

UNIVERZITA PALACKÉHO v OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

## **Diplomová práce**

Alžběta Horká

**Vliv canisterapie na pacienty a klienty v následné péči**

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Vliv canisterapie na pacienty na odděleních následné péče“ vypracovala samostatně, pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a za použití pramenů uvedených v závěru diplomové práce.

V Olomouci dne: .....

Podpis: .....

## Poděkování

Děkuji všem, kdo mě při psaní mé diplomové práce podporovali. Především bych chtěla poděkovat Mgr. Evě Urbanovské Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za její ochotu, rady a přátelskou pracovní atmosféru. Mé poděkování také patří Diakonii Valašské Meziříčí, Nemocnici AGEL Valašské Meziříčí a Fakultní nemocnici Olomouc, kde mi bylo umožněno provést výzkum k mé diplomové práci. V neposlední řadě pak děkuji také všem pacientům a klientům, kteří se tohoto šetření zúčastnili, za důvěru, kterou mi projevíli.

## Obsah

Úvod .....	7
1 Zooterapie .....	9
1.1 Hlavní cíle zooterapie .....	9
1.2 Zooterapie jako součást medicíny .....	10
1.3 Organizace zastřešující zooterapii .....	11
1.4 Dělení zooterapie na základě pracovních programů .....	12
1.4.1 Animal Assisted Activities .....	12
1.4.2 Animal Assisted Therapy .....	13
1.4.3 Animal Assisted Education .....	14
1.4.4 Animal assisted Crisis Response.....	15
1.5 Rozdělení zooterapie podle využitých zvířat .....	16
1.5.1 Hipoterapie .....	16
1.5.2 Felinoterapie .....	21
1.5.3 Jiná zvířata .....	24
1.5.4 Canisterapie .....	25
2 Canisterapie .....	26
2.1 Prvotní pouta psa a člověka .....	27
2.2 Canisterapie a její vývoj ve světě.....	27
2.3 Canisterapie a její vývoj v České republice .....	27
2.4 Canisterapeutický tým .....	29
2.5 Instituce využívající canisterapii.....	30
2.6 Výběr vhodného psa a jeho výcvik na canisterapii.....	31
2.6.1 Výběr vhodného psa .....	31
2.6.2 Výcvik psa .....	32
2.7 Canisterapeutická zkouška.....	34
2.7.1 Závěrečná zkouška .....	35
2.8 Metody využívané v canisterapii .....	36
2.9 Formy práce využívané v canisterapii .....	39
2.9.1 Individuální forma .....	39
2.9.2 Skupinová forma .....	39
2.9.3 Návštěvní forma .....	40
2.9.4 Jednorázové canisterapeutické aktivity .....	40

2.9.5	Pobytový program .....	41
2.9.6	Rezidentní forma .....	41
2.9.7	Krizová intervence.....	41
2.10	Aktivity a techniky používané v canisterapii.....	42
2.10.1	Polohování.....	42
2.10.2	Odbourání fobie ze psů.....	43
2.11	Průběh canisterapie .....	43
2.12	Možné indikace a kontraindikace canisterapie .....	46
3	Následná péče .....	47
3.1	Následná intenzivní péče a dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče.....	49
3.1.1	Příjem pacienta do intenzivní následné péče .....	50
3.1.2	Tým pracovišť následné péče .....	51
3.1.3	Systém práce na oddělení následné intenzivní péče.....	51
3.1.4	Profil pacientů v NIP/DIOP.....	51
3.1.5	Dekondice a rekonvice pacientů.....	52
3.1.6	Kontakt a komunikace s pacientem.....	52
3.1.7	Polohování.....	53
3.1.8	Nácvik soběstačnosti pacienta.....	54
3.1.9	Motivace pacienta.....	55
3.1.10	Léčebná rehabilitace v období následné intenzivní péče.....	55
3.1.11	Komunikace s pacientem.....	56
3.1.12	Další spolupracovníci a dobrovolníci v péči o pacienta.....	56
3.2	Oddělení pro následnou a dlouhodobou intenzivní péči ve FNOL.....	58
3.3	Oddělení následné péče v Nemocnici AGEL Valašské Meziříčí .....	59
3.4	Následná péče v Diakonii Valašské Meziříčí .....	60
3.5	Průběh canisterapie u pacientů na odděleních následné péče.....	61
3.5.1	Somatické podněty .....	62
3.5.2	Vibrační podněty .....	63
3.5.3	Vestibulární podněty .....	63
3.6	Průběh canisterapie u pacientů na oddělení následné péče v Nemocnici AGEL, Valašské Meziříčí .....	64
3.7	Průběh canisterapie u klientů v následné péči v Diakonii Valašské Meziříčí .....	65
3.8	Vliv canisterapie na pacienty v následné péči .....	66
3.8.1	Oblast psychická.....	66

3.8.2	Oblast fyzická .....	68
4	Popis výzkumného šetření .....	70
4.1	Cíle šetření .....	70
4.2	Charakteristika výzkumného vzorku a průběh šetření .....	71
4.3	Metodologie výzkumu .....	72
4.3.1	Dotazník .....	72
4.3.2	Rozhovor s canisterapeuty .....	73
4.3.3	Analýza lékařských dokumentů .....	74
4.3.4	Pozorování .....	74
4.4	Analýza šetření .....	75
4.4.1	Kazuistika .....	75
4.4.2	Pozorování .....	89
4.5	Diskuze .....	90
4.6	Doporučení do praxe .....	97
4.7	Limity výzkumu .....	98
5	Závěr .....	99
6	Seznam bibliografických citací .....	102
7	Seznam internetových zdrojů .....	104
	Přílohy .....	108

## Úvod

Díky skvělým přirozeným povahovým vlastnostem, je pes již dlouhá léta považován za nejlepšího přítele člověka. Domníváme se, že toto označení dostal pes naprostým právem. Pes je jeden z mála tvorů, který dokáže na člověka přenášet svou pozitivní energii, dokáže svého pána potěšit, má stále dobrou náladu a dokáže být až překvapivě empatický. Pes se nedívá na to, kdo má jaké postavení, jak si kdo vede v práci, jestli má pleť černou nebo bílou, jak je starý nebo jestli je člověk zdravý či nemocný. Právě díky této vzácné vlastnosti je pes nenahraditelným pomocníkem a „partnerem“, při mnoha aktivitách širokého spektra lidí. Kde tuto vlastnost ale můžeme snad nejvíce zhodnotit, je uplatnění psa v rámci canisterapeutického procesu. Důvěra, kterou člověk psovi při canisterapii dává a empatie, kterou pes naopak dává člověku, může přinášet oběma stranám mnohé plody, ze kterých pak mohou oba, nejen při samotné canisterapii, ale i po skončení terapie, čerpat.

Dobré povahové rysy psa a jeho přirozená empatie, jsou právě v canisterapii klíčovými vlastnostmi. Proto při výběru psa nehledíme ani tak na vzhled nebo rasu psa (ačkoliv jsou plemena, která se pro canisterapii jeví jako vhodnější, než jiná plemena), jako spíš na jeho vrozené vlastnosti. Ideálním canisterapeutickým psem se pak stává takový pes, který má hravou povahu, ale zároveň dokáže vydržet i dlouhou dobu v klidu, který se rád mazlí a je především velmi rád v kontaktu s lidmi. Vše se ale odvíjí hlavně od správné socializace psa již od jeho nejranějšího věku. Pokud máme správně socializovaného psa, který má dobré povahové vlastnosti, můžeme předpokládat, že takový pes bude pro canisterapii vhodný. Je ale dobré mít stále na paměti, že canisterapie není jen „mazlení člověka a psa“, ale že je pro psa velmi náročné, proto i kdybychom měli dva naprosto stejné psy, se stejnou povahou, může jeden canisterapii milovat a druhý nesnášet. V žádném případě pak nesmíme psa do canisterapie nutit, vždy to musí být činnost, na kterou se těší a má ji rád.

Psi nás zajímali už od malička, ale na vlastního jsme si museli poměrně dlouho počkat. O to víc si ho teď ale vážíme a opravdu můžeme potvrdit, že se jedná o společníka, který nesoudí, ale pomáhá, který nebere nic, zato dává vše. Je zkrátka opravdu nejlepším přítelem člověka. Naším dalším „koníčkem“ můžeme-li to tak nazvat, je speciální pedagogika-práce s lidmi s postižením nás velmi baví a zajímá. Během studia jsme měli několik praxí, z nichž jedna byla na tzv. „paragrafově“ škole. Na této škole probíhaly pravidelné canisterapie a my jsme v rámci naší bakalářské práce sledovali, jaký vliv tato terapie na žáky má. Jelikož jsme se této problematice již nějaký čas věnovali, začalo nás zajímat, kde jinde, kromě škol, může

canisterapie pomáhat a začali jsme se tak zajímat o canisterapii, která se provádí v nemocnicích a v sociálních službách. Nakonec jsme se zaměřili na následnou péči, kde canisterapie pomáhá pacientům nebo klientům, kteří se zde doléčují se širokým spektrem diagnóz – od interních, přes neurologické, až po chirurgické nebo traumatické. Jsou zde také pacienti, u kterých po zvládnutí kritického stavu nadále selhává jedna nebo i více životních funkcí. Naším cílem bylo zjistit, zda a jaký vliv na pacienty a klienty v následné péči bude canisterapie mít. Jelikož je toto téma ale velmi široké, zaměřili jsme se především na motorické funkce, komunikační funkce a psychický stav pacientů a klientů.

V teoretické části naší diplomové práce, která je členěná do tří kapitol, se nejdříve v první kapitole zaměříme na obecný popis různých druhů terapií se zvířaty, na jejich cíle, metody a formy. Ve druhé kapitole se pak zaměříme pouze na canisterapii jako takovou, popíšeme tedy vše, co se canisterapie týká, od historie přes výběr psa až po canisterapeutické zkoušky. V poslední kapitole, teoretické části, se pak budeme zabývat problematikou pacientů a klientů v následné péči, kdy se zaměříme především na to, jaký vliv má canisterapie na psychické a fyzické funkce těchto pacientů a také na to, jak zde canisterapie probíhá.

Praktická část naší diplomové práce bude zaměřena na zjištění vlivu canisterapie u konkrétních pacientů, kteří jsou hospitalizováni na odděleních následné péče ve Fakultní nemocnici Olomouc a v Nemocnici AGEL, Valašské Meziříčí a u konkrétních klientů v Diakonii Valašské Meziříčí. U těchto pacientů a klientů se zaměříme především na to, jaký vliv má canisterapie na jejich motoriku, komunikaci a duševní zdraví. Metodami, které v našem výzkumu použijeme, budou dotazník, který dostane zdravotní sestra, canisterapeut nebo sociální pracovník, starající se o daného pacienta, další metodou bude rozhovor s canisterapeutkou a také analýza lékařských dokumentů se zaměřením na motoriku, komunikaci a psychický stav pacienta. Poslední metodou pak bude pozorování jedné canisterapeutické lekce. Cílem práce bude zjistit, jaký vliv má canisterapie na motoriku, komunikaci a psychický stav u vybraných pacientů.



# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Zooterapie

Použijeme-li termín „zooterapie“ nebo rovněž termín „zoorehabilitace“, máme obecně na mysli využití zvířat jako prostředku k terapii. V široké veřejnosti stále není znalost této problematiky příliš velká, jedním z důvodů může být to, že není jednoduché zooterapii jednoznačně definovat anebo také to, že je tento obor poměrně nový a stále je u nás málo odborné a vědecké literatury ohledně této problematiky. Přesto se však pokusíme zooterapii definovat poněkud konkrétněji. Hovoříme-li o zooterapii, máme na mysli využití zvířat, ke zlepšení psychosomatického stavu klientů. Velkou výhodou je, že tuto terapii lze provádět u klientů všech věkových kategorií (Svobodová, 2009). Metody, díky kterým můžeme pozitivního vlivu zvířat na člověka využít, jsou metody psychosociální a rehabilitační. Je však důležité si připustit, že zvíře samotné, nedokáže člověka z žádné nemoci či postižení vyléčit, co lze však s jistotou říct je to, že díky terapiím lze ve velké většině případů dosáhnout lepších účinků probíhající léčby (Petrů, Karásková, 2008). Mezi nejčastěji používaná zvířata v zooterapii patří určitě psi a koně (Müller in Renotierová, Ludíková, 2003), mezi zvířata, která se u nás využívají stále častěji patří také kočky, k zooterapii se dá využít ale také jiných zvířat, jako jsou drobní hlodavci, králíci a hospodářská zvířata. V některých cizích státech můžeme při zooterapii narazit také na zvířata, jako jsou delfíni, papoušci, plazi, rybičky, želvy nebo dokonce i pavouci či pakobylky. (Svobodová, 2009).

### 1.1 Hlavní cíle zooterapie

Chceme-li uvést hlavní cíl zooterapie, jedná se zcela jistě o zlepšení kvality života daného klienta (Petrů, Karásková, 2008). Pokud bychom však chtěli tento poněkud obecný cíl trochu konkretizovat, mohli bychom využít mimo jiné např. cílů postupů při terapiích psychiatra Levinsona, který jako první začal používat výraz „pet therapy“ a který byl přesvědčen o tom, že zvířata (konkrétně psi) mohou hrát psychoterapeutickou roli jak v terapeutických zařízeních, tak i v domácím prostředí. Mezi cíle jeho postupů patřilo navození takového kontaktu klienta se zvířetem, který je bezpečný, a to ještě před samotným začátkem terapie, dále šlo o to umožnit zvířeti stát se prostředníkem při narušené komunikaci, třetím cílem pak bylo využití zvířete k tomu, aby klient dokázal překonat psychické bariéry (Odendaal, 2007). Známe však také další cíle, kterých chceme a můžeme díky zooterapii dosáhnout, jedná se např. o zlepšení motoriky, zmírnění stresu či zlepšení paměti (Freeman in

Velemínský, 2007). Co je ale nutné si uvědomit je to, že o tom, zda je terapie pro konkrétního klienta vhodná či ne a zda se využívá vhodných metod a postupů, nerozhoduje jen samotný zooterapeut, jde o rozhodnutí celého týmu lidí, mezi které patří především lékař, dále ale též speciální pedagog, ergoterapeut, fyzioterapeut a další. Pokud kdokoliv z těchto odborníků vidí, že je terapie pro klienta nevhodná, má právo, po dohodě s ostatními, terapii ukončit (Tichá in Velemínský, 2007). To, že je zooterapie důležitým oborem a má své nezastupitelné místo v rámci terapií dnes už snad nikdo zpochybnit nemůže, je však dobré mít neustále na paměti, že samotná zooterapie není „všespásná“ a že pokroky, které klient v průběhu terapií dělá, nejsou jen čistě zásluhou zooterapie, ale že na klienta působí další spousta nejrůznějších faktorů, ať už je to práce fyzioterapeuta, psychoterapeuta, speciálního pedagoga nebo třeba vhodná medikace (Nerandžič, 2006).

## **1.2 Zooterapie jako součást medicíny**

To, že kontakt člověka a zvířat v různých zařízeních, jako jsou domovy pro seniory, domovy pro osoby s různým i druhy postižení nebo ve školách a domácnostech, má ve většině případů velmi pozitivní dopad, je zřejmé (Nerandžič, 2006). Bohužel však i přesto ještě stále nemá zooterapie v medicíně své pevně zakotvené místo. Zákonů, které by se alespoň okrajově této problematice věnovaly, je žalostně málo. Musíme bohužel vycházet z toho, že stále nemáme podklad pro zooterapii, který by byl podložen vyhláškami, předpisy nebo právními normami (Svobodová, 2009). Bohužel se potom nemůžeme divit, že se zvířata v medicíně využívají stále v poměrně malé míře. Jedním z důvodů může být totiž právě neukotvenost této terapie v zákonech a tím pádem i neznalost této problematiky, a to často dokonce i v odborných lékařských kruzích. Existují však i další důvody, proč se lékaři nebo jiní odborníci „bojí“ nebo proč nechtějí využívat zvířata v lékařské praxi. Kromě neznalosti problematiky jsou zde faktory jako neochota tolerovat zvíře v nemocnicích, klinikách, či jiných zařízeních, dalším faktorem může být strach ze zvířat, obava ze ztráty čistoty a sterility v nemocnicích a jiných zařízeních nebo může jít prostě jen o pocit, že zvíře, jakožto nižší druh už z principu nemůže pomáhat člověku v léčbě (Odendaal, 2007). Nevyužit zvířat k terapiím je přitom velká škoda. Zvíře sice potřebuje určitou péči, za to se ale může odvděčit spoustou pozitivních vlastností. Zvíře chované např. v domovech pro seniory může být novým impulsem do života pro klienty zařízení, může jim přinášet radost, téma k hovoru a také jim může dát zpátky řád do života, právě díky nutnosti pravidelně se o zvíře starat. Senior si také díky činnostem jako je hraní si se zvířetem, běhání, venčení, česání atd., může zlepšit svou fyzickou i psychickou kondici. Také atmosféru v zařízeních může pouhá

přítomnost zvířete změnit. Lidé najednou mají společné téma k hovoru, zvíře navozuje dobrou atmosféru a ta se pak může přenášet jako lavina na všechny klienty i zaměstnance (Nerandžič, 2006). Dle Nerandžiče (2006, s. 21), „*je dokázáno, že lidé, kteří chovají zvířata, mají nižší hladinu krevního tlaku, méně trpí depresemi, a také mají nižší hladinu cukru než lidé, kteří zvířata nechovají. (...) v ústavech a domácnostech, kde se rozhodli pro chov zvířat, klesá spotřeba antidepresiv, plen, i donucovacích, uklidňujících a omezujících prostředků.*“ v takovýchto zařízeních mohou být zvířata také nápomocná při přijetí nového klienta a jeho zařazení do kolektivu. Zvíře lze do zařízení nejrůznějších typů přivést v rámci tzv. návštěvních programů. Tyto programy se řídí pravidly, která jsou zapsána ve smlouvě daného zařízení. Mezi pravidla patří např. to, že zvíře musí být zdravé, nesmí být v žádném případě agresivní a nesmí znečistit prostory, ve kterých se nachází. Mezi velmi důležité body patří také ty, ve kterých se píše, že při terapiích nesmí docházet k psychickému ani k fyzickému týrání zvířete a že za vše, co se týká zvířete, nese odpovědnost jeho majitel (Nerandžič, 2006).

### **1.3 Organizace zastřešující zooterapii**

IAHAIO (Interantional Assosiation of Human Animal Interaction Organizations) je zastřešující organizací, založenou roku 1990, sídlící ve státě Washington. Tato organizace byla založena, aby vytvořila jakousi strukturu, díky níž by mohly vzájemně komunikovat jednotlivé národní organizace, zabývající se souvislostmi kolem zvířat a lidského zdraví. Tato organizace má tři obecné cíle: 1. Podporovat výzkum, vzdělávání a sdílení informací o interakci lidí a zvířat, 2. Poskytnout členským organizacím IAHAIO prostor pro sdílení nových informací a nápadů, 3. Vzdělávat politiky na místní, národní, ale i mezinárodní úrovni o přínosech vzájemné interakce mezi lidmi a zvířaty. Pro zástupce svých členských organizací pořádá IAHAIO setkání každý rok a každé tři roky pak pořádá mezinárodní konferenci (Schneider, 2005). Jednou z členských zemí organizace IAHAIO je také Česká republika. Jakmile IAHAIO začala fungovat, vytvořila tzv. pracovní programy, podle kterých se zooterapie vykonává a které určují jakou konkrétní roli má zvíře a člověk v daném terapeutickém programu (Petrů, Karásková, 2008). IAHAIO nazývá tyto programy Animal Assisted Therapy (dále jen „AAT“), Animal Assisted Activities (dále jen „AAA“) a Animal Assisted Education (dále jen „AAE“) (Jegatheesan et al., 2014). Petrů a Karásková píšou ve své knize ještě o dalším programu, který se nazývá Animal Assisted Crisis Response (dále jen „AACR“) (Petrů, Karásková, 2008). Programy AAA a AAE vznikly již v 80. letech 20. stol., zatímco programy AAE a AACR vznikly až o něco později. Ve všech těchto programech by měli působit pouze odborné, proškolené týmy, nemělo by tedy docházet k zařazování laiků do

těchto programů i kdyby měli ty nejlepší úmysly (Lacinová, 2010). Všem vyjmenovaným programům se podrobněji věnuji v následující kapitole.

## **1.4 Dělení zooterapie na základě pracovních programů**

### **1.4.1 Animal Assisted Activities**

Aktivity za asistence zvířat se nejčastěji uskutečňují návštěvní formou. Tuto návštěvu realizuje pracovník, který je speciálně proškolený, s pečlivě vybraným zvířetem. Náplní tohoto programu jsou nejrůznější činnosti odpočinkového, motivačního, výchovného nebo terapeutického typu. Cílem těchto činností je zlepšit kvalitu života klientů. Ačkoliv nejde přímo změřit výsledky těchto činností, jejich efekt je velký a dá se zaznamenat, pokud klienty známe a víme tedy, jaké pokroky dělají z dlouhodobějšího hlediska. AAA se dále dělí z hlediska metod na interaktivní a pasivní, kritériem dělení je způsob, jakým se zvíře v procesu AAA uplatňuje. Pasivní metoda znamená, že zvíře samo o sobě nevyvíjí žádnou aktivitu, ale pro své okolí se stává terapeutickým už jen svou pouhou přítomností v prostředí, kde se klienti nacházejí. Jde například o umístění klece s králíkem nebo akvária s rybičkami v místnosti, kde se klienti nejčastěji zdržují. Zvíře navodí pohodovou atmosféru a přispívá tak k dobrému nebo alespoň lepšímu psychickému stavu klientů. Druhým typem AAA je interaktivní forma, při které se klienti dostávají se zvířaty do přímého kontaktu. Klienti o zvířata pečují, mluví s nimi a často jsou pro ně dobrými přáteli. Zvířata na tuto jejich péči reagují, čímž se mezi nimi posiluje vzájemná vazba. Oproti pasivní formě AAA je v rámci interaktivní formy ještě více stimulováno duševní zdraví klientů, což přináší pozitivní odezvu do jejich života (Lacinová, 2010). Aktivní formu pak dále dělíme podle toho, jakým způsobem probíhá, na rezidentní (neboli stálou formu) a na návštěvní formu. Při formě rezidentní žije zvíře přímo v daném zařízení, zde se o něj starají zaměstnanci a klienti daného zařízení. Při formě návštěvní přichází terapeutický tým do zařízení většinou pravidelně, v přesně stanovenou dobu. Tato návštěvní forma bývá zařízeními často kladněji přijímána než forma rezidentní, jelikož odpadá dlouhodobá, nepřetržitá starost o zvíře ze strany zaměstnanců zařízení. Obecně se také dá říct, že rezidentní formu AAA je vhodné provádět spíše se zvířaty, které nepotřebují jednoho pána, např. canisterapie tedy není pro využití v rezidentní formě příliš vhodná (Petrů, Karásková, 2008). Naopak při návštěvní formě se psi využívají ve velmi hojné míře (Lacinová, 2010). Shrňme-li tedy informace o programu AAA, dojdeme k tomu, že hlavním cílem tohoto typu zooterapie je celková aktivizace klientů. Těmito klienty jsou nejčastěji lidé, kteří jsou ve školách, školských zařízeních, v zařízení

sociálních služeb a dalších zařízeních. Mezi typický rys tohoto programu můžeme řadit práci ve skupině, jen velmi vzácně se vyskytuje práce s jednotlivcem. Mezi nejhojněji využívané aktivity patří různé hry a činnosti klienta se zvířetem, většinou jde o hlazení, házení aportů, česání, jde ale také i obecně o celkovou péči o zvíře. V rámci všech vyjmenovaných aktivit se procvičuje velmi dobře a nenásilně též komunikace a paměť klientů. Při terapii si zooterapeut většinou zapisuje, jak hodnotí průběh terapie, jaké cíle se mu podařilo splnit, jaké naopak ne atd. Vždy je ale žádoucí, pokud průběh terapií konzultuje alespoň čas od času s profesionálem (Freeman in Velemínský, 2007).

#### **1.4.2 Animal Assisted Therapy**

AAT se používá jako doplňková terapie k hlavní léčbě osob s chronickými nebo duševními onemocněními. Klientelou tedy většinou bývají lidé s vývojovými poruchami, rakovinou, Alzheimerovou chorobou, demencí, depresemi (Çakici, Kök, 2020). Může však jít také o osoby s mentálním či tělesným postižením, osoby s kombinovaným postižením, s chronickým onemocněním a v neposlední řadě o osoby v rekonvalescenci. Z uvedeného tedy vyplývá, že cíle AAT jsou velmi individuální, podle toho, co zrovna daný klient aktuálně potřebuje a s jakým problémem na terapii přichází (Freeman in Velemínský, 2007). Obecně lze ale říct, že ze strany terapeuta se jedná o cílený zásah tak, aby se buď posílilo klientovo žádoucí chování nebo aby naopak došlo k utlumení chování nežádoucího. Cílem tedy může být např. zlepšení kognitivních, emocionálních, sociálních nebo somatických funkcí klienta. Při terapii se tak může procvičovat například klientova motorika, řeč, pohyb atd. Výsledky AAT jde tedy poměrně dobře měřit a pozorovat. Co je ale důležité zmínit je to, že AAT by měl provádět vždy speciálně vyškolený personál (Lacinová, 2010) a konkrétní cíle pak určuje profesionál, který zná přesný zdravotní stav klienta, musí vědět také vše o léčbě, která zrovna u klienta probíhá a také by měl umět zhodnotit jeho aktuální stav, a to jak fyzický, tak i psychický. Úkolem tohoto profesionála je také průběžné vedení a hodnocení terapie. Průběh terapie také zapisuje a zakládá do odborné dokumentace (Freeman in Velemínský, 2007). Pokud má zooterapeut odborné vzdělání, není nutné, aby byl součástí týmu další profesionál, je-li však pouze proškoleným laikem, je přítomnost profesionála (nejčastěji lékaře), v zooterapeutickém týmu, zcela zásadní. Aktivity, které se v AAT využívají jsou zaměřené především na rozvoj komunikace, paměti, kognitivních funkcí a zlepšení orientačních schopností. Poměrně často využívanou technikou je polohování, o kterém se zmíním v kapitole „canisterapie“ (Freeman in Velemínský, 2007).

### 1.4.3 Animal Assisted Education

Výuka za přítomnosti nebo také s přispěním zvířete, je dalším ze základních pojmů zooterapie. V rámci tohoto terapeutického programu jde o kontakt člověka se zvířetem, který je buď cílený nebo přirozený. Pojem „AAE“ tedy můžeme chápat jako vzdělávání buď jednoho člověka, nebo i větší skupiny lidí, a to za asistence zvířat. Proces učení může už pouhá přítomnost zvířete pozitivně ovlivnit, pokud víme, jak se zvířetem a zároveň s dětmi správně pracovat. Mezi pozitivní aspekty tohoto typu zooterapie patří např. snížení stresu a napětí, obrovská motivace žáků, zlepšení třídního klimatu, dodání odvahy nesmělým žákům, odbourávání pocitů nejistoty u žáků, kteří si nevěří a další aspekty. Přítomnost zvířete ve vyučování lze také využít k tomu, aby vědomosti a dovednosti byly žákům předány zábavnější formou. Zvířata mohou být také užitečná při názorných ukázkách v předmětech, jako jsou biologie nebo přírodopis či v zájmových kroužcích zaměřených na zvířata a přírodu. V neposlední řadě je možné zapojit žáky i zvíře do různých aktivit a her, ve kterých lze rozvíjet motoriku, komunikační schopnosti (Freeman in Velemínský, 2007) anebo také zlepšit výchovné či sociální dovednosti (Petrů, Karásková, 2008). Vzdělávací a výchovná činnost se tedy zaměřuje hlavně na zvýšení mentální výkonnosti a také na zvýšení sociálních dovedností žáků nebo klientů (Lacinová, 2010). Podle výzkumu *Instituce pro speciální vzdělávání*, který se konal v roce 2014, v průběhu déle než dvou měsíců, na *Pedagogické fakultě Univerzity v Kaposváru*, a kterého se účastnilo více než 66 dětí a tým 11 speciálních pedagogů, lékařů, učitelů a psychologů, je efekt AAE velmi dobře pozorovatelný, mimo jiné, právě v oblasti sociálních dovedností a chování žáků. Všechny zúčastněné strany (jak žáci, tak i učitelé) pocítily v průběhu výzkumu vzájemné přijímání, zvýšenou úroveň tolerance a také zvýšenou úroveň pozornosti vůči partnerovi (člověku i zvířeti) (István, Katalin, 2015). Z toho, co jsme o AAE zjistili je tedy zřejmé, že AAE lze využít u velmi pestrého složení klientely. Formy, jakými se AAE provádí, mohou být různé, nejčastěji se ale jedná o skupinovou formu (přednášky, zájmové kroužky) nebo individuální formu (nejčastěji u žáků se specifickými poruchami učení, s výchovnými problémy nebo s narušenou komunikační schopností). Cíle této terapie určí vždy pedagog a zooterapeut společně. Oba také průběh terapie sledují a následně vyhodnocují její efektivitu. Pokud jde o skupinovou terapii, ta musí být vepsána do školních osnov, pokud by však šlo o terapii individuální, ta musí být zanesena do individuálního vzdělávacího plánu konkrétního žáka (Freeman in Velemínský, 2007). Realizace AAE je možná, jak jsme již zmínili, jen za předpokladu spolupráce týmu zooterapeutického s týmem pedagogickým. Tyto týmy musí společně vymezit cíle, ke kterým

se bude v terapii směřovat. Hlavním cílem je pak vyvolat nebo zvýšit motivaci k učení a k osobnostnímu rozvoji (Lacinová, 2010). AAE se stále častěji používá ve speciálně pedagogických třídách, zaměřených na vzdělávání žáků v raném dětství -tzv. „early childhood special education classroom“ (dále jen „ECSE“). Použití zvířat (např. psů) při výuce se možná může jevit na první pohled jako jednoduché, ale opak je pravdou. Tato metoda vyžaduje, aby si pedagogické i zooterapeutické týmy osvojily určité postupy, které podpoří efektivní vzdělávání a zároveň zaručí bezpečnost klientů i zvířat. Aby byl program AAE ve třídách ECSE účinný, vyžaduje sepsání a projednání protokolu, který bude jakousi syntézou obsahových znalostí učitele ECSE a odborností terapeuta. Postupy zapsané v protokolu by měly zajistit, že jak učitel, tak i zooterapeut jednak zajistí bezpečnost při práci, ale také že dojde ke splnění vytyčených cílů. Je-li spolupráce mezi těmito klíčovými osobami dobře nastavená a protokol není napsán jen „na oko“, ale opravdu se podle něj pracuje, je šance k dosažení cílů velká. Pokud by však spolupráce klíčových osob nebyla příliš dobrá, mohlo by být v sázce nejen nesplnění vytyčených cílů, ale mohlo by dojít také k negativním dopadům na zdraví a chování jak u klientů, tak i u zvířat (Sandt, 2020).

#### **1.4.4 Animal assisted Crisis Response**

Animal Assisted Crisis Response je překládána jako krizová intervence za asistence zvířat. Využívá se přirozeného kontaktu zvířete a člověka, který se ocitl v krizové situaci. Mezi nejčastější krizové situace patří dopravní nehody, nejrůznější přírodní katastrofy, násilí, pokusy o sebevraždu a další. V případech, které jsou krizové a kdy je nutné zachovat tzv. „chladnou hlavu“, jde terapeutovi především o odbourání nebo alespoň snížení stresu člověka, který se ocitl v krizové situaci, a také jde o celkové zlepšení jeho psychického a fyzického stavu, který je v dané chvíli většinou výrazně narušen. Cíle terapie tentokrát již z logiky věci nejsou předem stanovené, ale klade si je sám zooterapeut (v některých případech ještě ve spolupráci s pracovníkem krizové intervence) dle klientovy aktuální potřeby. Mezi klienty AACR nemusí patřit jen přímé oběti násilí, nehod či přírodních katastrof, ale často jde právě i o dobrovolníky a záchranáře, kteří se v krizových situacích celý život pohybují a sami často potřebují pomoc druhých. Při AACR se stává zooterapeut součástí integrovaného záchranného systému (dále jen IZS) a má tedy vždy možnost, v případě potřeby, využít spolupráce s dalšími členy IZS či jinými odborníky. Často tedy spolupracuje například s lékaři, soc. pracovníky, kněžími, krizovými poradci, psychology a dalšími. Právě v oblasti psychologie by se ale měli bezpečně pohybovat sami zooterapeuté, proto se kromě běžné přípravy a vykonaných zkoušek zvířete, od zooterapeuta vyžaduje také výborná znalost

psychologie. Dalšími podmínkami pro práci zooterapeuta v rámci AACR jsou dostatečně dlouhá praxe při práci s nejrůznější škálou klientů a také proškolení v rámci IZS. Zamezit jakémukoliv překážení ostatním složkám IZS a jejich omezování v práci, patří samozřejmě mezi základní pravidla AACR. Důležité je ale také, aby si terapeut uvědomil, že bezpečnost jeho a samozřejmě také bezpečnost jeho zvířete, jsou v AACR vždy na prvním místě (Freeman in Velemínský, 2007).

## **1.5 Rozdělení zooterapie podle využitých zvířat**

### **1.5.1 Hipoterapie**

Již v dávných časech byli koně využíváni k tomu, aby pomáhali člověku. Ať už se jednalo o pomoc při tahání dřeva, přepravě těžkých nákladů, při nahánění stád nebo při přesunu na větší vzdálenosti. Dnešní využití koní je spíše zaměřeno na rekreaci nebo na sport. V posledních desetiletích jde však také o využití léčebné (Nerandžič, 2006). Historie počátků léčení za působení koní však sahá až do dávné minulosti. Už ve 2. stol. n. l. Marcus Aurelius, v knize „Hovory k sobě“ píše o tom, že se koní dá využít k léčení a rekonvalescenci lidí. Dokonce sám lékař Marca Aurelia jemu samotnému doporučuje, aby kromě jiných léčebných prostředků a aktivit využíval jako jednu z ozdravných metod také jízdu na koni (Vízdalová in Velemínský, 2007). K hipoterapii jako takové, tak jak ji známe dnes, však došlo až mnohem později. Až na počátku 20. stol. norská fyzioterapeutka Elisabeth Bodtkerová zkusila poprvé do rehabilitací zapojit také koně. Tím došlo k prvnímu průniku hipoterapie do zdravotnictví. Norsko je tedy až do dneška považován za kolébku hipoterapie. O něco později, po konci 1. světové války, kdy se lékaři snažili o rekonvalescenci vojáků, kteří přežili válku, se koně využívali k léčbě jak fyzických zranění, tak i psychických. Klíčovým rokem, který se dodnes bere jako nejdůležitější rok v moderní hiporehabilitaci, je rok 1952, kdy drezúrní jezdkyň z Dánska – Liz Hratelová – získala na Olympijských hrách v Helsinkách druhé místo. Na tom by možná ještě nebylo, kromě bez pochyby skvělého výkonu, nic až tak zvláštního, důležité je ovšem zmínit, že tato drezúrní jezdkyň byla od kolen dolů ochrnutá. Tato výjimečná dáma založila později, ještě se svou kolegyní, první hiporehabilitační středisko na světě. Také ve Velké Británii postupně začalo docházet ke stále většímu rozmachu hiporehabilitace. K jejímu největšímu rozkvětu však došlo v Německu. V roce 1970 bylo totiž právě v Německu založeno sdružení Kuratorium für Therapeutisches Reiten, díky kterému se hiporehabilitace rozvinula jak po profesionální, tak i po organizační stránce (Müller, 2014). Stále ale ještě nebyla zajištěna spolupráce a možnost společných konzultací mezi různými odborníky. Aby



mohli odborníci mezi sebou léčebné postupy komunikovat, a hlavně aby jejich domluva byla jednotná a tím pádem i více efektivní, proběhl v roce 1972 první kongres o hipoterapii, a to na mezinárodní úrovni (Betlachová, Uhlíř, Bednaříková, Fritscherová, 2016). O pár let později, v roce 1976 byla ustanovena jednotná definice hipoterapie. Podle této definice je hipoterapie pohybová léčba, která má svá specifika a kterou vede fyzioterapeut (Nerandžič, 2006). Česká hiporehabilitační společnost (dále jen „ČHS“) však na svých webových stránkách přináší aktualizovanou definici hipoterapie, resp. „Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii“, jak je od 1. 1. 2020 hipoterapie nově nazývána. Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (dále jen „HTFE“) je tedy: *„fyzioterapeutická metoda využívající jako léčebný prostředek speciálně připraveného koně v kroku, konkrétně pohyb jeho hřbetu. Tento pohyb je střídavý, rytmicky a cyklicky se opakující. Nabízí multisenzorickou aferentní stimulaci, která přímo ovlivňuje motorické chování klienta aktivací všech řídicích úrovní CNS. Výsledkem je komplexní facilitace reparačních procesů jedince, a to jak na úrovni neurofyziologické, tak psychomotorické a v neposlední řadě i na úrovni sociální. Nadstandardní variabilita využitých poloh, při respektování posturálních schopností klienta, ovlivní jeho posturu, hrubou i jemnou motoriku a vegetativní funkce.“* (Česká hiporehabilitační společnost, 2020, nestr.) Vraťme se ale ještě zpět do historie – po roce 1972, kdy proběhl mezinárodní kongres, se totiž odehrálo ještě několik dalších zásadních změn. Postupem času se totiž – tehdy ještě hipoterapie – rozdělila na dvě hlavní větve. První z nich má za cíl prosazovat především sportovní jezdeckví osob s postižením. Mezi státy řadící se k této větvi patří například USA, Velká Británie, Kanada nebo Anglie. Druhá větev se zabývá hipoterapií především jako prostředkem léčby osob s postižením. Toto zaměření je typické pro střední Evropu. Oba tyto proudy však zastřešuje jedna společnost, a to FRDI. (The federation of Riding for Disabled International. Tato organizace založená v roce 1988 v Torontu, sdružuje dodnes asi 130 zástupců hiporehabilitace, z více než 50 zemí světa. Vývoj české větve hiporehabilitace byl značně ovlivněn založením Hucul klubu ve Zmrzlíku u Prahy, v roce 1947, kde o několik let později, díky profesorovi Lewitovi, započala v Česku novodobá hipoterapie. Později se odtud rozšířila do ústavů, psychiatrických léčeben a dalších zařízení (Müller, 2014). Stejně důležitou událostí pak bylo založení České hiporehabilitační společnosti, a to v roce 1991 (Nerandžič, 2006). Tato společnost je v současnosti členem celosvětové organizace FRDI (Müller, 2014). Podíváme-li se na terminologické vymezení hipoterapie, zjistíme, že není úplně jednoduché, zároveň je však velmi důležité udělat si v jednotlivých termínech jasno, protože je stále mnoho lidí (někdy dokonce i v odborných kruzích), kteří termíny různě zaměňují. Nejdříve si tedy objasňeme termín „hiporehabilitace“- jedná se o zastřešující pojem

pro všechny aktivity, které souvisí s léčbou člověka, za přítomnosti koně (Čapková, Pavlů, 2016). V rámci hiporehabilitace je v roli terapeuta kůň. Cílem je pak úplné nebo alespoň částečné odstranění handicapu klienta a také obnovení funkcí, o které klient z různých důvodů přišel nebo které byly narušeny. Tato rehabilitace musí být doporučena lékařem a realizují ji vždy odborníci. Je složena ze tří hlavních složek – první z nich se snaží o zvýšení motivace člověka se specifickými potřebami, druhá složka se snaží o stimulaci motorických funkcí klienta a ve třetí složce jde o jeho sociální začlenění (Müller, 2014). Hiporehabilitace se dělí na čtyři různé formy, podle toho, které aktivity klient s koňmi v rámci rehabilitace vykonává. První formou je již zmíněná „Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii“ – v této formě je klient do rehabilitace zařazen na základě doporučení lékaře, poskytovatelem této terapie je právnická nebo fyzická osoba a pracovníkem je člen hipoterapeutického týmu. Základními členy tohoto týmu jsou terapeut a cvičitel koní. Všichni členové musí splnit personální a kvalifikační požadavky dle Standardů kvality ČHS. Samotná terapie trvá asi 5-20 minut. Klient je na hřbetu koně bez sedla, v poloze, kterou určil terapeut a kůň přitom kráčí v kroku. Klient je vždy z jedné strany jištěn terapeutem a někdy z druhé strany asistentem. Koně vždy vede vodič.

