

Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích
katedra pedagogiky a psychologie

**VYUŽITÍ CANISTERAPIE U DĚTÍ S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU
PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU**

Bakalářská práce

Adéla Vojtěchová

Vedoucí práce

PaedDr. Helena Havlisová, Ph.D.

České Budějovice

2007

Děkuji vedoucí bakalářské práce PaedDr. Heleně Havlisové Ph.D. za rady, připomínky a metodické vedení práce.

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci vypracovala zcela samostatně a veškerou literaturu jsem uvedla v seznamu použité a citované literatury.

Anotace

Pes je jedním z nejoblíbenějších domácích zvířat. Hlídá, chrání, loví, zachraňuje, zúčastňuje se sportovních aktivit svého pána, vodí slepé a jako asistent spolupracuje se zdravotně postiženými. Pomáhá při výchově dětí, učí je plnit povinnosti a nemyslet jen na sebe. Je nám partnerem ve hře, ale i v nemoci a těžkých životních situacích, zlepšuje naši fyzickou i psychickou kondici a schopnost sociální komunikace, miluje nás bez nároku na honorář. Základním principem léčebného využití psa je probuzení autoterapeutických schopností člověka, pes je vlastně určitou motivací k pozitivnímu myšlení. Cílem této práce je zjistit, jaký vliv má canisterapie na děti předškolního a mladšího školního věku, trpící dětskou mozkovou obrnou, pro něž se pes mnohdy stává prostředníkem, díky kterému postupně navazují kontakt se světem kolem sebe.

Dog is one of the most popular pets. It patrols, defends, hunts, rescues, it takes part in sports activities of its master, guides blind men and as an assistant cooperates with handicapped people. Dog helps with upbringing of children, teaches them performing duties and not thinking only about themselves. It is our mate in the game and in the illness or hard life circumstances too, it makes our physical and psychical condition better, dog loves us without pretension to fee. The main principle of the medical using of dogs is exuding of auto-therapeutic capabilities of man, the dog is as a matter of fact the motivation to the positive thinking. The aim of that work is to find out what kind of influence canine therapy has to the pre-school children and children of the young school age who are suffering from child's cerebral palsy, for who the dog becomes the only in-between which helps them to contact with the world around them.

Obsah

Úvod	1
Část teoretická	2
1. Zooterapie (animoterapie)	2
1.1 Vysvětlení pojmu canisterapie	5
1.2 Historie a současnost canisterapie	8
1.3 Současný stav canisterapie v ČR	10
1.4 Canisterapeutická asociace (CTA)	10
1.5 Canisterapeutické metody	11
1.5.1 Animal assisted activities	12
1.5.2 Animal assisted therapy	13
1.5.3 Animal assisted education, Animal assisted research	16
1.6 Canisterapeutický pes	16
1.7 Využití canisterapie u dětí s DMO	19
2. Dětská mozková obrna	19
2.1. Vymezení pojmu DMO	19
2.2. Péče o pacienty s DMO	21
2.3. Léčba pacientů a DMO	23
2.3.1. Rehabilitace-léčebně pohybové prostředky	23
2.3.2. Ortopedická léčba	25
2.3.3. Nový postup	25
2.3.4. Komplementární a alternativní způsoby léčby	26
2. Mentální retardace	27
2.1. Vymezení pojmu mentální retardace	27
2.2. Etiologie mentální retardace	28
2.3. Klasifikace symptomů mentální retardace podle věku dítěte	29
2.4. Klasifikace a projevy mentální retardace	30
3. Předškolní dítě	33
3.1. Vývojová charakteristika dítěte v předškolním věku	33
3.2. Vývoj schopností dítěte v předškolním věku	34
3.2.1. Motorika dítěte	35
3.2.2. Řeč dítěte	35
3.2.3. Kognitivní vývoj dítěte	36

4. Dítě mladšího školního věku	37
4.1. Vývojová charakteristika dítěte mladšího školního věku	37
4.2. Školní zralost	38
Část praktická	40
1. Charakteristika výzkumného záměru	40
2. Cíl šetření	41
3. Použité metody	41
3.1 Metoda pozorování	42
3.2 Dotazníková metoda	43
4. Popis šetření	44
5. Výsledky a jejich interpretace	46
5.1 Použité dotazníky	47
5. Shrnutí	54
6. Závěr	56
Použitá literatura	58

Úvod

Téma mojí práce, tj. využití canisterapie u dětí s dětskou mozkovou obrnou, jsem si zvolila zejména proto, že se sama věnuji kynologii a jsem přesvědčena u psů při léčbě a rehabilitaci nemocných či postižených lidí. V průběhu psaní práce jsem dokonce začala sama vychovávat canisterapeutického psa, čímž jsem se problematice ještě více přiblížila. V poslední době se v ČR objevilo mnoho nových sdružení, která se canisterapií zabývají, nicméně studií, které by zkoumaly její efektivitu, je pomálu. To je také hlavním důvodem, proč jsem se rozhodla pro toto téma. Jsem přesvědčena o pozitivním působení psa na člověka, domnívám se, že skutečně dokáže nemocné motivovat k aktivizaci autoterapeutických schopností a navodit pozitivnější myšlení, což usnadňuje léčebný proces.

Ve své práci jsem se zaměřila na děti s dětskou mozkovou obrnou, u nichž je program canisterapie pravidelně aplikován a pomocí dotazníků a pozorování jsem zkoumala, má-li na ně tento proces vliv, ať už negativní, či pozitivní. Sledovala jsem práci vyškolených canisterapeutů a jejich psů, kteří prošli canisterapeutickými zkouškami a stali se z nich praví profesionálové. Při tomto pozorování jsem pořídila fotodokumentaci, kterou příkládám v příloze.

Úkolem mé bakalářské práce je přispět ke zjištění, jaký vliv má vlastně canisterapie na děti s diagnózou dětské mozkové obrny. Doufám, že v nejbližší době se toto pole alternativního způsobu léčby rozšíří o nové terapeuty a jejich čtyřnohé asistenty. Vždyť jiná forma canisterapie, jako jsou vodící a asistenční psi, je již u nás zcela běžná.

ČÁST TEORETICKÁ

1. Zooterapie (animoterapie)

„Zooterapie je oborem, který se v ČR konstituuje po roce 1989. Ustanovuje se velmi pozvolna a tento proces provází řada negativních aspektů, které obor diskreditují. Patří k nim minimum vědeckých poznatků a výzkumů, které tvoří základ každého oboru, nedostupnost odborné literatury, nejasná terminologie, opakované prezentování malého množství faktů, které jsou většinou zastaralé.“ (Mojžíšová, 2003)

V českém jazyce neexistuje zvláštní pojmenování metody využití zvířete jako léčebného prostředku pro člověka. Anglosaská literatura používá označení „léčení prostřednictvím domácích miláčků“. Domácím miláčkem však může být zvíře takřka každé, volba závisí jen na regionálních zvyklostech, ať už se jedná o zvířata běžně domestikovaná, jakými jsou třeba kočky, psi, či koně, nebo o tvory, jakými jsou hlodavci, hmyz, obojživelníci. Domácím miláčkem může být i rostlina, pěstovaná v květináči. Terapeutický význam zvířat a rostlin při léčení nemocí někteří lékaři a léčitelé příliš přeceňují, jiní jej naopak zcela zavrhnou. Pravda je nejspíš, jako vždy, někde uprostřed, a proto je rozumné nepřiklánět se neomezeně jenom k jedné z obou stran. Faktem zůstává, že zvířata i rostliny stále dokazují, že nám pomoci umí a na nás je, abychom se to naučili správně a efektivně využívat.

Člověk, který chová zvířata, za ně přebírá plnou odpovědnost. Zvířata jsou odkázána na svého pána, jsou na něm závislá. To zvyšuje sebevědomí a sebeúctu chovatele. Tím, že jsou chovatelé nuceni vyhovět potřebám zvířat – umožnit jim pohyb ve volném prostoru, v přírodě, krmit je, hrát si s nimi, ošetřovat je v nemoci, starat se o jejich denní hygienu – zlepšují si fyzickou kondici a zvyšuje se jejich schopnost postarat se o sebe ve vyšším věku. S domácími zvířaty je vždy možné nějak komunikovat, jsou také častým námětem rozhovorů mezi jejich chovateli, čímž zlepšují kolektivní psychickou atmosféru například

v domovech důchodců, ústavech sociální péče, zdravotnických zařízeních různého typu a domácnostech. Protože zvířata vyžadují dodržování pravidelného rytmu, nutí tak k němu i své majitele, či osoby s tělesným nebo duševním handicapem. Ti pak vytvářejí cílevědomou, soustředěnou činnost a to bez ohledu na věk. Zvířata nejsou tak náladová, jako lidé, a proto kladně ovlivňují psychický a fyzický stav člověka. Vědecké výzkumy tuto skutečnost opakovaně potvrdily. Chovaná zvířata mohou mít antidepresivní účinek, protože dokážou milovat člověka naprosto nepředstíranou a nezištnou láskou, kterou dávají takřka neustále najevo. Když vyzývají ke hře, vynucují si pozornost a zmírňují tak psychické napětí a úzkost. Zároveň se tak snižuje psychická a fyzická náročnost, kladená na personál a rodinné příslušníky, což významně snižuje náklady na léky. Přítomnost zvířat v ústavech sociální péče a domovech důchodců zmírňuje také potíže s adaptačním stresem nově příchozích klientů a ty, kteří v těchto domovech pobývají dlouhodobě, motivují zvířata k aktivnímu způsobu života, takže je zde sociální klima méně napjaté. Celkově se zlepšuje především komunikace uzavřené komunity klientů s vnější světem. Těžce postižení a nepohybliví lidé mají více přímých kontaktů s okolím, nejsou tak odkázáni pouze na televizi nebo rozhlas. Veškeré dění se odpoutává od minulosti do přítomnosti a směřuje k budoucnosti. Společné zážitky klientů a ošetřujícího personálu upevňují a polidšťují vztahy, vedou ke zvýšení odpovědnosti klientů, odvádějí je od závislosti na druhých.

Do všech ústavů sociální péče a domovů důchodců lze přivést zvíře v rámci návštěvních programů. Ústavy také mohou rozhodnout o vlastním chovu některých zvířat, nebo vytvořit podmínky pro to, aby klienti mohli být přijati i se svým zvířetem, které je součástí jejich života a na něž jsou vázáni.

V České republice je návštěvní program zpravidla organizován *sdruženími*, která se touto problematikou zabývají. Jde o smluvní vztah mezi organizací a sdružením s jasně stanovenými pravidly, která vyjadřují především podmínku, že zvíře nesmí nikomu ublížit ani jinak uškodit, nesmí být nemocné. Důležitou součástí smlouvy je i nepopiratelný fakt, že za zvíře zodpovídá majitel

a že za žádných okolností nesmí docházet k týrání zvířat ze strany personálu ani klientů ústavu.

Mezi nejvyžívanější zvířata pro animoterapii patří psi a kočky, neboť se s nimi díky jejich velikosti a nárokům dá pracovat více individuálně, než například s koňmi. Psi a kočky bývají dobře srozumitelní i městskému člověku. Náklady na jejich pořízení a péči o ně nebývají tak vysoké a navíc jsou do určité míry vycvičitelní a vychovatelní. Zatím nedoceněni jsou králci, morčata a jiní drobní hlodavci, kteří sice nejsou fixováni na člověka, ale i přesto mohou v animoterapii poskytnout člověku cenné služby. Dokážou poskytnout příležitosti ke kontaktu například při denním čištění a krmení, což zlepšuje sociální kontakty mezi klienty a personálem a uvnitř klientské skupiny. U nepohyblivých pacientů bývají v nemalé míře využívány akvarijní rybky, popřípadě ptáci v kleci.

První ucelené a přísné standardy pro léčebné využití psů v České republice byly vytvořeny ve sdružení Pomocné tlapky ve spolupráci se Svopap s.r.o., což je vzdělávací centrum s akreditací Ministerstva školství České republiky pro rekvalifikaci v oboru chovatelství zvířat, canisterapie a chovu, výcviku a úpravy psů, které provádí kurzy pro chovatele exotických zvířat, pro pracovníky zoologických zahrad, ošetřovatele koní, chovatele psů a canisterapeutické instruktory. V České republice existují již řadu let různá střediska a centra, kde se provádí canisterapie a hipoterapie na vysoké úrovni. (srv. Mojžíšová, 2003)

1.1 Vysvětlení pojmu canisterapie

Název canisterapie se vžil jako označení způsobu terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pojem zdraví je zde myšlen

jako stav psychické, fyzické a sociální pohody. Jinak lze canisterapii definovat jako *Animal Assisted Activities* (Aktivity se zvířaty) a *Animal Assisted Therapy* (Terapie se zvířaty) prováděné s jedním živočišným druhem.

Canisterapie klade důraz především na řešení problémů psychologických, citových a sociálně integračních a působení na fyzické zdraví člověka je u ní druhotné a zahrnuje spíše složku motivace k rehabilitaci a povzbuzení imunity prostřednictvím psychiky.

