

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**  
**Ústav speciálněpedagogických studií**

## **Bakalářská práce**

**Dana Kašparcová**

**Pozitivní vliv canisterapie na mládež  
s kombinovaným postižením**

**Olomouc 2015**

**Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Krahulcová, Ph.D.**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 20. 6. 2015

Dana Kašparcová

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Lence Czereové za ochotu, zájem a cenné rady při odborném vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji pedagogům ZŠ a MŠ Dětské centrum Hranice za jejich ochotu ke spolupráci a v neposlední řadě Ing. Šárce Zádrapové a jejím psům za možnost poznat krásy canisterapeutického snažení.

Pes a člověk mohou vytvořit tak silný vztah proto, že dokážou vzájemně pochopit své citové reakce. Pes má možná větší radost ze života než my a tento pocit z něj vyzařuje natolik silně, že se z něj těšíme i my lidé.

Jeffrey Masson

## OBSAH

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1. CANISTERAPIE A JEJÍ VLIV NA ČLOVĚKA.....	8
1.1 Canisterapie – vysvětlení pojmu.....	8
1.2 Počátky canisterapie a její stručná historie.....	9
1.3 Metodika canisterapie.....	10
1.3.1 Metody canisterapie.....	10
1.3.2 Formy canisterapie využívané v rámci AAA, AAT, AAE.....	12
1.4 Canisterapeutický tým.....	15
1.5 Podmínky pro provozování canisterapie v ČR.....	16
2 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ.....	19
2.1 Definice.....	19
2.2 Kategorie.....	19
2.3 Etiologie kombinovaných vad.....	22
2.4 Cíle péče o osoby s kombinovanými vadami.....	23
3 MENTÁLNÍ RETARDACE.....	24
3.1 Stupně mentální retardace.....	25
3.2 Klinické znaky mentální retardace dle MKN-10.....	26
3.3 Osoby s mentálním postižením.....	27
3.4 Etiologie mentálního postižení.....	31
4 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	33
4.1 Výzkumný problém.....	33
4.1.1 Definování hlavních pojmů užitých ve formulaci výzkumného problému.....	33
4.2 Cíle výzkumu.....	34
4.3 Design výzkumu.....	34
4.4 Výzkumný soubor.....	35
4.5 Validita dat.....	35
4.6 Metody výzkumu.....	36
4.6.1 Případová studie.....	37
4.6.2 Metoda pozorování.....	40
4.6.3 Analýza dokumentu.....	41

4.7 Diskuse výsledků.....	53
ZÁVĚR.....	55
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	56

## Úvod

Canisterapii lze definovat jako způsob terapie, jejíž cílem je využití pozitivního působení psa na zdraví člověka. Canisterapie pomáhá lidem obecně nejen relaxovat a rehabilitovat, ale také si osvojit nové návyky, změnit své chování a způsob myšlení. Měla jsem již dříve možnost se zúčastnit canisterapie, kterou provozuje moje kamarádka, a byla jsem svědkem pokroků, které se v rámci její praxe „povedly“. Tato problematika mě zaujala, a proto jsem se rozhodla jí věnovat při psaní bakalářské práce. Jako téma jsem tudíž zvolila „Pozitivní vliv canisterapie na mládež s kombinovaným postižením“. Někdo může namítnout, že jsem přece na začátku mého pozorování a šetření nemohla předem vědět výsledek práce, ale já jej zvolila díky zkušenostem a znalostem, které jsem již v rámci canisterapie nabyla.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. V první je definována canisterapie, popsány jsou zde její počátky a historie. Dále jsou pak uvedeny metody canisterapie, její formy, role psovoda, psa a jsou nastíněny podmínky pro provozování canisterapie v ČR. Druhá kapitola je věnována kombinovanému postižení, definici, etiologii kombinovaných vad a cílům péče o osoby s kombinovanými vadami. Třetí kapitola popisuje mentální retardaci, která je jednou z nejčastějších kombinací spolu s tělesným postižením, dětskou mozkovou obrnou (dále v textu bude užívána zkratka DMO) nebo epilepsií. Proto jsem se rozhodla ji blíže popsat pro potřeby této práce. Jsou zde tedy uvedeny definice mentální retardace, klasifikace mentální retardace a etiologie. Nedílnou součástí je také nastínění myšlení, pozornosti a emocí u osob s mentální retardací.

Pro praktickou část mé práce jsem zvolila ZŠ a MŠ Dětské centrum Hranice v Hranicích na Moravě, kde pedagogové využívají služeb canisterapeuta již několik let. Využila jsem kvalitativně orientovaný průzkum a to za pomoci metody sběru dat, které jsou pozorování, analýza produktů činnosti a případové studie. Vybrala jsem pět žáků, u kterých byly různé kombinace kombinovaných postižení. U pěti žáků jsem pak popsala stav na začátku canisterapie, v jejím průběhu a na konci canisterapie. Věnovala jsem se následujícím aspektům, které byly tyto: pozornost, motorika, verbální komunikace, chování a polohování.

Cílem mé práce bylo zdokumentování možností canisterapie a názorná ukázka toho, že je vhodná pro všechny typy kombinovaného postižení. Samozřejmostí je, že je nutné vždy druh terapie přizpůsobit možnostem a schopnostem žáka dle jeho typu postižení, jinak by se mohlo jevit, že canisterapie nepřináší žádné pozitivní výsledky.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 CANISTERAPIE A JEJÍ VLIV NA ČLOVĚKA

Canisterapie se začíná stále více objevovat jako podpůrný edukační prostředek při práci s dětmi a mládeží s kombinovaným postižením (Velemínský a kol., 2007). V následujícím textu se seznámíme s teoretickými aspekty oboru canisterapie, což je nezbytné pro následné pochopení možností canisterapie nejen jako podpůrné metody pro vzdělávání, ale i jako léčebně-rehabilitační metody.

#### 1.1 Canisterapie – vysvětlení pojmu

Galajdová (1999) definuje canisterapii jako označený způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pojem zdraví je zde myšlen podle definice WHO (Světová zdravotnická organizace) jako stav psychické, fyzické a sociální pohody. Galajdová dále uvádí, že canisterapie je součástí zooterapie. Jedná se o podpůrnou formu psychoterapie, která je výhradně založena na kontaktu člověka se psem a vzájemné pozitivní interakci.

Termín „canisterapie“ se skládá ze slova „canis“ (latinsky pes) a „terapie“ (z řeckého slova léčba) (Velemínský a kol., 2007). Autorem termínu canisterapie se stala v roce 1993 česká dětská psycholožka Jiřina Lacinová. Zároveň také vytvořila první metodiku léčebných kontaktů handicapovaných dětí se saňovými psy a tuto pak představila na Ženevské konferenci IAHAIO v roce 1995.

Canisterapie pozitivně působí v oblastech prožívání, navazování vztahů, kognitivních funkcí, motorických funkcí, verbálních i neverbálních komunikačních funkcí, stimulace tělesných funkcí atd. (Valenta a Müller, 2007).

Ve speciální pedagogice je canisterapie jednou z nejznámějších alternativních a podpůrných forem práce. V širším slova smyslu chápeme canisterapii jako chování psa v domácnostech, kde se pes stává tzv. členem rodiny. V užším slova smyslu chápeme canisterapii jako využití psa v podpůrné alternativní terapii. Pes je velkým motivačním činitelem a dokáže přispět i k tlumení nežádoucích a negativistických projevů klienta, navodit vzájemný kontakt mezi klientem a terapeutem, pomáhá k celkovému rozvoji, aktivizaci a stimulaci klienta (Vrbová, in Müller, 2005).



## 1.2 Počátky canisterapie a její stručná historie

Již pravěký člověk měl potřebu si ochočit vlčí mládě. A ač byl jeho záměr jakýkoliv, je jisté, že se pes brzy stal důležitým spojencem člověka. Jasným důkazem bylo objevení 12 tisíc let starého hrobu, ve kterém byly nalezeny kosterní pozůstatky člověka a psa pohřbeného společně a ve vzájemném objetí (Galajdová, 1999).

Od poloviny 19. století se datují první písemné záznamy o používání psů k terapeutickým účelům, a to v léčebnách pro duševně nemocné (Vrbová, in Müller, 2005). Širší využití canisterapie se zavedlo také v nemocnicích v USA, kde tato forma terapie sloužila především jako balzám na duši pacientů. Většinou se jednalo o vojáky, kteří bojovali v první světové válce. Navždy poznamenaní pacienti díky psům snadněji odbourávali komunikační a vztahové bariéry a postupem času dokázali se psy navázat hluboké přátelství, které mnohým z nich vzala právě válka. Rozšíření canisterapie pokračovalo ve 40. letech v New Yorku, kde byli psi díky Červenému kříži oporou především pro raněné muže z 2. Světové války (Galajdová, 1999). Svého vrcholu dosáhla canisterapie v 70. letech, a to díky dětskému americkému psychologovi Borisi M. Levinsonovi, který náhodně zjistil, že zvířecí společník má neuvěřitelný pozitivní vliv na emotivitu narušených dětí. Levinson dlouhodobě pracoval s jedním chlapcem, který v důsledku potíží v navazování kontaktu nepromluvil, a to až do okamžiku, kdy se v ordinaci setkal se psem psychologa. Pes se okamžitě stal objektem zájmu chlapce. Zanedlouho se pak pes zasloužil za vyřešení chlapcových problémů. Po této pozitivní zkušenosti začal Levinson postupně začleňovat do dětské psychoterapie vybraná zvířata, čímž chtěl usnadnit a efektivně urychlit průběh terapie (Galajdová, 1999). Na výzkum Borise M. Levinsona navázali manželé Corsonovi. Ti potvrdili, že jsou psy v terapii tolik oblíbeni pro své specifické znaky, jimiž jsou schopnost poskytovat kladné emoce, možnost rozmanitého dotykového kontaktu v každé době a důvěra k lidem (Vrbová, In Müller, 2005).

Během osmdesátých let se výběr zvířat velmi zpřísnil a bylo vypracováno mnoho nových metodik výchovy a výcviku zvířat. Terapeuti, kteří se zabývali canisterapií, procházeli důsledným školením a celková úroveň práce mezi kvalifikovanými pracovníky, lékaři, rodiči ale také veterináři a kynology se velmi zlepšila. Pro srozumitelnější reprodukci výsledků si terapeuti o své činnosti vedli záznamy (canisterapeutické deníky). Díky lepší informovanosti a kvalitnější koordinaci mezi výše zmíněnými odborníky, vznikala řada nových sdružení a společností, které pořádaly mezinárodní setkání (první setkání bylo roku 1977 v Londýně)

a vydávaly specializované časopisy (Velemínský a kol., 2007). Roku 1990 vznikla mezinárodní asociace IAHAIO (International Association of Human – Animal Interaction Organizations). Zabývá se oblastí výzkumu i praktické aplikace aktivit se zvířaty (Vrbová, In Müller, 2005). Prostřednictvím národní asociace AOVZ (Asociace zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům) se roku 1995 členem IAHAIO stala také Česká Republika (Velemínský a kol., 2007).

### **1.3 Metodika canisterapie**

V canisterapii využíváme mnohých možností, které nabízí interakce mezi člověkem a psem. Pouhé odlišení metod AAA, AAT, AAE, AACR apod. nebo skupinové a individuální canisterapie udává velké rozdíly jak v provádění canisterapie, tak v přínosech pro klienta. Z pohledu intenzity kontaktu a místa setkávání můžeme canisterapii dělit na návštěvní program, rezidentní formu, pobytovou formu, jednorázové aktivity nebo krizovou intervenci (Velemínský a kol., 2007).

#### **1.3.1 Metody canisterapie**

##### **Animal Assisted Activities (aktivity za přítomnosti zvířat) – AAA**

Jde o přirozený kontakt člověka a zvířete zaměřený na zlepšení kvality života klienta nebo snahu docílit přirozeného rozvoje jeho sociálních dovedností (Velemínský a kol., 2007). Tyto hodiny jsou vedeny speciálně vyškoleným profesionálním odborníkem nebo dobrovolníkem za účasti speciálně vybraných zvířat. Hlavním cílem je obecná aktivizace klienta, přirozené zlepšování komunikace, odbourávání stresu, zlepšování pohyblivosti aj. Nejčastějšími klienty bývají klienti ze sociálních služeb (centra denních služeb, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením atd.), školských zařízení (dětské domovy, speciální školy atd.) a ve zdravotnických zařízeních (LDN, psychiatrické léčebny atd.). Výsledky terapeutického působení jsou těžko měřitelné a můžeme je hodnotit jen podle toho, zda je klient spokojen, do jaké míry je aktivní, jaká je škála jeho citových projevů a do jaké míry se zlepšila kvalita života klienta. O průběhu terapie není nutné vést podrobnou dokumentaci. (Vrbová, in Müller, 2005).

AAA lze dle Galajdové (1999) rozdělit na formu:

- pasivní - nejjednodušší formou je například umístění akvária do společenské místnosti ústavu, pozitivní efekt je již v pouhé přítomnosti zvířete

- interaktivní - dochází k vzájemné interakci mezi klientem a zvířetem
- rezidentní - zvíře je trvale umístěno v zařízení, pečují o něj klienti nebo personál, avšak Velemínský a kol. (2007) uvádí, že tato rezidentní forma vyžaduje důkladné zvážení při výběru zvířete v závislosti na uspokojení jeho základních potřeb a pečlivou přípravu ze strany personálu
- návštěvní - 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.

### **Animal Assisted Therapy (terapie za pomoci zvířat) – AAT**

Jde o cílený kontakt člověka a zvířete, zaměřený na zlepšení psychického nebo fyzického stavu klienta. 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 na zlepšení, které konkrétní schopnosti budou společně pracovat (Galajdová, 1999).

Cílem AAT je často posílení žádoucího chování nebo utlumení chování nežádoucího. Nejčastějšími klienty jsou osoby s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením, krátkodobě i dlouhodobě nemocní nebo také pacienti v rekonvalescenci, kteří potřebují podpůrnou léčbu psychických nebo fyzických poruch (Galajdová, 1999). AAT pak Galajdová (1999) rozděluje dle formy na individuální a skupinovou.

### **Animal Assisted Education (vzdělávání za pomoci zvířat) – AAE**

Jedná se o přirozený nebo cílený kontakt člověka a zvířete, sledující rozšíření nebo zlepšení výchovy, vzdělávání nebo sociálních dovedností klienta. Cílem této metody je přirozené zvýšení motivace k učení a osobnímu rozvoji. Cílovou skupinou jsou klienti se specifickými poruchami učení, chování nebo komunikace, dále to mohou být studenti běžných škol, kde se výuka zaměřuje na vztahy lidí a zvířat (Velemínský a kol., 2007).

