

system a není ani ustálena terminologie používaná při deskripci případů takto handicapovaných osob. Užívají se pojmy kombinované postižení, postižení s více vadami a vícenásobné postižení. Kombinace několika druhů postižení bývají zapříčiněny genetickými anomáliemi a projevují se formou souborů mnoha příznaků – syndromů (Downův syndrom, Turnerův syndrom, Edwardsův syndrom, Patauův syndrom, atd.). Primární postižení bývá v některých případech velmi těžké stanovit. Kombinace různých vad není vyloučena avšak některé se vyskytují častěji a jiné pouze výjimečně (Slowík 2007, str. 147). Mezi etiologické faktory také ještě můžeme zařadit chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, metabolické a nutriční činitele, mechanické poškození, vlivy sociálního a materiálního prostředí, psychické faktory, trauma apod. (Renotírová, Ludvíková 2006, s. 304).

Mezi základní symptomy u osob s kombinovaným postižením patří narušení motorických, kognitivních a senzorických schopností a dovedností. Velmi často se setkáváme i s poruchami v psychosociální oblasti a v komunikaci. Kombinovat se mohou nejen závažnější stupně postižení, poruch či narušení, ale také jejich lehčí stupně navzájem nebo s těžšími stupni postižení. Jedinci s kombinovaným postižením představují nezanedbatelnou část populace a jejich výskyt má zvyšující se tendenci. Vyznačují se mimořádnou heterogenností a variabilitou příznaků, projevů. Příčiny vzniku mohou působit ve všech etapách vývoje, ale nejtěžší vícenásobná postižení obvykle vznikají na základě prenatálních příčin (Renotírová, Ludvíková 2006, s. 303).

Nejčastější dělení kombinovaných vad

Kombinace s mentálním postižením. Jedná se o nejpočetnější kombinaci postižení s tělesnými, případně smyslovými vadami. Vždy se u jedinců s mentální retardací vyskytuje také narušená komunikační schopnost. Mentální postižení se vyskytuje s tělesným handicapem nejčastěji o dětské mozkové obrny a toto postižení doprovází ve většině případů ještě dysartrie (vada řeči). Podobné má zastoupení kombinace s mentální retardací, kterou nacházíme v diagnóze autismu. Mentální retardace se také může vyskytnout v kombinaci se smyslovými vadami (Downův syndrom).

Hluchoslepota. Jedná se o kombinaci zrakové a sluchové vady. Hluchoslepí nebývají zcela nevidomí a současně neslyšící, vyskytují se u nich různé stupně zrakového a sluchového postižení. “Hluchoslepota je jedinečné postižení, vzniklé kombinací zrakové a sluchové vady,

kgere způsobuje potíže v přístupu k informacím, komunikaci a mobilitě“ (Slowík 2007, s.149). Hluchoslepota vzniká méně často jako následek prodělaných komplikovaných onemocnění. Oficiálně hluchoslepí používají k identifikaci červenobílou hůl.

Kombinace s poruchami chování. Snížená sociální přizpůsobivost a poruchy chování se mohou vyskytnout současně s jiným druhem znevýhodnění. (na podkladě psychické poruchy nebo negativních sociálních vlivů). Nejčastějším problémem bývá snížená úroveň rozumových schopností, či přímo přítomnost mentálního handicapu u jedinců s poruchami chování. Většinou tyto jedinci vyrůstají v nestabilních nebo dysfunkčních rodinách s patologickými prvky (alkoholismus, agresivita). Zvýšená ovlivnitelnost vede k snadnému zafixování nesprávných vzorců chování a člověk s mentální retardací nedovede objektivně vyhodnotit situaci předem a tak se může dopouštět i závažných trestných činů, aniž by si to uvědomoval. Také se mohou stát obětí zneužívání ze strany vrstevníků. Dle statistik počty vězněných jedinců s mentálním postižením u nás i ve světě stále stoupá (Slowík 2007, s.150).

II. Praktická část

3 Metodologické aspekty práce

3.1 Cíle práce

Hlavním cílem praktické části je popsat účinky canisterapie v praxi a ověřit pozitivní účinky canisterapie. Dílčí cíle práce byly na základě hodnocení pozitivních účinků canisterapie v konkrétních oblastech stanoveny takto:

- popsat pozitivní účinky canisterapie v oblasti hrubé motoriky,
- popsat pozitivní účinky canisterapie v oblasti jemné motoriky,
- popsat pozitivní účinky canisterapie v oblasti komunikace a myšlení.
- popsat pozitivní účinky canisterapie v oblasti psychického stavu.

3.2 Stanovené hypotézy a výzkumné otázky

Hypotézy

H1: Jedinci se zdravotním postižením, do jejichž podpory byla zařazena canisterapie dosahují z pohledu pracovníků rychlejších pokroků ve stanovených oblastech než jedinci se zdravotním postižením, u nichž se canisterapie nevyužívá.

H2: Canisterapie je z pohledu pracovníků pro děti se zdravotním postižením silnějším motivačním činitelem než klasická rehabilitace.

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1:

Zlepšuje canisterapie jemnou a hrubou motoriku klientů?

Výzkumná otázka č. 2:

Podporuje canisterapie komunikaci a rozvoj myšlení?

Výzkumná otázka č. 3:

Zlepšuje canisterapie psychický stav jedince se zdravotním postižením?

Výzkumná otázka č. 4:

Pomáhá canisterapie uvolňovat spasmy a celkově zklidňuje?

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku a metody sběru dat

Výzkum autorka prováděla metodou kvantitativní, prostřednictvím dotazníku a rozhovoru a metodou kvalitativní, prostřednictvím kazuistiky. Výsledky šetření vychází z autorčiny přímé účasti na canisterapii v domově pro osoby se zdravotním postižením. Smíšený výzkumný design byl použit za účelem zvýšení validity výzkumu. Jednotlivé metody sběru dat autorka charakterizuje níže.

3.3.1 Dotazník

Jedná se o nejfrekventovanější metodu zjišťování údajů. Metoda se provádí dotazováním s otázkami. Je to způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Dotazník je určen především pro hromadné zjišťování údajů (Gavora 2010, s.121). Tuto metodu autorka použila proto, aby oslovila co nejvíce aktivních canisterapeutických týmů. Autorka se dotazovala aktivních canisterapeutických týmů na jejich zkušenosti s využitím canisterapie a jejích účincích na klienty. Dotazník byl rozeslán elektronicky prostřednictvím Google formuláře. Anonymní dotazník vyplnilo 25 respondentů. Dotazník obsahoval 17 otázek – 14 uzavřených a pouze 3 otevřené, které byly nepovinné.

3.3.2 Rozhovor

Jedná se o interpersonální kontakt. Nejčastěji se provádí tváří v tvář. Obsahem rozhovoru jsou otázky a odpovědi. Tuto metodu autorka použila proto, aby navázala osobní vztah se zaměstnanci domova pro osoby se zdravotním postižením a mohla lépe poznat jejich názor na práci canisterapeutických týmů a na to co si myslí o canisterapii (Gavora 2010, s.137). Autorka se dotazovala fyzioterapeutů, vychovatelů na jejich názor na canisterapii a na práci canisterapeutických týmů. Celkem bylo provedeno pět rozhovorů.

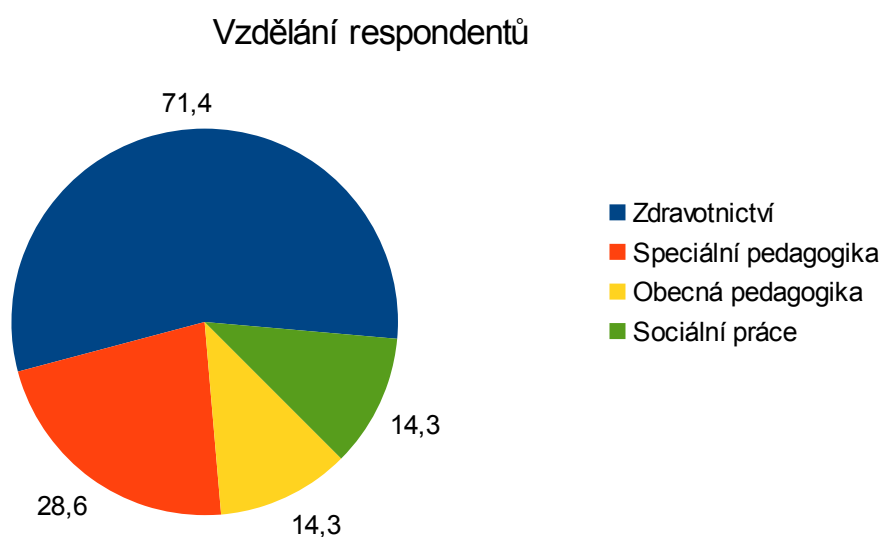
3.3.3 Kazuistika

Kazuistika nebo též případová studie patří mezi výzkumné metody a zabývá se popisem

jednotlivých případů, např. vznikem, průběhem a vyléčením duševní choroby apodobně. Kazuistika se může týkat jak jedince tak i skupiny lidí či instituce (Hartl, Hartlová 2004, s. 253). V této metodě se nejlépe ukazuje působení canisterapie na konkrétní osobu s různým typem postižení. Tuto metodu autorka zvolila proto, že pracuje jako aktivní canisterapeut a je v přímém kontaktu s jedinci se zdravotním postižením. Autorka zvolila konkrétní kazuistiky, kdy sledovala průběh a výsledky canisterapie u konkrétních osob a skupin.

