

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Možnosti uplatnění canisterapie u dětí se speciálními vzdělávacími
potřebami v centru pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením**

ARPIDA, o.s.

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D.

Autor:

Jana Mezerová

2010

Možnosti uplatnění canisterapie u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v centru pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením ARPIDA, o.s.

Tato bakalářská práce je zaměřena na možnosti uplatnění canisterapie v centru ARPIDA, o.s. Cílem výzkumu bylo zjistit efektivnost canisterapie u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v rámci uceleného systému rehabilitace. Jako metodu sběru dat jsem zvolila zúčastněné pozorování přímé, neřízený rozhovor a obsahovou analýzu sběru dat. Rozhovory jsem prováděla s fyzioterapeuty, psychologkou, vedoucí denního stacionáře a s rodiči dětí výzkumného souboru. Pozorovaný soubor tvořily čtyři děti se speciálními vzdělávacími potřebami ve věku 11, 14, 15 a 21 let. Všechny tyto děti navštěvovaly denní stacionář centra ARPIDA, o.s.

Kasuistiky dětí, průběh vlastní canisterapie včetně obrázkové dokumentace, vyjádření jednotlivých odborníků, včetně zhodnocení efektivnosti canisterapie u každého dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami, jsou zaznamenány v praktické části mé bakalářské práce.

Nejefektivnější metodou u dětí s diagnózou DMO se jeví metoda AAT formou polohování. Efektivnost canisterapie zde byla zaznamenána především v oblasti motorické. Nejvýznamnějším ukazatelem efektivnosti canisterapie u těchto dětí bylo uvolňování jejich spastických svalů. Výsledky pozorování nám dále potvrdily pozitivní emoční naladění dětí při canisterapii. U dítěte s ADHD syndromem byla využita metoda AAA, prostřednictvím které došlo během canisterapie ke zlepšení schopnosti koncentrovat pozornost a k celkovému zklidnění. Efektivnost canisterapie byla zřetelná i v oblasti jemné motoriky a komunikačních schopností dětí.

Domnívám se, že by se poznatky této práce mohly stát návodem a inspirací k častějším návštěvám pro budoucí canisterapeutické týmy, které se rozhodnou pracovat s dětmi v centru ARPIDA.

Possibilities to use the canistherapy for children with special educational needs in the rehabilitation centre for people with disabilities of ARPIDA, o.s.

This bachelor thesis is focused on possibilities to use the canistherapy in the centre of ARPIDA, o.s. An aim of the research was to find out an effectiveness of the canistherapy for children with special educational needs in the context of a comprehensive rehabilitation system. To collect data, I chose following methods: a direct participant observation, an uncontrolled interview and a content analysis of the data collection. I led interviews with physiotherapists, a psychologist, a head of the day care centre and with parents of the children from the research sample. The observed sample consisted of four children with special educational needs aged 11, 14, 15 a 21 years. All the children attended the day care centre of ARPIDA, o.s.

Children's case studies, an actual course of the canistherapy including a picture file, expressions of individual experts including an evaluation of the effectiveness of the canistherapy at each child with the special educational needs, are recorded in the practical part of my bachelor thesis.

The most effective method at the children with the cerebral palsy is an AAT method in the form of a positioning. The effectiveness of the canistherapy was recorded here mainly in the motor area. The most significant indicator of the effectiveness of the canistherapy at those children was releasing of their spastic muscles. Results of the observation then confirmed positive emotional moods of children during the canistherapy. At a child with ADHD syndrome the AAA method was used, through which it came, during the canistherapy, to an improvement of the ability to concentrate an attention and to an overall pacification. The effectiveness of the canistherapy was evident even in the area of the fine motor and communication abilities of children.

I suppose that findings of the thesis can become a guidance and an inspiration for more frequent visits of future canistherapeutic teams, which will decide to work with children in the centre of ARPIDA.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 7. května 2010

.....