## **Animal Assisted Crisis Response (krizová intervence za pomoci zvířat) – AACR**

Podstatou je přirozený kontakt zvířete a člověka, který se ocitl v krizovém prostředí. AACR je zaměřena na odbourávání stresu a celkové zlepšení psychického nebo fyzického stavu klienta. Cílem této metody je podpora procesu stabilizace situace. Cílovou skupinou jsou oběti katastrof nebo násilí, včetně jejich rodinných příslušníků, osoby evakuované mimo domov aj. Zásah může trvat v rozmezí od několika hodin do několika měsíců intenzivní práce a odvíjí se od potřeby záchranného systému a možností a schopností canisterapeutického týmu (Velemínský a kol., 2007).

### **1.3.2 Formy canisterapie využívané v rámci AAA, AAT, AAE**

#### **– Návštěvní program**

Je jednou z nejrozšířenějších forem prakticky prováděné canisterapie v ČR. 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 (Velemínský a kol., 2007).

S. Kratochvíl (2002) uvádí, že 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. 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. Při tomto druhu nasazení je nutné, aby pes nebyl přetěžován, proto jsou doporučovány návštěvy jednou až dvakrát týdně v trvání jedné hodiny.

V návštěvním programu lze rozlišit formu individuální a skupinovou.

- *Individuální forma* - 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 nebo problémy, které mají být při návštěvním programu řešeny.

- *Skupinová forma* (více canisterapeutických týmů + větší skupina klientů) - hlavním požadavkem jsou vzájemné 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 (Velemínský a kol., 2007).

- Rezidentní forma

Pro tuto formu prakticky prováděné canisterapie není pes příliš vhodným zvířetem. A to především v případě pokud zde nejsou dodrženy základní důležité prvky. Je to především existence jedné zodpovědné osoby, canisterapeuta, který má mimo jiné kynologické zkušenosti, v zařízení. Tato zodpovědná osoba se v rámci své profese věnuje a koordinuje kontakt psa s klienty, dbá na jeho dostatečný odpočinek, zdravotní a psychický stav, stravu, pohyb, atd. Canisterapeut je odpovědnou osobou a zároveň psovodem, který se popřípadě stará o další výcvik psa a je zároveň obeznámen s problematikou kynologie i zooterapie. U rezidentní formy canisterapie je nutné zajištění ochrany klienta i psa a stejně tak komplexní péče o psa. Pes je smečkové zvíře a je nutné, aby měl jednoho vůdce, jednoho pána, i když se o psa v zařízení stará několik osob najednou. Za dodržení těchto základních bodů je víc než pravděpodobné, že rezidentní forma canisterapie, kdy je pes umístěn v zařízení, nesporně zlepšuje kvalitu života klientů (Velemínský a kol., 2007).

J.Eisertová (2006) uvádí, že přesto může dojít k selhání lidského faktoru (zooterapeuta) v zařízení a tím pádem k ohrožení canisterapeutického psa, pokud v zařízení není přítomna jiná problematiky znalá osoba.

Po získaných zkušenostech s rezidentní formou je uváděno, že velkým problémem bylo i přes zákaz odpovědné osoby, neustálé překrmování psa (Velemínský a kol., 2007).

V zahraničí mají s rezidentní formou pozitivní zkušenosti především proto, že zvyšuje během dne kontakt klientů se psem a zároveň snižuje riziko přetížení psa, protože zájem o kontakt není tolik koncentrován jako při krátké návštěvě. Jako ideálním řešením se jeví možnost propojení rezidentní formy canisterapie s návštěvním programem, kdy zaměstnanec zařízení je zároveň majitelem canisterapeutického psa (Galajdová L. a Galajdová Z., 2011). Nejvhodnějšími k tomuto druhu zooterapie se zdají být kočky, králíci či papoušci (Michálková, 2001).

– Pobytový program

Jde o jednorázový nebo pravidelný pobyt klientů v prostředí, kde se provozuje canisterapie nebo pobyt přímo může být na canisterapii zaměřen. Jedná se především o tábory, pobyty na ekofarmách nebo v jiných sídlech společností nabízející canisterapeutické služby (Velemínský a kol., 2007).

– Tábory

Podmínkou realizace táborů je správný poměr dětí a terapeutických týmů. Velký důraz je kladen na správný výběr otestovaných psů, kteří se již znají a mají vyjasněné své hierarchické postavení. Cílem těchto táborů je především kladný vliv na změnu zdravotně sociálního stavu dítěte. Zlepšení integračních tendencí ve skupině dětí, zlepšení komunikace v sociální skupině atd. (Mojžíšová, Kalinová, 2006).

– Rekondiční pobyty

Rekondiční pobyty dětí se zaměřením na canisterapii. Psy lze využít téměř při všech činnostech (pokud jsou samozřejmě respektovány základní potřeby psa). Zároveň pes velmi rychle navazuje přátelský vztah s neznámými dětmi, dává dítěti možnost zpětné vazby tím, že reaguje na jeho pokyny a přání (Velemínský a kol., 2007).

– Canisterapeutické/kynologické akce

Jde o jednorázové nebo krátkodobé aktivity pro širokou veřejnost nebo naopak pro uzavřený okruh klientů. Canisterapeutický tým se může podílet na veřejných prezentacích, setkáních, seminářích nebo přednáškách. Škála těchto aktivit je velice široká a mají

nejrůznější funkce, ale metody a podmínky pro jejich provozování se ve skutečnosti neliší od pravidelných canisterapeutických aktivit (Galajdová, 1999).

## **1.4 Canisterapeutický tým**

Pro úspěšnou canisterapii musí být vymezeny mezi účastníky canisterapie jasné kompetence a zodpovědnost. Za účastníky se považuje psodod, canisterapeutický pes, klient, poskytovatel péče a terapeut (Vrbová, in Müller, 2005).

Dle Nerandžiče (2006) je pes využíván jako koterapeut, to znamená, že je prostředníkem a člověk terapeutem. Mezi psododem a psem musí vzniknout velmi úzký vztah, proto o nich hovoříme jako o canisterapeutickém týmu. Velmi důležité je, aby se pes naučil ve složitých situacích zaměřovat na svého pána, aby mu věřil a pán mu byl vždy oporou. Zároveň psodod musí důvěřovat svému psodovi – partnerovi v týmu.

### **Psovod**

Psovodem převážně bývá majitel psa, který se o psa stará, cvičí ho, absolvuje s ním canisterapeutické zkoušky, zodpovídá za jeho zdravotní stav, zodpovídá za přípravu psa na canisterapii, dohlíží na jeho potřeby a rozhoduje o tom, zda je pes v daný den způsobilý se terapie zúčastnit (Vrbová, in Müller, 2005).

### **Canisterapeutický pes**

Výběr plemene není striktně dán, ale podle zkušeností canisterapeutů jsou vhodnější větší plemena psů. Záleží vždy ale na prostředí, kam budou za klienty docházet. Jiné požadavky jsou u dětí, kde by malý pejsek mohl cítit ohrožení a jiné u seniorů, kdy jsou malí pejsoci vítání, protože si je klienti mohou vzít na klín. Ovšem nejdůležitějším kritériem pro canisterapeutického psa je jeho individuální povaha. Canisterapeutický pes je cvičen většinou již od malého štěněte (Galajdová L. a Galajdová Z., 2011).

Aby se pes i jeho majitel mohli stát canisterapeutickým týmem, musí složit zkoušky, které testují povahu psa a jeho spolupráci s psododem.

### **Poskytovatel péče a terapeut**

Terapeuty mohou být odborní lékaři, psychologové, psychiatři, speciální pedagogové, sociální pracovníci nebo jiní odborníci, kteří se zabývají prací s klienty. Terapeut indikuje

canisterapii, udává její cíl, plán, řídí průběh a hodnotí výsledky. Je tedy jasné, že terapeut musí být obeznámen s metodikou canisterapie (Velemínský a kol., 2007).

Psovod, canisterapeutický pes a terapeut pracují jako sehraný tým, společně se připravují na jednotlivé terapeutické jednotky a společně o nich vedou dokumentaci (Vrbová, in Müller, 2005).

## **Klient**

Dle Velemínského (2007) je canisterapie vhodnou metodou pro širokou škálu klientů. Klient, pes ani jiný účastník canisterapeutického procesu nesmí být k účasti nucen. Strach i obavy klienta musíme akceptovat. Klient (popř. zákonný zástupce) musí s canisterapií souhlasit, pokud tak není učiněno, canisterapii neprovádíme. Důležité je, aby kontakt psa a klienta byl pro všechny radostnou záležitostí a byl přínosem a zdrojem uspokojení. Dle typu postižení, individuálních schopností, vlastností a zájmů klienta, jeho věku a stanovených cílů volíme formu canisterapie i konkrétní aktivity se psy.

## **1.5 Podmínky pro provozování canisterapie v ČR**

Canisterapie je činnost, která není zakotvena v platné legislativě. Organizace ji vykonávají jako dobrovolnou činnost a většinou fungují na bázi Občanského sdružení či Občansko prospěšně společnosti. Nový občanský zákoník, č. 89/2012 Sb., s účinností od 1. ledna 2014 znovu zavedl do českého právního řádu pojem spolků. § 3045 nového občanského zákoníku stanoví, že sdružení podle zákona o sdružování občanů se ihned s účinností zákona považují za spolky. Občanská sdružení mají rovněž povinnost v přechodné lhůtě stanovené zákonem uvést stanovy a název organizace do souladu s podmínkami, které zákon stanoví pro spolky. V současné době tedy probíhají tyto změny názvů, pro potřeby této práce používám názvy, které jsou k nalezení na volně dostupných zdrojích, zejména na internetu. Canisterapie je speciální formou sociální služby, která je povětšinou fakultativní a probíhá prostřednictvím metod asistenčních psů. Její vykonávání není upraveno v zákoně o sociálních službách č.108/2006 Sb. V současné době je určitá tendence k začlenění canisterapie mezi sociální služby. Tato ambice si ovšem žádá podniknutí určitých kroků jako důkladnou přípravu a edukaci canisterapeutického týmu a splnění standardů sociálních služeb (Eisertová a Tichá, 2007).



Ucelený koncept vzdělávání, jak jej známe z jiných oborů, zatím v canisterapii chybí. Obecně platí, že aby se mohli pes i majitel stát canisterapeutickým týmem, musí nejdříve složit zkoušky, které testují povahu psů, a musí splnit podmínky k účasti na zkouškách. Canisterapeutická zkouška psa vychází ve většině o.s., které je u nás pořádají z dlouholetých zkušeností americké společnosti a jsou doplněny o specificky psí a specificky české disciplíny, např. Pomocné tlapy o.p.s. mají sjednocený zkušební řád se společností SVOPAP a zároveň schválen Úřadem kontroly ochrany zvířat.

V některých o.s. je nutné před absolvováním zkoušek návštěva kurzu, jinde je možné zkoušky se psem absolvovat bez předchozí přípravy ve společnosti.

Společnost Pomocné tlapy, o.p.s. definovaly cíle canisterapeutických zkoušek takto:

- Identifikovat a vyřadit psy, kteří nejeví zájem o kontakt s lidmi
- Identifikovat a vyřadit psy, kteří projevují agresivitu, což představuje základní stupeň ochrany klientů
- Identifikovat a vyřadit psovody, kteří se nevhodně chovají ke svým psům, což představuje základní ochranu welfare psů
- Identifikovat a vyřadit psy, kteří neodpovídají svou zralostí nebo zdravotním stavem

Pro lepší přehlednost tématu doplním ještě Canisterapeutické desatero, kterým se řídí Pomocné tlapy, o.p.s.:

1. Před vstupem do zařízení je pes čistý (srst, tlapy) a upravený (v případě nepříznivého počasí nosíme sebou vždy hadřík, ručník na utření) = hygiena psa.
2. Pes je každoročně komplexně přeočkován (parvoviroza, leptospiroza, psinka, vzteklina a jiné) a minimálně 2x ročně odčerven (doložit očkovacím průkazem) – jen zdravý pes může pracovat.
3. Canisterapeut se v zařízení přezouvá, je vždy čistě oděn, upraven.
4. Pes má vždy v zařízení k dispozici misku s vodou.
5. Doporučení: Uzavření písemné smlouvy se zařízením (datum, čas návštěvy). Záleží na vzájemné dohodě.
6. V zařízení: před první návštěvou se prokáže platným Certifikátem canisterapeutického týmu, Očkovacím průkazem psa. CT tým je označen – psovod tričkem a pes košílkou.
7. Se psem pracuje canisterapeut pouze tehdy, je-li pes i psovod v optimální fyzické a psychické kondici.

8. Canisterapeut nikdy nezůstává s klientem při práci o samotě. Trváme na přítomnosti odpovědného personálu a dbáme jejich pokynů.
9. Canisterapeut od psa neodchází, nenechává ho v žádném případě s klientem, ani s personálem samotného (za svého psa nese zodpovědnost psovod).
10. Jeví-li pes známky únavy, pes neochotně pracuje (je nervózní, těkavý) canisterapii ihned ukončíme a věnujeme mu prostor pro odpočinek, regeneraci sil, vyběhání na bezpečném místě (pes po terapii v klidu načerpá síly).

## **2 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ**

### **2.1 Definice**

Jde o kombinované vady, když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu (Sovák a kol., 1984).

Do současnosti nedošlo k jasnému vymezení pojmenování této skupiny postižení nejen u nás, ale také v rámci světové terminologie. V České republice patří mezi nejčastěji používané termíny: vícenásobné postižení, kombinované postižení či kombinované vady. V anglicky mluvících zemích se používají pojmy Multiple handicap, což může být přeloženo jako vícenásobně postižený, ale i označení Severe/multiple disabilities, které je překládáno jako těžké/vícenásobné postižení. Německý jazyk poté pracuje s pojmem Schwerstmehrfachbehinderung, jenž lze přeložit jako těžké vícenásobné postižení (Ludíková, 2005).

Sovák (1984) kombinované vady vnímá jako složitý celek různých podmíněných a vzájemně se ovlivňujících psychosomatických a psychosociálních nedostatků a deformací, jež jsou vzájemně podmíněné a podléhají vývojovým změnám.

Poměrně k shodnému soudobému pojetí došla česká a slovenská speciální pedagogika, které tuto kategorii pojímají následovně: Vícenásobné postižení je možné vymezit jako multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který je důsledkem součinnosti participujících postižení či narušení. Jejich interakcí a vzájemným překrýváním vzniká tzv. synergický efekt, tj. nová kvalita postižení, odlišná od prostého součtu přítomných postižení a narušení (Vašek, 1999).

### **2.2 Kategorie**

Obdobné problémy nastávají při vymezení jednotlivých kategorií (skupin) osob s kombinovanými vadami, neboť v takto heterogenní komunitě, jakou tvoří osoby s kombinovanými vadami, se obtížně určují společné faktory pro dělení do jednotlivých kategorií a současně představuje ze všech úhlů pohledu nejsložitější skupinu, která ale je současně stále ještě nejméně propracovanou oblastí speciálně-pedagogické teorie i praxe.