3.3.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Dotazník byl zaslán canisterapeutickým teamům, kteří se canisterapii aktivně věnují v rámci celé České republiky. Z dotazníkového šetření vyplývá, že canisterapii se věnují především ženy se středním vzděláním s maturitou nebo s vysokoškolským vzděláním, které mají vzdělání v pomáhajících profesích. Nejvíce respondentek je ve věku od 36 – 45 let 44,4 %. Dále ženy ve věku 25 – 36 let 33 % , 46 - 55 a 65 let a výše 11 %. Na grafu č. 1 autorka ukazuje v jakém oboru mají respondentky nejčastěji vzdělání.



Graf 1: Vzdělání respondentů.

Graf č. 1 nás seznamuje s tím, že canisterapii se aktivně věnují převážně ženy, které mají vzdělání v oblasti pomáhajících profesí. Nejvíce se canisterapii věnují respondentky vzdělané v oboru zdravotnictví a to 71,4 % z celkového počtu dotazovaných. 28,6 % respondentek má vzdělání jako speciální pedagogové a 14,3 % v oblasti obecné pedagogiky a sociální práce.

Rozhovory byly vedeny především se zaměstnanci domova pro osoby se zdravotním postižením. Výzkumu se tak účastnily dvě fyzioterapeutky, dvě rehabilitační sestry a dvě vychovatelky. Byly to ženy se středním či vysokoškolským vzděláním ve věku od 25 – 55 let.

Kazuistického výzkumu se účastnili jedinci s různým typem zdravotního postižení. Čtyři kazuistiky popisují dvě dívky ve věku 38 let a 18 let, dva chlapce ve věku 17 a 10 let.

3.3.5 Popis okolností za kterých probíhal sběr dat

Canisterapie probíhala v tělocvičně na oddělení rehabilitace a v centru denních služeb v Jedličkově ústavu v Liberci. Byla rozdělena na dvě části, individuální a skupinovou terapii. Vše vedla jedna dospělá osoba (canisterapeut) pod dohledem příslušného odborného pracovníka Jedličkova ústavu. Pracovalo se dvěma psy, jedním byla fenka zlatého retrievera Sára a druhým fenka labradorského retrievera Ája.

Canisterapie probíhala vždy v úterý, ve středu a ve čtvrtek přibližně po dvou hodinách dopoledne. V úterý probíhaly skupinové terapie v tělocvičně na oddělení rehabilitace, ve středu probíhaly skupinové terapie v centru denních služeb a ve čtvrtek probíhaly individuální terapie v tělocvičně na oddělení rehabilitace a na pokoji klienta.

Při skupinové terapii klienti sedí, jiní leží nebo byli přivezeni na vozíku. Většinou se začíná přivítáním. Někomu posadíme psa na klín, jiného necháme se s pejskem pomazlit. Po přivítání dochází na „psí češtinu“, „psí matematiku a geometrii“. Hlavním cílem terapií je aktivizovat myšlení a komunikaci. Úkolem je spočítat pejskovi uši, tlapky, oči, ukázat kde má čumák, břicho, ocásek, nohy nebo mu dát pamlssek určitého tvaru nebo barvy. Nakonec přichází „psí tělocvik“. Cílem je posilovat, protáhnout a aktivovat určité svalové skupiny. Na závěr se dělá relaxace.

Při individuální terapii u klientů s nejtěžším stupněm postižení jde především o stimulaci formou olizování, doteků a polohování. Nedílnou součástí terapie je i psí dech, tlukot srdce, kontakty se srstí či různými částmi psího těla: čumák – studený a mokrý, drápek – ostrý a tvrdý, ucho – měkké a teploučké atd. Hodně se polohuje a pes se snaží prohřát studené části těla klientů, například nohy a to od plosek přes nártý až celé končetiny. Polohování se psy je patrně nejznámější canisterapeutickou metodou. Tito klienti se nemohou sami pohybovat a tak s nimi musí pohybovat někdo jiný. Klienti se prohřívají, aby se zabránilo vzniku

proleženin, uvolnily se blokace, procvičily a protáhly se svaly a byl umožněn další rozvoj. Prohřívání se provádí tak, že se podkládá psem různé části těla klientů. U klientů, jejichž těla jsou v křeči nebo nepohyblivá a není možné cvičit, se klient uloží na určitou dobu do určité polohy (na bok, na záda, zkříží se nohy, atd.). U těchto klientů je pes položen vedle klienta a zahřívá ho. Klient reaguje nejen na teplo, ale také na rytmus psího dechu a srdce a to je nástrojem k jeho uvolnění. Ke zklidnění a zpravidelnění dýchání dochází spontánně. Nejdůležitějším důvodem, proč dochází k uvolnění svalstva, je působení tepla.

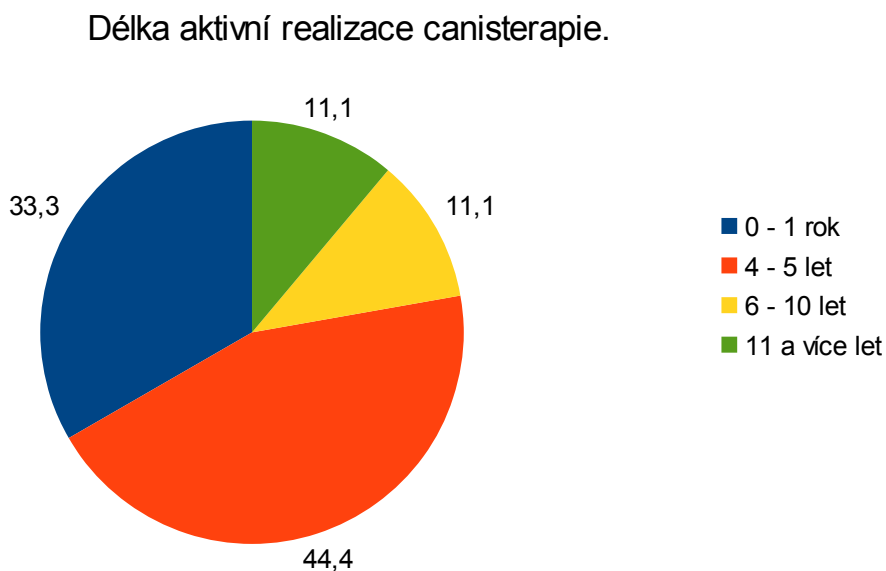
3.4 Analýza a interpretace dat

3.4.1 Interpretace dat z dotazníkového šetření

Data získaná prostřednictvím dotazníků, které byly vyplněny canisterapeutickými týmy, kteří aktivně působí na celém území České republiky a svou canisterapeutickou praxi vykonávají v různých zařízeních. Tato data byla zpracována do grafů a rozdělena do dvou oblastí.