„Canisterapie se uplatňuje zejména jako pomocná (podpůrná) psychoterapeutická metoda při řešení různých situací, kdy jiné metody selhávají nebo je nelze použít. Například při navazování kontaktu s obtížně komunikujícími pacienty a při práci s emocionálně poškozenými a citově deprivovanými dětmi, autistickými dětmi, mentálně postiženými, smyslově postiženými, u některých psychiatrických diagnóz (úzkost, deprese, fobie), v logopedické a rehabilitační praxi (zde zejména jako motivační prvek), jako socioterapie a psychoterapie tělesně postižených či jinak handicapovaných, při výskytu apatie, naučené bezmocnosti – postoje „já nemohu“ u chronicky nemocných a zdravotně postižených, nemocných dětí (zejména dlouhodobě – neurologicky, onkologicky, úrazy ap., ale i krátkodobě – při špatné adaptaci na pobyt v nemocnici, strachu z operace nebo vyšetření, špatné spolupráci ze zdravotním personálem), jako součást komplexní terapie v geriatrii (demence, Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, deprese, maladaptace, ztráta důvodů k žití,...).“ (Galajdová, 1999)

První dokumentované užití zvířat jako léčebné terapie je zaznamenáno v 9. století v Gheelu v Belgii, u zdravotně postižených.

V 90. letech 18. století byla v Anglickém Yorkshiru založena Společností přátel klinika York Retreat pro *duševně nemocné*. Iniciátorem založení byl William Tuke, obchodník s čajem, který byl velmi pohoršen dosavadními léčebnými metodami a zacházením s pacienty v tehdejších blázincích. Na klinice York Retreat s pacienty soucítili, zajímali se o ně, pečovali o ně s láskou a porozuměním, vyjadřovali jim svou důvěru. Součástí programu byla také péče

o nejružnější zvířata, zejména o králíky, drůbež, s cílem naučit pacienty zodpovědnosti péči o tvory, kteří jsou na nich závislí.

V roce 1867 – 75 zahájil svou činnost další ústav Bethel v Bielfeldu v Německu a zvířata, zejména psi, kočky, ptáci a koně, se stala od počátku jeho samozřejmou součástí.

První použití zvířat v *nemocnicích* v USA se podle dochovaných zpráv odehrálo roku 1919, kdy bylo navrženo použití psů jako „kamarádů ke hrám“. Druhé známé použití zvířat v amerických nemocnicích se odehrávalo ve spolupráci s Červeným křížem ve 40. letech v sanatoriu pro válečné letce zraněné za druhé světové války. V New Yorku tehdy zvířata úspěšně pomáhala udržovat mysl rekonvalescentů v aktivitě a odváděla mysl od válečných událostí a vlastních zranění. (srv. Nerandžič, 2006)

V šedesátých letech byly učiněny další pokroky při vývoji terapeutických programů se zvířaty pro *zdravotně postižené* a v roce 1966 založil Erling Strodahl, sám nevidomý, spolu se svou manželkou Annou v centrálním Norsku *rehabilitační centrum pro zdravotně postižené*– Bietostolen. Vedle fyzioterapie a sportu se jeho důležitou součástí stali psi a koně.

Úsilí začlenit zvířata do *klinické psychologie*, vynakládané od 2. světové války, bylo v 70. letech korunováno úspěchem Borise M. Levinsona. Americký dětský psycholog z university Yeshiva objevil takřka náhodou, že zvířecí společník může být velmi cenným spoluterapeutem *emocionálně narušených* dětí. Zároveň ovšem požadoval seriózní výzkum této oblasti ke stanovení přesných hranic a zásad terapie a doporučoval, podle jakých kritérií vybírat a cvičit zvířata vhodná pro tuto práci.

Se stoupající profesionalitou terapeutů se v 80. letech začalo rozlišovat mezi tzv. *Animal Assisted Activities* (AAA – činnosti za účasti zvířat) a *Animal Assisted Therapy* (AAT – terapie pomocí zvířat) a dříve používané termíny „pet therapy“ a „pet-facilitated psychtherapy“ byly opuštěny, protože navozovaly představu, že k terapii může být použito jakékoli zvíře. Výběr zvířat se zpřísnil a byly vypracovány metodiky o výchově a výcviky terapeutických zvířat. Také bylo zavedeno školení terapeutů, zkoušky jejich znalostí a zkoušky povahy

a dovedností užívaných zvířat. Zlepšila se spolupráce s lékaři, psychology, logopedy, etology a kynology, začaly se vést přesné záznamy o průběhu a výsledcích terapií se zvířaty, takzvané canisterapeutické deníky. Metoda začala být objektivně hodnocena a univerzální výzkumy pro ni nacházely další možnosti uplatnění.

V roce 1990 vznikla *mezinárodní asociace IAHAIO* (International Association of Human-Animal Interaction Organizations), 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 a zlepšuje informovanost laické i odborné veřejnosti o dané problematice. (srv. Eisertová, 2005)

1.2 Historie a současnost canisterapie

První projevy moderního, vědeckého zájmu se datují do začátku 60. let minulého století, avšak skutečným průlomem byl rok 1969, kdy americký dětský psycholog B. Levinson objevil vlastně náhodou, že zvířecí společník (v tomto případě to byl pes - Retriever) může být velmi cenným spoluterapeutem emocionálně narušených dětí. Na základě tohoto úspěchu podněcoval Boris Levinson začleňování pečlivě vybraných zvířat do dětské psychoterapie k usnadnění a urychlení terapeutického procesu. Díky tomuto úspěchu se pozornost lékařů i veřejnosti obrátila k problematice zvířecí terapie. Na základě této skutečnosti se na toto téma konal v Londýně v roce 1980 1.kongres a v roce 1982 stanovil B. Levinson metodologické zásady této vědní disciplíny.

Pokud jde o zooterapii v ČR, zlomovým okamžikem byla pro ČR konference v Ženevě (jenž prezentovala výsledky výzkumů zaměřené na interakci mezi zvířaty a lidmi) v roce 1995 pořádaná IAHAIO. Zde měli zástupci ČR poprvé možnost seznámit se blíže s problematikou a získat tolik potřebnou literaturu a kontakty. Další dosti přínosnou pro přijetí těchto terapií médií a širším okruhem veřejnosti bylo uspořádání 8. světové konference IAHAIO v roce 1998 v Praze

(zde se za ČR prezentovaly L. Galajdová a J. Lacinová). V roce 2001 byla uspořádána 9. mezinárodní konference pod patronátem organizace IAHAIO v Riu de Janeiru, kam byl za ČR delegován M. Svoboda, děkan Veterinární a Farmaceutické Univerzity v Brně. Poslední 10. mezinárodní konference pořádaná světovou organizací IAHAIO se konala v roce 2004 ve skotském Glasgow, kde naším zástupcem byla A. Mojžíšová. Naše republika je členem organizace IAHAIO prostřednictvím asociace AOVZ.

Další rozvoj canisterapie v ČR je možné datovat do roku 1997, kdy vznikla pod vedením L. Galajdové Canisterapeutická společnost. L. Galajdová obdržela od J. Lacinové metodiku tzv. „návštěvního programu“, získanou od manželů Holgateových z Toronta na školení v roce 1997 v Prievidze, s níž začala L. Galajdová po celé ČR velmi úspěšně pracovat. Canisterapeutická společnost u nás také zavedla první systém udělování terapeutických atestů pro psy. Mezi léty 1999 - 2001 došlo k neočekávanému odjezdu L. Galajdové do Belgie a také postupnému rozpadu Canisterapeutické společnosti.

„V té době došlo k obrovskému kroku kupředu díky Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity (dále jen ZSF JU), jež navázala kontakt s paní Gerdou Fischer z německého centra Mensch und Tier Verein der tiergestützten Therapie e.V. Viesecke, která jako soudkyně pro udělování atestů pro canisterapeutické týmy prozkoušela a udělila certifikát jednomu týmu z výcvikového canisterapeutického sdružení Hafík v ČR, které vzniklo v roce 2001 za účelem profesionálně prováděné canisterapie v ČR a tím byl nastartován další vývoj canisterapie v ČR.“ (Eisertová, 2005)

V roce 2001 – 2002 v ČR začínají vznikat a působit sdružení se zaměřením na canisterapii, výcvik canisterapeutických týmů a výcvik asistenčních psů. V současné době jsou jednotlivé canisterapeutické společnosti a sdružení v ČR již pevně zakotveny a většina je členy zastřešující canisterapeutické organizace CTA, která vznikla 27.6. – 1.7. 2003 na Mezinárodním semináři o zooterapiích v Brně a 21.11.2003 byla CTA zaregistrována u Krajského úřadu Jihomoravského kraje. První valná hromada proběhla 25.11.2003 v rámci semináře o zooterapii, který každoročně pořádá ZSF JU v Hluboké nad Vltavou a

zatím poslední valná hromada se uskutečnila 29.12.2005 v Brně.

Také podoby a způsoby provádění canisterapie zaznamenaly aktivní vývoj. Problematické zůstává velmi široké použití termínu canisterapie. Canisterapií je nazývána i interakce mezi klienty a psy, která nesplňuje základní pravidla terapie (např. stanovení cílů, dokumentace, hodnocení, účast odborného pracovníka). Především tyto skutečnosti ztěžují uznání canisterapie jako kvalifikované léčebné metody. Jako řešení se nabízí v zahraničí již zažitě rozdělení na aktivity asistované psy (AAA) a na terapii asistovanou psy (AAT). Velmi přínosným jevem ve vývoji odborné canisterapie je mimo jiné každoroční pořádání odborných seminářů a konferencí jak pod záštitou CTA tak i ZSF JU. Další z pozitivních skutečností je stále se zvyšující počet výzkumných studií studentů různých typů škol a stále častější zařazení předmětu zooterapie do osnov jednotlivých škol.

1.3 Současný stav canisterapie v ČR

Canisterapie od svého vzniku, který lze datovat rokem 1993 prochází stále energickým vývojem. V ČR probíhá v současné době velmi důležité období. Především dochází k navázání spolupráce mezi jednotlivými členskými organizacemi Canisterapeutické asociace (CTA) díky každoročním odborným konferencím zaměřeným na problematiku zooterapie i k hlubší spolupráci mezinárodní, dále pak k tvorbě pravidel a metodik bez kterých není možné zajistit odbornost a kvalitu v praktickém provádění canisterapie, dochází také k publikaci odborných prací, článků a jednotlivé praktické metody canisterapie jsou dokumentovány vědeckým výzkumem.

1.4 Canisterapeutická asociace (CTA)

Canisterapeutická asociace, „je zájmovým sdružením právnických osob, jehož posláním je zastřešovat canisterapeutické organizace v ČR, metodicky je řídit a školit, jakož i pracovat na vytváření jednotných normativů pro praktickou činnost“ (Eisertová, 2005). Myšlenka na založení a vytvoření byla vyřčena na mezinárodním semináři o zooterapiích, který se pod záštitou sdružení Filia a doktorky Lacinové konal 27. 6. až 1.7.2003. Tento seminář se konal především za účelem vytvoření zastřešující organizace a přijetí obecně závazných pravidel pro provozování canisterapeutické praxe v České republice.

V současné době již Canisterapeutická asociace splnila některé ze svých základních úkolů a cílů :

Byla vytvořena metodika canisterapie (respektive metodiky aktivit se psem). Tento materiál byl již ve své konečné podobě rozšířen mezi všechny členské organizace, kde slouží jako doporučený podklad ke kvalitní a odborné práci jednotlivých členských organizací.

Ministerstvo zdravotnictví se k žádosti CTA o registraci canisterapie vyjádřilo tímto způsobem: „Ministerstvo zdravotnictví ČR chápe canisterapii jako formu podpůrné rehabilitace, nikoli jako samostatnou léčebnou metodu. Canisterapii jako takovou zaštitěnou Canisterapeutickou asociací Ministerstvo zdravotnictví akceptuje.

Úkol, pracovat na doporučení odborných společností je stále v realizaci. Jedním z posledních úkolů, ale vesměs je to i naším přáním, vytvořit zde takové podmínky, abychom po vzoru vídeňské univerzity mohli následovat její postup a otevřít, jako ona, nový studijní obor – zooterapie.

Dlouhodobým cílem CTA je stát se organizačním i odborným garantem jakékoliv canisterapeutické činnosti.

1.5 Canisterapeutické metody

„AAA (Animal Assisted Activities) poskytují příležitost pro motivační, výchovný, odpočinkový nebo terapeutický prospěch zaměřený na zvýšení kvality života klienta, odehrávají se v různých terapeutických prostředích a jsou vedeny speciálně vyškoleným profesionálním odborníkem nebo dobrovolníkem za účasti speciálně vyškolených zvířat.

AAT (Animal Assisted Therapy) je cílená intervence, při které je zvíře nedílnou součástí terapeutického procesu. Je poskytována a vedena zdravotnickým profesionálem se speciálními odbornými znalostmi.