Vašek (1999) uvádí, že tyto přístupy znamenají výrazné změny v koncepci speciálně-pedagogické intervence i u vícenásobně postižených. Vzpomínané tendence zaměřené na

osobnost vícenásobně postiženého směrem k posilování jeho sebedůvěry, rozvíjení tvořivosti, zájmů (motivace), pozitivních hodnotových orientací (axiologizace), mezilidských vztahů (socializace) mají nesporně velký význam a představují nový humánní přístup.

V současném pojetí speciální pedagogiky, které se vymezilo na základě změn jejího paradigmatu, má oblast o osoby s kombinovanými vadami již jasně definované postavení. Dřívější koncepce, která vycházela z teorie profesora Sováka (1986) o primárním a sekundárním defektu, je již dnes překonána a na jedince, u kterých se současně vyskytují dvě a více postižení, není nahlíženo tak, jako by se jednalo o pouhý součet postižení, kdy lze využít kombinace speciálních metod a přístupů podle jednotlivých postižení.

Stávající přístup vychází z teze, že nejde o holou sumarizaci daných postižení, ale že jedná o zcela novou kvalitu, která vyžaduje odlišné pojetí a to ve všech směrech, tedy jak při tvorbě systému zabezpečení, tak i při koncipování a realizaci edukačního procesu a to jak pro stránce obsahové, tak i metodické (Vašek, 2003).

### **Členění dle Sováka (1986)**

Řada speciálních pedagogů preferovala členění podle druhu postižení, přičemž se často vycházelo ze základů mentálního postižení, ke kterému se přiřazovala další postižení, např. Sovák (1986) kategorizuje kombinované (sdružené) defekty podle druhu na:

- slepohluchoněmí
- slabomyslní hluchoněmí
- slabomyslní slepí
- slabomyslní tělesně postižení

### **Členění dle Vančové (1999)**

Klasické a ve speciální pedagogice často používané dělení na skupiny osob s lehkým a těžkým stupněm postižení se u kombinovaných vad velmi obtížně uplatňuje již samotná skutečnost, že tato skupina je složena z široké škály různorodých variant kombinací postižení, a to i rozličného stupně a hloubky, vytváří situaci, kdy rozhodnout, že tento případ je lehký a onen je stupeň těžký, je prakticky zcela nemožné či alespoň zavádějící a ryze subjektivní.

Vančová se pokouší při kategorizaci vycházet z projevů osob s kombinovanými vadami a jejich do procesu rozvoje osobnosti a socializace. Tato kritéria pojímá z hlediska míry potřeby speciálních výchovných a vzdělávacích opatření. Specifikuje dvě kategorie:

- lehce vícenásobně postižení – jsou zde zařazováni jedinci, kteří na základě výchovy a vzdělávání v běžných či speciálních školách jsou schopni relativně samostatně zvládat běžný život, integrovat se do společnosti, do daných životních podmínek i prostředí a dosáhnout průměrnou kvalitu života. Mohou získat jistou kvalifikaci a jsou tak připraveni na pracovní zařazení, např. formou podporovaného zaměstnání apod.
- těžce vícenásobně postižení – jsou zde začleňováni jedinci s kombinovanými vadami, kteří na základě speciální výchovy a vzdělávání jsou schopni samostatně zvládat pouze základní nebo elementární praktické životní situace, neobejdou se bez výrazné pomoci. Komunikační proces je narušen a je nutné ho budovat na principech alternativní a augmentativní komunikace. Používání speciálních pomůcek se u této skupiny jeví jako nevyhnutelné. Všechny aktivity se uskutečňují na bázi individuálního přístupu, kdy celý tým pracovníků, kteří jsou s postiženým v kontaktu, se snaží, aby klient dosáhl maximální míry socializace, i když s vědomím, že tito jedinci vyžadují různé modely speciální péče a podpory po celý život.

### **Členění dle Jesenského (2000)**

Jesenský v rámci třídění všech postižení používá pro členění kombinovaných postižení principu dominantního postižení:

- slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení
- mentální postižení s tělesným postižením
- mentální postižení se sluchovým postižením
- mentální postižení s chorobou
- mentální postižení se zrakovým postižením
- mentální postižení s obtížnou vychovatelností
- smyslové a tělesné postižení
- postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou

Přes poměrně velkou detailnost členění ani tato kategorizace ale neumožňuje zařazení všech případů, které mohou nastat.

### **Členění dle Vaška (2003)**

S obecnější a širší kategorizací přichází ve svých publikacích Vašek (2003), který seskupuje osoby s kombinovanými vadami do tří symptomatologicky příbuzenských skupin:

- mentálně postižení s dalším(i) postižením(i)
- slepohluchota
- poruchy chování v kombinaci s dalším(i) postižením(i) či narušením(i)

Z výše uvedeného je zřejmé, že v současnosti a i do budoucna se stále více definování a kategorizace osob s kombinovanými vadami bude odklánět od konstatování druhu a míry postižení a jejich zakomponování do terminologie, spíše směrem k popisnému charakteru integračních projevů jedince a jejich specifík.

## **2.3 Etiologie kombinovaných vad**

Etiologie kombinovaných vad dle Ludíkové (2005) je pochopitelně vzhledem k heterogenitě této skupiny velmi rozmanitá. Příčiny nelze ve všech případech jednoznačně určit, ale lze konstatovat, že je možno je hledat ve všech údobích života, přičemž obvykle nejtěžší případy mají příčiny v prenatálním stádiu vývoje. K nejčastěji se vyskytujícím se etiologickým faktorům patří:

- genetické vlivy chromozomální abrace
- infekce
- intoxikace
- vývojové poruchy
- poškození mozku a CNS
- metabolické a nutriční činitele
- mechanická poškození
- vlivy sociálního a materiálního prostředí
- psychické faktory, traumata
- diagnózy, které predikují výskyt kombinovaných vad (DMO, Fetální alkoholový syndrom, Downův syndrom, CHARGE apod.)

## 2.4. Cíle péče o osoby s kombinovanými vadami

Za jeden z pilířů úspěšné socializace osob s kombinovanými vadami je podle Ludíkové (2005) zajištění komplexních služeb, které by měly být realizovány formou otevřeného nabídkového systému pro osoby s kombinovanými vadami, a to po celou dobu jejich života. Konstrukce těchto služeb formou otevřené nabídky na jedné straně dává jedincům s kombinovanými vadami možnost výběru, ale na straně druhé předpokládá, že budou zaujímat aktivní pozici.

Výchovná rehabilitace se tedy soustředí především na tyto cíle (Vančová, 2010):

- edukační – vybavení klienta adekvátním množstvím poznatků, dovedností a návyků a byl schopen zapojit se do pracovního a společenského života a žít mu přiměřenou kvalitu života bez zbytečné závislosti na svém okolí
- rehabilitační – zaměření v rámci komplexní rehabilitace na sféru psychickou, sociální, pracovní apod.
- stimulační a rozvíjející – zaměřují se na opožděný vývoj řeči, motoriky, percepce apod.
- reedukační – odstranění či zmírnění nedostatků orgánů či jejich funkcí
- kompenzační – rozvoj činnosti náhradních orgánů či funkcí

Cílem veškeré péče o osoby s kombinovanými vadami by mělo být dosažení maximální míry socializace, která je pochopitelně u každého jedince jiná a je ovlivněna celou řadou faktorů.

### 3 MENTÁLNÍ RETARDACE

Pojem mentální retardace je volně přeložen jako zpoždění duševního vývoje a je v současnosti vymezován značným množstvím definic, jež mají víceméně společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince, popř. jeho schopnosti adaptace na prostředí. Termín se začal používat v širším měřítku až po konferenci WHO v Miláně v roce 1959 a pozvolna nahradil celou řadu relevantních pojmů (Valenta a Müller, 2013).

Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií (Valenta a Müller, 2013).

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit); doslovný překlad by tedy zněl „opozdění (zpomalení) mysli“. Ve skutečnosti je mentální retardace podstatně složitější syndromatické postižení, které postihuje nejenom psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Má tedy rozhodující vliv nejenom na vývoj a úroveň rozumových schopností, ale týká se rovněž emocí, komunikačních schopností, úrovně sociálních vztahů, možností společenského a pracovního uplatnění atd. (Slowík, 2007).

Pipeková (1998) uvádí, že mentální retardací rozumíme vývojovou poruchu integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné a sociální. Nejvýraznějším rysem je pak trvale porušená poznávací schopnost – různá míra snížení rozumových schopností, která se projevuje nejnápadněji v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení.

Definice mentální retardace dle MKN-10:

Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujících se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami (ÚZIS, 2010).



## **DSM-IV**

Mentální retardace je diagnostikována u jedince s inteligencí sníženou pod arbitrovanou úroveň, a to v době před dosažením dospělosti. Adaptibilita takového jedince je snížena v mnoha oblastech. Diagnostická kritéria mentální retardace:

- snížení intelektových funkcí (IQ 70 a méně)
- souběžný deficit v oblasti adaptibility jedince, a to nejméně ve dvou z následujících oblastí: komunikace, sebeobsluha, život v domácnosti, sociální a interpersonální dovednosti, využití komunikativních zdrojů, sebeřízení, funkční (akademické) dovednosti, práce, odpočinek, zdraví, bezpečnost
- začátek poruchy před 18. rokem života (Valenta a Müller, 2013)

## **AAMR**

Mentální retardace je snížená schopnost charakterizovaná signifikantními omezeními intelektových funkcí a adaptibility, která se projevuje především v oblasti pojmové, praktické a sociální inteligence. Tento stav vzniká do 18. roku života, je multidimenzionální a pozitivně ovlivnitelný individuálním přístupem a cílenou podporou (pokud nedochází ke zlepšení stavu, je třeba přehodnotit míru individuální podpory) (Valenta a Müller, 2013).

Z výše uvedených vymezení poruchy vyplývá, že k diagnostikování syndromu mentální retardace (a její hloubky) nestačí pouze stanovení inteligenčního kvocientu (pod 70 IQ), ale zhodnocení celé řady dalších aspektů osobnosti, především to, zda klient selhává ve většině sociálních očekávání svého užšího i širšího prostředí (Valenta a Müller, 2013).

### **3.1 Stupně mentální retardace**

Stupeň mentálního postižení je dán orientačně výškou inteligenčního kvocientu takto (Valenta a Müller, 2013):

- F70 Lehká mentální retardace (mild mental retardation) - IQ 50-69, dříve debilita.
- F71 Středně těžká mentální retardace, též střední mentální retardace (moderate mental retardation) – IQ 35-49, dříve imbecilita.
- F72 Těžká mentální retardace (severe mental retardation) – IQ 20-34, dříve idioimbecilita, prostá idiocie.
- F73 Hluboká mentální retardace (profound mental retardation) – do 19 IQ, dříve idiocie, vegetativní idiocie.

Psychopedická terminologie někdy diferencuje chování klienta z hlediska typu mentální retardace na (Valenta a Müller, 2013):

- typ eretický (hyperaktivní, verzatilní, neklidný)
- typ torpidní (hypoaktivní, apatický, netečný)

### **3.2 Klinické znaky mentální retardace dle MKN-10**

V současné době se využívá členění podle desáté revize světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1992 s platností od 1.1.1993. Mentální retardace patří do oboru psychiatrie, proto má jako první označení písmeno F. Oddíl F70 – F79 je pak celý věnován mentální retardaci a toto označení je považováno za základní kód. Hlavním hlediskem, které se zde používá, je stanovení inteligenčního kvocientu. Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí (Mezinárodní statická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize 1993). K vyznačení přidružených stavů, jako jsou např. autismus, jiné vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo závažné tělesné postižení, lze užít dodatkový kód (Pipeková, 2006).

#### – F70 Lehká mentální retardace

IQ se pohybuje mezi 50 až 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9-12let). Stav vede k obtížím při školní výuce. Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti. Patří zde lehká slabomyslnost (oligofrenie), lehká mentální abnormalita a debilita (Pipeková, 2006).

#### – F71 Střední mentální retardace

IQ dosahuje hodnot 35 až 49 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6-9 let). Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokážou vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnout přiměřené komunikace a školních dovedností. Dospělí budou potřebovat různý stupeň podpory k práci a k činnostem ve společnosti. Patří zde střední mentální abnormalita, střední slabomyslnost a imbecilita (Pipeková, 2006).

– F 72 Těžká mentální retardace

IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let). Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory. Náleží zde těžká mentální abnormalita, těžká slabomyslnost (oligofrenie) a idioimbecilita (Pipeková, 2006).

– F73 Těžká mentální retardace

IQ dosahuje nejvýše 20 (což odpovídá u dospělých mentální věku pod 3 roky). Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči. Patří zde těžká mentální subnormalita, těžká slabomyslnost (oligofrenie) a idiocie (Pipeková, 2006).

– F78 Jiná mentální retardace

Do této kategorie jsou zařazeni jedinci, u kterých není možno stanovit stupeň intelektové retardace pomocí obvyklých metod z důvodu přidruženého senzorického nebo somatického poškození, např. u osob nevidomých, neslyšících, nemluvících, u osob s těžkými poruchami chování nebo s autismem nebo u osob s těžkým tělesným postižením (Švarcová, 2006).

– F79 Nespecifikovaná mentální retardace

U osob v této kategorii byla prokázána mentální retardace, ale pro nedostatek informací není možné jedince zařadit do výše uvedených kategorií (Pipeková, 2010).

### **3.3 Osoby s mentálním postižením**

Mentální postižení – trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku. Pro některé autory je pojem mentální postižení synonymem pojmu mentální retardace. Zpravidla je však pojem mentální postižení považován za širší, obecnější, zastřešující pojem, který orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85, čili v pásmu mentální retardace a osoby v hraničním pásmu mentální retardace (Hanáková a kol., 2012).

Ve snaze načrtnout globálně obraz mentálního postižení (především mentální retardace), vyjmenovává odborná literatura (Dolejší, 1978) determinanty, které se mohou vyskytovat v nejrůznější variabilitě a hierarchii:

- zvýšená závislost na rodičích
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- opoždění psychosexuálního vývoje
- nerovnováha aspirace a výkonu
- porucha interpersonálních vztahů a komunikace
- malá přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům
- impulsivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita
- citová vzrušivost, zpomalená chápavost, ulpívání na detailech
- snížená mechanická a logická paměť, těkavá pozornost
- porucha vizumotoriky a celkové pohybové koordinace

Osobnost jedince s mentálním postižením z hlediska psychických funkcí nezbytných pro kognitivní proces:

**Smyslová percepce**, pamětní fixování a aktivování pamětních stop je obsahem první signální soustavy, zabezpečuje ho soustava analyzátorů. Bezprostřední vnímání je vždy výběrové, a to na základě individuální zkušenosti.