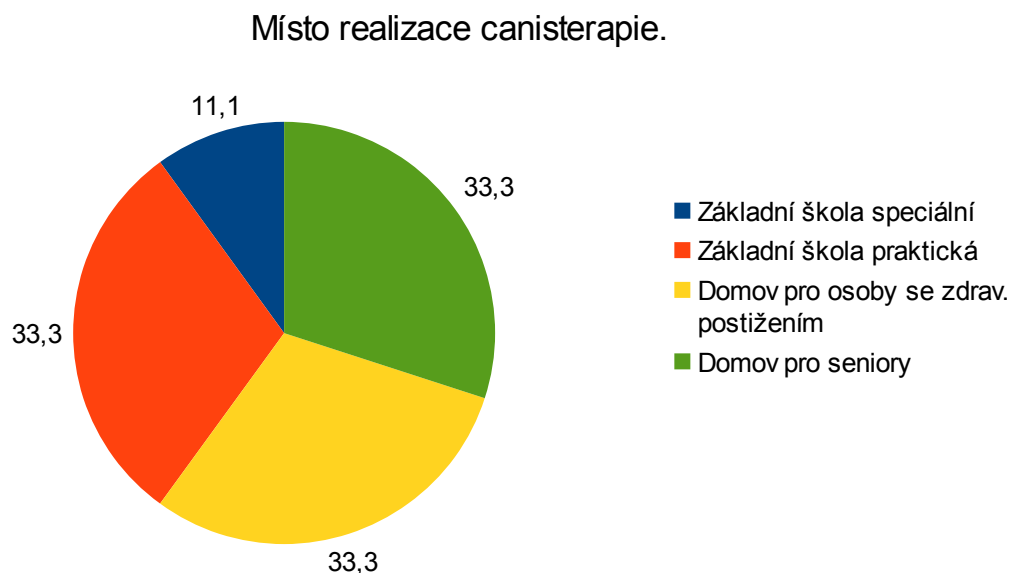
Oblast č. 1.

V této oblasti bylo zjišťováno, jak dlouho se canisterapii věnují, v jakých zařízeních canisterapeuté svou praxi provádějí a jaké metody jsou dle nich nejúčinnější, graf č. 2, 3, 4.



Graf č. 2: Délka aktivní realizace canisterapie.

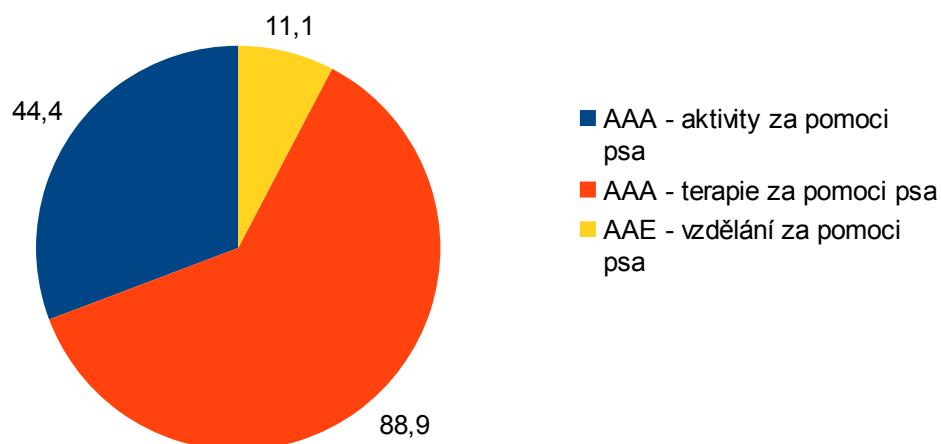
Graf č. 2 nás seznamuje s tím, že canisterapeuté se canisterapii aktivně věnují 4 – 5 let 44,4%, do jednoho roku 33,3 % a 6 - 10 a 11 let více pouze 11,1 %. Na tomto grafu se ukazuje, že canisterapie patří v České republice již za zavedenou terapii a že aktivní canisterapeuté nejsou žádní začátečníci.



Graf č. 3 Místo realizace canisterapie.

Graf č. 3 nás seznamuje s tím, canisterapie se nejvíce provádí na základní škole praktické, v domově pro osoby se zdravotním postižením a v domově pro seniory 33,3 %. Méně je pak zastoupena na základní škole speciální pouze 11,1 %. Na tomto grafu vidíme, že canisterapie je stejně rozdělena mezi zařízení ve kterých je prováděna.

Nejúčinnější metody canisterapie.



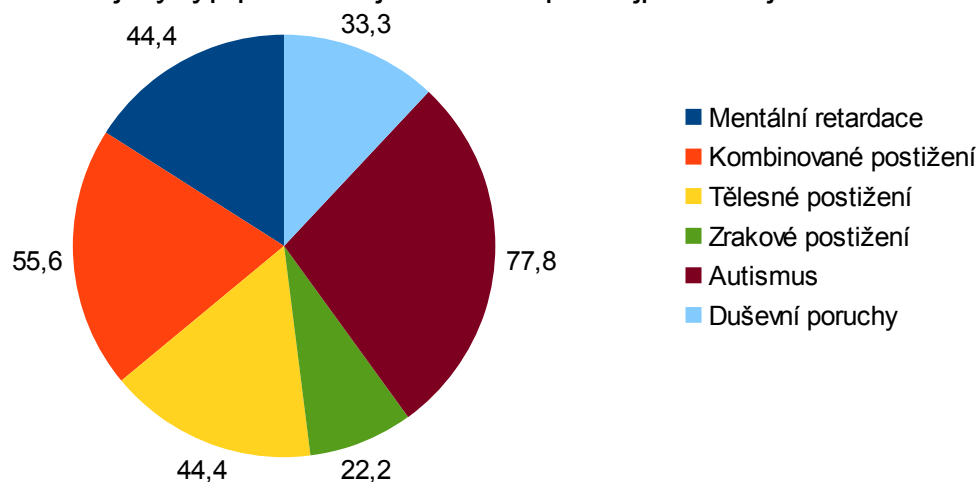
Graf č. 4 Nejúčinnější metody canisterapie.

Graf č. 4 uvádí, že dle canisterapeutů je nejúčinnější terapie za pomoci psa 88,9 %. Kdy se jedná o pravidelný cílený kontakt jedince se psem za účelem zlepšení psychického nebo fyzického stavu ve spolupráci s odborníkem (fyzioterapeutem, logopedem, psychologem atd.). Dále pak aktivity za pomoci psa 44,4 % zde jde přirozený kontakt člověka a psa, který se zaměřuje na zlepšení kvality života klienta a na přirozený rozvoj jeho sociálních dovedností. Nejméně účinná je terapie vzdělání za pomoci psa 11,1 %.

Oblast č. 2.

V druhé oblasti bylo zjišťováno pro jaké typy postižení je canisterapie nejprínosnější a jaké pozitivní vlivy rozvíjí u jedinců s postižením graf č. 5 a tabulka č. 6.

Pro jaký typ postižení je canisterapie nejprínosnější.



Graf č. 5 Pro jaký typ postižení je canisterapie nejprínosnější.

Graf č. 5 nás seznamuje s tím, že canisterapie je nejprínosnější pro jedince s autismem 77,8 %, dále pak pro jedince s kombinovaným postižením 55,6 %, mentální retardací a tělesným postižením 44,4 %, pro jedince s duševními poruchami 33,3 % a se zrakovým postižením 22,2 %. Dle vlastních zkušeností autorky a dle odborné literatury je canisterapie velmi přínosná pro jakoukoliv skupinu lidí. Od zdravotně postižených jedinců, seniorů až po intaktní jedince.

Tabulka č. 1 Co canisterapie nejvíce rozvíjí u jedinců se zdravotním postižením?

Relaxace	88,90%
Zklidnění	88,90%
Rozvíjí jemnou motoriku	77,80%
Koordinace pohybů	77,80%
Motivace k pohybu	66,70%
Rozvíjí hrubou motoriku	66,70%

Motivace k činnosti	66,70%
Snížení změn nálad	66,70%
Zmírnění negativismu	66,70%
Rozvoj citových schopností	66,70%
Rozvoj komunikace	55,60%
Rozvoj myšlení	55,60%
Rozvoj správných návyků (k lidem a ke psům)	55,60%
Rozvoj dotekové stimulace	44,40%
Tlumí bolest	22,20%

Tabulka č. 1 nás seznamuje s tím jak je canisterapie prospěšná pro jedince se zdravotním postižením. Údaje v této tabulce nám zároveň odpovídají na naše výzkumné otázky, že canisterapie motivuje jedince s tělesným postižením více k pohybu a činnosti 66,70 %, rozvíjí hrubou 66,70 % a jemnou motoriku 77,80 %, podporuje komunikaci a myšlení 55,60 %, zlepšuje psychiku jedince 66,70 % a pomáhá uvolňovat spasmy 66,70 % a zklidňuje jedince se zdravotním postižením 88,90 %.