Druhou formou je „Hipoterapie v psychiatrii a psychologii“ (dále jen „HPP“). Klientem je v tomto případě člověk zařazený do HPP na základě indikace lékaře, musí mít však tentokrát také udělení písemného souhlasu s poskytováním HPP. Poskytovatelem je pak fyzická nebo právnická osoba, která musí mít oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb. Pracovníkem HPP je člověk, který musí splnit jak personální, tak i kvalifikační požadavky, podle Standardů kvality pro HPP České hiporehab. společnosti. Klienty HPP jsou osoby, které mají duševní onemocnění nebo duševní poruchu – dle MKN-10 se jedná například o pacienty se schizofrenií, mentální retardací, poruchami osobnosti, poruchami nálad a další (MKN-10, 2018). Třetí formou je „Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi“ (dále jen HPSP). Cílem HPSP je poskytnout pomoc a podporu lidem se zdravotním znevýhodněním, sociálním znevýhodněním nebo osobám se specifickými potřebami. Poskytovatelem je právnická nebo fyzická osoba, která HPSP poskytuje. Pracovníkem HPSP může být jak zaměstnanec, tak dobrovolník nebo i externí odborník. Nejčastějšími organizacemi, které HPSP užívají jsou zdravotnické, sociální, pedagogické nebo volnočasové organizace. Poslední čtvrtou formou hiporehabilitace je parajezdectví. Jde o aktivní ježdění na koni, za použití speciálních pomůcek nebo speciálních technik jízdy. Jezdec, který má sociální nebo zdravotní znevýhodnění se učí cvikům z voltižní jízdy, trénuje

a jezdí parkur, drezúru a další. Parajezdeckví se dělí na disciplíny: paradrezúru, paraparkur, paravoltiž, paravozatajství a parawestern. V tomto oboru se využívá specialista, tzv. „klasifikátor handicapu“, který má oprávnění na hodnocení parasportovců tak, aby je následně rozdělil do tříd, které jim umožní fair play. Klasifikátor handicapu je většinou fyzioterapeut nebo lékař a musí mít osvědčení FEI Para-Equestrian (Česká hiporehabilitační společnost, nedat.). Asi nejčastější formou hiporehabilitace je HTFE, proto se na ni zaměříme o něco podrobněji. HTFE řadíme mezi metody facilitační, tzn. takové, které se snaží o to, aby se tvořilo co nejvíce smyslových podnětů, které by mohly rozvíjet klientovy motorické funkce a také jeho posturu. K tvorbě těchto smyslových podnětů dochází právě při přirozeném pohybu koně. Hipoterapeutický tým je složen z velké skupiny různých odborníků, z nichž se někteří zaměřují na přípravu koní, jiní zase na léčbu lidí. Nejdůležitějším článkem týmu je lékař, protože právě on je tím, kdo musí dát klientovi písemné doporučení k absolvování terapie (Müller, 2014). Lékař musí také v průběhu terapie vyhodnocovat, zda je léčba úspěšná nebo zda náhodou nedochází k nechtěným kontraindikacím a je také tím, kdo určuje cíle terapií. Dalším velmi důležitým článkem týmu je fyzioterapeut nebo ergoterapeut, který zodpovídá za celkový průběh terapie (Betlachová, Uhlíř, Bednaříková, Fritscherová, 2016). Musí také, ještě před samotným zahájením terapie, klienta vyšetřit a poté vede dokumentaci, kde píše veškeré záznamy z průběhu terapií (Müller, 2014). Při samotných terapiích má pak za úkol hlídání a upravování správné polohy klienta na koni, určuje rychlost koně a snaží se korigovat i pohyb koně tak, aby byl nakonec efekt terapie co největší. Mezi lékařem a ergoterapeutem či fyzioterapeutem je velmi důležité nastolit úzkou spolupráci. Společně totiž musí rozhodovat o podobě krátkodobého nebo dlouhodobého plánu terapie, konzultují spolu zdravotní stav klienta a také společně kontrolují, zda u klienta dochází ke zlepšení nebo zda náhodou nedošlo ke zhoršení jeho zdravotního stavu (Betlachová, Uhlíř, Bednaříková, Fritscherová, 2016). Mezi další členy v týmu, kteří musí být odborníky ve svém oboru, patří cvičitel koně, asistent, který pomáhá při terapiích a také vodič koní. Za provoz terapií a za shánění financí je pak zodpovědný projektový manažer, který získává finance většinou z grantů nebo v rámci některých charitativních akcí. Dalším článkem týmu, bez něhož by terapie nebyla ani možná, je kůň. Ten je zde v roli hlavního terapeuta. Kůň by měl být ideálně středního věku a musí být zcela zdravý. Jeho povaha by neměla být bojácná, lekavá, naopak by měl být klidný, lehce ovladatelný, poslušný, ochotný spolupracovat. Jeho chůze musí být pravidelná a klidná. Plemen, které by tyto požadavky splňovalo, je poměrně mnoho, ne všechna jsou však cenově dostupná. Mezi nejčastěji využívaná plemena patří český teplokrevník, anglický plnokrevník, oblíbený je však také hucul nebo kříženci různých

plemen. Zcela vyloučení jsou však v HTFE hřebci, kvůli své možné divoké povaze, pokud se ocitne v přítomnosti klisny. Dalšími členy týmu mohou být speciální pedagog, logoped, sociální pracovník, psychiatr nebo psycholog. Všichni jmenovaní ale musí mít absolvovaný specializační kurz hipoterapie a musí mít také alespoň 2 roky praxe (Müller, 2014). Mezi nejčastější klienty HTFE patří osoby s roztroušenou sklerózou, se skoliózou, s genetickými vadami, s Parkinsonovou chorobou, dětskou mozkovou obrnou a další (Čapková, Pavlů, 2016). Co se týče samotné terapie, ta může probíhat jak v kryté, tak i v otevřené hale, ideální je rovný terén. V méně častých případech se terapie provádí i v přírodě (Betlachová, Uhlíř, Bednaříková, Fritscherová, 2016). Věkový rozptyl klientů je opravdu velký, Ševčíková (2014) uvádí, že již několika měsíční miminka lze úspěšně rehabilitovat. Je dokonce žádoucí s terapií začít, jak nejdříve to jen jde. Terapie je ale samozřejmě v takových případech dlouhá jen několik málo minut (Ševčíková, 2014). Aby terapie byla úspěšná a měla pro klienta smysl, musí probíhat minimálně 1- 2krát týdně, a to po dobu nejméně tří měsíců (Betlachová, Uhlíř, Bednaříková, Fritscherová, 2016). HTFE a její provozování mají na starost hiporehabilitační střediska, která jsou většinou neziskovými organizacemi, mohou být ale také například součástí léčebných zařízení (Müller, 2014). V České republice se hiporehabilitací, resp. hipoterapií zabývá poměrně velké množství organizací. Nejznámější z nich je Občanské sdružení EPONA, které od roku 1999 nabízí nejen možnost hipoterapie, ale také rekondičního ježdění, a pro osoby z Jihomoravského kraje také možnost účastnit se sportu handicapovaných. Každoročně navíc připravuje letní tábory či krátkodobé pobyty pro rodiny s dětmi s postižením, čímž se snaží hlavně rozvíjet jejich kontakt s okolní společností. EPONA se však nevěnuje hipoterapii „jen“ po praktické stránce, ale také po stránce formální, například rozšiřováním metodiky nebo nabídkou vzdělávání v oblasti hiporehabilitace. Česká hiporehabilitační společnost, které je EPONA součástí, ji využívá jako výukového střediska hipoterapie (Casková, Sklenaříková, 2013). Mezi další významné organizace v této oblasti patří Občanské sdružení „Užitečný život“, které je zaměřené především na dospělou klientelu. Toto občanské sdružení pořádá různé volnočasové aktivity a snaží se jak o osobní rozvoj klientů, tak i o práci ve skupinách, kde učí vzájemně spolupracovat ty, kdo pomoc potřebují, s těmi, kteří pomoc mohou nabídnout. Další náplní tohoto sdružení je tvorba a účast na dlouhodobých projektech, jakými je například projekt „Koňská opera“, ve kterém se klienti učí jízdě na koni, při které se zároveň užívá prvků hipoterapie a zároveň získávají i vědomosti znalosti ze světa koní. Od roku 2013 se stalo toto sdružení klinickým pracovištěm centra APA (aplikovaných pohybových aktivit) (Reitmayerová, 2013).

## 1.5.2 Felinoterapie

Felinoterapie představuje využití pozitivního působení koček na člověka (Hypšová in Velemínský, 2007). Při této terapii je důležité si uvědomit, že přirozené chování koček je naprosto odlišné, od přirozeného chování jakýchkoliv jiných zvířat. Tento aspekt je důležité neopomenout mimo jiné i při výběru kočky. Kočka je přece jen šelma a je zvyklá tedy různé situace řešit, oproti jiným zvířatům, mnohem více samostatně a po svém. Nedá se tedy moc dobře vycvičit, na rozdíl například od psů nebo koní. Další velmi důležitou skutečností, na kterou by se nemělo při terapii zapomenout je fakt, že kočka je zvíře silně teritoriální. Proto je opravdu velmi důležité nechat kočku, aby si nejprve prohlédla své nové „působíště“ a sžila se se svým novým prostředím, do kterého bude docházet, a to ještě před tím, než dojde k prvnímu kontaktu s klientem. Je dobré nechat kočku při seznamování se s novým místem naprostý klid, tak aby se nakonec cítila bezpečně a mohla se pak věnovat bez pocitu strachu dalším aktivitám probíhajícím při felinoterapii. Výběr kočky na terapii záleží hlavně na dvou faktorech – prvním je povaha kočky a druhým povaha klienta. Obě tyto povahy by totiž měly být co nejvíce v souladu. Kočka je velmi citlivá na jakýkoliv diskomfort, a to jak fyzický, tak i psychický a v případě nelibosti by mohla na klienta reagovat negativně. Povahy koček se liší poměrně výrazně podle jednotlivých plemen. Některá plemena jsou klidnější, jiná vyžadují neustálou aktivitu, jiná plemena jsou velmi hlučná (např. siamské kočky) a další zase tichá. Podle Nerandžiče (2006) jsou nejčastěji využívanými plemeny kočka domácí, sibiřská kočka a také plemeno ragdoll. Stejně jako u každé jiné zooterapie i zde je samozřejmě velmi podstatná povaha dané kočky. Pro felinoterapii je ideální kočka, která má ráda kontakt s lidmi, zároveň je velmi vyrovnaná, má ráda lidský kontakt a která není příliš teritoriální. Nedoporučuje se výběr kočky z útulku, jelikož neznáme, jaká je předchozí zkušenost kočky s člověkem a lidským kontaktem vůbec a nemůžeme tedy nikdy dopředu vědět, jak by kočka zareagovala, pokud by došlo k nějaké nečekané situaci, ve které by se necítila komfortně (Nerandžič, 2006). Nejideálnější variantou je vybrat si kotě z vlastního chovu, kdy známe jednak povahu rodičů, jednak jeho zdravotní stav a pak také víme, jak bylo s kotětem zacházeno od malička a v jaké míře proběhla jeho socializace (Hypšová in Velemínský, 2007). „*Kočky jsou pro felinoterapii vybírány na podkladě testování podle Zkušebního řádu pro návštěvní (terapeutickou) službu.*“ (Nerandžič, 2006, 68 s.) u koček, které se účastní felinoterapie je žádoucí, aby měly mikročip a je nutné, aby absolvovaly pravidelné kontroly u veterináře a také všechna předepsaná očkování, jelikož mohou být přenašeči nejrůznějších onemocnění, které mohou být člověku nebezpečné. Podíváme-li se na výsledky, které může

felinoterapie přinést do života klienta, můžeme pozorovat zlepšení v oblasti jemné motoriky, komunikace, včetně rozšířené slovní zásoby, dále může felinoterapie významně zmírňovat stresové napětí klienta, (např. při adaptaci na nové prostředí). V dětském kolektivu se pak dá kočka využít jako prostředek motivace dětí v rámci nejrůznějších herních terapií. U osob s poruchami autistického spektra se může díky felinoterapii postupně odbourávat psychické napětí a dítě tak může postupně začít spolupracovat se svým okolím. U klientů s tělesným postižením je kočka výborným pomocníkem k uvolňování spasmů (působením jejího tělesného tepla) nebo se může využívat také jako motivace k pohybu klientů s tělesným postižením, které je pro ně velmi náročné a mnohdy i bolestivé (Nerandžič, 2006). Předtím, než kočka začne být k felinoterapii využívána, je nutné, aby ji majitel co nejlépe znal-aby znal její gesta, chování, aktuální potřeby. Těmito gesty mohou být například olizování se, postavení uší, poloha ocasu, předení, prskání, přešlapování, mňoukání a další. Mňoukání koček a postoj jejich těla jsou jejich základním kamenem komunikace nejen s ostatními kočkami, ale také s jinými zvířaty nebo s lidmi. V chápání komunikace koček člověkem může ale docházet k mnoha nepřesnostem a tím pádem i nedorozuměním. Člověk, který je například zvyklý „číst“ velmi dobře signály psa, nemusí umět už stejně dobře „rozluštit“ signály koček. Způsob komunikace psů a koček je totiž zcela odlišný. Není tedy žádným pravidlem, že výborný canisterapeut bude automaticky i výborným felinoterapeutem. Kočičím signálům musí totiž člověk nejprve dobře porozumět.

Organizací, které se v České republice věnují felinoterapii není zatím mnoho. Asi nejznámější je „Nezávislý chovatelský klub“, při kterém vznikl v roce 2003 Odbor zooterapie, ve kterém se kromě jiného popisují také metody felinoterapie, zkušenosti z tohoto oboru a také získané výsledky dosavadní práce v tomto oboru (Hypšová in Velemínský, 2007).

Nejčastější formou, jakou se felinoterapie provádí, je forma návštěvní, kdy terapeutický tým přichází pravidelně do určitého zařízení. Terapeut by se měl u ředitele již dopředu informovat o specifikách a potřebách konkrétního klienta, tak aby si mohl již dopředu promyslet, jak co nejlépe klientovi terapii „ušít na míru“, aby byla co nejefektivnější (Nerandžič, 2006).

Nezávislý chovatelský klub pak ustanovil čtyřstupňový zkušební řád, ve kterém se zjišťuje například to, jak moc je chovatel s kočkou „sehraný“ nebo jestli má kočka pro terapii tu nejvhodnější povahu. Při testech, které probíhají jak ve venkovním, tak i ve vnitřním prostředí a které zjišťují reakce kočky v různých zátěžových situacích, je samozřejmě dohlíženo na to, aby v žádném případě nedocházelo k fyzickému nebo psychickému

přetěžování kočky. Dokonce je stanoven i věk, od kterého může kočka terapii provádět – tato hranice je jeden rok věku kočky. Samotný výcvik by měl ale u kočky začít již mnohem dříve, a to již od tří měsíců. Horní věková hranice, do kdy může být kočka na terapiích účastná není přesně určena – je na majiteli, aby odhadl, jaký je fyzický a psychický stav jeho kočky a podle toho ji na terapii buď pustil nebo ne. Stejně jako tomu je v canisterapii, ani zde nemáme určena konkrétní plemena koček, která by se na felinoterapii hodila. Jak již bylo ale zmíněno výše přece jen některá by měla mít větší předpoklady k určitým, žádoucím povahovým vlastnostem- jsou jimi například sibiřská kočka, ragdoll, mainská mývalí, perská a další. Není ale zárukou, že každá kočka z těchto plemen bude automaticky vhodná k terapiím, je nutné pečlivě kočku vybrat a dále ji na terapii připravovat (Hypšová in Velemínský, 2007).

Při samotné felinoterapii je dobré využívat různých typů pomůcek, mezi něž může patřit například invalidní vozík (kočka na něm může sedět a cítit se jistěji než například na klíně klienta, kterého ještě dobře nezná). Pokud si je však kočka již jistější, může ji terapeut na klín klienta položit. V takovém případě je však vhodné využít další pomůcky, kterou je bavlněná poduška, naplněná molitanem. Tato podložka je důležitá, bez ní by totiž kočka mohla sklouznout z klína dolů a v horším případě se i poranit. Další pomůcky, které se dají při felinoterapii dobře využít jsou např. škrabadla, postroje, vodítka, hřebeny a kartáče, různé střípce, balonky, hračky atd. Aby psychická pohoda koček byla co největší, je důležité dodržovat několik pravidel. Jedním z těch nejvíce důležitých je nechat kočku po terapii nejméně 15 minut odpočívat. Ještě před návratem domů z terapie by tedy kočka měla mít možnost proběhnout se na ničem nerušeném místě, nechat se mazlit nebo jen tak relaxovat. Pro každou kočku je způsob odpočinku různý, proto je důležité kočku dobře znát a vybrat takový typ oddechu, který je pro ni nejlepší (Hypšová in Velemínský, 2007).

Felinoterapie se může provádět u široké škály klientů. Pro různé skupiny klientů může mít felinoterapie odlišný význam. Jiný význam má felinoterapie u dětí, jiný u osob s postižením, jiný u seniorů. Pro seniory se jeví felinoterapie jako velmi vhodná. Hodně osob vyššího věku totiž žije v domovech pro seniory a nemají nikoho, kdo by je navštěvoval, mohou se tedy cítit velmi osamoceně. Pravidelné návštěvy terapeuta a kočky jim zajišťují mimo jiné kontakt se sociálním prostředím. Pravidelnost terapií je obzvláště v těchto případech velmi důležitá. Klient se totiž už dopředu může na terapii těšit, má tak velkou motivaci k tomu, aby nepropadal smutku nebo depresím. Pokud felinoterapeutický tým nemůže na domluvenou lekci z nějakého důvodu přijít, je dobré, aby za sebe našel náhradníka, který ho zastoupí. Pro seniory je velkým přínosem už jen samotná přítomnost

terapeutického týmu, ale terapie pomáhají samozřejmě i v jiných aspektech. Díky taktilní konfrontaci s kočkou se klientům prohřívají ruce a ty jsou potom méně ztuhlé, klienti se také postupně uvolní a dochází k navození příjemných pocitů. Za to, aby měla terapie zdárný průběh, je zodpovědný vždy vedoucí terapeutického týmu. Pokud se však kočka nebo i klient v průběhu terapie z jakéhokoliv důvodu nechovají podle určených pravidel, je nutné, aby vedoucí týmu přiměřeně zasáhl. Návštěva se zvířetem může u seniorů vyvolávat také vzpomínky na dřívější dobu jejich života, kdy třeba i oni sami měli doma nějaké zvíře. Vzpomínáním dochází ke stimulaci paměťových funkcí, což je taky zajímavý a důležitý efekt felinoterapie u seniorů. Felinoterapie nemá ale dopad jen na samotné seniory, také pro zaměstnance daného zařízení může být terapie přínosná. Zaměstnanci, kteří jsou často vyčerpaní z věčných nářků a stesků některých seniorů, mohou své klienty najednou vidět spokojené a veselé, což pro ně může být velmi povzbudivé, a navíc si sami mohou alespoň na malou chvíli odpočinout. U dětské cílové skupiny se využívá koček například při hraní pohádek, kdy jsou kočky dětmi do pohádky zapojeny. Děti mohou ale také kočky vodit na vodítku, pečovat o ně, mluvit s nimi, hrát si s nimi atd. Tyto aktivity přinášejí dětem nejen radost, ale i uvolnění stresu, alespoň chvilkové zapomenutí na jejich problémy anebo třeba zlepšení komunikace. Při felinoterapii, stejně jako například při canisterapii, se procvičuje jemná i hrubá motorika pomocí různých her, aktivit, zkrátka nenásilnou a zábavnou formou. Motorika se tak procvičuje například při hlazení zvířete, česání, házení míčků, zapínáním a odepínáním vodítka, podáváním pamlsků atd. Kočka při terapii není jen tím, kdo energii dává, ale je i tím, kdo ji dostává. Mazlivá kočka má totiž většinou velmi ráda kontakt s člověkem a zde, při felinoterapii, ho má opravdu dostatek (Hypšová in Velemínský, 2007).

### **1.5.3 Jiná zvířata**

Kromě koní, psů a koček se k zooterapii používají také další zvířata, ačkoliv už ne v tak hojné míře, jako výše jmenovaná zvířata, přesto ale s dobrými výsledky. Jejich využití je především v oblasti ergoterapeutické, sociálně-pedagogické a integrační. Jejich význam je především klienta motivovat, pozitivně naladit a aktivizovat. Mezi tato další zvířata patří například ptáci (nejčastěji papoušci), kdy hovoříme o ornitoterapii, dále jimi mohou být drobní savci např. králíci, morčata, činčily, mezi další zvířata patří také lamy nebo dokonce hmyz-zde hovoříme o insektoterapii (Svobodová, 2010). Pestrost druhů zvířat, která se dají při zooterapii využít je opravdu velká. V německy mluvících zemích bylo při výzkumech zaznamenáno až třicet druhů zvířat, které se při zooterapii využívají. Kromě výše jmenovaných se jednalo také například o ovce, kozy, prasata, klokany, rybičky nebo dokonce



plazy a obojživelníky. Ačkoliv jde k zooterapii využít opravdu obrovské množství různých druhů zvířat, je nutné mít na paměti, že zvíře musí mít požadovanou povahu, a hlavně nesmí být člověku, jakkoliv nebezpečné (ať už z hlediska přenosu různých nemocí nebo z hlediska jejich špatných povahových rysů. Asi nejčastěji se tedy využívají králíci, morčata, drobné myši, potkani nebo činčily. Jedinou výjimkou u menších domácích zvířat jsou křečci, kteří se k terapiím nedoporučují-jejich aktivita je totiž převážně noční, a tak není dobré je přes den budit, a také jde o zvířata, která poměrně ráda koušou (Mahelka in Velemínský, 2007). Dalším možným terapeutickým zvířetem může být, možná pro někoho překvapivě, také delfín. V České republice se tento druh terapie neprovozuje, ovšem v cizích zemích, především pak na Floridě, v Sevastopolu, Nürnbergu a Eliatu se delfinoterapie provozuje s úspěchem (Tichá in Velemínský, 2007). Možná opět méně známou, ale přesto stále více oblíbenou formou zooterapie je terapie s využitím hospodářských zvířat. Tento druh terapie má za cíl především pomoci klientům získávat sociální a pracovní kompetence, rozvíjet jemnou i hrubou motoriku, zlepšovat jejich znalosti a dovednosti a v neposlední řadě také začlenit klienta do kolektivu. Samotná terapie pak probíhá zapojením klienta do běžných činností na farmě. Tyto činnosti se konají buď individuálně nebo skupinově. Náplní práce je buď přímá činnost se zvířaty (česání, hřebelcování, dojení, aj.) nebo nepřímá práce u zvířat (údržba pastvin, čištění stájí, zametání, hrabání, aj.). Nutností je mít před začátkem terapie nachystaný plán, podle kterého se potom terapie vykonává. Tento plán sestavuje terapeut spolu s klientem, jeho rodiči, případně dalšími odborníky (Svobodová, 2010).

#### **1.5.4 Canisterapie**

Pokud chceme popsat canisterapii velmi zjednodušeně, můžeme říct, že jde o pozitivní působení psa na člověka. Jelikož je ale problematika canisterapie o mnoho složitější, zaslouží si jistě samostatnou kapitolu. Proto se canisterapii věnuji podrobněji v následující kapitole.

## 2 Canisterapie

Jak už nám samotný název může napovědět, stejně jako u jiných druhů zooterapie, i zde se můžeme význam tohoto slova dozvědět, rozložíme-li ho na slova dvě, a to na slovo „canis“, které se překládá slovem „pes“ a na slovo „terapie“, obvykle překládané jako „léčba“ (Petrů, Karásková, 2008). Canisterapie je tedy využitím pozitivního působení psa na zdraví člověka (Petr a kol., 2014). Termín „zdraví“ pak definuje Světová zdravotnická organizace jako stav úplné psychické, fyzické a sociální pohody. Samotný termín „canisterapie“ zavedla v České republice, v roce 1993 asi největší propagátorka canisterapie u nás – Jiřina Lacinová. Tento název se nejprve používal v České republice, až později se ujal také v zahraničí (Holczerová, Dvořáčková, 2013). Stejně jako tomu je u jiných terapií, také v tomto případě jde o typ léčby, který je od klasické léčby poněkud odlišný a má tedy svá specifika. V případě canisterapie je specifickým prvkem především prostředek, kterým se terapie provádí. Tímto prostředkem je totiž pes (Petrů, Karásková, 2008). Canisterapie se dá chápat ve dvou různých pojetích. První z nich je širší pojetí a druhé je užší pojetí. Pokud mluvíme o širším pojetí, pak se jedná o přítomnost psa v domácnosti. Mluvíme-li o užším pojetí, máme na mysli terapii, která je většinou doplňkem léčby klasické (Müller, 2003 in Müller 2014). Pes, díky kterému se může navázat vztah mezi terapeutem a klientem je při terapii v pozici tzv. kooterapeuta (Nerandžič, 2003 in Müller, 2014). Léčba za přítomnosti psa se dá využít k mnoha různým účelům. Specifické působení psa se dá využít jak u různých typů postižení, tak i u různých typů onemocnění. U osob se zdravotním postižením je například snaha o aktivaci nebo obnovu zbylých fyzických či psychických funkcí (Nerandžič, 2006). Canisterapie lze ale využít i u dalších skupin klientů- např. u žáků ve škole, především u žáků se zdravotním postižením může být canisterapie velmi přínosná. Ve škole dokáže pes žáky velmi silně motivovat k práci a učení, díky spolupráci se psem se také mohou žáci naučit novým dovednostem, schopnostem a získávají nové zkušenosti. Žákům, kteří jsou méně sebevědomí, může pes pomoci v navazování kontaktů a komunikace s druhými spolužáky. Pes je také výborným elementem, díky kterému se dá předejít možné šikaně, agresí a jiným nežádoucím jevům, které může ve školním prostředí nastat (Petrů, Karásková, 2008). Shrňme-li tedy dosavadní informace, při canisterapii dochází k celkovému rozvoji osobnosti člověka, zvyšuje se jeho motivace k různým činnostem, zároveň dochází k utlumení nežádoucích projevů, jakými jsou např. agresivita, zlepšuje se empatie vůči druhým, dochází ke zlepšení motoriky, koordinace, komunikace, mohou se ztlumit příznaky deprese a ke zlepšení může dojít i v mnoha dalších aspektech prožívání a chování člověka (Valenta in Müller 2014).

## 2.1 Prvotní pouta psa a člověka

První zmínky o využívání schopností psovitých šelem člověkem můžeme nalézt už asi před 12 000- 15 000 lety. Tehdy začalo docházet k prvním domestikacím vlka. Jelikož je pes předkem vlka, má podobně vynikající lovecké schopnosti jako vlk. Proto jej lidé začali postupem času používat při lovu zvěře, kde jim byl pes velkým pomocníkem (Krewer, Bottler 2006). Nejen lidem ale i psům z tohoto vzájemného soužití vyplývaly různé výhody. V některých kulturách (v Egyptě, v kultuře Inků) byli psi uctívání, pro jejich léčivé účinky, které jim byly přirknuty. Dokonce jim někdy byly přiřazeny i magické účinky (Müller, 2014). Mezi další významné výhody vyplývající z tohoto vzájemného soužití byla ochrana majetků a lidí psy. Psi také vždy dodávali lidem pocit bezpečí a v neposlední řadě byli i zdrojem přátelství (Karásková, Krausová, 2004). Domestikací došlo k velmi důležité změně v chování psa – snížila se jeho agresivita a změnilo se i další nežádoucí chování (Miklósi, Soproni, 2006). Díky domestikaci se také psi naučili reagovat na pokyny člověka, na jeho verbální ale i neverbální komunikaci. Tyto pokyny a signály člověka jsou psi dále schopni využívat při řešení různě komplikovaných situací (Hare, Tomasello, 2015).

## 2.2 Canisterapie a její vývoj ve světě

Pes v záměrné roli terapeuta se poprvé začal využívat ve Švýcarsku, později pak v 18. století také v léčebně v Yorku, kde sloužil jako terapeut u klientů s psychickým onemocněním. V první polovině 20. století – kolem roku 1942 - se pak začali psi používat při terapiích válečných veteránů (Nerandžič, 2006). 70. léta 20. stol. jsou důležitým obdobím v historii canisterapie – v těchto letech došlo totiž v USA k prosazení canisterapie na poli dětské psychoterapie. K tomuto prosazení došlo především díky psychologovi Borisi Levinstonovi (Müller, 2014). Tento významný psycholog také na základě svých výzkumů jako první, v roce 1982, stanovil metodiku a také základní zásady canisterapie (Nerandžič, 2006). Manželé Corsonovi, kteří navázali na výzkumy tohoto psychologa došli se svými výzkumy k závěrům, že canisterapeutický pes v žádném případě není při terapiích negativním elementem, ale naopak má na klienty velmi pozitivní dopad (Müller, 2014).

## 2.3 Canisterapie a její vývoj v České republice

Prvním, kdo vůbec slovo „canisterapie“, ve spojení s léčbou lidí za pomoci psa vyslovil, byla v roce 1993 známá česká psycholožka Jiřina Lacinová (Eisertová in Velemínský, 2007). Postupně, pomalými krůčky se hlavně díky jejímu přispění začala

v České republice utvářet alespoň základní metodika canisterapie. Také sdružení FILIA bylo velkým propagátorem v počátcích canisterapie v naší zemi. Velký rozkvět však zažila Česká republika v souvislosti s canisterapií v roce 1995, kdy se konala mezinárodní konference IAHAIO, na kterou se sjelo opravu velké množství odborníků a kde hovořili o problematice ucelené metodiky v canisterapii. Asi nejznámějším zástupcem za Českou republiku, byl na této konferenci Zdeněk Matějček nebo právě výše jmenovaná Jiřina Lacinová (Tichá in Velemínský, 2007). Zkušenosti, které na této konferenci byly diskutovány, následně využili odborníci z České republiky, aby založili v roce 1997 Canisterapeutickou společnost. Tím vznikla postupem času pro veřejnost, která se o canisterapii zajímala, možnost složit canisterapeutické zkoušky. Vznikla tedy poměrně velká poptávka po složení těchto zkoušek. Jelikož se o tento druh terapie začalo zajímat stále více odborníků, brzy následoval také stále větší zájem laické veřejnosti (Horáčková, 2001). Mezi lety 1996-1997 se v tiskovinách, věnujících se kynologii, začaly šířit materiály propagující canisterapii, jejichž cílem bylo najít dobrovolníky a rozšířit canisterapii do zařízení sociální péče, a to formou návštěvních programů. Tehdy canisterapeutickou společnost vedly Zdenka a Lenka Galajdovy. Zájem lidí byl možná až nečekaně velký. Na setkání se sjížděli milovníci psů z celé republiky. Při zorganizovaných setkáních se prováděl test povahy psů, a také proběhlo jednodenní školení základů péče o klienty při canisterapii. Tehdy bylo na setkáních mnoho psů různých plemen, žádné z nich nebylo upřednostňováno. Cílem bylo získat co nejvíce canisterapeutů a oživit tak poměrně stereotypní život klientů v nemocničních a sociálních zařízeních (Prošková, 2016). Rok 1998 byl pak dalším zásadním bodem ve vývoji canisterapie u nás, jelikož se konala další mezinárodní konference - tentokrát se jí totiž zhostila Praha. Bohužel rok 2000 pak ale přinesl rozpad celé Canisterapeutické společnosti (Tichá in Velemínský, 2007). Z tohoto důvodu pak začalo přibývat různých malých regionálních organizací, zabývajících se touto problematikou. Tyto organizace však nebyly pod záštitou žádné větší organizace, a tak často docházelo k různým nejasnostem, rozporům, chyběla vzájemná komunikace a také vzájemná spolupráce vázla (Kalinová, 2003a). Aby se tomuto předešlo, byla v roce 2003 založena sjednocující Canisterapeutická asociace. Jako první předsedkyně pak v této asociaci působila Jiřina Lacinová. Canisterapeutická asociace se tedy kromě jiného věnuje také teoretické stránce canisterapie. Ještě podrobněji se však teorii v této problematice věnuje Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích (konkrétně skupina odborníků ze Zdravotně sociální fakulty této univerzity). Tito odborníci pak upravují podmínky a pravidla canisterapie a dělají také množství výzkumů, které jsou pro vývoj canisterapie velmi cenné a přínosné (Tichá in Velemínský, 2007). I když situace u nás není z hlediska organizace canisterapie stále ideální,

přesto za posledních 20 let ušla velký kus cesty. Velkým pokrokem je to, že zařízení nyní již považují canisterapii za důležitou a přínosnou pro své klienty. Často se stává, že poptávka po canisterapii je vyšší než nabídka (Prošková, 2016).