U zdravého dítěte je proces utváření zkušeností rychlý, u dětí s mentálním postižením je proces pomalý a probíhá s určitými odchylkami. Rubinštejnová (1973) uvádí tyto zvláštnosti percepce osob s mentálním postižením:

- zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání (vysvětluje se zvláštností pohybu zraku – zatímco intaktní jedinec vidí globálně, osoba s mentálním postižením jen postupně a tím se ztěžuje její orientace v novém prostředí. Při vnímání obrazu takovýto jedinec není schopen pochopit perspektivu, částečné překrývání kontur, nerozlišuje polostíny)
- nediferencovanost počitků a vjemů – tvarů, předmětů, barev. Zvláště silně je porušena diskriminace figury a pozadí – běžné populaci nedělá problém vydělit obrys geometrických tvarů z prostředí, u osob s mentálním postižením tyto obrazce musíme výrazně odlišit od pozadí – to je organizovat vnímaný materiál
- inaktivní vnímání. Jedinec s mentálním postižením není schopen prohlédnout si materiál podrobně, vnímat všechny detaily (jestliže pootočíme vnímaný obrázek, jedinec s postižením ho opětovně nepozná – chybí mu aktivita potřebná k jeho „navrácení“ do původní polohy)
- nedostatečné prostorové vnímání (porucha hloubky vnímání)

- snížená citlivost hmatových vjemů (objem, materiál)
- špatná koordinace pohybu
- nedokonalé vnímání času a prostoru (Valenta a Müller, 2013)

### **Myšlení**

Myšlení jedince s mentálním postižením je zatíženo přílišnou konkrétností, je neschopno vyšší abstrakce a generalizace, nepřesností a chybami v analýze a syntéze. Myšlení je nedůsledné vyznačuje se slabou řídicí funkcí a značnou nekritičností, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné. V první řadě nacházíme nedostatky v rozvoji fonemického sluchu, tj. v nedostatečné diskriminaci fonémů (jedinec sice hlásky slyší, ale nerozlišuje, či rozlišuje nedostatečně). Dalším zatěžovacím faktorem jsou nedostatky v artikulaci, svoji roli hraje také oslabené sluchové a proprioceptivní zpětné aferentace. Z podstaty mentálního postižení samozřejmě plyne defekt obsahu sdělení, tj. nedostatečná schopnost rozumění, hodnocení, rozhodování a programování řeči v integrátoru fatických funkcí (Valenta a Müller, 2013).

### **Paměť**

Paměť osob s mentálním postižením vykazuje určitá specifika. Postižení si vše nové osvojují pomalu až po mnohačetném opakování (uvádí se desítky až stovky opakování v porovnání s jednotkami opakování u intaktní populace). Naučené rychle zapomínají a pamětní stopy si vybavují nepřesně, vědomosti neumí včas uplatnit v praxi. Všechny nedostatky vycházejí ze zvláštnosti vyšší nervové činnosti jedinců s mentálním postižením, z tendence podmíněných spojů vyhasínat rychleji, než u běžné populace. Paměť jedinců s mentálním postižením je spíše mechanická (Valenta a Müller, 2013).

### **Pozornost**

Souvisí s bezprostředním vnímáním a poznáním a lze ji členit na bezděčnou a záměrnou. Záměrná pozornost osob s mentálním postižením vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit se na více činností. Je pro ni charakteristické, že s nárůstem kvantity výkonu narůstá i počet chyb (Kysučan, 1982). Jedinec s mentálním postižením je schopen udržet záměrnou pozornost mnohem kratší dobu než jeho intaktní vrstevník. Po soustředění musí následovat relaxace, což je důležitý poznatek z hlediska strukturování vyučovací jednotky. Je nutné počítat s tím, že

schopnost udržet pozornost se různí dle postižení (např. dítě s ADHD je schopno se soustředit jen krátkou dobu) a časové křivky dne.

### **Emoční stránka**

Jedinec s mentálním postižením je vybaven menší schopností ovládat se v porovnání s intaktními jedinci jeho věku. Citová otevřenost tak souvisí s malou řídicí funkcí rozumu, kterým lze prožitky tlumit či dokonce přehodnocovat. Jedinec automaticky přenáší kladné emoce na situace, které umí zvládnout. Protože se jedinec s mentálním postižením mnoho situací zvládnout nenaučil, mohou se u něj objevit neurotické (např. enuréza) či psychopatické (krádeže) symptomy jakožto poruchy citového vývoje. Intenzita emočních reakcí klesá úměrně s věkem, mentální postižení je především postižení duševního vývoje, a proto postižený jedinec delší dobu podléhá netlumené intenzitě emocí (Dolejší, 1978).

Rubenštejnová (1973) podává tento výčet zvláštností emocionální sféry člověka s mentálním postižením:

- dlouhodobá nediferencovat citů, rozsah prožitků je minimální, buď převládá jednostranné uspokojení či jednostranné neuspokojení, chybí citové odstíny
- city jsou neadekvátní svojí dynamikou a intenzitou k podnětům, dítě buďto události vnímá povrchně s minimálním prožitkem, nebo neúměrně silně a interně
- city častěji obchází intelekt a jedinec snáze podléhá afektu – častější výskyt dysforie (chorobné poruchy nálad, jejichž nástupy jsou překvapující vzhledem ke stávající situaci) hlavně u jedinců s traumatickou etiologií či s epilepsií. Neadekvátní výkyvy nálad mohou ovšem směřovat i do euforie. Další formou dysforie je apatie provázená lhostejností, popř. „černými myšlenkami“, často jako posel blížící se nemoci (záchvatu).

### **Volní projevy**

Ve volních projevech jedinců s mentálním postižením je patrná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulsivnost, agresivita, ale i úzkostná pasivita. Specifickým rysem je v tomto ohledu dysbulie (porucha vůle) a abulie (nerozhodnost, nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost, ztráta či snížení volních činností, viz Hart, Hartlová, 2000).

Jedinec s mentálním postižením se liší od svého intaktního vrstevníka také specifickou aspirací. Stabilita a reálnost aspirace je projevem duševního zdraví a pro aspirační úroveň jedinců s mentálním postižením je příznačný výkyv na jednu stranu, tj. směrem k podhodnocování se (nižší aspirace) či nadhodnocování se (vyšší – nereálné aspirace).

### 3.4 Etiologie mentálního postižení

Příčiny mentálního postižení bývají kategorizovány podle různých klíčů, hovoří se o příčinách vnitřních – endogenních či vnějších – exogenních, o mentálním postižení vrozeném či získaném, o vlivech prenatálních (působících před porodem), perinatálních (působících během porodu a krátký čas po něm) a postnatálních (působících v průběhu života).

#### Prenatální příčiny (Valenta a Müller, 2013)

- dědičné – hereditární. Do těchto vlivů řadíme nejen po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy), které postupně vedou k mentálnímu postižení, ale také to, kdy dítě dědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti.
- genetické příčiny, kdy vlivem mutagenních faktorů (např. záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy apod.), dochází k mutaci genů (na úrovni aminokyselin), k abrevaci chromozomů či změnám v jejich počtu (genové mutaci). Největší skupinou příčin mentálního postižení však tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozomů, zvláště pak tzv. trizomie (existence tří chromozomů namísto běžného páru – dizomie, kdy jeden chromozom získáváme od otce a jeden od matky) nejznámějším reprezentantem je Downův syndrom způsobený trizomií chromozomu 21 (příčina 23% mentálních postižení).
- environmentální příčiny a onemocnění matky v době těhotenství patří do skupiny vlivů, kdy platí zákonitost, že čím dříve k patologii dojde, tím fatálnější to má následky pro zdraví dítěte (obecně je blastopatie a embryopatie, tj. 15 dní od oplodnění, závažnější než fetopatie, tedy vlivy působící ve fetálním období – po 3. měsíci těhotenství). Řadíme sem onemocnění matky, kam patří zarděnky, kongenitální syfilis, toxoplasmóza, otravy olovem, přímá intoxikace embrya či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky (fetální alkoholový syndrom, nedostatečná výživa apod.).

#### Perinatální příčiny (Valenta a Müller, 2013)

- perinatální encefalopatie (organické poškození mozku)
- mechanické poškození mozku při porodu
- hypoxie či asfyxie (tj. nedostatek kyslíku)
- předčasný porod a nízká porodní váha dítěte

- novorozenecká žloutenka – hyperbilirubinémie

**Postnatální příčiny** (Valenta a Müller, 2013)

- zánět mozku způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida)
- mechanické vlivy – traumata, nádorová onemocnění, krvácení do mozku
- onemocnění vedoucí k deterioracím inteligence typu Alzheimerovy choroby, Parkinsonovy choroby, alkoholové demence, schizofrenie, epileptické demence.

Snížení intelektových schopností může zapříčinit i senzorická, citová a sociokulturní deprivace dětí vyrůstajících v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí či dětí v institucionální péči. Takovéto prostředí se může podílet na poklesu inteligenčního kvocientu o 20-40 bodů. Sociokulturní deprivací trpí především děti rodičů s nižším intelektem, takže dochází ke kumulaci patologických faktorů způsobujících především lehké mentální postižení.



## 4 VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkum je poznávací cílevědomá činnost směřující k odhalení vlastností, příčin a podmínek jevů, probíhajících v přírodě, společnosti a vědomí (Kolektiv autorů, 1993).

### 4.1 Výzkumný problém

Výzkum začíná vymezením výzkumného problému, tj. toho, co chceme řešit a které otázky chceme zodpovědět. Nejen formulace, ale i samotná volba výzkumného problému, předpokládá zkušenosti a přehled v dané oblasti. Výzkumný problém by měl dozrávat a vznikat postupně. Definitivní formulaci problému předchází prostudování literatury, zmapování toho, co se zjistilo, popsalo a také jak (Strauss a Corbinová, 1999).

Při výběru tématu mé práce jsem vycházela z kladných zkušeností při používání canisterapie u dětí z dětského domova a proto, jako téma pro tuto práci jsem zvolila název: „Pozitivní vliv canisterapie na mládež s kombinovaným postižením“. Toto jsem pak formou návštěv zkoumala v ZŠ a MŠ Dětské centrum Hranice v Hranicích na Moravě, které je nestátním školským zařízením a jehož zřizovatelem a provozovatelem je Sdružení pro pomoc postiženým dětem. Zařízení se zabývá výchovou a vzděláváním dětí se zdravotním postižením nebo specifickými potřebami (mentální, tělesné postižení, kombinované vady, specifické poruchy) v těchto subjektech:

- speciální mateřská škola
- přípravný stupeň pomocné školy
- pomocná škola
- zvláštní škola
- mateřská škola

Během návštěv jsem se dozvíдалa stále více o canisterapii a měla jsem možnost přímo vidět vliv této terapie u mladistvých klientů se souběžným postižením více vadami. Na základě poznatků jsem tedy dospěla k definici výzkumného problému: Jaký je přínos canisterapie při péči o mládež s kombinovanými vadami?

#### 4.1.1 Definování hlavních pojmů užitých ve formulaci výzkumného problému

Jedná se zejména o bližší specifikaci výzkumného problému tak, jak vnímám jednotlivé pojmy jako výzkumník.

- přínos – co nastane, účastní-li se klient canisterapie pravidelně (např. 1 x za 14dnů)
- canisterapie – v ZŠ a MŠ Dětské centrum Hranice je součástí vyučování. Probíhá jednou za 14 dnů vždy ve středu v dopoledních hodinách. Jedná se o řízený, cílevědomý a systematický kontakt se psem. Každá hodina je zaměřena jinak podle individuálních potřeb klientů.
- péče – celkový proces výchovy a vzdělávání, včetně léčebně-rehabilitační činnosti
- mládež – zařízení mohou navštěvovat žáci s mentálním postižením až do věku 26-ti let, v našem konkrétním případě zařízení navštěvují žáci do věku 20-ti let
- kombinované vady - jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami

## 4.2 Cíle výzkumu

Základní oblasti, kterých se canisterapie pro tuto cílovou skupinu dotýká, jsou pozornost, motorika, komunikace, chování a emoční prožívání. Na základě použitých metod výzkumu to byli oblasti, které bylo možné nejlépe vyhodnocovat a tak jsem si stanovila tyto dílčí cíle:

1. Zjistit přínos canisterapie u mládeže s kombinovanými vadami v oblasti pozornosti.
2. Zjistit přínos canisterapie u mládeže s kombinovanými vadami v oblasti motoriky.
3. Zjistit přínos canisterapie u mládeže s kombinovanými vadami v oblasti verbální komunikace.
4. Zjistit přínos canisterapie u mládeže s kombinovanými vadami v oblasti chování.
5. Zjistit přínos canisterapie u mládeže s kombinovanými vadami při polohování.

V závěru nám pak tyto dílčí otázky napomohou v rámci provádění šetření, jelikož monitorují i oblasti využití, včetně technik a výsledků. Metody šetření jsou pak jasně zaměřeny na cílovou skupinu klientů s kombinovanými vadami.

## 4.3 Design výzkumu

Zkoumání objektů probíhalo s využitím metody sběru dat, které jsou pozorování, analýza produktů činnosti a případové studie. Údaje následně vytvořily portfolio dat možných k interpretaci, ale velmi obtížně měřitelných a tedy špatně použitelných při empirickém zkoumání. Jasně jsem tedy zvolila realizaci prostřednictvím kvalitativního výzkumu.

V sociálních vědách pojem kvalitativní výzkum označuje výzkum, který se zaměřuje na to, jak jednotlivci a skupiny nahlízejí, chápou a interpretují svět. Podle jiných kritérií může

být jako kvalitativní výzkum označován takový výzkum, který neužívá statistických metod a technik (Hendl, 2008).

Podle slovníku pedagogické metodologie lze kvalitativní výzkum vymezit následovně: Termínem kvalitativní výzkum se označují různé přístupy (metody, techniky) ke zkoumání pedagogických jevů, kdy do popředí nevystupuje kvantifikace empirických dat, nýbrž jejich podrobná kvalitativní analýza. Tyto přístupy vycházejí z nižných teoretických paradigmat, nejčastěji z hermeneutiky a z fenomenologie. Můžeme se také poměrně často setkat s etnograficko-antropologickým přístupem, na kterém je založen etnografický výzkum. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu jde kvalitativní výzkum do hloubky zkoumaných jevů, které se ale zároveň snaží začlenit do širšího kontextu. Další specifičností kvalitativního výzkumu je, že v jeho průběhu nezaujímá výzkumník tak velkou distanci od zkoumaných subjektů. Naopak, je s těmito subjekty v bližší, spíše neformální interakci. (Maňák a Švec, 2005).

#### **4.4 Výzkumný soubor**

Sledovaný vzorek klientů byl vybrán cíleně, přičemž bylo použito metody záměrného/účelového výběru. Klienti splňovali kriteria výběru, čímž bylo jak postižení vícenásobnými vadami, tak pravidelná účast na canisterapii. Výzkumný vzorek byl vybrán záměrně, využila jsem metodu záměrného výběru přes instituci.