Dále dle dotazníkového šetření bylo zjištěno, že celých 100 % respondentů si myslí, že canisterapie nemá negativní vliv na jedince se zdravotním postižením a že má významný podíl na jejich rozvoji. Optimální kontakt jedince se psem je 2 x do týdne. Dále pak canisterapie u jedinců rozvíjí také citové schopnosti, správné návyky ke psům a lidem, snížení změny nálad, zmírnění negativismu, rozvíjí dotekovou stimulaci, koordinaci pohybů a tlumí bolest.

Na otázku č. 17 odpovědělo jen 50% respondentů a to, že nesmíme zapomínat na welfare psa. „Welfare je stavem naplnění materiálních a nemateriálních podmínek, které jsou předpokladem zdraví organismu, kdy je zvíře chováno v souladu s jeho životním prostředím.

Zabývá se zachováním základních podmínek života a zdraví zvířat a jejich ochranou před negativními činiteli, kteří mohou ohrožovat jejich zdraví, způsobovat jim bolest, utrpení a psychickou újmu.“ (Staněk, 2009).

3.4.2 Interpretace dat z rozhovorů

Autorka vedla 6 rozhovorů se zaměstnanci na různých pozicích a v různých zařízeních domova pro osoby se zdravotním postižením. Autorka shrnula a rozdělila odpovědi do několika oblastí.

Jak je vnímána z jejich pohledu canisterapie a canisterapeutický tým?

Z vedených rozhovorů se autorka dozvěděla, že canisterapii v zařízeních vítají a pozitivně hodnotí jak zaměstnanci zařízení, tak i rodiče dětí. Dle jejich názoru je canisterapie přínosem pro všechny zúčastněné. S organizací terapie, s osobu lektora, místem i časem terapií jsou dotazovaní spokojeni. Jako zaměstnanci však výběr canisterapeutického týmu nemohou ovlivnit.

100 % respondentů hodnotí canisterapii a canisterapeutický tým pozitivně.

Jak často by měla být prováděna canisterapie a jakým jedincům se nejčastěji věnuje?

Optimální návštěvy na oddělení jsou dle vychovatelů (30 %) 1 x za týden, ovšem dle rehabilitačních sester a fyzioterapeutek (70 %) je to 2 x do týdne. Kdyby to bylo možné vítaly by canisterapii ještě častěji. Nejčastěji se u nich v zařízení canisterapie účastní jedinci s kombinovaným postižením, ale terapií se účastní i jedinci s mentálním či tělesným postižením.

Vidíte zlepšení fyzického stavu?

Tato otázka se vztahuje k uvedeným cílům i výzkumným otázkám této práce kde celých 100 % respondentů potvrdilo zlepšení fyzického stavu jedince se zdravotním postižením. Dle pohledu fyzioterapeutů a rehabilitačních sester se s jedinci se zdravotním postižením po skončení canisterapie lépe cvičí, svaly jsou uvolněné a nahřáté, křeče po terapii vymizí. Děti se na terapii těší a jsou více namotivované ke cvičení. Nemusejí se do cvičení nutit. Rozhodně se s jedinci, kteří chodí na canisterapii lépe cvičí, manipuluje a spolupracuje. Dle jejich pohledu je u nich vidět i rychlejší posun k lepšímu. I malý posun k lepšímu je u těchto jedinců velmi důležitým faktorem. Vykonávají takto hrou méně zajímavé činnosti a náročné cvičení.

Je velmi obtížné přimět jedince se zdravotním postižením, že musí procvičovat různé svalové skupiny. V přítomnosti psa, je jedinec nejen ochoten bez pobízení cvičit, lézt, plazit se, ale hází mu sám od sebe míček, natahuje se, aby psa pohladil, rozevívá dlaň, aby cítil jeho srst.

Jsou tedy děti po canisterapii více namotivované ke cvičení?

Na tuto otázku všichni z tázaných shodně odpověděli, že ano. Tedy 100 % respondentů je přesvědčeno, že canisterapie je pro jedince se zdravotním postižením silnějším motivačním činitelem než klasická rehabilitace.

Pomáhá canisterapie uvolňovat spasmy?

Tato otázka se také vztahuje k cíli a výzkumné otázce práce. Dle názorů pracovníků zařízení vyplývá, že polohování má významný podíl na uvolnění spasmů, prokrvení dolních a horních končetin. Uvolnění spasmů trvá ještě několik hodin po skončení canisterapie. Také tvrdí, že jedinci s dětskou mozkovou obrnou trpí spazmy - křečemi svalstva, které v průběhu polohování vymizí. Svaly se totiž od psa nahřejí, uvolní, a jedinec pak může začít zvládat cviky, které jsou pro něj jindy jen velmi obtížné.

100 % respondentů potvrzuje, že polohování uvolňuje spasmy.

Vidíte zlepšení psychického stavu?

Dle pohledu respondentů canisterapie jedince zklidňuje, zlepšuje se jejich komunikace a sebevědomí. Přítomnost psa navozuje u některých jedinců dobrou náladu a těšení se na práci. Během canisterapií dochází u jedinců k utváření a upevňování vztahů mezi nimi a psem nebo mezi nimi a zaměstnanci domova či zlepšení rodinných vztahů. Canisterapie také podporuje posílení pocitu jistoty a bezpečí, navozuje libé prožitky (smích, radost, úsměv), zmírňuje pocit méněcennosti. Většina jedinců stráví část života v různých domovech pro osoby se zdravotním postižením či nemocnicích a proto velmi citlivě vnímají kontakt se psem. Na jejich psychiku má blahodárny vliv také to, že při kontaktu se psem dostávají pravidelnou porci lásky a pozornosti, která je určená pouze jim.

Tato otázka se vztahuje k uvedeným cílům i výzkumným otázkám této práce. Celých 100 % respondentů tedy potvrdilo zlepšení psychického stavu jedince.

Vidíte lepší pokroky mezi jedinci, kteří chodí na terapii než mezi jedinci, kteří se canisterapií neúčastní?

Na tuto otázku všichni z tázaných shodně odpověděli, že ano. Rozdíl mezi jedinci, kteří se canisterapií účastní a neúčastní je viditelné. Canisterapií se však nemohou účastnit všichni, některým tomu brání alergie, strach ze psů či jiná zdravotní omezení.

V jakých oblastech canisterapie nejvíce působí?

Nejvíce se při terapii procvičuje jemná a hrubá motorika, koordinace pohybu, uvolnění křečí, celkové zklidnění a relaxace jedince se zdravotním postižením. Fyzioterapie prováděná v následujících šesti hodinách po polohování v rámci canisterapie má pak zpravidla lepší účinky. Dále je pak canisterapie zdrojem mnoha zrakových, hmatových i sluchových podnětů. Mnoho jedinců s dětskou mozkovou obrnou je také slepých nebo mají jiné oční vady. Pro ně je největším stimulem dotek srsti, neobvyklý přirozený psí pach, dotek studeného a mokrého čenichu a naopak teplý, mokrý jazyk psa. V této kombinaci je pes opravdu jedinečný. Je však nutné vždy přizpůsobit terapii dle individuálních potřeb a konkrétního postižení jedince.

Dále si pak jedinci z canisterapií odnášejí mnoho zážitků a prožitků, cítí se a vypadají spokojeni, zklidnění, lépe navazují kontakty, lépe se s nimi komunikuje, zvyšuje se jim sebevědomí a celková fyzická i psychická kondice.

3.4.3 Kazuistiky

Kazuistika č. 1

Osobní údaje:

Jméno: Katka

Datum narození: 1978

Současný věk: 38 let

Diagnóza:

Těžká mentální retardace, úplná nevidomost

Osobní a rodinná anamnéza:

Dívka od narození v domově pro děti se zdravotním postižením. Je mobilní, chůze nestabilní,

stálý třes, nekomunikuje pouze vydává zvuky. Katka se straní kolektivu a při jakýchkoliv činnostech nespolupracuje, dělá si co chce. Katka se nikdy nesetkala se psem. Katka má na stálo přidělenou osobní asistentku.

Individuální plán canisterapie:

Hlavní cíl: Rozvoj jemné motoriky, celkové zklidnění a relaxace

Realizace a zhodnocení terapie:

Jemná motorika:

- osahání psa, později i mazlení se psem
- hlazení psa po a proti srsti

Zhodnocení: Pes je přiveden ke Katce, Katka si na něj sahá. Ze začátku byla Katka nedůvěřivá a bála se. Po počátečních obavách začala psa hladit po i proti srsti a velmi se jí to líbilo.