## 2.4 Canisterapeutický tým

Hovoříme-li o pracovním propojení psa, jeho pána a klienta hovoříme o tzv. canisterapeutickém týmu. Tyto tři články jsou v procesu canisterapie klíčové, bez nich terapii nelze provádět (Fine, c2000). Canisterapii ale nelze provádět i v jiných případech, a to například tehdy, není-li pouto mezi psovodem a jeho psem dostatečně pevné a chybí vzájemná důvěra. Dokonalá znalost chování psa a vzájemná důvěra mezi oběma-psem i jeho pánem-je nezbytná pro kvalitní a také bezpečnou canisterapii. Psovod musí přesně, a hlavně zavčas odhadnout, co pes potřebuje, jak se cítí, jak v určité situaci zareaguje. Pokud by tuto schopnost neměl, mohlo by se stát, stejně jako se tomu stává u lidí, že pes za pár let tzv. „vyhoří“. Na druhou stranu také pes musí znát reakce svého pána a musí vědět, že mu vždycky může věřit. Z tohoto důvodu je téměř nezbytné, aby canisterapii s jedním konkrétním psem dělal stále stejný psovod (Kalinová, Mojžíšová, 2002). Pokud však přece jen není canisterapie prováděna přímo majitelem daného psa, musí si „náhradní“ psovod zařídit souhlas majitele. Psi, kteří jsou vybráni na canisterapii se musí cvičit a cíleně připravovat. Také psovod však musí být odborně vzdělán, a proto by měl absolvovat různé kurzy a školení. Psovod musí být na canisterapii opravdu dobře připraven – měl by znát teoreticky a umět pak prakticky používat metodiku canisterapie, ale také by si měl být vědom svých práv a povinností. Ve fázi výcviku psa by mělo jít především o to připravit psa na všechny obvyklé ale i neočekávané situace tak, aby byl schopen v případě nečekaného podnětu adekvátně zareagovat. Psí chování musí být za všech okolností předvídatelné – po psovi se tedy žádá, dá se říct, stoprocentní spolehlivost. Žádný terapeut si nemůže dovolit vzít na terapii psa, u kterého si není jistý, zda v případě nouze nebude reagovat např. agresí. Dalším klíčovým momentem přípravy psa je zjistit, zda psa opravdu tato náročná činnost bude bavit. Pokud pes vykazuje známky nejistoty, strachu, či odmítání různých povelů, poloh atd., není v žádném případě žádoucí ho do canisterapie nutit a je lepší jeho přípravu raději zavčas ukončit (Tichá in Velemínský, 2007). Příprava je poměrně náročná na čas-není možné připravit psa, během pár hodin. Na konci je příprava psa vždy zakončena zkouškou. Pokud v ní nejen pes, ale i jeho pán uspějí, dostanou certifikát, který je opravňuje vykonávat canisterapii ve školách, domovech pro seniory, nemocnicích apod. Každá organizace vydává certifikát na různě dlouhou dobu – některá na 2 roky, některá na půl roku a některá na celý

život (Kalinová, 2003). O tom, jaká jsou kritéria pro výběr psa a také o přípravě psa na zkoušky se zmíním ještě podrobněji v další kapitole. Pokud budeme hovořit o klientovi, který je jedním ze tří nejdůležitějších článků canisterapie, není nikde dáno, kdo jím může být, tzn. může jím být malé dítě, člověk s jakýmkoliv postižením či nemocí, ale i zdraví lidé např. v domovech pro seniory. Jednotlivým klientům se pak ale samozřejmě musí přizpůsobit vhodný pes, vhodné techniky práce, metody, přístupy atd. (Tichá in Velemínský, 2007). Výše v textu jsme se zmínili o tom, že pes nesmí být nikdy do canisterapie nucen, to samé platí samozřejmě také o klientovi. Vždy platí přísná zásada, že se musí při canisterapii všichni účastníci cítit komfortně (Kalinová, Mojžíšová, 2002). Canisterapie se však kromě psa, psovoda a klienta může účastnit-nebo alespoň s canisterapeutem spolupracovat – velká řada dalších odborníků, ať už jde o logopedy, psychology, pedagogy, osobní asistenty, speciální pedagogy a další. Čím dál tím častěji se také přidávají dobrovolníci z řad laické veřejnosti (Tichá in Velemínský, 2007). Samotné canisterapie se ve většině případů účastní jen jeden tým, někdy však můžeme vidět i týmy dva, které spolu vzájemně výborně kooperují. V takovém případě je dobré, pokud mezi sebou sdílí své zkušenosti a využívají toho, že jsou při terapii dva-např. je dobré, když je jeden ze psů menší a jeden větší. Výhodou dvou týmů může být také to, že si mohou vypomoci, například při polohování klientů, či jinak fyzicky náročných činnostech. Pokud bychom o canisterapii uvažovali poněkud komplexněji, měli bychom do týmu zařadit také další osoby, které canisterapii ovlivňují – může se jednat o veterinárního lékaře, dobrovolníky, a především pak o klientovu rodinu. Rodina klienta je velmi důležitým článkem, jelikož je dobrým zdrojem informací o klientovi o jeho případném postižení, nemocech, chování, zkušenostech se psy, zkušenostech s cizími lidmi, o jeho zájmech atd. Navázání dobrého vztahu s rodinou klienta je tedy často velmi podstatnou skutečností a úzká spolupráce rodiny a užšího týmu je podstatná pro úspěšnou terapii. Pokud se canisterapie provádí u dětských klientů, je předem podepsaný souhlas od zákonných zástupců nutností (Tichá in Velemínský, 2007).

## **2.5 Instituce využívající canisterapii**

Institucemi, které nejčastěji využívají zooterapii – z toho canisterapii asi nejčastěji – jsou různá zdravotnická zařízení, sociální instituce, školy nebo školská zařízení. s canisterapeutem tedy musí spolupracovat i pracovníci těchto zařízení. Zaměstnanci, kteří své klienty již dobře znají, mohou být velmi nápomocní při výběru klientů, pro které je canisterapie vhodná. Mohou se také podílet na vymyšlení a následné realizaci vhodných programů (Kalinová 2003; Kalinová, Mojžíšová, 2002). Jednotlivé instituce pak musí zajistit

bezpečnost nejen svým klientům, ale také celému canisterapeutickému týmu (Eisertová in Velemínský, 2007).

## **2.6 Výběr vhodného psa a jeho výcvik na canisterapii**

### **2.6.1 Výběr vhodného psa**

Výběr psa na canisterapii je klíčovým bodem při přípravě na proces canisterapie. Pokud chceme dosáhnout opravdu co nejkvalitnějšího výběru psa na canisterapii, je ideální přizvat si k výběru psa odborníka z řad canisterapeutů. K praktikování canisterapie se většinou hlásí dvě různé skupiny lidí. První skupinu tvoří lidé, kteří již psa mají, a protože u něj vyzkoušeli vhodné vlastnosti a zároveň se zajímají o canisterapii, rozhodnou se o canisterapii „vyzkoušet“. Tímto způsobem začne s canisterapií většina lidí. Do druhé skupiny osob pak patří ti, kteří již zkušenosti s canisterapií mají a záměrně tedy vybírají štěně podle vlastností žádoucích pro canisterapii. Ideální variantou je pořídit si psa s PP (průkaz původu), u kterého dovedeme poměrně dobře určit, jakou asi bude mít povahu a také jaký bude mít vzhled, typ srsti atd. Z každého vrhu lze pak většinou vybrat ideální štěně, které bude mít ty nejlepší předpoklady, stát se dobrým terapeutickým psem (Svobodová a kol., 2009). Ačkoliv je mezi canisterapeutickými psy mnoho kříženců se skvělými povahovými vlastnostmi, vždycky je výběr křížence poněkud riskantní, především pokud neznáme povahu rodičů daného psa nebo jeho minulost. V takovém případě lze totiž jen velmi těžko odhadnout, jakou bude mít pes v budoucnu povahu (Petrů, Karásková, 2008). Přemýšlíme-li, zda je vhodnější na canisterapii pes nebo fena, může nám pomoci odborná literatura, ve které se doporučuje spíše využití fen, a to pro jejich mírnost, ovladatelnost, citlivost a přítulnost. Nevýhodou fen může být hárání, to však lze vyřešit kastrací feny. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že nejdůležitější faktory hrající roli při výběru vhodného psa jsou jeho povahové vlastnosti a také jeho exteriér (Svobodová a kol., 2009). Vlastnosti, které jsou u psa naopak velmi nežádoucí jsou např. agrese, nervozita, odmítání lidského kontaktu atd. (Petrů, Karásková, 2008). Jak jsme již předeslali výše, vlastnosti, které u psa vyhledáváme jsou schopnost empatie, přátelská povaha, snadná ovladatelnost, trpělivost, přítulnost a další. Pokud si pořizujeme psa konkrétního plemene, je samozřejmě velmi důležité nedívat se jen na vzhled psa (který je samozřejmě také důležitý), ale i na účel, ke kterému byl původně vyšlechtěn a který nám tím pádem může hodně napovědět o možných vlastnostech psa. Ani vzhled psa však nemůžeme v žádném případě podceňovat – vzhled totiž může ovlivnit např. to, jak budou psa klienti vnímat, zda se ho např. děti nebudou bát, zda bude jeho srst příjemná na

dotek atd. Srst by ideálně neměla být příliš hrubá – každému klientovi sice může vyhovovat jiný typ srsti, nicméně asi nejpříjemnější je hladký typ srsti, jaký má např. labradorský retriever nebo dlouhý typ srsti, jaký má např. kolie nebo šeltie. Zaměříme-li se na exteriér psa, nejprve si musíme určit, jakou chceme velikost psa – pokud víme, že našimi klienty budou např. senioři upoutaní na lůžko, je vhodné vybírat menší psy, kteří se snadno vlezou do postele. Pokud však víme, že budeme užívat často polohování u klientů s tělesným postižením, bude jistě vhodnější vybrat psa spíše většího vzrůstu (Svobodová a kol. 2009).

## **2.6.2 Výcvik psa**

Výcvik a příprava psa na terapii začíná ideálně již v raném věku štěněte. Na socializaci malého štěněte se tedy podílí poměrně zásadní měrou jeho prvotní chovatel. Z tohoto důvodu je velmi důležité, aby se chovatel štěňatům od raného věku věnoval. Štěně zůstává u chovatele většinou 6-12 týdnů, žádoucí je, pokud štěně necháme u chovatele spíše více než šest týdnů. Po uplynutí této doby jde tedy štěně ke svému novému majiteli, ten by měl v socializaci a výchově štěněte navázat na to, co již dané štěně umí. Mladý pes se musí naučit nejen respektu k nastolené hierarchii v jeho novém prostředí, ale také by se mělo naučit komunikaci mezi ním a svým novým pánem. Pokud se již v raném věku naučí také respektu k ostatním zvířatům je to rovněž výhodou do budoucích terapií. Častou chybou nových majitelů bývá, že si na štěně, jeho socializaci a výchovu neudělají dostatek času. Čas věnovaný výchově štěněte je přitom nejlepší investicí do budoucího fungování psa a jeho okolí. Výchovou psa se dá předejít mnohým nepříjemným situacím, které by v budoucnu mohly nastat (Svobodová a kol., 2009). Se socializací štěněte je důležité začít opravdu v co nejranějším věku, jelikož možnost socializace psa je časově ohraničená zhruba do tří měsíců věku štěněte – později se socializace již těžko dohání (Galajdová L., Galajdová Z., 2011). Co se týče výběru vhodného plemena psa z hlediska jeho snadného výcviku, mezi nejčastěji zastoupená plemena v canisterapii patří: retrieveri (labradorský, zlatý, flat coated retriever), pudli, bišonci, border kolie, šeltie, bernští salašníčtí psi a také kříženci. Při počátcích výcviku psa by mělo dojít nejprve k navázání důvěry mezi štěnětem a jeho pánem, především u malého štěněte je vhodné, aby bral výcvik spíše jako hru, nikdy není dobré psa do cvičení nutit nebo ho jakkoliv trestat. Pokud se štěně dostane do fáze, že svému pánu plně důvěřuje, je nejlepší čas k tomu, začít štěně brát mezi více lidí, zvykat ho na různé situace, ať už jde o jízdu v městské hromadné dopravě, ve vlaku, hlazení od cizích lidí nebo setkávání se s cizími psy, dětmi atd. Pán by měl ale stále kontrolovat psychickou pohodu psa a pokud vidí, že se již pes v určité situaci necítí komfortně, měl by ihned zakročit a psa z nepříjemné situace



vyvést. Při výcviku psa nesmíme zapomínat na to, že často méně znamená více (Svobodová a kol., 2009). Dalším důležitým bodem přípravy psa na terapii je schopnost psovoda odhadnout schopnosti a možnosti svého psa. Dobré nejsou jak podceňující, tak ani přeceňující tendence. V současné době můžeme bohužel poměrně často vidět tendence dělat ze psů „lidi“ nebo „miminka“. Tento ne příliš šťastný trend není vhodný ani pro psa ani pro jeho okolí. Pes si takovéto chování může vyložit jako slabost nebo neschopnost pána držet situaci pod svou kontrolou a pes tak může být z této situace zmatený, často se cítí velmi nejistě, z čehož se následně může u psa vyvinout např. agrese. Pes se buď ve své nejistotě „stáhne“ nebo naopak převezme kontrolu nad situací ve své smečce a dostane se až na samotný vrchol hierarchie. Takovýto pes se v žádném případě nemůže stát psem terapeutickým, neboť by nebylo možné předvídat jeho chování v různých náročných situacích. Jak by měl tedy vypadat správně vychovaný pes vhodný ke canisterapii? Kandidát na canisterapeutického psa by měl být velmi přítulný, zároveň by si však kontakt neměl vynucovat skákáním nebo štěkáním, měl by být klidný za všech okolností. Kromě základního výcviku by měl umět i některé cviky, které dokážou rozptýlit nebo pobavit klienty- např. cvik „sudy“, „popros“, „štěkej“, „dej pac“, „mrtvý“ atd. Canisterapeutický pes by měl zachovat klid i při velmi náročných a nekomfortních situacích (např. při křiku klientů, nechtěnému silnějšímu doteku atd.). V takovémto případě by samozřejmě měl psovod reakce svého psa znát a předvídat, druhá věc však je, že pokud atak ze strany klienta překročí danou mez, pán by měl psa vít pryč nebo by měl být klient uklidněn. V žádném případě nesmí docházet k „šikaně“ psa ze strany klienta (Galajdová L., Galajdová Z., 2011). Další velkou výhodou do budoucí práce psa v terapii je, pokud umí aportovat předměty. Zvláště u dětí má tato činnost velký úspěch. Další věcí, kterou by měl terapeutický pes umět, je brát si pamlsky z ruky velmi opatrně a jemně. Zvláště u dětí, které se často psí tlamy bojí, je tento aspekt velmi důležitý. Při práci s dětskými klienty je také časté, že se děti na psa „nahrnou“ a ten pak nemá možnost úniku nebo odpočinku – je proto důležité, aby terapeut dětem vysvětlil, že i pejsci potřebují odpočívat. Pes by měl mít možnost i v průběhu terapie odejít na klidné místo, které bude z dosahu dětí. Dalším povel, který se bude budoucímu psímu terapeutovi hodit je povel „zůstaň“- což je povel, při kterém pes dokáže setrvat delší dobu na jednom místě. Pokud je canisterapie prováděna skupinovou formou, při které je přítomno více terapeutických týmů, je nutné, aby se pes dovedl dobře snášet s jinými psy nebo i dalšími zvířaty (např. s kočkami) (Svobodová a kol., 2009).

## 2.7 Canisterapeutická zkouška

Celý výcvik, který musí canisterapeutický tým absolvovat je zakončen kurzem. Ten je buď intenzivnější a kratší nebo méně intenzivní, ale zato probíhající delší časový úsek. Na konci obou těchto variant kurzů je však zkouška, která prověří připravenost celého týmu na reálné situace v „terénu“. V případě, že tým projde zkouškou úspěšně, dostane osvědčení, díky kterému je oprávněn provozovat canisterapii oficiálně, ve všech dostupných zařízeních (Kalinová, 2003). V České republice je bohužel v dnešní době ještě stále nejednotný model absolvování přípravných kurzů, každá organizace, která nabízí možnost získání osvědčení si tak podmínky přípravy určí sama. Vzniká tak tedy jakýsi „chaos“ v udělování osvědčení, kdy podmínky nejsou pro jednotlivé týmy vždy stejné. V některých organizacích tak například vůbec nevyžadují před získáním osvědčení nutnost absolvování kurzu a majitel tak může se psem přijít a rovnou se nechat otestovat na zkouškách. V jiných organizacích je absolvování kurzu podmínkou účasti na zkoušce. V ideálním případě by zkoušky měly proběhnout po alespoň sedmi denní přípravě, během které je celý tým průběžně odborně vzděláván a až následně dochází k testování týmu. Výhodami těchto kurzů je jednak přítomnost odborníků z oboru, kterých se může psůvod v průběhu kurzu na cokoliv zeptat a také je zde dobrá příležitost setkat se s ostatními canisterapeutickými týmy, se kterými si může psůvod vyměňovat různé zážitky a zkušenosti. V současné době je také možnost účastnit se kurzů v rámci univerzity třetího věku na některých vysokých školách (Eisertová a Tichá in Velemínský, 2007). Kurzy, které mají komplexní charakter – tedy takové, které zahrnují jak přípravný kurz, tak i závěrečné zkoušky nabízí například Výcvikové canisterapeutické sdružení HAFÍK, které má sídlo v Třeboni (Kalinová, Mojžíšová, 2002). Ačkoliv se přístup jednotlivých organizací v kurzech liší, zkoušky, které nabízejí se musí řídit jednotným rámcem, který vydává Evropská asociace AAT. Normy, které jsou pro zkoušku jednotné určují minimální vzdělání canisasistentů a canisterapeutů. Canisasistentem se rozumí osoba, která canisterapii provádí, ale jen pod vedením odborníka – minimální vzdělání je pak 15 hodin teorie a 20 hodin praxe. U canisterapeuta, který má oprávnění pracovat samostatně, je pak nutnost absolvovat minimálně 220 hodin teorie a 40 hodin praxe, navíc musí uchazeč napsat i písemnou práci v rozsahu 50-60 stran a také musí splnit závěrečnou písemnou zkoušku. Výše jmenované předpoklady jsou od roku 2006 závazné (Eisertová a Tichá in Velemínský 2007). Kromě požadavků, které jsme již zmínili, jsou určeny také další podmínky pro budoucí tým. Hlavní podmínkou je věk psa – pes nesmí být mladší jednoho a půl roku, zároveň však nesmí být starší osmnácti let. Hned zpočátku musí také tým projít vstupním

testem, ve kterém se ukáže, zda jsou pes i psovod na canisterapii vhodní či nikoliv. Pokud se již na začátku testu ukáže, že je pes bázlivý, nervózní nebo dokonce agresivní, je již na začátku z přípravného kurzu vyloučen (Fischer-Finzelberg, 2001). Pokud tým v počátečním testu uspěje, následuje navykání psa na cizí lidi, na neznámé předměty (berle, invalidní vozíky), atd. Pes by se měl také seznámit s různými situacemi, které mohou nastat při kontaktu s lidmi s nejrůznějšími postiženími (ať už jde o hlasité zvuky, nekoordinované pohyby, náhlé zvraty chování atd.) Při výcviku je také nutné brát psa do různých prostředí, ve kterých bude následně s největší pravděpodobností pracovat- může se jednat o nemocnice, školy, aj. Poté následuje výcvik vhodných reakcí psa na nejrůznější situace, ve kterých se necítí komfortně. Až na úplném konci kurzu přichází pes do kontaktu se samotnými klienty (Fischer-Finzelberg, 2001). Co se týče teorie, kterou by měl psovod na kurzu absolvovat, ta je naplněna tématy jako je např. kynologie, veterinární medicína, sociální práce, práce s osobami s konkrétními druhy postižení, práva a povinnosti psovoda aj. (Kalinová, 2003).

### **2.7.1 Závěrečná zkouška**

Podíváme-li se na závěrečnou zkoušku podrobněji, zjistíme, že se skládá ze dvou částí. První část je pro psovoda spíše teoretická, kdy musí v písemném testu projevít, že má dostatečné teoretické znalosti z oblasti canisterapie. Druhá část je pak zaměřena na prověření týmu v praktické zkoušce – tedy v konkrétních, předem připravených situacích (Kalinová, Mojžíšová, 2002). Pokud projde tým úspěšně oběma částmi zkoušky úspěšně, může dostat osvědčení, díky kterému mohou canisterapii provozovat (Eisertová, Tichá in Velemínský, 2007). Osvědčení ale není platné napořád – platí pouze na dva roky, a to především kvůli možné změně v povaze psa (Eisertová, Kalinová, 2003). Poté, co tým získá osvědčení, je ideální, pokud se tým zaregistruje jako člen organizace, ve které získal osvědčení. Toto členství může přinést týmům mnoho výhod, jako je např. právní zastřešení, možnost účastnit se kurzů, seminářů, společných akcí atd. Z počátku jejich canisterapeutické dráhy jim také členství v organizaci může pomoci s výběrem vhodné klientely a zařízení, do kterých následně budou docházet (Eisertová, Tichá in Velemínský, 2007).

## 2.8 Metody využívané v canisterapii

V canisterapii se dá využít několik různých metod, z nichž každá má svá specifika. Tyto specifické metody se odvíjí od základních metod, které se využívají obecně v rámci zooterapie, patří mezi ně: Animal Asisted Activities (dále jen „AAA“), Animal Asisted Therapy (dále jen „AAT“), Animal Asisted Education (dále jen „AAE“) a Animal Asisted Crisis Response (dále jen „AACR“). V České republice jsou v současnosti nejčastěji využívanými metodami AAT a AAA. Ve všech jmenovaných metodách platí stejné pravidlo a to takové, že kontakt s klientem a jeho terapeutickou léčbu provádí specialista z oblasti kynologie. Druhým členem týmu je pak pes, který je někdy označován také jako koterapeut. Ve většině případů pak ještě tým využívá pomoci dalších osob, kterými mohou být sociální pracovník, učitelé, ošetřující sestry, lékaři a v neposlední řadě i rodina klienta/pacienta. Psovod je zodpovědný nejen za konkrétní práci s klientem, ale i za následný dopad canisterapie na pacienta v době po canisterapii. Psovod by měl mít tedy již předem, kromě jiného, pečlivě prostudovanou klientovu anamnézu a měl by si také vést složku klienta, kde si zapisuje veškeré aktivity, které s klientem vykonával, způsob vykonávání daných aktivit i to, zda a jakého výsledku dosáhl (Tvrdá, 2018 in Thelenová, Tvrdá, Burianová, Bicková).

Jak jsme již zmínili, mezi nejčastější metody patří AAT a AAA, podívejme se tedy nejprve na tyto metody. Nejtypičtějším znakem metody AAT je to, že pes se stává součástí terapeutického procesu (Petrů, Karásková, 2008), stává se tedy jeho neoddelitelným a nezbytným prvkem (Galajdová L. Galajdová Z., 2011). Pes je v AAT tedy jedním z hlavních aktérů, který může ovlivnit léčbu člověka. Dalším kritériem v AAT je to, že by výsledek terapie měl být měřitelný a po určité době i objektivně pozorovatelný (může se projevit například v rozšířené slovní zásobě, ve zkvalitnění komunikace, ve zlepšení motoriky). Na konec by mělo docházet k rozvoji jak zdraví fyzického, tak i psychického a také v oblastech citových, poznávacích a výchovných procesů (Petrů, Karásková, 2008). Předpokladem kvalitní AAT je tedy určení si cíle, ke kterému terapie má směřovat. Průběh terapií je nutné do nejmenších detailů zaznamenávat a průběžně co nejpečlivěji vyhodnocovat jejich výsledky (Galajdová L., Galajdová Z., 2011). Mezi další podstatné kritérium AAT patří fakt, že tuto metodu by měli využívat jen ti terapeuti, kteří jsou opravdovým odborníky ve svém oboru (Petrů, Karásková, 2008). Měl by tedy mít ideálně profesní zdravotnické nebo sociální zaměření a samozřejmě by měl být proškolený odborníky z daného oboru (Galajdová L. Galajdová Z., 2011). Shrneme-li tedy metodu AAT, můžeme konstatovat, že při ní dochází ke kontaktu klienta a zvířete, které je k tomuto kontaktu vycvičené, vše, co se v rámci terapie

děje, musí probíhat pouze pod vedením terapeuta. Konkrétnější cíle již byly zmíněny výše, pojmenujeme tedy jen obecný cíl, kterým je dosáhnout zlepšení pacientova zdravotního stavu, jenž je často ovlivněn léčbou nebo rehabilitací (Karásková, Dohnal, 2011). Protože AAT není ve většině případů vázána na konkrétní prostředí, ani na počet osob při canisterapii, je čistě na terapeutovi, jaký typ klientely či zařízení si zvolí. AAT je velmi dobře využitelná pro rozvoj fyzických schopností – pro rozvoj motoriky, stání, rovnováhy, pohybů končetin, chůze a dalších. V oblasti mentální aktivity můžeme hovořit o rozvoji paměťových schopností, rozvoj sebevědomí, schopnosti soustředit se na podstatné věci. Velmi dobře se dá AAT využít také k rozvoji komunikace, protože pes může pro mnohé klienty znamenat velkou motivaci a jeho přítomnost pomáhá odstranit úzkost, obavy, samotu klienta. V neposlední řadě může AAT pomáhat v oblasti výchovy, kde dochází k rozvoji paměti, slovní zásoby, a především k velké motivaci klienta-už jen přítomnost živého tvora, který se „kamarádí“ se všemi zúčastněnými bez rozdílů, může vést k velkým proměnám ve vztazích mezi lidmi (Galajdová L., Galajdová Z., 2011). Druhou nejčastější metodou je AAA-animal assisted activities. I tento přístup má svá určitá specifika. Největším rozdílem mezi AAT a AAA je jejich cíl. V AAT byla cílem léčba, kdežto v AAA je prioritou spíše zvýšení kvality života klienta, která stoupá díky kontaktu člověka a psa, s tím, že klient v tomto procesu bývá ve většině případů intaktní (Karásková, Dohnal, 2011). Člověka kontakt se zvířetem motivuje, vychovává nebo je také vhodným prostředkem relaxu (Galajdová L., Galajdová Z., 2011). Přítomnost zvířete také působí jako prostředek kontaktů a hovorů mezi klienty nebo mezi klienty a personálem. Další podstatnou částí, která se může díky AAA objevit jsou vzpomínky. Hlavně senioři jsou těmi, komu se vybavují vzpomínky na jejich dřívější či současné domácí mazlíčky, po kterých se jim často stýská (Sussman, 1985 in Galajdová L., Galajdová Z., 2011). Další odlišností AAT a AAA jsou požadavky na odbornost psovoda. V AAA totiž není podmínkou, aby byl psovod profesionálem v oboru. Průběh terapie se řídí většinou aktuální situací, psovod na tuto situaci reaguje a vybírá nejvhodnější aktivity pro své klienty. Ani délka jednotlivých terapií není tedy přesně určena, většinou se upravuje podle stavu klientů-např. jejich únavy, psychického rozpoložení atd. a také podle stavu týmu – únavy psa/ psovoda atd. V rámci AAA není psovod povinen zapisovat průběh canisterapie do složek klienta ani do chorobopisu. Průběh terapie by ale měl následně zapsat personál daného zařízení. AAA se využívá např. v nemocnicích, na odděleních, kde jsou pacienti delší dobu nebo např. v domovech pro seniory či v odlehčovacích službách. Pro pacienty nebo klienty je pak přítomnost psa příjemným rozptýlením v jejich všedních dnech, je novým podnětem k radosti (Galajdová L., Galajdová Z., 2011). AAA se dále rozděluje na dva podtypy, a to na aktivní a pasivní. Při

pasivní AAA má zvíře opravdu jen pasivní roli, v takovém případě je pak účinná už jen pouhá přítomnost zvířete v místnosti, ve které je i klient. Pasivní AAA může vypadat např. tak, že do některé z místností, kde chodí nejvíce klientů umístíme např. klec s králíčkem, akvárium s rybičkami nebo klec s papouškem. Klienti se pak chodí na zvíře dívat, mohou ho krmit, starat se o něho či si s ním povídat, zvíře je také dobrým tématem navázání hovorů mezi klienty. Pasivní forma se však v rámci canisterapie u nás příliš nevyužívá. Aktivní forma probíhá díky přímému kontaktu klienta se zvířetem, a to buď formou rezidentní, při které žije zvíře přímo s klienty v daném zařízení nebo formou návštěvní, která se v canisterapii využívá častěji. Rezidentní forma se v rámci canisterapie nedoporučuje z toho důvodu, že pes by měl mít jen jednoho pána (Petrů, Karásková, 2008). Třetí metodou, která se u nás také využívá je AAE-animal asisted education. Zvířata při AAE asistují při výuce a pomáhají tak při výchově a vzdělávání žáků. Cíle AAE jsou rozmanité, nejdůležitější je však rozvoj motivace k učení a zlepšení podmínek pro vzdělávání. Vhodné využití AAE je např. u žáků se specifickými vzdělávacími potřebami (Karásková, Dohnal, 2011). Cíle mohou být vytyčeny jen pro jednotlivce nebo i pro celé studijní skupiny, dále se pak upravují podle aktuální situace. Pokud se AAE provozuje pouze u jednoho u konkrétního žáka, bývá cíl a očekávaný průběh zanesen do individuálního vzdělávacího plánu žáka. Cíle i průběh specifikuje psovod ve spolupráci se speciálním pedagogem, učitelem, vychovatelem atd. Zvíře se při AAE stává jakýmsi prostředníkem či pomocníkem pro výuku (Freeman in Velemínský, 2007). Existují ještě další dvě metody, které se sice využívají méně, avšak alespoň stručně je dobré je zmínit (Galajdová L., Galajdová Z., 2011). Těmito dvěma dalšími metodami jsou AAI a AACR. V případě AAI se jedná o takový druh terapie, kdy má přítomnost zvířete sociálně-terapeutický charakter a je využívána jen krátkodobě pro předcházení krizové situaci. Při AACR je úkolem zvířete asistovat krizové intervenci, což je situace, která nastává po prošlé náhlé, neočekávané kritické situaci, ve které se klient ocitl (Tvrdá 2018 in Thelenová, Burianová, Tvrdá, Bicková, 2018). AACR se tedy s úspěchem využívá například při pomoci po přírodních katastrofách nebo při odstraňování následků kriminálních činů. Cíle si určí sám psovod, a to až podle aktuální situace, většinou však při stanovování cílů spolupracuje ještě s koordinátorem IZS. Celý terapeutický tým je plně začleněn do týmu IZS. Psovodem se v AACR může stát jen velmi zkušený člověk, který má znalosti a zkušenosti nejen z oboru canisterapie, ale měl by mít také mnoho hodin praxe s nejrůznějšími klienty. Psovod musí mít také kvalitní znalosti z oboru psychologie, která by měla být na velmi vysoké úrovni, a pravidelné proškolení v rámci IZS. Pes pak musí být opravdu odolný vůči stresovým situacím a musí umět pracovat efektivně i v nepřehledných a chaotických podmínkách. Celý

tým by pak měl mít schopnost spolupracovat bez jakýchkoliv potíží s ostatními týmy IZS. Psovod by měl být natolik zkušený, aby nikdy psa nevystavoval zbytečnému nebezpečí. Po ukončení zásahu musí psovod akci zhodnotit a napsat záznam z průběhu zásahu. Toto zhodnocení je v ACCR velmi důležité, psovod se totiž díky němu může v příštích situacích vyvarovat případných opakovaných chyb (Freeman in Velemínský, 2007).

## **2.9 Formy práce využívané v canisterapii**

Canisterapie má nejen mnoho metod, ale má i více forem. Podle toho, kolik týmů se canisterapie účastní je můžeme dělit na individuální a skupinové. Není to však jediné dělení podle forem (Tichá in Velemínský, 2007). Můžeme je také dělit např. podle toho, jak dlouhou dobu se canisterapie u klienta provádí nebo podle toho, za jakých okolností se provádí. Hovoříme potom o formě jednorázové, pobytové, rezidentní, návštěvní a o krizové intervenci (Freeman in Velemínský, 2007). Postupně si tyto formy dále představíme.

### **2.9.1 Individuální forma**

Individuální forma canisterapie představuje terapii, kdy je přítomen pouze jeden tým, který se navíc věnuje pouze jednomu klientovi. Přináší to jak výhody, tak i některé nevýhody. Velkým přínosem této formy je především to, že tým může soustředit veškerý svůj čas a energii jen jednomu klientovi, navíc se terapie dá přizpůsobit jen jednomu cíli, který je zrovna u daného klienta nejpotřebnější. Výhodou je také to, že nikdo ze zúčastněných není rušen ostatními lidmi. Poměrně velkou nevýhodou, kvůli které není individuální forma úplně častá, je velká náročnost na čas canisterapeuta (Tichá in Velemínský, 2007).

### **2.9.2 Skupinová forma**

Skupinová forma je v podstatě opakem formy individuální. Jde tedy o takovou formu terapie, kdy je přítomno více psů a většinou i více psovodů najednou. Pokud je přítomno více psovodů, je podstatné, aby jeden z nich byl zvolen koordinátorem celé terapie. Koordinátor již dopředu určí, kolik psů a kolik klientů se bude terapie účastnit, měl by hlídat, zda není někdo z přítomných klientů nevědomky vyčleněn z terapie a měl by také koordinovat činnosti, které se v rámci terapie budou dělat. Při terapii je důležité prokládat aktivity se psy také pasivnějšími aktivitami, kterých se pes nemusí přímo účastnit, tak aby si na chvíli mohl odpočinout. V těchto chvílích je dobré psa odložit na vhodné, klidné místo, které je určeno k odpočinku psa. Ve skupinové formě je prvním předpokladem úspěšné terapie to, že se psi mezi sebou již dopředu poznají. Mezi psy nesmí docházet v žádném případě ke konfliktům.

Důležitá je i souhra a vzájemný respekt psovodů. I tato forma má, stejně jako ostatní formy, své výhody a nevýhody. Výhodou je možnost klienta vybrat si psa, který mu nejvíc sedne, další výhodou je, že se pracuje s více klienty najednou, což šetří čas psovodů a zároveň se může utužovat kolektiv mezi klienty nebo mezi klienty a personálem, který je také přítomen (Tichá in Velemínský, 2007). Ve světě se skupinová forma téměř nevyužívá, jde spíše o fenomén naší země. Ale ani u nás není příliš častá, protože vyžaduje náročné personální zajištění, časovou koordinaci, velké prostory a tím pádem i větší finanční náklady. V České republice skupinovou formu provádí dvě organizace – první z nich je Sdružení Filia z Brna a druhou je ZSF JU ve spolupráci se sdružením HAFÍK. Především poslední zmíněná organizace používá tuto formu pravidelně, a to na ozdravných pobytech a táborech, které pořádá (Lacinová in Velemínský 2007).

### **2.9.3 Návštěvní forma**

Jak jsme již zmínili, kromě dělení forem na individuální a skupinové, existují ještě další formy. První z nich je forma návštěvní, ta je v České republice asi nejčastěji využívanou. Většinou se tato forma využívá ve školách, v zařízení sociálních služeb, nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních, popř. i v rodinách (Tichá in Velemínský, 2007). Tým chodí do zařízení většinou jednou týdně nebo jednou za 14 dní, podle toho, jak má psovod čas, protože většinou canisterapie nebývá jejich hlavním zaměstnáním. Psovod má přesný plán, kdy bude do zařízení docházet a při jeho práci musí být vždy přítomen některý ze zaměstnanců zařízení (Galajdová L, Galajdová Z., 2011). Návštěvní forma se dá využít v sociální rehabilitaci, při volnočasových aktivitách nebo třeba při výuce. Využít se dá jak skupinová, tak i individuální forma terapie (Tichá in Velemínský, 2007).

### **2.9.4 Jednorázové canisterapeutické aktivity**

Další možnou formou terapií jsou jednorázové canisterapeutické a kynologické aktivity. Může se jednat například o osvětové akce různých organizací propagujících canisterapii nebo zooterapii. Tým má tedy za cíl především přiblížit canisterapii laické veřejnosti. Nejčastěji se tyto aktivity pořádají na školách nebo při akcích, pořádaných kynologickými kluby. Kromě osvěty je cílem také vedení dětí k pozitivnímu vztahu ke psům a zvířatům obecně (Tichá in Velemínský 2007).



### **2.9.5 Pobytový program**

Další formou, kterou nelze opomenout je pobytový program. Jde o jednorázový nebo opakující se pobyt, který je většinou placený a který probíhá tam, kde jsou zvířata, která jsou zvyklá na péči od cizích lidí. Pobyt může probíhat na ekologických farmách nebo podobných místech (Karásková, Dohnal 2011). Velkou výhodou této formy je to, že klient může být v přítomnosti psa delší dobu, než tomu bývá u jiných forem (Tichá in Velemínský, 2007).