Hlavní rozdíl mezi oběma skupinami je, že zatímco výsledky AAA je možno vyjádřit pouze v pojmech radosti, spokojenosti a štěstí, výsledky AAT jsou objektivně pozorovatelné a měřitelné. Cílem AAT může být posílení žádoucího chování nebo utlumení nežádoucího chování. Například léčení fobií nebo nácvik nových dovedností.“ (Galajdová, 1999)

1.5.1. Animal Assisted Activities (AAA)

Zvířaty asistované aktivity, aktivity za přítomnosti zvířete (dále jen AAA). Tyto aktivity poskytují především příležitost pro motivační, výchovný, odpočinkový či terapeutický prospěch zaměřený na zvýšení kvality života klienta. Tyto aktivity jsou poskytovány v různých prostředích a jsou poskytovány profesionálem nebo dobrovolníkem za účasti speciálně vybraných zvířat.

Charakteristika:

Není zde naplánovaný speciální léčebný cíl pro každou návštěvu, dobrovolníci nevyžadují od ošetřujícího personálu detailní pozornost, také dokumentace ve srovnání s Animal Assisted Therapy – terapií (dále jen AAT) bývá minimální, návštěva je spontánní a další návštěva je dohodnuta dle potřeby, hodnota AAA je především v pocitech psychické pohody v prožívání emočně libých prožitků a spokojenosti. *Cílem AAA je především přinést*

klientům novou zkušenost, potěšit je a poskytnout další libé pocity spojené s přítomností zvířete, jako motivačního prvku.

AAA lze rozdělit na formy

pasivní, kde nejjednodušším způsobem je například umístění akvária do společenské místnosti ústavu, pozitivní efekt je již v pouhé přítomnosti zvířete

interaktivní, kdy dochází k vzájemné interakci mezi klientem a zvířetem

forma rezidentní, kdy je zvíře trvale umístěno v zařízení, pečují o něj klienti nebo personál (tato rezidentní forma vyžaduje důkladné zvážení při výběru zvířete v závislosti na uspokojení jeho základních potřeb a pečlivou přípravu ze strany personálu

forma návštěvní, kdy do zařízení dochází v pravidelných intervalech dobrovolník se svým zvířetem či skupina dobrovolníků (nejčastěji jednou týdně na 40 minut až jednu hodinu), tato forma je v zařízeních s náročnou ošetrovatelskou péčí vítanější .

1.5.2. Animal Assisted Therapy(AAT)

Terapie pomocí zvířat, zvířaty asistovaná terapie. Tato forma podporuje především fyzické, emocionální, sociální a kognitivní funkce. Je poskytována a vedena zdravotnickým profesionálem se speciálními odbornými znalostmi, který pracuje nejčastěji v rámci své profese. Jde o cílenou intervenci, kdy zvíře je nedílnou součástí terapeutického procesu. Jsou zde stanoveny specifické individuální cíle a pokrok je měřen a zaznamenáván. Nutná je dokumentace o průběhu jednotlivých terapií. Přínosem je také aktivní komunikace mezi dobrovolníkem a terapeutem či ošetřujícím lékařem. Jedná se především o komunikaci zaměřenou na sestavení plánu a vytyčení jednotlivých cílů pro zlepšení konkrétní schopnosti klienta.

AAT může mít formu individuální či skupinovou. Cílem AAT je často posílení žádoucího chování nebo utlumení chování nežádoucího (například

léčení fobií nebo nácvik dovedností, jako mluvení, zvýšení koncentrace či chůze).

Charakteristika AAT

Specifické léčebné cíle jsou zde stanoveny a vytvořeny speciálně pro každého klienta individuálně.

Pokrok je měřen a průběh canisterapie je podrobně dokumentován.

Příklady léčebných cílů AAT programu

V oblasti tělesné: zlepšení jemné motoriky, zlepšení sebeobsluhy, zlepšení obratnosti (kolečkové křeslo), zlepšení rovnováhy, uvolnění spasmů atd..

V oblasti mentální: zvýšení verbálních interakcí, (jak mezi členy skupiny, tak při individuálním kontaktu), zlepšení schopnosti koncentrace, potlačení negativistických pocitů, snížení projevů agrese, redukce úzkosti a osamělosti, zvyšování sebeúcty a sebedůvěry, smysluplné a hodnotné trávení volného času.

V oblasti vzdělávání: rozšiřování slovní zásoby, zlepšení činnosti dlouhodobé i krátkodobé paměti, rozvoj sociálního cítění, zlepšení abstraktního vnímání, orientace v prostoru, trénování dílčích činností jako jsou čísla, barvy, tvary.

V oblasti motivace: zlepšení zapojení do skupinových aktivit, zlepšení interakce s druhými klienty, ošetřovateli, rodiči atd., zvýšení spolupráce na léčbě.

Základní rozdíly mezi AAA a AAT

Jak odborná literatura uvádí je velmi těžké rozlišit mezi AAA a AAT. Důležité v tomto výčtu je, aby AAT splňovala tři níže uvedené charakteristiky:

- ✓ AAT je řízena profesionálem nebo je odborník vždy v průběhu terapie přítomen. Touto osobou může být např. rehabilitační pracovník, fyzioterapeut, učitel, zdravotní sestra, sociální pracovník,

logoped, lékař atd. Pes je buď terapeuta nebo dobrovolníka. V případě ČR bych k tomuto výčtu přidala základní podmínku a to, že dobrovolník/canisterapeut se svým psem (tedy v našem případě canisterapeutický tým) je otestovaný, vlastní certifikát a je pojištěn.

- ✓ AAT má stanoven cíl. Je zde úzce specifikován požadavek čeho chceme dosáhnout.
- ✓ Každá návštěva canisterapeutického týmu má tedy určitý cíl či cíle a průběh každé návštěvy je dokumentován. Sezení je zaznamenáváno na video nebo je pořizována fotodokumentace. Veškeré poznámky o průběhu sezení se zapisují do terapeutického deníku.

Prospěch AAA/AAT

Z výčtu pozitivních a prospěšných atributů, které AAA/AAT přináší lze zmínit empatii, sebehodnocení, výchovu, vztah, akceptaci, zábavu, socializaci, mentální stimulaci, tělesný kontakt, fyziologický užitek atd.

V některých případech AAA/AAT nemusejí přinášet užitek, jedná se například o alergie klienta, strach ze psů, pes může být zdrojem rivality a soutěživosti ve skupině, personál není schopen se podílet na zajištění AAA/AAT, není zaručeno základní welfare zvířete atd.

1.5.3. Animal Assisted Education – AAE, Animal Assisted Research – AAR

Mezi základní pojmy běžně používané v oblasti zooterapie v zahraničí patří bezesporu Animal Assisted Education – AAE, výuka s přispěním zvířat. Termín Animal Assisted Research – AAR, výzkumná činnost za asistence zvířat nebo výzkumná činnost s přispěním zvířat, zmínila na Mezinárodním semináři o zooterapiích v Brně v roce 2004 H. Vízdalová, jako vhodný ekvivalent

k doplnění základní terminologie používané v oblasti zooterapie.

1.6 Canisterapeutický pes

První využití psa jako pomocníka handicapovaným lidem přinesla první světová válka. V tomto období se v Německu začíná s výcvikem psů pro vojáky, kteří přišli v boji o zrak a například ve Francii a v USA byli psi používáni při rehabilitaci válečných zranění.

Zhruba před 20 lety je patrný nárůst trendu psa pomocníka, postupně se začínají cvičit psi, jako pomocníci pro nevidomé, vozíčkáře, neslyšící a v současné době i pro epileptiky.

Dnes rozlišujeme v ČR několik základních oblastí využití psů ve zdravotně sociální oblasti:

a) Servisní psi

Psi asistenční jsou speciálně cvičení psi jejichž úkolem je pomáhat lidem s tělesným postižením většinou, ale ne výlučně, vozíčkářům.

Důležitým aspektem je mimo jiné soulad budoucího asistenčního psa a jeho budoucího pána. Přihlíží se na povahové vlastnosti psa, schopnosti psa a potřeby klienta. Tito psi jsou také schopni z části nahradit osobního asistenta.

Psi vodící. První slepecký pes byl vycvičen už v roce 1928. Pes je průvodcem a společníkem člověka se zrakovým postižením, pomáhá svému pánovi v orientaci v okolí, chrání jej před nebezpečnými překážkami. Pes se v průběhu výcviku učí nejen specifickým povelům, ale také tzv. „inteligentní neposlušnosti“. Pes musí být schopen zhodnotit situaci a v případě, že je nebezpečná, nesmí uposlechnout povel a sám vyvede pána na bezpečné místo.

Psi signální slouží především lidem se sluchovým postižením. Pes svého pána upozorňuje na důležité zvuky v jeho okolí, jako je např. (zvuk zvonku, telefonu, budík, požární alarm nebo plačící dítě atd.). Specifickou oblastí je výcvik signálních psů na rozpoznání chemikálií. Takový pes je určen pro klienta precitlivělého na určité chemikálie, jako může být (parfém, ředidlo, výpary z barev). Signální pes upozorní svého pána na přítomnost chemikálie v ovzduší již při koncentraci, kterou by lidský čich nepostřehl.

Psi předvídající epileptický záchvat. Vhodně vybraný senzitivní pes dokáže v určitém předstihu rozpoznat přicházející epileptický záchvat. Takový pes se buď naučí přivolávat pomoc nebo pro obě strany srozumitelným způsobem na přicházející záchvat svého pána upozornit.

b)Terapeutičtí psi

Do této skupiny řadíme psy, kteří jsou zapojeni jak do AAA tak i AAT, v naší terminologii tzv. psi canisterapeutičtí.

V současné canisterapeutické praxi se mnoho hovoří o tzv. *polohování*. Samotné polohování není sice samostatnou formou canisterapie, ale v podstatě jednou z metod, lze ho také označit za jednu z technik používaných v canisterapii.

Pro komplexní pochopení problematiky autorka uvádí nejdůležitější údaje o metodě polohování.

Polohování je jednou z metod canisterapie, jenž je založena na přímém fyzickém kontaktu klienta a psa. Touto stále více oblíbenou metodou se prakticky začala jako jedna z prvních zabývat M. Zouharová. Pro správný průběh je důležité, aby byl klient již předem se psím terapeutem seznámen a mezi klientem a psem byla již navozena důvěra, proto je vhodné tuto terapii začínat v přítomnosti rodičů či blízkého pedagoga.

Pro úspěšné polohování je zapotřebí zabezpečit klidné a příjemné

prostředí, měkkou podložku, na které se bude polohovat. *Polohovací jednotka* trvá přibližně 15 - 20 minut. Vždy je vhodné jednotlivé polohy a celkovou manipulaci s klientem konzultovat s rehabilitačními pracovníky nebo fyzioterapeutem. (srv. Eisertová 2005)

Metoda polohování je nejčastěji používána při práci s klienty po DMO (dětská mozková obrna) pro uvolnění spasticity, CMP (cévní mozková příhoda), u dětí s kombinovanými vadami nebo u klientů se sníženým periferním prokrvením (přírozené prohřátí končetin atd.) Velmi oblíbené je využití polohování před rehabilitační jednotkou pro následný lepší průběh rehabilitace.

Odborníci z oblasti canisterapie na základě zkušeností z vlastní praxe podotýkají, že polohování je pro psa velmi vyčerpávající a pes by měl tímto způsobem týdně pracovat nanejvýš se třemi klienty.

„Cílem polohování je navození libých pocitů, zklidnění, zahřívání a prohřívání končetin, uvolnění spasmů, oživení mimiky či zvýšení citlivosti.“ (Eisertová, 2005)

1.7 Využití canisterapie u dětí s DMO

Canisterapie se u jedinců s diagnózou dětské mozkové obrny využívá ke:

- ✓ „zlepšení komunikace
- ✓ motivace k rehabilitaci, fyzioterapii nebo je pes přímo rehabilitačním prvkem (polohování)
- ✓ za pomoci techniky „polohování“ uvolnění spasticity
- ✓ rozvoj jemné a hrubé motoriky
- ✓ kamarád a společník ke hrám
- ✓ motivace k pohybovým aktivitám“ (Eisertová, 2005)

2. Dětská mozková obrna (DMO)

2.1. Vymezení pojmu DMO

„Obrnou rozumíme jakoukoli poruchu hybnosti nervového původu. V užším slova smyslu se tohoto označení používá pro dětskou mozkovou obrnu, což je porucha řízení hybnosti a vývoje řízení hybnosti a jiných centrálních funkcí z postižení mozku v nejranějším dětství. Příčiny DMO jsou buď prenatalní – před narozením (infekce v raném těhotenství, oběhové poruchy v pozdním těhotenství), nebo perinatální – v době kolem narození (převážně asfyxie, dále abnormální porody, protahované, překotné, koncem pánevním, klešťové). Jinou skupinou etiologickou jsou nedonošené děti, s nezralými funkcemi a měkkou hlavičkou v tuhých porodních cestách a děti přenošené s nedostatečnou saturací kyslíku v krvi. Jedním z dnes méně častých etiologických činitelů je Rh inkompatibilita. Raně postnatální činitelé jsou záněty střevní nebo plicní do šesti měsíců věku.“ (Sovák, 1978)

DMO dělíme na formy spastické a nespastické. Spastické formy jsou tyto: **Diparetická forma**, spastická ochrnutí dolních končetin, chůze po špičkách, nebo nůžkovitá, v některých případech chodí děti i v podřepu.