Psychosociální oblast:

- polohování, zklidnění, relaxace

Zhodnocení: Polohování – Katka je na boku, pes je z čelní strany a Katka má přes psa položenou ruku, později i psa objímá. Během polohování vypadá Katka klidně a spokojeně. Celkově se zklidnila.

Závěr:

Vzhledem k tomu, že se Katka nikdy nesetkala se psem, musela autorka k terapii přistupovat velmi opatrně a s respektem. Po dohodě s osobní asistentkou mohla být terapie zahájena. S Katkou bylo těžké navázat jakýkoliv kontakt. Nejprve jsme ji nechaly, aby si sáhla na psa a dle reakce jsme mohly přistoupit k dalším krokům terapie.

Přes počáteční obavy všech zúčastněných byla canisterapie úspěšná. Při setkání se psem se Katka zklidnila, přestala se třást a dokonce začala vydávat jemnější zvuky (předení kočky), při následném polohování dokonce usnula.

Kazuistika č. 2

Osobní údaje:

Jméno: Jana

Datum narození: 1998

Současný věk: 18 let

Diagnóza:

Dětská mozková obrna, střední mentální retardace, zraková vada v pásmu zbytků zraku (pravé oko – praktická nevidomost, levé oko – zbytky zraku).

Osobní a rodinná anamnéza:

Jana byla umístěna v kojeneckém ústavu na žádost rodičů. Soudem nařízena ústavní výchova z důvodů zdravotních a nezájmem rodičů. Dívka citově ochuzená, strádá. Rodiče a babička zpočátku dívku navštěvovali, později návštěvy ustaly, matka oznámila, že o ni nestojí. Nyní dlouhodobě bez kontaktu s rodinou, dívka tím velmi trpí.

Individuální plán canisterapie:

Hlavní cíl: Rozvoj jemné a hrubé motoriky, posílení psychického stavu

Realizace a zhodnocení terapie:

Jemná a hrubá motorika:

- plazení se za psem z jedné části místnosti do druhé,
- válení sudů po vzoru psa,
- házení míčku,
- přetahování se o gumu.

Zhodnocení: Janě šlo cvičení se psem dobře, vypadala spokojeně. Ještě víc se jí líbí skupinová terapie, kdy může soutěžit s ostatními dětmi a psem. Házení míčku a přetahování o gumu jí šlo trochu hůř. Je důležité jí u toho chválit a povzbuzovat.

Posílení psychického stavu:

- seznámení se psem,

- mazlení se psem,
- hlazení psa.

Zhodnocení: Vzhledem k nezájmu rodičů a celkové deprimaci dívky, byla zvolena tato terapie. Jana je při kontaktu se psem velmi šťastná.

Závěr:

Zájem jiných lidí o její osobu jí dělá velmi dobře, i přes počáteční obavy ze psa si Sárku velmi oblíbila a v její přítomnosti se cítila dobře a vždy se těší na další cvičení. Ráda s ním cvičí a připadá si tak důležitá. Cvičení jí baví a nemusí do cvičení nutit.

Kazuistika č. 3

Osobní údaje:

Jméno: Patrik

Datum narození: 1999

Současný věk: 17 let

Diagnóza:

Dětská mozková obrna, těžká mentální retardace

Osobní a rodinná anamnéza:

Patrik pochází z úplné rodiny. Má dva starší sourozence. V domově pro děti se zdravotním postižením je pouze přes týden, na víkendy jezdí domů za svou rodinou. Patrik je imobilní. Neplazí se, hlavu neudrží zvednutou. Nekomunikuje.

Individuální plán canisterapie:

Hlavní cíl: Rozvoj hrubé a jemné motoriky, uvolnění spasmů

Realizace a zhodnocení terapie:

Hrubá a jemná motorika:

Hrubá motorika - polohování

- Patrik je na zádech, pes je pod jeho dolními končetinami,
- Patrik je na boku, pes je z jeho čelní strany, Patrik ho objímá nebo má na něm pouze

ruku, druhý pes je přikládán k zadům Patrika,

- Patrik je na zádech, psi jsou po jeho stranách, Patrik může psy objímat kolem krku nebo má ruce podél těla.

Jemná motorika

- Patrik leží na břichu a snaží se hladit psa
- doteky do psí srsti

Uvolnění spasmů na rukou

- masáž psím jazykem

Zhodnocení: Patrik si polohování užíval, dokázal zvednout a otočit hlavu za psem a dokonce se zasmál a vydal ze sebe zvuk. Hlazení psa mu vzhledem ke spasticitě činilo potíže. Po masáži psím jazykem se Patrikovi začala sama rozevírat dlaň a natahovat prsty.

Závěr:

Patrik po celou dobu terapie vypadal spokojeně. Cílem této terapie také bylo prohrátí Patrika, aby se zabránilo vzniku proleženin, uvolnily se křeče, procvičily a protáhly se svaly a byl umožněn jeho další rozvoj.

Kazuistika č. 4

Osobní údaje:

Jméno: Radim

Datum narození: 2006

Současný věk: 10 let

Diagnóza:

Lehká mentální retardace, silná epilepsie

Osobní a rodinná anamnéza:

Radim pochází z dvojčat. Jeho sestra je zdravá a navštěvuje běžnou školu. Do domova pro jedince se zdravotním postižením dochází každý den. Žije v Liberci se svou rodinou. Radim se dokáže sám pohybovat, ale chůze je nejistá, epileptické záchvaty v dětství mu poškodily

mozek. V kolektivu je nekomunikativní.

Individuální plán canisterapie:

Hlavní cíl: Rozvoj hrubé a jemné motoriky, komunikace a rozvoj myšlení

Realizace a zhodnocení terapie:

Hrubá a jemná motorika:

- nasazení obojku, náhubku,
- připnutí psa na vodítko a chození s ním po oddělení,
- česání psa, hlazení po a proti srsti, mnutí srsti mezi prsty,
- házení míčku,
- přetahování se o gumu.

Zhodnocení: U procvičování jemné motoriky měl trošku problémy s připnutím psa na vodítko. Po místnosti s ním chodil zcela samostatně a jeho chůze byla stabilní. Při chůzi se psem si velmi věřil a cítil se důležitě.

Komunikace a rozvoj myšlení:

- dávání povelů (sedni, lehni, ke mně, dej pac apodobně),
- spočítání tlapek, uší,
- gestikulace na psa,
- zjistit barvu psa, barvu jeho očí, čumáku,
- vázání stuhy střídavě na levou a pravou nohu,
- vyndávání určitého počtu a tvaru pamlsků.

Zhodnocení: Radim se snažil komunikovat se psem. Nejlépe se mu dařilo v neverbální komunikaci. Pokud se Radimovi věnujete individuálně komunikuje lépe než v kolektivu. Všechny úkoly dokázal zvládnout, některé s pomocí.

Závěr:

Canisterapie se Radimovi velmi líbila. Radim je velmi vnímavý a chytrý chlapec. V tomto

případě byla canisterapie úspěšná. „Děti milují, když pes na jejich žádost předvede nějaký kousek, když je poslechne“. (Galajdová 2011, s. 133).

4 Zhodnocení výzkumu

V této části autorka provedla hodnocení stanovených cílů a hypotéz. Po celou dobu výzkumu byla pozorována a hodnocena oblast hrubé a jemné motoriky, oblast komunikace a myšlení a oblast psychického stavu jedinců se zdravotním postižením. Ve všech oblastech byl potvrzen pokrok jedinců se zdravotním postižením a celkové pozitivní účinky canisterapie. Cílů, které si autorka stanovila v této práci bylo tedy dosaženo. Výzkum autorka prováděla pomocí dotazníku, rozhovoru a kazuistik. Kazuistiky autorka vyhodnocovala na základě přímé účasti na canisterapii. Canisterapie byla prováděna 3x týdně v Jedličkově ústavu v Liberci. Ve všech sledovaných oblastech, kterými byla jemná a hrubá motorika, komunikace a myšlení a psychický stav jedince lze říci, že došlo ke zlepšení.

Hypotézy

Hypotéza č. 1: Jedinci se zdravotním postižením, do jejichž podpory byla zařazena canisterapie dosahují z pohledu pracovníků rychlejších pokroků ve stanovených oblastech než jedinci se zdravotním postižením, u nichž se canisterapie nevyužívá.

Celých 90 % respondentů potvrzuje, že jedinci se zdravotním postižením dosahují rychlejších pokroků po zařazení canisterapií. 10 % respondentů neví. Tato hypotéza však byla přijata.