### **2.9.6 Rezidentní forma**

Rezidentní neboli také stálá forma znamená, že pes přímo žije v daném zařízení. I když se moc tato forma u canisterapie nedoporučuje (většinou kvůli nedostatku času personálu na péči o psa a také z důvodu chybějícího „jednoho pána“), v některých zařízeních nebo rodinách se tato forma provozuje. V takovém případě je ale vhodné určit jednu konkrétní osobu, která bude odpovědná za fyzický i psychický stav psa a také za jeho chování (Galajdová L., Galajdová Z., 2011). Tímto pověřeným člověkem by měl být někdo, kdo psům opravdu rozumí a má s nimi zkušenosti. Měl by mít na starost péči o psa a určuje také, které dny bude pes pracovat a také u kterých klientů. U rezidentní formy je opravdu nezbytné určit psovi místo, kde může nikým nerušen, odpočívat. Jakýkoli blízký kontakt psa s klienty se děje zásadně za přítomnosti majitele či jiné osoby, která za psa zodpovídá. Nevýhodou této formy může být větší finanční náročnost při péči o psa. Výhodou zase může být to, že se psovi práce rozloží do více kratších časových úseků a pes si tak může mezi terapiemi častěji odpočinout. Tato forma se využívá nejen v různých zařízeních, ale může být velmi účinná např. v rodině klienta se zdravotním postižením či psychickým onemocněním (Eisertová a Tichá in Velemínský, 2007). Pes, který vykonává terapii v rodině, musí být samozřejmě k tomuto účelu řádně vycvičen a speciálně připraven odborníkem. Pes by pak měl být přidělen rodině tzv. „na míru“ podle potřeb a povahy rodiny i psa. Nevhodný výběr psa totiž může být v konečném důsledku kontraproduktivní. Samotnou canisterapeutickou činnost pak provádí jen jeden člen rodiny, který je na tuto činnost speciálně připraven (Tvrdá in Velemínský, 2007).

### **2.9.7 Krizová intervence**

Poslední formou canisterapie je krizová intervence. Při krizové intervenci se tým snaží předejít krizi nebo odstranit následky (např. šok, stres,) u osob, které se nacházejí v krizové situaci nebo bezprostředně po ní. Touto situací mohou být např. požáry domů, hurikány, povodně či teroristické útoky. Ačkoliv je většinou v těchto situacích všude přítomný zmatek

a stres, pes ani psovod se nesmí nechat touto atmosférou strnout, a naopak musí být pevným a klidným útočištěm pro všechny, kdo potřebují v krizové chvíli pomoc. Cíle je být klientovi na blízku a zmenšovat jeho šok. Cílovými skupinami zde nejsou jen samotní klienti, ale také personál nebo kdokoliv další, kdo v dané chvíli potřebuje pomoc (Tvrdá in Velemínský, 2007).

## **2.10 Aktivity a techniky používané v canisterapii**

### **2.10.1 Polohování**

Polohování je technika, která je v canisterapii asi nejčastěji využívána. V největší míře je pak využívána u klientů s těžkým tělesným postižením. Při polohování je pes a klient v těsném fyzickém kontaktu. Ve většině případů bývá u jednoho klienta přítomen jen jeden pes, v ideálním případě by však byli psi tři-ti pak leží na přesných místech, které daná poloha vyžaduje. Základem polohování je naprostá důvěra všech vůči psovi. Klient i pes musí být totiž naprosto uvolnění, nesmí docházet k žádným náznakům tenze způsobené stresem jedné či druhé strany. Při samotném polohování klient leží na měkké zíněnce, popř. v posteli, v místnosti by neměla být příliš silná světla a může se použít i jemná relaxační hudba, tak aby docházelo k co největšímu uvolnění klienta. Klient má často pod hlavou polohovací váleček nebo polštář, aby se mu leželo co nejpohodlněji. Polohování trvá přibližně 15-20 minut. Klient má vždy vyzuté boty a často je vhodné, když se také vysvěleče do spodního prádla, z důvodu co nejtěsnějšího kontaktu se psem. Na začátku terapie je dobré nechat klienta se psem vzájemně se přivítat a počkat, jestli klient sám nezaujme jednu z poloh. Pokud zaujme polohu, terapeut ji jen opraví do přesné žádoucí podoby. Pokud klient polohu sám nezaujme, terapeut jej velmi citlivě do žádoucí polohy nastaví. Využívá se pět základních poloh, ty se poté upravují podle počtu přítomných psů. Příkladem jedné z poloh je poloha, kdy dítě leží na zádech a jednoho psa má po pravém boku, druhého po levém a třetí pes leží pod nohama klienta. Ruce má klient volně položené podél těla nebo okolo krku psa. Další možná poloha je v kleče, na břichu nebo na boku. Podstatné je, aby canisterapie probíhala na základě předešlé domluvy konkrétních cviků s fyzioterapeutem nebo jiným rehabilitačním pracovníkem. Na konci polohování by se měl pes od klienta odkládat pomalu a s klientem se musí manipulovat co nejšetrněji (Benešová, Zouharová in Velemínský, 2007). Při polohování dochází k mnoha pozitivním vlivům na klienta. Dochází totiž k prožívání příjemných pocitů a k maximálnímu zklidnění – často se proto využívá např. u klientů s hyperaktivitou. Velmi důležitým účinkem je prohrátí celého těla, uvolňování tenze v těle, k oživení mimiky, ke zmírnění nadměrného

slinění (úpravou špatné polohy jazyka). Dítě se také naučí lépe navazovat a udržet oční kontakt. Dech klienta se sjednotí časem s dechem psa a dochází tak k žádoucímu hlubokému dýchání, díky kterému dojde k prokrvení celého těla, čímž se následně uvolňují spasmy. Výhodou polohování je motivace dítěte, které je většinou při přítomnosti psa ochotnější spolupracovat, než když je např. na běžných rehabilitacích u fyzioterapeuta. Někdy se při polohování využívá také stimulace dítěte, psím olizováním. Pro klienta to představuje masáž, která opět může uvolňovat svalovou tenzi (Benešová, Zouharová in Velemínský, 2007).

### **2.10.2 Odbourání fobie ze psů**

Pokud u člověka existuje chorobný strach ze psů-tzv. kynofobie, je dobré ji postupně pomocí psychologa nebo psychoterapeuta odstraňovat. Kynofobie totiž může být velmi omezující v životě člověka, protože psa má dnes u nás téměř každý a není tedy možné se psům pořád vyhýbat. Pokud chce člověk se svou fobií bojovat a nejlépe se jí zbavit, je nejvhodnější cestou využít canisterapeutického psa. Člověk s kynofobií po čase zjistí, že i když má třeba špatnou zkušenost z minulosti, tak každý pes nemusí být zlý. Canisterapeutický pes je klidný a poslušný a člověk se ho tedy nemusí tolik bát. Při terapiích je však kromě přítomnosti psovoda nezbytná také přítomnost psychologa, který nejprve klienta na setkání se psem naladí, poté je s klientem přítomen na terapii, kterou vede společně s psovodem, a nakonec klientem celou terapii rozebírají a zhodnotí (Benešová, Zouharová in Velemínský, 2007).

## **2.11 Průběh canisterapie**

Na samém začátku, ještě, než začne první canisterapeutická lekce, musí psovod získat oprávnění canisterapii praktikovat od organizací, která tato osvědčení vydávají (Eisertová in Velemínský, 2007). Následným krokem psovoda je seznámit vedoucího zařízení se svými záměry a cíli, kterých chce v rámci terapií dosáhnout. Psovod by měl seznámit také ostatní personál s očekávaným průběhem terapií, s tím, na jaké povely pes reaguje a v neposlední řadě s tím, jak se k psovi chovat nebo co naopak není dobré nikdy dělat (Galajdová L., Galajdová Z., 2011). Jedním z posledních kroků, předcházejících samotné canisterapii je podepsání smlouvy s daným zařízením. Jedním z nejdůležitějších bodů této smlouvy je např. mlčenlivost psovoda o citlivých informacích o klientovi. Po podepsání smlouvy stačí už jen vybrat klienty, pro které by canisterapie měla význam. Poté následuje konzultace s odborníky nebo rodinou klienta, sestaví se plán terapie a je určen její cíl (Eisertová in Velemínský, 2007). Následuje naplánování již zcela konkrétní podoby terapie. Je nutné vytyčit si konkrétní

cíle jednotlivých terapií, ty mohou být zaměřeny na různé oblasti, ať už mentální, fyzické, logopedické atd. Pes se může také např. využít k edukačním účelům u dětí (Galajdová L., Galajdová Z., 2011). Po splnění všech dosud uvedených bodů již nic nebrání začátku canisterapie. Při canisterapii je nutné, aby psovod uměl vhodně reagovat na nejrozličnější situace, které mohou nastat. Pokud dojde k situacím, které by nebyly pro tým nebo pro klienta pozitivní, a naopak by vyvolávaly stres na jedné či druhé straně, je nejen vhodné, ale i nutné canisterapii pozastavit nebo úplně ukončit. První návštěva často bývá od ostatních poněkud odlišná. Tým se totiž musí nejprve s klientem seznámit a obě strany musí zjistit co od sebe mohou očekávat a jak moc si mohou důvěřovat. Důležitou vlastností psovoda je také umět navázat s klientem komunikaci, ať už pomocí verbální nebo u některých klientů neverbální komunikace. Psovod na první lekci také zjistí, jakým způsobem bude nejvhodnější s klientem pracovat. Každá následující návštěva už směřuje k plnění vytyčených cílů. Čas, který tým u klienta stráví, nemusí být pokaždé stejně dlouhý, psovod si sám řídí čas podle aktuální situace – klient např. může být unavený nebo může být zdravotně indisponován (Eisertová in Velemínský, 2007). Stejně jako tomu bývá i u jiných terapií, které známe, ani u canisterapie není vhodné vynechávat určitý počáteční rituál, na začátku každé terapie. Rituály mohou být různé – např. přivítání dětského klienta vždy stejnou písničkou. Poté je důležité klienta na terapii naladit, připravit ho na práci se psem a vytvořit příjemnou atmosféru. Úvodní část zahrnující rituál a naladění klienta by však neměla zabrat v terapii více jak čtvrt hodiny (Petrů, Karásková, 2008). Terapeut by se během této doby měl být schopen „naladit“ také sám na klienta. Pokud není možné s klientem komunikovat verbálně, může psovod využít také neverbální komunikace (Svobodová a kol., 2009). Po první čtvrt hodině je dobré zařadit do terapie vhodnou krátkou „rozehřívací“ aktivitu, díky které klienta, dle jeho možností aktivizujeme. Tato aktivita však nesmí zastínit hlavní část terapie, která následuje (Petrů, Karásková, 2008). K aktivitě se dá využít třeba balonku, který pes aportuje nebo se dá využít i jiná hračka, která je třeba klientovi příjemnější na dotek. Mezi další možné aktivity může patřit např. hledání pamlsků psem podle čichu nebo hledání klienta schovaného v místnosti. Této aktivizační části by měl psovod věnovat ale jen 5-10 minut (Galajdová L., Galajdová Z., 2011). Poté co je klient zaktivizován dochází k hlavní části terapie. Je to nejdůležitější část, protože v ní dochází k plnění vytyčených cílů. Hlavní část může trvat okolo 20 minut, někdy i déle, záleží na aktuální únavě týmu nebo klienta (Petrů, Karásková, 2008). Zde využíváme nejrozličnějších aktivit- např. může jít o česání psa hřebenem nebo kartáčem. Při česání se může splnit více cílů naráz. Při uchopování hřebene a jeho držení se může zlepšovat jemná motorika klienta, při samotném česání se může rozvíjet např. pravolevá orientace. Pokud je pes menší,

dá se položit na stůl a klient češe ve stoje, což je výborným cvičením pro ty klienty, kteří mají problém s rovnováhou nebo se stáním. Pokud navíc vybídneme klienta, aby si vybral dalšího klienta, který mu s česáním pomůže, klient rozvíjí schopnost komunikace a učí se navazovat vztahy s okolím. Česání se dá využít také k logopedickému tréninku, kdy se ptáme klienta na názvy různých pomůcek- např. hřebene, kartáče – klient tedy trénuje velmi přirozeným způsobem hlásky „r“ a „ř“, které dělají velmi často problém. Česání také klientovi přináší pocity uvolnění a relaxace. Pokud pes leží a klient při česání pravidelně dýchá, může dojít ke zklidnění i jinak velmi temperamentních nebo neklidných klientů. Jak tedy můžeme vidět, česání může plnit mnoho cílů. Není však samozřejmě jedinou aktivitou hlavní části canisterapie. U dětí se může vhodně využívat canisterapie v rámci matematických cvičení, kdy děti mohou počítat, kolik má pes očí, uší, drápků, mohou ho měřit, vážit atd. (Galajdová L., Galajdová Z., 2011). Existuje řada dalších aktivit, které se dají v hlavní části využít. U klientů s těžkým tělesným postižením nebo u seniorů odkázaných na lůžko se často využívá techniky polohování, kterou jsme podrobněji rozebrali již v kapitole „polohování“. V poslední části canisterapie by mělo dojít k celkovému zklidnění a relaxaci klienta. Tato část trvá většinou 5 minut a neměla by se nikdy vynechat. Tato doba slouží také ke shrnutí toho, co jsme zvládli, co se naopak ne úplně podařilo a v čem se můžeme zlepšovat. Velmi důležitou částí terapie je také závěrečné namotivování klienta na příští lekci canisterapie. Ukončení celé terapie pak probíhá zase za určitého rituálu, tentokrát však ukončovacího. Rozloučení se nesmí podcenit. Dobře ukončená terapie totiž dá klientům přesnou hranici, kdy terapie skončila a mohou se tak věnovat jiné činnosti. Především u dětí a některých seniorů je toto velmi důležité (Petrů, Karásková, 2008). Bezprostředně poté, co terapie skončí, je důležité, aby si psovod zapsal celý průběh terapie, zda se vyskytly komplikace, zda má nějaké pozitivní nebo negativní zkušenosti a na co si má dát případně pozor. Pokud zjistí psovod problém, se kterým si neví rady, je dobré, aby se poradil s odborníkem nebo se zkušenějším psovodem. Hned jakmile canisterapie skončí si musí tým i psovod odpočinout. Pes i psovod bývají většinou po terapii, která je velkou psychickou zátěží pro oba, velmi unavení. Psovod musí psovi dopřát takovou formu odpočinku, která mu nejvíce vyhovuje – pro některé psa to znamená jít si lehnout a spát, pro jiného to může znamenat jít se proběhat do lesa. Psovod se tedy musí řídit tím, co který pes preferuje (Eisertová in Velemínský, 2007).

## 2.12 Možné indikace a kontraindikace canisterapie

Léčbu, cíle, průběh i kontrolu přínosu canisterapie stanovuje u forem AAE a AAT vždy pouze odborník, který určí, pro koho je canisterapie vhodná a pro koho ne (Tichá in Velemínský, 2007). Kontraindikacemi pak mohou být např. určité zdravotní komplikace klienta, jakými jsou astma, akutně probíhající infekce, otevřené rány různých typů nebo termální stadium rakoviny – zde však musí vyhodnotit lékař, zda by byla pro klienta canisterapie přínosem nebo zda by mu spíše uškodila (Tichá in Velemínský, 2007). Jednou z nejčastějších kontraindikací bývá alergie. V takových případech je výhodou je-li pes zcela bez srsti (např. mexický naháč) nebo pokud má srst, která alergikům nevádí, protože se nejedná o psí chlupy, ale o jiný typ srsti nebo protože pes nelíná (yorkshirský teriér, bišonek, portugalský vodní pes) (Galajdová L., Galajdová Z., 2011). Mezi další kontraindikace patří kynofobie, kterou jsme popsali výše (Tichá in Velemínský, 2007). I když není primární cíl canisterapie odstraňovat strach ze psů, přesto je pro samotného klienta žádoucí se tohoto strachu zbavovat a díky odborníkům (psovodům a psychologům) postupně strach porazit. Pokud však klient nechce, v žádném případě nesmí být do canisterapie nucen nebo přemlouván. Existují lidé, kteří zkrátka kontakt se zvířaty nevyhledávají a nemají ho rádi, u těchto lidí je nutné jejich přání respektovat (Kalinová, 2003).

### 3 Následná péče

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, rozděluje péči na akutní a lůžkovou (zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách). Lůžková péče je nezbytná tehdy, pokud zdravotní péči nejde provést ambulantně a je tedy nutná hospitalizace (§ 9 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách). Tento zákon dále dělí lůžkovou péči na následnou lůžkovou péči a na dlouhodobou lůžkovou péči (zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách). Následné lůžkové péče může využít člověk, který má stanovenou diagnózu a je již ve stabilizovaném zdravotním stavu po zvládnutí náhlé nemoci nebo který je ve stabilizovaném stavu po zvládnutí náhle zhoršeného stavu chronického onemocnění a který zároveň vyžaduje doléčení svého zdravotního stavu nebo vyžaduje poskytnutí rehabilitační péče (§ 9 odst. 2 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách). Dlouhodobá lůžková péče je pak určena těm lidem, jejichž zdravotní stav nejde léčbou nijak zlepšit a bez soustavné péče lékařů se neustále zhoršuje (§ 9 odst. 2 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách). Mezi speciální lůžková zařízení, hrazená zdravotní pojišťovnou pak řadí také lůžková zařízení hospicového typu (VZP, 2021). Následná péče se orientuje na pacienty po akutních onemocněních či úrazech, u kterých již není zapotřebí akutní lůžková péče. Následná péče pomáhá s doléčováním, léčebnou rehabilitací a s ošetřováním pacientů. Druhou skupinou lidí, pro které je následná péče určena jsou osoby dlouhodobě nemocné. Péče vyžaduje specifické podmínky, jakými jsou technické vybavení, personální vybavení. Následná péče je nejčastěji poskytována na odděleních následné péče v nemocnicích, ale mezi zařízení nabízející následnou péči mohou patřit také např. odborné léčebné ústavy, jako jsou léčebna dlouhodobě nemocných nebo lázeňské léčebny. Koncepce je založena na tom, že není příliš důležitý název zdravotnického zařízení, ve kterém je poskytována zdravotní lůžková péče, ale podstatné jsou druhy poskytované péče, které jednoznačně určují zaměření a rozsah zdravotní péče. Zařízení musí splnit konkrétní personální, technické a věcné předpoklady pro poskytování konkrétního typu následné péče. Cílem, kterého se následná péče snaží dosáhnout, je dosáhnout úplného duševního nebo fyzického zdraví u dlouhodobě nebo chronicky nemocných osob nebo alespoň dosažení co největšího zmírnění důsledků onemocnění, vrozených vad, úrazů, popřípadě zpomalení zhoršování špatného zdravotního stavu anebo umožnění důstojného dožití u osob, které jsou v terminálním stádiu nemoci (MZČR, č.9/1998).

Z historického hlediska můžeme datovat počátky následné intenzivní péče do doby, kolem roku 1854, kdy britská zdravotní sestra-Florence Nightingale, během krymské války,

dokázala snížit u těžce raněných vojáků mortalitu z asi 50 % na necelých 5 % (Drábková, Hájková, 2018). Dalším historickým bodem ve vývoji následné péče byl ve 30. letech 20. století pokus o časnou pooperační péči, o kterou se zasadili tři němečtí chirurgové, na klinice v Berlíně a v Heidelbergu. Výše zmíněné události můžeme považovat za jakési „předchůdce“ dnešní následné intenzivní péče, nicméně počátek dnešní moderní intenzivní péče datujeme až do roku 1950. V tomto roce totiž profesor Peter Safar vymyslel koncepci „pokročilé podpory života“. Velkou měrou se tak zasadil o organizaci systému záchranných služeb-tedy jakýchsi „jezdících jednotek“ intenzivní péče. Padesátá a následující léta byly obrazem pokroku léčby pacientů ohrožených na životě, a to především díky velkému pokroku v rozvoji technických pomůcek potřebných v tomto medicínském oboru. V pozdějších letech, mimo jiné díky větším možnostem cestování mezi státy, se odborníci z medicíny stále více vzájemně obohacovali o nové a cenné informace z intenzivní následné péče. Obor se tedy dále rozvíjel, a i naši čeští lékaři získávali nové zkušenosti ze zahraničí. Ve druhé polovině 20. století nastává velký skok v úspěšnosti poklesu mortality, a to především díky zavedení úspěšné kardiopulmonální resuscitace. Přežilo daleko více pacientů, což vedlo až k nadšení z intenzivní medicíny a jejich možností. Také ostatní medicínské obory se stále více zdokonalovaly a přežívalo i více seniorů s komorbidní anamnézou, po těžkých operačních zákrocích, trombózách atd. Jejich rekondice často závisela právě na následné péči. V roce 1988 se sešli ve městě Lovan všichni přední odborníci z oboru intenzivní následné péče. Na sympoziu se mimo jiné zdůrazňovala důležitost zakládání následné intenzivní péče a dlouhodobé ošetrovatelské péče. První oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče tak bylo založeno v nemocnici v Praze – Motole a bylo zde vytvořeno 10 lůžek. Nové závažné, kritické, dlouhodobé stavy pacientů vyžadují ve srovnání s intenzivní medicínou a urgentní medicínou o něco odlišný, a především doplňující pohled na pacienta. Těmito doplňujícími, ale přesto velmi významnými režimy jsou např. komplexní rehabilitace, rekondiční nutrice, prevence nežádoucích psychických následků nebo psychosociálních následků, specifické ošetrovatelské postupy a další. Počty pacientů na odděleních následné intenzivní péče (dále jen „NIP“) a pacientů na odděleních dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (dále jen „DIOP“) v dnešní době neustále narůstá. Péče je čím dál komplexnější a vyžaduje tak naprosto profesionální tým odborníků, lékařů, zdravotních sester, psychologů, terapeutů, aj. Velmi důležitou součástí je i spolupráce s rodinou pacienta (Drábková, Hájková, 2018).



### 3.1 Následná intenzivní péče a dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

Dvacáté první století přináší ve vyspělých zemích specifické problémy, kterými jsou stárnutí populace, vážné civilizační choroby atd. Díky novým poznatkům se medicína neustále rozvíjí a je možné zachránit pacienty ve stavu, kteří by dříve nemohli přežít. Tento fakt vyžadoval postupem času vznik nových specializovaných týmů a pracovišť. Proto začaly vznikat oddělení NIP a DIOP. Požadavky pacientů závisí na jejich stavu, ale obecnými požadavky jsou empatie zdravotníků, spravedlnost v poskytování zdravotnických služeb a bezpečná a co možná nejúčinnější terapie a péče. Ta může být akutní, následná nebo následná přecházející do paliativní. Od lékařských i nelékařských pracovníků, pracujících s pacientem se pak očekávají znalosti v oboru, dovednosti, schopnosti, efektivní komunikace a dodržování etických zásad. Musí být schopni práce v týmu, ale zároveň musí být i samostatní. Personál se musí naučit pracovat i s tlakem, který přichází od samotných pacientů a od jejich rodin. Následná a dlouhodobá intenzivní péče nabývá v 21. století nové podoby, poté co proběhla dvě zásadní symposia v Evropě. První z nich v Lovani – poukázalo na fenomén chronické kritické nemoci a druhé symposium v Bruselu – dále zúžilo tuto problematiku na téma konce života, terminálního stadia onemocnění a rozhodování se při převodu plné terapie na péči paliativní (Drábková, Hájková, 2018). Intenzivní následná péče je doménou specializovaných zdravotnických zařízení a jejím cílem je navrátit pacienty do takového stavu, který by jim umožňoval přesun do domácího prostředí. Následná péče hraje obrovskou roli na navrácení pacienta k soběstačnosti a obecně k jeho návratu k životu před zraněním nebo nemocí. Tento nelehký úkol je v rukou komplexního týmu odborníků z různých oborů. Pokud však kýžený efekt z jakýchkoliv důvodů nepřichází, může pacient využít dlouhodobé následné ošetrovatelské péče. Ta může probíhat buď na odděleních DIOP nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných, případně v hospicích, v případě, že pacient nebo klient potřebuje péči, kterou mu nemůže nabídnout domácí prostředí. Pokud je pacient v takovém stavu, že nepotřebuje specializovanou péči, je velká snaha o to, aby následná ošetrovatelská péče probíhala v domácím prostředí pacienta nebo klienta. U dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče má pak kromě medicínské péče ještě více než u intenzivní následné péče, význam sociální aspekt léčby. V dlouhodobé péči se totiž vyskytují kromě jiných často i pacienti v terminálním stadiu onemocnění, což klade velké nároky na sociální a psychické zázemí pacienta nebo klienta (Cabrnoch, 2010). Do následné dlouhodobější péče pacienta můžeme řadit také odlehčovací služby, provozované v rámci systému sociálních služeb, které se starají o klienta s nemocí nebo postižením, který potřebuje neustálou

odbornou péčí. Tento klient je za normálních okolností ošetřován v domácím prostředí. Když však ošetřující člen rodiny potřebuje na nějaký čas odpočinek od náročné péče o člena rodiny nebo potřebuje např. sám do lázní či na hospitalizaci do nemocnice, je zde pro něj tato odlehčovací neboli respitní služba (Slavíková, Čadková-Svejková, 2019). Mezi klienty zmíněných služeb patří často klienti s demencí. U těchto klientů je důležité, aby rodina nebo ošetřující personál co nejvíce stimuloval mozek a myšlení pacienta různými aktivitami, čímž následně může docházet ke zlepšování duševního zdraví klienta. Klienti často rádi vzpomínají na to, co dělali ve svém mládí, proto často rádi povídají s druhými různé historky z dřívějších dob, je dobré, aby je v tomto okolí podporovalo. Dalšími stimulačními činnostmi může být např. pletení, hraní her, telefonování, čtení dětem, luštění křížovek, kreslení, docházení do center denních služeb atd. Mezi tyto stimulační a duševní zdraví podporující činnosti může patřit také canisterapie, která klienty rozvíjí v mnoha ohledech, ať už v motorice, v motivaci, v komunikaci, a především pak ve zlepšení psychického stavu (Tošnerová, 2002).

### **3.1.1 Příjem pacienta do intenzivní následné péče**

Na oddělení NIP nebo DIOP se pacient dostává po přesunutí z akutních intenzivních nebo resuscitačních lůžek. Vše probíhá v první řadě na základě doporučení ošetřujícího lékaře, poté následuje domluva mezi původním a novým pracovištěm. Pokud je pacient psychokompetentní musí být o případném překladi na jiné pracoviště již dopředu informován a musí k němu dát svůj souhlas. Informování musí být i členové rodiny pacienta. Překlad musí splňovat všechny odborné, technické, personální a další podmínky. Základním požadavkem přesunu pacienta na oddělení následné péče je předpoklad zlepšování jeho klinického stavu. Pokud již pacient nepotřebuje nutně služby NIP, ale stále potřebuje komplexní péči charakteru DIOP, lze zvažovat jeho přesun na DIOP, případně do jiných zařízení nabízejících následnou péči. Na NIP nebo DIOP je velmi důležitá pravidelná kontrola toho, zda pacient reaguje na léčbu, příp. odpojení od přístrojů atd. Hodnotí se závažnost klinického stavu pacienta, dále jeho reakce na léčbu, zda dochází k jeho zlepšování podle předpokladů. Pokud je pacient ve stabilizovaném stavu, dokumentuje se nejčastěji po týdnu, po kterém již jde zaznamenat některé změny zdravotního stavu. Z pohledu mentálních funkcí můžeme očekávat zlepšení nejčastěji nejdříve po třech týdnech hospitalizace. Výsledný stav se pak zhodnotí asi po půl roce od počátku akutního stavu, toto hodnocení pak probíhá do jednoho až dvou let. Pokud nastávají komplikace, tato doba se samozřejmě prodlužuje. U pacienta je nutné zavést individuální plán, ve kterém budou zahrnuty očekávané postupy a cíle léčby. Tento plán by měl znát jak pacient, tak i jeho rodina a ošetřující tým. Pokud je

lékařem konstatováno, že je již jakákoliv další léčba neúčelná, pokračování v léčbě by bylo v rozporu s medicínskými i etickými zásadami. Pokud lékař uvede důkaz marnosti léčby, který je nezpochybnitelný, následuje u pacienta paliativní léčba (Drábková, Hájková, 2018).

### **3.1.2 Tým pracovišť následné péče**

Tým na oddělení NIP a DIOP se skládá z několika složek, jejichž kompetence jsou přesně dané. Vedoucím lékařů je primář, vedoucím sester je vrchní staniční sestra. Dál je zde sestra s manažerskou funkcí, která vede zdravotnický personál a chod oddělení. Nepostradatelnou součástí týmu jsou pak samozřejmě zdravotní sestry, na které je kladen větší tlak než na běžných odděleních, a to jak z hlediska odbornosti, neustálého vzdělávání se, tak i z hlediska psychického. Součástí týmu je také pomocný zdravotnický personál (Drábková, Hájková, 2018).

### **3.1.3 Systém práce na oddělení následné intenzivní péče**

Režim práce s pacienty během dne se liší dle stavu pacientů. U dlouhodobějších pacientů, kteří jsou např. závislí na dýchacích přístrojích, je dobré, aby byl program dne přesný v programu i čase. Každému pacientovi je přidělen ošetřující lékař, jehož jméno je vedeno pod vizitami. O každém pacientovi se vede zdravotnická dokumentace, která má jak psanou, tak elektronickou formu. Tato dokumentace musí být archivována. Lékař denně shrne pacientův zdravotní stav a vývoj jeho zdravotního stavu pod vlivem léčby. Pokud je nutná invazivní léčba, pacient k ní musí dát svůj souhlas, pokud je toho schopen. Pokud není ve stavu, kdy je schopný se samostatně rozhodovat, rozhodne o postupu ošetřující lékař, resp. primář oddělení NIP/DIOP, a to v souladu s právními opatřeními. Lékař může o stavu pacienta informovat členy rodiny jen do té míry, kterou si pacient přeje.

### **3.1.4 Profil pacientů v NIP/DIOP**

Poté co u pacientů dojde k akutní záchráně života, záleží, zda pacient dokáže sám obnovit své předchozí funkce. Zhruba u pětiny až třetiny pacientů však k obnově nedojde a musí nastoupit následná intenzivní péče. Typickým pacientem bývá pacient, u kterého proběhlo multiorgánové selhání, které má ale ustupující charakter. V porovnání s akutním stavem se jejich klinický obraz liší, a i léčebné postupy bývají v některých částech odlišné. Často se mohou objevovat různé komplikace. V případě, kdy už žádná odborná lékařská pomoc nezabírá, je pacient indikován do intenzivní paliativní péče (Drábková, Hájková, 2018).

### **3.1.5 Dekondice a rekondice pacientů**

Dlouhá doba, kterou pacient stráví v nemocnici je příčinou následné ztráty jeho kondice. Především u pacientů, kteří prošli akutní intenzivní péčí, je rozdíl dobře pozorovatelný. Dekondice u pacienta vzniká v důsledku celkového vážného zdravotního stavu pacienta, dále v důsledku poruch hybnosti, ztráty nebo nedostatečnosti vědomí, zeslábnutí organismu, imobility z neurologických důvodů a v důsledku dalších dlouhodobých či chronických onemocnění. Typický bývá u pacientů úbytek svalové hmoty, viditelný většinou již po pár dnech nebo týdnech. Tím, že se pacient nemůže hýbat, někdy dokonce ani pootočit, vzniká řada dalších problémů, jakými jsou např. proleženiny, zatuhnutí kloubů, zkrácení svalů a šlach, což může vést až k deformitám končetin. Cílem dlouhodobé péče je co nejvíce předcházet komplikacím, dále navrácení kondice a zajištění, pokud možno co nejlepší kvality života, za použití různých metod a pomůcek, které jsou k těmto účelům vždy cíleně připraveny přímo na míru pacientovi. Samotná rekondice pacientů je pak závislá na mnoha faktorech, jakými jsou věk, předchozí fyzický stav, motivace, další onemocnění atd. Rekondice je pak v rámci následné péče především v rukou fyzioterapeuta, ergoterapeuta a v neposlední řadě canisterapeuta a ošetřujících sester. Fyzioterapeut na začátku zjistí svalovou sílu pacienta a možnosti rozsahu jeho pohybu, poté zváží, jaké jsou individuální možnosti pacienta a určí způsob cvičení s pacientem. Jakékoliv aktivní cvičení (i minimální) a stejně tak to platí u motivace (pacienta při vědomí), je velmi vítána. Vhodné je i pasivní cvičení-např. velkých kloubů nebo také dechová rehabilitace, měkké techniky a masáže. U pacientů, kteří nejsou při vědomí, je dobré využít motomedu nebo jiných technických možností. Nezbytnou součástí rekondice pacienta je i rehabilitační ošetřování, které má na starosti sestra a osoby z řad nelékařských pracovníků. Jejich úkolem je polohování pacienta, nácvik soběstačnosti a rehabilitace. Mezi tyto pracovníky můžeme řadit např. canisterapeuty. Kontraindikacemi jsou nadměrně zvýšený krevní tlak v průběhu cvičení, febrilní stavy, nestabilita krevního oběhu, velká bolest nebo náhlé zhoršení zdravotního stavu (Drábková, Hájková, 2018).

### **3.1.6 Kontakt a komunikace s pacientem**

Nastolení komunikace s pacientem je klíčovou věcí, protože se pak díky efektivní komunikaci může personál snažit co největší měrou přiblížit potřebám pacientů. Cílem komunikace je dorozumět se s pacientem, pochopit vzájemné sdělení informací a v neposlední řadě navázat s pacientem kontakt a vzájemný vztah. Ovšem nejen komunikace, ale i aktivní naslouchání je velmi důležitým uměním ošetřujícího personálu. Důležité je využít i neverbální

komunikace tzn. postoje mluvího, mimiky, gest a také dalších prvků komunikace, jakými jsou např. tóny hlasu. Nesmí se zapomenout ani na to, aby se při komunikaci zbytečně nespěchalo a dalo se pacientovi dostatek času jak na dotazy, tak na odpovědi. Dále je dobré dbát i na volbu prostředí. U pacientů na lůžku nejde samozřejmě odejít do jiné místnosti, ale alespoň je dobré dbát na to, aby nás při komunikaci nikdo nerušil, případně aby někdo jiný neslyšel např. důvěrné nebo citlivé informace, které mohou v komunikaci zaznít. Při hovoru by se nemělo mluvit s více lidmi naráz, nemělo by se užívat zbytečných zdrobňelin nebo familiárních názvů. Schopnost komunikace u pacientů samozřejmě závisí na stavu vědomí a také na stavu jejich kognitivních schopností. Tomu se pak komunikace uzpůsobuje. U pacientů, kteří mají tracheostomii nebo poruchy hybnosti není komunikace vůbec jednoduchá. Dobré je využít např. komunikačních tabulek, piktogramů pro osoby s afázií, obrázků, fotografií, prstové abecedy, odezírání, zkratka všech prostředků, které u pacienta alespoň minimálně komunikaci rozvíjejí. Rozvoj počítačové techniky, která jde neuvěřitelným tempem stále dopředu umožňuje využít při komunikaci různých speciálních softwarů. Počítač je např. možné ovládat pusou nebo pohyby očí. Také u pacientů, kteří mají poruchu vědomí je komunikace velmi důležitá, a to i přesto, že se může zdát poněkud jednostranná. Pacienta vždy oslovíme, pozdravíme, řekneme jeho jméno. Vše, co s pacientem provádíme mu dopředu sdělujeme a následně komentujeme. Výsledkem bývá viditelné zklidnění pacienta. Při uvolnění pacienta můžeme někdy pozorovat, že začíná reagovat na některé podněty z okolí, jakými jsou zvuk televize, reakce na hlasy rodiny nebo personálu. U této skupiny pacientů se při komunikaci využívá koncept bazální stimulace (Drábková, Hájková, 2018).

### **3.1.7 Polohování**

Polohování je vhodné především pro pacienty se sníženou hybností, necitlivostí nebo sníženou citlivostí některých částí těla a u pacientů s poruchami vědomí. Pacienti leží na speciálních polohovacích lůžkách, které sestry vždy podle potřeby pacientovi upraví pomocí dálkového ovladače. Cílem polohování je především předejít velmi nepříjemným a bolestivým dekubitům-tedy otlakům, které se dělají nejčastěji na částech těla kde je jen kost a tenká vrstva kůže (např. paty, týl, lokty. Čím déle ale pacient leží, tím je větší šance, že dojde ke vzniku dekubitů i na jiných částech těla. Jelikož v akutní péči někdy není možné pacienta polohovat, kvůli jemu velmi vážnému zdravotnímu stavu, často na NIP přichází pacienti, kteří již dekubity mají. Polohování by se mělo provádět asi po dvou až třech hodinách, a to i v noci. K polohování se využívá velká spousta různých pomůcek. Polohování však nebrání jen vzniku dekubitů, zabraňuje také např. deformaci kloubů a končetin, spasticitě

aj. Při polohování se také využívají často masáže nebo různá cvičení. Dochází ke zmírňování případného dalšího omezení hybnosti, k prokrvení kůže, zahřátí svalů. Nejčastější je poloha na boku nebo na zádech. Pacienti, kteří jsou při vědomí a mohou se alespoň částečně sami pohnout, dostávají od terapeutů instrukce, jak mohou sami procvičovat různé části končetin nebo jak se mohou alespoň trochu pootočit např. využitím hrazdy nebo pomocí madel u postele. Polohování je jednou z hlavních technik, která se velmi úspěšně používá v canisterapii. Jak již bylo zmíněno v kapitole „polohování“, jedná se o techniku, kdy pes leží velmi těsně vedle pacienta, případně pod jeho nohama a svým tělem zahřívá svaly pacienta, zároveň (pokud je pes pod nohama), mění polohu pacienta a předchází tak vzniku dekubitů a svým pravidelným dýcháním také o pacienta velmi přirozeným způsobem zklidňuje (Drábková, Hájková, 2018).