Diparetická forma paukospastická, podobná jako předchozí, jen zde chybí tzv. nůžkovitá chůze.

Forma hemiparetická je ochrnutí levé nebo pravé poloviny těla, zpravidla s větším postižením horní končetiny.

Forma kvadraparetická, ochrnutí všech čtyř končetin vzniklé:

- a) z diparetické formy klasické – větší postižení dolních končetin
- b) z diparetické formy paukospastické – viz. a), bez kontraktury adduktorů steh
- c) z hemiparetické formy – větší postižení horních končetin, děti postižené touto formou bývají obvykle i těžce mentálně opožděny

Formy nespastické jsou tyto:

Forma dyskinetická znamená pohyby nepotlačitelné, nejčastěji u malých dětí, prudké, červovité

Forma hypotonická, spojená se snížením svalového napětí, větší extenzibilita kloubů, časté postižení mentální.

Ataktické formy, jsou vždy oboustranné, většinou kombinované s paukospastickou nebo dyskinetickou formou, asymetrické.

Malé mozkové postižení je nejlehčí forma DMO, kdy nejde o velké poruchy hybnosti, ale spíše o neobratnost nebo o psychomotorický neklid. (Defektologický slovník, 1978)

DMO však není jen raným postižením řízení hybnosti. Jde o difúzní postižení centrální nervové soustavy a jejího vývoje, proto jsou porušeny i jiné funkce. Mentální postižení je různého stupně a různých forem. Déle tu bývají epileptické záchvaty, poruchy okohybné a senzorické poruchy zraku a sluchu. Důležité jsou poruchy citlivosti, jež jsou právě tak rozsáhlé, jako poruchy motorické, avšak nejsou tak nápadné. (Sovák, 1978)

2.2. Péče o pacienty s DMO

S věkem dítěte se mění i způsob péče, například předškolní děti navštěvují speciální mateřské školy, ve školním věku jsou děti zařazeny do speciálních tříd nebo jsou integrované do běžných tříd základních škol. V adolescenci a po opuštění školy se objevují další problémy, které je třeba řešit. Jedním z hlavních úkolů je odhad schopností pro zaměstnání a sestavení vhodného plánu péče.

Kromě motorického postižení, které je pro diagnózu dětské mozkové obrny podstatné, se objevují další projevy tohoto onemocnění: epilepsie, zrakové obtíže, poruchy učení, mentální retardace, inkontinence. Poruchy zrakové ostrosti jsou velmi časté a je třeba je včas odhalit a léčit. Poruchy učení jsou spektrem od těžké mentální retardace až po izolované problémy se specifickými úkoly u dětí s normální inteligencí, tedy např. dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie apod.

Péče o děti s DMO začíná vlastně již během samotného porodu, nebo krátce po něm. Velmi významná je i podpora věnovaná rodině, neboť pacienti žijí s tímto onemocněním celý život. Z tohoto důvodu je velmi podstatné, aby poskytovaná terapie byla provázaná od raného dětství až do dospělosti.

Definice DMO zdůrazňuje absenci neměnnosti projevů. Je známé určité zhoršení prognózy v dospělosti. Není známé, je-li tato situace pouze přirozeným pokračováním nemoci, nebo je-li způsobena menší intenzitou péče. Na změně se může podílet klesající péče po opuštění školy. Jsou známy i případy, kdy pacienti ztratili schopnost stát, chodit, nebo se sami najíst. Je jisté, že se na této deterioraci mohou podílet i druhotné následky hybné poruchy, jako je například artróza. Z těchto údajů opět plyne nemalý význam kontinuity péče o pacienty s DMO.

Kromě zdravotní péče vyžadují pacienti s DMO i odpovídající výuku, což je úloha pro speciální pedagogiku. Více než polovina dětí s DMO a totiž středně těžké až těžké poruchy učení. Ale také děti bez kognitivních poruch mohou mít ve škole specifické problémy, například se čtením. V posledních letech je kladen důraz na integraci dětí s DMO do běžných tříd základních škol, kde procházejí systémem běžné výuky, pročež byly diskutovány klady i záporny uvedeného postupu. Pro oba typy výuky je důležité, aby učitel i ostatní znali schopnosti konkrétního dítěte a podle nich připravili plán a program výuky. Děti s DMO potřebují také odpovídající předškolní přípravu, kde by byly zhodnoceny jejich schopnosti k výuce a napomohlo se tak následnému sestavení odpovídajícího výukového plánu. Značnou pomocí je tady pozorování dítěte v mateřské škole. Vhodně sestavený předškolní program navíc výrazně usnadní integraci dítěte do základní školy.

„Dítě s chronickým onemocněním potřebuje diagnózu, zhodnocení stavu, medikaci, léčbu, péči, poradenství a pravidelné diagnostické kontroly se zhodnocením změn.“ (Kraus, 2004) Doba mezi rizikovým dějem a stanovením diagnózy je pro rodiče obdobím úzkosti. V některých případech je diagnóza patrná časněji a je potřeba aby rodiče získali co nejdříve dostatek informací o příčině disability jejich dítěte.

Děti s DMO vyžadují pravidelná zhodnocení jejich zdravotního stavu. Diagnostické označení popisuje podstatu obtíží dítěte, pro sestavení léčebného programu je však třeba znát, co je dítě skutečně schopné provést. Hodnocení dítěte má obsahovat srovnání činností a vývoje s očekávanou věkovou normou.

U dítěte s DMO se kombinuje opožděný i abnormální vývoj. Opoždění vývoje hrubé motoriky bývá prvním příznakem, který znepokojí rodiče a přivede je s dítětem na vyšetření. U mentálně normálních dětí je vývoj značně nerovnoměrný, například při opoždění vývoje motoriky může být vývoj mluvy zcela normální. Naproti tomu při mentální retardaci může být vývoj opožděn globálně ve všech aspektech. „Je zřejmé, že při rozsáhlejšímu postižení většího počtu funkcí bude prognóza méně příznivá, avšak v raném věku je skutečná predikce nesnadná. U starších dětí je prognostika poněkud přesnější. Lze předpovědět, jakého stupně dosáhnou jednotlivé činnosti. Například ve věku dvou let, lze předpovědět budoucí schopnost chůze s 90% přesností.“ (Kraus, 2004)

2.3. Léčba pacientů s DMO

V současné době neexistuje léčba DMO jako taková, lze jen do jisté míry omezovat její projevy. Na druhé straně, u lehčích případů lze určité stavy účinně léčit. Terapie zkompenzuje více než 50% případů s epilepsií, refrakční vadu zkompenzují brýle, strabismus se operuje. Sestavují se vhodné léčebné programy, které zmírňují nepříznivý stav a dovolují, aby se dítě vyvíjelo podle svých možností nejlepším způsobem. K účinné léčbě patří i prevence kontraktur, které vznikají spastickým držením svalu v jedné poloze, čímž je z větší části zabraňováno jeho růstu do délky. Sval postižený spasticitou tedy neroste a růst kosti je kompenzován protažením šlachy, čímž je následně porušena funkce kloubu. Klouby se tedy postupně stávají dysfunkčními a dochází k jejich dislokaci – luxaci. Prevence deformit spočívá v udržování kloubů a svalů v neutrální poloze.

Při léčbě hybného postižení byly vyzkoušeny různé postupy se záměrem zmírnit nejrůznější abnormality různých forem DMO. Většina léčebných postupů se zaměřuje na spasticitu.

2.3.1. Rehabilitace - léčebné pohybové prostředky

Předpokladem pro použití léčebných pohybových prostředků je představa o možném zlepšení hybného postižení pomocí určité manipulace, popřípadě cvičením s postiženými svaly. Cílem všech těchto metod je prevence, která má zabránit vývoji deformit, má potlačit mimovolné či abnormální pohyby a podpořit funkce normální.

„Prvním úkolem terapeuta je prevence vzniku kontraktur. Mnozí se proto snaží předcházet nežádoucím pohybům a podporovat normální aktivitu. Spasticitu však provází i svalová slabost, a proto je pro pacienta samostatné cvičení obtížné. Účelnější je na základě vlastních zkušeností s jednotlivými technikami sestavit pro každého pacienta specifický program, který splňuje jeho potřeby.

V každé činnosti je motorická komponenta. U normálního dítěte se aktivita objevuje spontánně. Naproti tomu u dítěte s DMO je třeba každou aktivitu zkontrolovat, zda ji provádí pokud možno nejnormálněji. Například mnohé děti mají problémy s příjmem potravy. Přitom děj příjmu potravy může být porušen abnormální polohou, která ruší polykací pohyby. Mnohé činnosti je třeba zkontrolovat před jejich studiem a plánováním. Úkolem fyzioterapeuta a ergoterapeuta je spolu s rodiči zkontrolovat všechny denní aktivity a pokusit se zjistit, zda se pohyby vykonávají účelně a pokud možno i bez nadměrného úsilí.

Několik praktiků vytvořilo význačné terapeutické systémy. Nejznámější technika je od manželů Bobathových. Jejich metoda se označuje také jako neurovývojová. Vychází ze znalostí abnormálních vzorů motorického vývoje pozorovaných dětí a DMO. V posledních letech jejich metoda zdůraznila integraci léčby s každodenní činností.

Druhou, u nás velmi známou metodou je Vojtův systém reflexního cvičení. Další metodou je Petöho conductive education. Zakládá se na edukačním přístupu k hybné poruše a na zásadě konstantního tréninku, jenž povede ke zlepšení.“ (Kraus, 2004)

Je také třeba dbát, aby terapeutické systémy neporušily normální rodinné činnosti a aby dítě ani rodiče nebyli přetíženi. Terapie by se tudíž měla přizpůsobit životu, nikoli život terapii. Tradiční dělení mezi jednotlivými rehabilitačními metodami není v dnešní době správné, neboť terapeut by měl vybrat z různých přístupů techniku, která bude při snaze dosáhnout cíle dítěti nejvíce vyhovovat.

2.3.2. Ortopedická léčba

Kontrakturám a abnormálnímu vývoji svalů lze předcházet udržováním kloubů v neutrální poloze. Na této snaze se podílejí fyzioterapeuti a ortopedi. Ortopedické výkony mohou pomoci po vzniku fixních kontraktur korekční operací. Jiné výkony mohou pomoci hybnosti.

„Obecně se ortopedické operace provádějí na kostech, na měkkých strukturách s prodloužením svalů. Dalším výkonem na kostech je artrodéza v případech, kdy stabilita kloubu je důležitější, než rozsah pohybu. Obvyklou deformitu může korekce upravit.“ (Kraus, 2004)

2.3.3. Nový postup

Léčbu DMO provází zároveň vznik nových metod. Většinou jsou vítány s optimismem a první výsledky tomu obvykle nasvědčují. V poslední době se objevují nové metody, které vzbuzují pozornost. Patří k nim selektivní dorzální rhizotomie. Je to známá technika, kterou Fassano a Peacock v 80. letech modifikovali použitím preoperační stimulace. Selektivní dorzální rhizotomie je způsob chirurgické léčby, kterým lze u některých nemocných s převážně spastickou nebo smíšenou formou DMO výrazně a trvale zmírnit jejich spasticitu, případně i rigiditu, což následně umožní dosažení lepších výsledků intenzivní a systematické rehabilitace. Kontrolované studie prokázaly zlepšení u pečlivě

vybraných pacientů. Mnohým studiím je však vytýkán nedostatečný popis výběru pacientů a chybějící srovnání s jinými léčebnými postupy. (srv. Kraus 2004)

2.3.4. Komplementární a alternativní způsoby léčby

„Doplňují metody konvenční medicíny. Rodič je volí především u dětí mladších věkových skupin, u dětí s kvadruparézou a těžším hybným postižením bez možnosti samostatné chůze. Převážně je kombinují s tradiční „standardní“ léčebnou péčí. Většina metod prodlužuje dobu spolupráce dítěte s rodiči.

Důvodem volby kompatibilních alternativních způsobů je snaha o zlepšení kvality života, doplnění tradičních postupů a zmírnění určitých doprovodných obtíží. K dalším důvodům patří malý počet nežádoucích účinků, snaha o holistický přístup a větší vlastní kontrola péče o postižené dítě.“ (Kraus, 2004)

Nejčastěji používanými alternativními metodami jsou masáže a hydroterapie. K dalším metodám patří například **hipoterapie, akupunktura, akupresura, reflexní masáž chodidel, homeopatie, speciální diety, canisterapie** a mnohé další.