Jana Mezerová

Poděkování

Velké poděkování za vedení bakalářské práce a užitečné rady patří mému vedoucímu panu doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D., dále pak canisterapeutickému týmu Mgr. Marii Chlopčíkové a její psí pomocnici Majlí a v neposlední řadě celé mojí rodině za trpělivost a podporu při studiu.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 SOUČASNÝ STAV.....	10
1.1 Vymezení pojmu canisterapie.....	10
1.2 Historické hledisko canisterapie.....	10
1.3 Legislativa praktikování canisterapie.....	11
1.3.1 Kdo je oprávněn provádět canisterapii.....	12
1.4 Dělení canisterapie.....	12
1.4.1 Formy canisterapie.....	12
1.4.2 Metodika canisterapie.....	13
1.5 Canisterapie v rámci ucelené rehabilitace.....	14
1.5.1 Ucelený systém rehabilitace.....	14
1.5.2 Holistický přístup k člověku v rámci ucelené rehabilitace.....	14
1.5.3 Možnosti uplatnění canisterapie.....	14
1.6 Psi využívaní ke canisterapii.....	16
1.6.1 Labradorský retrívr.....	17
1.6.2 Pes a dítě.....	18
1.7 Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami.....	19
1.7.1 Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.....	19
1.8 Dětská mozková obrna.....	20
1.8.1 Formy dětské mozkové obrny.....	21
1.8.2 Terapie dětí s DMO.....	22
1.8.3 Přidružená onemocnění dětské mozkové obrny.....	23

1.9	Mentální retardace.....	25
1.9.1	Lehká mentální retardace.....	26
1.9.2	Středně těžká mentální retardace	26
1.9.3	Těžká mentální retardace	26
1.9.4	Hluboká mentální retardace	27
1.10	Attention deficit hyperactivity disorder	27
1.10.1	Přístup k dítěti s ADHD syndromem.....	28
1.11	Psychomotorický vývoj dítěte.....	29
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	30
3	METODIKA.....	31
3.1	Charakteristika metod a technik sběru dat	31
3.1.1	Pozorování	31
3.1.2	Obsahová analýza sběru dat.....	31
3.1.3	Rozhovor.....	31
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru	31
4	VÝSLEDKY	32
4.1	. Denní stacionář centra ARPIDA, o.s.	32
4.2	Pozorování realizované v rámci canisterapie.....	33
4.2.1	Průběh canisterapie u prvního dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami	34
4.2.1.1	Kasuistika Tomáše.....	34
4.2.1.2	Canisterapeutický záměr u Tomáše	34
4.2.1.3	Popis průběhu canisterapie u Tomáše.....	35
4.2.1.4	Zhodnocení efektivnosti canisterapie u Tomáše.....	38

4.2.2	Průběh canisterapie u druhého dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami	41
4.2.2.1	Kasuistika Pavla.....	41
4.2.2.2	Canisterapeutický záměr u Pavla.....	41
4.2.2.3	Popis průběhu canisterapie u Pavla	41
4.2.2.4	Zhodnocení efektivnosti canisterapie u Pavla	43
4.2.3	Průběh canisterapie u třetího dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami	46
4.2.3.1	Kasuistika Nikolky	46
4.2.3.2	Canisterapeutický záměr u Nikolky.....	46
4.2.3.3	Popis průběhu canisterapie u Nikolky	46
4.2.3.4	Zhodnocení efektivnosti canisterapie u Nikolky	49
4.2.4	Průběh canisterapie u čtvrtého dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami	51
4.2.4.1	Kasuistika Filipa	51
4.2.4.2	Canisterapeutický záměr u Filipa	51
4.2.4.3	Popis průběhu canisterapie u Filipa	51
4.2.4.4	Zhodnocení efektivnosti canisterapie u Filipa	54
5	DISKUSE.....	56
6	ZÁVĚR.....	59
7	KLÍČOVÁ SLOVA.....	61
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	62
9	PŘÍLOHY.....	66

ÚVOD

Téma „Možnosti uplatnění canisterapie u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v centru pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením ARPIDA, o.s.“ jsem si zvolila na základě svého dvouletého působení v dobrovolnickém programu canisterapie, který pořádá Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity. Jako dobrovolník docházím do ARPIDY, centra pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, o.s. (dále jen centrum ARPIDA) od počátku svého zapojení do programu. Canisterapii u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami považuji za velmi zajímavé a užitečné téma ke zpracování bakalářské práce. Domnívám se, že by moje práce mohla být přínosem pro budoucí canisterapeutické týmy, jež budou pokračovat v práci s těmito dětmi. Budu ráda, když se moje práce stane inspirací pro začínající dobrovolníky v programu canisterapie, kteří se rozhodnou pracovat s dětmi v centru ARPIDA. Do centra ARPIDA jsem nejprve docházela do rehabilitační třídy, ve které byla canisterapie zaměřena především na metodu AAA. V roce 2010 jsem se rozhodla navštěvovat denní stacionář, kde současně začal pracovat canisterapeutický tým. Zde jsme se zaměřili především na metodu AAT. Tuto metodu canisterapie jsme společně zvolili vzhledem k diagnózám většiny uživatelů. Můj výzkum je tedy směřován na zjištění efektivity canisterapie u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami s důrazem na diagnózu DMO u těchto dětí. Aby můj výzkum byl validní, požádala jsem o pečlivé sledování průběhu canisterapie fyzioterapeuty a psychologa. Tyto odborníky jsem následně požádala o vyjádření se ke canisterapii a její efektivity. Ke canisterapii jsem přizvala i rodiče pozorovaných dětí, kteří mi v neřízeném rozhovoru poskytli svůj názor. Do svého výzkumu jsem zařadila i vyjádření vedoucí denního stacionáře, která s dětmi tráví z pracovníků centra ARPIDA nejvíce času. Ta mi poskytla informace o změnách projevu dítěte bezprostředně po canisterapii.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Vymezení pojmu canisterapie