Hypotéza č. 2: Canisterapie je z pohledu pracovníků pro děti se zdravotním postižením silnějším motivačním činitelem než klasická rehabilitace.

100 % respondentů potvrzuje, že jedinci se zdravotním postižením jsou více motivováni na cvičení. Cvičení je více baví. Vykonávají takto hrou méně zajímavé činnosti a náročné cvičení. Je velmi obtížné přimět jedince se zdravotním postižením, že musí procvičovat různé svalové skupiny. V přítomnosti psa, je jedinec nejen ochoten bez pobízení cvičit, lézt, plazit se, ale hází mu sám od sebe míček, natahuje se, aby psa pohladil, rozevírá dlaň, aby cítil jeho srst. I tato hypotéza byla tedy přijata.

Výzkumné otázky

Hrubá motorika

Pes funguje jako skvělý motivátor k vykonávání méně i více zajímavých aktivit či namáhavých aktivit. Jedinci si formou her procvičovali motorické schopnosti a dovednosti. Byly vybrány činnosti, které zapojují velké svalové skupiny jako je procházka se psem, válení sudů, plazení se za psem, přetahování se o lano, házení míčku.

Jemná motorika

V oblasti jemné motoriky byly zařazeny aktivity u kterých dochází k zapojení malých svalových skupin a je nutná přesnost a koordinace pohybů. I v tomto případě funguje pes jako skvělý motivátor. Některé úkoly byly pro jedince náročné, vyžadovaly trpělivost a míru koncentrace. Zařazeny byly aktivity jako je zapínání obojku, náhubku, připínání vodítka, hlazení psa pro i proti srsti, mnutí srsti mezi prsty, vyndávání pamlsků z nádoby, vázání stuhy, česání psa. U některých činností bylo vyžadováno střídání levé a pravé ruky.

V těchto dvou oblastech prokazatelně došlo ke zlepšení stavu hrubé a jemné motoriky, ke zlepšení koordinace pohybu a přesnosti pohybových úkonů. Z dotazníků a rozhovorů také vyplývá, že canisterapie zlepšuje jemnou a hrubou motoriku.

Výzkumná otázka *„Zlepšuje canisterapie jemnou a hrubou motoriku klientů?“* byla zodpovězena.

Komunikace a rozvoj myšlení

Během canisterapií se i u méně komunikujících jedinců projevila přirozená potřeba komunikace. Při komunikaci se psem získává jedinec zpětnou vazbu. Pes je vděčným posluchačem, nesoudí a tak s ním může jedinec komunikovat svou vlastní řečí. Oblíbená činnosti byla povelová technika, matematika či psí čeština. Odměnou je vždy pozornost psa, kterou jedinec získá a možnost odměnit psa pamlskem.

I v těchto oblastech došlo ke zlepšení. Zlepšení uvedených oblastí potvrzují i canisterapeuté a zaměstnanci zařízení. Výzkumná otázka *„Podporuje canisterapie komunikaci a rozvoj myšlení?“* byla zodpovězena.

Psychický stav jedince se zdravotním postižením

Už jen přítomnost psa navozuje u některých jedinců dobrou náladu a těšení se na práci.

Během canisterapií docházelo u jedinců k utváření a upevňování vztahů mezi nimi a psem nebo mezi nimi a zaměstnanci domova. Canisterapie podporuje posílení pocitu jistoty a bezpečí, navozuje libé prožitky (smích, radost, úsměv), podporuje sebevědomí, zmírňuje pocit méněcennosti. Jedinci mnohdy většinu svého života stráví v různých ústavech či nemocnicích, a proto velmi citlivě vnímají kontakt se psem. Na jejich psychiku má blahodárný vliv také to, že při kontaktu se psem dostávají pravidelnou porci lásky a pozornosti, která je určená pouze jim. Z dotazníku a rozhovorů také vyplývá, že jedinci se zdravotním postižením jsou po canisterapii veselejší, klidnější a že canisterapie navozuje příjemné pocity.

Výzkumná otázka „*Zlepšuje canisterapie psychický stav jedince se zdravotním postižením?*“ byla zodpovězena.

Uvolnění spasmů a celkové zklidnění

Významný podíl na uvolnění spasmů, prokrvení dolních a horních končetin a celkovou relaxaci má polohování. Uvolnění spasmů trvá ještě několik hodin po skončení canisterapie. Polohování, vychází z principu, že pokud se jedinec nemůže sám nemůže pohybovat, musíme jím pohybovat my, abychom zabránili vzniku proleženin, uvolnili blokace, procvičili a protáhli svaly a umožnili další rozvoj pohybu. U jedinců, jejichž těla jsou v křeči nebo nepohyblivá, není možné cvičit, ale pouze jedince uložit na určitou dobu do určité polohy. Zaměstnanci zařízení a canisterapeutů také potvrzují, že canisterapie pomáhá uvolňovat spasmusy a celkově zklidňuje.

Výzkumná otázka „*Pomáhá canisterapie uvolňovat spasmusy a celkově zklidňuje*“ byla zodpovězena.

5 Diskuze

Canisterapie probíhala v domově pro osoby se zdravotním postižením. Ze začátku terapií měli někteří jedinci strach ze psa. Postupem času se strach vytratil a všichni jedinci se zdravotním postižením si terapii oblíbili a velmi si ji užívali. Sama autorka se obávala reakcí jedinců i zaměstnanců na psa a na canisterapeutický tým. Její obavy se však nepotvrdily a všemi zúčastněnými byla canisterapie přijata velmi pozitivně. Autorka se dále obávala u polohování manipulace s jedinci se zdravotním postižením. Vzhledem k tomu, že s jedinci může manipulovat pouze kvalifikovaný fyzioterapeut, nemusela autorka s jedinci nijak hýbat. V tomto případě je velmi důležitá spolupráce mezi canisterapeutem, fyzioterapeutem a jedincem. Role fyzioterapeuta je proto při polohování se psy nezastupitelná. Nevýhodou výzkumu autorka spatřuje v tom, že pro canisterapeuta je velmi obtížné získat osobní a anamnetická data jedince. Sama autorka nedostala souhlas k nahlédnutí do osobních údajů jedinců.

Canisterapie je velmi náročná jak pro canisterapeuta tak i pro psa. I pes musí opět nabrat fyzickou a psychickou sílu. Slabé stránky svého výzkumu spatřuje autorka právě v těchto dvou oblastech. Nebylo v jejích silách účastnit se canisterapií častěji. Jinak svůj výzkum hodnotí autorka kladně. Další slabé stránky výzkumu spatřuje autorka v tom, že canisterapie je velmi individuální a vždy se musí přizpůsobit daným možnostem jedince. Takže někdy obsáhlá příprava na terapii se musela měnit a pracovalo se jinak než byla autorka připravena.

Jinak během výzkumu neprobíhaly žádné neplánované události. A práce s jedinci se zdravotním postižením jí velmi bavila.

Jak uvádí odborná literatura evaluace a objektivizace výsledků canisterapie se postupně stává nedílnou součástí metody canisterapie a nutnou podmínkou pro další vývoj a zkvalitnění této metody. S tímto tvrzením může autorka jen souhlasit. Například organizace Helpes pod které spadají některé canisterapeutické týmy musejí svoji činnost dokumentovat a 1x za 3 měsíce zasílat dané organizaci zprávy z terapiích. Pokud by tak nečinily byly by vyřazeny z databáze Helpes, která mapuje činnost aktivních canisterapeutických týmů. Autorka se domnívá, že tímto se může práce canisterapeutických týmů jen zlepšovat a zkvalitňovat. Je velmi důležité, aby týmy byly vyškoleny odborníky na canisterapii.

Výsledky prvních vědeckých výzkumů byly zpracovány formou bakalářských, magisterských

či disertačních pracích. Autorka je ráda, že může být součástí těchto výzkumů a může tím přispět k upřesnění indikace canisterapie u jedinců se zdravotním postižením. Kvalitní výsledky výzkumů pomáhají k uznání canisterapie jako plnohodnotné podpůrné léčebné metody.

Autorka dále také hledala v některých dalších odborných pracích na podobné téma a zjistila, že většina autorů také potvrzuje pozitivní účinky canisterapie u jedinců se zdravotním postižením. Většina autorů popisuje účinky canisterapie u jedinců s kombinovaným, mentálním či tělesným postižením. Dále zkoumají vliv canisterapie většinou na jemnou a hrubou motoriku, posílení psychického stavu, rozvoj komunikace, relaxace, zklidnění. Autoři těchto prací dosahují podobných výsledků jaké můžeme najít i v této práci. Díky těmto pracím, které potvrzují podobné cíle je autorka spokojena se svým výzkumem. Výzkum o pozitivních účincích canisterapie potvrzují také autorky diplomových prací Dagmar Čížková a Veronika Mišutová. Potvrzení pozitivních účinků canisterapie můžeme také najít v odborné literatuře.