Ajurvéda zahrnuje dietní a rostlinné prostředky a klade důraz na užití těla, mysli a ducha v prevenci a léčbě nemocí.

Euromed Adeli Suit se zakládá na kladení odporu k některým pohybům, smyslem je zlepšit senzitivní a senzorické zpětné vazby během pohybu.

Rolfing čili strukturální integrace je kloubní mobilizací a hlubokou myofasciální uvolňovací technikou se záměrem integrovat strukturu a funkci. Pomáhá uvolnit inhibované pohybové vzory a poskytuje postup pro změnu.

Hipoterapií si děti osvojují dávný vztah člověka a koně, který jakoby vycítil svou úlohu a podporuje vzájemný vztah.

Canisterapie působí u dětí vlivem sdíleného tepla snížením svalového tonu. Vleže se uvolní abnormální držení. Velmi pozitivní vliv má canisterapie také na emocionální stav dítěte.

„Alternativní způsoby se obtížně definují, ani jejich zařazení není striktní. Proto se také některé z uvedených metod řadí do standardní praxe. Záleží na regionálním přístupu a zavedených metodách.“ (Kraus, 2004)

3. Mentální retardace

3.1. Vymezení pojmu mentální retardace

V evropské klasifikační příručce MKN-10 je mentální retardace vymezena jako: „Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který charakterizuje zejména narušení schopností, projevujících se v průběhu vývojového období, přispívajících k celkové úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových a sociálních schopností.“ (Mezinárodní klasifikace chorob. 10. revize, 1996)

Mentální retardace byla dříve označována jako oligofrenie, slabomyslnost, nebo demence, v dnešní době je užíván také termín mentální postižení. Nejvýraznější zvláštností mentální retardace je slabost spojovací funkce mozkové kůry, projevující se v obtížném vytváření nových spojení a v jejich nedostatečné pevnosti. U mentální retardace bývá také narušen stav nervových buněk, což je patrné v oslabení procesů podráždění a útlumu.

Mentální retardace se projevuje snížením rozumových schopností, vývoj je opožděný a omezený, z čehož vyplývá i snížená schopnost vzdělavatelnosti. Časté jsou také obtíže v socializaci a komunikaci a na ně navazující obtížnější integrace. Typickými pro mentální retardaci jsou i vrozené či vývojové vady a následné poruchy chování.

3.2. Etiologie mentální retardace

Mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo postnatální etiologie, která je často nejednotná. Jde o stav trvalý, vrozený nebo časně získaný. Většinou nelze přesně určit, zda je mentální retardace způsobena pouze biologickými jevy a do jaké míry se na ní podílejí vlivy sociální. Je velmi obtížné oddělit od sebe primární a sekundární příčiny.

Vývoj jedince od početí k samostatné existenci novorozence je vystaven řadě rizik, která mohou narušit normální vývoj. Podle stadia vývoje plodu může totéž riziko mít odlišnou odezvu. Poslední tři měsíce těhotenství a novorozenecké období jsou nejzranitelnějším obdobím pro vyvíjející se mozek dítěte. Příčiny vzniku rozdělujeme do dvou základních skupin, na příčiny biologické a sociální. Nízké výsledky v testech inteligence jsou v korelaci s výchovou v nižších sociálních vrstvách, chudobou, nestabilními rodinnými vztahy, špatnými bytovými podmínkami. Snížení intelektových schopností je způsobeno sociokulturní deprivací. Tyto faktory bývají většinou příčinou lehké mentální retardace a lze jim zčásti předcházet speciálně zaměřenými programy. Mezi biologické faktory vzniku mentálního postižení lze řadit dědičnost, specifické genetické příčiny a další enviromentální faktory.

Intelektové schopnosti dítěte jsou orientačně výsledkem průměru intelektu rodičů. Lehká mentální retardace vzniká většinou v důsledku zděděné inteligence a vlivů rodinného prostředí.

Do kategorie specifických genetických příčin je zařazována chromozomální aberace vyskytující se u 0,8 % živě narozených dětí, a choroby monogenně dědičné. Ty jsou podmíněny poruchou funkce jednoho genu. (srv. Pipeková, 1998)

Další enviromentální příčiny

Tyto rizikové faktory , biologické příčiny mentální retardace, nepříznivě ovlivňují tvoření a cestování neuronů a tím i vývoj mozku, dále nepříznivě působí na růst nervových vláken a tvorbu spojů. Do této kategorie faktorů řadíme například věk matky, její chronická onemocnění (například diabetes melitus), kouření, alkoholismus či drogová závislost matky, kvantitativně nebo kvalitativně špatná výživa matky, práce v rizikovém prostředí, těhotenské gestózy, choroby placenty pupečníku. Rizikem je také užívání některých léků, nesnášenlivost krevních skupin plodu a matky, těžký porod (protahovaný, atypické polohy, nedonošení dítěte, přenošení, anoxie či hypoxie, žloutenka novorozenců a jiná infekční onemocnění v novorozeneckém věku.

3.3. Klasifikace symptomů mentální retardace podle věku dítěte

U kojenců jsou to poruchy vegetativních projevů, například spánku a bdění, zaostávání pohybových funkcí, zřetelně narušená senzomotorická koordinace.

V batolecím věku se jedná o zaostávání psychomotorického vývoje, obtížné vytváření hygienických návyků, opožděný a nesprávný vývoj řeči.

V předškolním věku se postižení projevuje opožděním vývoje aktivní řeči, významnějšími projevy poruch vnímání, sníženou schopností komunikace, sníženou schopností navazování kontaktů. Hra je málo vynalézavá, zájmy jsou roztržité, neklid, pobíhání, bezúčelné pohyby.

U dětí raného školního věku se nejvýraznější nedostatky projevují ve funkci myšlení . Děti také mají nedostatečnou schopnost abstrakce a zevšeobecňování.

3.4. Klasifikace a projevy mentální retardace

Nejčastějším kritériem, podle kterého je mentální retardace členěna je inteligenční kvocient (IQ). Podle Mezinárodní klasifikace nemoci (MNK – 10):

Lehká mentální retardace – IQ 50-69

Středně těžká mentální retardace – IQ 35 –49

Těžká mentální retardace – IQ 20-34

Hluboká mentální retardace – IQ pod 20

Dále můžeme mentální retardaci dělit podle druhu chování na typ eretický, který se vyznačuje nepokojností a dráždivostí, typ torpidní, který je apatický až netečný a typ nevyhraněný. (Procházková, 1998)

Lehká mentální retardace (IQ 50-69)

U dítěte s lehkou mentální retardací lze do tří let pozorovat jen zpomalení psychomotorického vývoje a proto bývá také diagnóza obtížněji rozpoznatelná a často určená až v předškolním věku. V prvním roce dochází k dosahování základních vývojových mezníků (hlavně v oblasti pohybových dovedností) o něco později než u zcela zdravého dítěte. V oblasti rozvoje řeči nemusí být osvojení prvních slov dramaticky opožděno.

U dětí s lehkou mentální retardací bývá obvykle postižena schopnost abstrakce a logického usuzování, myšlení bývá stereotypnější a málo pružné, často mají malou slovní zásobu, různé vady řeči, jsou nedostatečně zvědavé a vynalézavé, jejich hra je stereotypní a chudá. Většina těchto dětí je zařazena do zvláštních škol a po ukončení školní docházky se vyučí v prakticky zaměřených učebních oborech.

Tito lidé často zastávají jednodušší zaměstnání založená na manuální zručnosti. V dospělosti jsou téměř soběstační, potřebují radu či pomoc pouze v nových, složitějších životních situacích. Jemná a hrubá motorika je lehce opožděna, jejich pohybová koordinace bývá narušena. Specifické vývojové poruchy učení jsou mezi dětmi s lehkou mentální retardací častější než v běžné

populaci, protože mívají společný biologický podklad v organickém postižení centrální nervové soustavy. Výchovné působení a rodinné prostředí mají velký význam pro socializaci jedince s lehkou mentální retardací. Výskyt v celkovém počtu mentálně retardovaných je asi 80 %.

Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)

Opoždění psychomotorického vývoje u dětí se středně těžkou mentální retardací je většinou zachyceno již v kojeneckém období, opožděje se vývoj pohybový a hlavně vývoj řeči je prakticky vždy od samého počátku výrazně retardován. Rozvoj myšlenkových schopností je také opožděn, schopnosti i v dospělém věku jsou omezené. Omezení psychických procesů je často provázeno epilepsií, neurologickými a tělesnými potížemi. Vzdělání těchto dětí probíhá většinou v pomocné škole a v přípravném stupni pomocné školy. Důraz se klade na trivium (čtení, psaní, počítání), zdokonalování sebeobsluhy a jednoduché praktické činnosti. Při cíleném vedení těchto dětí většinou dobře zvládnou dovednosti sebeobsluhy a osvojí si jednoduché pracovní činnosti. Pracovní zařazení je možné pod dohledem a v chráněném prostředí. Výskyt v populaci mentálně retardovaných je asi 12 %.

Těžká mentální retardace (IQ 20-34)

Opožděný psychomotorický vývoj je patrný již od útlého věku dítěte. Ve většině případů jde o postižení kombinované, přidružuje se i těžší postižení pohybové nebo porucha zraku či sluchu různého stupně. K charakteristice jejich povahy lze uvést poruchu afektivní sféry, nestálost nálad, impulzivitu. Někteří jedinci nejsou schopni udržovat čistotu ani v dospělosti, přijímají potravu speciálně upravenou, nebo jsou krmeni, bývají celoživotně závislí na péči jiných osob. Mnohé děti s těžkou mentální retardací se nenaučí mluvit nebo si osvojí jen několik jednoduchých slov. Bývají zařazeny do přípravného stupně pomocné školy, rehabilitačních tříd, stacionářů, nebo žijí v ústavech sociální péče.

Ve výchovně vzdělávacím procesu se klade důraz na zvládnutí základní komunikace (verbální, neverbální, alternativní komunikační systémy), základů sebeobslužných dovedností a na porozumění běžným sociálním situacím. Cílená komplexní stimulace a citová opora má velký efekt na celkové ladění dítěte, které je pod takovýmto vedením klidnější a bez větších problémů v chování.

Hluboká mentální retardace (IQ pod 20)

Spolu s postižením rozumových schopností je u těchto dětí pravidlem i velmi těžké postižení pohybové, často jsou zcela imobilní nebo schopny pouze minimálního pohybu, motoricky jsou těžce omezené. V jejich projevu jsou nápadné stereotypní automatické pohyby. Řeč není rozvinuta, porozumění řeči bývá omezeno pouze na některé běžné pokyny. Dochází k totálnímu porušení afektivní sféry, jejich chování vede v některých případech i k automutilaci.

Děti s hlubokou mentální retardací reagují citlivě především na taktilní podněty a zvuky, zejména na emoční tón hlasu, reakce na zrakové podněty bývají mnohdy omezené.

Při zařazení do rehabilitační třídy, stacionáře nebo ústavu sociální péče je cílem působení maximální možné naplnění kapacity každého dítěte s využitím jeho silných stránek a dosažení co největší možné samostatnosti v dospělosti, protože se tyto děti nedožívají vyššího věku. Tvoří 1 % z populace mentálně retardovaných. (Procházková, in Pipeková, 1998)

4. Předškolní dítě

4.1. Vývojová charakteristika předškolního dítěte

„V tradici některých západních zemí označení „předškolní věk“ znamená vývojové období od narození dítěte do jeho nástupu do školy, tj. většinou do 7. roku. Jinde se vžilo dělení na kratší vývojové úseky. Po krátkém novorozeneckém období, kdy se dítě přizpůsobuje nárokům života mimo mateřskou dělohu, přichází období kojenecké přibližně do 1 roku, kdy děti zpravidla už specificky lidským způsobem pronikají do prostoru věcného (první kroky) i do prostoru společenského (první slova). Pak následuje období batolecí přibližně do tří let, kdy děti jsou velkou většinou už schopny opouštět ochranné prostředí své rodiny a aktivně se zapojovat do širších společenských okruhů, zvláště ovšem do společnosti druhých dětí.

Období označované jako předškolní věk je charakterizováno na svém začátku právě touto první společenskou emancipací dítěte a na svém konci pak druhým výrazným emancipačním krokem, tj. nástupem do školy. Dítě přijímá nároky formálního vzdělávání, jimiž je bude jeho společnost nadále po dlouhou řadu let zatěžovat. Celý předškolní věk dítěte zabírá tedy čtvrtý, pátý a šestý rok věku dítěte.“ (Matějček, 2005)

Předškolní věk představuje období tzv. druhého dětství, v němž se dovršuje charakteristická dětskost dítěte, jeho dětsky svérázné pojetí světa, jeho dětský egocentrismus, dětská spontaneita i fyzický dětský vzhled. Dominující činností dítěte je v tomto období hra, která dostává vývojově nové formy, například hra na někoho a na něco, umožňuje dítěti pronikat do světa dospělých, chápat sociální role a činnosti a ve skupinových hrách obsah sociálních rolí a osvojovat si pravidla chování. Charakteristické dítě tohoto věku je hravé, pohyblivé a čilé, má silnou potřebu pohybu, je sdílné, sugestibilní, má vysoce rozvinutou fantazii, sklon k napodobování dospělých.

