

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Jana Vašíčková

MOŽNOSTI PROPOJENÍ HIPOTERAPIE A CANISTERAPIE U OSOB S MOZKOVOU
OBRNOU

Olomouc 2020

Vedoucí práce: Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Evy Urbanovské, Ph.D. a použila jen pramenů uvedených v seznamu bibliografických citací.

V Olomouci dne

Děkuji Mgr. Evě Urbanovské, Ph.D. za odborné vedení a připomínky při realizaci této diplomové práce.

OBSAH

Úvod	6
Teoretická východiska.....	8
1 Hipoterapie.....	8
1.1 Kůň vhodný pro hipoterapii	9
1.2 Indikace a kontraindikace hipoterapie.....	11
1.3 Průběh hipoterapie.....	11
1.4 Účastníci hipoterapie.....	12
1.5 Základní principy hipoterapie	13
1.6 Polohy klienta na koni.....	14
1.7 Působení hipoterapie	15
2 Canisterapie	17
2.1 Výběr psa pro canisterapii.....	18
2.2 Indikace a kontraindikace canisterapie.....	19
2.3 Průběh canisterapie.....	21
2.4 Účastníci canisterapie.....	21
2.5 Zásady správné canisterapie.....	24
2.6 Metody canisterapie	25
2.7 Formy canisterapie	26
2.8 Polohování.....	28
2.9 Cíle canisterapie	30
3 Dětská mozková obrna.....	32
3.1 Historie	32
3.2 Etiologie	34
3.3 Diagnostika.....	35

3.4	Klasifikace.....	36
3.5	Poruchy hybnosti.....	38
3.6	Léčebná rehabilitace.....	39
	Praktická část.....	43
4	Úvod do problematiky.....	43
5	Výzkumný cíl a hypotézy výzkumu.....	45
6	Metodologie výzkumného šetření.....	46
7	Charakteristika výzkumného vzorku a průběh výzkumu.....	49
8	Analýza a interpretace získaných dat.....	50
9	Výsledky.....	53
10	Diskuse.....	55
11	Limity studie.....	61
	ZÁVĚR.....	62
	Seznam použité literatury.....	63
	Přílohy.....	67
	Anotace	

ÚVOD

Canisterapie a hipoterapie patří mezi formy zooterapie. Obě tyto terapeutické metody mají společné to, že na člověka při nich pozitivně působí zvíře (pes, kůň). Zároveň jsou oba tyto přístupy využívány u osob s dětskou mozkovou obrnou. Na počátku našeho výzkumného šetření stálo několik otázek: Pokud při rehabilitaci dětské mozkové obrny využíváme hipoterapii, lze ji vhodně nakombinovat s nějakou další metodou zooterapie tak, aby se doplňovaly? Bylo by možné během canisterapie klienta zrelaxovat, aby následně nebyla spasticita jeho svalů tak vysoká a mohl tak lépe reagovat na hipoterapii? Existuje systém vzájemného předávání poznatků terapeutů z obou odvětví tak, aby propojení terapií bylo co nejefektivnější?

Tyto otázky se staly impulzem k našemu výzkumnému šetření. V návaznosti na tyto neznámé jsme prostudovali odbornou literaturu, zabývající se klíčovými oblastmi našeho zájmu. Poté jsme vyhledali výzkumy, které se zabývají touto problematikou a oslovili jsme terapeuty z obou odvětví, abychom provedli vlastní výzkumné šetření.

Cílem této diplomové práce je zjistit reálnou situaci v rámci České republiky z pohledů terapeutů. Zajímalo nás, zda k propojení canisterapie a hipoterapie u osob s dětskou mozkovou obrnou dochází a pokud ano, jak a jaké to má pro tyto klienty výhody. Zajímali jsme se také o to, jestli si terapeuti předávají navzájem poznatky a zkušenosti.

Formálně je diplomová práce rozdělena na dvě části: teoretická východiska a praktickou část. Tyto dva oddíly jsou dále děleny do jednotlivých kapitol. První část se dělí na tři kapitoly: hipoterapie, canisterapie a dětská mozková obrna. Kapitoly čtyři až jedenáct tvoří praktickou část.

V první kapitole nejprve vytyčíme, na jaké složky se dělí hiporehabilitace a definujeme pojem rehabilitace. Další text se věnuje hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii. Zaměříme se na kritéria výběru vhodného koně, jeho vlastnosti a dovednosti. Dále zjistíme, jak na člověka hipoterapie působí a jaké jsou indikace a kontraindikace hipoterapie. Představíme základní účastníky hipoterapie a základní principy, kterými je třeba se řídit při poskytování hipoterapie. V závěru kapitoly je prostor věnován průběhu hipoterapeutické jednotky a polohám klienta na koni.

Na počátku druhé kapitoly se čtenář dozví obecné informace o canisterapii a vytyčíme zásady, které by měl každý canisterapeut dodržovat. Následně představíme jednotlivé osoby,

kteří se této terapii účastní. Kapitola obsahuje informace o tom, co by měl zvládat vhodný canisterapeutický pes a jaké jsou indikace a kontraindikace pro canisterapii. Vymezíme metody, formy a cíle canisterapie a popíšeme průběh canisterapie. Na konci kapitoly se soustředíme na popsání průběhu canisterapie a v poslední podkapitole se věnujeme polohování.

Třetí kapitola je určena dětské mozkové obrně. Tuto kapitolu nejprve zasadíme do historického kontextu vývoje znalostí o tomto onemocnění od starověku po současnost. Na to navážeme etiologií dětské mozkové obrny, kterou rozdělíme podle doby vzniku na prenatalní, perinatální a postnatální. Ve třetí podkapitole uvedeme, jak a podle jakých znaků je možné dětskou mozkovou obrnu diagnostikovat. Čtvrtá podkapitola se zaměřuje na klasifikační systémy dětské mozkové obrny, porovnáme klasifikace jednotlivých autorů a vybraným formám se budeme věnovat podrobněji. Dále popíšeme poruchy hybnosti, kterými osoby s dětskou mozkovou obrnou trpí. Poslední podkapitola je věnována léčebné rehabilitaci a možnostem léčby.

Praktická část diplomové práce se zaměřuje na popis výzkumného šetření, které jsme provedli. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda v České republice existuje možnost propojení canisterapie a hipoterapie při rehabilitaci osob s dětskou mozkovou obrnou. Výzkum probíhal s pomocí dotazníků, které byly rozesílány v elektronické podobě hipoterapeutům a canisterapeutům. V praktické části nejprve uvedeme čtenáře do problematiky a zasadíme téma do kontextu několika dalších výzkumů. Dále vytyčíme výzkumný cíl a hypotézy výzkumu. Vysvětlíme metodologii výzkumného šetření, charakterizujeme výběr výzkumného vzorku a průběh výzkumu a analyzujeme získaná data. V kapitole výsledky popíšeme získané informace. Diskuse tvoří souhrn poznatků, návrhy do praxe a názor autora k dané problematice.

Tato diplomová práce rozpracovává téma propojení canisterapie a hipoterapie u osob s dětskou mozkovou obrnou z pohledu terapeutů. Bylo by jej vhodné dále rozpracovat i ve výzkumném šetření, které by bylo založeno například na pozorování jednotlivých klientů, kteří obě terapie využívají, doplněné rozhovory o jejich zkušenostech.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1 Hipoterapie

Česká hiporehabilitační společnost (2019) rozděluje hiporehabilitaci na hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii (dříve Hipoterapie), hipoterapii v psychiatrii a psychologii (dříve Psychoterapie pomocí koní), hiporehabilitaci v pedagogice a sociální praxi (dříve Aktivity s využitím koní) a parajezdeckví. Hiporehabilitace je zastřešujícím pojmem pro všechny aktivity, při nichž dochází ke kontaktu koně se člověkem se specifickými potřebami. Pro účely této práce se zaměříme na hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii (dále jen hipoterapie) (Česká hiporehabilitační společnost, 2019, [online]).

Na tomto místě je vhodné vymežit pojem rehabilitace. Dle WHO (2018) je rehabilitace souborem opatření, která vedou k plnohodnotnému fungování jedince a ke zmírnění následků postižení ve fyzickém, psychickém, sociálním i kulturním kontextu. Hollý a Hornáček (2005) uvádí, že rehabilitaci můžeme chápat jako obnovení obvyklé aktivity či navrácení do původního stavu. Rehabilitace vede ke znovuzískání nějaké funkce a vyrovnání se s handicapem (Hollý, Hornáček, 2005). Výsledkem bývá také zlepšení kvality života jedince (Velemínský, 2007).

Hipoterapie je cílená aktivita s využitím koně a jeho multidimenzionálního pohybu pro osoby s pohybovým postižením, na věku jedince nezáleží. Pohyb koně je rytmický a dynamický a nabízí těmto osobám zlepšení držení těla, rovnováhy a pohyblivosti. Klient přitom koně nemusí vést ani kontrolovat směr či rychlost pohybu (Fitzpatrick, Tebay, 1998).

Koňský krok vytváří kolem 100 pohybových impulzů za minutu, a to ve třech rovinách. Proto nazýváme koňský pohyb trojdimenzionální. Jedná se o směry dopředu-dozadu, nahoru-dolů a doleva-doprava. Tyto pohybové stimuly jsou přenášeny na klienta (Hollý, Hornáček, 2005). Intenzita těchto pohybů je u každého koně odlišná. Závažnost vytváří nenahraditelnou balanční plochu (Müller, 2014). Rozdílnost je dána individuální krokovou frekvencí, pružností a šířkou hřbetu daného koně, způsobem sebenesení a výcvikem koně (Svobodová, 2010). Pohyby koně jsou přenášeny přes pánev na trup klienta a vyvolávají pohybové vzorce napodobující lidskou chůzi (Müller, 2014). Při pohybu dochází ke střídání napětí a uvolnění těla klienta a díky tomu ke splynutí s pohybem koně (Vítková, Pipeková, 2001). Pravidelný rytmus koňského kroku napomáhá reflexnímu uvolnění ztuhlých svalů, posiluje svaly, které mají tendenci k oslabování, zvyšuje pohyblivost páteře a kyčelních kloubů. Jízda na koni

podporuje prohloubené dýchání, příznivě ovlivňuje prokrvení orgánů, zlepšuje rytmiku řeči (Dvořáčková, 1999).

Hipoterapii řadíme mezi facilitační metody. Facilitační metody využívají nadměrného působení podnětů s cílem ovlivnit nesprávnou funkčnost těla. Tyto metody vytvářejí velké množství smyslových podnětů – pohybové (pohyb koně), taktilní (dotýkání se koně rukama, nohama), zrakové (osvětlení, jízďárna), čichové (vůně koně). Při hipoterapii dochází ke stimulaci všech smyslů pacienta (Müller, 2014). Pomocí hipoterapie zasahujeme do činnosti centrálního nervového systému. Přenosy informací mezi koněm a jezdcem jsou přenášeny jazykem těla, tyto přenosy působí přímo na mozek. Taktilní a optické přenosy vedou podněty přímo do centrálního nervového systému a ten na ně přímo reaguje a vytváří vhodné pohybové reakce. Tento postup vede k rozšíření motorických dovedností pacienta (Véle, 2009).

1.1 Kůň vhodný pro hipoterapii

Výběr koně pro hipoterapii není závislý na plemeni koně, ale na několika jiných, důležitějších, faktorech. Pro jednotlivé oblasti hiporehabilitace vybíráme koně rozdílných kvalit. Kůň hipoterapeutický musí především snášet monotónní krokovou práci a jeho pohyb nesmí mít žádnou vadu (perfektní mechanika pohybu, zdravý hřbet). Dalšími kritérii jsou spolehlivost, příježděnost, klid a trpělivost (zejména při nasedání a sesedání), schopnost řešit obtížné situace bez panických reakcí (Velemínský, 2007).

První kritérium při výběru tvoří exteriér koně. Posuzujeme souměrnost těla, osvalenost a mechaniku pohybu. Důležitou roli hraje také výška koně a šířka jeho hřbetu, dále délka a plynulost kroku. Pokud hipoterapeutickým účelům vyhovuje exteriér koně, zaměříme se na jeho charakter (Müller, 2014). Kůň nesmí být ustrašený, zkažený člověkem, naopak musí mít společenskou povahu (Vítková, Pipeková, 2001). Kůň musí lidem důvěřovat a musí rychle adaptovat na rušivé vlivy. Dále nesmí být přehnaně lechtivý, klient se jej při terapii bude dotýkat na různých místech na těle. Velmi důležitým předpokladem je perfektní zdravotní stav koně, přiměřené osvalení, pevná kopyta a zdravé končetiny (Škardová, 2009).

Základní výcvik pod sedlem i v záprěži před zařazením koně do výcviku pro hipoterapii je výhodou. Další a specializovaný výcvik zajišťuje cvičitel koně. Hipoterapeutického koně bychom mohli přirovnat ke kvalitnímu školnímu koni – zvládá základní drezurní práci, kavaletovou práci i skoky, na volné otěži přizpůsobuje směr jízdy jen za pomoci působení váhy jezdce, dokáže se bezpečně pohybovat v terénu. V denním rozvrhu koně střídáme odpočinek

ve výběhu, drezurní a skokovou práci, jízdu v terénu se samotnými jednotkami hipoterapie tak, aby kůň udržoval dobrou kondici a měl čas si odpočinout a relaxovat (Vítková, Pipeková, 2001). Dále koně lonžujeme tak, aby se naučil reagovat na slovní pokyny cvičitele a také s ním pracujeme ze země. Při práci ze země trénujeme reakce na jemné doteky a prohlubujeme důvěru mezi koněm a cvičitelem (Škardová, 2009).

Pro hipoterapii trénujeme práci na dvou lonžích a zejména vedení koně zezadu (zde kůň využije zkušenosti ze zápřeže). Koně učíme přistoupit k rampě zleva i zprava, kontrolovaně se rozejít směrem od rampy, nasedání a sesedání klienta, klidné stání (kdykoli je o to kůň požádán), nesení dvou osob najednou (asistovaný sed). V neposlední řadě koně zvykáme na nejrůznější rušivé podněty. Koně nesmí vyplašit křik, pláč, smích, příjezd vozíku, nasedání jezdce z rampy, plachta, míč, padák, deštník ani vysvléknutí bundy (Vítková, Pipeková, 2001). Kůň musí snést dotyky po celém těle a také pohyby jezdce v celé oblasti hřbetu a zádě (Casková, 2008).

Müller (2014) uvádí, že pro hiporehabilitaci využíváme koně starší pěti let. Škardová (2009) uvádí, že minimální věk koně je šest let. Domníváme se, že pro hipoterabilitační práci je šestiletý kůň vhodnější než pětiletý. Vývoj koně musí být pro takto náročnou práci již ukončen, aby nedošlo ke zbytečnému opotřebovávání kloubů koně, tím pádem by byl kůň náchylnější na pozdější úrazy a jeho zdraví by mohlo být oslabeno.

Využívají se pouze klisny a valaši. Hřebci by mohli být pro klienty nebezpeční, proto je jejich užití v hiporehabilitaci zakázáno (Müller, 2014). Kůň terapeut se časem naučí rozlišovat, kdy pracuje pod jezdce a kdy pracuje s klientem. Profesionálního terapeuta z koně dělá vědomí, že s klientem nesmí udělat ani krok navíc. Ideálním odpočinkem pro koně terapeuta je pastva spojená se sociálním kontaktem s dalšími koňmi a také vyjížděky do přírody (Casková, 2008).

1.2 Indikace a kontraindikace hipoterapie

Průběh hipoterapie je podmíněn spoluprací několika osob, svoje místo má při terapii fyzioterapeut, cvičitel koně, asistent. Hipoterapie bývá klientům indikována lékařem, který pro každého klienta se sestavuje individuální plán a vytyčuje cíle terapie (Kulichová, 1999).

Kontraindikací pro hipoterapii jsou aseptické nekrózy kostí, vyšší stupně luxace kyčelních kloubů, těžké stádium osteoporózy, vady oka, při kterých hrozí odchlípení sítnice, poruchy srážlivosti krve, alergie na prach a koňskou srst, voperované kovové dlahy v oblasti páteře (Kulichová, 1999). Dalšími důvody, proč hipoterapii neindikovat, jsou epilepsie, progresivní svalová onemocnění, stavy po operaci páteře, rozsáhlé srůsty páteřních obratlů či nádorová onemocnění. V neposlední řadě hipoterapii neprovádíme, pokud má klient strach z koně nebo s hipoterapií nesouhlasí (Müller, 2014).

Hipoterapii můžeme indikovat za podmínek aktivního sedu a očkování proti tetanu. Pokud hipoterapii podstupuje jedinec s epilepsií, měly by být epileptické záchvaty kompenzované. Hipoterapeutická jednotka probíhá obvykle 20 minut. Nejdůležitějším chodem koně při hipoterapii je krok. Po třech měsících terapie probíhající alespoň 2-3x týdně můžeme pozorovat pozitivní důsledky hipoterapie (Kulichová, 1999).

1.3 Průběh hipoterapie

Obecně průběh hipoterapie můžeme rozdělit do několika částí. Jako první probíhá příchod klienta do hipoterapeutického střediska, které obvykle disponuje venkovní jízdárnou, v ideálním případě i krytou jízdárnou. Dojde k přivítání s hipoterapeutickým týmem a ke orientační kontrole zdravotního stavu klienta. Před samotnou terapií si klient nasadí přílbu (nebo je mu nasazena). Před nasednutím na koně se s koněm klient přivítá, například pohlazením. Následuje posazení na koně, ke kterému dochází obvykle z rampy, a samotná hipoterapie (Müller, 2014). Podmínkou pro uskutečnění jednotky terapie je její vedení fyzioterapeutem nebo ergoterapeutem se specializačním kurzem hiporehabilitace (Česká hiporehabilitační společnost, 2019, [online]).

Terapie je komplexnější na venkovní jízdárně, kde může klient vnímat i okolní podněty a výhody, které přináší pobyt na čerstvém vzduchu. Klienti, kteří již hipoterapii nějakou dobu využívají, mohou absolvovat terapeutickou jednotku i v terénu kolem hipoterapeutického centra. Klient tak může vnímat i pohyby koně při kroku na nerovném terénu. Koně na terapii

připravuje jeho cvičitel. Na začátku každé hipoterapeutické jednotky upraví fyzioterapeut sed klienta na stojícím koni. Terapie probíhá v kroku a fyzioterapeut průběžně kontroluje sed klienta. Asistent napomáhá klientovi korektní sed udržet. Délka terapie závisí na zdravotním stavu klienta a vychází z odborného vyšetření. Obvyklá délka je však kolem 20 minut (Müller, 2014). V průběhu jednotky lze vystřídat několik poloh klienta na koni a k dopolohování je možné využít i různé polohovací pomůcky (Česká hiporehabilitační společnost, 2019, [online]).