6 Doporučení pro praxi

Na základě získaných výsledků během výzkumu lze říci, že canisterapie má významný pozitivní vliv na jednotlivé jedince se zdravotním postižením, kteří jsou klienti Jedličkova ústavu v Liberci. U všech jedinců došlo ke zlepšení ve všech sledovaných oblastech. Autorka doporučuje canisterapii zařadit do nabídky služeb domova pro jedince se zdravotním postižením, dbát na pravidelnost návštěv a vést canisterapeutické plány u jednotlivých klientů. Konkrétní plány usnadní práci canisterapeuta a poslouží zaměstnancům zařízení jako ukazatel rozvoje jedince se zdravotním postižením. Dále může plán posloužit také jako inspirace pro další práci s jedincem.

Canisterapie je velice psychicky i fyzicky náročná jak pro canisterapeuta, tak i pro psa. Proto autorka doporučuje nezapomínat na tzv. welfare psa, což znamená v překladu blaho a prosperitu a aby pes i canisterapeut uměli odpočívat, relaxovat a tím nabírat síly na další terapie. Tato oblast je velice důležitá pro další práci.

Canisterapie je nákladná aktivita, proto autorka doporučuje vyhledat vhodné grantové výzvy podporující dané aktivity, dále by také bylo vhodné lépe informovat rodiče a zákonné zástupce o probíhajících terapiích.

Dále autorka doporučuje vytvořit v domově pro jedince se zdravotním postižením prostory pro canisterapii. Hlavně pro polohování, kdy dochází k relaxaci a zklidnění. U této aktivity je nezbytný klid a pohoda. Pro ostatní terapie postačí tělocvična či místnosti v centru denních služeb.

Autorka spatřuje také důležité, aby i canisterapeut byl součástí týmu zaměstnanců domova pro osoby se zdravotním postižením. Je velmi důležité, aby mezi sebou všichni, kteří jsou v přímé péči o jedince komunikovali. V praxi probíhá sdílení informací pouze na konkrétní canisterapii. Takže canisterapeut se dozví jen málo informací o daném jedinci. Tím by se vyřešilo i nahlížení do osobních dat jedince, ke kterým ve většině případů nemají canisterapeuté přístup. Bylo by vhodné, aby canisterapeut chodil i na setkávání pracovníků zařízení, které jsou věnovány individuálnímu plánování konkrétního jedince. I canisterapeut může být pracovnímu týmu přínosem. Může jim přinést nové poznatky a náměty jak s jedincem pracovat.

Dále také autorka doporučuje zvýšení informovanosti o canisterapii mezi zaměstnanci, rodiči, zákonnými zástupci i mezi veřejností.

Závěr

Bakalářská práce je rozčleněna do třech kapitol, kdy první dvě se zabývají teoretickými východisky a čtvrtá kapitola se zabývá vlastním výzkumem. První kapitola popisuje canisterapii a to především její definici, historický vývoj, metody a formy. Část je také věnována canisterapeutickému týmu a jeho zkouškám a dovednostem, které jsou potřebné k výkonu canisterapie. Ve třetí kapitole je popsán vlastní výzkum, který byl prováděn v Jedličkově ústavu v Liberci a je také popsán samotný průběh canisterapií. Výzkumný vzorek tvořili jedinci se zdravotním postižením, canisterapeutické týmy a zaměstnanci zařízení.

Cílem této práce bylo popsat účinky canisterapie v praxi a ověřit pozitivní účinky canisterapie. Na základě získaných výsledků během výzkum lze tedy říci, že canisterapie má významný pozitivní vliv na jedince se zdravotním postižením. Ve všech sledovaných oblastech, kterými byla jemná a hrubá motorika, komunikace a myšlení a psychický stav jedince lze říci, že došlo ke zlepšení. Pro naplnění cílů, které byly v práci stanoveny byly použity metody dotazník, rozhovor a kazuistika. Stanovené cíle byly tedy potvrzeny. Ke stanoveným cílům byly ještě vytvořeny dvě hypotézy na které odpovídaly zaměstnanci zařízení. Tyto dvě hypotézy, také jednoznačně přijaty. Ukázaly tak, že pro jedince se zdravotním postižením je canisterapie silnější motivačním činitelem než klasická rehabilitace a že jedinci se zdravotním postižením, které docházejí na canisterapii dosahují rychlejších pokroků, než jedinci, kteří se canisterapie neúčastní.

U canisterapie je velmi důležité, cviky a cvičení opakovat, aby měli ten správný účinek. Práce v domově pro osoby se zdravotním postižením je velice psychicky i fyzicky náročná jak pro canisterapeuta, tak i pro psa. Dále se autorka domnívá, že práce nejen s jedinci se zdravotním postižením je velmi křehká a jako k takové se k ní musím přistupovat. Časový harmonogram a náplň canisterapie se musí přizpůsobit momentálnímu stavu jedince a vždy se musí dbát na jeho potřeby, které by měly pro canisterapeuta být na prvním místě. Velkým úspěchem canisterapie je i nepatrný náznak zlepšení.

Canisterapie může znamenat pro jedince se zdravotním postižením obohacení programu, rozšíření prožitků a stimulaci k aktivitě, může ho naučit i novým dovednostem. Canisterapie tedy může být výrazným zvýšením kvality života jedince. Toto se může podařit při navázání

vzájemné interakce mezi jedincem, terapeutem a psem což se během průběhu canisterapie v domově pro osoby se zdravotním postižením podařilo.

Závěrem by autorka chtěla ještě říci, že pes není žádný sluha, nástroj nebo věc. Je to živý a velmi citlivý tvor, který má své potřeby a svá přání a jako k takovému, bychom k němu měli přistupovat.

Seznam použitých zdrojů

CANISTERAPEUTICKÉ CENTRUM ZLÍN, 2012. Co je to canisterapie. In: *Canisterapeutické centrum Zlín* [online]. [vid. 6. 8. 2012]. Dostupné z <http://www.canisterapie-zlin.cz/canisterapie.php>

CANISTERAPIE A JEJÍ VYUŽITÍ, 2011. Liberec: Podještědská smečka

ČÁKIOVÁ, Julie, 2014. Klasifikace zrakového postižení. In: *Národní informační centrum pro mládež*. [online]. [vid. 18. 5. 2016]. Dostupné z <http://www.nicm.cz/klasifikace-zrakoveho-postizeni>

ČÍŽKOVÁ, Dagmar, 2007. *Canisterapie v dětském stacionáři*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

FORMAN, Alan, NIEDERWIESER, Stephan, 2001. *Léčivá síla zvířat*. 1. vydání. Praha: IŽ, s.r.o. ISBN 80-240-2032-7.

GALAJDOVÁ, Lenka, 1999. *Pes lékařem lidské duše aneb canisterapie*. 1. vydání. Praha: Grada publishing. ISBN 80-7169-789-3.

GALAJDOVÁ, Lenka, GALAJDOVÁ, Zdeňka, 2011. *Canisterapie*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-1.

HAMADOVÁ, Petra, KVĚTOŇOVÁ, Lea, NOVÁKOVÁ, Zita, 2007. *Oftalmopedie*. 2. vydání. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-159-1.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ Helena, 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

HELPPES, 2016. Výňatek ze zkušebního řádu pro zkouška canisterapeutického psa. In: *Helppes* [online]. [vid. 18. 3. 2016]. Dostupné z <http://www.helppes.cz/wp-content/uploads/2012/11/Z%C5%98-V%C3%BD%C5%88atek-pro-ZCP.pdf>

KRAUS Josef, a kolektiv, 2005. *Dětská mozková obrna*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1018-8.

MICHALOVÁ, Zdeňka, 2008. *Speciální pedagogika 2. díl*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-80-7372-376-7.