Pro předškolní věk jsou nejprve charakteristické výše zmíněné námětové hry, později jsou to hry skupinové s pravidly, jako například na honěnou, na schovávanou apod., konstrukčně manipulační hry (se stavebnicí) a další formy her. „Hra má pro dítě samozpevňující význam, tj. sama hra je zpevňující

činností, dítě si hraje rádo, dlouho a často. Potřeba poznávání nutí dítě k domýšlení pomocí představ, k vymýšlení fantastických souvislostí. Ve hře může dítě určité představy prožívat jako skutečnost. Myšlení předškolního dítěte je obrazně názorné, emociogenní a závislé na vjemech.“ (Nakonečný, 1995)

4.2. Vývoj schopností dítěte v předškolním období

Dítě v předškolním období udělá obrovský skok ve vývoji a to jak v oblasti motorické, tak v oblasti řeči a kognice. Možná to už nejsme schopni sledovat, protože dítě už chodí, většinou srozumitelně mluví a zajímá se o svět. V tomto období nastává výrazný posun v rozumových schopnostech dítěte, který daleko předčí vývoj schopností pohybových.

4.2.1. Motorika dítěte

Z hlediska motoriky dochází u dítěte v předškolním věku k velkému zdokonalení, k větší hbitosti a lepší pohybové koordinaci. Dítě v předškolním období dovede skákat, lézt po žebříku, střídat nohy při chůzi do i ze schodů. Je také výrazně zručnější než v předcházejícím období batolecím. Dovede stavět z písku hrady a cesty, modelovat z plastelíny či keramické hlíny. K velkému pokroku dochází také při používání kostek. Zatímco batole pouze klade dřevěné kostky jednu na druhou, čímž vzniká typická věž, předškolní dítě už zvládá stavby podstatně složitější, například pyramidy. Také kresba dítěte dostává jiný, podstatně dospělejší ráz. Z původního sluníčka, které je typickou kresbou batolecího období, nyní umí postupně namalovat i jiné útvary, zobrazovat postavy a zvířata, auta nebo domy. Kresba postavy se vyvíjí od takzvaného hlavonožce až po nakreslení typického člověka, postupně přibývají i detaily, jako jsou knoflíky u košile a přesný počet prstů na rukou.

4.2.2. Řeč dítěte

Řeč dítěte se také zdokonaluje více, než výrazně. Mizí počáteční patlavost, patrná u některých dětí v mladším věku, řeč se stává srozumitelnější, slovní zásoba bohatší a tím i obsah sdělení podstatně pestřejší. Ve třech letech dokáže dítě přednést jednoduchou básničku, zazpívat krátkou písničku, pojmenovat základní barvy. Rozšiřuje si tak poznatky o sobě samém, o okolním světě i o nejbližších lidech. Kolem pátého roku používá dítě řeč k regulaci svého chování. Pokud mu v tomto období řekneme nějakou instrukci, řídí své chování podle „vnitřní řeči“. Neopakuje tedy danou instrukci nahlas, jako tomu bylo v batolecím věku, ale provede nebo neprovede ho proto, že si ho sám podle sebe zhodnotí a podle svého názoru také jedná.

V posledním roce předškolního období je dítě již schopné popsat takový pokyn, jako například: Co musíš mít, když jdeš na nákup? Dítě si tedy dovede vybavit danou situaci a popsat, co s sebou na nákup maminka obvykle nosí.

4.2.3. Kognitivní vývoj dítěte

„V předškolním období dochází také k velkému posunu v oblasti poznávacího vývoje. Např. kolem čtyř let života dítěte se dostává jeho inteligence na vyšší úroveň – na úroveň názorného myšlení. Dítě dělá závěry o věcech na základě názoru, vnímání a představování. Například pokud má dítě před sebou dvě stejné skleničky, ve kterých má stejný počet korálků, souhlasí s námi, že počet korálků je v obou skleničkách stejný. Pokud uděláme výměnu – jednu skleničku vyměníme za širší a vysypeme do ní stejný počet korálků, dítě – i když vědělo, že počet korálků byl v původní skleničce stejný, usuzuje, že teď je v široké skleničce korálků méně. Když si je totiž dá vedle sebe jasně vidí, že široká sklenička má nižší hladinu korálků. Toto myšlení dítěte je naprosto v pořádku pro jeho vývoj v předškolním období.“ (Špaňhelová, 2004)

Objevuje se také tzv. situační logika. Když má dítě za úkol odstranit ze skupiny předměty, které tam nepatří, neřídí se pojmovou kategorií (nádobí), ale prakticky poznanými vztahy, tedy houska a hrneček k sobě logicky patří,

protože se společně objevují, když dítě snídá, teprve později pozná, že houska mezi hrneček a talířek nepatří.

Udrží také charakteristický dětský egocentrismus, tedy vše vztahuje k sobě, není schopno pohlédnout na věc z jiného hlediska.

5. Dítě mladšího školního věku

5.1. Vývojová charakteristika dítěte mladšího školního věku

Mladší školní věk je období relativně krátké, přechodné, kdy se s dítětem mnohé děje a kdy následkem toho jsou mezi dětmi poměrně velké rozdíly. Zabírá dobu od šesti či sedmi let přibližně do osmi či devíti, což by mělo odpovídat dvěma prvními školními třídám. Je to období mezi věkem předškolním a starším školním věkem.

„Vstupem dítěte do školy po 6. roce věku pro ně začíná věk povinností místo dosavadního věku her a bezstarostnosti. S přibývajícím věkem se ztrácejí také charakteristické znaky dětství jak ve smyslu fyzickém (tělesná vytáhlost), tak i psychickém (úbytek spontaneity, zdokonalování sebekontroly). Úspěšný start ve školním prostředí závisí na školní zralosti dítěte, která vedle hledisek zdravotních zahrnuje i hledisko přiměřeně vyvinutého intelektu a sociability, k níž přispívalo absolvování mateřské školy, popřípadě interakce se sourozenci a vedení k samostatnosti, které zvyšuje sílu motivu k výkonu a úroveň aspirací. Bylo-li dítě dostatečně úspěšné, je i přiměřeně sebevědomé a sociálně aktivní. Dítě si musí osvojit nové stereotypy a standardy a vyvinout smysl pro povinnost a systematickou školní přípravu.“ (Nakonečný, 1995)

Vstup do školy znamená pro dítě především vstup do nové sociální skupiny, v níž se objevují nové role, normy a pravidla. Vznikají první kamarádství a později i charakteristické skupiny vrstevníků, což je typické zejména u chlapců. Objevují se také první zájmy. Vztahy mezi chlapci a děvčaty bývají na začátku školní docházky spíše řevnivé. Postupně také vznikají výrazné rozdíly v hrách,

zatímco děvčata si hrají na domácnost nebo na maminky, chlapci si hrají na vojáky a staví bunkry. Objevuje se také logické myšlení, zejména při přemýšlení o věcech konkrétních.

5.2. Školní zralost

„Všechny děti, které završí do 31.8. daného roku šestý rok svého věku, jsou povinné dostavit se k zápisu do školy. Po zápisu začínají v daném roce školní docházku, nebo mají doporučený její odklad.“ (Špaňhelová, 2004)

Pro pospouzení školní zralosti se sleduje zralost dítěte v oblasti citové, rozumové a sociální. Ke znakům citové zralosti patří to, že dítě dosáhlo citové stability, už odeznělo období vzdoru, má méně impulzivních reakcí, dovede svoji kapacitu motivovat na školní vyučování. Je také zralé odloučit se od matky a být ve školním prostředí s ostatními dětmi. Tuto zralost odloučení prožívají samozřejmě děti už v mateřské škole. Tam je to ale poněkud jiné v tom, že většina činností je spojována s hrou. Činnosti se také rychleji střídají, než ve většině prvních tříd.

Zralost rozumovou obvykle poznají i rodiče. Dítě bude přistupovat ke skutečnostem více racionálně, nebude tolik zapojovat svou fantazii. Bude u něj patrná schopnost postižení vztahů mezi jednotlivými věcmi, zájem o nové poznatky, které může získat, bude schopno soustředit delší dobu pozornost na jednu věc.

Co se týká sociální zralosti dítěte, bude mít potřebu stýkat se s jinými dětmi, umět se podřídit jinému dítěti, nebo celé skupině.

Dosažení školní zralosti závisí do jisté míry i na genetických faktorech, zdravotním stavu dítěte, na citové atmosféře, ve které dítě vyrůstá, na jeho přizpůsobivosti, na tom, zda se rádo či nerado učí. U mnohých dětí je také náročná přizpůsobivost na dané prostředí. Pokud má rodič pochybnost, co se týče zralosti dítěte na školní docházku, je vhodné, aby navštívil pedagogicko-psychologickou poradnu a poradil se s psychologem.

Dalším termínem je takzvaná školní připravenost, kterou lze definovat jako připravenost dítěte na výuku. Dítě musí také zvládnout přijatelné socializační úrovně, určité role, umět přiměřeným způsobem komunikovat a respektovat různé normy chování. Jsou to předpoklady pro úspěšné zvládnutí počátků jeho školní docházky.

ČÁST PRAKTICKÁ

1. Charakteristika výzkumného záměru

Výzkumný záměr se zabývá problematikou využití canisterapie u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Předmětem zkoumání je, zda-li má tato nová metoda léčby na pacienty vliv, ať už pozitivní, či negativní. Pomocí pozorování průběhu canisterapie a dotazníků pro rodiče a pracovníky center a sdružení se snažím zjistit efektivitu této metody, která u nás zatím nemá vybudované příliš stabilní základy a je nadále řazena mezi léčebné metody alternativní.

Téma jsem zvolila na základě osobního vztahu ke kynologii jako takové a faktu, že sama vychovávám budoucího canisterapeutického psa. Jsem přesvědčena, že animoterapie všeobecně je metodou sice poměrně novou, avšak prokazatelně prospěšnou, což se také snažím ve své práci prokázat.

Výzkumné pole záměru je vymezeno následujícími okruhy:

- Canisterapie
- Dětská mozková obrna
- Mentální retardace
- Dítě předškolního věku
- Dítě mladšího školního věku

V průběhu výzkumu, který byl původně zaměřen výhradně na děti předškolního věku v souvislosti s mým studijním zaměřením, jsem byla nucena zahrnout do výzkumu i skupinu dětí mladšího školního věku, neboť pro mé záměry by byl vzorek předškolních dětí více než nedostačující. Canisterapie je totiž většinou aplikována na děti věku školního, neboť ve věku předškolním jich jen málo dochází do takových mateřských škol, kde je canisterapie běžně využívána.

2. Cíl šetření

Cílem práce je zjistit jakou má canisterapie efektivitu při léčbě dětí s dětskou mozkovou obrnou.

Canisterapie je v ČR metodou poměrně novou a existuje jen málo studií, které by se zabývaly její účinností. Pomocí dotazníků, rozdaných mezi rodiče postižených dětí a pracovníky center či sdružení, ve kterých pravidelně probíhá program canisterapie, budu zjišťovat její efektivitu v oblasti rozvoje komunikace, emocionální oblasti dítěte a jemné a hrubé motoriky. Důležitá je ovšem také forma a rozsah postižení. Zatímco určitý krok vpřed je u některého z pacientů považován za obrovský, u jiného by stejný pokrok mohl být zcela zanedbatelný. Proto jsem se ve své práci snažila zmapovat tuto oblast tak, aby výsledky byly co nejobjektivnější.

3. Použité metody

Při svém výzkumu jsem využívala dvě základní metody, a sice metodu *pozorování* a metodu *dotazníkovou*. Navštěvovala jsem dětský stacionář Světluška v Českých Budějovicích, kde jsem pozoroval průběh programu canisterapie u dětí s dětskou mozkovou obrnou v kombinaci s mentální retardací, jejich bezprostřední reakce a efekt na poli motoriky. Zároveň jsem v průběhu výzkumu vytvořila dva typy dotazníků, z nichž jeden byl určen pro rodiče dětí s DMO a druhý pro pracovníky, kteří se dětem věnují.

3.1 Metoda pozorování

Metoda pozorování má vždy výběrový charakter. Výběr materiálu je prováděn s ohledem na stanovený cíl výzkumu a to tak, aby byl naplněn požadavek úplnosti daného cíle. Meze metody pozorování jsou vždy přesně stanoveny. Hlavními rasy této metody jsou plánovitost, systematickosti a objektivnost. Důležité je tedy správné časové rozvržení, prostředky a techniky shromažďování materiálu. Je třeba nejprve přesně určit, co má být pozorováno,

jak budou pozorované jevy zaznamenávány a dokumentovány a následně hodnoceny. Cílem pozorování není pouhý popis a registrace faktů, ale formulace hypotéz a jejich další zpřesňování a prověřování a následná přeměna v teorii, která je předmětem našeho výzkumu.