Rozvoj organizovaných aktivit se psy a počátky systémového přístupu terapeutického využívání psů můžeme datovat od roku 1993 (3). V tomto roce byl také použit poprvé pojem „canisterapie“, který definovala PhDr. Jiřina Lacinová. Termín canisterapie vznikl složením dvou latinských slov „canis“ a „terapie“. „Canis“ znamená „pes“ a „terapie“ značí činnost, kterou provozujeme za účelem zlepšení zdravotního stavu. Cílem canisterapie je tedy pozitivní působení psa na lidské zdraví, přičemž pes je prostředkem zlepšování kvality života jedince, jeho psychické, fyzické a sociální pohody (9).

1.2 Historické hledisko canisterapie

Historii terapií lidí za pomoci zvířat však můžeme datovat už kolem 8. století n. l. Z tohoto období se z Franské říše dochovaly první zmínky o systematickém využívání psů v léčebných zařízeních (19). V 9. století n. l. byl v Belgickém městě Geel založen program pro handicapované osoby s využitím zvířat. Na konci 18. století byla v Anglii založena terapeutická instituce, kde se místo doposud užívaných násilných metod na psychiatrických pacientech začalo využívat kontaktu se zvířaty. V této době se však ještě nedá hovořit o canisterapii, ale pouze o využívání psů jako podpůrného prostředku při léčbě psychiatrických pacientů (25). Také je známo, že dámy za dob středověku, si své malinké luxusní psíky pokládaly na břicho při nejrůznějších obtížích (7).

Léčebné využití psů v USA je známo od 40. let 20. století. V této době se psi využívali k rehabilitaci válečných veteránů (19).

Dnes je již canisterapie brána jako podpůrná metoda ovlivňující psychický i tělesný rozvoj, řeč i začleňování jedince do společnosti (7). Běžně se uplatňuje v domovech pro seniory, dětských domovech, ve zdravotnických zařízeních, věznicích i školách (19).

Jak již bylo uvedeno výše, pojem canisterapie vznikl v roce 1993. U počátků canisterapie stáli osobnosti jako je PhDr. Jiřina Lacinová, prof. Veselovský a prof. Matějček. Roku 1997 vznikla *Canisterapeutická společnost*. Iniciátorem této společnosti se stala autorka knihy pojednávající o canisterapii Lenka Galajdová. Právě tato společnost se výrazně podílela na tvorbě norem a metodiky v oblasti canisterapie. Tato canisterapeutická společnost však v současné době již neexistuje. V roce 1998 byla v Praze zorganizována mezinárodní konference organizace IAHAIO na téma „ Jak se mění úloha zvířat ve společnosti“ (4). Tato organizace se zabývá výzkumem vztahu lidí se zvířaty a podporuje odpovědný vztah k malým zvířatům. Byla založena v roce 1990 v USA (19).

Od roku 2001 vznikají regionální organizace praktikující canisterapii. Mezi jednotlivými organizacemi však chybí vzájemná komunikace a vyvstávají zde zásadní rozdíly například v průpravě canistýmů, financování, udílení certifikátů apod (4). V roce 2003 vznikla Česká canisterapeutická asociace, jejíž předsedkyní je PhDr. Jiřina Lacinová (19).

1.3 Legislativa praktikování canisterapie

V České Republice dosud není využívání zvířat v terapii samostatně právně zakotveno. Existují však normy, jež legislativně upravují chování lidí ke zvířatům, ochranu zvířat¹, nároky na hygienu² a zákony o veterinární péči o zvířata³. Zřizovatelé

¹ Zákon č. 246/1992 Sb. na ochranu zvířat proti týrání v platném znění, včetně provádějících vyhlášek

² Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, Vyhláška č. 137/2004 Sb. o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných

³ Zákon 166/1999 Sb. o veterinární péči a o změně některých souvisejících zákonů v platném znění, včetně provádějících vyhlášek

konkrétních zařízení si sami upravují své provozní řády tak, aby z nich bylo jednoznačně patrné, zda-li dávají ve svém zařízení prostor pro canisterapii či nikoliv.