### **3.1.8 Nácvik soběstačnosti pacienta**

Nácvik soběstačnosti pacienta je velmi důležitou součástí pobytu pacienta na oddělení NIP nebo DIOP. Pacient se v průběhu léčby učí, jak se stát v životě opět nezávislým na pomoci druhých osob. S tím, jak se u pacienta zvýší samostatnost, se pak úměrně zvyšuje i kvalita života. Díky pravidelnému trénování činností se pak dá dosáhnout velkých pokroků. Pacient si nacvičuje oblékání, mytí, mobilizaci, příjem jídla atd. Při nácviku je samozřejmě důležité brát ohled na to, že to, co je pro zdravého člověka záležitostí maximálně pár minut u pacienta v následné péči může ta samá činnost zabrat mnohem více času, než bychom očekávali. Při nácviku je tedy nutná i velká dávka trpělivosti. Ne vždy je pacient dobře naladěný nebo ne vždy také dobře spolupracuje. Je dobré mít na paměti, že není dobré „tlačit na pilu“ a že zde opravdu platí, že méně někdy znamená více. Na druhou stranu nelze pacienta nechat „stagnovat“ a odmítat cvičení jen pro to, že se mu nechce. Každý nácvik, i kdyby jen chvilkový, má pro něj velkou cenu do budoucna. Vždy je nutné zapojit do nácviků i rodinu pacienta. Na nácviku soběstačnosti se podílí kromě rodiny celý tým odborníků z různých oborů. Jedná se např. o ergoterapeuty, fyzioterapeuty, sanitáře, sestry. Klíčová je koordinace a spolupráce celého týmu. Je sestaven plán, pro každého pacienta individuálně podle jeho stavu. K pokrokům z počátku může docházet velmi nenápadně, postupně ale dochází ke stále větší soběstačnosti. Bohužel ne u všech pacientů se dá docílit naprosté soběstačnosti. Rozvoj soběstačnosti se také nedá cvičit u pacientů, u kterých přetrvává porucha vědomí (Drábková, Hájková, 2018).

### **3.1.9 Motivace pacienta**

Dosáhnout motivace u pacienta je klíčovým, ale zároveň velmi nelehkým úkolem. Motivace se u pacienta většinou buduje dlouhou dobu, a ne zřídka se bohužel stává, že se celá práce vrátí o několik kroků zpět, když se stav pacienta zhorší. Pacientova motivace se také může zmenšovat v případě počátečních léčebných neúspěchů. Aby motivace byla úspěšná, je dobré zapojit i členy rodiny. Práce s pacientem mu pak musí být ušitá přímo na míru. Motivaci bychom měli vnímat jako součást léčby. Je tedy důležité zvolit vhodný způsob komunikace, zajistit, že budeme mít na pacienta dostatek času, a nakonec najít i takový stimul, který bude pro pacienta co nejsilnější. Stimul může být jak pozitivního, tak i negativního rázu. Důležité je navázat s pacientem kontakt a rozvinout efektivní spolupráci. Motivovaný pacient je následně motivací pro ošetřující personál. V následné péči se nachází i pacienti, kteří ví, že již nikdy nebudou v takové kondici jako dříve, nebo pacienti, kterým jejich úraz nebo nemoc zpretrhaly rodinné nebo partnerské vazby. U těchto lidí je velmi těžké najít nějaký pozitivní stimul. Zacházení s takovýmto pacientem vyžaduje velkou dávku empatie a citlivosti. Pokud pacient nevidí už ve své situaci žádný světlý bod, je dobré, když ho navštěvuje klinický psycholog a když se s ním snaží aktivně pracovat a povzbuzovat ho jeho rodina. Rodina může vidět i maličkosti, které může s pacientem probírat. Pokud začne být pacient motivován a pomalu dochází ke zlepšování, opět to může následně motivovat i jeho rodinu. Dá se tedy říct, že motivace u kohokoliv, kdo je účasten procesu léčby plodí motivaci u druhých osob přítomných léčbě-ať už jde o rodinu, lékaře, terapeutu či sestru. Motivace je tedy procesem, na kterém se podílí celý tým. Motivaci zároveň můžeme dělit na vnitřní a vnější. Vnitřní motivací jsou především myšlenky, které si pacient tvoří sám ve své hlavě (např. už chce být doma u rodiny), vnější motivací jsou stimuly přicházející z okolí-od sester, rodiny, přátel atd. (Drábková, Hájková, 2018).

### **3.1.10 Léčebná rehabilitace v období následné intenzivní péče**

Na oddělení NIP přichází pacienti po zvládnutí akutního zdravotního stavu. Je důležité zahájit co nejčasnější rekondici. Léčebná rehabilitace představuje soubor různých metod a technik, které vedou k obnovení výkonnosti kosterního svalstva, dýchacího svalstva, obnově spontánních pohybů, ke správné koordinaci těla a k rozvoji jemné motoriky. Do léčebné rehabilitace můžeme řadit složky neurorehabilitace a bazální stimulace. Mezi metody léčebné rehabilitace pak řadíme profesionální metody reflexní, elektrostimulační, akupunkturní, mechanické a bazální stimulaci. K rehabilitaci mohou používat jak kompenzační pomůcky, tak i lze využít i vhodných speciálních prostředků. Rehabilitace bývá při následné péči

poněkud specifická, protože jsou zde pacienti, kteří mají různé specifické problémy. Proto je častou náplní rehabilitace např. nácvik správné fonace, nácvik polykání, výcvik při afázii, výcvik v ovládnutí kompenzačních pomůcek, využívá se také logopedie a ergoterapie (Drábková, Hájková, 2018).

### **3.1.11 Komunikace s pacientem**

Komunikace a spolupráce s rodinou nebo přáteli pacienta je pro jeho další vývoj naprosto zásadní. U pacienta závisí komunikace na mnoha faktorech, jsou jimi: mentální schopnosti pacienta, jeho věk, hodnoty, zda je např. věřící, záleží ale také na pohlaví, na tom, jak moc je pacient citlivý, zda nemá známky Alzheimerovy choroby, zda rozumí dobře jazyku, ve kterém komunikace probíhá. Dále záleží na jeho duševním rozpoložení, zda je dobře vyspaný, jestli není pod vlivem léků. Pomocí různých speciálních metod se dnes dá již navázat i komunikace s pacienty, kteří klinicky nejeví žádnou reakci. V budoucnu se rýsují i možnosti komunikace s pacienty, kteří jsou v bezvědomí. Při kontaktu musíme respektovat a využívat různé možnosti komunikace- např. verbální, vizuální, zobrazovací. Kromě tradiční verbální komunikace je možné využívat také alternativního způsobu komunikace. Pro pacienta je důležitý rozhled do prostoru, ve kterém se pohybují mluvčí, neméně důležitý je i vzhled výraz obličeje mluvčího. Kontakt a komunikace vytváří vazby mezi rodinou, pacientem a celým zdravotnickým týmem. Díky komunikaci dochází nejen k výměně informací, ale také dochází k motivaci pacienta, k jeho povzbuzení a přispívá také k udržení osobnosti pacienta v nelehké situaci (Drábková, Hájková, 2018).

### **3.1.12 Další spolupracovníci a dobrovolníci v péči o pacienta**

Kromě profesionálních postupů léčby, které dělá zdravotnický personál, má pacient i další potřeby, které s jejich zdravotním stavem souvisí nepřímě. Ošetřující lékař proto spolupracuje velmi úzce i se sociálními pracovníky, ať už těmi, kteří pracují přímo v nemocnici nebo těmi, kteří jsou v místě bydliště pacienta. Ošetřující lékař by měl tedy zprostředkovat pacientovi sociálního pracovníka, který mu podá informace o službách, kterých může využít, např. o fyzioterapii nebo jiných terapiích, o doplňkových službách. Ošetřující lékař pak zprostředkuje celému ošetřujícímu personálu informace o jednotlivých bodech, na kterých se se sociálním pracovníkem domluvili. Jednou z náplní práce sester, je kontrolovat, jak na pacienta působí psychologická péče, ergoterapeutická péče aj. terapeutická péče, dále jak na něj působí kontakt s rodinou. Pokud si pacient přeje ošetřující lékař by měl také zprostředkovat duchovní podporu pacienta-např. nemocničního kaplana. V následné péči



jsou velmi žádaní také dobrovolníci, zvláště pak k pacientům, ve stabilizovaném stavu, k pacientům závislých na dýchacích přístrojích, pacientům, kteří mohou komunikovat a kteří mají zároveň o kontakt s druhými lidmi zájem. I když je řeč pro některé pacienty velmi obtížná a musí hovořit např. jen s pomocí laryngofonu, přesto velmi často chtějí s dobrovolníky trávit čas a komunikovat s nimi, alespoň podle svých možností. Možností pro dobrovolníky je v následné péči opravdu velké množství a jejich práce může být velmi rozmanitá. Pacienti v následné péči jsou totiž velice různorodá skupina. Dostávají se zde velmi inteligentní lidé, velmi akční lidé, ale také lidé s jednodušší osobností a jednostrannějšími zájmy, můžeme zde potkat ale také třeba maminky na mateřské dovolené, které utrpěly nehodu nebo třeba starší či osamělé lidi. Každý z nich má své specifické koníčky-někteří mají rádi techniku, jiní módu, jiní se rádi baví o zvířatech nebo o historii. Dobrovolníci tedy mají opravdu velké pole působnosti a jejich práce je opravdu rozmanitá. Dobrovolník může pacientovi číst knihy, může ho naučit pracovat s mobilním telefonem, díky kterému se může pak pacient domluvit s rodinou, s mladými pacienty může hrát třeba i hry na notebooku, mohou se také podívat třeba na krátký dokument, ze kterého si pacient snaží zapamatovat co nejvíce informací, které následně dobrovolníkovi interpretuje, čímž si procvičuje paměť. Pokud je pacient ve stabilizovaném stavu, může jet s malým přenosným ventilátorem i na krátkou vyjížďku mimo svůj box, což je pro něj velmi příjemná změna. Vždy ale musí být přítomná zdravotní sestra, která za pacienta při výjezdu odpovídá. Někteří pacienti mohou také s dobrovolníkem a sestrou vyjet např. na zahradu nebo na nákup do nemocničního bistra. Pro zdravého člověka toto možná neznamena nic závratného, ale pro člověka, který leží i několik měsíců na posteli je to obrovské vytržení ze stereotypu. Všechny aktivity, které dobrovolník s pacientem dělá by měly vést pacienty k co největšímu rozvoji v soběstačnosti. U pacientů po mozkových příhodách nebo po úrazech mozku je dobré využívat hraní her, skládání puzzlí, hraní karetních her, luštění křížovek nebo hraní šachů. Tyto hry nejsou využívány jen k účelu zabavení a rozptýlení pacienta, ale jsou dobrým prostředkem k procvičování jemné motoriky. Při přiřazení dobrovolníka k pacientům je důležité přemýšlet nad zájmy pacienta, ale také je dobré brát v potaz pohlaví pacienta. K ženám se obvykle více hodí dobrovolnice-žena. Mohou si lépe sednout povahově, mohou spolu řešit ženské záležitosti, bavit se o módě, o vzhledu, dobrovolnice také mohou motivovat pacientky k tomu, aby opět začal y pečovat o svůj vzhled. Tyto činnosti následně mohou zvýšit pocit důstojnosti a pacientky si tak mohou začít více vážit sebe samých. To zase následně může vést k tomu, že se třeba přestanou ostýchat pozvat si na návštěvu své kamarádky. U některých pacientů je velmi těžká komunikace s dobrovolníky a vyžaduje od

dobrovolníků hodně trpělivosti. S takovými pacienty je někdy nutné začít pracovat velmi specificky – musí se jim přizpůsobit styl práce, metody i techniky. Výtvořky pacientů, jako jsou obrázky aj. nechají dobrovolníci založeny v chorobopisu pacienta. Klinický psycholog se na ně tedy může zpětně podívat a hodnotit pokroky pacienta, popř. i doporučit další možný postup práce dobrovolníka (Drábková, Hájková, 2018).

### **3.2 Oddělení pro následnou a dlouhodobou intenzivní péči ve FNOL**

Oddělení Následné intenzivní péče a Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče ve Fakultní nemocnici Olomouc (dále jen „FNOL“) je jedním z nejnovějších oddělení této nemocnice. K otevření tohoto oddělení došlo začátkem roku 2019 a díky rozsáhlé rekonstrukci, která zde proběhla je nyní oddělení velmi moderně vybavené a odpovídá trendům současné péče o pacienty. Oddělení spadá pod Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Oddělení Následné intenzivní péče se stará o pacienty, u kterých po zvládnutí akutního kritického stavu nadále selhává jedna nebo více životních funkcí. Pacienti jsou zde převáženi většinou z jiných oddělení FNOL. Na celém oddělení je čtrnáct lůžek, z toho deset lůžek patří Následné intenzivní péči a čtyři lůžka jsou určena pro Dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči, všechna lůžka jsou, dá se říct, neustále obsazena. Celá léčba na tomto oddělení spočívá v intenzivní rehabilitaci a cílem lékařů je obnovit pacientovo zdraví (tzn. duševní i fyzické), a to v co největší možné míře. Ke směřování k tomuto cíli mimo jiné napomáhá také canisterapie a felinoterapie, které se na tomto oddělení provádějí. Délka pobytu pacienta na oddělení následné intenzivní péče je možná po dobu 90 dnů (v průměru je však pacient na oddělení 29 dnů), na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče pak může být pacient až 190 dnů. Konečné slovo v délce hospitalizace má však zdravotní pojišťovna, která může hospitalizaci pacienta prodloužit. Péče o pacienty je zajištěna po celou dobu, tzn. 24 hodin denně a pohotovostní službu zajišťují lékaři, kteří mají specializaci v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Podíváme-li se na provoz oddělení za první rok, můžeme z dostupných informací zjistit, že zde bylo hospitalizováno za rok 66 pacientů, z toho 50 z nich bylo hospitalizováno na oddělení následné intenzivní péče. O celý chod tohoto oddělení se stará přednostka Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny MUDr. Olga Klementová, Ph.D. Personál, který má na tomto oddělení náročnou práci má na starost hlavně pacienty po těch nejvážnějších stavech, kteří navíc mají většinou ne příliš dobrou zdravotní prognózu do budoucna. Mezi typické zdravotní anamnézy patří těžké úrazy mozku a lebky, centrální mozkové příhody, dále jsou zde léčeni pacienti po resuscitacích nebo po velmi složitých

a náročných operacích srdce. Jak již bylo řečeno výše, na oddělení jsou převáženi především pacienti z jiných oddělení FNOL, pro pacienty z jiných nemocnic už pak bohužel často není dostatečná kapacita. I z tohoto důvodu je zde velká snaha do budoucna začlenit do péče o pacienta co nejvíce také jeho rodinu a blízké tak, aby byl možný pobyt pacientů v jejich domácím prostředí, samozřejmě při zajištění veškeré potřebné péče. Cílem veškerého zdravotnického personálu na tomto oddělení je tedy vrátit pacienta do co nejlepšího stavu, tak, aby se pacient mohl začít rehabilitovat, aby mohl být přeložen do zařízení následné péče, případně aby mohlo probíhat jeho doléčování v domácím prostředí. K tomuto cíli se využívají nejnovější poznatky a postupy, které jsou v tomto oboru k dispozici. Také po architektonické stránce je oddělení velmi moderně vyřešeno-díky boxovému systému, ve kterém je oddělení postaveno, mají pacienti a jejich případné návštěvy možnost opravdového soukromí. Oddělení následné intenzivní péče spolupracuje při péči o pacienty také s logopedy nebo s Oddělením rehabilitace. Na oddělení následné intenzivní péče je možné běžně potkat také terapeutického psa nebo kočku s jejich majitelem, kteří zde provázejí pravidelnou terapii. V neposlední řadě je pak součástí péče o pacienta také aktivní komunikace a spolupráce s jeho rodinou a nejbližšími (anon., 2020).

### **3.3 Oddělení následné péče v Nemocnici AGEL Valašské Meziříčí**

V nemocnici ve Valašském meziříčí je oddělení následné péče má dvě oddělení. Prvním z nich je „Oddělení následné péče I“, které je umístěno v hlavní budově nemocnice. Na tomto oddělení jsou od jednolůžkových po tři lůžkové pokoje. Druhým z oddělení je „Oddělení následné péče II“, na kterém najdeme pokoje s třemi nebo čtyřmi lůžky. Na obou odděleních jsou pacienti s velmi rozmanitými diagnózami. Doléčují se zde pacienti od diagnóz interních až po neurologické, chirurgické nebo traumatické. Jsou zde také léčeni pacienti, u kterých byl nalezen nádorový proces. Oddělení poskytuje péči v oblasti chronických ran, hojí se zde proleženiny, nejrůznější kožní onemocnění, bércové vředy. Léčba pacientů na oddělení je co nejkomplexnější, jsou zde např. i intervence nutričního terapeuta. Péče je také zaměřená na tlumení bolesti, která je přítomná např. u poranění nebo onemocnění páteře či kloubů. V těchto případech se podávají analgetické infuze. Při onemocnění cévní soustavy se pak podávají vazodilatační infuze. V komplexní péči o pacienty nesmí samozřejmě chybět ani rehabilitace, která je na oddělení následné péče rovněž poskytována. Rehabilitace je zaměřena na reedukaci pohybů, na pohybové návyky, techniky měkkých tkání a součástí rehabilitace je i koncept bazální stimulace. Pacientům na oddělení následné péče je rovněž nabídnuta možnost canisterapie. Oddělení také spolupracuje

s rehabilitačními ústavy (např. Čeladná, Hrabyně), od kterých má možnost dovybavit oddělení kompenzačními rehabilitačními a protetickými pomůckami. Oddělení se nezajímá „jen“ o léčbu pacienta, ale součástí je i řešení sociálních otázek pacientů (anon., 2021).

### **3.4 Následná péče v Diakonii Valašské Meziříčí**

Diakonie Valašské Meziříčí se stará o klienty, kteří potřebují pomoc, k tomu, aby měli zajištěnou, pokud možno co největší kvalitu života. Klientelou Diakonie jsou senioři, osoby se zdravotním znevýhodněním, nemocní a umírající. Diakonie působí ve Zlínském kraji. Jejím zřizovatelem je křesťanská nestátní nezisková organizace *Diakonie Českobratrské církve evangelické* (dále jen Diakonie ČCE). Posláním Diakonie je spolupráce s ostatními lidmi tak, aby tato spolupráce vedla k pomoci těm, kteří to potřebují. Snaží se o to, aby byl mezi lidmi co největší respekt a úcta ke každému člověku a ke každé fázi lidského života. Vyzdvihuje především hodnoty, které chtějí chránit, rozvíjet a také předávat dál. Těmito hodnotami jsou „milosrdenství, odbornost, naděje a společenství“. Diakonie nabízí komplexní systém služeb pro osoby s postižením, pro seniory a pro osoby, které se ocitnou v terminálním stádiu onemocnění. Diakonie Valašské Meziříčí byla v roce 2003 rozdělena na dvě samostatná střediska – prvním z nich byla Diakonie ČCE – hospic Citadela, druhým pak Diakonie ČCE – středisko. Hospic je v provozu od roku 2004 a od roku 2007 se rozšířily jeho služby registrací sociálních pobytových služeb. V roce 2019 došlo k opětovnému sloučení obou středisek. V roce 2020 pak vzniklo nově oficiálně sloučené středisko pod vedením paní ředitelky Mgr. Květoslavy Othové. Diakonie Valašské Meziříčí nabízí mnoho služeb. Mezi základní služby patří zdravotní služby pro nemocné a umírající, služby k podpoře domácí péče, sociálně pobytové služby pro seniory a osoby s demencí, dále služby pro osoby se zdravotním postižením a vzdělávání odborné i laické veřejnosti v oblasti paliativní péče, hospicové péče a vzdělávání k pozitivnímu přístupu k lidem s demencí. Péče o umírající a nemocné v sobě dále zahrnuje lůžkový hospic, domácí hospic, domácí péči, domácí zdravotní péči a sociálně – zdravotní lůžka. Canisterapie se v Diakonii provádí především v rámci pobytových odlehčovacích služeb, dále v domovech se zvláštním režimem, dále také v rámci chráněného bydlení osob s postižením, a také v hospici a na sociálně – zdravotních lůžkách. Jak jsme již zmínili výše v kapitole „Následná péče“, péče o pacienta/ klienta se dělí na akutní a lůžkovou. Lůžková se dále dělí na následnou péči a na dlouhodobou péči. Kromě toho existují ještě speciální zařízení lůžkového typu, kterými jsou právě hospice. Následnou péči v Diakonii tedy můžeme označit jak péči o klienta v sociálně – zdravotních lůžkách, tak i o klienty v lůžkovém hospici a v odlehčovacích pobytových službách. Sociálně-zdravotní

lůžka jsou sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Jsou zde klienti, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni obejít se bez pomoci jiného člověka a do doby, než jim je tato péče zajištěna nemohou být propuštěni do domácí péče. Služba se řídí zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách. V Diakonii je 6 lůžek tohoto typu. Odlehčovací služby pobytové jsou určeny těm klientům, kteří mají sníženou soběstačnost, ať už z důvodu stáří, chronického onemocnění, zdravotního postižení nebo nevléčitelného onemocnění. O tyto osoby většinu času pečuje osoba blízká. Je však nad lidské síly, pečovat o nemocného člověka neustále. Odlehčovací služba tedy nabízí časově omezenou službu, díky které si může pečující osoba alespoň na chvíli odpočinout. Posledním a poněkud specifickým typem následné péče je péče hospicová – lůžková. Jedná se o specializovanou službu, která je určena pacientům, kteří jsou svou nemocí ohroženi na životě, ale zároveň nepotřebují akutní nemocniční léčbu a domácí léčba není možná nebo nepostačuje. Služba je komplexní, poskytuje úlevu od bolesti a dalšího ať už tělesného či duševního strádání. Je určena pacientům v terminálním stadiu onemocnění. Kromě péče o psychologické a duchovní aspekty pacienta se v tomto směru stará i o rodinu blízkého. Služba je specifická především v tom, že nesměruje k vyléčení pacienta, neboť to již není možné, ale cílem je především dosáhnout co největší možné kvality života v terminálním stadiu onemocnění. Paliativní péče tedy nevede k uzdravení, ale do jisté míry může zmírňovat důsledky vážné nemoci. O pacienty pečuje odborný tým, ve kterém jsou lékaři, zdravotní sestry, pečovatelky, kněz, psychoterapeut, dobrovolníci a sociální pracovníci. Podnět k zahájení paliativní péče dává ošetřující lékař pacienta. Hospicová péče se řídí zákonem č. 48/1997 Sb., § 22a) „Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková.“ Počet lůžek v hospici je v současnosti 36 (anon, 2021).

### **3.5 Průběh canisterapie u pacientů na odděleních následné péče**

Pacienti v nemocnicích na oddělení následné péče jsou vždy odkázáni na lůžko, proto většinu práce odvede pes na posteli pacienta. V ostatních zařízeních, nabízejících následnou péči, pak záleží na stavu pacienta, zda je mobilní či nikoliv. Práce týmu může probíhat buď na lůžku nebo mimo něj. Pacienti, ať už jsou v jakémkoliv zdravotním stavu vždy uvítají kontakt, ať už fyzický nebo psychický. Někdo si rád popovídá s personálem (pokud je schopen komunikace), k někomu chodí rodina. Při kontaktu s lidmi však vždy hrozí, že daný člověk není dobře naladěn, je podrážděný něco ho trápí atd. Ačkoliv jsou návštěvy a kontakt s ostatními lidmi pro pacienta samozřejmě velmi prospěšné, neméně prospěšný je kontakt se psím terapeutem. Pes má navíc tu výhodu, že není zatížen špatnou náladou, pocity viny,

starostmi. Proto je ideálním prostředkem ke zklidnění, uvolnění, pro navození pocitu bezpečí a klidu. Pes nikdy není zatížen jakýmkoliv předsudky a kontaktuje člověka naprosto přirozeným způsobem. Průběh canisterapie v následné péči se liší u každého pacienta podle aktuálního zdravotního stavu a podle cílů terapie. Přesto zde chceme přiblížit alespoň základní kategorie podnětů, kterými se canisterapeutický tým snaží zlepšovat, aktivizovat nebo rozvíjet fyzický a psychický stav pacientů. U pacientů v následné péči se pes využívá především k navození vibračních podnětů, somatických podnětů a také vestibulárních podnětů. Pro pacienty jsou tyto podněty velmi důležité a při canisterapii se jim zároveň spojí s něčím, co je jim příjemné (Benešová in Velemínský, 2007).

### **3.5.1 Somatické podněty**

Pacient léčící se dlouhou dobu na lůžku je ochuzen o mnoho podnětů ze svého okolí. U pacientů po těžších úrazech může docházet také ke zkresleným nebo neúplným představám o sobě a o svém těle. Kůže, která na našem těle téměř po celé ploše, má na sobě obrovské množství nervových zakončení. Díky nim k nám z okolí proudí nepředstavitelné množství nejrůznějších informací. Proto u pacientů, kteří jsou o tyto informace naprosto ochuzeni nebo je vnímají jen částečně, musí docházet k co pokud možno největšímu rozvoji somatických podnětů. Ideálním prostředkem k navození těchto podnětů je právě canisterapeutický pes. Díky polohování může navodit u pacienta pocit bezpečí, může mu dát prostor k tomu, aby si uvědomil své vlastní tělo, pohyby atd. Pokud dítě hladí psa různými částmi těla, může si začít uvědomovat, kde má on sám ruce, tvář, nohy atd. Ke stejnému výsledku vede i opačný postup, kdy různé části těla psa hladí dítě na různých částech těla dítěte – např. hlazení ocasem psa na ruce pacienta. Velice důležitý je také už pouhý dotyk. Pacient může psa hladit na různých částech těla – části těla mají různý povrch – jiný hmatový vjem bude pacient vnímat na hladkých uších psa, jiný na vlhkém čumáku, jiný na osrstěném či nahém břichu, jiný zase na drsných psích tlapkách. Důležité je nabídnout pacientovi především rozmanitost povrchů. Možným somatickým podnětovým cvičením je také rozložit na těle klidně ležícího pacienta granule/hračku/balónky (pokud to dovolí hygienické předpisy), které má za cíl pes velmi jemně z těla pacienta sebrat. Pokud je to jen trochu možné, je ideální, když se pamlsky položí přímo na holé tělo pacienta, tak aby byl kontakt psa a pacienta co nejtěsnější. Pacient opět může vnímat různé somatické podněty, ať už se jedná o teplý psí dech, drsnější jazyk, mokré čumák atd. Dotek je často podceňovaný, ale přitom velmi důležitý prostředek komunikace. Vždy je ale důležité vnímat citlivě potřeby a přání pacienta. Některým lidem totiž dotek druhých lidí nebo kohokoliv jiného nemusí dělat dobře, je tedy potřeba naučit se

reagovat specificky u každého klienta, tak aby to bylo vždy jen pro jeho dobro a aby byl výsledek snažení pozitivní (Benešová in Velemínský, 2007).

### **3.5.2 Vibrační podněty**

Vibrační podněty získávají lidé běžně při svém přirozeném pohybu. Lidem, kteří jsou však delší dobu na lůžku tyto podněty chybí. Je proto žádoucí tyto podněty pacientům a klientům v následné péči zprostředkovat. Z počátku by se mělo začínat spíše jemnějšími vibračními podněty a poté jejich intenzitu postupně zvyšovat. Nejpřirozenější a nejjemnější vibrací je dech. Canisterapeutický pes, který by měl být ve výborné kondici, má dech vyrovnaný, klidný a dokáže tedy velmi zklidnit také pacienta. Psa lze přiložit k pacientovi buď po celé délce jeho těla nebo lze položit na psa třeba jen hlavu nebo ruku. Pokud potřebujeme pro pacienta silnější vibrační podněty, doporučuje se využít felinoterapie. Kočka, která vrní dává již poměrně silné vibrační podněty a oproti psovi je navíc lehčí, tím pádem může dobře ležet přímo na těle pacienta nebo klienta (Benešová in Velemínský, 2007).

### **3.5.3 Vestibulární podněty**

Vestibulární podněty člověku slouží k tomu, aby si dokázal uvědomit, jakou polohu zaujímá jeho tělo v prostoru a zda, popř. jak se jeho tělo v prostoru pohybuje a mění polohy. Tyto podněty nás mohou jak stimulovat, tak ale na druhou stranu dokáží navodit u člověka pocit uklidnění, relaxace. Vestibulární podněty jsou tedy důležité nejen pro naši fyzickou, ale také pro psychickou pohodu. Základem je ale uvědomit si, jakou polohu zaujímá vlastně naše tělo v prostoru. Díky technice polohování se dá v rámci canisterapie velmi dobře pacientům ukázat, že je možnost zaujmout různé polohy a že se tyto polohy mohou a dají plynule měnit. Pes je k tomuto velmi dobrým pomocníkem. Změny poloh jsou pro pacienty často poměrně nepříjemné nebo dokonce bolestivé, díky polohování se psem má však pacient dobře prohřáté svaly a je pro něj tedy pohyb o něco jednodušší a méně bolestivý. Také motivace k pohybu může být za přítomnosti psa o něco větší než obvykle. Pacient by se měl díky pravidelnému polohování časem naučit vnímat polohu svého těla. Díky tomuto uvědomění se pak zase může lépe učit novým pohybům, které třeba v důsledku dlouhodobé léčby už jeho tělo „zapomnělo“ nebo které by dříve jednoduše nezvládl (Benešová in Velemínský, 2007).

### **3.6 Průběh canisterapie u pacientů na oddělení následné péče v Nemocnici AGEL, Valašské Meziříčí**

Paní canisterapeutka B. H. chodí na oddělení následné péče za pacienty většinou dvakrát měsíčně. Již dopředu je domluvená s vedením oddělení, ve které dny přijde. Pokud je na oddělení velké množství infekčních pacientů, canisterapie se raději přesune na jindy, aby se předešlo možnému nakažení psa či paní canisterapeutky. Průměrná délka canisterapie na celém oddělení je asi 1,5- 2 hodiny, s tím že u každého pacienta je v daný den canisterapeutický tým různou dobu, podle aktuální potřeby. V průměru však canisterapie trvá u jednoho pacienta asi 15 minut. Poté, co přijde canisterapeutka a její pes do nemocnice, zamíří první do sesterny, kde se dozví, ke kterým pacientům by bylo dobré v daný den zajít, kdo canisterapii tzv. „potřebuje“. Staniční sestra také canisterapeutku upozorní na „infekční pokoje“ nebo na pacienty, kteří nemají rádi psy, aby se předešlo možným komplikacím. Poté probíhá samotná canisterapie. Když je na oddělení přítomná rehabilitační sestra nebo ergoterapeutka, jde za pacienty spolu s canisterapeutkou a vzájemně se pak při práci s pacientem doplňují. Jelikož už má paní canisterapeutka po šesti letech, kdy do nemocnice chodí, u vedení oddělení velkou důvěru, může chodit k pacientům také sama. Lepší variantou však dle slov samotné paní canisterapeutky je, když se mohou spolu s rehabilitační sestrou nebo ergoterapeutkou vzájemně při práci doplňovat. Co se týče terapií u jednotlivých vybraných pacientů, záleží na konkrétních situacích, zda stihne canisterapeutický tým obejít všechny pacienty, kteří byli doporučení staniční sestrou. Někdy je potřeba u některých pacientů zůstat déle a nestihnou se proto někteří ostatní. Kvůli únavě týmu však nejde na oddělení strávit více jak dvě hodiny, protože pes i canisterapeutka již bývají na konci návštěv značně vyčerpaní. Poté, co canisterapie na pokojích skončí, jde paní canisterapeutka opět do sesterny, kde popíše průběh terapií u jednotlivých pacientů staniční sestře. Zároveň si však také sama vede poznámky o canisterapii u jednotlivých pacientů. Po canisterapii je důležitý psychický odpočinek psa, proto jde po každé canisterapii paní B.H. se psem na velkou procházku, kde se může pes pořádně vyběhat. Každá canisterapie by měla končit pro celý tým pozitivně, aby se opět mohl těšit na další terapii.



### **3.7 Průběh canisterapie u klientů v následné péči v Diakonii Valašské Meziříčí**

Canisterapie v Diakonii probíhá na základě domluvy canisterapeuta se sociální pracovníci zařízení. Do zařízení jsou samozřejmě puštěny jen týmy, které mají složenou canisterapeutickou zkoušku. Průběh zkoušky a kurz, který jí předchází je již probrán v dřívější kapitole. Poté, co si tedy tým domluví, že může do zařízení docházet, následuje domluva, který den přijde který tým. Do Diakonie totiž dochází asi 5-8 canisterapeutických týmů, podle toho, jaké jsou časové možnosti canisterapeutů. Pes, který na canisterapii dochází vyžaduje od psovoda náležitou přípravu, ještě před samotným příchodem do zařízení. Pes musí být pořádně „vyběhaný“, vyvenčený a samozřejmě vykoupaný, aby nebyl špinavý, když jde ke klientům do postele. Samozřejmostí je, že pes zvládá základní povely. Jakmile tým přijde v domluvený den do zařízení, má již na vrátnici přichystaný seznam osob, ke kterým by bylo vhodné daný den zajít. Tento seznam připraví již zmíněný sociální pracovník, který má koordinaci canisterapie na starosti. Poté tým postupuje po jednotlivých klientech. Tým je v zařízení většinou maximálně dvě hodiny. Za tento čas obvykle stihne obejít 5-6 klientů. Podle toho, který klient zrovna ten den potřebuje větší péči terapeuta, se u nich terapeut zdrží. U někoho tak může být tým třeba jen 10 minut u někoho je ale třeba hodinu. Opravdu je tento čas velmi individuální. Canisterapie obvykle probíhá jak v lůžkových zařízeních hospicového typu, tak i na oddělení, kde jsou klienti v rámci odlehčovací služby. U klientů v hospici jde často už jen o povzbuzení ducha, jelikož fyzická stránka již často nejde rozvinout. Canisterapie se dělá i u klientů, kteří nejsou při plném vědomí. Někdy se dokonce stane, že klient, který je naprosto apatický třeba na konci hodinové terapie najednou mírně pohne rukou a pohladí psa nebo pohne koutkem úst či začne velmi pravidelně a klidně oddychovat. Může se to zdát maličností, ale u těchto klientů, kteří nemají žádné projevy třeba i několik týdnů je to opravdu velká změna. Při samotné terapii pak canisterapeut využívá různých technik – pro prohrátí svalů a zklidnění dechu i samotného klienta se využívá polohování, pro rozvoj motoriky se využívá hlazení psa, klienti, kteří mohou hýbat rukama mohou házet psovi hračky, míčky, mohou ho česat, podávat mu pamlsky. Pro klienty, kteří nemají pohyblivé ruce např. kvůli zkrácení šlach nebo strnulosti kloubů, se využívá jen naprosto minimálních pohybů při hlazení psa. Často se stává, že po několika terapiích pacient dokáže např. více rozevřít ruku nebo pohnout prsty. Trénuje se také motorika mluvidel, když klient na psa mluví nebo hovoří s terapeutem či přítomnou sestrou. Sestra nebo sociální pracovník musí být při terapii vždy přítomen, nejen z důvodu, kdyby se náhle změnil zdravotní stav klienta, ale také

z toho důvodu, že klienti, kteří mají v hospici nejčastěji i demenci nebo Alzheimerovu chorobu mohou být různě popleteni a mohli by např. tvrdit, že terapeut něco v místnosti vzal nebo, že jim říkal něco, co se jim nelíbilo. Samozřejmě takové tvrzení bývá jen „výplodem“ jejich nejasného myšlení, ovšem taková tvrzení by se zpětně velmi těžko vyvracela a terapeut by neměl u sebe žádného svědka. I z tohoto důvodu tedy vždy při terapii musí být přítomen někdo z ošetřujícího personálu. Pes může být buď přímo na lůžku klienta nebo může mít např. jen hlavu na posteli s tím, že ho psovod má na klíně těsně vedle postele nebo se předními packami opírá o postel a hlavu má u klienta. To, kde je pes umístěn závisí na potřebách a přáních klienta. Někteří klienti nemají rádi psy v posteli, proto se pak využívá např. jen varianta, kdy pes leží na nohách psovoda, který sedí těsně vedle postele, tak aby klient na psa dosáhl. Pokud je pes velký, může sedět vedle postele klienta. Pokud je menší a klientovi to nevadí, dává se přímo do lůžka klienta. Pes většinou sám velmi dobře vycítí, co si může u kterého klienta dovolit, u některých pes leží zcela nehnutě u jiných se doslova „rozvalí“ přes celou postel. K některým se přitiskne víc, k některým méně.

### **3.8 Vliv canisterapie na pacienty v následné péči**

Na pacienty v následné péči má canisterapie vliv nikoliv „jen“ v oblasti psychické, jak se mnozí domnívají, ale také v oblasti fyzické. Společně si nyní popíšeme některé pozitivní dopady canisterapie v obou oblastech.