Při své práci jsem využila metodu zjevného přímého pozorování, kdy jsem osobně sledovala všechny zkoumané jevy a procesy. Z hlediska časového pak lze mou práci zařadit do pozorování krátkodobého.

Pozorovatel musí mít předem zcela jasný cíl pozorování a osvojeny jeho teoretické základy. Podmínce osvojení si teoretických základů problematiky DMO a canisterapie jsem dostála vypracováním teoretické části práce, která se oběma body podrobně zabírá. Pozorování má jako každá metoda i určité nedostatky. Jedním z nich je například fakt, že pozorovatel nemůže přesně určit, kdy proběhne okamžik, který je pro jeho výzkum zásadní. Získané materiály jsou také obtížně zpracovatelné, proto jsem metodu pozorování kombinovala s metodou dotazníkovou, která mi pomůže získané informace zpracovat a celý výzkum tak zobjektivizovat. Dalším z rizik pozorování je neadekvátní identifikace pozorovatele s prostředím, což může vést k subjektivnímu, tedy nevědeckému pohledu na pozorovanou skutečnost. Je tedy třeba dávat si pozor a výše zmíněných chyb při pozorování se předem vyvarovat. (srv. Skalková, 1983)

3.2 Dotazníková metoda

Dotazníková metoda je shromažďování informací od dotazovaných osob a je určena pro hromadné získávání údajů. Její objektivní výsledek závisí zejména na promyšlené hypotéze, na jejímž základě tvůrce dotazníku stylizuje otázky. Otázky musí postihovat podstatné rysy zkoumaných jevů a procesů, z nichž jsou pak vyvozeny výsledky výzkumu.

Velký význam má volba a formulace otázek, která musí přesně sledovat stanovený cíl výzkumu a jeho základní problémy. Všechny položky musí ve svém souhrnu sledovat získání optimálních informací, které nám umožní objektivně hodnotit danou problematiku.

„Přesná formulace konkrétního cíle a úlohy dotazníku ve vztahu ke zvolenému problému je základní podmínkou účelného koncipování dotazníku. Přispívá k cílevědomému obsahovému zaměření dotazníku i k jasnému zaměření jednotlivých položek na uzlové momenty.“ (Skalková, 1983)

U dotazníku rozlišujeme dva typy položek, a sice položky otevřené, neboli nestrukturované, a položky uzavřené (strukturované). „Položky otevřené (nestrukturované) mají určitý vztahový rámec, ale neurčují podrobněji ani formu, ani obsah dané odpovědi. Položky uzavřené dávají respondentovi možnost volby mezi dvěma či několika alternativami. Mohou to být položky zcela uzavřené, nebo položky s možností několika voleb.“ (Somr, 2006) Ve své práci jsem použila takzvaný dotazník kombinovaný, který je spojením obou výše uvedených typů dotazníku. Rozhodla jsem se tak pro větší objektivitu daného dotazníku.

Dotazník se obvykle skládá ze tří částí. Částí první je úvodní slovo. Zahrnuje cíle dotazníku, označení zadavatele, význam respondenta pro finální výsledek. Někdy, pokud se jedná o dotazník složitější, jsou uváděny i pokyny pro práci s dotazníkem. Druhá část obsahuje vlastní zadání v podobě otázek. Závěr dotazníku pak tvoří neformální poděkování za vstřícnost respondentovi.

4. Popis šetření

Výzkum probíhal především v dětském stacionáři Světluška v Českých Budějovicích, kde jsem se pravidelně účastnila programu canisterapie. Pozorovala jsem průběh programu a jeho efektivitu bezprostředně po skončení u tří dětí, dvou chlapců a jedné dívky ve věku 10, 11 a 7 let. Všechny tři děti mají kvadraparetickou formu dětské mozkové obrny kombinovanou s hlubokou mentální retardací. U chlapců je canisterapie prováděna dlouhodoběji, u dívky teprve od ledna letošního roku.

Canisterapie probíhá ve Světlušce každé úterý, obvykle od osmi hodin ráno. Po příchodu psovoda s canisterapeutickým psem je připraveno ležení na měkké zvýšené matraci na zemi, kam je umístěno dítě. Vedle dítěte je pak položen pes. Poloha psa a dítěte závisí na konkrétním typu postižení a na cíli,

kterého se canisterapeutický tým snaží dosáhnout. Metoda polohování je nejčastěji používána při práci s klienty s DMO (dětská mozková obrna) pro uvolnění spasticity, CMP (cévní mozková příhoda), u dětí s kombinovanými vadami nebo u klientů se sníženým periferním prokrvením (přirozené prohrátí končetin atd.). Velmi oblíbené je využití polohování před rehabilitační jednotkou pro následný lepší průběh rehabilitace.

Odborníci z oblasti canisterapie na základě zkušeností z vlastní praxe podotýkají, že polohování je pro psa velmi vyčerpávající a pes by měl tímto způsobem týdně pracovat nanejvýš se třemi klienty. Cílem polohování je navození libých pocitů, zklidnění, zahřívání a prohřívání končetin, uvolnění spasmů a oživení mimiky, či zvýšení citlivosti.

Jednou z nejrozšířenějších forem prakticky prováděné canisterapie v ČR je návštěvní metoda. Důležitým předpokladem je nejen kvalitně připravený a otestovaný pes, ale také problematiky znalý psovod.

Samozřejmostí je také řádné osvědčení canisterapeutického týmu k provádění praktické canisterapie.

Návštěvní programy se většinou odehrávají na předem dohodnutém místě ve stejném časovém intervalu po individuálně vymezenou dobu. Velmi výhodné je pokud do zařízení dochází několik canisterapeutických týmů a v případě nemoci psa nebo psovoda se mohou zastoupit a nedojde tak k narušení kontinuálního průběhu canisterapie. Pojmem canisterapeutický tým rozumíme psovoda a náležitě otestovaného psa. Zároveň se zde nabízí možnost, aby si klient v závislosti na svých preferencích či sympatiích vybral vhodného canisterapeutického psa. Tyto sympatie mohou být odvozeny od povahy psa, temperamentu, velikosti plemene, barvě a druhu srsti atd.. Tak, jako klient může preferovat určitého psa, tak i canisterapeutický pes může být vhodný pro určitý druh nasazení a také psovod může mít blíže k určitému typu klientů. Návštěvní program se může odehrávat i v domácnosti klienta.

V návštěvním programu lze rozlišit formu individuální a skupinovou. Individuální canisterapie je zaměřena především na přímou práci terapeutického týmu s klientem a na jeho rozvoj. Terapeut si vede dokumentaci a společně

s personálem zařízení, pedagogy nebo rodiči stanovuje dílčí cíle a problémy, které mají být při návštěvním programu řešeny.

Skupinová forma (více canisterapeutických týmů + větší skupina klientů) má za požadavek vzájemně dobré vztahy mezi psy ve skupině a jejich nekonfliktnost.

Před vlastním započítím canisterapie, tedy před prvním kontaktem klienta se psem je nutná domluva psovoda se zařízením ohledně spolupráce, podmínky návštěv, smlouva atd. Psovod by se měl také předběžně seznámit s budoucím klientem, případně s rodiči. Podmínkou je souhlas klienta, případně zákonného zástupce. Pokud jde o terapii (AAT) je nezbytná přítomnost odborníka (lékař, speciální pedagog, pedagog, fyzioterapeut atd.)

V případě návštěvní formy, která probíhá nejčastěji v ústavních a školských zařízeních, je důležitá existence správně formulované smlouvy o provádění canisterapie v zařízení. Samozřejmostí je dnes také pojištění psa za způsobenou škodu.

Mimo samotného pozorování jsem použila také výše zmíněnou dotazníkovou metodu. Dotazníky, které uvádím v příloze, jsem sestavovala tak, aby co nejlépe postihly danou problematiku a zodpověděly otázky, které si ve své práci kladu. Sestavila jsem dva typy, první z nich určený pro rodiče dětí, které se účastní programu canisterapie, druhý pro zaměstnance centra či stacionáře, kde canisterapie probíhá.

5. Výsledky a jejich interpretace

Spolu s canisterapeutickým týmem (psovod a pes) z výcvikového a canisterapeutického sdružení Hafík z Třeboně jsem pravidelně navštěvovala program canisterapie v dětském stacionáři Světluška v Českých Budějovicích. Prováděla jsem zde průběžné pozorování canisterapie (AAT), u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Pomocí dotazníků, určených pracovníkům zařízení (Dětský stacionář Světluška České Budějovice, Dětské centrum Paprsek Praha) a rodičům dětí s dětskou mozkovou obrnou jsem zkoumala efektivitu prováděné canisterapie.

Pozornost jsem přitom zaměřila na následující oblasti:

- oblast kognitivní
- oblast sociálně emoční
- oblast tělesná
- oblast řečová

5.1 Použité dotazníky

Pro ilustraci zde uvádím dva typy dotazníků, které jsem použila pro zjištění efektivity používání canisterapie u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Otázky jsem volila tak, aby byly co nejsrozumitelnější a odpovědi co nejlépe promítaly názory rodičů dětí s DMO a pracovníků zařízení, kde program canisterapie pravidelně probíhá.

DOTAZNÍK PRO RODIČE

Milí rodiče,

obdrželi jste dotazník, který je součástí bakalářské práce zabývající se vlivem canisterapie na děti s dětskou mozkovou obrnou. Tímto Vás prosím o jeho vyplnění. Vámi poskytnuté informace jsou anonymní a budou použity pouze pro účely tohoto šetření. Děkuji.

1. Víte, co je canisterapie?

- a) ANO
- b) NE

- 2. Jste obeznámeni s tím, že v zařízení, které Vaše dítě navštěvuje, probíhá program canisterapie?**
- a) ANO
 - b) NE
- 3. Je Vaše dítě zapojeno do programu canisterapie?**
- a) ANO
 - b) NE
- 4. Pokud se Vaše dítě programu neúčastní, uvažujete o jeho zapojení?**
- a) Mám zájem.
 - b) Uvažuji o tom, ale ještě nejsem rozhodnut.
 - c) Nemám zájem.
- 5. Proč Vaše dítě je / není do programu canisterapie zapojeno?**
- 6. Jak dlouho se Vaše dítě programu účastní?**
- 7. Pozorujete u svého dítěte nějaké změny, které by se daly připsat vlivu canisterapie?**
- a) ANO, pozitivní.
 - b) ANO, negativní.
 - c) NE
- 8. Jaký je vztah Vašeho dítěte k programu canisterapie?**
- a) Pozitivní, pokaždé se těší a v průběhu canisterapie je spokojený/á.
 - b) Lhostejný, nevyjadřuje pozitivní ani negativní emoce.
 - c) Někdy vyjadřuje pozitivní, jindy negativní emoce.
 - d) Negativní, má strach, pláče apod.
 - e) Jiná možnost, uveďte prosím podrobnější informace.

9. Bude Vaše dítě program canisterapie navštěvovat i nadále?

- a) ANO
- b) Nejsem rozhodnutý/á.
- c) NE

10. Svou odpověď prosím zdůvodněte.

Děkuji za laskavé vyplnění dotazníku.

Adéla Vojtěchová

DOTAZNÍK PRO ZAMĚSTNANCE CENTRA/STACIONÁŘE

Milí zaměstnanci centra/stacionáře,

obdrželi jste dotazník, který je součástí bakalářské práce zabývající se vlivem canisterapie na děti s dětskou mozkovou obrnou. Tímto Vás prosím o jeho vyplnění. Vámi poskytnuté informace jsou anonymní a budou použity pouze pro účely tohoto šetření. Děkuji.

1. Víte, co je canisterapie?

- a. ANO
- b. NE

2. Účastníte se nějak programu canisterapie? Pokud ano, uveďte prosím jak.

- 3. Myslíte, že má canisterapie na klienty centra/stacionáře vliv?**
- a. ANO, canisterapie má na klienty pozitivní vliv.
 - b. ANO, canisterapie má na klienty negativní vliv.
 - c. NE, canisterapie nemá na klienty žádný vliv.
- 4. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli kladně, upřesněte prosím, v jaké oblasti konkrétně canisterapie klienty ovlivňuje.**
- 5. Uved'te prosím alespoň jednu základní kazuistiku klienta, u něhož je canisterapie aplikována. (Věk dítěte, rozsah postižení, četnost a rozsah prováděné canisterapie, vliv canisterapie na klienta.**
- 6. Jaké jsou nejčastější bezprostřední reakce dítěte při canisterapii?**
- 7. Domníváte se, že z dlouhodobějšího hlediska je canisterapie efektivní metodou? Uved'te prosím vysvětlení.**
- a. ANO
 - b. NE
- 8. Jaký pes je při canisterapii ve Vašem centru/stacionáři nejčastěji používán?**
- 9. Kdo ve Vašem centru/stacionáři canisterapii provádí?**
- a. zaměstnanec centra/stacionáře

- b. objednaná organizace či jednotlivec

10. Kdy je canisterapie prováděna?

- a. pravidelně
- b. nepravidelně (prosím rozveďte)

11. Kde je canisterapie prováděna?

Děkuji za laskavé vyplnění dotazníku.