Reálně se jednalo o 5 žáků ZŠ a MŠ Dětské centrum Hranice v Hranicích na Moravě, kteří mají postižení vícenásobnými vadami. Záměrně jsem vybrala žáky, jejichž postižení se liší – ať jsou to různé formy DMO, různé stupně mentální retardace, postižení slepotou či epilepsií. Předpokládala jsem, že pokud by všichni žáci měli podobné postižení kombinovaných vad, výsledky pozorování by se výrazně nelišily. Žáci navštěvují celkově čtyři třídy, přičemž třída absolvuje canisterapii vždy společně kromě dětí, které tuto terapii nemohou využívat (např. alergie či nesouhlas zákonných zástupců). Hodiny canisterapie jsem navštěvovala od ledna 2014 do ledna 2015 s výjimkou prázdnin. U všech zkoumaných osob jsou změněna jména a to zejména z důvodu dodržení etického aspektu výzkumu a dodržení anonymity.

## 4.5 Validita dat

Validita, to jest platnost získaných výsledků vzhledem ke skutečnosti. Kvalitativní validace je důležitá zejména tam, kde zkoumaný jev nelze úplně oddělit od dalších vlivů a kde je interpretace výsledků složitá. Stěžejním nástrojem pro úspěšné zajištění validních dat je triangulace metod, což bude popsáno níže. Zároveň je také nutné dodržení dalších bodů, které jsou nutné pro platnost dat v rámci kvalitativního výzkumu. Tyto body jsou následující:

- dokonalá znalost prostředí, kde je výzkum realizován, přičemž musí být zajištěno zázemí pro všechny zúčastněné
- dobrý vztah mezi výzkumníkem a účastníky výzkumu zejména proto, aby výsledky nebyly zkresleny, např. kvůli nedůvěře či strachu
- vnímání všech účastníků jako jednotlivců, kteří mají své individuální potřeby a jejichž chování a reakce jsou vždy jedinečné, tzn. nahlížet na jedince jako na synoptický celek (Miovský, 2006)

## 4.6 Metody výzkumu

Triangulace je v sociálních vědách označení pro kombinaci více metodologií v rámci jedné studie. Cílem kombinace nejméně dvou přístupů je odstranění slabin jednotlivých metod, které by, pokud by byly použity samostatně, nebyly schopny odhalit některé aspekty zkoumaného předmětu (Miovský, 2006). Pro potřeby této práce jsem použila triangulace metod a to následujících:

- případové studie – dokumentace žáků – poskytnuto ZŠ a MŠ Dětské centrum Hranice (patří zde především anamnestické údaje, odborná vyšetření, školní hodnocení, individuální vzdělávací plány apod.)
- pozorování a rozhovor – začátek canisterapie (resp. je tím míněn začátek canisterapie jednotlivých dětí, ne začátek mého pozorování, a to jsem vycházela z údajů zjištěných od canisterapeuta a zápisů pedagogů), průběh canisterapie (opět i zde jsem vycházela převážně ze zápisů pedagogů a rozhovoru s canisterapeutem, částečně již pak bylo možné samotné pozorování) a konec canisterapie (již pouze mé osobní pozorování a zápisky)
- analýza informací – zápisy z canisterapie jsem se snažila převést do číselné hodnoty, kde jsem použila hodnoty od 0 do 10, přičemž 0 byla nejnižší hodnocení. Následně jsem čistě subjektivně ohodnotila stav v jednotlivých aspektech pozorování na začátku canisterapie dětí a poté stav na konci mého pozorování. Dané výsledky jsem

následně zpracovala v jednoduchém grafu. Pro každého žáka je dán graf, který shrnuje všechny pozorované aspekty. Následně byl vytvořen společný graf, kde jsou shrnuty rozdíly hodnot aspektů v začátku a na konci canisterapie u žáků, včetně prostého aritmetického průměru změny aspektu všech žáků.

#### 4.6.1. Případová studie

Vybrala jsem si pro potřeby této práce 5 žáků ZŠ a MŠ Dětské centrum Hranice. Výběr byl záměrně stanoven tak, aby bylo možné zkoumat různé kombinace vícenásobných postižení a tím bylo dosaženo komplexnějšího obrazu o vlivu canisterapie. Jednotlivé canisterapeutické prvky jsou popsány níže.

##### Žák č. 1

Jméno dítěte: David

Věk: 14 let

Základní diagnóza: DMO - spastická kvadruplegie, středně těžká mentální retardace, velmi silná hyperaktivita

Rodinná anamnéza: dítě je z třetí fyziologické gravidity, porod v termínu, porod komplikovaný. Sourozenci: 1 sestra – 16let, 1 bratr – 18let. Matka v době narození Davida měla 30 let, otec 33 let, oba byli zdraví.

Osobní anamnéza: Žije společně s matkou a sourozenci v bytě. Otec rodinu opustil během prvních let Davidova života. Matka zvládá péči o nejmladšího syna hlavně díky pomoci prarodičů Davida, nemůže ho nechat samotného doma z důvodů bezpečnosti. David zvládne sedět na invalidním vozíku, musí však být k němu připoután. Často potřebuje zvednout hlavu, ale spíše z důvodu zvýšené pozornosti o svoji osobu, neboť když je motivován, tak to dokáže i sám a je schopný ji i udržet. V rámci komunikace rozumí, ale sám odpovídá pouze jednoslovně se špatnou výslovností. Do školy se většinou těší a má vždy radost, je-li ve společnosti. Na nové osoby v jeho okolí reaguje klidně, beze strachu. Líbí se mu, když se zpívají písničky. Jediné, co ho dokáže rozzlobit, je, když se mu delší dobu nedostává pozornosti. Při jídle není vybíravý, spí dobře.

Do ZŠ a MŠ Dětské centrum Hranice nastoupil již v roce 2006 do MŠ. Na canisterapii chodí pět let.

## **Žák č. 2**

Jméno dítěte: Lucie

Věk: 20 let

Základní diagnóza: výrazné zpoždění psychomotorického vývoje, psychomotorická retardace, výrazná forma hyperaktivity, svalová hypertonie, lehká mentální retardace

Rodinná anamnéza: dítě je ze čtvrté fyziologické gravidity matky, porod předčasný – 35. týden, porod bez komplikací. Matka v době porodu měla 28 let, během těhotenství užívala alkohol a kouřila.

Osobní anamnéza: Lucie je drobnější postavy, její pleť je tmavší barvy. Ve 3 letech jí byla soudně nařízena ústavní výchova a byla umístěna do dětského domova. Byla velmi drobná, nedostatečně vyživována. V rámci vývoje výrazně opožděná. Velmi se bála.

V roce 2007 byla umístěna do Domova Větrný mlýn Skalička, p.o., odkud pravidelně dojíždí do ZŠ a MŠ Dětské centrum Hranice. Je přátelské povahy, velmi veselá. Ráda popichuje spolužáky. Těžce udrží pozornost, zejména pokud se jedná o pro ni nezajímavé věci. Při sebeobsluze je částečně nezávislá, potřebuje mít nad sebou dohled. Dokáže splnit jednoduché úkoly, ty jí však musí být zadávány postupně. Pochvala je pro ní motivací, na kritiku téměř nereaguje. Z nových věcí strach nemá, ale musí s nimi přijít do kontaktu ve známém prostředí. K cizím lidem velmi vstřícná. Komunikuje v jednoduchých větách.

Z počátku měla velký strach ze psů. Pravidelným kontaktem se odboural její strach, nyní se canisterapii těší a je pro ni odměnou a motivací.

## **Žák č. 3**

Jméno dítěte: Martina

Věk: 13 let

Základní diagnóza: DMO – spastická diparéza, epilepsie, těžká srdeční vada, vada zraku, velká salivace, středně těžká mentální retardace

Rodinná anamnéza: dítě je ze druhé fyziologické gravidity matky, porod v termínu, komplikovaný porod s hypoxií. Starší sestra zdravá. V době narození Martiny měla matka 29 let, otec 30 let – oba rodiče jsou zdraví.

Osobní anamnéza: V podstatě od kojeneckého věku se začaly u Martiny postupně objevovat jednotlivá postižení, což vedlo k odcizení otce. Ten sice rodinu neopustil, ale doposud se nesmířil s postižením dcery a dalo by se říct, že ji ignoruje. V péči o Martinu pomáhají matce její prarodiče.

Dívka je schopná sedět během celého vyučování na invalidním vozíku, pouze musí být připoutána. Slyší a jednoduchým výrazům rozumí, odpovídá zvukovým vyjádřením radosti či nelibosti. Je spíše apatická. Při kontaktu se psy v rámci canisterapie je klidná a spokojená.

#### **Žák č. 4**

Jméno dítěte: Karolína

Věk: 16 let

Základní diagnóza: lehká mentální retardace, porucha řeči, opožděný psychomotorický vývoj

Rodinná anamnéza: dívka je ze třetí fyziologické gravidity matky, porod v termínu. Matka v době narození Karolíny měla 25 let, byla zdráva, otec neuveden. Starší sourozenci jsou zdraví a vychovávání prarodiči.

Osobní anamnéza: Matka nejevila zájem o své dítě již od narození a nevěnovala mu potřebnou péči. O dítě se v podstatě starala její babička, která se ale starala už o další dva sourozence a ve chvíli, kdy u Karolíny začaly první projevy postižení, zažádala o umístění dítěte do Dětského domova. Babička za ní občas jezdí na návštěvu do Domova Větrný mlýn Skalička, p.o., kde nyní žije.

Karolína je dívka průměrně vysoká, spíše štíhlé postavy. Je veselá a přátelské povahy, díky tomu je lehce manipulovatelná i svými vrstevníky. Ve škole má nejraději hudební výchovu a pohybové aktivity. Do školy jezdí ráda, je aktivní, někdy až přespříliš aktivní, zejména pokud se na něco moc těší. Vyhledává spíše společnost žen, ve které je zvyklá. Z neznámých lidí nemá strach, v kontaktu je velmi bezprostřední. V rámci komunikace je schopná sestavit jednoduché věty a dobře rozumí a chápe pokyny. Relativně dobře si pamatuje, co bylo před pár dny, výrazné okamžiky (např. výlet, návštěva). Je schopná sebeobsluhy, ačkoliv je pomalejší.

#### **Žák č. 5**

Jméno dítěte: Martin

Věk: 18 let

Základní diagnóza: slepota, lehká mentální retardace, DMO – spastická hemiparéza, nerovnoměrný psychomotorický vývoj

Rodinná anamnéza: chlapec je ze druhé fyziologické gravidity matky, porod v 36.týdnu, starší bratr zdrav. Matka v době porodu měla 35 let, otec 40 let – oba rodiče zdraví.

Osobní anamnéza: Martin žije společně s rodiči, přičemž oba rodiče se starají stejnou měrou. Chlapec je menší, drobné postavy. Povětšinou je dobře naladěný. Je přátelský a hovorný, komunikuje v jednoduchých větách. Úkolům rozumí a snaží se je plnit. Sebeobsluha je u něj téměř samostatná, bereme-li v úvahu jeho znevýhodnění slepotou. V prostoru, který zná, se pohybuje samostatně, spíše rozvážně. Na kontakt s cizími lidmi reaguje zvědavě, snaží si je „osahat“. Má rád pochvalu a výtky ho rozplácí. Ve škole má rád hodiny hudební výchovy, opakování slov a jednoduchých říkanek.

Canisterapii navštěvuje šestým rokem a vždy se na ni těší.

#### **4.6.2 Metoda pozorování**

Během výzkumu jsem navštěvovala hodiny canisterapie, kde jsem pozorovala interakce klientů při činnosti se psy. Pozorování bylo tedy přímé a zúčastněné. Jednotlivé poznatky jsem průběžně zaznamenávala zápisem do záznamových bloků, které jsem měla zavedeny pro každého žáka samostatně. Terapeut vedl hodinu samostatně a děti motivoval k činnosti. Přítomní pedagogové byli pouze doprovod.

Následující činnosti se během mých pozorování obměňovaly a vždy byly přizpůsobeny pro jednotlivé žáky s ohledem na jejich druh vícenásobného postižení.

##### **Rozvoj pozornosti:**

- Rozpoznávání barev – barevné látkové obojky, které pak děti dávaly na krk psům, zároveň barvy přirovnávaly (modrá = nebe, zelená = tráva)
- Hledání předmětů – canisterapeut dal pod kužel (pravý či levý kužel) pamlsk pro psa a děti měly psa dovést ke správnému kuželu
- Popis psa – terapeut se ptal např., kde má pes uši a děti následně ukazovaly
- Soustředění na úkoly během celé canisterapie

##### **Rozvoj motoriky:**

Rozvoj hrubé motoriky:

- Chůze se psem na vodítku
- Překážková dráha – hra na psa
- Zadávání povelů poslušnosti ukazováním (sedni = zdvižený prst, lehni = dlaní se dítě přiblíží zemi, ke mně = plácne se do stehna)
- Dávání „pac“



- Házení aportu

Rozvoj jemné motoriky:

- Česání psa
- Hlazení psa
- Čištění zubů u psa
- Podávání odměn – děti musely otevřít krabičku a dát pamlsk psovi
- Krmení z ruky dětí
- Nasazování obojku, zapínání vodítka pomocí karabiny

**Rozvoj verbální komunikace:**

- Volání na psa jménem
- Zadávání slovních povelů psovi
- Popis částí těla psa a jeho života (kde spí, co jí, jak si hraje, co má rád apod.)