#### **3.8.1 Oblast psychická**

Oblast psychická je pro každého člověka velmi podstatnou složkou, která ovlivňuje celý náš život. Pokud je naše psychická složka v jakémkoliv špatném rozpoložení, většinou se toto odrazí i v naší fyzické stránce života. Totéž platí ale i obráceně. Pacienti a klienti v následné péči jsou většinou v takovém stavu, kdy je jejich duševní zdraví velmi silně negativně ovlivněno jejich zdravotním stavem a dalšími věcmi vázajícími se k jejich aktuálnímu stavu (Galajdová, 1999). Základní princip léčebného působení spočívá v tom, že živý organismus má schopnost probouzet jakési „samo léčitelné“ schopnosti druhých organismů. U člověka pak navíc působí ještě psychologické účinky, kterými se aktivují pozitivní pocity, a dochází i k aktivaci antidepresivních a antistresových mechanismů. Terapie se zvířaty jsou navíc ještě pro pacienty a klienty příjemné a zábavné, na rozdíl od většiny dalších terapií. Efekty jsou pak podle Lacinové mnohdy až překvapující. Například jsou známy případy, kdy někteří pacienti, kteří celý rok jen pasivně leželi, byli najednou po roce canisterapie ochotní jít ven na procházku se psem. Časté jsou taky případy „rozmluvení se“

dříve nekomunikujících pacientů a klientů. Například u klientů s demencí je přítomnost psa často jednou z mála cest, jak navázat kontakt a komunikaci s klientem. Tato skupina klientů také ochotněji cvičí své kognitivní a sociální funkce, pokud je jejich motivací pes. U pacientů a klientů, kde už se nedají kognitivní funkce zvýšit dochází díky canisterapii alespoň ke zvýšení kvality života, skrze příjemné pocity, které jsou navozovány skrze hlazení psa, polohování atd. (Lacinová, 2010). Velice důležitou osobností, která se věnovala oblasti terapie pomocí zvířat u starších pacientů v dlouhodobé péči, byla N. Fossier-Varneyová. Pacienti, ke kterým docházela jednou týdně na 45 minut měli především problémy typu autostimulace, intolerance v chování, neustálého psychomotorického rozrušení, agresivity, Alzheimerovy nemoci aj. s fenkou zlatého retrievera docházela N. Fossier-Varneyová k seniorům pravidelně každý týden a po 6 až 8 týdnech začala pozorovat první změny v chování pacientů. Lepšila se především komunikace s okolím, utlumení autostimulačních a sebepoškozujících projevů, snížily se stresové stavy a tím pádem došlo i ke snížení medikace. Pes také velmi pozitivně působil na pečovatele, jejichž práce v zařízeních byla velmi vyčerpávající. Díky psovi se navázal nový způsob komunikace pečujících a pacientů, pes působil také jako prostředek zklidnění. Podle některých kynologů je canisterapie dobře využitelná především v případech, kdy už jiné metody selhávají nebo nejsou v daný okamžik dobře využitelné. Jedná se o situace, kdy je potřeba navázat kontakt s lidmi, kteří hůře komunikují nebo lze psa využít při práci s osobami s mentálním postižením či s lidmi s psychickými problémy. Canisterapie působí na duševní zdraví člověka velmi příznivě a významně, a to bez ohledu na věk daného člověka. U pečujících osob je navíc pes dobrou prevencí proti syndromu vyhoření. Pes má oproti jiným terapiím výhodu především v tom, že dokáže být velmi empatický a jeho lásku si člověk nemusí nijak zasloužit. Má rád všechny bez ohledu na jeho vzhled, nemoc, psychický stav. Toto vědomí je pro pacienty a klienty klíčové, protože se nemusí bát psovi důvěřovat. Dotek s živým tvorem pak navíc může nahrazovat doteky blízkých osob, který člověku chybí ať už vědomě nebo podvědomě. Neméně důležitou složkou je pak pozorování zvířat, které přináší lidem příjemné rozptýlení a alespoň na chvíli je může odtrhnout od často kruté reality jejich nemoci nebo postižení. Pro mnohé pacienty je také pes ztělesněním pocitu jistoty a bezpečí, které potřebují lidé cítit. U seniorů, kteří trpí demencí, může canisterapie zlepšit některé sociální dovednosti, jakými jsou např. již zmíněná komunikace nebo také péče o sebe samého. Aktivizací těchto pacientů může také postupně docházet ke snížení stavů zmatenosti, dále může docházet postupně ke zvýšení pohyblivosti, jemné i hrubé motoriky a celkové výkonnosti (Lacinová, 2010). O působení canisterapie v následné péči píše také Jarošová, která ve své knize „Nebojte se

přežít – příběhy z oddělení následné intenzivní péče“ popisuje příběh Moniky, 17leté dívky, která po velmi těžké autonehodě skončila v kritickém stavu, kdy nebylo vůbec jisté, zda nehodu přežije. Díky skvělé práci traumacentra se podařilo dívčin život zachránit, stále však nebylo vyhráno. Monika byla přeložena na oddělení následné péče, kde došlo k jejímu probuzení z umělého spánku. Monika při oslovení zpozorněla, ale nebyla schopná komunikovat. Kromě necílených pohybů pravého zápěstí byla naprosto nepohyblivá. Byla velmi rozrušená a vyděšená, což vedlo k následnému tlumení léky za pomoci psychiatra. Následně byla započatá cílená neurorehabilitace. Po stabilizaci jejího stavu, který se předtím mnohokrát zhoršil a následně zase zlepšil se začala provádět bazální stimulační. V dalších dnech se pak kvalita Moničina vědomí poměrně rychle zvyšovala. Do jejího denního režimu se postupně začal zapojovat také ergoterapie. Den za dnem se Moničin stav pomalu zlepšoval, někdy se dokonce i usmála. Monika reagovala velmi dobře na jakékoliv jí známé podněty. Mimo jiné ji v rozvoji komunikace, vědomí, pohyblivosti i ve zlepšování psychického stavu pomohla přítomnost canisterapeutického psa. Při rehabilitacích začala Monika velmi zásadně pookřávat. Postupně začala pohybovat končetinami a mohlo se začít i s polohováním. Postupně se začala zlepšovat i v komunikaci a dalších oblastech. Po necelých pěti měsících byla Monika propuštěna z nemocnice. Ještě stále měla sice velký kus práce před sebou, nicméně z nemocnice odešla ve stavu, kdy mohla mluvit i chodit. Tento skvělý výsledek byl výsledkem práce všech zainteresovaných osob, mimo jiné prokazatelně Monice pomohla i pravidelná návštěva canisterapeutického týmu. Tento příběh není jediným, ve kterém figurovala canisterapie. Jarošová ve své knize mluví o velkém množství případů, kdy byla na oddělení následné péče canisterapie velmi nápomocná při léčbě pacientů s nejrůznějšími zraněními (Jarošová, 2016).

### **3.8.2 Oblast fyzická**

Canisterapie v následné péči nepůsobí jen na psychickou stránku lidského zdraví. Velký vliv má také na oblast fyzickou. Díky psovi se daří například lépe rehabilitovat motorická postižení a ortopedické vady. Jednou ze specifických forem působení je také působení na člověka, díky tzv. polohování. Díky těsnému kontaktu člověka a psa dochází k prohřátí člověka. Pes má vždy o jeden stupeň Celsia vyšší tělesnou teplotu, než člověk a dlouhodobým těsným tělesným kontaktem může velmi znatelně uvolňovat teplem svaly pacienta nebo klienta. Uvolnění svalů následně přináší uvolnění celého člověka, tedy i jeho duševního stavu. Díky polohování dochází také ke zvýšení citlivosti, dále k prohloubení a zpravidelnění dýchání nebo ke zmírnění zvýšené tvorby slin. Také psí sliny jsou, pro

někoho možná překvapivě, pro člověka „zdravé“. V psích slinách jsou přítomny antiseptika, která dokáží poměrně dobře léčit např. bércové vředy (Lacinová, 2010). Pes může mít na člověka ale i další významné vlivy. Vzájemný kontakt člověka se psem zvyšuje např. koncentraci fenyletylaminu, který zvyšuje pozornost, snižuje únavu a zlepšuje náladu člověka. U člověka i u psa pak při vzájemném kontaktu dochází k významnému zvýšení hladiny endorfinů a dopaminu. Endorfiny jsou důležité ke stabilizaci imunitního systému, dopaminy zase přináší pocity štěstí a mají velký význam při zpracování informací v mozku. Pes také dokáže snižovat krevní tlak člověka, dokáže stabilizovat puls i krevní oběh pacienta. Pes podněcuje také k pohybu pacienta a může být pro něj velkou motivací. Jak jsme již několikrát zmínili, také v oblasti rozvíjení motoriky může být zvíře velmi silným motivačním prostředkem. Díky pozitivním dopadům působení psa na člověka nezdědka dochází i ke snížení často vysokých dávek antidepressiv, analgetik a jiných léčiv (Tichá in Velemínský, 2007). Podle Galajdové lze také díky zvířatům zmírnit vývoj nemocí, které jsou přímo vázány na stresové faktory. Jedná se např. o již zmíněný vysoký krevní tlak.. Závěrem této kapitoly je dobré si připomenout, že nic v člověku se neděje samo od sebe a nic se neděje „odděleně“. Duševní zdraví člověka je velmi silně provázaná s fyzickou stránkou a stejně tak to platí i obráceně. Psychosomatika je u člověka velmi silný faktor, který nás dokáže ovlivnit jak pozitivně, tak i negativně. Proto někdy „stačí“ u člověka zmírnit stres, deprese, smutek a postupně začne docházet i ke zlepšování fyzického zdraví (Galajdová, 1999).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

Diplomová práce obsahuje kvalitativní výzkum, pomocí kterého zjišťujeme, jaký vliv má canisterapie na osoby v následné péči. Tento výzkum je zaměřen na pacienty a klienty v následné péči a blíže pak zkoumá vliv canisterapie na jejich motoriku, komunikaci a na psychickou stránku jejich osobnosti.

V následujících kapitolách jsou uvedeny výzkumné cíle a také charakteristika výzkumného vzorku. Jsou zde také prezentovány použité výzkumné metody a průběh výzkumu. Celý výzkum je zakončen analýzou dat a závěrem šetření.

### 4 Popis výzkumného šetření

#### 4.1 Cíle šetření

Hlavní cíl šetření:

- Zjistit vliv canisterapie na pacienty a klienty v následné péči

Dílčí cíle šetření:

- Zjistit vliv canisterapie na oblast motoriky u pacientů a klientů v následné péči
- Zjistit vliv canisterapie na oblast komunikace u pacientů a klientů v následné péči
- Zjistit vliv canisterapie na psychický stav u pacientů a klientů v následné péči

Na základě uvedených cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- 1) Jaký vliv má canisterapie na pacienty a klienty v následné péči?
- 2) Jaký vliv má canisterapie u pacientů a klientů v následné péči na oblast jejich motoriky?
- 3) Jaký vliv má canisterapie u pacientů a klientů v následné péči na oblast jejich komunikace?
- 4) Jaký vliv má canisterapie u pacientů a klientů v následné péči na jejich psychický stav?

## 4.2 Charakteristika výzkumného vzorku a průběh šetření

Výzkumné šetření proběhlo celkem ve třech zařízeních. Prvním zařízením byla Diakonie Valašské Meziříčí. Toto zařízení jsme si vybrali na základě doporučení p. canisterapeutky. Zároveň jde o zařízení, které je v oblasti canisterapie již velmi „zkušené“. Canisterapie se zde provádí pravidelně již od roku 2014 a dochází zde přibližně 5 canisterapeutických týmů s nejrůznějšími plemeny psů, od bernského salašnického psa až po bavorského barváře. Do Diakonie jsme se bohužel kvůli pandemii koronaviru nedostali, tudíž jsme nemohli na vlastní oči vidět, jak canisterapie probíhá, setkali jsme se však s canisterapeutkou i jejím psem, kteří do tohoto zařízení pravidelně dochází. Ta nám věnovala opravdu velké množství času, kdy nám vylíčila velmi podrobně jak canisterapie v Diakonii probíhá a osvětlila nám i jiné věci ohledně canisterapie z pohledu canisterapeuta. Paní canisterapeutka nám na všechny dotazy velmi ochotně odpověděla a setkání s jejím psem byl také velký zážitek. Opravdu se zde potvrdilo, že při canisterapii není důležité plemeno psa, ale jeho povaha. Plemeno bavorský barvář, kterého jsme mohli potkat, je vyšlechtěné pro lovecké účely. Tento konkrétní pes, se kterým jsme se setkali, se však přímo „zrodil“ pro canisterapii. Diakonie nabízí komplexní systém služeb pro osoby s postižením, pro seniory a pro osoby, které se ocitnou v terminálním stádiu onemocnění. Canisterapie se v Diakonii provádí jak v rámci pobytových odlehčovacích služeb, tak i v domovech se zvláštním režimem, dále v rámci chráněného bydlení osob s postižením, a v neposlední řadě v hospici a na sociálně – zdravotních lůžkách. Nejčastěji se zde canisterapeuté mohou setkat s klienty se stařeckou demencí, v hospicových službách pak s různými onemocněními v terminálním stadiu. Diakonie je velmi pokroková a snaží se, aby pacienti měli zajištěný co největší komfort jak po fyzické stránce, tak i po psychické stránce, na kterou některá jiná zařízení často zapomínají nebo na ni „nemají čas“. Setkali jsme se s mnoha lidmi, kteří si práci i služby Diakonie Valašské Meziříčí velmi pochvalují. Pro výzkum v tomto zařízení jsme s pomocí koordinátorky canisterapií vybrali 3 klienty, kteří byli pro účely výzkumu nejvhodnější, jednalo se především o pacienty s diagnózou Alzheimerovy choroby, a to v různých stádiích – od 89 až do 95 let. Aby byla zachována anonymita klientů, kterou jsme jim přislíbili, místo jmen klientů jsme použili jejich označení dle pořadí provedených výzkumů. V kazuistice z Diakonie tedy můžeme najít „klienta č.1, 2 a 3“. V rámci výzkumu jsme se seznámili také s diagnózami klientů. Dále jsme vytvořili dotazník, který byl rozdán třem zaměstnancům Diakonie. Provedli jsme také rozhovor s canisterapeutem Diakonie. Komunikace s canisterapeuty byla velmi milá a příjemná, ve všem mi ochotně vyhověli. Celý výzkum

proběhl během jednoho měsíce, kdy jsme nejprve, na základě stanovených cílů, vytvořili dotazník, poté jsme dotazníky rozeslali a díky ochotě respondentů, jsme je měli do dvou týdnů vyplněné. Dále jsme se osobně setkali s canisterapeutkou Diakonie a měli jsme možnost s ní vést velmi plodný a rozsáhlý rozhovor. Jak jsme již zmínili, bohužel v době výzkumu nebylo možné se v Diakonii přímo účastnit canisterapie, nicméně hned jak budou v Diakonii umožněny návštěvy, určitě se na canisterapii osobně zajdeme podívat. Druhým zařízením, ve kterém probíhal výzkum byla Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí. Zde výzkum probíhal stejným způsobem jako v Diakonii, s tím rozdílem, že probíhal na oddělení následné péče. Výzkum tedy „operoval“ s poněkud odlišnými diagnózami, než tomu bylo v Diakonii. Pacienti, kteří byli součástí výzkumu byli opět tři. Dva z nich byli ve stavu vigilního kómatu, jeden pak po cévní mozkové příhodě. Opět byly rozdány dotazníky zaměstnancům oddělení. Byl také proveden rozhovor s canisterapeutkou docházející jak na toto oddělení, tak i do Diakonie. Tentokrát nám byla umožněna i krátká návštěva canisterapie na oddělení, a to za velmi přísných podmínek, z důvodu koronavirových opatření. Pro výzkum na oddělení následné péče nám vrchní sestra tohoto oddělení vybrala tři pacienty, kteří byli pro účely výzkumu nejvhodnější. Aby byla zachována anonymita pacientů, kterou jsme jim přislíbili, místo jejich jmen jsme použili jejich označení dle pořadí provedených výzkumů. V kazuistice tedy můžeme najít pacienta č.1, 2 a 3. Téměř totožně jako v Nemocnici ve Valašském Meziříčí jsme postupovali i při výzkumu ve třetím zařízení, a to ve Fakultní nemocnici Olomouc. Neúčastnili jsme se pouze pozorování canisterapie, z důvodu zákazu návštěv na oddělení následné intenzivní péče, kvůli přísným koronavirovým opatřením.

### **4.3 Metodologie výzkumu**

K výzkumu, který je kvalitativního charakteru jsme využili následující metody:

#### **4.3.1 Dotazník**

Výzkumnou metodou, kterou jsme si určili jako stěžejní, je v naší práci dotazník. Dotazník je jedním z nejhojněji využívaných nástrojů, k tomu, aby výzkumník získal od respondentů informace, které k výzkumu potřebuje. Dotazníky dělíme na adresné-ty pak nazýváme dotazníky a neadresné, ty pak nazýváme anketami. U neadresného dotazníku jsou získané výsledky spíše orientační, výzkumníkovi nejde tolik o jejich reprezentativnost. Naproti tomu u dotazníku adresného je žádoucí, aby byly výsledky co nejvíce reprezentativní. Dotazník je výzkumnou metodou, která by měla být co nejvíce srozumitelná. Otázky, které



jsou v dotazníku pokládány by měly být napsány co nejsrozumitelněji. Úvod dotazníku by měl respondentům vysvětlit, na co je dotazník zaměřen a proč je vůbec dobré, aby byl dotazník jimi vyplněn. Některé dotazníky jsou anonymní, jiné ne. Důležité ale je, pokud výzkumník anonymitu respondentům slíbí, aby byla za každých okolností splněna (Surynek, 2001).

V naší diplomové práci byl využit dotazník, který se skládal ze tří částí. Všechny tři části obsahovaly stejný počet otázek i stejný obsah otázek. Každá část byla zaměřena na jednoho konkrétního klienta/ pacienta v daném zařízení. V každém zařízení pak byli vybráni 3 zaměstnanci, kteří vyplnili dotazník o těchto klientech/ pacientech. Dotazník vyplňovali sociální pracovníci, zdravotní sestry, vedoucí oddělení nebo canisterapeuti. Každá část dotazníku obsahovala vždy 10 základních otázek a tři doplňující otázky. Celkem tedy jeden dotazník obsahoval 30 základních otázek a 9 doplňujících. Dotazník se skládal z otázek, které se týkaly subjektivního zhodnocení stavu klientů/pacientů před canisterapií, v průběhu canisterapie nebo po ukončení canisterapie. Otázky v dotazníku jsme zaměřili především na oblast komunikace, duševního zdraví a motoriky u pacientů/klientů. Dotazníky byly rozdány ve třech zařízeních, a to v Diakonii Valašské Meziříčí, dále v Nemocnici AGEL Valašské Meziříčí a třetím zařízením byla Fakultní nemocnice Olomouc. V diakonii byl dotazník vyplněn jak pracovníky hospice, tak pracovníky odlehčovacích službách, v nemocnicích pak byl vyplněn zaměstnanci oddělení následné péče. Celkem bylo rozdáno a vyhodnoceno 9 dotazníků. U některých otázek v dotazníku jsme využili Likertovy škály, jednalo se však o zanedbatelnou menšinu otázek. Zhruba polovina otázek v dotazníku byla taková, že umožňovala respondentům vybírat jen z uzavřených odpovědí. U šesti otázek pak mohli respondenti odpovídat vlastními slovy.

#### **4.3.2 Rozhovor s canisterapeuty**

V rozhovoru se oproti dotazníkům můžeme více dozvědět o tom, co si dotazovaný přímo myslí. Zatímco v dotazníku je často „omezen“ uzavřenými odpověďmi, v rozhovoru může říct vlastními slovy, co si o dané problematice myslí, může vyjádřit vlastní názor na věc. Výzkumník tedy v průběhu rozhovoru zjišťuje, jaké myšlenkové pochody se dotazovanému odehrávají v hlavě a zjišťuje také jeho názory, postoje, zkušenosti, přání atd. Rozhovor bývá zaměřen především na takové informace, které se nedají zjistit jinými metodami. Jako velkou výhodou rozhovoru vidíme to, že výzkumník může okamžitě na odpovědi dotazovaného reagovat, tedy může např. klást doplňující dotazy nebo může chtít např. přesnější objasnění diskutovaného problému (Surynek, 2001).

V rámci výzkumu jsme rozhovor vedli s canisterapeuty jednotlivých zařízení. Canisterapeuti jsou hlavními aktéry při canisterapii, mohou tedy nejlépe popsat průběh či popisovat výsledky canisterapie. Dokáží popsat, jaký celkový vliv může canisterapie na pacienty /klienty mít, dokáží popsat jaká je zpětná vazba personálu zařízení nebo rodiny pacienta/klienta a v neposlední řadě dokáží popsat, jaký vliv má canisterapie na jednotlivé oblasti, které jsme ve výzkumu zkoumali. Otázky jsme tedy zaměřili na oblast motoriky, duševního zdraví a komunikace, dále na zpětnou vazbu od rodiny/ zaměstnanců, dále na průměrnou dobu canisterapie u jednoho pacienta/ klienta a na celkový vliv canisterapie na pacienta.

### **4.3.3 Analýza lékařských dokumentů**

Lékařské dokumenty se vytváří pouze na přenos a uchování nejdůležitějších informací, vyplývajících z lékařských vyšetření. Dokumenty jako takové můžeme dělit na dokumenty primární a dokumenty sekundární. Mezi primární dokumenty patří právě např. lékařské zprávy. Primární dokumenty se nazývají primárními proto, že nebyly vytvořeny z žádného jiného zdroje, ale obsahují opravdu ryze primární data. Velkou výhodou analýzy těchto dat je to, že na ně má výzkumník nulový vliv. Výzkumník sice dokumenty zpracuje, to však neznamená, že je může jakkoliv pozměňovat (Surynek, 2001).

V naší práci jsme v rámci analýzy dokumentů pracovali s lékařskými zprávami klientů a pacientů, kteří byli součástí našeho výzkumu. Jelikož u některých klientů a pacientů bylo lékařských zpráv z vyšetření opravdu hodně, zaměřili jsme se vždy na nejaktuálnější z nich. V lékařské zprávě jsme se zaměřili na zjištění přesné diagnózy, kterou klient/pacient má stanovenou, a také jsme se zaměřili na zprávu psychologa, pokud byla k dispozici.

### **4.3.4 Pozorování**

Pozorování je metoda, při které se výzkumník snaží zachytit, pokud možno co nejobektivněji, chování lidí v přirozených podmínkách. Pozorování dělíme na pozorování zjevné – při takovém pozorování ví, že je výzkumníkem pozorován anebo skryté-v takovém případě pozorovaný neví, že je pozorován. Pozorování také dělíme na pozorování s intervencí, kdy si výzkumník dopředu záměrně upraví podmínky a na pozorování bez intervence, kdy podmínky nejsou výzkumníkem nijak předem upraveny (Surynek, 2001).

V našem výzkumu jsme využili pozorování zjevné, tzn., že pacienti věděli, že jsou pozorováni. Záměrně píšeme „pacienti“, jelikož nám bylo z důvodu koronavirových opatření dovoleno navštívit pouze nemocniční zařízení. Diakonie byla v době psaní diplomové práce

pro veřejnost zcela uzavřena. Přesto jsme však průběh canisterapie v Diakonii mohli velmi podrobně zaznamenat, jelikož proběhlo setkání s paní canisterapeutkou, která průběh, který je vždy téměř totožný, velmi podrobně popsala. Zároveň jsme využili pozorování bez intervence, tedy podmínky nebyly před pozorováním nijak záměrně upraveny. V nemocnici, na oddělení následné péče, jsme se účastnili jedné návštěvy s canisterapeutickým týmem. Při pozorování jsme se zaměřili především na to, jak pacienti na psy reagují, také na to, jaké aktivity pacienti se psem provádějí, jaké aktivity by mohli mít vliv na jejich motoriku, komunikaci a duševní zdraví a v neposlední řadě na to, jaký vliv má canisterapie i na celkovou atmosféru v nemocničním pokoji případně na celém oddělení. Nesmíme však opomenout zmínit, že z jednoho pozorování nelze vyvozovat žádný konkrétní závěr, i přesto však považujeme za důležité popsat, jak canisterapie probíhá.

## **4.4 Analýza šetření**

### **4.4.1 Kazuistika**

#### **Kazuistika č. 1**

Místo výzkumu: Diakonie Valašské Meziříčí

Klient(ka): č.1

Diagnóza: Alzheimerova choroba (počáteční stádium)

Věk: 89 let

Hrubá motorika: Klientka je upoutána na lůžko, není schopná chůze. Pohyb rukou je však v normě.

Jemná motorika: Klientka může hýbat rukama, jemná motorika prstů a zápěstí je však lehce pod normou. Motorika jazyka a mluvidel je v normě.

Komunikace: v normě

Duševní zdraví: kolísavá, většinou však lehce pod normou

Doba probíhající canisterapie: 3 měsíce

Četnost návštěv canisterapeutického týmu: 1x týdně

Měl klient dříve strach ze psů: ne

Dotazník pro zaměstnance zařízení: u klientky č. 1 probíhá canisterapie už tři měsíce a to pravidelně, jednou týdně. Klientka č. 1 neměla před zahájením canisterapie strach ze psů,

naopak projevila o canisterapii zájem, protože má ráda psy, a dokonce sama doma jednoho psa má. Po jejím psovi se jí stýská, proto je ráda, když má možnost být na chvíli alespoň s cizím psem. Klientka č. 1 vnímá canisterapii také jako vítanou změnu programu. Diagnóza klientky je Alzheimerova choroba. Klientka je upoutána na lůžko a vyžaduje neustálou péči personálu. Co se týče psychické stránky – klientka má ráda kontakt a komunikaci s ostatními, která jí nyní chybí, bývala proto často smutná a cítila se osamocena. Komunikuje velmi ráda, ale z důvodů upoutání na lůžko, je nyní pro ni častá komunikace s ostatními znesnadněna. V den, kdy se účastní canisterapie však personál zařízení vyzoroval, že je klientka o dost více komunikativní. Dle personálu Diakonie má canisterapie na klientku také dlouhodobý vliv. Po absolvování všech canisterapií je klientka více společenská a sama nyní iniciuje rozhovory s personálem nebo ostatními lidmi, se kterými se někdy může setkat např. při společných aktivitách. Co se týče motorické stránky klientky-hrubá motorika je narušena, klientka je upoutána na lůžko. Na hrubou motoriku neměla canisterapie větší vliv. Na co však vliv měla, je jemná motorika klientky. Pozitivní vliv můžeme vidět především v drobných detailech, kdy se díky rozvinutí komunikace při canisterapii procvičila motorika mluvidel a jazyka klientky. Díky hlazení psa dochází u klientky také k procvičování jemné motoriky a její prsty, které byly lehce spastické se nyní začaly postupně lehce rozhýbat. Není zatím zřejmý velký pokrok, ale jisté náznaky alespoň menších posunů k lepšímu vidět můžeme. Také na psychickou stránku klientky má canisterapie vliv. V den, kdy se klientka č. 1 canisterapie účastní, dochází ke zlepšení nálady, klientka je veselá a spokojená, že si popovídala. Dobrá nálada jí zůstane asi 2-3 hodiny, někdy i déle. Dlouhodobější vliv canisterapie na duševní zdraví klientky dle personálu zatím není zřejmý.

## **Kazuistika č. 2**

Místo výzkumu: Diakonie Valašské Meziříčí

Klient(ka): č.2

Diagnóza: Alzheimerova choroba – pokročilejší stádium

Věk: 95 let

Hrubá motorika: klientka je schopná chůze, její hrubá motorika je v normě

Jemná motorika: klientce se třesou ruce, má již horší úchop

Komunikace: celkově lehce pod normou-klientka příliš nekomunikuje, což je však spíše dáno psychickou stránkou věci než fyzickou.

Duševní zdraví: lehce pod normou

Doba probíhající canisterapie: 1,5 měsíce

Četnost návštěv canisterapeutického týmu: 2x týdně

Měl klient dříve strach ze psů: ne

Dotazník pro zaměstnance zařízení: Klientka č. 2 je v péči canisterapeuta po dobu měsíce a půl. Četnost návštěv canisterapeutického týmu je většinou 2x týdně. Klientka sama projevila touhu, aby u ní probíhala canisterapie. Má velmi ráda psy. Klientka má pokročilé stádium Alzheimerovy choroby, s čímž se pojí nutnost neustálého dohledu a péče o klientku, personálem Diakonie. Ošetřující personál vyzoroval, že v den, kdy se klientka účastní canisterapie je o dost více komunikativní než v jiné dny. Celkově je klientka spíše klidné, tišší povahy a kontakt s ostatními příliš nevyžaduje, při canisterapii však najednou velmi pookřeje – se psem se ráda mazlí, odpovídá na otázky ostatních v místnosti, poslouchá, co říká canisterapeutka a reaguje na ni. Živě komunikuje s pejskem, těší se z fyzického kontaktu. Hrubá motorika klientky je i přes její velmi pokročilý věk stále v normě, ani jemná motorika není extrémně zhoršena. Lehčí zhoršení jemné motoriky však přesto můžeme u klientky pozorovat. Toto zhoršení je však především dáno stářím klientky. Jemná motorika je ovlivněna především třasem jejich rukou. Také úchop již nemá takovou kvalitu jako dříve. Personál zaznamenal, že v den, kdy se klientka canisterapie účastní, je její jemná motorika o něco lepší. Klientka např. dokáže uchopit lžici, aniž by jí každou chvíli padala z rukou. Třas je však stále stejný. Zmíněné zlepšení jemné motoriky je však spíše krátkodobější záležitostí, která trvá většinou jen několik hodin po canisterapii. Personál prozatím nezaznamenal změny

v motorice po delším působení canisterapií. Co se týče psychické stránky klientky, ta je ovlivněna canisterapií ve velké míře. Klientka, která dříve bývala spíše uzavřená a málo komunikativní, je po návštěvě canisterapeutického týmu vždy mnohem akčnější. Dle personálu vždy viditelně pookřeje a jde vidět, že má velkou radost z přítomnosti psa i terapeuta, které pokaždé velmi vřele vítá. Při canisterapii je naprosto zřetelně vidět, jak si užívá především "psi" přítomnosti. Pokud bychom se podívali na změnu psychického stavu klientky v delším časovém horizontu při probíhajících pravidelných terapiích, můžeme pozorovat opět velkou změnu. Klientka se vždy velmi těší na další návštěvu, ptá se v mezičase, mezi jednotlivými terapiemi personálu, kdy se opět pejsek objeví. V době čekání ráda ukazuje fotky s pejskem. Při tomto tématu se vždy hned "probere", ráda na canisterapeutický tým v průběhu týdne vzpomíná a mluví o nich. Její psychická stránka je tedy terapiemi i dlouhodobě poměrně významně ovlivněna, protože se má na co těšit, má téma k hovoru a může vzpomínat na pěkné zážitky s pejskem. Celkově po terapiích vždy velmi pookřeje.

### **Kazuistika č. 3**

Místo výzkumu: Diakonie Valašské Meziříčí

Klient(ka): č.3

Diagnóza: Alzheimerova choroba

Věk: 91 let

Hrubá motorika: omezeně se pohybující klient

Jemná motorika: mírný třas rukou, jinak v normě

Komunikace: v normě, ale negativně ovlivněna kvalita komunikace kvůli těžšímu stadiu Alzheimerovy choroby

Duševní zdraví: odpovídá diagnóze Alzheimerovy choroby v těžším stadiu. Klientka má tedy po většinu času „svůj svět“, ve kterém často upadá do letargie anebo úzkostí

Doba probíhající canisterapie: 1,5 měsíce

Četnost návštěv canisterapeutického týmu: 2x za měsíc

Měl klient dříve strach ze psů: ne

Dotazník pro zaměstnance zařízení: Klientka je v péči canisterapeuta 1,5 měsíce. Canisterapie u ní probíhá a bude probíhat (pokud nedojde ke zhoršení stavu a tím pádem zvýšené potřebě canisterapií) dvakrát za měsíc. Klientka projevila touhu, aby u ní canisterapie probíhala. Má velmi ráda psy, zároveň je pro ni canisterapie vítanou změnou programu. Klientka je také ráda, když může být středem pozornosti. Jelikož má klientka pokročilou a stále zhoršující se fázi Alzheimerovy choroby, je nutný neustálý dohled personálu zařízení. S komunikací neměla nikdy klientka problém, ale říká často věty, které nedávají smysl nebo které jsou mimo téma hovoru. Personál vyzoroval, že při canisterapii je klientka více komunikativní než obvykle, častěji také mluví více „k věci“. Ačkoliv i při terapiích někdy řekne věty, které nedávají smysl nebo se nepojí k tématu hovoru, četnost těchto stavů je při terapii o něco nižší. Při terapiích také více komunikuje s ostatními klienty na pokoji a povídá si i se psem. Klientka při terapiích komunikuje velmi ráda, těší ji pozornost okolí, ráda si povídá s terapeutkou. Zjišťuje, kolik pes sežere, čím se krmí, kolik stál atd. V mezičase mezi terapiemi ráda o canisterapeutickém týmu mluví. Při další návštěvě se opět živě zajímá o stejná témata. Jelikož je klientka poměrně dost komunikativní, nelze u ní pozorovat větší změny v komunikaci po absolvování více terapií. Také je nutné brát na zřetel, že klientka

zatím absolvovala pouze 3 terapie a canisterapie navíc u ní probíhá pouze dvakrát za měsíc. Dlouhodobější výsledky tedy nemusí být ještě patrné, nicméně o rozvoji komunikace při samotných terapiích není pochyb. Hrubá motorika klientky je poněkud omezena. Klientka je schopná chůze jen za pomoci personálu, není samostatně pohyblivá. Stejně jako je tomu u komunikace, vliv terapií na hrubou motoriku bude možná patrný až po delším absolvování canisterapií, zatím však pokrok v oblasti hrubé motoriky není patrný. Co se týče jemné motoriky, ta je u klientky v normě, přesto však canisterapie, dle názoru personálu, klientce jemnou motoriku poměrně hodně procvičuje. Klientka ráda psovi háže balónek, hladí ho přes uši a drží psí tlapky ve svých dlaních. Kontakt se psem je pro klientku také velmi zklidňující, což se někdy projeví značným oslabením třasu rukou. Když pacientka leží a má ruku na psovi, který pravidelně dýchá, často třas alespoň na krátký časový úsek téměř ustane. V delším časovém horizontu však canisterapie na třas klientky vliv nemá. Vezmeme-li však v úvahu procvičování jemné motoriky klientky, zde bychom již o dlouhodobém vlivu, díky pozitivnímu vlivu procvičování rukou, hovořit mohli. Zatím však, především díky krátkém časovém úseku terapie, ještě v dlouhodobějším horizontu patrný není. Z dotazníku je však patrný vliv canisterapie na duševní zdraví klientky, a to především na její aktuální psychický stav. Během canisterapie je klientka velmi vstřícná a příjemná, užívá si návštěvu psa i canisterapeutky. Těší ji kontakt se psí srstí, oceňuje "psí dovednosti". Aktuální psychický stav se mění vždy k lepšímu. Psychický stav je pozitivně změněn vždy během návštěvy a pár hodin po ní. V mezích se klientka vrací do "svého světa". Ale má radost vždy, když se návštěva pejska připomene nebo když si všimne své fotografie, na které je vyfocena se psem.

Rozhovor s canisterapeutkou B. H.

Otázka č.1: Jak dlouhou dobu a jak často se většinou klienti canisterapie účastní?

„Navštěvujeme ONP a hospic. Je to víceméně individuální, obzvláště hospic je specifický v osobním přístupu. Pokud klient má zájem, věnujeme se mu. Tady se na čas moc nehraje. Nicméně se snažíme navštívit vícero pokojů.“

Otázka č. 2: Mají někteří klienti z počátku respekt nebo dokonce strach ze psů?

„Jsou to dospělí lidé a ti si sami řeknou o psí společnosti. Rozhodnutí je na nich.“

Otázka č. 3: v jaké oblasti mívají klienti největší problémy a jaká cvičení/aktivity mají pro ně při canisterapii největší význam?

„Paměť – povídání, vzpomínání. Jemná a hrubá motorika – česání psa, házení kostek, procházky (pokud to zdravotní stav dovolí).“



Otázka č. 4: Zaznamenáváte u klientů pokroky v oblasti komunikace? Pokud ano, jaké?

„Pamatují si nás podle jména Blanka, Bella, Anička, a to je u těchto klientů malý zázrak.“

Otázka č. 5: Zaznamenáváte u klientů změny psychického stavu v průběhu nebo po absolvování canisterapií? Pokud ano, jaké změny to nejčastěji jsou?

„Celkové uvolnění, úsměvy, dobrá nálada. Nejen díky nám, ale povětšinou ze svých vlastních vzpomínek.“

Otázka č. 6: Zaznamenáváte u klientů pokroky v oblasti motorických schopností (jemná i hrubá motorika)? Pokud ano, jaké změny to nejčastěji jsou?