Po ukončení vlastní terapeutické jednotky klient sesedne z koně a sundá si přilbu. Po terapii je vhodné zařadit relaxační techniky v lehu. Před odchodem se klient s koněm rozloučí, někteří klienti si s koněm povídají o proběhlé jízdě. Fyzioterapeut zapíše průběh terapie do dokumentace klienta. Nakonec se klient rozloučí se zbytkem hipoterapeutického týmu a odchází (Müller, 2014).

1.4 Účastníci hipoterapie

Nejdůležitějšími účastníky procesu hipoterapie jsou cvičitel, fyzioterapeut, pomocník, klient, lékař a kůň. Cvičitel má na starost péči o koně, o jeho kondici a výcvik pro samotnou terapii. S koněm pracuje jak na jízdárně, tak v terénu i v tahu. Připravuje koně na různé situace, které mohou při terapii nastat (nestabilita jezdce, průjezd kočárku, nasedání z rampy, náhlé pohyby). Zajišťuje správné vybavení pro koně, které koni sedí a nikde jej neodírá. Při terapii cvičitel, nebo jím pověřená osoba, koně vodí. Koně je možno vést u hlavy, nebo na dlouhých opratích zezadu. Při vedení u hlavy dochází automaticky k mírné křivosti koně směrem k vodiči a vodič může při tomto stylu vedení překážet terapeutovi. Vedení zezadu se jeví jako vhodnější způsob, co se týče prostoru pro terapeuta a pomocníka vedle koně, také umožňuje vést koně narovnaného. Cvičitel zajišťuje také dostatek odpočinku pro hipoterapeutického koně a umožňuje mu dostatek času na pastvině s dalšími koňmi (Velemínský, 2007).

Fyzioterapeut pracuje s klientem při terapii podle stanoveného individuálního plánu a cílů terapie. Určuje polohu klienta na koni tak, aby byla terapie co nejúčinnější, a zodpovídá za to, že se při terapii nezhorší klientovy obtíže. Fyzioterapeut vede dokumentaci terapeutického procesu a vyhodnocuje zlepšení klientova stavu (Velemínský, 2007). Jedinec, zastávající funkci fyzioterapeuta, musí být vysokoškolsky vzdělaný v oboru fyzioterapie nebo ergoterapie. Toto studium je potřeba doplnit kurzem „Příprava pro speciální činnost rehabilitačních pracovníků v metodice hiporehabilitace“ nebo „Hiporehabilitace“. Kurzy provozuje Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů Brno. Dalšími možnými kurzy

k doplnění jsou kurzy „Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii“, který nabízí Česká hiporehabilitační společnost (Česká hiporehabilitační společnost, 2019, [online]).

Pomocník jistí klienta na koni, zodpovídá za to, že klient z koně nespadne. V případě, že zaznamená nebezpečí pádu, klienta bezpečně stáhne z koně. Pomocník musí být plnoletý a nesmí mít strach z koní, tuto funkci mohou zastat i rodiče klienta (Velemínský, 2007).

Klient dochází na terapii oblečen do přiléhavého oblečení, ve kterém mu nebude zima. Před nasednutím na koně si nasadí, nebo si nechá nasadit, jezdeckou přilbu. Poslouchá pokyny nejen fyzioterapeuta, ale také pomocníka, vodiče a případných dalších členů týmu (Velemínský, 2007).

Lékař indikuje hipoterapii jako vhodnou rehabilitační metodu pro svého klienta. Hodnotí výsledky hipoterapie. Kůň je vycvičený přímo k hipoterapeutické práci, je v dobré kondici, klidně snáší křik, příjezd klienta na vozíku i neočekávané doteky. Samostatně dokáže vyřešit nastalou situaci, v případě, že si neví rady, zastaví. Dokáže rozpoznat, kdy pracuje s klientem a kdy na něm sedí jezdec (Velemínský, 2007). Podmínkou zařazení koně do pracovního nasazení při provozování hipoterapie je jeho absolvování specializační zkoušky pro koně a pony zařazené do hiporehabilitace (Česká hiporehabilitační společnost, 2019, [online]).

1.5 Základní principy hipoterapie

Při hipoterapii se řídíme několika základními principy, které vedou k větší efektivitě a bezpečnosti terapie:

- Při hipoterapii, stejně jako při jiných terapeutických činnostech, je třeba udržovat klidnou atmosféru.
- Terapii je nutno provádět v přiměřené teplotě. Pokud bude klientovi zima, nebude mít terapie takový účinek.
- Délku terapie volíme podle aktuálního stavu klienta.
- Pro jednotlivé klienty volíme koně, kteří jim budou svou délkou kroku, šířkou hřbetu a charakterem pohybu vyhovovat.
- Polohu klienta na koni volíme individuálně, dle schopností klienta. Možností je několik – sed, asistovaný sed, leh na břicho.

- Pro přenos pohybu koně na jezdce a splynutí koně a jezdce je nutná podmínka uvolnění jezdce, toho můžeme docílit cvičením či zpěvem během terapie.
- Pomůcky volíme individuálně, dle potřeb klientů. Někteří klienti absolvují terapii se sedlem a třmeny, jiní zase pouze s dečkou a madly.
- Klient s ostatními členy týmu musí mít dohodnuté způsoby komunikace – řeč, znakový jazyk, doteky (Velemínský, 2007).

1.6 Polohy klienta na koni

Cílem hipoterapie je stabilizovaný sed, který je korektní a ovlivňuje efektivně posturu klienta. Polohu klienta na koni volíme dle zdravotního stavu a terapeutického cíle. Pokud klient není schopen sám sedět, nebo se otočit, na koni jej stimulačně polohujeme. Polohování vychází z jednotlivých vývojových stádií (Müller, 2014). K polohování klienta na koni můžeme využít i různé pomůcky jako jsou polštáře, balony, opěrky (Česká hiporehabilitační společnost, 2019, [online]).

Existuje několik základních poloh klienta na koni. V poloze vleže na břicho má klient oporu na předloktích, které jsou rozloženy na koňské zádi. Nohy volně visí za kohoutkem koně. Klient hlavu drží v prodloužení páteře, případně ji má položenou na koňské zádi. Další polohou v leže je leh na břicho napříč hřbetu koně (poloha pytel). Dále může klient ležet i po směru jízdy, kdy klient sedí na koni a trupem se položí vedle krku koně (Müller, 2014).

Následující polohy již vyžadují sed klienta na koni. Jedná se o obrácený sed, kdy klient sedí vzpřímeně proti směru jízdy a opírá se o záď koně. Dále sed s držením, při kterém se klient přidržuje madel a nakonec asistovaný sed. Při asistovaném sedu klient sedí na koni ve směru jízdy a za ním sedí terapeut a ten mu pomáhá udržet vhodnou polohu (Müller, 2014).

Před samotnou terapií i po ní využíváme relaxační techniky, při nichž dochází k uvolnění klienta. Po terapii na klienta nespěcháme, necháme doznít impulzy z proběhlé hipoterapie (Müller, 2014).

1.7 Působení hipoterapie

Hipoterapie působí komplexně na celou osobnost člověka. Jednotlivé vlivy můžeme rozdělit podle různých hledisek. Obecně je můžeme rozdělit na faktory, které jsou pro hipoterapii nespecifické (nalezneme je i v jiných rehabilitačních metodách), specifické (v jiných rehabilitačních metodách se nevyskytují) a psychosociální (Hollý, Hornáček, 2005).

Nejprve popíšeme nespecifické faktory, které se objevují i u jiných senzomotorických metod:

- Kožní stimulace dotykem dosáhneme tak, že nevyužíváme při terapii sedlo a klient by neměl mít plenu, nebo hrubé kalhoty.
- Vyšší tělesná teplota koně (38 °C) tlumí svalové napětí.
- Cvičení proti odporu během rytmického pohybu, který je přenášen ze hřbetu koně, je umocněno působením gravitace (gravitace působí proti pohybu).
- Podpůrné reakce napomáhají zapojit určité svalové skupiny. Vznikají například vkládáním nohou pacienta do třmenů, o které se klient snaží vzepřít, to střídáme s ježděním bez třmenů.
- Obranná reakce proti pádu zapojuje posturální svaly podle toho, jak klient mění těžiště během jízdy na koni. Dochází k podpůrným a vzpřimovacím reakcím.
- Labyrintové reflexy podmiňují mimovolní uvolnění klienta.
- Vytahování zkrácených tkání probíhá při změnách polohy během pohybu působením gravitace.
- Hipoterapie faciliteje posturální vzor a napomáhá vzpřimenému držení těla.
- Hipoterapie ovlivňuje vegetativní funkce organismu (trávení, dýchání) (Hollý, Hornáček, 2005).

Specifické faktory hipoterapie vychází z pohybu koně v kroku, což stimuluje klienta ve třech rovinách. Krok koně je nenahraditelný stimulační nástroj, umožňující pohyb vpřed i vzad (Hollý, Hornáček, 2005). Quadripedální způsob lokomoce tvoří jednu etapu lidského motorického vývoje. Proto je člověk schopen se pohybům koně přizpůsobit. Přes krátkou dobu trvání této fáze vývoje, je tato etapa pro člověka velmi důležitá (Véle, 2009). U klienta sedícího na koni vzpřímeně simulujeme chůzi, zároveň dochází k blokaci patologického vlivu dolních

končetin a tím k omezení patologických vzorců pohybu (Hollý, Hornáček, 2005). Působení hipoterapie se projevuje v motorických a mentálních vztazích fungujících mezi koněm a jezdcem. V somatické rovině je od klienta vyžadováno přizpůsobení se lokomočním pohybům, který kůň vytváří (Véle, 2009).

Mimo ovlivnění postury působí hipoterapie také na osobnost klienta. Jízda na koni ovlivňuje klientovo sebevědomí a sebeuvědomování. Klient zažije pocit chůze, vidí svět z koňského hřbetu a ne jen z vozíku. Kontakt s koněm odbourává strach a úzkost, někdy je nutné postupovat pozvolna, přes hlazení a činnosti kolem koní až po samotné ježdění. Kůň přijme každého bez rozdílu. Svým obranným chováním kůň napomáhá redukovat projevy hyperaktivity a agresivity, učí klienta dodržovat pravidla. Kontakt se zvířetem navozuje komunikaci, pocit zodpovědnosti a užitečnosti a také učí klienta vytrvalosti (při zdolávání překážek) (Hollý, Hornáček, 2005).

Tento terapeutický přístup si zakládá na snaze ovlivnit řízení motoriky klienta a tím jej podněcuje k přizpůsobení se pohybu koně a také jeho způsobu chování (Véle, 2009). Hipoterapie je komplexní facilitační metoda, která probíhá ve venkovním prostředí, které je pro klienty atraktivnější než rehabilitace, které probíhají v budovách nemocnic. Jedná se také o kontakt se živým zvířetem, které na klienta reaguje. Hipoterapie působí na klienta ve všech směrech, ovlivňuje oblast fyzickou, psychickou, energetickou i sociální (Müller, 2014).

Podstata hipoterapie spočívá v motorickém učení jedince. Aby probíhalo úspěšně, je potřeba splnit několik podmínek, jako je určitá úroveň intelektových schopností a dostatečná motivace a ochota předvídat změny pohybu koně a postupně se jim přizpůsobit. K dosažení žádoucího cíle je na počátku celého procesu nutné navodit vstupní motivaci (Véle, 2009).

2 Canisterapie

Termín canisterapie vznikl v roce 1993, jeho autorkou je Jiřina Lacinová. Spolu se sdružením Filia se v tomto oboru stala průkopníkem a osvětovým pracovníkem. Termín je složen z latinského canis = pes a řeckého terapie = léčba (Velemínský, 2007).

Canisterapie využívá pozitivního působení psa na člověka. Řadí se mezi metody zooterapie, která zakládá na kontaktu zvířete a člověka a terapeutického účinku tohoto kontaktu. Přítomnost zvířete, coby společníka pomáhá i při uspokojování některých psychických potřeb (Vítková, Pipeková, 2001).

Canisterapii můžeme chápat ve dvou rovinách – v širším a užším slova smyslu. Canisterapii v širším pojetí považujeme za chov psa v domácnostech běžné populace. Pes je členem rodiny a současně zde funguje jeho terapeutické působení. V užším pojetí canisterapii chápeme jako využití psa v podpůrné alternativní terapii. Pes pomáhá navodit kontakt klienta a terapeuta, pomáhá klienta rozvíjet, aktivizovat, stimulovat, ale také motivovat a tlumit nežádoucí a negativistické projevy člověka (Müller, 2014).

Canisterapii řadíme do psychoterapeutických metod. Působení psa na člověka pomáhá rozvíjet verbální i neverbální komunikaci, jemnou a hrubou motoriku, zvyšuje schopnost empatie, může napomoci při odbourávání strachu či agresivity. Využití nachází u klientů se zrakovým, sluchovým, tělesným nebo mentálním postižením, u osob s epilepsií či psychickými obtížemi (Müller, 2014).

Působení psa napomáhá také v případech, kdy jiné metody selhávají nebo není možné je použít. Přítomnost psa motivuje klienty spolupracovat během léčebného procesu. Canisterapie je využitelná u všech věkových kategorií (Müller, 2014).

2.1 Výběr psa pro canisterapii

Pro canisterapii není vhodný jakýkoli pes. Vhodnost psa pro canisterapeutickou práci je závislá na vrozených povahových rysech psa a také na výchově a socializaci. Z těchto důvodů není možné využít psy, kteří jsou z různých důvodů vyloučeni z chovu či výcviku pro nějaký druh činnosti (záchranářský pes, lovecký pes) (Müller, 2014).

Zásadní podíl na tomto má výchova, kterou zajišťuje majitel psa. Vlastnosti a schopnosti psa lze právě výchovou kladně, ale i záporně, ovlivnit. Nezanedbatelný je význam prostředí, ve kterém pes žije (Müller, 2014).

Situaci, kdy člověk vybírá psa pro canisterapii, můžeme rozdělit na dva druhy. V prvním případě si osoba pořizuje psa bez zájmu o canisterapii, ten se projeví až později. Do druhé skupiny řadíme osoby, které si psa pořizují již se záměrem canisterapii provozovat. Tito lidé mají základní znalosti o problematice canisterapie, znají její pravidla a postupy. Pro canisterapii mají před vzhledem psa přednost povaha, charakter a zdraví psa. Výběr psa musí být cílený a ne náhodný (Müller, 2014).

Pro canisterapii vybíráme psy, kteří jsou veselí a ke člověku vstřícní (Prošková, 2016, [online]). Pes na canisterapii nesmí být agresivní nebo vznětlivý. Musí být nadstandardně socializovaný co se týče prostředí (město, budovy, doprava) i lidí kolem něj (děti, dospělí, senioři, osoby s postižením). Od malička považuje lidi za přátele a nemá s nimi zlé zkušenosti. Canisterapeutický pes musí znát základní povely, jako jsou sedni, lehni, ale také speciální povely, umí například vyskočit na lůžko, položit přední tlapky na klín klienta. Psa je třeba cíleně cvičit pro účely canisterapie (Müller, 2014).

Ve chvíli, kdy probíhá terapie, musí pes projevit trpělivost a ochotu setrvat v určité pozici. I u canisterapeutického psa oceníme schopnost aportování různých předmětů. Canisterapeutický pes je také cvičen pro to, aby rozpoznal nestandardní chování jedince a upozornil na to ostatní osoby (Müller, 2014). Důležitým aspektem je ochota do canisterapeutické práce a radost z ní. Pokud pes bude práci vykonávat pouze na základě pokynů svého psovoda, nebude ani terapie tak úspěšná (Prošková, 2016, [online]).

2.2 Indikace a kontraindikace canisterapie

Mezi kontraindikace canisterapie patří přítomnost alergie na psí srst, či některá akutní onemocnění. V případě otevřených ran není vhodné canisterapii provozovat. Dalším z důvodů, proč nemůže canisterapie proběhnout může být kynofobie či nezájem klienta o terapii (Müller, 2014). Dalšími důvody pro nemožnost využívání canisterapie jsou onemocnění imunitního systému nebo akutní infekční onemocnění. U osob v terminálním stádiu onkologického onemocnění je třeba zhodnotit možná rizika oproti přínosům canisterapie. Canisterapii neprovozujeme v případě rizika negativních dopadů na klienta nebo na psa (Velemínský, 2007).

Canisterapii můžeme doporučit širokému spektru osob s postižením i intaktních osob. Pozitivní důsledky přítomnosti zvířete v průběhu léčby různých obtíží se objevují u pacientů každého věku. U osob s mentálním, smyslovým a tělesným postižením, epilepsií, obtížemi logopedickými, psychologickými či psychiatrickými považujeme canisterapii za podpůrnou psychoterapeutickou metodu. Pozitivního přínosu vztahu pes-člověk využíváme i v jiných situacích, například u osob, kterým hrozí deprivace, nejistota, pocity osamocení. Pes působí motivačně při různých činnostech klientů a zlepšuje jejich psychický stav. Kontakt člověka se psem nabízí příjemné prožitky, zpestřuje stereotyp v režimu dne v zařízení (Velemínský, 2007).

Osobám s mentálním postižením je pes nápomocen při udržení delší pozornosti. Je přítomen také při rehabilitaci. Klienti hrou se psem trénují hrubou i jemnou motoriku, rozvíjí fantazii. Pes podporuje komunikaci, klienti se cítí bezpečně a jistě, psovi mohou svěřit svá tajemství. Klient se učí vhodnému chování ke zvířatům, sebeobsluze, samostatnosti i zodpovědnosti (Müller, 2014).

Osoby s tělesným postižením využijí působení psa především při rehabilitaci. Pes pomůže uvolnit spasmy i posílit svalový tonus. Pes působí jako motivační prvek při cvičení. Pokud klient pečuje o psa, zapomíná na vlastní starosti. U osob s tělesným postižením nachází uplatnění i pes asistenční. Pes je společníkem i pomocníkem. Speciálně vycvičený pes může klientovi podat různé předměty, otevírat i zavírat dveře, umí i rozsvítit nebo zhasnout světlo (Müller, 2014).

U osob se zrakovým postižením využíváme psy vodící i canisterapeutické. Pes takovému klientovi dodává pocit bezpečí, snižuje klientův strach z neznámého prostředí a varuje klienta před překážkami v cestě. Klient se se psem cítí nezávisle. Také u osob se

sluchovým postižením nacházejí využití jak vodící, tak i canisterapeutičtí psi. Podobně jako u klientů se zrakovým postižením psi zvyšují klientovu nezávislost, pocity sebedůvěry a soběstačnosti a varují klienta před nebezpečím (Müller, 2014).