**Rozvoj chování:**

- Použití děkuji a prosím – dítě chvíli češe psa, po té předá hřebínek dalšímu se slovy prosím, které přebírá hřebínek a poděkuje
- Učí se nepředbíhat
- Motivace – nevykřikovat, aby se psi nebáli

**Rozvoj klienta v rámci polohování:**

- Těšení se na psy
- Polohování – celkové zklidnění a vyjádření důvěry
- Hlazení psa
- Vnímání jeho dechu a tlukotu srdce
- Zmírnění salivace
- Nahřívání těla – uvolnění spastických ztrnulostí

### **4.6.3 Analýza dokumentu**

Pojem analýza dokumentu je relativně široce definována jako kvalitativně-interpretativní analýza, nezahrnující pouze listiny a části textu s nějakým zvláštním významem, ale také veškerá předmětná svědectví, jež mohou sloužit jako pramen k vysvětlení

lidského jednání (Plummer, 2001). „Jde tedy o texty nejrůznějšího druhu, filmy, fotografie, zvukové nahrávky i předměty jako nástroje, stavby, umělecké předměty (sochy, plastiky) atd. Analýza dokumentů se vyznačuje rozmanitostí svého záběru a rozhodující místo v ní zaujímá kvalitativní interpretace.“ (Miovský, 2006, s. 99)

V rámci této práce se jednalo hlavně o analýzy zápisů z hodin canisterapie, které jsem prováděla během hodiny. Zapisovala jsem reakce jednotlivých žáků na podněty canisterapie, jejich současný stav a náladu. Dále pak pro mne byl velkým zdrojem informací canisterapeut. Rozhovory s ním jsem si ihned zapisovala formou poznámek k jednotlivým žákům. Z osobních listů žáků, které jsou vedeny pedagogy, jsem se dozvěděla a opsala si rodinné a osobní anamnézy žáků. Toto jsem samozřejmě provedla až po získání souhlasu rodičů či zákonných zástupců žáků, souhlas byl dán ústní dohodou po prohlášení, že jména žáků budou pozměněna. Nejvýznamnější se mi jevílo nejprve slovně popsat stav na začátku canisterapie, po té průběh canisterapie a na závěr stav po konci canisterapie, a to vše dle jednotlivých dílčích cílů výzkumu. Je samozřejmostí, že ne u všech klientů je možné zhodnotit všechny dílčí cíle výzkumu. To je dáno variabilitou jejich postižení. Tento popis bude věnován stavu klienta na období, kdy začal s terapií, konečný stav je pak pozorován v období listopad 2014 - leden 2015, protože žáci v zimních měsících častěji podléhají různým virovým onemocněním a nejsou vždy všichni v hodinách.

## **Žák č. 1: David**

### **Pozornost**

**Začátek canisterapie:** Na počátku canisterapie vůbec nevnímal přítomnost psů, pouze vyžadoval péči o svoji osobu po převozu do jiného prostředí (canisterapie probíhá v malé tělocvičně ZŠ a MŠ Dětské centrum Hranice).

**Průběh canisterapie:** Asi po půl roce pravidelné canisterapie si začal všimnout psů a postupně se snažil o navázání kontaktu s nimi. Začal reagovat na štěkot psa. Sám si zvedne hlavu, když je mu slíbeno, že mu bude dán pamlssek pro psa na klín a ten si ho pak na něm hledá čumákem.

**Konec canisterapie:** Po příchodu do tělocvičny vyhledává psy a snaží se na ně volat. Během hodiny ztrácí pozornost, avšak na upozornění, že je tam pes reaguje opětovným pozorováním psa.

### **Motorika**

**Začátek canisterapie:** David nejevil snahu o pohlazení psa, ani o žádný kontakt s ním.

**Průběh canisterapie:** Po překonání původního strachu se postupně dosáhlo toho, že klient na psa sáhnul prsty. Dále si nechal očuchat ruku a následně i olíznout. Větší pamlsky mu byly vkládány do rukou, odkud si je pes bral.

**Konec canisterapie:** David se snaží pohladit psa a je-li to možné, nastrkuje mu ruku před čumák.

### **Verbální komunikace**

**Začátek canisterapie:** Jednoslovná komunikace se špatnou výslovností, spíše jen vyjadřování libosti či nelibosti.

**Průběh canisterapie:** Postupně se snaží volat psy slovem „pejsku“, které je samozřejmě zkomoleno.

**Konec canisterapie:** Volání na psy, snaha o přivolání.

### **Chování**

**Začátek canisterapie:** Vyžadování pozornosti pouze o svoji osobu, nekontrolované výkřiky.

**Průběh canisterapie:** Přestává sebe řadit na první místo, zaobírá se psy.

**Konec canisterapie:** Stejně jako na počátku, pouze s rozdílem, že pozoruje psy.

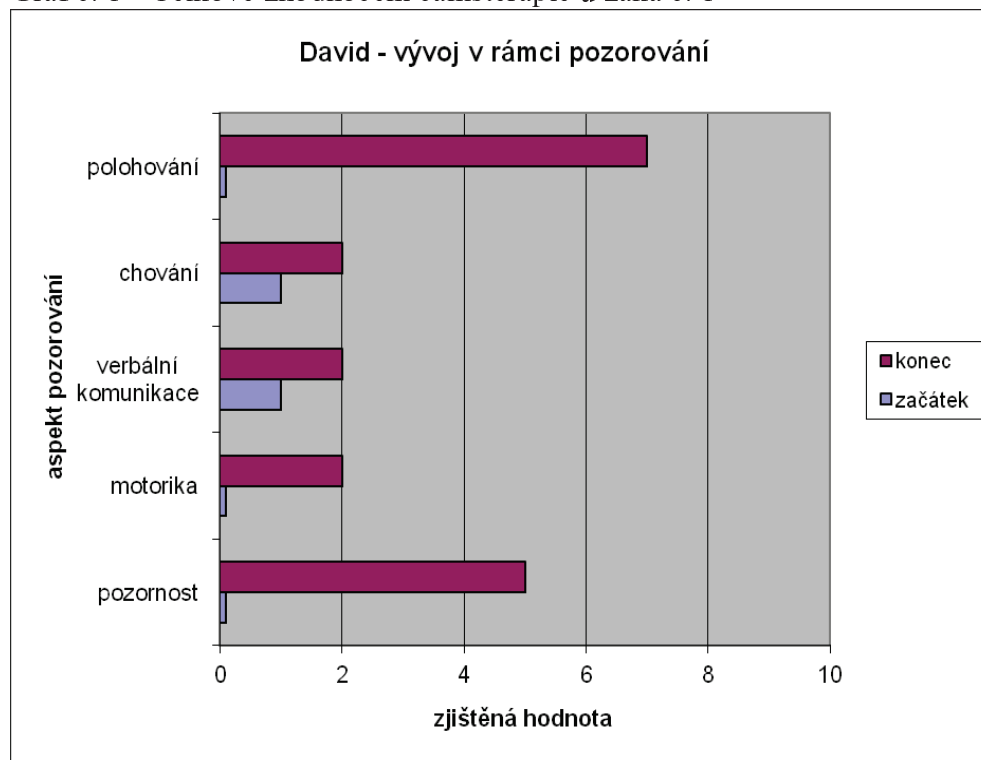
### **Polohování**

**Začátek canisterapie:** Nedokázal ležet klidně vedle psů, pořád se snažil dostat od psů pryč.

**Průběh canisterapie:** Velmi brzy zjistil, že je příjemné teplo, které od psů vychází a částečně se zklidnil. Posléze bylo možné i polohovat jiným způsobem, a proto byl zkusmo položen týlem na psa, což jej zklidnilo a v této poloze je schopný nyní zůstat i deset minut. Je samozřejmé, že se během polohování neustále vrtí, ale nesnaží se dostat od psa pryč. Snahou také je, aby si během polohování hladil psa a tím uvolňoval ruce.

**Konec canisterapie:** Dochází ke zklidnění klienta, lépe pak pracuje v dalším vyučování. Znatelné je také celkové uvolnění spasmů klienta.

Graf č. 1 - Celkové zhodnocení canisterapie u žáka č. 1



Nejvíce je u Davida znatelné zlepšení v rámci polohování a následuje oblast pozornosti. Chování, verbální komunikace a motorika se také zlepšily, ale ne již tak výrazně.

## Žák č. 2: Lucie

### Pozornost

**Začátek canisterapie:** Na začátku měla panický strach ze psů, pouze chtěla pryč a vůbec nevnímala okolí.

**Průběh canisterapie:** Následoval pomalý nácvik společného pobytu se psy. Po prvních nezdarech byl úspěch, když zůstala ve stejné místnosti a nekřičela. Po asi roce canisterapie už psy se zájmem pozorovala celou canisterapeutickou hodinu, ačkoliv se ještě neosmělovala ke kontaktu s nimi.

**Konec canisterapie:** Po příchodu psy vítá, chce je hned hladit, běhá za nimi. Po upozornění si sedne a věnuje se samotnému průběhu canisterapeutické hodiny. Občas vykřikuje a dožaduje se pozornosti psů. Je pro ni lepší střídání různých úkolů než dlouhodobé a opakované plnění jednoho úkolu, přičemž výjimkou je polohování.

## **Motorika**

**Začátek canisterapie:** Vzhledem k počátečnímu strachu ze psů není možné tento stav v rámci canisterapie popsat. V ostatních hodinách se řadila, dle slov učitelů, k manuálně zdatnějším dětem.

**Průběh canisterapie:** Postupem času se Lucie osmělovala na psa sáhnout. Z počátku byly doteky jen letmé a spíše trhavé. Dle názoru canisterapeuta to bylo způsobené spíše strachem, než špatnou zručností a koordinací pohybů. K tomuto závěru přispívá i to, že s každou další hodinou byly dotyky prodlužovány a pomalu se odvážila i nasazovat psům barevné obojky.

**Konec canisterapie:** Nyní plní všechny úkoly s radostí a zručně – vodění psa na vodítku, krmení psa pamlsky, připevňování obojku a vodítka, otevírání krabičky s pamlsky, napodobování chůze psa apod.

## **Verbální komunikace**

**Začátek canisterapie:** Vyjadřovala pouze projevy strachu a úzkosti.

**Průběh canisterapie:** Zkoušela psy oslovovat jménem. Mluvila však šeptem a jméno vyslovovala „do dlaní“.

**Konec canisterapie:** Nyní tvoří jednoduché věty, kde řekne, co pes zrovna dělá. Volá na psy jménem a snaží se jim dávat povely (ke mně, sedni, lehni). Současně také komunikuje s canisterapeutem a svými spolužáky

## **Chování**

**Začátek canisterapie:** Díky strachu se chovala pouze odmítavě, absolutně nerespektovala pokyny a pouze vykřikovala.

**Průběh canisterapie:** Po prvotním překonání negativních emocí už byla schopna pozdravit, psy a spolužáky pozorovala a nevykřikovala.

**Konec canisterapie:** Na začátku hodiny pozdraví, po upozornění nepředbílá při plnění úkolů a používá v rámci skupiny prosím-děkuji.

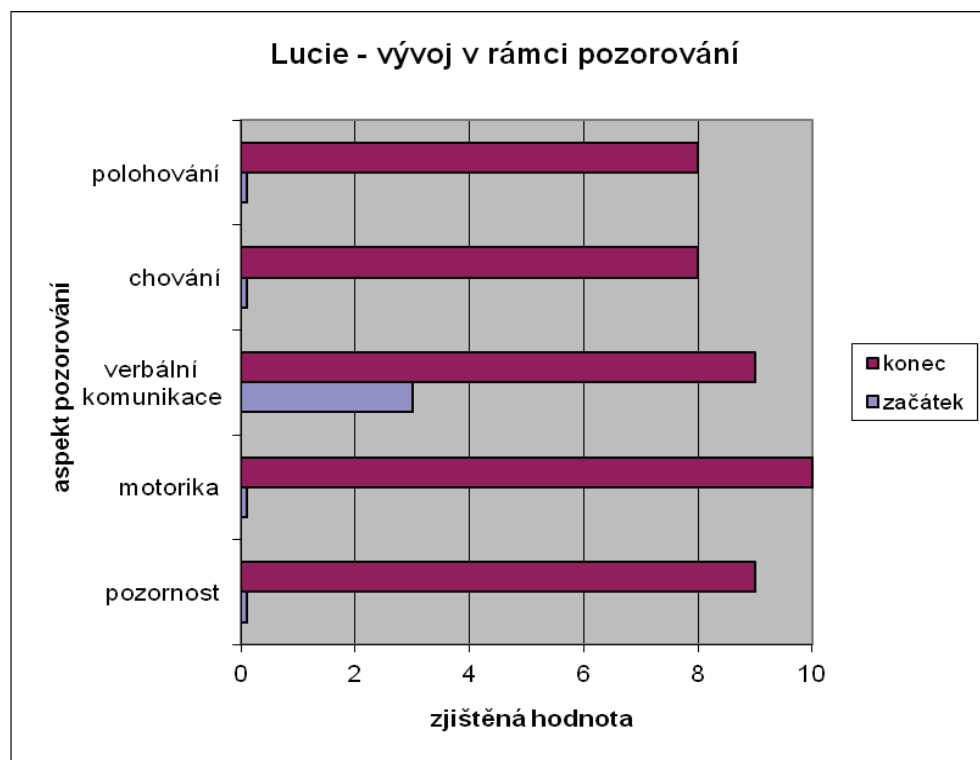
## **Polohování**

**Začátek canisterapie:** Toto během prvního roku canisterapie nebylo ani zkoušeno.

**Průběh canisterapie:** Postupem byla schopná vydržet ležet v přítomnosti psa, těsný tělesný kontakt nevyhledávala. Dotýkala se psa pouze rukou.

**Konec canisterapie:** Nyní Lucie vydrží ležet vedle psa po celou dobu polohování. Je znatelné, že je jí jeho společnost příjemná, doslova se na něj „lepší“. Během toho však nezapomíná popichovat spolužáky.

Graf č. 2 – Celkové zhodnocení canisterapie u žáka č. 2



U Lucie je obrovské zlepšení ve všech pozorovaných aspektech. Toto je způsobeno tím, že na počátku měla velký strach ze psů. Jinak největší zlepšení v rámci canisterapeutických hodin bylo v motorice a v pozornosti. Následuje pak polohování a chování, pomyslnou poslední příčku obsadila verbální komunikace.

### Žák č. 3: Martina

#### Pozornost

**Začátek canisterapie:** Po příchodu na canisterapeutickou hodinu byla apatická a bylo jí v podstatě jedno, kde je. Zaštěkání psů na pozdrav ji trochu vylekalo.

**Průběh canisterapie:** Začíná si uvědomovat přítomnost psů, občas natočí hlavu směrem k nim. To nastává ve chvílích, kdy ostatní mobilní spolužáci plní nějaké úkoly, při nichž vydávají více zvuků.

**Konec canisterapie:** Po většinu canisterapeutické hodiny se snaží poslouchat, co se děje. Je poznat, že jí dění kolem sebe zajímá. Je-li zaujatá, zmírní se i salivace.

## **Motorika**

**Začátek canisterapie:** Nejevila snahu o kontakt se psy, nechtěla je hladit. Spíše se jí nechtělo, než že by se bála a svou nelibost hlasitě vyjadřovala. Toto učitelé s canisterapeutem usoudili podle toho, že dvakrát-třikrát na psa sáhla a nevadilo jí to, pak ale už odmítala.

**Průběh canisterapie:** Postupně si zvykala na delší fyzický kontakt se psem, rukou se snažila pohladit psa. Nejprve psa hladila na zádech, pak také na ocase a nohách psa.

**Konec canisterapie:** Hladí psa, nechá jej, aby si z její ruky bral pamlsky. Při této činnosti se vždy směje, záleží na její momentální náladě – někdy se směje více, někdy méně, ale nikdy jí to není nepříjemné.

## **Verbální komunikace**

**Začátek canisterapie:** Nijak se verbálně neprojevovala, byla apatická. Pokud se nějak projevila, tak to byla povětšinou v rámci nelibosti.