Canisterapie se může vykonávat za účelem zisku. V tom případě je nutné, aby se osoba vykonávající canisterapii řídila živnostenským zákonem. Pokud se jedná o canisterapii bezplatnou, canisterapeut je povinen řídit se pravidly pro činnost občanských sdružení (28).

1.3.1 Kdo je oprávněn provádět canisterapii

Canisterapii smí provádět canisterapeutický tým. Týmем rozumíme psa a psovoda. Tento canisterapeutický tým musí mít absolvované canisterapeutické zkoušky, které posuzují povahu a připravenost psa pro kontakt s klientem. Kvalitní canisterapeutické zkoušky kladou požadavky nejen na psa, ale i na psovoda, u kterého se prověřují znalosti pravidel, podmínek a náležitostí nasazení (3). Aby canisterapeutický tým mohl dosáhnout dobrých výsledků při své práci, je nutné, aby psovod získal dostatečnou kvalifikaci v oblasti pedagogiky, psychologie, rehabilitace a i veterinární péče o svého psa. Při canisterapii by terapeut neměl opomenout stanovit cíle terapie (10).

1.4 Dělení canisterapie

1.4.1 Formy canisterapie

Canisterapii můžeme rozdělit do dvou forem. A to dle toho, zdali pracujeme se skupinou či s jednotlivcem. Canisterapie se tudíž dělí na *individuální* a *skupinovou*. Dále můžeme canisterapii rozdělit dle metodiky, kterou využívá (27).

1.4.2 *Metodika canisterapie*

Za metodiku můžeme považovat pracovní programy mající zkratku AAA. Tato zkratka znamená v překladu Animal-Assisted-Activities. Je to metoda canisterapie zaměřená na léčebné aktivity prostřednictvím psů. Tuto metodu mohou vykonávat vzdělání laici i odborníci pracující se zvířaty. Cílem je zlepšení kvality života klienta především v oblasti zájmové činnosti (19). Dále tato metoda působí v oblasti rozvoje sociálních dovedností klienta. Jedná se například o zlepšování komunikačních dovedností prostřednictvím aktivit se psem. Dále zde pes působí jako výrazný motivační faktor, který by měl vést klienta k jeho celkové aktivizaci (8).

Další metoda, která se využívá v canisterapii, nese zkratku AAT, znamenající Animal-Assisted-Therapy. Vyjadřuje nám cílený léčebný kontakt člověka se zvířetem. V této metodě je nutný dohled odborníka. Může se jednat o dohled fyzioterapeuta, ergoterapeuta, psychologa, logopeda či speciálního pedagoga. Tento odborný dohled se vždy odvíjí od stanovení léčebného záměru a cíle, kterého by měl klient pomocí canisterapie dosáhnout (19). V této metodě je nutné stanovit si konkrétní cíle jednotlivce. Je dobré si zaznamenávat konkrétní náplň jednotlivých setkání a vše dokumentovat. Z toho pak můžeme velmi dobře vyvodit jednotlivé posuny klienta (17).

Jako třetí metodu canisterapie můžeme jmenovat tzv. „vzdělávání za pomoci zvířat“. Tuto metodu reprezentuje zkratka AAE (Animal- Assisted-Education). Tento kontakt klienta se psem je zaměřený na vzdělávání a výchovu klienta. Zde je důležitý dohled odborného pedagogického personálu (8).

Poslední metodou v canisterapii je metoda AACR. Je to tzv. „ krizová intervence za pomoci zvířat“. Tato metoda se využívá v krizových situacích. Přítomnost speciálně vycvičeného psa působí na odbourávání momentálního stresu člověka, který se ocitl v krizové situaci a vede ke zlepšení psychického i fyzického stavu jedince. Tato metoda je nejčastěji využívána při přírodních katastrofách a kriminálních činech. Pes vede ke stabilizaci duševního stavu jedince ve vypjaté situaci. Psovod bývá nejčastěji součástí integrovaného záchranného systému (8).