Svoje uplatnění nachází psi i u klientů s narušenou komunikační schopností. Pro klienta je motivační předčítat psovi nahlas, nebo mu dávat povely. Je důležité, aby pes v takovém případě uměl reagovat i na povely gesty. Klienta by totiž mohlo k dalšímu nácviku řeči demotivovat neuposlechnutí příkazu kvůli nedokonalé výslovnosti. Proto canisterapeut, po souhlasu logopeda, udělí psovi gestem příslušný pokyn, což vede k povzbuzení dítěte a odměnění jeho snahy o správné vyslovení povelu (Galajdová, Galajdová, 2011).

Osobám s ADHD pomáhají psi zklidnit se a zlepšují klientovu schopnost koncentrace na aktivitu či úkol. Pes může sloužit jako prostředník mezi dítětem s poruchou autistického spektra a jeho okolím. Přítomnost psa zlepšuje u takových klientů duševní rovnováhu. Osobám s logopedickými obtížemi společnost psa napomáhá komunikovat, rozšiřovat slovní zásobu (Müller, 2014).

Pes dokáže rozpoznat blížící se záchvat epilepsie a včas na to člověka upozorní svými projevy chování, například štěkotem, kňučením. Pes dodává epileptikovi pocit jistoty a bezpečí, uklidnění. Klient se nemusí obávat, že znenadání dostane epileptický záchvat v místě, kde by to pro něj bylo nebezpečné (Müller, 2014).

U osob s psychologickým a psychiatrickým onemocněním pes funguje jako prostředník mezi nimi a personálem. Ve chvíli, kdy klient pečuje o psa, se přestává zaměřovat na vlastní psychické obtíže. Klienti se stávají aktivnějšími. Vhodné je zapojení canisterapie i během léčby týraných a zneužívaných dětí (Müller, 2014). V případě předpokládání nečekaných reakcí u klienta je vhodné, aby při terapii byl přítomen nejen canisterapeut, ale také navíc psychoterapeut. V případě, že klient na psa negativně zareaguje, canisterapeut ochrání svého psa odvedením do bezpečí a psychoterapeut se věnuje zklidnění klienta (Galajdová, Galajdová, 2011).

Hojně využívaná je canisterapie u osob v seniorském věku. Zvíře starému či opuštěnému člověku dodává společnost, pocit potřebnosti a lásku. Pes nenásilně přiměje seniora k pohybu, nabízí hmatovou stimulaci. Pes dodává člověku pocit bezpečí a zmírňuje osamělost (Müller, 2014).

2.3 Průběh canisterapie

Průběh canisterapie je zejména ovlivňován cíli, které se snažíme během terapie naplnit. Dále mají vliv pedagogické a rehabilitační zásady. Terapeut se snaží aktivity logicky provázat (Müller, 2014). Před zahájením spolupráce je potřeba stanovit její pravidla tak, aby to vedlo ke spokojenosti na straně jak canisterapeutického týmu, tak i zařízení a jeho klientů. Jedná se o pravidla styku s klienty, vymezení prostor, kam pes smí a kam ne, role a povinnosti psovoda a personálu, právní odpovědnost v případě zranění (Galajdová, Galajdová, 2011).

Každá canisterapeutická jednotka začíná příchodem canisterapeutického týmu. Dojde k seznámení klientů s canisterapeutickým psem, navzájem se přivítají. V ideálním případě pes umí podat klientovi tlapku, navodí to příjemnou a uvolněnou atmosféru. Pes by v žádném případě neměl na klienta štěkat. Úvodní část je podstatnou součástí canisterapeutické jednotky, která slouží k navázání prvotního kontaktu a pocitu bezpečí (Müller, 2014).

Po úvodním přivítání následuje relaxační část. Jedná se o část, kdy dochází k silnému emocionálnímu prožitku klienta. Během této části dochází k polohování. Klient naplno pociťuje předávání energie, dochází k relaxaci a uvolnění svalů. Na relaxační část je navázána část aktivní, kdy probíhá cvičení dle individuálně nastavených cílů od procvičení jemné či hrubé motoriky po rozvoj komunikačních dovedností (Müller, 2014).

V závěru canisterapeutické jednotky probíhá zhodnocení terapie. Klient může za odměnu krmit psa granulemi. Dochází k cílené motivaci na další terapeutickou jednotku. Probíhá celkové zklidnění klienta, rozloučení a odchod canisterapeutického týmu (Müller, 2014). Velmi důležité je dát klientovi možnost se se psem v klidu rozloučit (Galajdová, Galajdová, 2011).

2.4 Účastníci canisterapie

Mohlo by se zdát, že canisterapie se účastní pes, canisterapeut a klient. Není tomu tak, do canisterapeutického procesu je zapojeno, přímo či nepřímo, více subjektů. Mezi účastníky canisterapie řadíme canisterapeutický tým (pes a psovod), klienta, tým odborníků, zařízení, rodinu, chovatele, veterináře, dobrovolníka a canisterapeutické sdružení (Velemínský, 2007).

Pokud hovoříme o canisterapeutickém týmu, myslíme tím canisterapeuta (psovoda) a canisterapeutického psa. Pro jejich práci je zásadní spolupráce a vztah mezi nimi. Canisterapeut musí vybrat vhodného jedince, řádně jej vycvičit a věnovat mu aktivní

a cílenou přípravu na budoucí práci canisterapeutického psa. Psa musí canisterapeutické aktivity těšit a bavit ho. Psovod je zodpovědný za svého psa, ale důležité je i to, aby se sám psovod pečlivě seznámil s prací canisterapeuta, metodikou, principy, cíli. Společně musí zvládat obtížné situace a skládají canisterapeutické zkoušky (Müller, 2014).

Existuje několik stupňů odbornosti canisterapeuta. Po proškolení působí canisasistent – dobrovolník při aktivitách za pomoci psa, avšak nezná klientovy osobní údaje či diagnózu. Do kategorie canisasistent – profesionál patří fyzioterapeuti, zdravotní sestry či speciální pedagogové. Tito profesionálové již mohou klientovu diagnózu znát a mohou s ním manipulovat. Canisterapeut splňuje podmínky práce canisasistenta a má dlouhodobou praxi v oboru. Posledním stupněm je mentor, je odborníkem v oblasti canisterapie a provádí zaučování nováčků (Müller, 2014).

Ideální plemeno psa pro canisterapii neexistuje. Canisterapeut si psa vybírá podle toho, s jakou cílovou skupinou chce pracovat nebo již pracuje. Například pro práci s dětmi je vhodnější vybrat větší plemeno psa. Povahu psa významně ovlivňuje výchova a postoj jeho pána. Výběr psa z útulku není doporučován, protože člověk neví mnoho o minulosti psa. Canisterapeut je za svého psa zodpovědný, a proto jej musí perfektně znát (Galajdová, Galajdová, 2011).

Canisterapie je obecně indikovaná širokému spektru klientů: dětem i dospělým. V každém případě ovšem platí, že klienta nesmíme k absolvování terapie nutit. Toto pravidlo platí pro všechny účastníky canisterapeutického procesu. Kontakt psa a klienta musí přinášet užitek a uspokojení všem zúčastněným. Je potřeba si uvědomit, že každý klient je individuální osobností, podle toho volíme formu canisterapie a aktivity se psem. Ke každému klientovi musí canisterapeut přistupovat individuálně, obecně platí, že by klient měl canisterapeutovi důvěřovat (Velemínský, 2007).

Zařízením chápeme buď zdravotně sociální instituci nebo školské zařízení, kde probíhá canisterapie. Canisterapeutický tým sem dochází za klienty za předpokladu, že s tím zařízením souhlasí. Napomáhá také canisterapeutovi při výběru klientů a plánování programu terapie (Müller, 2014).

Při zapojení členů rodiny do terapie může dojít k obnově pozitivních vztahů mezi nimi. Rodiče dítěte s postižením nám mohou sdělit informace o dítěti důležité pro terapii a musí udělit souhlas s praktikováním canisterapie (Müller, 2014). Rodiče bývají přítomni nejčastěji

v případě, že klientem je dítě. Během prvních setkání s canisterapeutickým psem a canisterapeutem od nich dětský klient získává pocit jistoty (Velemínský, 2007).

Nejvýznamnější vliv na léčbu klienta má lékař (Neradžič, 2006). Interdisciplinární tým odborníků tvoří odborní lékaři, psychologové, psychiatři, speciální pedagogové nebo sociální pracovníci, kteří kromě své odbornosti rozumí i canisterapii. Proto mohou terapii psem indikovat, sestavit její plán, řídit její průběh a hodnotit úspěšnost (Velemínský, 2007).

Pokud vybíráme psa na canisterapii, měli bychom se zajímat o to, jaký je chovatel, zda se zajímá o to, kam a komu svá štěňata prodává. Výchova psa totiž začíná už od narození, kdy si začíná budovat své místo ve smečce. Pes vyrůstající mimo psí smečku může být ustrašený a bojácný a takový pes na canisterapii není vhodný (Neradžič, 2006). Chovatel musí být perfektně obeznámen s problematikou chovaného plemene, znát specifické vlastnosti svých psů a pokud prodává psa na canisterapii, měl by být obeznámen s problematikou canisterapie, aby mohl svoje štěně doporučit případně nedoporučit pro tuto práci (Velemínský, 2007).

Veterinární lékař doprovází canisterapeutického psa životem již od jeho narození a jeho prvních očkování a odčervení (Neradžič, 2006). Dále kontroluje zdravotní stav canisterapeutického psa v průběhu života. Významný je jeho přínos canisterapeutickému týmu v případě zranění psa, v takovém případě canisterapeut konzultuje s lékařem možnosti návratu psa do práce (Velemínský, 2007).

Dobrovolníci jsou, jako i v jiných oblastech, důležitou součástí procesu. Nevlastní svého canisterapeutického psa, ale bývají přítomni zejména u skupinových aktivit za pomoci zvířat. Dobrovolník musí být proškolený, mít zájem o canisterapii. Někdy mohou dobrovolníci organizačně zajišťovat jednorázové canisterapeutické akce (Velemínský, 2007).

Canisterapeutické sdružení zaštituje činnost canisterapeutických týmů, zajišťuje přípravu týmů, jejich vzdělávání. Může pomoci při navazování nových kontaktů se zařízeními, která mají o canisterapii zájem (Velemínský, 2007).

2.5 Zásady správné canisterapie

Pro správný a bezpečný průběh canisterapie je potřeba dodržovat několik zásad, které na svých stránkách zveřejňuje společnost Pomocné tlapyky o.p.s., která se zaměřuje na výcvik asistenčních psů a také je poskytovatelem canisterapie (Pomocné tlapyky o.p.s., 2009, [online]).

- Canisterapeut musí před vstupem do zařízení svého psa očistit, je nepřípustné, aby canisterapii prováděl špinavý pes. Při zhoršeném počasí svého psa canisterapeut očistí a vysuší ručníkem.
- Zdraví psa je podmínkou provozování canisterapie. Psa je třeba každoročně přeočkovat a 2x ročně odčervit.
- Canisterapeut se při příchodu do zařízení přezuje, jeho oděv musí být čistý a upravený.
- V zařízení je psovi k dispozici miska s vodou, aby se v případě potřeby mohl napít.
- Doporučuje se se zařízením uzavřít písemnou dohodu, která obsahuje datum a čas návštěvy.
- Před první návštěvou v zařízení se canisterapeut prokáže platným certifikátem canisterapeutického týmu a předloží očkovací průkaz psa. Canisterapeutický tým je vždy označený (psovod tričkem, pes košílkou).
- Canisterapeut se psem nepracuje, když pes není v optimálním psychickém a fyzickém stavu.
- Při canisterapii je vždy, kromě canisterapeutického týmu a klienta, přítomen i odpovědný personál zařízení.
- Canisterapeut za svého psa nese plnou zodpovědnost, a proto nenechává nikdy psa samotného s klientem ani personálem.
- Canisterapii ihned ukončíme v případě, že pes jeví známky únavy a spolupracuje neochotně. Je potřeba psovi poskytnout dostatek času k regeneraci, vyběhání a odpočinku (Pomocné tlapyky, o.p.s., 2009, [online]).

2.6 Metody canisterapie

Müller (2014) uvádí čtyři základní metody canisterapie: aktivity za pomoci zvířat, terapie za pomoci zvířat, vzdělávání za pomoci zvířat a krizová intervence za pomoci zvířat. Na rozdíl od Müllera uvádí Galajdová a Galajdová (2011) pouze dvě možnosti využití zvířete: aktivity za asistence zvířat a terapie za asistence zvířat, které souhrnně nazývá interakce za asistence zvířat. Pro potřeby této diplomové práce se budeme řídit Müllerovým dělením.

Aktivity za pomoci zvířat představují přirozenou interakci člověka se zvířetem. Tato interakce působí motivačně, výchovně a také odpočinkově. Rozvíjíme přirozený rozvoj klientových sociálních dovedností a zvyšujeme kvalitu jeho života (Müller, 2014). Průběh aktivit za pomoci zvířat bývá spontánní a doba trvání je závislá na zájmu klientů s respektováním unavitelnosti psa. Průběh aktivit a činnosti se neuvádí do osobních složek klientů (Galajdová, Galajdová, 2011).

Aktivity za pomoci zvířat dělíme na pasivní a aktivní. Při pasivních aktivitách klienti zvíře pozorují, jedná se například o akvária s rybami. V tomto případě mohou zvířata poskytnout klientům uklidnění před lékařským zákrokem. S aktivní formou aktivit za pomoci zvířat se lze setkat v různých zařízeních zdravotní a sociální péče, kde klienti dlouhodobě žijí. V těchto zařízeních může zvíře přímo žít, nebo do něj docházet se zooterapeutem v dohodnutých termínech (Müller, 2014). Zvíře s terapeutem může docházet i do dětských nemocnic, kde pes slouží jako prostředek rozptýlení. Personál zařízení se předem dohodne s klienty, kteří se chtějí aktivit zúčastnit. Je vhodné, aby se aktivit účastnil i personál zařízení. (Galajdová, Galajdová, 2011).

Terapie za pomoci zvířat slouží k cílenému kontaktu klienta se zvířetem. Zaměřuje se na zlepšování fyzického nebo psychického stavu člověka. Terapii by měl provádět pouze profesionál s potřebnými odbornými znalostmi. Terapii lze provádět s cílem odbourat nežádoucí projevy chování, odstranění fyzických či psychických obtíží nebo při nácviu nových dovedností. Nejčastější využití nacházíme u dětí s nejrůznějšími obtížemi či postižením. Typické činnosti při terapii jsou hry, polohování a péče o psa (Müller, 2014). Průběh terapie bývá zaznamenáván a následně je možné vyhodnotit pokroky klienta ve sledovaných oblastech. (Galajdová, Galajdová, 2011).

Metoda vzdělávání za pomoci zvířat se zaměřuje na edukaci. Základem je cílený kontakt člověka se zvířetem, který se zaměřuje na výchovu, vzdělání a rozvoj sociálních dovedností.

Přenos informací probíhá hravou formou s názornými ukázkami. Pes při výuce působí motivačně, snižuje napětí ve třídě a stres žáků. Při této metodě je nutná přítomnost terapeuta a zároveň pedagogického pracovníka. Vzdělávání za pomoci zvířat můžeme využít u dětí s poruchami učení nebo chování (Müller, 2014).

Krizová intervence za pomoci zvířat je metoda sloužící k odstranění stresu a zlepšení stavu klientů, kteří zažili nějakou krizovou situaci. Nejčastěji se jedná o osoby evakuované z vlastního domova či oběti násilí. Zooterapeut, zabývající se touto metodou, musí být nutně proškolený v oblastech psychologie a záchranného systému a také jeho zvíře musí projevovat vysokou odolnost vůči stresu (Müller, 2014).

2.7 Formy canisterapie

Individuální canisterapie spočívá v setkání jednoho klienta s jedním nebo více canisterapeutickými týmy. Program je cíleně přizpůsoben jedinému klientovi a jeho individuálním potřebám. Kontakt se psem probíhá intenzivněji, než je tomu ve skupinové formě. Okolní rušivé vlivy jsou sníženy na minimum. Individuální canisterapie je časově náročnější v případě, že ji má absolvovat více klientů (Velemínský, 2007).

Skupinové canisterapie se účastní 6-8 klientů současně s jedním či více canisterapeutickými týmy (Müller, 2014). Je nutné zvolit vhodný poměr psů a klientů tak, aby se do činností mohli zapojit všichni klienti. Zároveň je vhodné střídat aktivity, při nichž dochází k přímé interakci se psy, s aktivitami, které využívají pouze téma „pes“, tak, aby si psi mohli odpočinout (Velemínský, 2007). Při skupinové canisterapii dochází k terapeutickému působení na více klientů za cenu omezení naplňování individuálních cílů jednotlivců (Müller, 2014).

Návštěvní program je nejrozšířenější formou canisterapie. Na předem dohodnutém místě se pravidelně schází canisterapeutický tým s klientem. Nejčastěji terapeutický tým dochází do zařízení sociálních služeb či do školských zařízení. Návštěvní program bývá využíván také v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Alternativu tvoří možnost docházení klienta za canisterapeutickým týmem či setkávání na neutrálním místě (Velemínský, 2007).

Canisterapii lze propojovat i s výukou, a to jak ve speciálních, alternativních i běžných školách. Canisterapie zde nejčastěji probíhá u žáků, kteří mají specifické vzdělávací potřeby, způsobené sluchovým, zrakovým či mentálním postižením. Canisterapii můžeme uplatnit v logopedických třídách, třídách pro žáky se specifickými poruchami učení i ve třídách pro žáky s poruchami autistického spektra. Protipól tvoří využívání canisterapie při výuce žáků

nadaných. Canisterapii můžeme ve výuce využít v mateřských a základních školách a také na školách vyššího stupně, kde již propojujeme program canisterapie s ukázkami klasické kynologie (Velemínský, 2007).

Canisterapie nachází své místo také v zařízeních sociální péče nebo ve zdravotnických zařízeních. Specifickou formou je canisterapie probíhající v domácím prostředí, v této formě se doporučuje nejprve návštěva terapeuta v rodině bez psa. Během návštěvy se s klienty dohodne na formě a technikách, ale mohou společně nalézt i důvody pro zamítnutí canisterapie v domácím prostoru (Velemínský, 2007).

Forma v podobě jednorázových canisterapeutických a kynologických aktivit má široké spektrum podob. Jedná se o aktivity věnované široké veřejnosti či uzavřené skupině osob, mohou to být různé přednášky, ukázky, veřejné prezentace (Müller, 2014). Jednorázový kontakt se psem jedinci poskytuje zpestření stereotypu a možnost interakce se psem. Cílem je navození pozitivního vztahu člověka ke psovi tak, aby se člověk uměl ke psovi chovat a neubližoval mu. Předchází se tak situacím, při kterých může neznalý člověk vyvolat i u hodného psa agresivní reakci (Velemínský, 2007).