**Průběh canisterapie:** Pomalu si zvyká a většinou zvukově vyjadřuje radost při kontaktu se psem. Negativně se projevuje pouze při nových činnostech, které ještě nezná.

**Konec canisterapie:** Ačkoliv v rámci verbální komunikace není žádný posun např. v rámci slovní zásoby a ani se Martina nesnaží o vyslovení nových slov, je zřejmé, že jí pobyt se psy činí radost.

## **Chování**

**Začátek canisterapie:** V rámci postižení není toto možné hodnotit, je pouze apatická.

**Průběh canisterapie:** Přijímá psy jakou součást školy.

**Konec canisterapie:** Jako u předchozího hodnocení verbální komunikace, posun není možné zaznamenat. Je však vidět, že se jí hodiny canisterapie líbí.

## **Polohování**

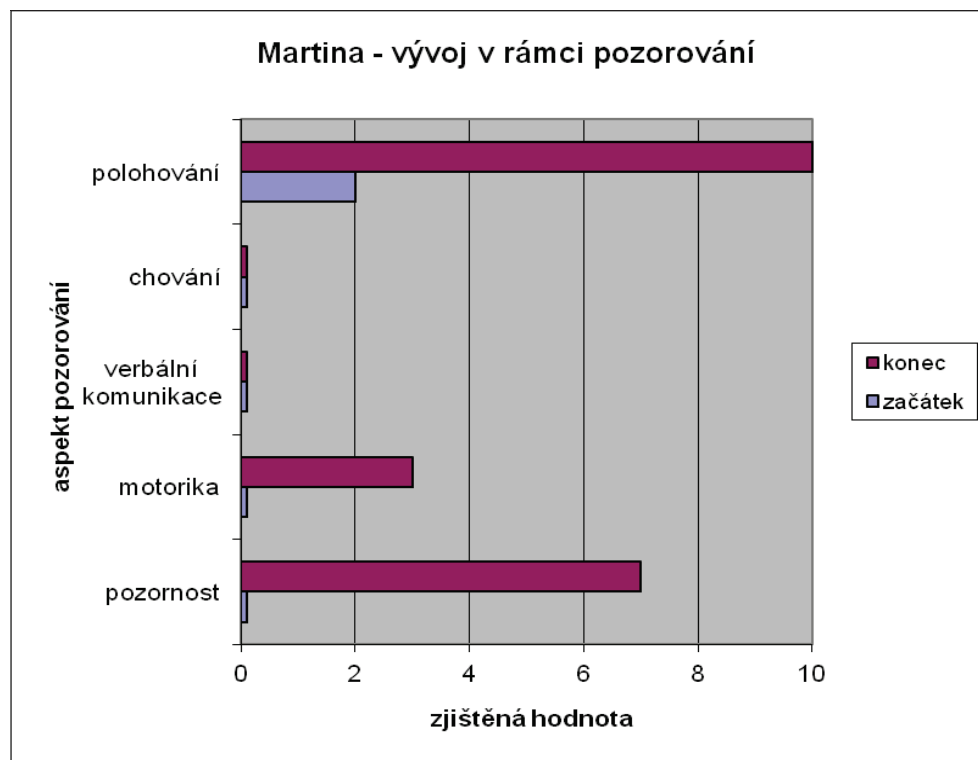
**Začátek canisterapie:** Na začátku polohování byla schopná akceptovat psa vedle sebe, stejně jako třeba pomocný vak, který se používá, aby děti nepřepadávaly.

**Průběh canisterapie:** Maminka Martiny v průběhu canisterapií uváděla, že má pocit, že její salivace se vždy odpoledne po canisterapii zmírní a také jí připadalo, že epileptické záchvaty se objevují v menší míře. Vzhledem k velmi komplikované problematice epileptických onemocnění nevím, do jaké míry je možné toto spojovat s canisterapií či jinými vlivy.

**Konec canisterapie:** Vždy po polohování dochází ke zmírnění salivace, pouze však na pár hodin. Dolní končetiny jsou povolenější. Když Martina má hlavu na psovi, tak ji otáčí ze

strany na stranu a je poznat, jak se jí to líbí – zahřívá si přitom týlní část hlavy a zadní část krku.

Graf č. 3 – Celkové zhodnocení canisterapie u žáka č. 3



U Martiny je největší progres zjištěných hodnot u polování, což je v rámci jejího kombinovaného postižení jediná aktivita, kterou může absolvovat plnohodnotně s ostatními žáky. Dále se u ní zlepšila pozornost a také motorika, v oblasti chování a verbální komunikace neproběhla změna žádná, což je samozřejmě způsobeno mírou jejího kombinovaného postižení.

#### Žák č. 4: Karolína

##### Pozornost

**Začátek canisterapie:** Na začátku se Karolína velmi intenzivně vítala se psy, neustále na ně chtěla sahat a hladit je, nevnímala canisterapeuta, respektive ho přehlížela. Nevydržela v klidu a psům neustále něco vysvětlovala.

**Průběh canisterapie:** Snaha o udržení pozornosti musela být u Karolíny podpořena pouze a jedině motivačně, a to tak, že bude-li plnit dané úkoly, může pak psy vodit na vodítku. Tato činnost ji baví nejvíce. Je samozřejmé, že toto cvičení probíhá tak, že pes si jde sám a Karolína „pouze“ drží vodítko a vedle něj důležitě vykračuje.



**Konec canisterapie:** Karolína ví, že canisterapeutická hodina má svá daná pravidla a snaží se je dodržovat. Pravdou je, že ne vždy se jí to daří, ale po upozornění je schopná se zklidnit rychleji, než na začátcích canisterapie. To znamená, že je schopná déle udržet pozornost.

### **Motorika**

**Začátek canisterapie:** Díky své překotnosti plnila úkoly na počátku nepřesně, nebyla schopná zapnout látkový obojek, pamlsek jí z ruky vypadl. Chůze se psem jí nečinila potíže.

**Průběh canisterapie:** Naučila se, že když se zklidní, tak se jí většina úkolů daří lépe.

**Konec canisterapie:** Bez problémů zapne obojek, vodítko, vyndá pamlsky z krabičky, je schopná otevřít šroubové uzávěry, češe psa plynulými pohyby.

### **Verbální komunikace**

**Začátek canisterapie:** Mluvila velmi rychle, snažila se říct vše najednou, díky čemuž vyslovovala slova nesrozumitelně.

**Průběh canisterapie:** Karolína se učí, že méně je někdy více. Zjistila, že když mluví pomaleji, tak jí canisterapeut víc rozumí. Naučila se také nová slova.

**Konec canisterapie:** Řečové schopnosti jsou stejné, pokrok je řazen spíše do oblasti pozornosti. Karolína se více soustředí na vyslovování jména psa a povelů pro něj.

### **Chování**

**Začátek canisterapie:** Chtěla být u všeho první, nepustila ke psům jiné děti. Předbíhala a vykřikovala, vůbec nereagovala na pokyny učitelů nebo canisterapeuta.

**Průběh canisterapie:** Postupně začala chápat, že pokud bude poslouchat canisterapeuta, bude moci být více v kontaktu se psy.

**Konec canisterapie:** Na začátku hodiny vždy vykřikuje, po chvíli se zklidní a dává přednost i jiným dětem (použití děkuji – prosím při předávání hřebene na česání psa). Dá se snad i říct, že umí v klidu vyčkat, až na ni přijde řada.

### **Polohování**

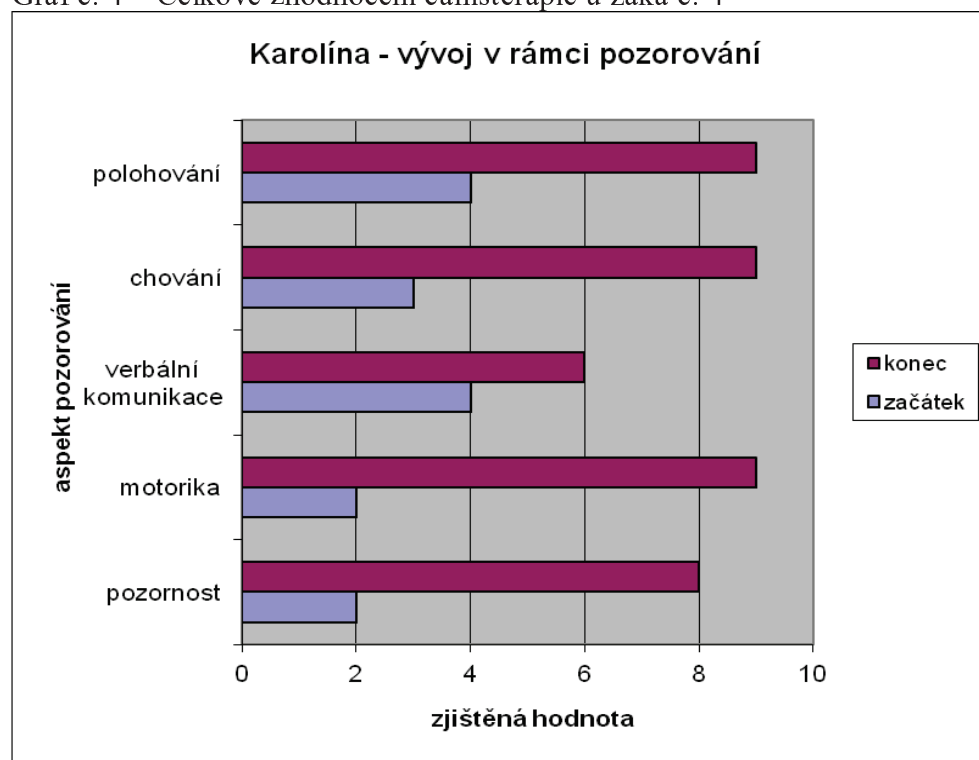
**Začátek canisterapie:** Tím, že má Karolína velmi kladný vztah ke psům, nebyl problém s fyzickým kontaktem. Ihned na psech ležela. Problémem však bylo, že se neustále vrtěla a chtěla psy přelézat.

**Průběh canisterapie:** Hlavním úkolem při polohování bylo Karolínu zklidnit. To se povedlo slibem, že bude-li klidná, budou pak pod ni položeny pamlsky a pes je bude hledat. (Dítě leží

na zádech a pod ruce a nohy se mu položí pamlsky, pes je pak hledá a při této činnosti do dítěte naráží nosem, což se dětem velmi líbí.)

**Konec canisterapie:** Snaží se ležet v klidu, ale občas pokřikuje na spolužáky. Je-li canisterapeutem v této situaci upozorněna, že pes nebude pod ní hledat pamlsky, velmi rychle se zklidní.

Graf č. 4 – Celkové zhodnocení canisterapie u žáka č. 4



Největší zlepšení u Karolíny jsem zjistila v oblasti motoriky, dále pak se stejnou měrou zlepšila pozornost a chování, kde velmi výrazně působí jako motivace pro ni možnost být více se psy. V rámci polohování bylo zlepšení znatelné také pouze po jejím uklidnění. Nejmenší vliv má canisterapie na verbální komunikaci.

## Žák č. 5: Martin

### Pozornost

**Začátek canisterapie:** Byl velmi zvědavý, chtěl si psy hned osahat. Také ho zajímal canisterapeut. Chtěl vše poznávat „rukama“. Hodiny na začátku byly vždy stejné, jeho zvědavost se nezmenšovala.

**Průběh canisterapie:** Začal se podílet na plnění úkolů, velmi se mu líbilo, když se učil poznávat jednotlivé části těla psů.

**Konec canisterapie:** Na začátku hodiny se Martin přivítá s oběma psy, pak už poslouchá canisterapeuta a snaží se pracovat dle jeho instrukcí.

### **Motorika**

**Začátek canisterapie:** Začalo se procvičováním hrubé motoriky – chůze se psem, přičemž byl doprovázen vždy učitelem a canisterapeutem. To bylo z důvodu jeho jistoty při chůzi. V rámci jemné motoriky probíhalo hlavně česání psů.

**Průběh canisterapie:** Během dvou let Martin pokročil tak, že je schopný jít sám se psem po chodbě, kde se dotýká jednou rukou zdi a druhou rukou vede psa za speciální postroj. Samozřejmostí je přítomnost canisterapeuta a to z důvodu opory či zachycení při nenadálé situaci, např. když Martin šlápne na tlapku a zavravorá.

**Konec canisterapie:** Zvládne samostatnou chůzi se psem, dále pak česání psa, otevření krabičky s pamlsky. Rád krmí psy z ruky – otevírá a zavírá dlaň a pes se nosem snaží dostat k pamlsku. Je nutné podotknout, že pes vždy vyhraje.

### **Verbální komunikace**

**Začátek canisterapie:** Znal pojem pes a věděl o něm pouze to, že štěká a kouše.

**Průběh canisterapie:** Naučil se, co pes jí, kde spí, jak žije. Nebyl o tom ale sám vyprávět, a to ani v jednoduchých větách. Odpovídal pouze na otázky canisterapeuta nebo učitelů.

**Konec canisterapie:** V jednoduchých větách dokáže už Martin sám povídat o psech. Také se zlepšila výslovnost nově naučených slov.

### **Chování**

**Začátek canisterapie:** Martin je klidný, přátelský a zvědavý. Nepředbíhal se, vždy zdraví. Používal prosím – děkuji.

**Průběh canisterapie:** Beze změn.

**Konec canisterapie:** Beze změn.

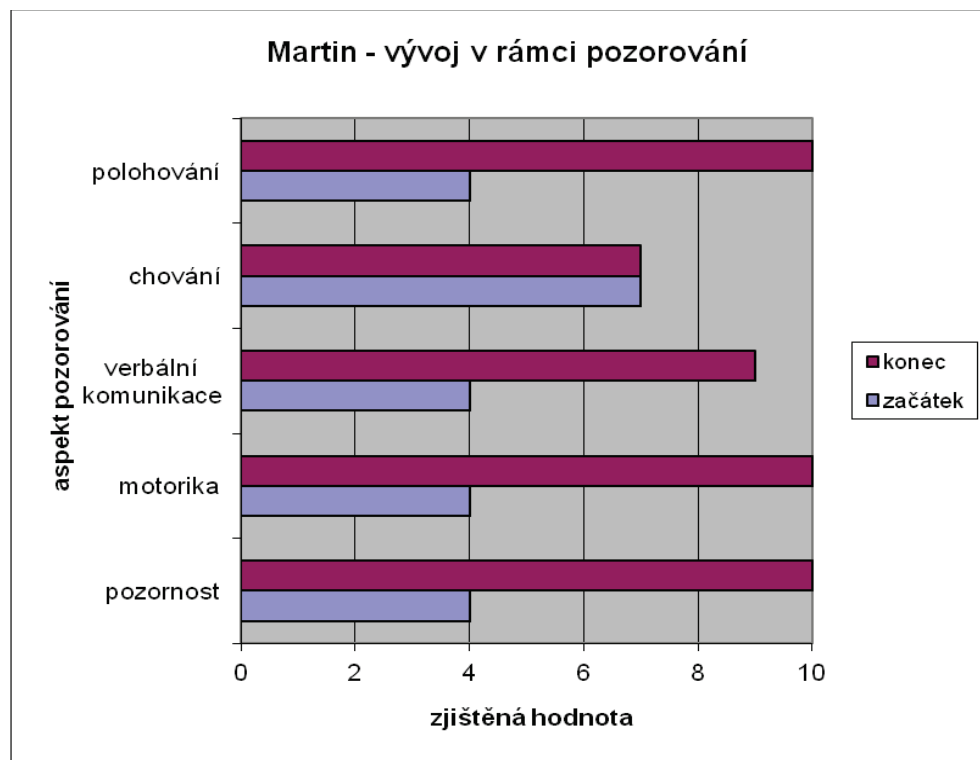
### **Polohování**

**Začátek canisterapie:** Na počátku canisterapeutických hodin vykazoval Martin vůči psům při polohování mírnou nedůvěru. Nejprve je v podstatě jenom hladil a během toho psy poznával.