- MIŠUTOVÁ, Veronika, 2013. *Canisterapie jako součást komplexní péče o uživatele denního stacionáře*. Diplomová práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, fakulta humanitních studií.
- NERANDŽIČ, Zoran, 2006. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. 1. vydání. Praha: Albatros. ISBN 80-000-1809-8.
- PIPEKOVÁ, Jarmila, et al., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.
- POMOCNÉ TLAPKY – CANISTERAPIE, 2016. Canisterapeutické desatero. In: *Pomocné tlapky* [online]. [vid. 18. 3. 2016]. Dostupné z <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/canisterapeuticke-desatero-11.html>
- RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDVÍKOVÁ, Libuše a kolektiv, 2006. *Speciální pedagogika*. 4. vydání. Olomouc: Papírtisk. ISBN 80-244-1475-9.
- SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978- 247-1733-3.
- STAŇEK, Stanislav, 2016. Welfare obecně. In: *Zootechnika* [online]. [vid. 18. 6. 2016]. Dostupné z <http://www.zootechnika.cz/clanky/zaklady-chovatelstvi/obecna-zootechnika/welfare/welfare-obecne-.html>
- ŠVARCOVÁ, Iva, 2011. *Mentální retardace*. 4. vydání přepracované. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.
- VÍTKOVÁ, Marie, 2006. *Somatopedické aspekty*. 2 rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.
- VELIMSKÝ, Miloš, ed., 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. ISBN 978-07-3221-096.
- ZIKL, Pavel, 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3856-7.

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Rozhovor

Příloha č. 3 Canisterapeutické desatero

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

Ověření účinků canisterapie u dětí s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením

Dobrý den,

chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který slouží pro účely mé bakalářské práce. Cílem výzkumu je ověřit pozitivní účinky canisterapie u dětí s různým typem postižení. Tento dotazník je určen canisterapeutům a je anonymní.

Dotazník se skládá převážně z uzavřených otázek a jeho vyplnění Vám nezabere více než 5 minut. Váš názor, jakožto odborníků na problematiku canisterapie je pro mě velmi důležitý.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

Jana Pavlíková

***Povinné pole**

Pohlaví *

- žena
- muž

Věk *

- do 25 let
- 26- 35 let
- 36- 45 let
- 46- 55 let
- 56- 65 let

- 65 a více let

Jak dlouho se canisterapii aktivně věnujete? *

- 0- 1 rok
- 2- 3 roky
- 4- 5 let
- 6- 10 let
- 11 a více let

Nejvyšší dosažené vzdělání *

- základní
- vyučen
- střední s maturitou
- vysokoškolské

Máte vzdělání v oblasti pomáhajících profesí? *

- ano
- ne

Vzdělání v pomáhajících profesích máte v oboru? *

- speciální pedagogika

- sociální pedagogika
- obecná pedagogika
- sociální práce
- psychologie
- zdravotnictví
- Jiné:

V jakém zařízení canisterapii provádíte? *

- základní škola speciální
- základní škola praktická
- ústav sociální péče
- domov pro seniory
- docházím za dětmi domů
- Jiné:

Pro děti s jakým typem postižení je canisterapie podle Vás nejpřínosnější? *

- mentální retardace
- kombinované postižení
- tělesné postižení

- sluchové postižení
- zrakové postižení
- epilepsie
- autismus
- duševní poruchy
- Jiné:

S jakým type postižení u dětí jste se setkal/a? *

- mentální retardace
- kombinované postižení
- tělesné postižení
- sluchové postižení
- zrakové postižení
- epilepsie
- autismus
- duševní poruchy
- Jiné:

Myslíte si, že má canisterapie významný podíl na rozvoji jedinců se zdravotním postižením? *

- určitě ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- určitě ne

Jaké metody canisterapie jsou podle Vás nejúčinnější u jedinců se zdravotním postižením? *

- AAA - aktivity za pomoci psa
- AAT - terapie za pomoci psa
- AAE - vzdělání za pomoci psa

Jak často je podle Vás optimální, aby měli jedinci se zdravotním postižením kontakt se psem? *

- každý den
- 2x do týdne
- 1x do týdne
- 2x za 14 dní

- 1x za 14 dní
- 1x za měsíc
- Jiné:

Zaškrtněte prosím jednu nebo více možností u daných pozitivních vlivů, zda souhlasíte, že se rozvíjí u jedinců s různým typem postižení *

- rozvíjí jemnou motoriku
- rozvíjí hrubou motoriku
- uvolňuje spasmy
- tlumí bolest
- rozvoj dotekové stimulace
- koordinace pohybů
- rozvoj komunikace
- relaxace
- zklidnění
- motivace k činnosti
- motivace k pohybu
- rozvoj myšlení

- rozvoj správných návyků (ke psům i k lidem)
- snížení změn nálad
- zmírnění negativismu
- rozvoj citových schopností
- Jiné:

Pozorovali jste nějaké další přínosy canisterapie? Prosím napište je:

Má podle Vás canisterapie i negativní vliv na jedince se zdravotním či kombinovaným postižením? *

- ano
- ne

Pokud jste předchozí otázku odpověděli ano, vypište jaká negativa

Máte-li jakékoliv další postřehy, připomínky či názory budu velmi ráda, když je vypíšete

Příloha č. 2

ROZHOVOR

1. Na jaké pozici působíte v tomto zařízení?

2. Jak dlouho pracujete na této pozici?

3. Jak jste se o canisterapii dozvěděli?

4. Víte kde všude se dá canisterapie využít?

5. Kde?

6. Jste spokojená s tím jak canisterapie u vás probíhá?

7. Jaká frekvence návštěv se Vám jeví jako optimální?

1. 1x týdně

2. 1x za 2 týdny

3. 1x za měsíc

4. 1x za čtvrt roku

5. 1x za pololetí

6. 1x za rok

8. Canisterapie se účastní převážně jedinci?

1. s mentálním postižením

2. s tělesným postižením

3. s kombinovaným postižením

4. jiné

9. Jak na canisterapii reagují jedinci s postižením a popřípadě a jejich rodiče?

1. jedinci se zdravotní postižením

2. jejich rodiče

10. Jak jste se dozvěděli o canisterapeutickém týmu?

11. Jste spokojeni s canisterapeutickým teamem?

- 1. ano
- 2. ne
- 3. nevím

12. Vidíte zlepšení fyzického stavu Vašich klientů?

- 1. ano
- 2. ne
- 3. nevím

Pokud odpovíte ano. Prosím popište jaké vidíte zlepšení psychického stavu.

13. Jsou tedy podle Vás jedinci po canisterapii více namotivované cvičit?

14. Pomáhá canisterapie uvolňovat spasmy?

15. Vidíte zlepšení psychického stavu Vašich klientů?

- 1. ano
- 2. ne
- 3. nevím

Pokud odpovíte ano. Prosím popište jaké vidíte zlepšení fyzického stavu.

16. Vidíte lepší pokroky mezi jedinci, kteří chodí na canisterapii než mezi jedinci, kteří se canisterapie neúčastní?

17. V jakých oblastech canisterapie nejvíce působí?

18. Co si podle Vašeho názoru klienti z canisterapie odnáší?

Canisterapeutické desatero

(aneb co by měl správný canisterapeut dodržovat)

1. Před vstupem do zařízení je pes čistý (srst, tlapky) a upravený (v případě nepříznivého počasí nosíme sebou vždy hadřík, ručník na utření) = hygiena psa.
2. Pes je každoročně komplexně přeočkován (parvoviroza, leptospiroza, psinka, vzteklna,...) a minimálně 2x ročně odčervován (doložit očkovacím průkazem) – jen zdravý pes může pracovat.
3. Canisterapeut se v zařízení přezouvá, je vždy čistě oděn, upraven.
4. Pes má vždy v zařízení k dispozici misku s vodou.
5. Doporučení: Uzavření písemné smlouvy se zařízením (datum, čas návštěvy,...). Záleží na vzájemné dohodě.
6. V zařízení: před první návštěvou se prokáže platným Certifikátem canisterapeutického týmu, Očkovacím průkazem psa. CT tým je označen – psovod tričkem a pes košílkou.
7. Se psem pracuje canisterapeut pouze tehdy, je-li pes i psovod v optimální fyzické a psychické kondici.
8. Canisterapeut nikdy nezůstává s klientem při práci o samotě. Trváme na přítomnosti odpovědného personálu a dbáme jejich pokynů.
9. Canisterapeut od psa neodchází, nenechává ho v žádném případě s klientem, ani s personálem samotného (za svého psa nese zodpovědnost psovod).
10. Jeví-li pes známky únavy, pes neochotně pracuje (je nervozní, těkavý) canisterapii ihned ukončíme a věnujeme mu prostor pro odpočinek, regeneraci sil, vyběhání na bezpečném místě (pes po terapii v klidu načerpá síly) (Pomocné tlapky, 2016).