Pobytový program umožňuje intenzivní kontakt dítěte a psa obvykle probíhající mimo běžné prostředí v přírodě. Pobytby bývají buď krátkodobé nebo dlouhodobé, mohou probíhat jednorázově či pravidelně. Často jsou spojeny s psychorehabilitačním nebo ozdravným programem. Nulová zkušenost s canisterapií není překážkou pro absolvování pobytu, dítě se může zapojit do aktivit postupně. Canisterapeutické aktivity na pobytech probíhají buď skupinovou formou, kdy děti tráví se psy téměř celý den, nebo individuální formou, kdy má každé dítě přidělený čas, který tráví se psem a ostatní děti absolvují doprovodný program bez přítomnosti psa (Velemínský, 2007).

Další možnou formou je rezidentní program. Jedná se o cílený pobyt psa v zařízení či rodině, přičemž je vždy třeba dodržet podmínku, že pes potřebuje jednoho pána. V zařízení je nutná přítomnost osoby, ideálně zooterapeuta s kynologickými zkušenostmi, která koordinuje kontakt psa s klienty a dbá na welfare (podmínky pro chov a ochranu zvířat) psa v zařízení. Klienti nesmí psa překrmovat pamlsky, pes by se neměl po zařízení pohybovat volně bez dozoru, psovi by také mohli ublížit klienti, kteří nemají psy rádi, či z nich mají strach. Z těchto důvodů kontakt psa a klienta vždy probíhá pod dohledem zooterapeuta (Velemínský, 2007).

2.8 Polohování

Při polohování dochází k přímému kontaktu klienta s canisterapeutickým psem nebo psy. Jedná se o podpůrnou terapii. Pro hladký průběh polohování je nezbytné navození důvěry klienta ke psovi. Tato terapie zpravidla probíhá nejprve v přítomnosti rodičů dítěte, následně v přítomnosti jiné osoby, kterou dítě zná (například učitel) a nakonec může terapie probíhat v přítomnosti terapeutického týmu a dítěte. Polohování nelze provádět násilím, žádný z účastníků nesmí být k terapii nucen. Další podmínkou, pro úspěšnou jednotku polohování je zajištění klidného prostředí a adaptování klienta na terapii (Velemínský, 2007).

Polohování slouží k uvolnění a prohřátí těla klienta. K prohřátí dojde díky skutečnosti, že psi mají tělesnou teplotu vyšší než člověk. Napomáhá to také klientům s poruchou prokrvení některé části těla. Klient při polohování zrelaxuje a následně může pokračovat například rehabilitačním cvičením. Klient se při polohování naladí na psův rytmus dechu a srdce, tím dochází ke zklidnění dýchání (Hrůzová, Šubrt, 2008). Pomocí synchronizace klientova dechu se psovým dochází k lepšímu prokrvení klientova těla. Následkem toho dochází k uvolnění spasmů (Velemínský, 2007).

Další faktory, které na klienta při polohování působí jsou hmatové a čichové. Klienta stimuluje jak přirozený psí pach, tak i dotek psí srsti, psího čenichu či jazyka. Jednou ze základních technik je olizování, při němž dojde k uvolnění klienta (Hrůzová, Šubrt, 2008). Pes může olizovat klientův obličej či horní končetiny. Další možností je vylizování granulí z uzavřené dlaně nebo kladení granulí na různé části těla (uši, krk, břicho). Jazyk psa působí jako masážní pomůcka a napomáhá uvolnit spasmy. Při polohování dochází ke zvýšení senzibility klienta pomocí působení hmatových stimulů pocházejících z dotýkání se psa (Velemínský, 2007).

Přítomnost zvířete v místnosti působí na klienta protiúzkostně a protistresově, navozuje pocit bezpečí a klid. Klient procvičuje také jemnou motoriku ve chvílích, kdy psa hladí či se dotýká jeho tlapek či uší. Pes působí pro klienty motivačně, klienti mají snahu se ke psovi přiblížit, dostat se k němu, pohladit si ho, a tak zapojí i ty části těla, které běžně ignorují (Hrůzová, Šubrt, 2008).

Další pozitivní přínos polohování spočívá v rozvoji verbální i neverbální komunikace. Terapeutický pes, kterému klient důvěřuje, je skvělý společník a klientův přítel. Klienti mají někdy potřebu si během polohování se psem povídat a přes prožívání libých pocitů, pramenících

z přítomnosti psa, dochází ke stimulaci neverbální komunikace (Hrůzová, Šubrt, 2008). Probíhá procvičování mimiky i zlepšování schopnosti udržet oční kontakt (Velemínský, 2007).

K ideální terapii polohováním dochází v místnosti, kde je klid. Prostor by měl být vyvětraný, ale nesmí zde být zima. Polohování probíhá obvykle na zemi na měkké podložce. Osvětlení k terapii volíme spíše tlumené. Většinou terapii doprovází relaxační hudba, kterou volíme dle přání klienta. K dopolohování využíváme další polohovací pomůcky, jako jsou polohovací válce, klíny, polštáře (Velemínský, 2007).

Polohovací jednotka obvykle trvá 15 až 20 minut v závislosti na individuálních potřebách a naladění klienta. Začíná se přivítáním, následně se klient vyzuje a vysvleče do spodního prádla, tak nejlépe vnímá srst psa a přejímá teplo z psova těla. Klientovi nabízíme vhodné situace pro polohování, ale poskytneme mu prostor i pro spontánní reakce. Polohy a manipulaci s klientem konzultujeme s fyzioterapeutem. Během jedné polohovací jednotky můžeme vystřídat více poloh, v každé poloze však necháme klienta tak dlouho, aby si polohu mohl prožít. Klienta při polohování přikrýváme dekou, aby mu nebyla zima na místa, kterými se nedotýká psa. Polohování můžeme doplňovat hlazením, stimulací orofaciální části těla, či vést ruku klienta a hladit tak psa (Velemínský, 2007).

Technika polohování je pro canisterapeutického psa velice náročná. Pes je nucený nehybně ležet poměrně dlouhou dobu. Zátěž na psa je fyzická, ale hlavně psychická. Po každé jednotce polohování se pes nutně potřebuje proběhnout a zregenerovat, aby mohl plnohodnotně fungovat při další jednotce terapie. Terapie s unaveným a otráveným psem nebude tak efektivní jako terapie se psem, který je odpočatý a veselý. I psa může postihnout syndrom vyhoření. Požadujeme-li u takového psa účast při terapii, může se tomu bránit agresivitou. Z tohoto důvodu je potřeba zvolit optimální množství práce a mezi jednotlivými terapiemi dostatečný prostor pro zrelaxování a odpočinek (Hrůzová, Šubrt, 2008).

Terapii neukončujeme náhle, ale zvolna. Postupně oddalujeme tělo psa od klienta, až dojde k úplnému odloučení. Tento pozvolný postup volíme proto, aby nedošlo k náhlé teplotní změně. Klienta necháme postupně se vrátit do reality a manipulujeme s ním citlivě a opatrně (Velemínský, 2007).

2.9 Cíle canisterapie

U terapie za pomoci zvířat a vzdělávání za pomoci zvířat jsou cíle stanoveny odborníkem, který zná důležité informace o klientovi. Cíle vycházejí z komplexní diagnózy a zároveň ze schopností, potřeb a zájmů klienta samotného. Pokud je klientem dítě, cíle terapie se nesmí vylučovat s výchovně vzdělávacím plánem. Cíle stanovujeme pro každého klienta individuálně. Současně určujeme metody a postupy, kterými dosáhneme daných cílů. Neopomínáme propojenost s dalšími terapiemi, které klient využívá (Velemínský, 2007).

U aktivit za pomoci zvířat terapeut nemívá vždy kompletní informace o klientovi, současně se někdy jedná o časově omezené aktivity, například u jednorázových či pobytových forem. Cílem u tohoto typu může být navození příjemných pocitů, smysluplné strávení volného času. Pokud klient využívá terapii dlouhodobě, dochází k rozvoji dalších oblastí dle potřeb klienta. Zejména se jedná o zlepšení kvality života a překonávání překážek spojených s postižením či onemocněním (Velemínský, 2007).

Ve skupinové formě terapie jsou cíle různorodé. Probíhá cílené působení na konkrétního klienta, zatímco ostatní danou dovednost procvičují. Klienti, na které je zaměřena hlavní pozornost se střídají. Existují i takové cíle, které lze naplňovat jen při skupinové terapii. Jedná se například o sociabilitu či sebevědomí klientů. Některé cíle jsou přínosné pro všechny klienty současně, zde zmíníme emoční prožívání terapie. Na rozdíl od skupinové canisterapie, při individuálním způsobu cílíme terapii přímo na konkrétního jedince a jeho individuální potřeby (Velemínský, 2007).

Obecně lze říci, že canisterapie zlepšuje mnoho oblastí vývoje jedince, jedná se například o zlepšení fyzické kondice. Pes motivuje jedince k pohybu (Müller, 2014). Při canisterapii rozvíjíme pohyblivost (zahrnuje hrubou i jemnou motoriku, spontánní pohyb, sebeobsluhu), psychickou podporu (snižujeme změny nálad, navozujeme radost, spokojenost, rozvíjí se emoční jistota, dochází k relaxaci) a kognitivní oblast (rozvíjíme smysly, pozornost, fantazii, jazykové schopnosti). Další podporované oblasti jsou sociabilita a sociální dovednosti (schopnost navázat mezilidský kontakt, zmírnění agresivních projevů chování, posilování zdravého sebevědomí, rozvoj sebeobsluhy, soběstačnosti). V neposlední řadě můžeme uvést také rozvíjení vztahu ke psům, zvířatům a přírodě (odbouráváme strach ze psů a posilujeme pozitivní vztah ke zvířatům, učíme klienty zacházet se zvířaty, dochází také k nácviku péče o psa a jeho výchovy) (Velemínský, 2007). Díky působení psa se u člověka rozvíjí orientace v čase a prostoru. Pes nabízí taktilní podněty, které vedou k uspokojení potřeb. Canisterapie

nachází velké uplatnění v rehabilitaci, kdy ji využíváme při tréninku motoriky, polohování, ale také při relaxaci (Müller, 2014).

3 Dětská mozková obrna

Dětskou mozkovou obrnu můžeme definovat jako neurovývojové neprogresivní onemocnění, které postihuje motorický a posturální vývoj dítěte a vzniká na základě poškození mozku v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním (před, během nebo krátce po porodu) (Kolář, 2009). Dětská mozková obrna se nejčastěji projevuje kombinací poruch hybnosti s mentálním a smyslovým postižením. V prvních letech života dítěte jsou patrné neurologické deficity. Definitivní obraz onemocnění je zřejmý kolem čtvrtého roku života dítěte. Obecně u všech pacientů s dětskou mozkovou obrnou pozorujeme opoždění ve vývoji hrubé motoriky a často dochází k delšímu přetrvávání nebo předčasnému vyhasínání některých vývojových reflexů (Ošlejšková, 2008).

3.1 Historie

První záznamy o dětské mozkové obrně pocházejí již ze starověku. Až do 19. století chyběl podrobný lékařský popis onemocnění, přesto od starověku nacházíme zmínky o dětské mozkové obrně v literárních zdrojích a v umění. Z důvodu nedostatečné lékařské dokumentace byla diagnóza pouhým předpokladem (Panteliadis, Panteliadis, Vassilyadi, 2013).

Nejstarším, a pravděpodobně nejznámějším, příkladem dětské mozkové obrny je mumie faraona Siptaha, který vládl kolem roku 1190 před naším letopočtem. Tento příklad dětské mozkové obrny je dobře zdokumentovaný v lékařské literatuře díky zveřejněným fotografiím zobrazujícím převrácení nohou, které nazýváme noha kososvislá (pes equinovarus). Na pravé noze bylo zjevné špatné postavení nártních kostí a zkrácení Achillovy šlachy. Tyto nálezy byly egyptology Ikramem a Dodsonem považovány za vrozenou vadu pravděpodobně způsobenou dětskou mozkovou obrnou. Jejich předpoklad podpořilo nezvyklé postavení horních končetin a sevření rukou (Panteliadis, Panteliadis, Vassilyadi, 2013).

Označení „obrna“ pochází ze starověkého Řecka. Mohlo by být odvozeno ze slova ochrnutí nebo ze slova paréza. Již Hippokrates ve svém spisu „Of the Eight-Month Foetus“ hovoří o vlivu předčasného porodu, vrozených infekcí a prenatálního stresu na patogenezi poškození mozku. Jako první viděl souvislost mezi prenatálními vlivy (stres matky, horečka, náročný porod) a narozením dítěte s postižením (Panteliadis, Panteliadis, Vassilyadi, 2013).

Císař Římské říše, Tiberius Claudius Nero, také trpěl dětskou mozkovou obrnou. Z historických zdrojů je známo, že byl od narození slabý, těžko se pohyboval, měl obtíže

s nadměrnou salivací, abnormálními pohyby hlavy a horních končetin a mluvenou řečí. Na druhou stranu se vyznačoval velmi dobrým intelektem (Lesný, 1985).

Počátkem 19. století se začínají objevovat první práce zaměřující se na popsání mozkové léze a jejích klinických projevů. Této tématice se věnoval Johann Christian Reil, Claude Francois von Lallenand a Pinel (Panteliadis, Panteliadis, Vassilyadi, 2013). Ortoped William John Little ve své práci uvádí, že existuje souvislost mezi spastickou hemiplegií a těžkým porodem (Lesný, 1985). Následně se spastická diparéza začala označovat jako Littleova choroba (Panteliadis, Panteliadis, Vassilyadi, 2013).

Autor monografie *The Cerebral Palsies of Children*, William Osler, byl dalším, kdo považoval dětskou mozkovou obrnu za neprogresivní poškození mozku. Prozkoumal 151 případů, které klasifikoval podle příznaků. Osler věnoval pozornost souvislosti mezi obtížemi při porodu, asfyxií a následnými komplikacemi. Jako první považoval žloutenku v kojeneckém věku za možný etiologický faktor pro dětskou mozkovou obrnu (Panteliadis, Panteliadis, Vassilyadi, 2013).

Za stále aktuální považujeme svazky Sigmunda Freuda s názvem *Cerebral Palsy*. Vyvinul klasifikační systém, který v takřka nezměněné podobě využíváme dodnes – prenatální, perinatální a postnatální vlivy. Objevil malou souvislost mezi klinickými symptomy a umístěním léze. Napomohl k podrobnějšímu popisu různých poruch pohybu u dětí (Panteliadis, Panteliadis, Vassilyadi, 2013).

Následovalo období útlumu ve studiu dětské mozkové obrny. Klinické syndromy již byly popsány dostatečně včetně jejich etiologie. Další zájem o studium nastupuje s rozvojem rehabilitace v polovině 20. století. Nejprve se jí zabývají rehabilitační pracovníci, ortopedi a následně i dětské neurologové a pediatri (Lesný, 1985).

Ortoped Winthrop Phelps, následovník Williama Oslera, se začal zabývat dětskou mozkovou obrnou ve 30. letech 20. století, a tak započala doba moderní ortopedie. Phelps vyvinul léčebný program pro pacienty s dětskou mozkovou obrnou, který byl zaměřený na trénink periferních svalových skupin. V publikaci *The management of cerebral palsy* klasifikoval dětskou mozkovou obrnu do pěti kategorií: spasticita, rigidita, atetóza, tremor, ataxie (Panteliadis, Panteliadis, Vassilyadi, 2013).

Od 50. let 20. století se předpokládalo, že se příznaky dětské mozkové obrny mohou zlepšit pomocí fyzioterapie, za podmínky časného zahájení terapie. Odborníci, kteří se snažili o co nejpřesnější definici dětské mozkové obrny se nezávisle na sobě shodovali v těchto

bodech: porucha pohybu nebo držení těla, časný nástup příznaků, příznaky lze připsat mozkové abnormalitě, ale ta se nezhoršuje, klinické příznaky se mohou měnit s vývojem dítěte (Panteliadis, Panteliadis, Vassilyadi, 2013).

Od 60. let 20. století propagovali Crothers a Paine multidisciplinární přístup k diagnostice dětské mozkové obrny na základě klasifikace svalového tonu. Tento přístup byl založen na výzkumu, kterého se zúčastnilo 289 dětí s dětskou mozkovou obrnou. Crothers a Paine spolu s Ingramem studovali pacienty a objevili formu dětské mozkové obrny s přítomností ataxie. Později se dětskou mozkovou obrnou začali zabývat neurologové Carl Henry Delacato, Václav Vojta, lékař Robert Doman a fyzioterapeutka Glen Doman. Václav Vojta se zaměřil na nápravu abnormálních posturálních reflexů (Panteliadis, Panteliadis, Vassilyadi, 2013).

V následujících letech byly zveřejněny různé studie o účincích fyzioterapeutických metod na pacienty s dětskou mozkovou obrnou. Byly zkoumány účinky botulotoxinu, neurochirurgických operací, podpůrných technologií. Všechny tyto prostředky napomáhají usnadnit mobilitu pacienta a zvýšit kvalitu jeho života. Také dochází ke zlepšování lékařské péče o ženy v rizikovém těhotenství, vyvíjí se technika umožňující včasnou diagnostiku a zkvalitňují se služby rané péče (Panteliadis, Panteliadis, Vassilyadi, 2013).

3.2 Etiologie

Příčiny vzniku dětské mozkové obrny můžeme jednoduše rozdělit do tří skupin, podle období vzniku na prenatální, perinatální a postnatální (Kudláček, 2012). Etiologie je multifaktoriální, ale primárně vychází z nedonošenosti dítěte, která způsobuje těžké poruchy neuromotorického a mentálního vývoje z důvodu nezralosti mozku, a zvýšené citlivosti na toxické vlivy (Kolář, 2009).

Do prenatálních vlivů zařazují Kudláček (2012), Kolář (2009), Kraus (2004) i Lesný (1985) zejména infekční onemocnění matky v průběhu těhotenství a nedonošenost dítěte. Za nedonošené považujeme dítě s porodní váhou pod 1500 g (Kudláček, 2012). Během porodu nedonošeného dítěte dochází k průchodu křehké hlavy dítěte tvrdými porodními cestami. Dalším důvodem, proč je nedonošenost riziková, je nedokonalé vytvoření některých biologických funkcí dítěte (Kraus, 2004).

Kudláček (2012), Kolář (2009) a Kraus (2004) shodují, že také nezdravý životní styl matky (alkohol, kouření, drogy) nepříznivě ovlivňuje vývoj plodu. Dále Kolář (2009) i Lesný (1985) zmiňují jako možný, nicméně neprokázaný, faktor vzniku také dědičnost. Mezi

perinatální vlivy řadí autoři abnormální porody, při kterých může dojít k mozkovým traumatům, ischemii nebo hypoxii. Jako možnou postnatální příčinu vzniku dětské mozkové obrny řadíme rané kojenecké infekce (Kolář, 2004).