Adéla Vojtěchová

Nejprve jsem zjišťovala informovanost rodičů a zaměstnanců o problematice canisterapie. 100% respondentů (rodičů i zaměstnanců zařízení) uvedlo, že ví, co je canisterapie a v problematice se alespoň okrajově orientuje. Rodiče, kteří odpověděli negativně na otázku, zda se jejich dítě programu canisterapie účastní následně uvedli, že mají v plánu je do tohoto programu v brzké době zapojit. Také uvedli, že jejich dítě prozatím nebylo do programu zapojeno z důvodu nedávného zahájení docházky do stacionáře. Většina respondentů (rodiče, pracovníci zařízení) považuje canisterapii za dlouhodobě efektivní metodu.

Rodiče, jejichž děti jsou do programu zapojeny dlouhodoběji uvádějí jako nejčastější efekt programu výrazně lepší emoční ladění jejich dítěte, klidnější chování a zlepšení výsledků rehabilitace. Na otázku, jaký je vztah jejich dítěte k canisterapii odpovídali respondenti kladně. U rodičů dětí s těžkou popřípadě hlubokou formou mentální retardace převažovala odpověď, že jejich dítě dává najevo spíše pozitivní emoce, ale celkové emoční ladění při canisterapii závisí na

tom, v jakém psychickém rozpoložení je dítě právě ten den, kdy program probíhá. Pokud je jeho ladění negativní, canisterapie je mírně zlepší. Rodiče jsou bez výjimky rozhodnutí pokračovat v programu canisterapie i nadále.

Zaměstnanci zařízení, kteří se programu canisterapie účastní, jsou přesvědčeni, že na většinu klientů má canisterapie velmi pozitivní vliv. Limitujícím faktorem je přitom typ a rozsah mentálního a tělesného postižení. Při postižení tělesném se všichni respondenti domnívají, že má canisterapie vliv výrazně pozitivní. U dětí spastických dochází k uvolnění spasmů vlivem tělesného tepla canisterapeutického psa. Děti jsou pak připraveny na následnou rehabilitaci, kterou provádí vyškolený rehabilitační pracovník. Například u pacienta s atrofovaným polykacím svalstvem dochází k uvolnění a následnému vyloučení sputa, což mu usnadňuje dýchání. Jiný pacient, který trpí kvadruparetickou formou DMO, se po dvaceti minutách polohování uvolní a je možné provádět s ním rehabilitační cvičení. Zaměstnanci zařízení také uvádějí jako výrazný klad fakt, že děti, které mají problém se spánkem se vlivem přítomnosti canisterapeutického psa zklidní a často usínají. Přítomnost psa lze také označit za motivující prvek k rehabilitaci. Klienti jsou během canisterapie příjemně *emotivně vyladěni*, dávají najevo *libost a náklonnost ke psu, spokojenost* s jeho přítomností.

Pokud se jedná o děti s postižením pouze tělesným, bez přidružené mentální retardace, pomáhá pes rozvíjet jejich *komunikační schopnosti*, usnadňuje jim navázání *kontaktu s okolím*. Děti jsou schopny udržet déle pozornost, učí se respektovat fakt, že i pes má své potřeby, které je nutno naplňovat, canisterapie u nich tedy rozvíjí prosociální chování (obdobných výsledků lze dosáhnout jakýmkoli typem animoterapie, např. felinoterapií), schopnost respektovat druhé.

Významným kladem pro dítě tělesně postižené je taky fakt, že zvíře neposuzuje člověka podle toho, jak vypadá, což se těmto dětem často stává překážkou v komunikaci s jinými lidmi. Děti se učí, že podstatné je chování ke psu a zacházení s ním, což by podle mého názoru obohatilo i mnohé děti intaktní. Zvíře, v tomto případě pes, rozvíjí také fantazii a stává se vzorem a

motivací při nejrůznějších činnostech, ať už jsou to rozmanité hry, kreslení, malování nebo modelování z hlíny a plastelíny. Pes přináší dítěti s dětskou mozkovou obrnou pocit jistoty, který mu usnadňuje navázání kontaktu s okolím. Pes může posloužit také při nácviku sebeobsluhy popřípadě jako motivační prvek při rehabilitaci.

Většina dotazovaných rodičů se domnívá, že u svých dětí zaznamenali *změny v chování i zdravotním stavu* a to od doby, co pravidelně navštěvují canisterapii. Díky canisterapii a následné rehabilitaci se u dětí spastických postupně *uvolňují svaly a zvyšuje se jejich pohyblivost*, dochází také k výrazně lepšímu *prokrvení ochrnutých končetin*. Děti projevují při canisterapii radost a spokojenost, mnozí dávají své *kladné pocity* najevo už při příchodu canisterapeutického týmu do zařízení. *Nelibé pocity*, někdy i pláč, vyvolává během canisterapie například olizování klienta psem nebo přítomnost srsti v ústech či na obličeji klienta. Všichni dotazovaní rodiče plánují pro své děti další pravidelné návštěvy programu canisterapie, neboť jsou přesvědčeni, že pozitivní aspekty výrazně převyšují nad aspekty negativními, které většina rodičů zcela vyloučila nebo uvádí jako naprosto nepodstatné.

Pomocí dotazníků jsem také zjišťovala *podmínky, za kterých canisterapie probíhá*. Na dotaz, jaký pes navštěvuje v rámci programu canisterapie dané zařízení respondenti (pracovníci zařízení) uvádí retrievery (neupřesněno, jedná-li se o labradorské, golden, flat coated, curly coated, chesapeake bay nebo skotské) a křížence. Canisterapie probíhá v jejich zařízení pravidelně *jednou týdně* a je prováděna canisterapeutickým týmem konkrétní objednané organizace. Program probíhá *ve třídě*, která je co nejvíce přizpůsobená podmínkám, které provádění canisterapie (AAT) vyžaduje. Ne vždy se podaří dodržet požadavek místnosti zcela oddělené od zbývajících prostor, kde by průběh nebyl ničím rušen. Pokud není místnost oddělena, je třeba dodržovat co *nejtíšší režim*, který umožňuje klientovi *dostatečné uvolnění* a ničím nerušenou relaxaci.

6. Shrnutí

Z dotazníků, které vyplňovali rodiče dětí s dětskou mozkovou obrnou a pracovníci zařízení (Dětský stacionář Světluška, Dětské centrum Paprsek) vyplývá, že canisterapie je považována za metodu efektivní. Široká veřejnost je s tímto způsobem léčby postupně obeznamována a získává své příznivce i v řadách odborníků. Je jí přínos tkví v mimořádné schopnosti psa člověka velmi nenásilnou formou motivovat ke zlepšení svých výkonů či k úplnému uzdravení. Člověk podvědomě aktivuje autoterapeutické schopnosti. Jak konkrétně působí canisterapie na děti s různými formami dětské mozkové obrny jsme shrnula v následujících několika odstavcích.

Co se týká oblasti kognitivní, děti jsou díky canisterapii schopny déle udržet pozornost, což jim v mnohém usnadňuje rozvoj těchto dovedností. Na těle psa si děti cvičí pozorovací schopnosti, paměť, lze například vysvětlovat, na co pes potřebuje ostré zuby, srst, ocas atd.. Děti se mohou učit poznávat, co pes k životu potřebuje, jak se o něj starat a mnohé další poznatky.

V oblasti sociálně emoční je pro klienty důležitým poznatkem, že pes ostatní tvory, včetně lidí, netřídí podle jejich vzhledu, ale podle chování k němu samotnému. Vyplývá z toho poznatek, že by se děti měli k ostatním chovat tak, jak by chtěly, aby se ostatní chovali k nim. Velmi důležité je také vědomí, že pes je živý tvor, který je závislý na naší péči. Je nutné jej krmit, česat, venčit, hrát si s ním. On nám pak naši péči splácí láskou. Vědomí, že pes není hračka, kterou lze odložit do skříně, jakmile nás přestane bavit, je pro děti poznatkem velmi důležitým. Přítomnost psa jim zároveň dává pocit jistoty a bezpečí, usnadňuje jim navázání kontaktu s okolním světem a usnadňuje komunikaci, ke které je často i motivací.

U dětí s dětskou mozkovou obrnou, které trpí zároveň těžkou nebo hlubokou formou mentální retardace, je vliv na somatickou oblast vlivem takřka nejdůležitějším. Jak již bylo výše zmíněno, kontaktem se psem dochází k výraznému zlepšení krevního oběhu a následnému prokrvení například končetin. Díky tělesnému teplu canisterapeutického psa se uvolňují spasmy

v ochrnutých končetinách což usnadňuje následnou rehabilitaci. Děti jsou uvolněné, lépe se jim dýchá a často je pro ně přítomnost canisterapeutického psa natolik uklidňující, že v průběhu terapie usínají.

Z logopedického hlediska je přítomnost psa také významným přínosem, neboť může sloužit jako motivační prvek a to zejména u dětí trpících výraznými vadami řeči. Pes reaguje i na gesta a mimiku, takže i ty děti, které nejsou schopny vyjádřit své potřeby klasickým způsobem mají možnost se psem se dorozumět.

7. Závěr

Canisterapie je obor, který v poslední době získává větší a větší přízeň. Mnozí, kteří ještě před několika málo lety netušili, že tak běžné zvíře, jako je pes, lze využít tímto způsobem, se dnes začínají o problematiku canisterapie a její efektivitu blíže zajímat. Vznikají nové studie, které se snaží prokázat skutečný vliv psa na proces uzdravování lidí. A právě proto, že sama v tuto schopnost věřím, jsem se pokusila najít pro tuto víru reálný podklad.

Pomocí pozorování průběhu canisterapie a dotazníků, které vyplňovali lidé, jichž se problematika využití canisterapie u dětí s dětskou mozkovou obrnou přímo dotýká, jsem zjistila, že názor na tento alternativní způsob léčby se mění. Další lidé začínají na základě osobní zkušenosti věřit, že zvířata, v našem případě psi, dovedou pomoci i jiným způsobem, než je hlídání, popřípadě v dnešní době již obvyklejší vodící a asistenční psi. Rodiče dětí s dětskou mozkovou obrnou i zaměstnanci zařízení, kde těmto dětem věnují péči jsou zajedno v přesvědčení, že těmto dětem canisterapie pomáhá rozvíjet schopnosti a dovednosti, které jsou pro ně stěžejními.

Má práce se snaží ukázat, že využívání canisterapie u dětí s dětskou mozkovou obrnou (případně přidruženou mentální retardací) svoji efektivitu má. Nelze samozřejmě očekávat zázraky, ale využití canisterapie výrazně usnadňuje léčení dětí s DMO, na čemž se shodují názory zaměstnanců zařízení, která se canisterapii věnují, i rodiče samotných dětí.

Díky této práci jsem se sama rozhodla vstoupit do bohužel nepříliš početných řad lidí, kteří chovají a cvičí canisterapeutické psy a pomoci tak lidem, kteří to potřebují. Věřím, že každá ruka, přiložená v tomto směru k dílu, bude oceněna především pocitem, že člověk dovede pomáhat ostatním, což v dnešní době bohužel není příliš častý jev.

Canisterapie, vlastně animoterapie vůbec, jsou odvětví, kterým lidstvo zdaleka ještě nerozumí. Proto bych byla ráda, kdyby se této problematice věnovalo více lidí a mohlo být na vědecké bázi prokázáno, že to opravdu funguje.

V průběhu psaní mé bakalářské práce jsem mnohokrát změnila náhled na způsob zpracování problému a doufám, že ten, ke kterému jsem se nakonec dopracovala, je vskutku ten nejvhodnější.

Použitá literatura

- Eisertová, J.: Odborné aktivity v canisterapii, diplomová práce, ZSF JU, České Budějovice 2005
- Galajdová, L.: Pes lékařem lidské duše aneb canisterapie, Grada, 1999
- Kraus, J.: Dětská mozková obrna, Grada, 2004
- Matějček, Z.: Výbor z díla, Karolinum, Praha 2005
- Matějček, Z.: Dítě a rodina, SPN, Praha 1992
- Mojžíšová, A.: Pravda o zooterapii, Jihočeská univerzita, České Budějovice 2003
- Nakonečný, M.: Encyklopedie obecné psychologie, Academia, 1995
- Nerandžič, Z.: Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit, Albatros, 2006
- Pipeková, J.: Kapitoly ze speciální pedagogiky, Paido, Brno 1998
- Procházková, M.: Uvedení do etopedie, in Pipeková
- Skalková, J.: Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu, SPN, 1983
- Somr, M.: Úvod do metodologie a metod výzkumu, České Budějovice 2006
- Sovák, M.: Defektologický slovník, SPN, Praha 1978
- Špaňhelová, I.: Dítě v předškolním období, MF, Praha 2004