„No, vzhledem k typu zařízení ... Já jsem ráda, že jsou díky canisterapii spokojení tady a teď.“

Otázka č. 7: Jakou máte zpětnou vazbu od personálu Diakonie nebo od rodin klientů na canisterapii?

„Vesměs pozitivní, alespoň doufám, že nás tam vidí rádi (smích).“

Otázka č. 8: Jak velký podíl má canisterapie, z Vašeho pohledu, na celkový (fyzický či psychický) stav klienta?

„Klienti v tomto typu zařízení někdy rádi upadají do letargie a nechtějí komunikovat. Přítomnost obyčejného chlupáče u nich evokují příjemné vzpomínky na minulost nebo jsou tzv. spojovacím můstkem při navázání hovoru, aktivity. Někdy stačí klientovi, aby chlupáče hladil a dotek teplé pokožky, srsti může nahradit pohlázení po tváři, ruce dalšího člověka. Příjemné emoce, to je oč tu běží.“

#### **Kazuistika č. 4**

Místo výzkumu: Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí

Pacient(ka): č. 1

Diagnóza: vigilní kóma

Hrubá motorika: pacient je v kómatu, jeho pohyblivost je tedy značně omezena, končetiny jsou spastické

Jemná motorika: spasticita svalů ovlivňujících jemnou motoriku

Komunikace: komunikace je omezena jen na několik slov, které však pacient řekne jen velmi sporadicky a zcela nezávisle na komunikační situaci. Slova tedy pacient říká bez jakékoliv spojitosti s jeho okolním děním.

Duševní zdraví: pacient je ve vigilním kómatu, není možné přesně určit jeho psychický stav

Doba probíhající canisterapie: 14 dní

Četnost návštěv canisterapeutického týmu: 2x za měsíc

Měl pacient dříve strach ze psů: ne

Dotazník pro zaměstnance zařízení: Pacient je v nemocnici na oddělení následné péče teprve 14 dní. Je ve stavu vigilního kómatu. O canisterapii tedy sám, vzhledem ke svému stavu, neprojevil zájem, nicméně nemocnice naznačila, že by canisterapie pro něj mohla mít velký smysl. Canisterapie u něj proběhla zatím pouze dvakrát. Vzhledem k tomuto faktu i vzhledem k jeho stavu není zatím dlouhodobý vliv canisterapie příliš patrný, a to jak v psychické složce jeho osobnosti (pacient zatím nedává najevo žádné emoce), tak ani v oblasti komunikace. Komunikace je však ovlivněna bezprostředně po canisterapii – pokud pacient zrovna řekne některé slovo (z jeho doposud velmi omezeného slovníku), je kvalita řeči o něco lepší než jindy. Tento stav však trvá jen 1-2 hodiny po terapii a můžeme ho přikládat nejspíše tomu, že u pacienta dojde při canisterapii k uvolnění mimického svalstva. Co se týče motoriky, zde již jistý vliv canisterapie, podle personálu nemocnice, pozorovat můžeme. Pacient má po canisterapiích více uvolněné končetiny. Také v oblasti jemné motoriky dochází ke zlepšení. Toto zlepšení se projevilo nejvíce v uvolnění mimických svalů v obličeji.

## **Kazuistika č. 5**

Místo výzkumu: Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí

Pacient(ka): č. 2

Diagnóza: stav po cévní mozkové příhodě

Hrubá motorika: značně snížená pohyblivost horních i dolních končetin

Jemná motorika: snížená schopnost jemných pohybů prstů – snížení schopnosti úchopu, pohybu jednotlivých prstů atd.

Komunikace: snížená schopnost verbální komunikace–probíhá intenzivní péče logopeda – pacient již nyní dokáže říct souvisle i několik vět.

Duševní zdraví: velké úzkosti, strach pacienta z toho, co bude až se vrátí z nemocnice

Doba probíhající canisterapie: 1 měsíc

Četnost návštěv canisterapeutického týmu: 3x za měsíc

Měl pacient dříve strach ze psů: ne

Dotazník pro zaměstnance zařízení: Pacientka je na oddělení následné péče měsíc. Canisterapie u ní probíhá třikrát za měsíc. Pacientka sama projevila touhu, aby u ní canisterapie probíhala. Pacientka má velmi ráda psy a canisterapie je pro ni navíc velmi vítanou změnou programu. Pacientka je ve stavu po cévní mozkové příhodě. Její motorické schopnosti se po canisterapii zlepšují v několika aspektech, a to v celkovém pohybu, dále v motorice rukou, také její sed je znatelně lepší. Vliv na motoriku má canisterapie jak v krátkodobém, tak i v dlouhodobém měřítku. Co se týče vlivu canisterapie na komunikaci, ten je dle personálu oddělení také patrný jak v krátkodobém, tak i v dlouhodobém měřítku. Pacientka je bezprostředně po canisterapii i po působení několika canisterapií mnohem více komunikativní. V den canisterapie je upovídanější, těší se na návštěvu psa. V den, kdy se pacientka účastní canisterapie je i její psychický stav lepší. Pacientka má o něco lepší náladu. Z dlouhodobějšího měřítku je psychický stav po canisterapiích také lepší, pacientka myslí více pozitivně, je celkově k okolí otevřenější a sama se snaží více komunikovat s ostatními.

## Kazuistika č. 6

Místo výzkumu: Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí

Pacient(ka): č. 3

Diagnóza: vigilní kóma

Hrubá motorika: pacient není schopen chůze, je upoután na lůžko, hrubá motorika rukou je v normě

Jemná motorika: narušena kvalita i kvantita jemné motoriky, pacient není schopen úchopu, přítomny pouze mimovolné pohyby prstů, vědomě pohyb prstů pacient neovládá

Komunikace: pacient komunikuje velmi sporadicky, kvalita projevu je zhoršena, kvantita projevu je také snížena

Duševní zdraví: nelze objektivně určit, vzhledem ke stavu, ve kterém se pacient nachází

Doba probíhající canisterapie: 2 měsíce

Četnost návštěv canisterapeutického týmu: 2x za měsíc

Měl pacient dříve strach ze psů: ne

Dotazník pro zaměstnance zařízení: Pacient je na oddělení následné péče hospitalizován již dva měsíce. Canisterapie u něj probíhá 2x za měsíc. Vzhledem ke stavu vigilního kómatu, ve kterém se nachází, nebyl schopen sám projevit zájem o canisterapii. Rodina pacienta i lékaři však shledávají canisterapii u pacienta přínosnou, proto ke němu canisterapeutický tým dochází. Ačkoliv v motorických schopnostech, ani v psychické složce nedošlo po canisterapiích k žádnému viditelnému zlepšení, v komunikaci k jistému zlepšení došlo. V den, kdy se pacient účastní canisterapie se znatelně zvýšila jeho kvantita projevu. Kvalita projevu zůstává bohužel stále stejná. Zlepšení v kvantitě projevu je zatím vázáno jen na dobu bezprostředně při canisterapii a několik hodin po ní, dlouhodobější vliv zatím canisterapie na komunikaci nemá.

Rozhovor s canisterapeutkou M. K.

Otázka č.1: Jak dlouhou dobu a jak často se většinou klienti canisterapie účastní?

„Je to individuální podle aktuálního zdravotního stavu, někdo 20 minut, někdo třeba v ten den "citově vyprahlý" třeba i hodinu, a ještě by chtěl abysme tam byly déle je to opravdu pokaždé jiné.“

Otázka č. 2: Mají někteří klienti z počátku respekt nebo dokonce strach ze psů?

„Ne. To se mi nestalo, sociální pracovnice vybírá lidi, kteří si návštěvu psa přejí – jiné je to třeba u dětí, tam se některé třeba drží stranou a potom vhodnou komunikací nebo názorným ukázkám, co pejsek umí za skopičiny vtáhneme dítě do hry, že úplně zapomeno na strach ze psa.“

Otázka č. 3: v jaké oblasti mívají klienti největší problémy a jaká cvičení/aktivity mají pro ně při canisterapii největší význam?

„Většinou je to hybnost, potom apatie k životu, kolikrát se nám s Rubinkou stane, že přijdeme, vůbec nás nevnímají a když odcházíme mají rozzářené oči a říkají, ať ještě jsme tam, a to je to, proč to děláme.“

Otázka č. 4: Zaznamenáváte u klientů pokroky v oblasti komunikace? Pokud ano, jaké?

„Řeknou nám věci, co by nikomu neřekli a několikrát se mi stalo, že mě pohládili, stiskli ruku i když skoro nemohli, to je potom neskutečný pocit a neubráníte se slzám.“

Otázka č. 5: Zaznamenáváte u klientů změny psychického stavu v průběhu nebo po absolvování canisterapií? Pokud ano, jaké změny to nejčastěji jsou?

„Je to radost ze změny, že se děje něco jiného než obvykle.“

Otázka č. 6: Zaznamenáváte u klientů pokroky v oblasti motorických schopností (jemná i hrubá motorika)? Pokud ano, jaké změny to nejčastěji jsou?

„Když se dotýkají psa třeba jen položením ruky nebo nohy objeví se jim i změna v tváři nebo na očích nevím, jestli to umím dobře vysvětlit, prostě vyzařuje z nich něco jiného, než když jen leží odevzdaně.“

Otázka č. 7: Jakou máte zpětnou vazbu od personálu Diakonie nebo od rodin klientů na canisterapii?

„Jsou vždy rádi za každé zpestření dne.“

Otázka č. 8: Jak velký podíl má canisterapie, z Vašeho pohledu, na celkový (fyzický či psychický) stav klienta?

„Určitě by se v každém zařízení uplatnil jeden pes nebo kočka či podobné zvíře, prospělo by to všem i jako rozptýlení personálu.“

## **Kazuistika č. 7**

Místo výzkumu: Fakultní nemocnice Olomouc

Pacient(ka): č. 1

Diagnóza: chronické respirační selhání

Hrubá motorika: v normě

Jemná motorika: snižená kvalita jemné motoriky – pacient má snížený rozsah pohybu zápěstí i sníženou pohyblivost prstů

Komunikace: pacient není schopen běžné komunikace, je na umělé plicní ventilaci, komunikuje pouze neverbálně, a to se zhoršenou kvalitou neverbálního projevu

Duševní zdraví: pacient není v dobré psychické formě, vykazuje známky deprese

Doba probíhající canisterapie: 1 měsíc

Četnost návštěv canisterapeutického týmu: 3x za měsíc

Měl pacient dříve strach ze psů: ne

Dotazník pro zaměstnance zařízení: Pacient je hospitalizován na oddělení následné péče již měsíc. Na oddělení za ním dochází canisterapeutický tým dvakrát měsíčně. Pacient sám nedal podnět k návštěvě canisterapeuta, po první terapii, kterou mu indikoval lékař však již sám chtěl se canisterapie dále účastnit-očekával zlepšení svého psychického stavu, přestože jinak psy dříve příliš nevyhledával. Na oddělení se pacient dostal po prodělaném akutním respiračním selhání. Respondenti v dotazníku uvedli, že pacient má v den, kdy je u něj canisterapeutický tým, lepší motorické schopnosti než v jiné dny-jedná se o zlepšení v jemné motorice. Také z dlouhodobějšího hlediska má canisterapie na jeho jemnou motoriku pozitivní vliv. Lépe hýbe rukama a má také pohyblivější prsty. Také v komunikaci lze vidět vliv canisterapie. Z dotazníků vyplynulo, že pacient se v den canisterapie snaží více neverbálně komunikovat. Po absolvování několika canisterapií má pacient větší chuť komunikovat se svým okolím, než tomu bylo dříve. Také u psychického stavu můžeme pozorovat zlepšení. Pacient má lepší náladu, ještě do druhého dne po canisterapii, po dni se většinou vrátí chmurná nálada. Dlouhodobější vliv na duševní zdraví tedy canisterapie nemá, ale vzhledem k jeho dřívějšímu psychickému stavu je i jeden pozitivnější den velká výhra.

## **Kazuistika č. 8**

Místo výzkumu: Fakultní nemocnice Olomouc

Pacient(ka): č. 2

Diagnóza: polytrauma po dopravní nehodě

Hrubá motorika: pacient je upoután na lůžko, je schopen jen minimálního pohybu v rámci lůžka (posunutí, otočení s dopomocí)

Jemná motorika: snížená kvalita jemné motoriky, pacient má problém udělat vědomý pohyb prsty, zhoršená schopnost úchopu

Komunikace: verbální komunikace zatím není možná, neverbálně pacient komunikuje s obtížemi.

Duševní zdraví: spíše nepravidelné výkyvy nálad vlivem úzkostí plynoucích z prožitého traumatu

Doba probíhající canisterapie: 2 měsíce

Četnost návštěv canisterapeutického týmu: 2x za měsíc

Měl pacient dříve strach ze psů: ne

Dotazník pro zaměstnance zařízení: Pacient je na oddělení následné péče po prožitém polytraumatu. Pacient je na oddělení hospitalizován již dva měsíce. Canisterapie je u něj prováděna dvakrát za měsíc. Pacient sám projevil o canisterapii zájem, od canisterapie očekával zlepšení jak fyzického, tak i psychického stavu. Canisterapie má u pacienta vliv na motoriku – pacient má lepší jemnou motoriku a také motorika v rámci pohybu na lůžku se o něco zlepšila. Zlepšení je zatím jen krátkodobého charakteru. Dlouhodobé zlepšení je dle respondentů jen opravdu minimálního rozsahu. Pacient se snaží komunikovat neverbálně. Z dotazníků vyplynulo, že v den, kdy je u pacienta canisterapeutický tým, se pacient snaží častěji navázat komunikaci. V dlouhodobějším horizontu se však zatím vliv canisterapie na komunikaci neprojevil. V oblasti psychické dochází bezprostředně po canisterapii ke zlepšení nálady pacienta. Lepší náladu má pacient ještě většinou do druhého dne, následně se nálada pacienta opět vrátí do běžného stavu. Dlouhodobější vliv canisterapie na duševní zdraví pacienta respondenti nezaznamenali.

## **Kazuistika č. 9**

Místo výzkumu: Fakultní nemocnice Olomouc

Pacient(ka): č. 3

Diagnóza: vigilní kóma

Hrubá motorika: pacient je upoután na lůžko, není schopen samostatného pohybu ani v rámci lůžka

Jemná motorika: vzhledem ke stavu kómatu není pacient schopen vědomého pohybu

Komunikace:

Duševní zdraví: není objektivně zjištělná vzhledem k aktuálnímu stavu pacientova vědomí

Doba probíhající canisterapie: 1 měsíc

Četnost návštěv canisterapeutického týmu: 2x za měsíc

Měl pacient dříve strach ze psů: ne

Dotazník pro zaměstnance zařízení: Pacient se na oddělení následné péče hospitalizuje jeden měsíc. Celou dobu je ve stavu vigilního kómatu. Je tedy zcela upoután na lůžko. Canisterapie u něj probíhá po dobu dvou měsíců, a to dvakrát měsíčně. Co se týče motorických schopností, respondenti v dotazníku uvedli, že u pacienta, v den, kdy canisterapie probíhá, nevidí žádné zlepšení. Uvedli však, že v dlouhodobějším měřítku je pacient více uvolněný. V oblasti komunikace respondenti nezaznamenali žádný vliv. Stejně tak je tomu v oblasti pacientova duševního zdraví-ani zde personál následné péče nezaznamenal pozitivní vliv canisterapie na pacienta.



#### 4.4.2 Pozorování

Na pozorování canisterapie do Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí, jsme se dostali po domluvě s paní canisterapeutkou B.H. a také s vrchní sestrou oddělení následné péče, kterým bychom chtěli moc poděkovat za jejich vstřícnost. Na canisterapii jsme přišly záměrně odpoledne, jelikož po obědě mají již sestry všechnu základní práci u pacientů hotovou, a tudíž jsme jim na pokojích „nepřekáželi“. Po setkání s paní canisterapeutkou a našem společném příchodu na oddělení následné péče jsme šly nejprve do sesterny, kde paní canisterapeutce staniční sestra sdělila, na které pokoje by bylo dobré v ten den zajít, kteří pacienti canisterapii „akutně“ potřebují a u kterých naopak nebude vadit, když se v ten den canisterapie nebudou účastnit. Staniční sestra také canisterapeutce sdělila, kteří pacienti jsou na oddělení noví a ke kterým raději chodit nemá, z důvodu jejich strachu ze psů. Upozornila nás také na „infekční pokoje“. Poté jsme již šli za jednotlivými pacienty. Canisterapie proběhla celkem u šesti pacientů, v průměru jsme u každého pacienta strávili asi patnáct minut. Paní canisterapeutka se vždy pacientům představila, poté představila své dva pejsky plemene Hovawart – „Anču“ a „Bellu“. Poté následovalo krmení pejska pamlsky-malými dětskými piškoty. Piškoty paní canisterapeutka volí záměrně, z toho důvodu, že už se jí několikrát stalo, že místo psa snědl pamlsek pacient. Styl, jakým docházelo ke krmení záležel na tom, zda byli pacienti mobilní či nikoliv. Pokud byli schopni pohybu, většinou se posadili na postel a pejska krmili z této pozice. Pacientům, kteří byli upoutáni na lůžko pomohla paní canisterapeutka tak, že pejska nechala vyskočit předníma tlapkami na rám postele a pacient tak měl hlavu psa přímo u své ruky. Při krmení psa si pacienti nevědomky a zcela nenásilně důkladně procvičovali jemnou motoriku, zároveň také na pejska i paní canisterapeutku mluvili, čímž docházelo k procvičování jejich řečových schopností. Po krmení následovalo povídání o pejskovi, pacienti se například zajímali, kolik toho pejsek sní, co jí, jak často chodí ven, co má rád. Ptali se ale také na paní canisterapeutku-jak se jí daří, co se u ní změnilo od minule atd. Někteří byli zvědaví i na nás a ptali se, proč jsme přišly. Při povídání však paní canisterapeutka „nezahálela“ a využívala v průběhu komunikace různé aktivity se psem. Pacienti házeli pejskům míčky, hladili si je, důležitou součástí, z hlediska procvičování jemné i hrubé motoriky, bylo také česání psí srsti. Paní canisterapeutka také „nenápadně“ trénovala motoriku pacientů, když jim na malý stoleček v různé vzdálenosti od postele položila určité věci (např. vodu pro psa, pamlsek, kartáč) a poté poprosila pacienta, zda by mohl danou věc paní canisterapeutce podat. Motoriku také procvičovali pacienti tím, že psovi připínali a odepínali karabinu vodítka, případně sponu na obojku a pokud byli mobilní, vodili psa po

místnosti nebo po chodbě. U pacientů, kteří nebyli schopni velkého rozsahu pohybu a byli upoutáni na lůžko se vše řešilo individuálně, dle jejich možností. Místo hlazení psa byla například vložena packa psa do dlaně pacienta nebo, pokud pacient souhlasil, pes olizoval pacienta na ruku či nohu, aby došlo k žádoucímu prohřátí končetin a tím k uvolnění některých svalů a následné relaxaci pacienta. U většiny pacientů, kterým nevadilo mít psa v posteli, se také využilo techniky polohování. Jeden z pacientů polohování odmítl, ostatní však pejska ležícího těsně vedle nich samotných přivítali. Polohování dělá paní canisterapeutka jen se svým mladším psem, starší pes totiž polohování nemá příliš rád, a tak ho paní canisterapeutka do této práce nenutí. Pokud některý z pacientů určitou činnost (např. olizování psem) odmítl, paní canisterapeutka to stoprocentně akceptovala a nikoho k ničemu nenutila. U některých pacientů jeden z pejsků viditelně negativně reagoval na pachy různých dezinfekcí atd., ani jeho tedy paní canisterapeutka nenutila chodit blíž k pacientům, kteří psovi tzv. „nevoněli“. Druhému ze psů však pachy dezinfekcí a jiných nemocničních látek nijak nevadily. Ke konci terapie měl každý pacient prostor pro rozloučení se s pejskem, podle toho, jak sám chtěl. Někdo chtěl po pejscích, aby mu dali „pac“, jiní pacienti chtěli, aby pejsk předvedl nějaký psí trik, další se s pejsky ještě pořádně pomazlili nebo jim dali poslední pamlsk. Poté, co jsme obešly společně všechny vybrané pacienty, jsme se odebraly do sesterny, kde paní canisterapeutka sdělila staniční sestře, jak si který pacient vedl a co s nimi při canisterapiích procvičovala. Poté proběhla domluva další návštěvy canisterapeutického týmu v nemocnici.

## **4.5 Diskuze**

V této části bychom chtěli porovnat poznatky, ke kterým jsme dospěli během výzkumného šetření, odpovědět na stanovené výzkumné otázky a vyjádřit se k daným výzkumným cílům.

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, zda má, případně jak velký vliv má canisterapie na klienty a pacienty v následné péči. V provedených kazuistikách jsme uvedli, jak canisterapie ovlivňuje klienty a pacienty v následné péči, a to především v oblasti komunikace, motoriky a v neposlední řadě v oblasti lidského duševního zdraví.

Vliv canisterapie jsme již uvedli v kazuistikách konkrétních klientů a pacientů, proto bychom zde už rádi uvedli přímo konkrétní odpovědi na výzkumné otázky.

### **Výzkumné otázky:**

#### 1) Jaký vliv má canisterapie na pacienty a klienty v následné péči?

Z našeho výzkumu vyplynulo, že canisterapie u klientů a pacientů v následné péči má v naprosté většině případů vliv jak na jejich motoriku (například na lepší úchop věcí, uvolnění spasticity v končetinách, lepší motoriku mluvidel a jazyka), tak na komunikaci – většinou byl výsledek vidět především v kvantitě verbální nebo neverbální komunikace. Asi největší vliv však měla canisterapie na psychickou stránku klientů i u pacientů v následné péči (klienti i někteří pacienti měli viditelně lepší náladu, zajímali se o psa, těšili se na další návštěvu, povídali si o psovi i po canisterapii). Tento stav většinou přetrval do dalšího dne, u někoho však vydržel i déle. Zlepšení psychické stránky však nebylo patrné u pacientů ve vigilním kómatu. Jelikož se však reálný psychický stav u těchto pacientů velmi těžko zjišťuje, nemůžeme vlastně přesně určit, zda ke zlepšení jejich duševního zdraví dochází či ne. Ačkoliv se navenek může zdát, že canisterapie či jakákoliv jiná terapie nemá na tyto pacienty žádný vliv, opak může být pravdou. Obě tvrzení lze však jen velmi těžce dokázat. Obecně lze říct, že u pacientů i klientů docházelo ke zlepšením spíše krátkodobého charakteru – zlepšení ve všech třech zkoumaných oblastech bylo pozorovatelné z velké části buď jen přímo při canisterapii nebo jen několik hodin po canisterapii.

Co je z našeho pohledu velmi důležité zmínit je to, že pokroky ve všech zmiňovaných oblastech nemohou být připisovány pouze canisterapii, ale že za pozitivními změnami stojí také další faktory, jako je například práce psychologů, logopedů, fyzioterapeutů, lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků ergoterapeutů a mnoha dalších profesionálů.

#### 2) Jaký vliv má canisterapie u pacientů a klientů v následné péči na oblast jejich motoriky?

Z výzkumu vyplynulo, že vliv canisterapie na motoriku je patrný, ne však na celou oblast motoriky. Na hrubou motoriku klientů canisterapie vliv dle výzkumu neměla, co je však pozitivní je to, že můžeme vidět jisté zlepšení u všech klientů v oblasti jemné motoriky. Jemná motorika klientů se zlepšila u různých klientů v různých aspektech. U jednoho z klientů se v průběhu canisterapie zmenšuje třas rukou, u druhého klienta však canisterapie na třas rukou nemá větší vliv. Další klient má lepší úchop-dokáže například uchopit lžici, což je jindy pro něj téměř nemožné. Zlepšení je vidět i u klientky, která má spasticitu v prstech na rukou, po canisterapii jsou její prsty více uvolněné. Klienti si jemnou motoriku při

canisterapii procvičují například uchopováním a házením balonků psovi, krmením psa pamlsky, hlazením psa atd.

Podíváme-li se na výsledky výzkumu ohledně motorických schopností u pacientů v nemocnici, opět je zde vliv canisterapie u různých pacientů odlišný. U jednoho z pacientů nedošlo k žádnému zlepšení v oblasti motoriky. U jiného pacienta nedošlo v krátkodobém měřítku k žádnému zlepšení motoriky, v dlouhodobém měřítku však došlo k celkovému uvolnění těla. U dalších pacientů pak došlo především ke zlepšení v oblasti jemné motoriky, konkrétně pak k rozhýbání a lepšímu pohybu rukou, dále k uvolnění a rozhýbání motoriky mluvidel a jazyka. U dvou pacientů jsme mohli zjistit vliv canisterapie také na hrubou motoriku – jeden pacient byl pohyblivější v rámci pohybů na lůžku, u druhého pacienta pak došlo ke zlepšení celkového pohybu a ke zlepšení sedu. U poloviny pacientů bylo zlepšení jejich motorických schopností dlouhodobého charakteru, u druhé poloviny pak bylo zlepšení patrné jen při canisterapii nebo pouze krátkou chvíli bezprostředně po terapii.

3) Jaký vliv má canisterapie u pacientů a klientů v následné péči na oblast jejich komunikace?

Pokud se podíváme na výsledky výzkumu v oblasti komunikace u klientů Diakonie- zde došlo k velkému zlepšení v kvantitě komunikace klientů. „Rozmluvili“ se i klienti, kteří jsou jindy zakřiklí a uzavření nebo kteří nemají náladu s ostatními komunikovat. Klienti začali mnohem více komunikovat, a to jak během canisterapie, tak někteří i v dalších dnech po skončení canisterapie. Klienti si během canisterapie rádi povídají se psem nebo s terapeutem, často se svěřují se svými starostmi, zapojí do hovoru i jiné klienty na pokoji nebo přítomné zdravotní sestry či sociálního pracovníka, čímž se zcela nenásilným způsobem utužují vztahy mezi klienty a personálem. Klienti ukazují terapeutovi fotky svých rodin a často sami ve vzpomínkách vypráví o zvířatech, které v životě měli. Co se týče kvality komunikace, ta se zlepšila viditelně u jedné z klientek Diakonie, u ostatních sice nebylo zlepšení přímo uvedeno v dotaznících, nicméně vzhledem k tomu, že téměř u všech klientů i pacientů bylo uvedeno, že při i po canisterapii komunikují více než v jiné dny, můžeme z tohoto usuzovat, že i jejich kvalita komunikace se díky procvičování motoriky mluvidel a jazyka jistě postupně zlepšuje, aniž by to však zatím personál ještě mohl jakkoliv zaznamenat.

Podíváme-li se na výsledky výzkumu v oblasti komunikace u pacientů z oddělení následné péče, zde je vliv canisterapie poněkud rozmanitější, s ohledem

k poměrně rozmanitým diagnózám pacientů. U pěti pacientů z šesti došlo ke zlepšení komunikace, z toho u většiny pacientů byla ovlivněna pouze kvantita komunikace. Toto zlepšení bylo však v naprosté většině případů pouze krátkodobé. U jednoho pacienta došlo také ke zlepšení kvality komunikace.

Zajímavostí je, že ke zvýšené frekvenci komunikace došlo i u dvou pacientů, kteří komunikují pouze neverbálně. Jejich snaha o navázání neverbální komunikace byla při canisterapii větší než jindy.

4) Jaký vliv má canisterapie u pacientů a klientů v následné péči na jejich psychický stav?

Díky výzkumu jsme mohli zjistit, že vliv canisterapie byl celkově nejvíce patrný právě v oblasti duševního zdraví obou zkoumaných skupin. V Diakonii byl vliv canisterapie na duševní zdraví klientů patrný u všech zkoumaných osob. Všichni tři klienti při canisterapii viditelně pookřáli, začali více komunikovat s okolím, začali se aktivně zajímat o své okolí. Někteří klienti začali ukazovat personálu fotografie, na kterých jsou zachyceni se psem a měli z nich velkou radost. Všichni pacienti si užívali fyzického kontaktu se psem, který je na jednu stranu uklidňoval, na druhou stranu ale i aktivizoval. U dvou klientek – první z nich byly dříve spíše uzavřenější, tišší, druhá naopak byla smutná, protože neměla s kým si popovídat – se canisterapie projevila tím způsobem, že obě velmi pookřály, dostavila se u nich dobrá nálada, začali být o dost živější než obvykle, samy iniciativně začínaly vést rozhovor s ostatními lidmi okolo. U jednoho klienta měla canisterapie na jeho duševní zdraví dlouhodobý vliv, u ostatních pak byl vliv nejvíce patrný vždy přímo při canisterapii a pak „dozníval“ ještě několik hodin (většinou 2-3 hodiny) po návštěvě canisterapeutického týmu. Následně se však klienti vraceli do svých „starých kolejí“. Kdykoliv se však o canisterapii někdo zmínil, vždy klienti pookřáli, velmi se těšili na další návštěvu a samy se často ptali, kdy už „pejsk s paní“ dorazí. Je však důležité říct, že toto probíhalo jen u klientů s lehčí formou Alzheimerovy choroby, u klientů, kteří trpěli těžší fází stařecké demence docházelo k tomu, že si canisterapeuta ani pejska nepamatovali, i přesto však v průběhu canisterapie vždy viditelně pookřáli.

Podíváme-li se na výzkum, který proběhl v rámci nemocničních zařízení, také zde můžeme konstatovat, že canisterapie je pro psychickou stránku pacientů velmi důležitá. Jak jsme již psali výše, otázkou zůstává, zda se dá hovořit o vlivu canisterapie také na duševní zdraví pacientů, kteří jsou ve stavu vigilního kómatu. Dle našeho názoru zde jistý vliv

canisterapie na tyto pacienty je. Je ovšem velmi těžké tento názor podložit konkrétními výsledky. Dle našich respondentů, nebyly u pacientů ve vigilním kómatu patrné žádné výsledky canisterapie na psychickou stránku pacientů, otázkou však zůstává, zda se tento vliv neprojeví až po delší době absolvovaných terapií. Nicméně u ostatních pacientů se vliv canisterapie na duševní zdraví projevilo poměrně významně. Pacienti měli dle výsledků výzkumu v den canisterapie znatelně lepší náladu, než jakou měli dříve. Tato dobrá nálada jim zůstala většinou do dalšího dne, u jednoho z pacientů pak zůstala i delší dobu-pacient je nyní mnohem více komunikativní, myslí více pozitivně, je otevřenější vůči svému okolí. Také u ostatních pacientů se dobrá nálada projevila mimo jiné i větší chutí s ostatními komunikovat, a to i v případě pacienta, který může komunikovat pouze neverbálně.

Porovnáme-li výsledky našeho výzkumu s jinými výzkumy, zaměřenými na stejný cíl, měli bychom se podívat nejprve na výsledky vlivu canisterapie na psychickou oblast člověka, neboť právě v této oblasti se v našem výzkumu vliv canisterapie projevilo nejvíce. Dle výzkumu N. Fossier-Varneyové je vliv canisterapie na duševní zdraví osob s různými psychiatrickými diagnózami opravdu značný – ve svém výzkumu popisuje pravidelné canisterapie, zahrnující 45minutovou terapii, prováděnou u vybraných seniorů jednou týdně. Po šesti až osmi týdnech začali být dle výzkumu senioři klidnější, radostnější, začali komunikovat s okolím, přestali mít sebepoškozující stavy, došlo ke snížení stresových stavů až do té míry, že se mohlo upustit od medikace některých seniorů (N. Fossier-Varneyová in Lacinová, 2010). Naš výzkum přinesl obdobné výsledky v tom, že naše zkoumané osoby (vyjma osob v kómatu), začaly být při canisterapiích, a také několik hodin po nich, více komunikativní, měli lepší náladu, byli radostnější a celkově aktivnější. Ve srovnání s výzkumem Fossier-Varneyové je však v našem výzkumu poněkud odlišná doba trvání jmenovaných pozitivních vlivů. Oproti výzkumu Fossier-Varneyové, kde byl vliv canisterapie u osob s psychiatrickými diagnózami spíše dlouhodobějšího charakteru, z našeho výzkumu vyplynulo, že je efekt canisterapie na psychický stav klientů a pacientů v následné péči spíše krátkodobějšího charakteru-pouze u dvou zkoumaných osob se potvrdil dlouhodobý vliv canisterapie. Lejčarová a Skálová (2009) ve svém výzkumu, který se ale týkal dětí s dětskou mozkovou obrnou, také potvrdily, že jednotlivé lekce canisterapie pomáhají k celkovému uvolnění, zklidnění a relaxaci. Mimo jiné pak také uváděly, že po canisterapeutických lekcích vypadaly děti více spokojené a vždy s větší chutí komunikovaly s okolím, což se shoduje s výsledky našeho výzkumu, samozřejmě s přihlédnutím k tomu, že se výzkum Lejčarové a Skálové týká v něčem odlišného, ale na druhou stranu i v něčem shodného, zkoumaného

vzorku osob. Odlišnosti můžeme vidět především ve věku zkoumaných osob a z části také v jejich diagnóze, na druhou stranu psychická stránka obou skupin může být v mnoha aspektech velmi podobná. Ke stejným závěrům jako Lejčarová a Skálová došla také Ondroušková (2009), která ve svém výzkumu uvedla, že canisterapie má pozitivní vliv na duševní zdraví a sociální vztahy klientů. Zároveň v jejím výzkumu můžeme najít zajímavý údaj, kde je napsáno, že 100 % respondentů, tj. klientů rehabilitačního zařízení, uvedlo, že se myslí, že canisterapie má vliv především na psychický stav člověka. V této chvíli bychom tedy mohli polemizovat o tom, zda velký vliv canisterapie na duševní zdraví klientů a pacientů není dán právě již oním předpokladem, ze strany samotných klientů a pacientů. Z výzkumu N. Fossier-Varneyové (kterou jsme již zmínili v diskuzi výše) dále vyplynulo, že canisterapie působí příznivě také na duševní zdraví personálu, starajícího se o seniory s psychiatrickými diagnózami. Respondenti z řad personálu ve výzkumu zdůrazňovali větší radost a uspokojení z práce (a to po předchozích příznacích syndromu vyhoření), dále udávali klady canisterapie v rozptýlení od vyčerpávající práce a zároveň udávali kladný vliv také ve svém vlastním zklidnění v často hektickém dni (N. Fossier-Varneyová in Lacinová, 2010). Tuto tezi potvrzuje také jedna z canisterapeutek v rámci rozhovoru v našem výzkumu. Také podle dalších canisterapeutů, se kterými jsme měli příležitost hovořit, má canisterapie „vedlejší účinky“ právě v kladném vlivu na personál zařízení a také na rodinu pacienta nebo klienta, pokud je při canisterapii přítomná.

Výsledky, ke kterým došly ve svém výzkumu Mišutová (2013) a stejně tak i Kašparcová (2016), se shodují s našimi výsledky v tom, že canisterapie má vliv jak na psychický stav klientů a pacientů, tak na jejich komunikační schopnosti a také na jejich motoriku. V oblasti komunikace měla canisterapie největší vliv na to, že zkoumané osoby začaly více komunikovat s okolím, samy začínaly s hovorem i osoby jinak méně komunikativní, sekundárně se pak u některých klientů a pacientů zlepšila také srozumitelnost projevu, v důsledku uvolnění obličejových svalů a svalů jazyka. Největší vliv canisterapie na komunikaci jsme tedy mohli pozorovat především na kvantitu komunikace, co se týče vlivu na kvalitu, ten se v našem výzkumu projevil jen v některých případech. Srovnáme-li výsledky výzkumů jiných autorů, zkoumajících vliv canisterapie na komunikaci s naším výzkumem, můžeme zjistit, že stejně jako nám, i Pliskové (2008) vyšel z výzkumu největší vliv canisterapie v oblasti verbální komunikace. Plisková zmiňuje největší efekt v rámci verbální komunikace především ve významném rozšíření slovní zásoby dětí, které zkoumala. Jelikož z našeho výzkumu vyplývá, že pacienti a klienti se díky canisterapii výrazně „rozmluvili“, dá

se i u nich pozorovat rozšíření slovní zásoby. Co však dále Plisková zjistila a co se v našem výzkumu neprojeví je to, že má canisterapie vliv také na správnost tvorby vět u zkoumaných osob. Pinkrová (2008) ve svém výzkumu hovoří o pozitivním efektu canisterapie na mimiku zkoumaných osob, která je nezbytnou součástí komunikace. Také v našem výzkumu se potvrdilo, že canisterapie přináší velké uvolnění obličejových svalů a svalů jazyka, které má následně vliv na lepší komunikaci pacientů a klientů.