3.3 Diagnostika

V průběhu prvních 18 měsíců života dítěte se symptomy dětské mozkové obrny vyvíjejí, a není tedy možné stanovit diagnózu ihned po tom, co se objeví první příznaky. Samotná diagnóza nepředpoví přesný průběh vývoje dítěte (Kudláček, 2012). Anamnéza abnormalit z průběhu těhotenství, porodu a novorozeneckého období může tvořit podporu pro diagnostiku v případě, že došlo k předčasnému porodu či prokazatelným encefalopatiím (Kraus, 2004).

Neexistuje přesný způsob, jak dětskou mozkovou obrnu spolehlivě diagnostikovat. Standardní test pro diagnostiku dětské mozkové obrny není sestaven. Lékař musí mít znalost normálního vývoje a jeho variability, jen tak jednoznačně vyhodnotí patologii tohoto vývoje. Zobrazovací metody, například elektromyografie, mohou diagnózu potvrdit a napomoci při odlišení jiných diagnóz, které se projevují podobně jako některé formy dětské mozkové obrny (Kraus, 2004).

U novorozence lze pozorovat změny v chování a projevech dítěte. Dítě je buď pasivní, nechce přijímat potravu a dochází k útlumu reflexů (apatický syndrom), nebo naopak na podněty reaguje vysoce dráždivě třesem nebo pláčem (hyperexcitabilní syndrom). Dle změn svalového napětí rozlišujeme syndrom hypertonický, který se typicky pojí s hyperexcitabilním syndromem, a syndrom hypotonický pojící se se syndromem apatickým (Ošlejšková, 2008).

U dětí v kojeneckém věku pozorujeme centrální koordinační nebo tonusové poruchy (pohybové abnormality). Dochází k přetrvávání novorozeneckých reflexů, které zabraňují vývoji fyziologických vzpřimovacích reflexů. Často se generalizovaná hypotonie postupně mění ve spasticitu. V závažnějších případech se objevuje opoždění lokomočního a posturálního vývoje. Některé abnormity mohou časem odeznít (Ošlejšková, 2008). V polohových testech získáváme patologické odpovědi (Kraus, 2004).

V batolecím věku dítě pozorujeme při hře. Díky tomuto sledování získáme ucelené informace o jeho jemné i hrubé motorice, symetrii a také soustředění a schopnosti řešit úkoly. Jednoznačně rozpoznáme spasticitu (Ošlejšková, 2008).

3.4 Klasifikace

Dětská mozková obrna postihuje hybnost a posturu na základě neprogresivního poškození nebo léze nezralého mozku. Defekty se vyvíjejí, vzniká jizvení nebo atrofie. Léze mozku způsobující dětskou mozkovou obrnu se projevují jednotlivými syndromy. Příznaky dětské mozkové obrny se v průběhu času mění především v muskuloskeletální oblasti (Kraus, 2004).

Klasifikace dětské mozkové obrny není neměnná. Ke změnám docházelo v jednotlivých historických obdobích a záviselo na potřebách dané společnosti, dále i na kvalitě zdravotní péče a možnostech diagnostiky. Po 2. světové válce došlo ke snížení úmrtnosti novorozenců s poškozením mozku a vznikla tedy potřeba ucelené kvalifikace. První jednodušší kvalifikace vznikla zásluhou MUDr. Lesného v roce 1952 (Cibochová, 2003).

Ošlejšková (2008) a Kudláček (2012) se v klasifikaci dětské mozkové obrny shodují na základním rozdělení na formy spastické a nespastické. Do spastických řadí formu diparetickou, hemiparetickou a kvadruparetickou a do nespastických formu hypotonickou a dyskinetickou. Opatřilová (2003) přidává ke spastickým formám formu paukospastickou diparetickou a k nespastickým formu mozečkovou. Lesného (1985) klasifikace je totožná jako klasifikace Kudláčka a přidává k základním formám ještě nevyhraněné syndromy. Kraus (2004) se se svou klasifikací od ostatních autorů výrazně odlišuje. Dělí totiž dětskou mozkovou obrnu na formu hemiparetickou, bilaterální, dyskinetickou, cerebrální, smíšenou a neobvyklou. Do hemiparetických forem řadí kongenitální hemiparézu a získanou hemiparézu a do bilaterálních forem diparetickou formu, ataktickou diparézu, triparetickou formu a kvadruparézu. Pro potřeby této diplomové práce se budeme řídit klasifikací podle Kudláčka (2012).

Spastické formy jsou forma diparetická, hemiparetická a kvadruparetická. Diparetická forma je nejčastější formou dětské mozkové obrny. Postižení dolních končetin bývá výraznější, než postižení horních končetin (Kolář, 2009). Diparetická forma vzniká následkem poškození mozkových struktur v oblasti temene. Tato poškození bývají zapříčiněna předčasným porodem nebo krvácením do mozku (Opatřilová, 2003). Patrný je hypertonus svalů dolních končetin současně se zhoršenou koordinací jemných pohybů horních končetin (Ošlejšková, 2008). Pokud je jedinec schopen chůze, tak je nůžkovitá, po špičkách a kyčelní klouby jsou addukovány a ve flexi (Cibochová, 2003). Chůze bývá kolébavá z důvodu narušení rovnováhy (Opatřilová, 2003). U pacientů s diparetickou formou dětské mozkové obrny se mohou vyskytovat tonicko-klonické záchvaty, strabismus či řečové defekty s opožděním vývoje řeči (Ošlejšková, 2008). Intelektové schopnosti bývají obvykle zachovalé (Kraus, 2004).

Hemiparetická forma postihuje jednu polovinu těla. Změny nacházíme na protilehlé hemisféře předního mozku například z důvodu atrofie laloků či vrozeného nevyvinutí části mozku (Opatřilová, 2003). Diagnostikovat hemiparetickou formu je obvykle možné kolem 5. měsíce věku dítěte, kdy dochází k jednostranným pokusům o úchop (Kraus, 2004). Postižené končetiny mají opožděný růst, to vede ke vzniku skolióz (Ošlejšková, 2008). Paže postižené horní končetiny bývá v abdukci a rotovaná směrem dovnitř. Zápěstí je ve flexi a prsty v extenzi, palec je v addukčním postavení. Hybnost tváře bývá zachována. Nejvýraznější komplikací bývá epilepsie, která se vyskytuje až u 44 % pacientů, dále mentální postižení, které postihuje až 50 % pacientů. Objevují se specifické poruchy učení, poruchy řeči, strabismus a někdy i atrofie zrakového nervu (Kraus, 2004).

Kvadruparetická forma je nejzávažnější formou dětské mozkové obrny. Projevuje se zvýšením svalového tonu a rigiditou při flexi a extenzi končetin. Téměř vždy je tato forma doprovázena těžkou mentální retardací a mikrocefalií. Pacienti s kvadruparetickou formou dětské mozkové obrny bývají zcela závislí na pomoci ostatních (Kraus, 2004). Horní končetiny bývají postiženy více než dolní. Kyčle, kolena i kotníky jsou addukovány ve flexi. Většinou dolní končetiny nelze natáhnout. Značné obtíže činí pacientům artikulace a polykání, dochází k nadměrné salivaci. Až u poloviny pacientů se vyskytuje optická atrofie a vyskytují se epileptické záchvaty (Ošlejšková, 2008).

Nespastické formy jsou forma dyskinetická a hypotonická. Dyskinetická forma se typicky projevuje mimovolními pohyby. Tyto pohyby jsou různého druhu: atetonické (vlnité), choreatické (drobné rychlé), balistické (prudké), myoklonické (drobné pohyby jednotlivých svalových snopců). Pro dyskinetickou formu je typický vývoj dyskinéz, které se vyvíjejí z hypotonie (častěji) nebo hypertonie (Opatřilová, 2003). Finální obraz dyskinetické formy se objevuje až do 3. roku věku dítěte. Horní i dolní končetiny jsou atetonické, chůze je velmi obtížná. Mentální postižení obvykle není přítomno, epilepsie není příliš častá, objevují se poruchy jemné motoriky a strabismus (Kraus, 2004).

Hypotonická forma není častá (Ošlejšková, 2008). Mění se v důsledku zrání mozku dítěte do 3. roku věku. Dominuje oslabení svalového tonu trupu a končetin. (Opatřilová, 2003). Během vývoje se obvykle změní v některou ze spastických forem (Kudláček, 2012). Je způsobena rozsáhlými malformacemi mozku. U některých pacientů se objevuje selektivní postižení kmenových jader s oftalmoplegií, absencí dávivého reflexu či ptózou (poklesem očního víčka) (Kraus, 2004).

3.5 Poruchy hybnosti

Poruchy hybnosti jsou nejčastější obtíží při dětské mozkové obrně. Jedná se o narušení v oblasti jemné i hrubé motoriky, dochází i k narušení řeči a grafomotoriky (Milichovský, 2010). Dětská mozková obrna má velký vliv na svalový tonus. Tonus kosterního svalstva řídí centrální nervový systém, který bývá při onemocnění narušen. Proto dochází k odchýlkám od normálního svalového tonu směrem k vyššímu nebo nižšímu tonu (Opatřilová, 2003).

Z neurologického hlediska rozlišujeme spasticitu, hypotonii a dyskinezi. Spasticita se projevuje zvýšením svalového tonu. Možnost pohybu je omezena. Horní končetiny bývají ve flexi, dolní naopak v extenzi. Při hypotonii je svalový tonus naopak snížen. Končetiny se jeví jako ochablé až bezvládné, reflexy jsou sníženy. Postupně vznikají atrofie a dochází k úbytku svalů z důvodu nedostatečných nervových podnětů. Hypotonii často doprovází poruchy citlivosti (Milichovský, 2010). Klouby je možné pasivně ohnout do velkých úhlů. Hypotonie bývá pouze přechodným stádiem dětské mozkové obrny, později se mění ve spastickou nebo dyskinetickou formu (Kolář, 2009). Při dyskinezi dochází k nepotlačitelným mimovolním pohybům, které mohou být atetonické, choreatické, balistické, myoklinické nebo rigidní (Milichovský, 2010).

3.6 Léčebná rehabilitace

Podmínkou pro co největší efektivitu léčby dětské mozkové obrny je na prvním místě zahájení léčby ihned po diagnostikování onemocnění a na druhém, ale ne méně důležitém, místě je interdisciplinarita, tedy spolupráce rodiny, odborných lékařů, psychologa, fyzioterapeuta, speciálního pedagoga. V raném věku začínáme různými formami léčebné terapie, ve školním věku nastupuje rozvoj jemné motoriky, grafomotoriky a rozvíjíme řeč (Milichovský, 2010).

Fyzioterapii zahajujeme již před stanovením diagnózy v případě, že sledujeme závažnější odchylky od fyziologického vývoje. První metodou, kterou využíváme obvykle tehdy, kdy dítě není ještě schopno vědomě spolupracovat, je Vojtova reflexní lokomoce. Základy této metody položil český neurolog Václav Vojta v 50. letech 20. století (Kolář, 2009). Vojta vycházel z předpokladu, že pohybové vzory jsou každému jedinci vrozené, a u osob s dětskou mozkovou obrnou je jejich rozvoj narušen z důvodu poškození mozku. Pomocí reflexní lokomoce tyto pohybové vzorce aktivujeme, abychom dítěti umožnili jejich využívání (Kudláček, 2012). Pomocí Vojtovy reflexní lokomoce dochází k přesným zásahům do periferie a tím k vyvolání přesné motorické odpovědi. Metoda je založena na aplikaci tlaku do přesně určených oblastí těla, které je ve výchozí poloze. Zóny, ve kterých je aplikován tlak, vyvolávají automatické lokomoční pohyby – reflexní plazení a otáčení. Základ tvoří tři pohybové vzorce – reflexní plazení, reflexní otáčení a vertikalizace. Výchozí polohy jsou poloha vleže na břicho, na zádech a vleže (Kolář, 2009). Vojtova reflexní lokomoce je využitelná i u dalších onemocnění a tělesných postižení. Vycházíme z testů specifických polohových reakcí a pokud jsou patologické, počítáme s ohrožením psychomotorického vývoje a zahájíme terapii. Cvičení je doporučováno čtyřikrát denně asi 10 minut (Milichovský, 2010).

Z kvalitního vyšetření vychází terapie manželů Bobathových. Při hodnocení zkoumáme, které činnosti dítě zvládá samostatně, které s dopomocí a které nedokáže (Kolář, 2009). Základ Bobath konceptu tvoří techniky facilitační a inhibiční. Cílem cvičení se stává potlačení abnormálních pohybových vzorců a vytvoření základních schémat pohybu, které odpovídají normálu (Kudláček, 2012). Terapie se prolíná s běžnými činnostmi dítěte během dne, je tedy rozhodující i role rodičů (Milichovský, 2010).

Zejména na potřeby dětí s dětskou mozkovou obrnou se zaměřuje pohybová terapie podle Petöho. Základní pilíře této terapie představuje komplexnost, cílená aktivizace a zaměření na činnosti spojené s režimem dne (Milichovský, 2010). Terapie probíhá v malých skupinách, což rozvíjí sociální vazby dětí. Děti se dále mohou učit jedno od druhého a skupinová práce má vliv

na motivaci dětí při aktivitách (Kolář, 2009). Při cvičení je využíván nábytek a další jednoduché pomůcky. Terapie je slovně i rytmicky doprovázena různými říkankami. Petöho terapie je vhodná pouze pro děti se zachovalým intelektem právě z důvodu slovního vedení (Milichovský, 2010).

U dětí s dětskou mozkovou obrnou nachází nezanedbatelné uplatnění vodoléčebné procedury. Využíváme vířivé koupele, perličkovou lázeň nebo cvičení v bazénku. Indikace závisí na věku dítěte, stupni postižení a vztahu dítěte k vodě. U většiny dětí je vodní prostředí kladně hodnoceno, protože jim umožňuje pohybové aktivity, které na souši nejsou schopny provádět. Vodoléčebné procedury doplňují ostatní rehabilitační procedury, např. léčebnou tělesnou výchovu. Samotné plavání dětí vyžaduje jejich aktivitu, na rozdíl od vodoléčby, kde byla úloha dětí pasivní. Při plavání dochází ke zvyšování kondice a psychické relaxaci. Vodorovná poloha je prospěšná pro oběhový systém a vlhkost vzduchu v prostorách bazénu pozitivně působí na dýchací systém. Zvykání si na vodu probíhá již od 2 let věku dítěte a probíhá nenásilně formou hry (Kraus, 2004).

Jako vhodné techniky při rehabilitaci dětské mozkové obrny můžeme považovat také kreativní přístupy - arteterapii a muzikoterapii. Pomocí arteterapie dítě procvičuje jemnou i hrubou motoriku a psychicky se uvolní. Jde o možnost vyjádřit vlastní tvořivost. Výtvarné techniky volíme individuálně podle hloubky postižení. Základ tvoří papír a tužka, využít můžeme prstové barvy, nástavce na tužky, pomocí drátků může dítě modelovat objekty, nebo vytvářet koláže z různých materiálů. Oblíbenou technikou je modelování z hlíny a u mladších dětí práce s plastelínou. Muzikoterapie přináší pacientům s dětskou mozkovou obrnou uvolnění spasmů a harmonizaci organismu. V případě, že má pacient možnost se aktivně zapojit vlastním hudebním projevem, prohlubuje to navíc jeho smysl pro rytmus, jemnou motoriku i sebevědomí (Kraus, 2004).

Jako vhodnou rehabilitační pomůcku uvádíme gymnastický míč, který nalézá své místo i při rehabilitaci dětí s dětskou mozkovou obrnou. U malých dětí používáme k polohování, kdy dochází k jemnému houpání a vychylování těžiště. S většími dětmi provádíme balanční cvičení (Kraus, 2004). Výhodou míče je jejich variabilní velikost, pružnost a labilita. Nestálá plocha vyvolává automatické rovnovážné reakce těla. Při cvičení tedy svaly pracují automaticky. Existují řady cviků na gymnastickém míči v různých polohách (sed, leh, stoj). Cílem těchto cvičení je stabilizace páteře a podpořit její pohyblivost i pohyblivost končetin (Kolář, 2009).

V neposlední řadě využíváme u pacientů s dětskou mozkovou obrnou zooterapeutické metody, tedy hipoterapii a canisterapii. Tyto metody již byly popsány v předchozích kapitolách.

Zajímavou možností rehabilitace dětské mozkové obrny představuje využití virtuální reality. Uměle vytvořené sensorické informace vytvořené počítačovou technologií umožňují prožívání simulující realitu. Terapie využívající virtuální realitu umožňuje získávání nových motorických dovedností, také napomáhá zachovávat dříve získané. Tyto dovednosti následně jedinec využívá v běžném životě. Hlavním cílem je zvýšit jistotu při procvičování motoriky a zapojit jedince do činností, které by v reálném životě nemohl vykonávat. Terapie zlepšuje držení těla, rovnováhu, kvalitu chůze, funkce horních končetin (Jakubowska, Kazimierska-Zajac, Nowak, 2019).

Rehabilitační metody u dětské mozkové obrny doplňuje multidisciplinární péče zaměřená na poruchy polykání a problémy s výživou (Cibochová, 2003). U spastických forem bývá indikována také ortopedická terapie. Většina zásahů se týká dolních končetin, protože cílem je možnost vertikalizovat pacienta, umožnit mu chůzi a sebeobsluhu. U pacientů se závažnějším stupněm postižení se snažíme jim umožnit samostatnost při samostatné hygieně na lůžku či v sedu. Ortopedické operace dělíme dle operovaného segmentu na operace svalů a šlach, kloubů, kostí. U některých forem s vysokou spasticitou je možné využít neurochirurgickou léčbu. Jedná se o selektivní dorzální rizotomii, při níž dojde k přerušení asi poloviny vláken zadních míšních kořenů, což ovlivní spasticitu. Jde o náročný zákrok a jedním z mnoha rizik je ztráta citlivosti či impotence (Kolář, 2009).

Při terapii dětské mozkové obrny je také možné injekčně aplikovat pacientům botulotoxin, který napomáhá snižovat spasticitu. Dochází tak ke zlepšení hrubé motoriky dolních i horních končetin. Zvyšuje se rozsah pohybu kolenního a hlezenního kloubu a rozsah pohybu postižené ruky. Zároveň to ale neznamená automatický pokrok v manuálních dovednostech (Kudláček, 2012).