**Průběh canisterapie:** Oblíbil si polohování se psy a dlouze je hladil.

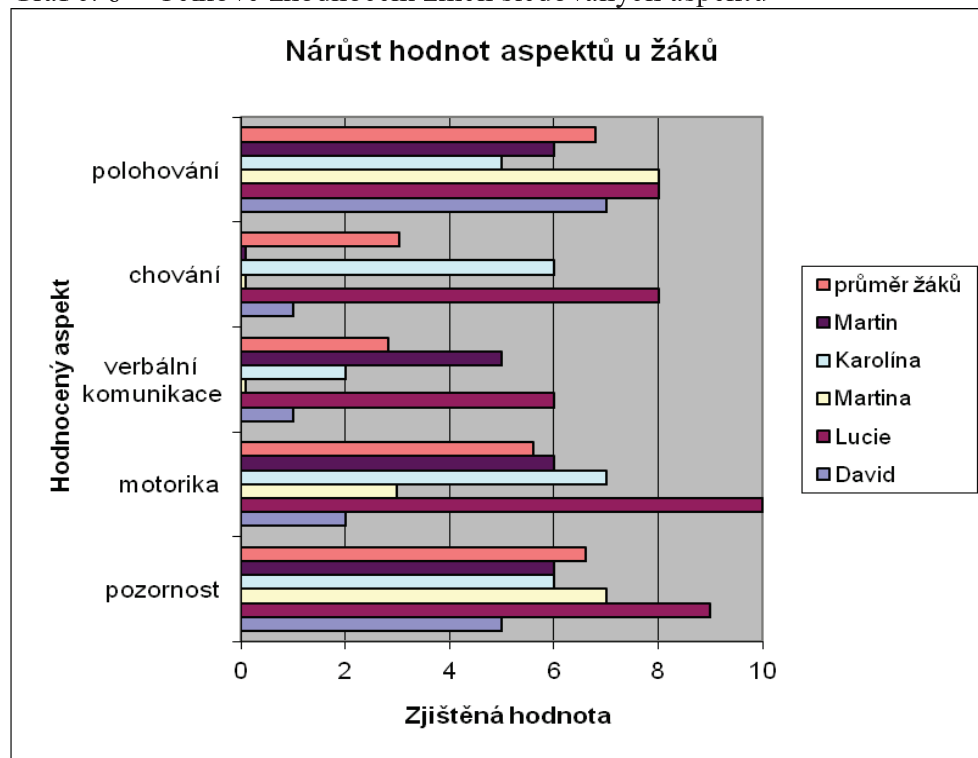
**Konec canisterapie:** Martin klidně leží, občas dokonce usíná. Instinktivně si k psovi lehá tou stranou těla, která je více zatížena spasmatickými problémy. Je poznat, že se mu líbí teplo. Hybnost rukou je po polohování lepší, přetrvává to ale jenom pár hodin.

Graf č. 5 – Celkové zhodnocení canisterapie u žáka č. 5



U Martina jsem nezaznamenala žádný vliv canisterapie v chování. Je to dáno tím, že jeho počáteční hodnota byla již dost vysoká. Zlepšil se stejnou měrou v rámci polohování, motoriky a pozornosti, o něco méně pak v rámci verbální komunikace.

Graf č. 6 – Celkové zhodnocení změn sledovaných aspektů



Pro celkové zhodnocení vlivu canisterapie na všechny sledované žáky je vytvořen graf č. 6, kde je grafické vyjádření jednotlivých změn u jednotlivých aspektů pozorování, což je rozdíl hodnot na začátku a na konci canisterapie u žáků, včetně prostého aritmetického průměru změny aspektu všech žáků.

#### 4.7 Diskuse výsledků

Ze zjištěných výsledků je zřejmý pozitivní vliv canisterapie u všech sledovaných žáků. Největší pozitivní vliv se jeví v rámci polohování, což také znamená to, že toto je vhodné pro všechny žáky, bez ohledu na jejich kombinované postižení. Druhá nejvyšší průměrná hodnota se objevila u pozornosti. V tomto případě mám na mysli samozřejmě pozornost, které jsou žáci s kombinovaným postižením schopni a také zde je vliv výrazný u všech žáků. Následuje motorika, která se zlepšila více u žáků, jejichž kombinované postižení není tak závažné. Chování a verbální komunikace vykazují také pozitivní vliv canisterapie na žáky, zde však nárůst hodnot není již tak zřetelný. Tyto dvě složky se opět více zlepšily u žáků, kteří mají lehčí typ kombinovaného postižení.

Podíváme-li se na výsledky u jednotlivých žáků, tak nejlépe na canisterapii reagovala žákyně č. 2 Lucie, která měla na počátku canisterapie strach ze psů, který se jí za pomoci canisterapeuta a pedagogů podařilo překonat a díky tomu se u ní projevil největší pozitivní vliv canisterapie. Žáci s těžší formou kombinovaného postižení (zejména s těžší formou

DMO) výborně reagovali na polohování (žák č. 1 David a žák č. 3 Martina), naopak žáci s lehčí formou kombinovaného postižení se zlepšili v oblasti motoriky (žák č. 4 Karolína a žák č. 5).

Celkově se tedy dá říci, že všechny pozorované oblasti přinesly zlepšení u žáků. Je však nutné mít na zřetel, že je vždy nutné canisterapeutické aktivity přizpůsobit jednotlivým žákům, jejich druhu kombinovaného postižení. Což samozřejmě platí u všech podpůrných rehabilitačních a relaxačních metod. Je nasnadě, že by bylo možné dané téma zpracovat jiným způsobem, např. mít větší vzorek žáků, zkoumat více aspektů terapie, zkusit měřit délku polohování, ale myslím si, že vzhledem k tomu, že je canisterapie teprve v začátcích svého masivnějšího využívání, by bylo toto naprosto bezpředmětné. Nejlepším výsledkem je částečné zlepšení kvality života žáků, které je znatelné z jejich spokojených výrazů během canisterapeutické hodiny.

## ZÁVĚR

V rámci této bakalářské práce na téma „Pozitivní vliv canisterapie na mládež s kombinovaným postižením“ jsme se seznámili s problematikou canisterapie. Nahlédli jsme do toho relativně nového oboru ze všech stran. V práci je možné se dozvědět historický vývoj canisterapie, dále pak jaké metody (AAA, AAT, AAE) a následně jejich formy jsou v rámci canisterapie používány, co musí splňovat canisterapeutický tým, zda je legislativně canisterapie v ČR upravena, které organizace ji nejčastěji provádějí. Dále jsme si v teoretické části nastínili problematiku kombinovaného postižení, její různé definice, kategorie, etiologii kombinovaných vad a všeobecné cíle o osoby s kombinovaným postižením. Vzhledem k tomu, že se v rámci různých kombinací kombinovaných vad objevuje i mentální retardace, jsme se touto tematikou seznámili také blíže v rámci teoretické části práce. U mentální retardace jsme si pak objasnili stupně mentální retardace, klinické znaky mentální retardace dle MKN-10, etiologii mentálního postižení a také myšlení, pozornost a emoce u osob s mentální retardací.

V praktické části jsem pak prováděla výzkum kvalitativní metodou a za následujících metod sběru dat: případová studie, metoda pozorování a analýza dokumentu. Pro potřeby výzkumu jsem vybrala 5 žáků ZŠ a MŠ Dětské centrum Hranice v Hranicích na Moravě, které je nestátním školským zařízením a jehož zřizovatelem a provozovatelem je Sdružení pro pomoc postiženým dětem. Zařízení se zabývá výchovou a vzděláváním dětí se zdravotním postižením nebo specifickými potřebami (mentální, tělesné postižení, kombinované vady, specifické poruchy).

V rámci pozorovaných oblastí canisterapeutických aktivit jsme se zaměřili na pozornost, motoriku hrubou i jemnou, verbální komunikaci, chování a polohování. Výsledkem práce bylo předpokládaný výsledek a to ten, že všechny pozorované oblasti přinesly zlepšení u žáků. Je ale důležité si uvědomit, že je vždy nutné canisterapeutické aktivity přizpůsobit jednotlivým žákům, jejich druhu kombinovaného postižení. Což samozřejmě platí u všech podpůrných rehabilitačních a relaxačních metod. Nejvíce pozitivní vliv canisterapie byl znát na polohování, dále následovala pozornost a motorika. V rámci chování a verbální komunikace byl také posun, ale ten, v rámci našich sledovaných žáků vzhledem k jejich kombinovaným vadám, nemůže být nikdy výrazný. Je důležité si uvědomit, co je pro žáka přínosem s ohledem na jeho konkrétní postižení a následovat individuální vzdělávací plán.

Canisterapie má význam tehdy, je-li pravidelná a věřím, že se bude stále častěji objevovat po boku ostatních podpůrných rehabilitačních metod.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- EISERTO VÁ, J. *Odborné aktivity v canisterapii*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006.
- GALAJDO VÁ, L. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-789-3.
- GALAJDO VÁ, L., GALAJDO VÁ, Z. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.
- HANÁKOVÁ, A. *1000 pojmů ze speciální pedagogiky: terminologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3218-2.
- HART, P., HARTLO VÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portal, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-70-41-196-1.
- KALINOVÁ, V. *Využití skupinové canisterapie v dětském věku – integrační canisterapeutické tábory*. Disertační práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2006.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-657-8.
- LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. Olomouc: Vydavatelství UP v Olomouci, 2005. ISBN 802441154-7.
- MOJŽÍŠOVÁ, A., KALINOVÁ, V. *Pravda v zooterapii*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v ČB, 2006. ISBN 80-7040-675-5.
- MOJŽÍŠOVÁ, A., LACINOVÁ, J., ŠEMBEROVÁ, J. et al. *Model canisterapie*. Kontakt. roč.II, č. 4, 2000. ISSN 1212-4117.
- MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.
- MICHÁLKOVÁ, J. *Možnosti využití canisterapie u dětí*. Magisterská práce. Praha: Husitká a teologická fakulta Univerzity Karlovy, 2001
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1362-4.
- NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. Praha: Al-batros Plus, 2006. ISBN 80-00-01809-8.



- PROCHÁZKOVÁ, M. *Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace*. In PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, spol. s. r. o., 2006. ISBN 80-86633-40-3.
- PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- RUBINŠTEJN, Susanna Jakovlevna. *Psychologie mentálně zaostalého žáka: příručka pro vysoké školy*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.
- SOVÁK, Miloš. *Defektologický slovník*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984.
- SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- STRAUSS, A., CORBINOVÁ J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Sdružení podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-x.
- TICHÁ, V. Metodika canisterapie. In VELEMÍNSKÝ, M. (ed.) *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova sociální péče*. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- WHO/ÚZIS ČR. 2014. *Poruchy duševní a poruchy chování*. On-line. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html> [cit. 29.05.2014].
- VALENTA, M., MÜLLER, O., *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.
- VANČOVÁ, A., *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: KKT o.z. 2010. ISBN 978-80-970228-1-5.
- VELEMÍNSKÝ, M. a kol. autorů *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona s.r.o. 2007 ISBN 978-80-7322-10.
- VAŠEK, Š., VANČOVÁ, A., HATOS, G. a kol. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia 1999. ISBN 8096718045.
- VAŠEK, Š., *Špeciálna pedagogika*. Bratislava: Sapiencia, 2003. ISBN 80-967180-3-7.
- VRBOVÁ, J. Canisterapie. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: VUP, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Dana Kašparcová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Kristýna Krahulcová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2015

<b>Název práce:</b>	Pozitivní vliv canisterapie na mládež s kombinovaným postižením
<b>Název v angličtině:</b>	Canistherapy positive influence on young people with multiple disabilities
<b>Anotace práce:</b>	<p>Tato práce se zabývá pozitivním vlivem canisterapie na mládež s kombinovaným postižením. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. V první je definována canisterapie, popsány jsou zde její počátky a historie. Dále jsou pak uvedeny metody canisterapie, její formy, role psů a psa a jsou nastíněny podmínky pro provozování canisterapie v ČR. Druhá kapitola je věnována kombinovanému postižení, definici, etiologii kombinovaných vad a cílům péče o osoby s kombinovanými vadami. Třetí kapitola popisuje mentální retardaci, její stupně, etiologii. Nastíněno je i myšlení, pozornost a emoce u osob s mentální retardací.</p> <p>Praktická část je věnována kvalitativnímu průzkumu. Metody dat byly tyto: pozorování, analýza produktů činnosti a případové studie u žáků v ZŠ a MŠ Dětské centrum Hranice v Hranicích na Moravě. Cílem bylo zjistit, zda proběhla změna díky canisterapii. Praktická část je zakončena diskuzí.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	canisterapie, kombinované postižení, mentální retardace, pozitivní vliv
<b>Anotace v angličtině:</b>	This work deals with canistherapy positive influence on young people with multiple disabilities. The theoretical part is divided into three chapters. The first is defined canistherapy

	<p>described here are its origins and history. Furthermore, there are described methods canistherapy, forms, position the handler and dog are outlined conditions for operation in the Czech Republic conistrapie.</p> <p>The second chapter is dedicated to multiple disabilities, definition, etiology combined defects and targets of care for people with multiple handicaps. The third chapter describes mental retardation, grade, etiology. Outlined is thinking, attention and emotions in persons with mental retardation.</p> <p>The practical part is devoted to qualitative research. Methods dates were: observation, product analysis and business case study for students in Kindergarten and School Children's Center Hranice in Hranice na Moravě. The aim was to determine whether the change thanks to canisterapii. The practical part is completed discussions.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině</b>	canistherapy, multihandicap, mental retardation, positive impact
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	-
<b>Rozsah práce:</b>	57
<b>Jazyk práce:</b>	český