Podíváme-li se na poslední zkoumanou oblast-tedy na oblast motoriky, můžeme ze závěrů našeho výzkumu vyčíst, že vliv canisterapie na motoriku se potvrdil, ovšem je nutno dodat, že efekt byl patrný ve většině případů hlavně v oblasti jemné motoriky. Několikrát se tak prokázalo např. uvolnění spasticity prstů pacientů a klientů, díky různým cvičením se psem. Také Kolářová (2019), zmiňuje ve výsledcích svého výzkumu, že práce s předměty, jako jsou karabiny, balónky, kartáče aj.-tedy s předměty užívanými v canisterapii nejčastěji – výrazně zlepšuje právě především jemnou motoriku. Vliv canisterapie na motoriku potvrzuje ve své práci také Jiroušková (2016), ta však zároveň zjistila, že vliv není patrný u všech zkoumaných osob. Také v našem výzkumu nedošlo ke zlepšení motoriky shodně u všech zkoumaných osob, a to jak z hlediska jemné, tak i hrubé motoriky. Pouze u několika pacientů, z celého vzorku zkoumaných osob, jsme mohli zjistit vliv canisterapie na hrubou motoriku. U jednoho z pacientů ve vigilním kómatu, u kterého probíhalo intenzivní polohování, došlo postupem času také k celkovému uvolnění těla. Pozitivní efekt relaxačního polohování na člověka dokazuje také výzkum Uhlíře (2020), jehož studie podporují tvrzení, že polohování má, mimo jiné vlivem zvýšení hladiny parasympatiku, prokazatelně pozitivní vliv na celý lidský organismus.

Celkové uvolnění těla vede při polohování ke snadnějšímu rozhýbání končetin, stejně tak opačně, rozhýbání končetin, pomocí házení míčků, česání atd. může vést postupem času k uvolnění dalších částí těla. Proto by se vliv canisterapie na motoriku, dle našeho názoru neměl podceňovat.

Ze závěrů jednotlivých výzkumů, které jsme mohli mezi sebou porovnat vyplynulo, že vliv canisterapie je u všech klientů i pacientů patrný, ovšem na každého člověka má canisterapie individuální účinek. V čem se však shodly všechny výzkumy je skutečnost, že pes je pro mnohé pacienty a klienty také obrovským motivačním prvkem.



## 4.6 Doporučení do praxe

Jelikož z našeho výzkumu vyplynulo, že má canisterapie velký pozitivní vliv na psychický stav pacientů a klientů, který ovšem ve většině případů nemá dlouhé trvání, doporučovali bychom zařadit canisterapii častěji než jen v intervalech, které jsou v průměru 2x za měsíc. Celkové zklidnění či naopak aktivizace některých pacientů a klientů totiž přinese své ovoce nejen pro ně samotné, ale může také dojít k upevnění vztahů s jejich okolím. Jelikož má canisterapie vliv také na rodiny klientů a pacientů, bylo by vhodné, kdyby se také rodina mohla účastnit canisterapie co nejčastěji. Jelikož z rozhovorů, které jsme mohli s canisterapeuty udělat vyplynulo, že přítomnost psa je důležitou prevencí profesního „vyhoření“ u personálu zařízení, doporučovali bychom, kdyby jednou za čas (např. jednou za měsíc) proběhla canisterapie pouze pro personál. Mohli bychom očekávat pozitivní efekt jak v upevnění nebo zlepšení vztahů v kolektivu, tak i v psychickém odpočinku personálu, na který je kladen v práci opravdu velký fyzický i psychický tlak. Co se týče četnosti canisterapeutických návštěv v zařízeních, je samozřejmě dobré, když je četnost a pravidelnost co nejvyšší. To ale úzce souvisí s nedostatkem canisterapeutů nebo často také s nedostatkem financí, jelikož canisterapie je poněkud nákladnou činností. V Diakonii je dle našeho výzkumu canisterapeutických týmů dostatečné množství, ovšem v nemocnicích je canisterapeutických týmů nedostatek. Doporučovali bychom tedy především vedení nemocnice či koordinátorovi canisterapií aktivně vyhledávat vhodné granty, podporující canisterapeutické aktivity. Vzhledem k tomu, že by canisterapie měla být součástí komplexní péče o klienta nebo pacienta, doporučovali bychom zavést systém, kde by si jednotliví odborníci mohli mezi sebou předávat informace o pacientech a klientech. V nemocnicích bývá často při canisterapiích přítomná ještě ergoterapeutka či rehabilitační sestra, což velmi oceňujeme, v Diakonii však na práci canisterapeuta nebyla žádná návaznost ze stran dalších odborníků, což je podle slov samotných canisterapeutů opravdu velká škoda. Doporučili bychom tedy metodicky rozpracovat systém, kde by si jednotliví pracovníci mezi sebou předávali informace o pacientech a klientech, o které se starají a dále na tyto informace navazovali svou praktickou činností. U většiny pacientů při canisterapiích došlo k pozitivnímu vlivu canisterapie na kvantitu a někdy i kvalitu řeči, bylo by proto ideální, kdyby tohoto vlivu využil logoped a ihned na canisterapii navázal svou prací. To samé bychom doporučili ergoterapeutům, fyzioterapeutům a dalším odborníkům v oblasti procvičování motorických schopností. Chybějící návaznost na canisterapii vidí v současné době většina canisterapeutů, se kterými jsme mohli hovořit, jako největší problém. V praxi

probíhá většinou sdílení informací o proběhlé canisterapii pouze těsně po skončení terapie, a to většinou jen jednomu konkrétnímu pracovníkovi, který má canisterapii na starost. Vzhledem ke zjištěnému vlivu canisterapie na klienty a pacienty bychom však doporučovali zapojit canisterapeuta také do systému setkávání pracovníků (např. porady oddělení), kdy se řeší individuální plánování práce s konkrétními pacienty a klienty. Canisterapeut může pracovnímu týmu přinést nové poznatky, náměty nebo dokonce návody, jak lze s pacientem či klientem navázat kontakt.

## 4.7 Limity výzkumu

V rámci našeho výzkumu, jsme si vědomi toho, že zde jsou určité limity, které musíme brát v úvahu. Kdybychom výzkum prováděli znovu, dali bychom si pozor například na větší „pestrost“ vybraných klientů v Diakonii. Tím, že jsme si klienty nemohli vybrat sami, došlo k tomu, že měli všichni zkoumaní klienti téměř totožnou primární diagnózu. Nicméně i přesto jsme přesvědčeni o poměrně velké výpovědní hodnotě výzkumu. „Pestřejší“ výběr klientů by byl podle našeho mínění spíše zajímavější, než že by výpovědní hodnota výzkumu byla vyšší. Dalším limitem tohoto výzkumu je jistě četnost pozorování jednotlivých canisterapeutických lekcí. Naší prvotní snahou bylo účastnit se více canisterapií, nicméně situace, ve které se ocitla naše země, z důvodu koronavirové nákazy, znemožnila přístup do většiny zařízení. Byli jsme tedy rádi alespoň za jedno pozorování, které nám bylo umožněno, po dodržení velmi přísných opatření. Ačkoliv pozorování již od začátku nebylo zamýšleno jako stěžejní část výzkumu, bylo spíše „bonusovým materiálem“, přesto by bylo jistě velmi zajímavé z naší strany učinit větší množství pozorování po delší časový úsek a výsledky z jednotlivých pozorování poté srovnat. Ačkoliv takovéto „pozorování a srovnávání“ činí průběžně canisterapeuté a personál zařízení, bylo by jistě zajímavé udělat si na dlouhodobý průběh a výsledky také náš samostatný „neutrální“ pohled. U rozhovorů s canisterapeuty i u dotazníků je třeba mít na zřeteli, že také zde může docházet k určitému nechtěnému zkreslení sdělených informací. Z hlediska subjektivity jednotlivých výpovědí s tímto faktem jistě musíme počítat. Posledním limitem ve výzkumu je dle našeho názoru absence rozhovoru s rodinou klientů a pacientů. Ti by mohli přinést na canisterapii u svých blízkých zase svůj vlastní a jistě velmi zajímavý pohled.

## 5 Závěr

Význam canisterapie je pro klienty a pacienty v následné péči vyšší, než bychom si možná sami z počátku představovali. Canisterapie může mít vliv na mnoho oblastí člověka. Pozitivní dopad canisterapie na lidský organismus je poměrně značný, a to jak na fyzickou, tak na jeho psychickou stránku. Terapie se psem může být nápomocná v rozvoji komunikace klientů či pacientů, pomáhá při rozvíjení nebo zdokonalování jejich motorických schopností, rozvíjí orientaci v prostoru, vede ke zklidnění nebo naopak k aktivizaci, a to především pomocí různých cvičení, které jsou ve většině případů pro psa i klienta/pacienta pouze „hrou“. Díky těmto „hrám“ dochází ale k procvičení mnoha částí těla a také k velkému působení na psychickou stránku klientů či pacientů. Terapie také vede k navazování kladných vztahů mezi jednotlivými pacienty a klienty a stejně tak i mezi personálem daného zařízení. Vliv canisterapie, který je vidět u všech lidí bez rozdílu, je pak v obrovské motivaci klientů a pacientů, která je způsobena většinou již samotnou přítomností psa a canisterapeuta. Mnohdy pak můžeme pozorovat až téměř „zázračné“ působení této terapie. U pacientů nebo klientů s těžším fyzickým postižením má největší vliv polohování, při kterém dochází k prohrátí celého jejich těla nebo k prohrátí jednotlivých končetin. Díky prohrátí, které pes pacientovi či klientovi zajistí, může následně dojít k uvolňování spasticity svalů. Důsledkem polohování dochází také ke sjednocení tepové frekvence člověka a zvířete, díky čemuž dochází následně k celkovému zklidnění a relaxaci pacienta nebo klienta, u kterého polohování probíhá. Nesmíme ale opomenout ani vliv, který má canisterapie na personál zařízení, který je mnohdy ze své práce velmi fyzicky i psychicky vyčerpaný. Pes pomáhá pracovníkům zařízení k lepšímu navázání vztahů na pracovišti nebo k navázání vztahů s klienty či pacienty. Pomáhá jim ale také v prevenci proti syndromu vyhoření, který u těchto profesí bývá poměrně častý. V neposlední řadě pak canisterapie pomáhá také rodině klientů a pacientů, vyrovnat se s nelehkou situací, ve které se celá rodina ocitla, z důvodu nemoci jejich blízkého. Jak jsme mohli zjistit, vliv canisterapie na člověka je opravdu značný v mnoha oblastech. Je však důležité připustit, že pozitivní změny, které můžeme u klientů a pacientů pozorovat nejsou pouze výsledkem canisterapie, ale jsou společným výsledkem celého komplexu rehabilitačních a léčebných „služeb“, které jsou pacientům a klientům poskytovány. Při celkovém hodnocení vlivu tedy musíme vždy pamatovat také na velmi důležitý efekt práce jednotlivých odborníků-od lékařů, přes rehabilitační sestry, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, až po psychology a sociální pracovníky. I když je canisterapie jen „malým dílkem“ z mnoha různých vlivů, působících na zlepšení zdravotního stavu

pacientů a klientů v následné péči, ve zlepšení jejich kvality života má bezpochyby své nezastupitelné místo.

V závěru naší diplomové práce bychom rádi shrnuli poznatky, ke kterým jsme v rámci výzkumného šetření došli. Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaký vliv má canisterapie na pacienty a klienty v následné péči. Tento vliv jsme zkoumali u 3 klientů v Diakonii Valašské Meziříčí, dále u tří pacientů v Nemocnici AGEL Valašské Meziříčí, a také u 3 pacientů ve Fakultní nemocnici Olomouc. V rámci výzkumu, ve kterém jsme využili metody dotazníků, rozhovorů, pozorování a analýzy lékařských dokumentů, jsme se zaměřili především na oblast jemné a hrubé motoriky, dále na oblast komunikace a také na psychický stav pacientů a klientů v následné péči. Diagnózami klientů Diakonie byla Alzheimerova choroba v různých stádiích. Diagnózy pacientů pak byly o něco „rozmanitější“ - v našem výzkumu byli zahrnuti pacienti po akutním respiračním selhání, pacienti s polytraumatem nebo pacienti ve stavu vigilního kómatu. Z našeho výzkumu vyplynulo, že canisterapie má vliv na všechny zkoumané oblasti, a to jak u pacientů, tak i u klientů. Rozhovor s canisterapeutkou nám přinesl stejné tvrzení. Canisterapeutky navíc popsaly další „vedlejší účinky“ canisterapie, kterými jsou pozitivní působení canisterapie na personál zařízení, a také na rodinu pacienta nebo klienta. Asi největší účinky canisterapie jsme mohli pozorovat v souvislosti s duševním zdravím pacientů a klientů, kteří se díky canisterapii buď zklidnili nebo naopak zaktivizovali, začali více komunikovat se svým okolím, byli radostnější a méně upadali do letargie či depresivních stavů. Bohužel pozitivní dopad neměl příliš dlouhé působení – většinou šlo pouze o dobu při samotné canisterapii nebo následně ještě několik hodin po ní. Pouze u některých pacientů a klientů došlo k dlouhodobému pozitivnímu působení na jejich psychický stav. Z našeho výzkumu dále vyplynulo, že canisterapie má vliv také na motorickou oblast a na schopnost komunikace pacientů a klientů. Co se týče vlivu na motorickou oblast, zde jsme zjistili pozitivní vliv u většiny pacientů a klientů především na jejich jemnou motoriku – spravil se úchop rukou, zmenšila se spasticita prstů na rukou, docházelo k uvolnění mimických svalů a svalů jazyka. Vliv canisterapie na hrubou motoriku již nebyl tak značný. Pouze u dvou pacientů byl zjištěn vliv canisterapie na jejich hrubou motoriku – u jednoho pacienta se vliv projevil především v celkovém uvolnění těla, u druhého pak došlo ke zlepšení pohybu v rámci jeho lůžka. Z výzkumu jsme dále mohli zjistit, že poměrně velký dopad měla canisterapie také na schopnost komunikace pacientů a klientů. U většiny ze jmenovaných došlo především k pozitivnímu vlivu na kvantitu komunikace - pacienti i klienti začali se psem komunikovat, následně více komunikovali i se svým okolím

a měli celkově větší „chut“ hovořit s druhými. V oblasti kvality komunikace již nebyl vliv canisterapie natolik patrný. Myslíme si však, že vlivem uvolnění obličejových svalů, a také svalů jazyka, ke kterému došlo v průběhu canisterapie, může časem postupně docházet také ke zkvalitnění řečového projevu. V neposlední řadě je důležité zmínit, že pro všechny zúčastněné je canisterapie také obrovskou a z našeho pohledu v oblasti rehabilitace naprosto klíčovou, motivací.

Psaní diplomové práce bylo pro nás velmi obohacující, protože jsme mohli proniknout blíže do problematiky canisterapie, zjistit, jaký je průběh canisterapie v nemocnici a jaký je průběh v Diakonii. Mohli jsme také zjistit, jaký význam má canisterapie z pohledu samotných canisterapeutů. Výzkum byl pro nás však nejen obohacující, ale také velmi inspirující, jelikož bychom se sami jednou rádi canisterapii věnovali. Z pohledu speciální pedagogiky vidíme v každé terapii, která je s pacienty či klienty prováděna, obrovský význam. Už jen pouhý lidský a psí kontakt vidíme jako velmi přínosný. Zooterapie má pak ještě navíc ten aspekt, že se po klientovi či pacientovi při rehabilitaci nevyžaduje striktně práce s lidmi, ale se zvířetem. U pacientů a klientů pro které není přímý kontakt s lidmi příjemný je tedy terapie se zvířetem ideální možností. Jak jsme již zmínili výše, je samozřejmě velmi důležité připomenout, že canisterapie je jen jedním „dílkem“ z velké „skládanky“ různých léčebných vlivů, které na pacienty a klienty mohou působit pozitivně. Z našeho pohledu je ale „dílkem“ velmi důležitým. Co nás však mrzí je to, že se ještě stále poměrně často setkáváme s lidmi, kteří o canisterapii buď vůbec nemají ponětí nebo kteří vidí canisterapii jen jako pouhé „mazlení se s pejsky“ a nevidí v ní žádný větší přínos. Dle našeho názoru je tento problém důsledkem toho, že ještě stále není o canisterapii dostatečné množství informací nebo nejsou informace dostatečně propagovány mezi laickou veřejností. Lidé, kteří se ale s canisterapií nebo jakoukoliv jinou zooterapií setkali v praxi, u svých rodin, známých či na pracovišti daných zařízení, jsou často velmi překvapeni, jak velký vliv může terapeutické zvíře na člověka mít. Doufáme tedy, že naše práce přinese čtenářům opět o něco více poznatků ze světa canisterapie a že pochopí její skutečný význam.

## 6 Seznam bibliografických citací

1. BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-4343-1.
2. CABRNOCH, Milan. *Dlouhodobá péče v politice ODS a EKR*. Praha: CEVRO – Liberálně-konzervativní akademie, 2010. ISBN isbn978-80-86816-28-9.
3. DRÁBKOVÁ, Jarmila a Soňa HÁJKOVÁ. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN isbn978-80-204-4470-7.
4. EISERTO VÁ, J. a M. KALINOVÁ. Normy praxe Výcvikového canisterapeutického sdružení HAFÍK. In *Mezinárodní seminář o zooterapiích: [sborník příspěvků]*. Brno: Sdružení Filia, 2003. ISBN 80-239-58\63-1.
5. FISCHER-FINZELBERG, G., A. Rozvoj canisterapie v Německu (aneb o práci spolku "MuT"): In *Pravda o zooterapii: sborník příspěvků z celostátní konference pořádané dne 5. 12. v Hluboké nad Vltavou*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2001. ISBN 80-704-0486-8.
6. FINE, Aubrey H. *Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice*. San Diego: Academic Press, c2000. ISBN 01-225-6475-8.
7. GALAJDOVÁ, Lenka a Zdenka GALAJDOVÁ. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.
8. GALAJDOVÁ, Lenka. *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie*. Praha: Grada, 1999. Strom života. ISBN 80-7169-789-3.
9. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 96 s., iv s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4697-5.
10. HORÁČKOVÁ, D. *Canisterapie*. Olomouc. Písemná práce 2001.
11. JAROŠOVÁ, Ivana. *Nebojte se přežít: příběhy pacientů z oddělení následné intenzivní péče*. Praha: Maxdorf, [2016]. Mluv se mnou. ISBN 978-80-906027-6-2.
12. KALINOVÁ, V. a A. MOJŽÍŠOVÁ. Jak dosáhnou kvalitní přípravy psa ke canisterapii. *Svět psů*. 2002, (2), 52 s. ISSN 1211-2976.
13. KARÁSKOVÁ, Vlasta a Tomáš DOHNAL. *Zoorekrece*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2881-9.
14. KARÁSKOVÁ, V. a KRAUSOVÁ A. *Pes a dítě s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0953-4.

15. KREWER, B. a BOTTLER G. *Lovíme se psy: možnosti použití, požadavky, plemena, výcvik*. Praha: Grada. Myslivost v praxi, 2006. ISBN 80-247-1498-1.
16. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN isbn978-80-247-4172-7.
17. NERANDŽIČ, Zdeněk. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. Praha: Albatros, 2006. Albatros Plus. ISBN 80-00-01809-8.
18. ODENDAAL, Johannes. *Zvířata a naše mentální zdraví: proč, co a jak*. Praha: Ve spolupráci s Českou zemědělskou univerzitou v Praze vydalo nakl. Brázda, 2007. ISBN 978-80-209-0356-3.
19. PETR, Tomáš a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 295 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.
20. PETRŮ, G. a KARÁSKOVÁ V. *Edukační aspekty canisterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1957-2.
21. SLAVÍKOVÁ, Šárka a Michaela ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ. *Zdravotně sociální péče u onkologicky i jinak dlouhodobě nemocných pro praktické lékaře*. [Praha]: Amelie, [2019]. ISBN isbn978-80-270-6889-0.
22. SVOBODOVÁ, Ivona. *Zoorehabilitace a aktivity se zvířaty pro rozvoj osobnosti*. v Praze: Česká zemědělská univerzita v Praze, 2009. ISBN isbn978-80-213-1912-7.
23. THELENOVÁ, Kateřina, Andrea TVRDÁ, Anna BURIANOVÁ a Jaroslava BICKOVÁ. *Možnosti profesionální zooterapie v sociální práci: sborník odborných textů*. I. vydání. Liberec: Elva help, 2018. ISBN 978-80-270-3766-7.
24. TOŠNEROVÁ, Tamara, ed. *Příručka pečovatele: starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině - a co dál?*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-8541-3.
25. VELEMÍNSKÝ, Miloš a kol. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.

## 7 Seznam internetových zdrojů

1. BETLACHOVÁ, M., UHLÍŘ P., BEDNÁŘÍKOVÁ H. a FRITSCHEROVÁ A. Hipoterapie a její možnosti využití v rehabilitaci. *Rehabilitation* [online]. 2016, 23(3), 168-176 [cit. 2020-11-27]. ISSN 12112658. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=4d3417a8-d018-4565-94ae-fd10a93533a8%40sdc-v-sessmgr02>
2. ÇAKICI, Arzu a Mehmet KÖK. Animal Assisted Therapy. *Current Approaches in Psychiatry / Psikiyatride Guncel Yaklasimlar* [online]. 2020, 12(1), 117-130 [cit. 2020-11-24]. ISSN 13090658. Dostupné z: doi:10.18863/pgy.526378
3. CASKOVÁ, V. a SKLENAŘÍKOVÁ J. Občanské sdružení EPONA. *Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi* [online]. 2013, 4(2), 11-12 [cit. 2020-11-27]. ISSN 18044204. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=63369153-cd6e-40ab-a602-e0476a663b76%40sessionmgr4008>
4. ČAPKOVÁ, K. a PAVLŮ D. Možnosti hipoterapie u dětských pacientů s dětskou mozkovou obrnou. *Rehabilitation* [online]. 2016, 23(2), 114-118 [cit. 2020-11-27]. ISSN 12112658. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=45c19157-4ff6-4506-bba3-4b39439fdb4a%40sessionmgr4007>
5. Česká hiporehabilitační společnost. Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii - HTFE: dříve Hipoterapie. In: *Hiporehabilitace-cr.com* [online]. Brno: Česká hiporehabilitační společnost, c2009-2020 [cit. 2020-11-27]. Dostupné z:
6. Česká hiporehabilitační společnost. Oficiální slovník České hiporehabilitační společnosti: 1. Termíny používané v hiporehabilitaci. In: *Hiporehabilitace-cr.com* [online]. Brno: Česká hiporehabilitační společnost, c2009-2020 [cit. 2020-11-27]. Dostupné z: <https://hiporehabilitace-cr.com/o-nas/oficialni-slovník/>
7. ČESKO. § 9 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *<i>Zákony pro lidi.cz</i>* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 7. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p9-1>



9. ČESKO. § 9 odst. 2 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 7. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p9-2-c>
10. ČESKO. § 9 odst. 2 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 7. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p9-2-d>
11. HARE, B. a TOMASELLO M. Human-like social skills in dogs?. *Trends in Cognitive Sciences*. 2005, 9(9), 439-444. DOI: 10.1016/j.tics.2005.07.003. ISSN 13646613. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1364661305002081>
12. ISTVÁN, Takács a Szalai KATALIN. Mental Hygienic Aspects of Animal Assisted Education. *Practice and Theory in Systems of Education* [online]. 2015, 10(2), 150-156 [cit. 2020-11-26]. ISSN 17882591. Dostupné z: doi:10.1515/ptse-2015-0014
13. JEGATHEESAN, B. et al., 2014. *IAHAIO White Paper: The IAHAIO Definitions For Animal Assisted Intervention And Guidelines For Wellness of Animals Involved* [online]. The International Association of Human-Animal Interaction Organizations. 10 p. [cit. 2020-11-22]. Dostupné z: <http://iahaio.org/wp/wpcontent/uploads/2017/05/iahaio-white-paper-final-nov-24-2014.pdf>
14. KALINOVÁ, V. *Systém vzdělávání v oblasti canisterapie*. České Budějovice, 2003a. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
15. KAŠPARCOVÁ, Dana. *Canisterapie u dětí a mládeže s kombinovaným postižením*. Olomouc, 2016. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO v OLOMOUCI. Pedagogická fakulta
16. KOLÁŘOVÁ, Martina. *Canisterapie a její význam u dětí s kombinovaným postižením*. [online]. Hradec Králové, 2019 [cit. 2021-03-09]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/33yyny/>>. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Pavel Zíkl, Ph.D..
17. LACINOVÁ, Jiřina. Nefarmakologické přístupy v péči o pacienty s Alzheimerovou nemocí – zooterapie [online]. Brno, 2010 [cit. 2020-11-23]. Dostupné z: <https://www.czech-neuro.cz/content/uploads/2018/03/lacinova.pdf>

18. LEJČAROVÁ, A., Skálová, M. *Effects of canistherapy on a child with poliomyelitis*. Kontakt, 2009, vol. 11, iss. 1, p. 56-63.
19. MIKLÓSI, Á. a SOPRONI K., a comparative analysis of animals' understanding of the human pointing gesture. *Animal Cognition*. 2006, 9(2), 81-93. DOI: 10.1007/s10071-005-0008-1. ISSN 1435-9448. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s10071-005-0008-1>
20. MIŠUTOVÁ, Veronika. *Canisterapie jako součást komplexní péče o uživatele denního stacionáře*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010, 92 s. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/20895>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Katedra pedagogiky. Vedoucí práce Mišutová, Dana.
21. MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1. 1. 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.
22. Následná a dlouhodobá lůžková péče. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. Praha, c2021 [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/>
23. Oddělení pro následnou a dlouhodobou intenzivní péči FN Olomouc má za sebou rok činnosti. Dlouhodobě hlásí plno. In: *Fakultní nemocnice Olomouc* [online]. Olomouc, 2020, 26. 2. 2020 [cit. 2021-01-10]. Dostupné z: <https://www.fnol.cz/aktuality/oddeleni-pro-naslednou-a-dlouhodobou-intenzivni-peci-fn-olomouc-ma-za-sebou-rok-cinnosti-dlouhodobe-hlasi-plno>
24. ONDROUŠKOVÁ, Tereza. *Využití canisterapie v komprehenzivní rehabilitaci*. 2009. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu, Pedagogika, psychologie a didaktika. Vedoucí práce Čichoň, Rostislav.
25. Pinkrová, I. *The use of canistherapy in rehabilitation of children with Poliomyelitis*. Kontakt, 2008, vol. 10, iss. Supl 2, p. 85-86.
26. PLISKOVÁ, Kateřina. *Vliv canisterapie na kombinované postižení*. Zlín, 2008. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií
27. Pracoviště: Oddělení následné péče. In: *Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí* [online]. Valašské Meziříčí, c2021 [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://nemocnicevalasskemezirici.agel.cz/pracoviste/oddeleni/nasledna-pece.html>
28. PROŠKOVÁ, Zdenka. Canisterapie-historie (1. díl). In: *ECanis.cz* [online]. eCanis.cz, c2016, 15. 1. 2016 [cit. 2020-12-10]. Dostupné z: [https://www.ecanis.cz/clanky/canisterapie-historie-1-dil-\\_10.html](https://www.ecanis.cz/clanky/canisterapie-historie-1-dil-_10.html)

29. REITMAYEROVÁ, E. Užitečný život. *Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi* [online]. 2013, 4(2), 12-13 [cit. 2020-11-27]. ISSN 18044204. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=e1916e7f-93f7-4ae5-aea9-4ebcd96588df%40sdc-v-sessmgr02>
30. SANDT, Dawn D. Effective Implementation of Animal Assisted Education Interventions in the Inclusive Early Childhood Education Classroom. *Early Childhood Education Journal* [online]. 2020, 48(1), 103-115 [cit. 2020-11-26]. ISSN 10823301. Dostupné z: doi:10.1007/s10643-019-01000-z
31. SCHNEIDER, Margaret. *People and Animals: a Timeless Relationship*. 2005, 13(2), 171-176. ISSN 1063-1119. Dostupné z: doi:10.1163/1568530054300208
32. SURYNEK, Alois. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.
33. ŠEVČÍKOVÁ, Š. Máte už dost chemie? Hipoterapie je ideální alternativou, radí fyzioterapeutka Věra Lantelme. In: *Víkendový polední Radiožurnál* [rozhlasový pořad]. Český rozhlas Radiožurnál, 9. 3. 2014. Dostupné též z: <https://radiozurnal.rozhlas.cz/mate-uz-dost-chemie-hipoterapie-je-idealni-alternativou-radi-fyzioterapeutka-6222885#volume>
34. UHLÍŘ, P. Efekt canisterapie na autonomní nervový systém, hodnocený ukazateli spektrální analýzy variability srdeční frekvence. *Rehabilitation* [online]. 2020, 27(2), 81-86 [cit. 2021-03-09]. ISSN 12112658.
35. Věstník MZd č. 9/1998 ze září 1998 Metodické opatření Koncepce následné lůžkové zdravotní péče. In: Férová nemocnice [online]. [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/data/met.%20opatreni%20nasledna%20luz.pece.pdf>
36. Diakonie Českobratrské církve evangelické, Valašské Meziříčí: Naše služby. *Diakonie Českobratrské církve evangelické, Valašské Meziříčí* [online]. Praha: VIZUS, c2021 [cit. 2021-02-18]. Dostupné z: <https://www.diakoniev.cz/nase-sluzby/>

## **Přílohy**

### Seznam příloh

Příloha č. 1: Informovaný souhlas canisterapeutů se zveřejněním rozhovoru

Příloha č. 2: Canisterapie v Diakonii Valašské Meziříčí.

Příloha č. 3: Dojemná chvíle při canisterapii v Diakonii Valašské Meziříčí.

Příloha č. 4: Canisterapie v Diakonii Valašské Meziříčí – kontakt s personálem.

## INFORMOVANÝ SOUHLAS s VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

zaznamenaného pro účely výzkumného šetření diplomové práce

### Vliv canisterapie na pacienty a klienty v následné péči

Výzkum probíhá pro účely zpracování diplomové práce vedené na Ústavu speciálně pedagogických studií Univerzity Palackého v Olomouci.

Cílem tohoto výzkumu je zjistit vliv canisterapie na pacienty a klienty v následné péči. Pro účely analýzy je klíčové získat informace o situaci, postojích, názorech a zkušenostech (mimo zdrojů dotazníku, lékařských zpráv a pozorování), také od samotných canisterapeutů. Předpokládaným výstupem rozhovoru jsou informace ohledně canisterapie pacientech a klientech v následné péči.

Pro účely analýzy nejsou důležité osobní údaje informátorek (jako je například jméno, bydliště či organizace, ve které jsou zaměstnány). Rozhovor, který s Vámi bude zaznamenán, bude ihned po jeho pořízení anonymizován. Všechny veřejně přístupné výstupy z výzkumu a jeho analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na Vaši osobu.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru Alžbětě Horké pro účely výše popsaného výzkumného šetření.

V .....

Dne .....

Podpis:

Podpis výzkumníka:

Alžběta Horká

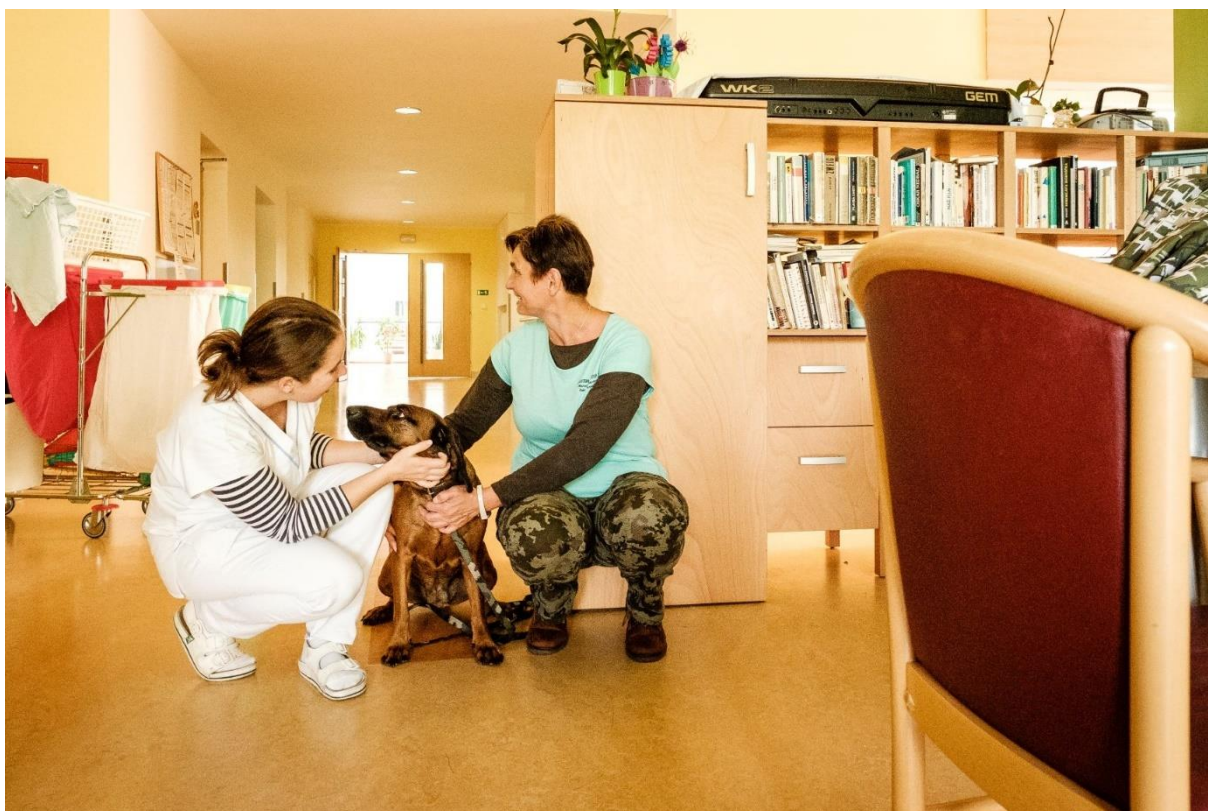


Obr. 1 Canisterapie v Diakonii Valašské Meziříčí; zdroj: Diakonie Valašské Meziříčí; uveřejněno se souhlasem ve fotografii dotčené osoby





Obr. 2 Dojemná chvíle při canisterapii v Diakonii Valašské Meziříčí; zdroj: Diakonie Valašské Meziříčí; uveřejněno se souhlasem ve fotografii dotčené osoby



Obr. 3 Canisterapie v Diakonii Valašské Meziříčí – kontakt s personálem;  
zdroj: Diakonie Valašské Meziříčí; uveřejněno se souhlasem ve fotografii dotčených osob



## Anotace

Jméno a příjmení:	Alžběta Horká
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021
Název práce:	Vliv canisterapie pacienty a klienty v následné péči
Název v angličtině:	The influence of canistherapy to patients and clients in aftercare.
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá vlivem canisterapie na pacienty a klienty v následné péči. Teoretická část je věnována vymezení zooterapie a také popisu jednotlivých typů zooterapie, dle využívaných zvířat. V další části se diplomová práce zabývá canisterapií, a to jejími formami, cíli, strukturou, výběrem psů a canisterapeutickými zkouškami. V poslední oblasti teoretické části se práce zabývá následnou péčí. V této části jsou také popsána zařízení, ve kterých probíhal výzkum k praktické části práce. Praktická část obsahuje výzkum, který se zaměřuje na zjištění vlivu canisterapie na pacienty a klienty v následné péči. Výzkum je zaměřen především na zjištění vlivu canisterapie na oblast komunikace, motoriky a duševního zdraví.</p>
Klíčová slova:	Canisterapie, následná péče, hospic, pacient, klient, zooterapie, Diakonie Valašské Meziříčí, Nemocnice AGEL, Valašské Meziříčí, komunikace, motorika, duševní zdraví
Anotace v angličtině:	<p>This diploma thesis deals with the influence of canistherapy on the patients and clients in aftercare. Theoretical part is dedicated to terminological specification of zotherapy and also to the each type of zotherapy, according to animals used for zotherapy. In the next part this diploma thesis deals with the canistherapy – it's forms, goals,</p>

	<p>structure, dogs' selection and the canistherapy exams. The last chapter of the theoretical part deals with aftercare. This part describes the institutions where research was taken. Research itself is presented in the practical part of a diploma thesis. This research deals with the influence of canistherapy on the patients and clients in aftercare. The research is focused on the influence on motor skills, communication skills and mental health.</p>
Klíčová slova v angličtině:	<p>Canistherapy, aftercare, hospice, patient, client, zootherapy, Diakonie Valašské Meziříčí, Nemocnice AGEL, Valašské Meziříčí, communication, motor skills, psyche</p>
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1: Informovaný souhlas canisterapeutů se zveřejněním rozhovoru; zdroj: Diakonie Valašské Meziříčí</p> <p>Příloha č. 2: Canisterapie v Diakonii Valašské Meziříčí ; zdroj: Diakonie Valašské Meziříčí</p> <p>Příloha č. 3: Dojemná chvíle při canisterapii v Diakonii Valašské Meziříčí; zdroj: Diakonie Valašské Meziříčí</p> <p>Příloha č. 4: Canisterapie v Diakonii Valašské Meziříčí – kontakt s personálem; zdroj: Diakonie Valašské Meziříčí</p>
Rozsah práce:	112 stran
Jazyk práce:	Český