Rehabilitace se zabývá všemi oblastmi života osoby s dětskou mozkovou obrnou. Zaměřuje se primárně na samostatnost a soběstačnost jedince a využívá k tomu nejrůznější nástroje od fyzioterapie, přes ergoterapii a zooterapii po umělecké terapie. Ke cvičení využíváme nejrůznější pomůcky, například gymnastické míče a jako vhodné se jeví využití vodního prostředí. Poměrně novou možností představuje využití virtuální reality při rehabilitaci osob s dětskou mozkovou obrnou. Pozornost věnujeme přidruženým obtížím s polykáním nebo

artikulací. Propojením ortopedické operace a následně vhodně zvolené rehabilitace lze u některých osob docílit i samostatné chůze a sebeobsluhy.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Úvod do problematiky

Praktická část této diplomové práce je zaměřena na zmapování zkušeností terapeutů v oblasti canisterapie a hipoterapie v České republice o propojování těchto terapií u osob s dětskou mozkovou obrnou. Praktická část plynule navazuje na teoretická východiska, která podávají ucelený pohled na dílčí části zmíněné problematiky, tedy na canisterapii, hipoterapii a dětskou mozkovou obrnu. Teoretická část je podložena odbornou literaturou, která se těmito oblastem věnuje, ať už je to literatura speciálněpedagogická nebo lékařská.

V rámci praktické části jsme pomocí dotazníků s otevřenými otázkami oslovili terapeuty a zjišťovali jejich zkušenosti s propojením canisterapie a hipoterapie u osob s dětskou mozkovou obrnou a zda vůbec k něčemu takovému v České republice dochází. Druh dětské mozkové obrny nebyl v tomto případě specifikován, zabývali jsme se všemi osobami s tímto postižením. Ptali jsme se, jestli je nastavený systém, v němž by si hipoterapeuti a canisterapeuti navzájem předávali poznatky z proběhlých terapeutických jednotek. Zajímaly nás případy, v nichž je pro klienta vhodnější využití pouze jedné z terapií.

Vhodnost jednotlivých terapií při rehabilitaci dětské mozkové obrny dokazují nejen autoři, které citujeme v teoretické části, ale také české i zahraniční výzkumy. Vybrali jsme dva výzkumy zaměřující se na canisterapii a tři výzkumy zaměřené na hipoterapii, na kterých doložíme náš výzkum. Všech pět těchto výzkumů se týká osob s dětskou mozkovou obrnou.

Jeden z výzkumů věnujících se canisterapii srovnává stavy dětí s dětskou mozkovou obrnou před a po jednotce canisterapie. Tento výzkum provedla v r. 2011 v rámci své diplomové práce Trefilíková. Po pozorování sice nenachází žádné změny v oblasti hrubé motoriky, u klientů ale došlo ke zklidnění a zlepšení nálady. Pes jedince motivoval k činnosti, při kterých zapojují jemnou motoriku i k aktivitám řečovým.

Druhý, na canisterapii orientovaný, výzkum provedly Lejčarová a Skálová v roce 2009. Pomocí techniky zúčastněného sledování zjišťovaly, zda bude chlapec s dyskinetickou formou dětské mozkové obrny schopen relaxovat v průběhu jednotky canisterapie a jestli pravidelné terapie trvalelepší jeho stav. Výzkumnice prováděly pozorování v průběhu deseti týdnů, přičemž intenzita canisterapeutických lekcí byla 1x týdně. Díky terapii se snížil počet dyskinéz a terapie přispěla k celkové relaxaci a uvolnění svalového napětí. Tyto výsledky ale neměly

dlouhodobé trvání, proto výzkumnice doporučují dlouhodobé a pravidelné canisterapeutické působení.

Výzkum z roku 2004 Casadyho a Nichols-Larsenové byl zacílen na zjištění, zda má hipoterapie pozitivní vliv na funkci motorických dovedností dětí. Výzkumu se zúčastnilo 11 dětí, jejichž primární diagnóza byla dětská mozková obrna. Podmínkou bylo, že účastníci nesměli nikdy předtím absolvovat hipoterapii. Na počátku výzkumu proběhly dva pre-testy, po nichž následovalo 10 týdnů, během nichž probíhala 1x týdně hipoterapie. Týden po ukončení terapie proběhl post-test, který byl zopakován po dalších 10 týdnech. Výzkumníci zjistili, že hipoterapie má pozitivní vliv na motoriku osob s dětskou mozkovou obrnou.

Strashko, Kaputianska a Bobyрева prováděli svůj výzkum v roce 2016 s 36 dětmi se spastickou formou dětské mozkové obrny. Během 10-12 dní účastníci výzkumu absolvovali dvě jednotky hipoterapie, probíhající ráno a večer po 30 minutách. Výzkumníci tímto dokázali, že hipoterapie má pozitivní vliv na svalový tonus a dovednosti získané během terapie mohou být dobrým základem pro nácvik chůze.

Posledním výzkumem, kterým doložíme vhodnost jednotlivých terapií pro osoby s dětskou mozkovou obrnou je výzkum, který prováděli Champagne, Corriveau a Dugas v roce 2017. Do výzkumu bylo zapojeno 13 dětí ve věku 4 až 12 let s dětskou mozkovou obrnou. Do studie nebyly vybrány děti, které již měly předchozí zkušenosti s hipoterapií. Všechny děti, vybrané do výzkumného šetření, byly schopny chůze. Účastníci výzkumu byli sledováni po dobu 23 týdnů. Testování proběhlo dvakrát na začátku, pro stanovení základních hodnot, další testování proběhlo po 10týdenním programu terapie a poslední 10 týdnů po ukončení terapie. Každý účastník výzkumu absolvoval 1x týdně jednotku hipoterapie, která trvala 30 minut, po dobu 10 týdnů. Děti navíc pokaždé strávily 30 minut přípravou koně, krmením či čištěním. Při každé terapii strávily děti průměrně 77 % času v pohybu, ve zbylém čase docházelo k polohování. Při testování po absolvování programu výzkumníci zjistili změnu stavu v oblastech hrubé i jemné motoriky, bilaterální koordinace a koordinace horních končetin.

Přestože jsou tyto výzkumy kvalitativně zaměřeny, dokládají, že canisterapie i hipoterapie může výrazně napomoci klientům s dětskou mozkovou obrnou v různých oblastech od jemné a hrubé motoriky až po oblast psychické pohody. Proto předpokládáme, že propojení těchto terapií by mohlo mít výrazně více pozitivní vliv na tyto klienty.

5 Výzkumný cíl a hypotézy výzkumu

Výzkumný cíl a následně hypotézy výzkumu jsme vytyčili v návaznosti na výše zmíněné výzkumy a teoretickou část diplomové práce.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda v České republice existuje možnost propojení canisterapie a hipoterapie při rehabilitaci osob s dětskou mozkovou obrnou.

Hypotézy výzkumu byly vytyčeny následovně:

H₁: V České republice běžně dochází k propojení canisterapie a hipoterapie u osob s dětskou mozkovou obrnou.

H₂: Canisterapeuti a hipoterapeuti si navzájem předávají poznatky a spolupracují spolu.

H₃: Z pohledu terapeutů je pro klienty je výhodnější využití obou terapií než pouze jedné.

6 Metodologie výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo formou kvantitativního výzkumu. Konkrétní výzkumnou metodou se stal dotazník s otevřenými otázkami.

Kvantitativní výzkum lze definovat jako činnost, která je systematická a záměrná. Tato činnost vede k empirickému zkoumání hypotéz, které lze ověřit, testovat, či verifikovat (Chráska, 2016). V kvantitativním výzkumu lze získávat výsledky pomocí statistických postupů (Svoboda, 2012). Výzkum se zaměřuje obvykle na jeden problém. Řešení problému probíhá postupným napojováním činností, které se navzájem propojují. Základní postup začíná stanovením problému, následuje formulace hypotéz, na které navazuje jejich testování, na závěr jsou vyvozeny a prezentovány výsledky výzkumu (Chráska, 2016). Tetováním ověřujeme hypotézy, a určujeme tak, zda jsou pravdivé a zda je lze zevšeobecnit (Zháněl, Hellebrandt, Sebera, 2014).

Kvantitativní výzkum využívá metodu dedukce. Dospějeme k novým závěrům pomocí zkoumání ověřených poznatků. Jde o postup od všeobecného k jednotlivému. Tento postup zahajujeme studiem teorie o dané problematice, na základě toho vytyčíme hypotézy. Následně provedeme pozorování následované testováním hypotéz a v závěru interpretujeme data a poznatky zevšeobecníme (Zháněl, Hellebrandt, Sebera, 2014).

Výzkumné šetření probíhalo na úrovni předvýzkumu. Předvýzkum je zmenšený model vlastního výzkumu, který obsahuje všechny hlavní fáze. Pro nižší počet respondentů nelze výsledky zobecnit (Chráska, 2016).

Dotazník je hojně užívaná výzkumná metoda, která slouží ke sběru dat. Je užívaný v pedagogických, sociologických, demografických i dalších výzkumech, které se zabývají člověkem. Pomocí dotazníku zjišťujeme data o respondentovi, jeho názory a postoje k zadaným tématům (Skutil, 2011). Dotazník tvoří soustava předpřipravených otázek, které jsou jednoznačně formulovány a promyšleně seřazeny. Na dotazník respondent odpovídá písemně (Chráska, 2016).

Výhodou dotazníku je především ekonomická nenáročnost a jeho snadná a rychlá administrace, možnost oslovit velký počet respondentů v krátkém čase a anonymita respondentů. Nevýhodou může být zjednodušení reality v jednotlivých položkách dotazníku, možnost vyhnout se některým otázkám. Dále respondent nemůže výzkumníkovi svoji odpověď

dovysvětlit a odůvodnit a ani výzkumník nemůže zadanou otázku více rozvést (zejména v případě neosobní distribuce dotazníků) (Skutil, 2011).

Položky v dotazníku dělíme na otevřené a uzavřené. Otevřené otázky nenabízí respondentovi žádné možné odpovědi. Volnost odpovědí může ztížit vyhodnocování těchto otázek. Při větším počtu respondentů je nutno tyto odpovědi kategorizovat, vhodnější je proto užití otevřených otázek v předvýzkumu. Možnost lépe postihnout mínění respondentů je nespornou výhodou otevřených otázek, to ovšem závisí na ochotě respondentů odpovídat na položené otázky. Uzavřené položky nabízejí respondentům určitý počet předem připravených odpovědí. Nevýhoda spočívá v omezené možnosti odpovědět pouze v rámci nabídnutých možností. Uzavřené položky dělíme na dichotomické (pouze odpověď ano-ne) a polytomické (více než dvě možnosti). Kategorie odpovědí by neměly být příliš početné, ale měly by vyčerpat všechny možnosti (Chráška, 2016). V našem výzkumném šetření jsme využili položky otevřené.

Dle obsahu dělíme položky v dotazníku na položky zjišťující fakta, položky zjišťující vědomosti a znalosti a položky zjišťující názory a mínění respondentů (Svoboda, 2012). Položky zjišťující fakta jsou pro respondenty nenáročné a volíme je často v úvodní části dotazníku. Položky zjišťující znalosti nesmí vzbudit v respondentovi dojem, že se snažíme zjistit, co neví, proto tyto položky musíme opatrně formulovat. Položky, které zjišťují názory a mínění respondentů jsou citlivé na formulaci, protože v těchto položkách se nesmí objevovat postoje autora dotazníku. U těchto položek často volíme projektivní otázky, kdy se neptáme na názor přímo respondenta, ale na názor skupiny lidí, kam respondent patří (Chráška, 2016).

Dotazník lze rozdělit do tří částí: vstupní, hlavní, závěrečné. Ve vstupní části dotazníku se nachází pokyny k vyplnění, k čemu dotazník slouží, informace o anonymitě výsledků a nenachází se zde žádné otázky. Ty se nalézají v hlavní části dotazníku. Začíná se obvykle identifikačními otázkami o pohlaví, věku, vzdělání. Následují otázky, které se týkají samotného výzkumného šetření. Na začátek se doporučuje volit jednodušší otázky, složitější uprostřed a zakončit dotazník opět jednoduššími otázkami. Závěrečnou část dotazníku tvoří poděkování respondentovi za jeho čas, který věnoval vyplňování (Skutil, 2011).

Tvorba vhodného dotazníku se řídí několika zásadami, jimiž bychom se měli řídit. Položky dotazníku musí být všem respondentům srozumitelné a také co nejstručnější. Respektujeme věk a vzdělání potenciálních respondentů a podle toho volíme formulaci otázek. Položky musí být vyjádřeny jednoznačně. V dotazníku bychom se měli ptát jen na údaje, které potřebujeme

pro výzkum a které nezjistíme jinou cestou. Sugestivní formulace položek by se v dotazníku objevovat neměla. Pouze motivovaní respondenti mohou kvalitně vyplnit dotazník, motivaci lze zvýšit vysvětlením smyslu výzkumného šetření. K dotazníku připojujeme jasné pokyny k vyplnění. Při řazení položek přednostně užíváme psychologické hledisko před logickým. Někdy se využívá technika nálevky, která spočívá v tom, že soubor otázek začíná od nejobecnějších otázek po konkrétnější. Opačný způsob, technika převrácené nálevky, řadí otázky od nejkonkrétnějších k nejširším (Chráska, 2016).

Existuje několik možností, jak lze dotazníky distribuovat mezi respondenty. První z nich je osobní předávání dotazníků respondentům. V tomto případě je možné odpovědět na dotazy a vyhnout se nepochopení některých položek dotazníku (Skutil, 2011). Tuto možnost lze využít ve výzkumu v rámci jedné instituce (např. školy). Návratnost tohoto způsobu je téměř 100% (Chráska, 2016). Další možností je zadání dotazníků druhou osobou. U této možnosti je návratnost dotazníků poměrně vysoká, dosahující někdy až 100 %. Posledním způsobem, jak distribuovat dotazníky je zasílání e-mailem nebo poštou (Skutil, 2011). Návratnost je velmi nízká v rozmezí 30 % až 60 % (Chráska, 2016). Vhodně formulovaný průvodní dopis může návratnost navýšit. Průvodní dopis by měl být adresován přímo respondentovi, jasně a srozumitelně vysvětlovat, jaký je cíl dotazníku. Dále je vhodné nabídnout respondentovi seznámení s výsledky výzkumu. V závěru by měl výzkumník poděkovat za spolupráci, podepsat se a přidat na sebe kontakt (Skutil, 2011).

7 Charakteristika výzkumného vzorku a průběh výzkumu

Do výzkumu bylo vybráno celkem 41 terapeutů, z toho 21 canisterapeutů a 20 hipoterapeutů. Výběr canisterapeutů proběhl z webových stránek spolku Aura canis, z. s., který se zabývá zooterapií a expresivními terapiemi, ze seznamu kontaktů jejich terapeutů byli vybráni ti, kteří se zabývají canisterapií (ostatní, zde uvedení terapeuti byli zaměřeni na felinoterapii). Hipoterapeuti byli vybráni z kontaktů na jednotlivá střediska na webových stránkách České hiporehabilitační společnosti. Ze seznamu byla vyřazena střediska zabývající se jinou cílovou skupinou klientů.

Dotazníky byly rozesílány pomocí e-mailu. V textu zprávy bylo terapeutům vysvětleno, o jaký výzkum se jedná, k jakému účelu jejich odpovědi budou použity. Přítomno bylo poděkování za ochotu při odpovídání. V příloze e-mailu se nacházel samotný dotazník sestávající se ze 7 jednoduchých otázek s otevřenou odpovědí. Dotazníky byly rozesílány třikrát, poprvé 3. 12. 2019, druhá vlna proběhla 16. 12. 2019 a naposledy 2. 3. 2020. Průvodní dopis i dotazník jsou k dispozici v přílohách.

8 Analýza a interpretace získaných dat

Na e-mailly zareagovalo 51 % terapeutů, tedy 21. Z tohoto počtu se jednalo o 11 canisterapeutů a 10 hipoterapeutů. Odpovědi na položku dotazníku, která se tázala na běžnost propojení canisterapie a hipoterapie, všech 11 canisterapeutů byly negativní a v návaznosti na tuto skutečnost již neodpovídali na další položky. 30 % hipoterapeutů vyplnilo celý dotazník a vyjádření zbývajících 70 % bylo obdobné jako odpovědi canisterapeutů, tedy, že nemají zkušenosti s propojením canisterapie a hipoterapie. V návaznosti na tyto skutečnosti budeme interpretovat data získaná z vyplněných dotazníků od tří hipoterapeutů.

V první položce jsme se terapeutů dotazovali, zda je běžné, aby klienti s dětskou mozkovou obrnou využívali hipoterapii i canisterapii. Většina dotazovaných odpovídala záporně, tedy, že se s tím buď nesetkali nebo že to v jejich praxi běžné není. Jedna z kladných odpovědí poukazovala na to, že u canisterapie i hipoterapie závisí zejména na kapacitních možnostech zařízení, kam klienti dochází, ale že v obecné rovině se nedá říci, že k propojování dochází běžně. V další odpovědi zaznělo, že k propojení těchto dvou terapií dochází na intenzivních týdenních pobytech klientů, během kterých klienti 2x denně absolvují hipoterapii. Jedna terapeutka neměla přímou zkušenost s propojením těchto terapií, sdělila nám ale, že některá hiporehabilitační centra takto pracují při intenzivních pobytech, čímž dokládá odpověď předchozí hipoterapeutky.

Druhá položka byla zaměřena na změny psychického a fyzického stavu u klientů, kteří využívají současně hipoterapii a canisterapii. Otázka se zaměřovala na to, zda u těchto klientů jsou změny významnější než u klientů, kteří využívají pouze jednu z terapií. V návaznosti na záporné odpovědi většiny respondentů na první položku můžeme vyhodnocovat pouze zbývajících vyplněných dotazníků. Jedna z odpovědí byla záporná, terapeutka nepozorovala u klientů výraznější změny. Další terapeutka neměla s přímou zkušenost, a tedy nemohla vyhodnotit sledované změny. Poslední odpověď byla kladná, doplněná o podmínku, že obě terapie musí být vhodně nakombinovány a následkem toho jsou pozorovatelné větší změny.

Třetí položka se zaměřila na konkretizaci změn, které je u klientů možné vysledovat, pokud terapie kombinují. Jedna z odpovědí se odkazovala na nulovou osobní zkušenost. Druhá vyzdvihla podobnost obou terapií, při kterých se zvířata mohou doplňovat. Třetí terapeutka nám sdělila, že pokud se klient uvolní při canisterapii, pak má lepší kontakt s terapeutem a dochází

k lepší spolupráci, což je dále využitelné při hipoterapii. Dobrou kombinaci vidí u klientů se spastickou formou dětské mozkové obrny, u kterých nejprve dojde k relaxaci během canisterapie a ta je doplněna aktivitou při hipoterapii.

Čtvrtá otázka se věnovala důvodům, pro doporučení pouze jedné z terapií. V tomto bodě terapeuti zmiňovali rizika v případě přidružených onemocnění, například epilepsie. Dalším důvodem by mohl být neodbouratelný strach ze zvířete (koně nebo psa) v takové případě nelze jednu nebo druhou terapii doporučit, ani praktikovat.

V páté položce jsme se respondentů dotazovali, jak je možné canisterapii a hipoterapii účinně propojit. Smyslem této položky bylo zjistit možnosti vhodného kombinování tak, aby to bylo pro klienty co nejvíce prospěšné. Jedna z odpovědí naznačovala koncept, při kterém by během hipoterapie docházelo k rozvoji hrubé motoriky a následně při canisterapii k rozvoji jemné motoriky. Další odpověď byla podložena vlastní zkušeností hipoterapeutky z týdenních pobytů, během kterých klienti absolvují během jednoho dne dvě jednotky hipoterapie a jednu canisterapie. Vhodně rozkládají terapie během dne podle individuálních požadavků klienta a tak, aby na konci týdne splnili terapeutický cíl. Jako příklad uvádí uvolnění spastických svalů během canisterapie a následné zařazení hipoterapie, při níž je klient díky předchozí relaxaci schopen kvalitnější polohy na koni a můžeme během hipoterapie dosáhnout lepších výsledků.

Pro kvalitní a efektivní propojení hipoterapie a canisterapie považujeme za důležité vytvořit systém poznatků a spolupráce mezi canisterapeuty a hipoterapeuty. Zda něco podobného existuje jsme zjišťovali v předposlední položce. Zde se respondenti shodli na tom, že takový systém neexistuje.

Poslední položka byla doplňková, zabývala se možností, zda jedno zvíře může napomoci klientovi odbourat strach z jiného zvířete. Konkrétně byla otázka zaměřena na klientův strach z koně, který by pomohl zmírnit vztah klienta se psem založený na důvěře. Pokud by klient viděl, že se pes pohybuje kolem koně a kůň mu nic nedělá, možná by časem byl schopen se ke koni přiblížit. Začít s hlazením a tím pádem procvičováním jemné motoriky a postupně využívat i hipoterapii ze hřbetu koně. Podmínkou je, že pro klienta tato terapie bude prospěšná a že nemá jiné kontraindikace, znemožňující mu tuto terapii. Terapeuti se, dle svých odpovědí, domnívají, že je to v zásadě možné. Dodávají, že je nutné dobré vedení terapeutem. Záleží také na samotném klientovi, zda by toho byl schopený, protože reakce na psa a na koně bývají odlišné.

Z daných odpovědí vyplívá, že propojovat hipoterapii a canisterapii lze. Je k tomu potřeba kvalitního vedení terapeutu a promyšlení plánu terapie pro konkrétní klienty. Nejvíce se

k oběma terapiím klienti dostávají na intenzivních pobytech, kde je prostor pro absolvování terapií několikrát denně. Také záleží na materiálním vybavení daných subjektů.

Zdá se, že pokud dochází k propojování canisterapie a hipoterapie, tak cílem canisterapie je zklidnit a uvolnit klienta před větší aktivitou a při hipoterapii sledujeme fyzioterapeutické cíle, které jsou snáze dosažitelné díky zrelaxování klienta v předchozí terapii.

Vzhledem k nevelkému počtu vyplněných dotazníků nelze odpovědi zobecňovat, ale na tomto vzorku vidíme, kde má tato oblast své rezervy. Ze skutečnosti, že žádný z oslovených canisterapeutů nebyl schopen dotazník vyplnit, usuzujeme, že je zde prostor pro zlepšení v komunikaci mezi terapeuty.

9 Výsledky

V této kapitole se nejprve vyjádříme k výsledkům a informacím, které se vztahují k jednotlivým hypotézám. Dále vyhodnotíme cíl našeho výzkumného šetření.

H₁: V České republice běžně dochází k propojení canisterapie a hipoterapie u osob s dětskou mozkovou obrnou.

Během analýzy získaných dat jsme zjistili, že 100 % odpovídajících canisterapeutů a 70 % hipoterapeutů nemá žádné zkušenosti s propojováním canisterapie a hipoterapie, nebo to nepovažuje za něco běžného. Terapeuti se shodovali na tom, že k propojení dochází pouze na intenzivních pobytech klientů, kde je těmto terapiím vyhrazený dostatečný prostor a v návaznosti na terapeutické cíle zde dochází k efektivnímu kombinování canisterapie s hipoterapií, přičemž se tyto dvě terapie účinně doplňují. Klientům tedy terapie přináší lepší užitek než při využívání pouze jedné z terapií.

Hypotézu H₁, že je propojení canisterapie a hipoterapie při rehabilitaci osob s dětskou mozkovou obrnou v České republice je běžné, nelze, vzhledem k získaným datům, potvrdit.

H₂: Canisterapeuti a hipoterapeuti si navzájem předávají poznatky a spolupracují spolu.

Z odpovědí terapeutů vyplívá, že takový systém není nastavený. Jednotliví terapeuti odpovídali na příslušnou položku v dotazníku totožně, proto z toho lze usoudit, že si mezi sebou získané poznatky nepředávají a spolupráce v tomto kontextu není nastavena.

Hypotéza H₂, že si canisterapeuti a hipoterapeuti navzájem předávají poznatky a dochází k jejich spolupráci, byla tímto vyvrácena.

H₃: Z pohledu terapeutů je pro klienty je výhodnější využití obou terapií než pouze jedné.

K vyhodnocení hypotézy H₃ je třeba zanalyzovat čtyři dotazníkové položky. V návaznosti na odpovědi terapeutů můžeme říci, že terapeuti u klientů, kteří využívají canisterapii i hipoterapii, pozorují významnější změny fyzického i psychického stavu než u těch, kteří tyto terapie nepropojují. Nutno říci, že vzájemná propojenost musí vycházet z terapeutického plánu a nesmí k ní dojít náhodně. U dětských klientů napomáhá kontakt se psem k lepší spolupráci s terapeutem, tato skutečnost se promítá i do průběhu hipoterapie. Možnost propojit canisterapii a hipoterapii vylučují možné kontraindikace klientů, například epilepsie či nepřekonatelný strach z některého zvířete.

Hypotézu H₃ z výše uvedených důvodů potvrzujeme. Dle sdělení terapeutů je pro klienty výhodnější propojit tyto terapie.

Výzkumem jsme zjišťovali, zda v České republice existuje možnost propojit canisterapii a hipoterapii při rehabilitaci osob s dětskou mozkovou obrnou. Výsledkem výzkumu je, že tato možnost v České republice existuje. Dle vyjádření terapeutů ke kombinování canisterapie a hipoterapie dochází při intenzivních pobytech klientů, jinou možnost jsme nezjistili. Domníváme se, ale, že by k tomu mohlo docházet i mimo tyto pobyty, k tomu by bylo potřeba vytvořit systém k předávání poznatků a zkušeností. Následně by bylo možné, aby hipoterapeut a canisterapeut vytvořili terapeutický plán přímo pro klienta, během kterého by klient absolvoval střídavě obě terapie a ty by na sebe navazovaly.

Vzhledem k počtu respondentů, kteří nám byli ochotni nebo schopni zodpovědět všechny dotazníkové položky, nelze výsledky hypotéz zobecnit pro celou Českou republiku. Naše šetření je předvýzkumem, který dává možnost dalším výzkumníkům k podrobnějšímu kvalitativnímu výzkumu.

10 Diskuse

Praktická část diplomové práce vychází z poznatků autorů teoretické části. Z prostudované odborné literatury na téma canisterapie a hipoterapie je zřejmé, že obě tyto terapie jsou pro osoby s dětskou mozkovou obrnou vhodnou metodou k rehabilitaci. Každá z těchto terapií působí jiným způsobem. Také v literatuře, která se zaměřuje na dětskou mozkovou obrnu a možnosti její rehabilitace, se můžeme dočíst, že mimo jiné terapeutické metody lze u těchto osob využít také canisterapii nebo hipoterapii.

Z následného prostudování některých výzkumů, zabývajících se problematikou canisterapie či hipoterapie vyplývá, že teoretické poznatky odborné literatury lze doložit a potvrdit i pomocí praktického testování. Ve spojitosti s těmito zjištěními vzešel předpoklad, že pro klienty s dětskou mozkovou obrnou bude přínosnější využít obě zmíněné terapie tak, aby na sebe navazovaly a sledovaly stejný terapeutický cíl.

Diplomová práce se zabývá možnostmi propojení canisterapie a hipoterapie při rehabilitaci osob s dětskou mozkovou obrnou z pohledu terapeutů jednotlivých oblastí. Věnujeme se variantě, která, dle získaných odpovědí, není příliš běžná. Přes to, že pro většinu respondentů byla tato možnost kombinování terapií zcela neznámá, vyjadřovali zaujetí nad touto problematikou. Z tohoto tedy můžeme usuzovat, že prohloubení zkušeností těchto terapeutů by mohlo vést ke zkvalitnění nabízených terapií pro klienty, a tedy k lepším výsledkům terapií.

Jeden z výzkumů, které jsme vybrali k porovnání, se zaměřuje na canisterapii s využitím metody pozorování. Trefilíková (2011) srovnávala stavy třech dětí před absolvováním canisterapie a po něm. Dvě z těchto dětí měly diagnózu dětská mozková obrna spolu s dalšími přidruženými komplikacemi (epilepsie, mentální retardace). Výzkumnice zjistila, že i klienti, kteří měli zpočátku obavy z kontaktu se psem, se časem začali na terapii těšit. Zvíře se stalo silným motivačním prvkem ke cvičení. Sledované oblasti byly hrubá motorika, jemná motorika, verbální komunikace a kladné emoce. V oblasti hrubé motoriky sice nenastaly u dětí výraznější změny, ale pozitivní působení psa spočívalo v motivaci k pohybu a k provádění i fyzicky náročnějších cvičení. Při nácviku jemné motoriky děti psa česaly, hladily, zapínaly obojek, připínali vodítko k obojku a prováděly další činnosti vyžadující jistou obratnost, trpělivost a koordinaci pohybů. Dle výsledků Trefilíkové došlo v této oblasti ke zlepšení kvality úchopů a k uvolnění svalového tonu. Terapie u dětí podněcovala verbální vyjadřování směrem ke psovi. Děti si osvojily jak nové pojmy (vodítko, postroj, granule), tak se zlepšila jejich schopnost

artikulace. Přítomnost psa vyvolávala u dětí smích, zklidnění, uvolnění a radost. Výzkumnice u všech sledovaných pozorovala kladné emoční naladění přetrvávající i po skončení terapie.

Druhý výzkum, který byl zaměřený na působení canisterapie, sledoval dítě s dyskinetickou formou dětské mozkové obrny. Výzkumnice Lejčarová a Skálová (2009) sledovaly, zda bude dítě schopno v průběhu jednotky canisterapie relaxovat, zda dojde k uvolnění jeho svalového napětí a zda dlouhodobé opakování canisterapie zlepší stav dítěte. Metodou výzkumu bylo zúčastněné pozorování. Kvůli tíži svého postižení nebyl chlapec schopen samostatného pohybu a jeho jemná motorika byla hluboce zasažena. Další komplikací chlapcova postižení bylo těžké postižení psychomotorického vývoje, vada sluchu, dysartrie. Pozorování probíhalo 1x týdně po dobu 10 týdnů. Každé canisterapeutické jednotky se účastnili dva terapeuti, dva canisterapeutičtí psi a fyzioterapeut. Během lekcí se využívalo techniky polohování. Míra zklidnění byla měřena podle počtu dyskinéz v časovém úseku 1 minuta. Během jednotky terapie se počet dyskinéz vždy snížil a současně došlo i k uvolnění svalového napětí. Zklidnění dítěte bylo patrné i několik hodin po canisterapii. Dítě dávalo najevo radost z přítomnosti psů úsměvem a snahou o verbální i neverbální komunikaci. Výstupem tohoto výzkumu bylo zjištění, že z dlouhodobého hlediska canisterapie nesníží počet dyskinéz, ale pravidelné a dlouhodobé zařazení canisterapie je vhodné. Tento výzkum byl zaměřený pouze na jednu konkrétní osobu s dětskou mozkovou obrnou a nelze tedy tyto výsledky objektivizovat na celou populaci s tímto onemocněním.

Z výše uvedených výzkumů můžeme vyvodit, že canisterapie se u klientů s dětskou mozkovou obrnou využívá a pomáhá jim v mnoha oblastech. Z těchto poznatků vycházíme v našem výzkumu. Vzhledem k ověřené vhodnosti canisterapie pro osoby s dětskou mozkovou obrnou již toto tvrzení v našem výzkumném šetření neověřujeme, ale zaměřujeme se na jinou problematiku. Náš výzkum předpokládá, že využití canisterapie u osob s dětskou mozkovou obrnou je přínosné a že v případě vhodného kombinování s hipoterapií můžeme docílit výraznějších výsledků.

Z výzkumů zaměřených na hipoterapii u osob s dětskou mozkovou obrnou jsme vybrali tři, které dále rozebereme a porovnáme s vlastním výzkumným šetřením. První z nich prováděli Casady a Nichols-Larsen v Ohio s 11 dětmi s dětskou mozkovou obrnou. Podmínkou pro účast na výzkumu byla diagnóza a dítě nesmělo mít předchozí zkušenost s absolvováním hipoterapie. Cílem studie bylo zjistit, zda má hipoterapie vliv na motorické funkce u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Před samotným aplikováním hipoterapie bylo všem dětem využití hipoterapie povoleno a doporučeno jejich lékaři. Na počátku proběhly, v rozmezí několika

týdnů, dva pre-testy. V následujících 10 týdnech děti absolvovaly 1x týdně jednotku hipoterapie. Hipoterapie probíhala buď v jezdecké hale nebo na venkovní jízdárně v délce 45 minut. Obvyklá doba strávená na hřbetu koně byla kolem 25 minut. Kůň byl během terapie veden zezadu na dvou lonžích a po stranách koně byli přítomni pomocník a fyzioterapeut. Využívané polohy klienta na koni byly přizpůsobovány úrovni posturálních funkcí jednotlivých dětí. Během jedné terapie došlo k vystřídaní několika poloh a během polohování kůň vždy stál. Týden po poslední jednotce hipoterapie proběhl první post-test a ten byl zopakován po 10 týdnech. Výsledkem tohoto výzkumu z roku 2004 bylo, že u 7 z 11 dětí se projevíly velké rozdíly mezi druhým pre-testem a prvním post-testem. Výzkumníci ze získaných dat usuzují, že vliv hipoterapie na motoriku osob s dětskou mozkovou obrnou je pozitivní a významný.

Výzkum Strashka, Kaputianske a Bobyrevy probíhající na Ukrajině si vytyčil za cíl zjistit účinky hipoterapie na svalový tonus a zjistit, zda hipoterapie pomůže při aktivaci a motivaci pacientů. Výzkumníky také zajímalo, zda by mohla být hipoterapie metodou, díky které děti s dětskou mozkovou obrnou získají základní dovednosti pro nácvik chůze. K výzkumu bylo vybráno 36 dětí se spastickou formou dětské mozkové obrny. Děti nejprve měsíc docházely na základní rehabilitaci a následně probíhala samotná hipoterapie. Po dobu 10-12 dní tyto děti absolvovaly 2x denně jednotku hipoterapie trvající 30 minut. Výzkumníci doporučili využití hipoterapie alespoň 1x mezi pobyty v rehabilitačních zařízeních, nejméně však 1x za 6 měsíců. Zjistili, že ve spojení s fyzioterapií zlepšuje hipoterapie psychosomatický stav dětí, napomáhá normalizovat svalový tonus a hipoterapie může pomoci při nácviku chůze.

Do výzkumu probíhajícího v Kanadě v roce 2014 bylo přizváno 98 rodin s dítětem s dětskou mozkovou obrnou. Podmínkami byla diagnóza dětská mozková obrna, schopnost chůze a schopnost reagovat na slovní pokyny. Nežádoucí byla zkušenost s hipoterapií, či její využívání častěji než 2x ročně. Důvodem k neúčasti ve výzkumu mohly být také kontraindikace, které jsou pro hipoterapii běžné (alergie na koňskou srst, skolióza vyššího stupně), a také nesouhlas s účastí. Do výzkumného šetření se zapojilo 13 dětí. Na počátku proběhlo dvakrát testování (T1 a T1'), které bylo v rozmezí 3 týdnů a sloužilo ke stanovení základních hodnot. Následovalo 10 týdnů, během nichž děti absolvovaly 30minutovou hipoterapeutickou jednotku. Terapie probíhala buď na venkovní jízdárně nebo v jezdecké hale a byla vždy řízena zkušeným hipoterapeutem. Dále byli přítomni dva asistenti, kteří jistili dítě ze stran a vodič koně. Mimo stanovený čas terapie dítě strávilo dalších 30 minut péčí o koně (krmení, příprava k terapii, hřebelcování). Během hipoterapie byla snaha o co nejmenší počet

zastavení, aby byla doba stimulace koňskou chůzí co nejdelší. Doba v pohybu tedy byla 77 % z délky terapie. Dítě bylo podněcováno i k dalším činnostem jako je například chytání míčku a házení zpět. Po těchto 10 týdnech hipoterapie děti absolvovaly další testování (T2) a po 10 týdnech proběhl poslední test (T3). Výzkumníci zjistili velké rozdíly v hodnotách testů T1' a T2. Naopak malé rozdíly byly mezi testy T1 a T1' a také mezi T2 a T3. Champagne, Corriveau a Dugas potvrzují pozitivní přínos hipoterapie pro rozvoj jemné i hrubé motoriky u osob s dětskou mozkovou obrnou a doporučují ji u těchto dětí aplikovat. Dále si uvědomují, že kvůli malému vzorku testovaných osob nemůžou výsledky zobecnit na celou populaci.

Náš výzkum předpokládá, že hipoterapie se u osob s dětskou mozkovou obrnou využívá a je pro ně přínosná. Tato výzkumná šetření zaměřená na hipoterapii tento předpoklad potvrzují. Ve všech třech případech došlo ke zlepšení celkového stavu osob, které byly do výzkumů přizvány. Naším výzkumným šetřením již nedokládáme vhodnost hipoterapie u klientů s dětskou mozkovou obrnou, ale zaměřujeme se na kombinaci s canisterapií.

V kontextu dané problematiky nepochybně naše výzkumné šetření svoje místo má. Z uvedených výzkumů vyplývá jednoznačná vhodnost canisterapie i hipoterapie pro osoby s dětskou mozkovou obrnou. Naším předpokladem tedy bylo, že kombinováním těchto terapií při rehabilitaci osob s dětskou mozkovou obrnou dosáhneme významnějších výsledků. Snažili jsme se tedy zjistit, zda je tato skutečnost v rámci České republiky využívána a jak moc je rozšířena.

Z výsledků našeho výzkumného šetření je patrné, že oslovení canisterapeuti nemají s kombinováním canisterapie s hipoterapií zkušenosti a jen minimum oslovených hipoterapeutů se s tímto setkalo v praxi. Domníváme se, že je to tím, že poskytování canisterapie si klade menší nároky na materiální vybavení než hipoterapie, která obvykle probíhá ve specializovaném středisku, které má k dispozici jízdárnu, nastupovací rampu a podobně. Z těchto důvodů dochází pravděpodobně k minimálnímu setkávání canisterapeutů s hipoterapeuty.

Domníváme se, že tato oblast má určitý potenciál k bádání dalších výzkumníků. Naše výzkumné šetření obsahuje náhled do problematiky, která není příliš známá. Jako možné pokračování výzkumu bychom doporučili výzkum s několika dětmi s dětskou mozkovou obrnou, provedený obdobně, jako výzkum Casadyho a Nichols-Larsenové. Bylo by provedeno měření na začátku ke stanovení základních hodnot, následované určitým časem, během kterého by docházelo ke canisterapii i hipoterapii a následně měření po ukončení terapie. Zároveň by

bylo vhodné u několika dětí aplikovat pouze hipoterapii nebo pouze canisterapii. Takový výzkum by byl náročný na zajištění dostatečného počtu účastníků výzkumu, kteří by měli alespoň podobný stupeň a formu postižení.

Jsme si vědomi, že dětská mozková obrna má několik forem a mnoho stupňů hloubky postižení. Ne pro každého jedince s dětskou mozkovou obrnou tedy bude kombinování canisterapie a hipoterapie vhodné. Kontraindikovat to mohou jak běžné faktory, jako například alergie na srst psa či koně, tak strach z jednoho ze zvířat, či zdravotní důvody. Výsledky takto zaměřených výzkumů tedy nikdy nebudou zobecnitelné pro všechny osoby s dětskou mozkovou obrnou.

Považujeme za důležité vytvořit systém kolegiální podpory canisterapeutů a hipoterapeutů, v rámci kterého by si navzájem předávali poznatky z oblasti terapie a jejího působení. V případě realizace propojení těchto terapií by mohli sdělit ostatním podmínky, za jakých mohla kombinace canisterapie a hipoterapie probíhat. Takový systém v současné době není nastavený, z našeho pohledu by to mohlo být přínosné jak pro canisterapeuty, tak i pro hipoterapeuty.

Největší přínos našeho výzkumu vidíme v tom, že jsme našli oblast, která není dostatečně probádaná a ani samotnými terapeuty tak známá. Z odpovědí některých hipoterapeutů ale vyplývá, že propojení canisterapie a hipoterapie nachází svoje uplatnění během intenzivních pobytů klientů. To znamená, že k tomu v omezené míře dochází.

U osob s dětskou mozkovou obrnou předpokládáme, že canisterapie by těmto osobám mohla napomoci ve zlepšení nálady a celkového psychického stavu, zmírnit spasticitu jejich svalů a motivovat je k další verbální i fyzické aktivitě, na což by mohla plynule navázat hipoterapie, při které by dítě bylo zapojeno již od okamžiku přivedení koně z pastviny nebo z boxu. Dítě by rozvíjelo jemnou motoriku při činnostech spojených s péčí o koně: pročesávání hřívy, hřebelcování. Následně by proběhla jednotka hipoterapie, při které by dítě bylo polohováno podle potřeby. Tento postup by měl podle nás větší výsledky směřující ke zlepšení stavu dítěte.

Jako příklad dobré praxe můžeme vyzdvihnout odpovědi jedné hipoterapeutky. Ta nám sdělila, že při vhodném nakombinování canisterapie a hipoterapie pozoruje prokazatelně větší zlepšení psychického i fyzického stavu klientů. V hiporehabilitačním centru, ve kterém působí, je dostupné využití jak canisterapie, tak i hipoterapie. Je zde tedy běžné, že tyto terapie i kombinují. Toto propojení nedoporučuje pouze klientům, kteří mají z některého zvířete

neodbouratelný strach nebo kontraindikaci k využívání některé terapie. Při týdenním pobytovém provozu je každému klientovi vypracován terapeutický plán s cílem, kterých se snaží pomocí využívaných terapií docílit. Dochází tak až 2x denně k jednotce hipoterapie a 1x denně ke canisterapii. K takovému způsobu propojení je nutné aktivní zapojení zkušených terapeutů.

Domníváme se tedy, že propojit canisterapii a hipoterapii lze, jen je k tomu nutné dodržet několik podmínek. Nesmíme zapomenout na to, že cílem je co největší rozvoj klienta a za předpokladu, že je pro něj kombinace terapií přínosná, mu je můžeme nabídnout. Další podmínkou je také souhlas klienta s nabídnutými terapiemi. V případě, že by klient neměl rád psy a my s ním prováděli canisterapii, pravděpodobně by tato terapie měla spíše negativní účinky a také by tato skutečnost negativně ovlivnila canisterapeutického psa.

11 Limity studie

Kvalitu našeho výzkumu limitují nedostatky, kterých jsme si vědomi, ale zároveň i ty, o kterých nevíme. Výzkumné šetření bychom při jeho opakování doplnili alespoň o pozorování terapií u klienta, který využívá canisterapii i hipoterapii a následně s tímto klientem provedli ústní rozhovor. Výzkum je zaměřen pouze na mínění terapeutů z jednotlivých oblastí, ale je možné, že při dotazování se samotných osob, kterých se to týká, bychom došli k odlišným výsledkům.

Kritickou limitu našeho výzkumu tvoří nedostatečná návratnost dotazníků tvořená neznalostí problematiky terapeuty. Vhodnější by bylo oslovit větší množství terapeutů. Zde však nastává problém s vyhledáváním kontaktů. Je možné, že i v případě většího počtu respondentů by se potvrdilo, že propojování canisterapie a hipoterapie není časté. Další proměnná, která možná ovlivnila počet odpovědí byla doba zasílání dotazníků. Začátek prosince pro první rozesílání dotazníku možná nebyl nejvhodnější čas, otázkou je, zda by respondentů odpovědělo víc, kdyby byly dotazníky rozesílány například o měsíc dříve.

Co se týče samotného dotazníku, upravili bychom některé položky. Například první položka, se respondentů dotazuje, zda je běžné, aby klienti s dětskou mozkovou obrnou využívali canisterapii a hipoterapii. Tato formulace se nám zdá teď, s odstupem času, poněkud nevhodná. Otázka, zda klienti daného terapeuta využívají canisterapii i hipoterapii, by byla vhodnější. Položka, jak jsme ji položili, je vyložitelná tak, že se ptáme, zda je v obecném měřítku běžné využití hipoterapie i canisterapie u osob s dětskou mozkovou obrnou.

Vhodnějším způsobem, jak získat odpovědi od jednotlivých respondentů, by bylo jejich získání pomocí osobních rozhovorů spojených s pozorováním provozu v jednotlivých hipoterapeutických střediscích, či prostorech, kde probíhá canisterapie. Domníváme se ale, že výsledky i takto provedeného výzkumu by byly podobné, jako výsledky našeho uskutečněného výzkumného šetření. Ukázalo se totiž, že jen minimum terapeutů z oblastí hipoterapie a canisterapie mají zkušenosti s propojením těchto terapií.

ZÁVĚR

Prostřednictvím naší diplomové práce jsme provedli výzkumné šetření zaměřené na možnosti propojení canisterapie a hipoterapie u osob s dětskou mozkovou obrnou v České republice z pohledu terapeutů z jednotlivých oblastí. Využili jsme metodu dotazníku s otevřenými otázkami, abychom od terapeutů získali co nejucelenější odpovědi a neomezovali je volbou z určitého množství nabídnutých odpovědí.

Na množství získaných vyplněných dotazníků měla negativní vliv neznalost většiny terapeutů. Přes tuto skutečnost jsme byli schopni uvést příklad dobré praxe, která v České republice probíhá. Doporučujeme také vytvoření sítě předávání zkušeností a poznatků mezi terapeuty z oblastí canisterapie a hipoterapie.

Naše diplomová práce otvírá prostor pro další výzkumná šetření, která by se mohla zaměřit na pozorování a rozhovory s klienty. Téma mohou rozpracovat více do hloubky ti výzkumníci, kteří se zabývají speciální pedagogikou, zooterapií, či možnostmi rehabilitace u osob s dětskou mozkovou obrnou.

V teoretické části rozpracováváme základní témata, která souvisí s naším výzkumem, jedná se tedy o hipoterapii, canisterapii a dětskou mozkovou obrnu. Tato část diplomové práce je podložena odbornou literaturou.

V praktické části se odkazujeme na české i zahraniční výzkumy, které se zabývaly canisterapií či hipoterapií u osob s dětskou mozkovou obrnou a rozpracovávaly tuto problematiku více způsoby. Tyto výzkumy nám byly nápomocny při doložení aktuálnosti tématu. Na tato výzkumná šetření navazujeme vlastním výzkumem, který jsme provedli na úrovni předvýzkumu.

Vzhledem k množství získaných odpovědí a různorodosti forem a hloubky postižení dětskou mozkovou obrnou nelze získané výsledky zobecnit na celou populaci osob s dětskou mozkovou obrnou. Rozpracované téma je ale vhodné pro další výzkumná šetření.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CASADY, Renee L. NICHOLS-LARSEN, Deborah S. *The Effect of Hippotherapy on Ten Children with Cerebral Palsy*. *Pediatric Physical Therapy* [online]. 2004, 16(3), 165-172 [cit. 2020-04-05]. DOI: 10.1097/01.PEP.0000136003.15233.0C. ISSN 0898-5669. Dostupné z: <http://journals.lww.com/00001577-200401630-00005>

CASKOVÁ, V. *Hlediska výběru a výcvik koní pro hiporehabilitaci in Terapie a asistenční aktivity lidí za pomoci zvířat: odborná konference s mezinárodní účastí : sborník příspěvků : ČZU v Praze 16.-17. dubna 2008*. Praha: Česká zemědělská univerzita, 2008. ISBN 978-80-213-1773-4.

CIBOCHOVÁ, Renata. Dětská mozková obrna [online]. 2003, [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/detska-mozkova-obrna-157876>

Česká hipotehabilitační společnost. *Oficiální slovník České hiporehabilitační společnosti* [online]. 2019, [cit. 2020-03-15]. Dostupné na: <https://hiporehabilitace-cr.com/>

DVOŘÁČKOVÁ, Marie. *Hipoterapie – léčba koněm in Zvíře jako partner a průvodce člověka: sborník ze semináře konaného ve dnech 12. až 14. září 1997 ve Slapech nad Vltavou*. Praha: Archa, 1999. ISBN 80-238-6156-5.

FITZPATRICK, Jane Copeland. TEBAY, Jean. Hippotherapy and Therapeutic Riding in WILSON, Cindy C. a Dennis C. TURNER. *Companion animals in human health*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. ISBN 0-7619-1061-1.

GALAJDOVÁ, Lenka a Zdenka GALAJDOVÁ. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-879-1.

HOLLÝ, Karol a Karol HORNÁČEK. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex, 2005. Kůň v životě člověka. ISBN 80-7225-190-2.

HRŮZOVÁ, V.; ŠUBRT, F. Polohování se psy in *Terapie a asistenční aktivity lidí za pomoci zvířat: odborná konference s mezinárodní účastí : sborník příspěvků : ČZU v Praze 16.-17. dubna 2008*. V Praze: Česká zemědělská univerzita, 2008. ISBN 978-80-213-1773-4.

CHAMPAGNE, D., H. CORRIVEAU a C. DUGAS. *Effect of Hippotherapy on Motor Proficiency and Function in Children with Cerebral Palsy Who Walk*. *Physical* [online]. 2017, [cit. 2020-04-05]. DOI: 10.3109/01942638.2015.1129386. ISSN 15413144.

- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
- JAKUBOWSKA, Luba, Magdalena KAZIMIERSKA-ZAJĄC a Karolina NOWAK. *The Interdisciplinarity and Innovativeness of Methods in Rehabilitation of Children with Cerebral Palsy*. *Journal of Education, Culture* [online]. 2019, 10(1), 125-135 [cit. 2020-04-03]. DOI: 10.15503/jecs20191.125.135. ISSN 20811640.
- KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1018-8.
- KUDLÁČEK, Miroslav. *Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0178-6.
- KULICHOVÁ, Jana. *Hiporehabilitace z pohledu lékaře in Zvíře jako partner a průvodce člověka: sborník ze semináře konaného ve dnech 12. až 14. září 1997 ve Slapech nad Vltavou*. Praha: Archa, 1999. ISBN 80-238-6156-5.
- LEJČAROVÁ, Alena. SKÁLOVÁ, Martina. *Vliv canisterapie na dítě s dětskou mozkovou obrnou*. Kontakt. 2009. DOI: 10.32725/kont.2009.008.
- LESNÝ, Ivan. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. 2., přepracované vyd. Praha: Avicenum, 1985.
- MILICHOVSKÝ, Luboš. *Kapitoly ze somatopedie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-7452-001-3.
- MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
- NERANDŽIČ, Zoran. *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.
- OPATRÍLOVÁ, Dagmar. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3242-1.
- OŠLEJŠKOVÁ, Hana. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. ISBN 978-80-7013-479-5.

PANTELIADIS, Christos, Panos PANTELIADIS a Frank VASSILYADI. *Hallmarks in the history of cerebral palsy: From antiquity to mid-20th century*. Brain and Development [online]. 2013, [cit. 2020-03-17]. DOI: 10.1016/j.braindev.2012.05.003. ISSN 03877604.

Pomocné tlapy o.p.s. *Canisterapeutické desatero* [online]. 2009, [cit. 2020-04-18]. Dostupné na: <http://www.canisterapie.cz/cz/>

PROŠKOVÁ, Zdeňka. *Výběr psa pro canisterapii* [online]. 2016, [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: https://www.ecanis.cz/clanky/vyber-psa-pro-canisterapii_58.html

SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

STRASHKO, E. Y., Kapustianska A.A a L. E. BOBYREVA. *Experience of using hippotherapy in complex effects on muscle spirals in children with spastic forms of cerebral palsy*. Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960) [online]. 2016, [cit. 2020-04-05]. ISSN 00435147.

SVOBODA, Pavel. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3068-3.

SVOBODOVÁ, Ivona. *Využití zvířat v zoorehabilitaci*. V Praze: Česká zemědělská univerzita v Praze, 2010. ISBN 978-80-213-2129-8.

ŠKARDOVÁ, Magda. *Výběr koně a jeho příprava pro TVKPP in Sborník přednášek 8. konference o hiporehabilitaci: pořádá Česká hiporehabilitační společnost a Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně*. Praha: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-111-8.

TREFILÍKOVÁ, Tereza. *Canisterapie a její přínos pro osoby se zdravotním postižením*. Olomouc, 2011. diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta.

VÉLE, František. *Význam hipoterapie in Sborník přednášek 8. konference o hiporehabilitaci: pořádá Česká hiporehabilitační společnost a Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně*. Praha: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-111-8.

VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.

VÍTKOVÁ, Marie a Jarmila PIPEKOVÁ, ed. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

WHO. *Acces to rehabilitation in primary health care an ongoing challenge* [online]. 2018, [cit. 2020-01-15]. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325522/WHO-HIS-SDS-2018.40-eng.pdf?ua=1>

ZHÁNĚL, Jiří, HELLEBRANDT Vladimír a Martin SEBERA. *Metodologie výzkumné práce*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-6696-0.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – průvodní dopis

Příloha č. 2 - dotazník

Příloha č. 1 – průvodní dopis

Dobrý den,

jmenuji se Jana Vašíčková a studuji na Univerzitě Palackého v Olomouci obor Učitelství pro 1. stupeň a speciální pedagogika.

V rámci svojí diplomové práce se zaměřuji na možnosti propojení hipoterapie a canisterapie u klientů s dětskou mozkovou obrnou, a právě z tohoto důvodu se na Vás obracím s prosbou o zodpovězení několika otázek zaměřených na toto téma.

V případě nejasností se můžete obrátit buď na mě anebo na moji vedoucí práce – paní doktorku Urbanovskou (evaurb@atlas.cz).

Pokud budete mít zájem, mohu Vám po dokončení výzkumu zaslat výsledky, či celou diplomovou práci.

Předem děkuji za ochotu.

S pozdravem

Jana Vašíčková

Příloha č. 2 – dotazník

1. Je běžné, aby klienti s DMO využívali canisterapii i hipoterapii?
2. Pozorujete u klientů, kteří kombinují hipoterapii a canisterapii, významnější změny psychického či fyzického stavu, než u klientů využívajících pouze jednu z těchto terapií?
3. Jaké pozitivní změny pozorujete u klientů s DMO při kombinování canisterapie a hipoterapie?
4. V jakém případě lze klientovi doporučit pouze jednu z terapií?
5. Jak je možné účinně propojit canisterapii a hipoterapii?
6. Existuje systém předávání poznatků a spolupráce mezi hipoterapeuty a canisterapeuty?
7. Pokud je klientovi doporučena hipoterapie a klient se bojí koně, může mu pes pomoci při odbourání tohoto strachu?

ANOTACE

Jméno a příjmení	Jana Vašíčková
Katedra	Ústav speciálněpedagogických studií Univerzity Palackého v Olomouci
Vedoucí práce	Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.
Rok obhajoby	2020

Název práce	Možnosti propojení hipoterapie a canisterapie u osob s mozkovou obrnou
Název v angličtině	Possibilities of linking hippotherapy and canistherapy to people with cerebral palsy
Anotace práce	Diplomová práce se zaměřuje na zjištění, zda v České republice dochází k propojování hipoterapie a canisterapie u osob s dětskou mozkovou obrnou. V teoretické části vymezujeme termíny canisterapie, hipoterapie a dětská mozková obrna. Empirická část diplomové práce zjišťuje zkušenosti terapeutů s propojením canisterapie a hipoterapie u osob s dětskou mozkovou obrnou pomocí dotazníkového šetření.
Klíčová slova	hipoterapie, canisterapie, dětská mozková obrna, rehabilitace
Anotace v angličtině	The diploma thesis focuses on finding out whether there is a linking hippotherapy and canistherapy to people with cerebral palsy in the Czech Republic. In the theoretical part we define the terms canistherapy, hippotherapy and cerebral palsy. The empirical part of the thesis examines the experience of therapists with the connection of canistherapy and hippotherapy in people with cerebral palsy by means of a questionnaire survey.
Klíčová slova v angličtině	hippotherapy, canistherapy, cerebral palsy, rehabilitation
Přílohy	Příloha č. 1 – průvodní dopis

	Příloha č. 2 - dotazník
Rozsah práce	67 stran
Jazyk práce	Český jazyk