1.5 Canisterapie v rámci ucelené rehabilitace

1.5.1 Ucelený systém rehabilitace

Ucelený systém rehabilitace je interdisciplinární systém, na kterém participuje multidisciplinární tým odborníků. Na ucelené rehabilitaci se tedy podílejí nejen odborníci z medicínských oborů, ale i odborníci z oblasti pedagogiky, sociální práce, psychologie, práv apod. Systém ucelené rehabilitace zahrnuje rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou (12).

1.5.2 Holistický přístup k člověku v rámci ucelené rehabilitace

Abychom mohli vnímat rehabilitaci opravdu uceleně, je nutné vnímat i člověka jako integrovanou bytost s různými jeho potřebami. V holistickém pojetí vnímáme člověka jako bio-psycho-socio-spirituální bytost. Za vrstvou osobnosti „bio“ se skrývají tělesné potřeby člověka. „Psycho“ nám poukazuje na lidské duševní prožívání, „socio“ pak na potřebu lidské společnosti a nakonec „ spirituální“ nás odkazuje na přesah lidského vědomí a ducha jedince. Dle pojetí V. E. Frankla pak můžeme člověka vnímat jako „tělesně- duševně- duchovní totalitu“. Holistický přístup nám tak umožňuje vnímat rehabilitaci lidí s tělesným i kombinovaným postižením opravdu uceleně. Při rehabilitaci osob s postižením je nutné hledět na člověka, jako na jedinečnou osobnost se všemi jeho potřebami (12).

1.5.3 Možnosti uplatnění canisterapie

Canisterapii můžeme uplatnit v různých zařízeních. Například v domovech pro seniory. Zde nemusí být pes pouhým společníkem, ale může velmi často působit i terapeuticky. Pes u starých lidí zmírňuje pocit osamělosti a společenské izolace. Starý člověk musí o psa pečovat a přebírat tak zodpovědnost za živou bytost, kterou již

v domově pro seniory často pozbyl. Pes tak u starého člověka zvyšuje nejen sebevědomí, ale často i fyzickou kondici, ať již při krmení, hře či nutném venčení. Díky faktu, že se senior má o koho starat, získá jeho život důležitou náplň. V domovech pro seniory také psi často usnadňují komunikaci mezi obyvateli domova. Pes má též velmi pozitivní vliv na zdravotní stav stárnoucích lidí. Při hlazení psa dochází k poklesu krevního tlaku a zklidnění srdeční činnosti. Přítomnost psa také může působit na snížování spotřeby léků proti úzkosti. Psi mají v domovech pro seniory široké uplatnění. Můžeme zde uplatňovat veskrze všechny metody canisterapie. Nesmíme samozřejmě opomenout, že psi v domovech pro seniory nepůsobí jen na seniory samotné, ale i na ošetřující personál, u kterého může přítomnost psa v zařízení předcházet či alespoň zmírňovat závažný „Burn- out- syndrom“ čili syndrom vyhoření (37).

Canisterapie je též hojně využívána i v psychiatrických léčebnách. V těchto zařízeních jsou pacienti doporučováni do programu canisterapie ošetřujícím lékařem a psychologem na základě žádanky. U psychiatrických pacientů je nejčastějším léčebným záměrem zlepšení sebeovládání, celkové zklidnění, antideprivační působení, rozvoj komunikace s okolím a cvičení koncentrace, vytrvalosti a sebekázně. Prostřednictvím psa je u těchto pacientů dále snaha o získávání pozitivních podnětů pro zvýšení empatie a zvýšení sebehodnocení (16).

Canisterapie našla své místo nejen u dospělých jedinců, ale i u dětí. Jako podpůrnou léčebnou metodu ji hojně využíváme u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami ve školských zařízeních i u dětí žijících v ústavních zařízeních. Jedním ze způsobů rehabilitace u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je i polohování za asistence psa. Tento způsob rehabilitace využívá tělesného kontaktu psa s dítětem. Svou teplou srstí pomáhá pes k uvolňování svalů a zvládnutí cviků, které za normálních okolností dítě nezvládá (7). Děti s těžkým tělesným postižením mají v důsledku svého postižení nedostatečnou či zkreslenou zkušenost se svým tělem. Metoda polohování tak pomáhá dítěti navozovat pocit bezpečí a uvědomění si začátku a konce svého těla. Díky polohování dítě začíná vnímat jednotlivé části svého těla. Dotykem psa rozvíjíme primární tělesnou zkušenost. Polohováním též způsobujeme vibrační stimuly, které jsou pro intaktní dítě velmi obohacující. Vibrační podněty vyvolávané například dechem psa

jsou celkově zklidňující a mohou navozovat velmi intenzivní pocit v nosných částech těla a kloubech (1).

Dále nám canisterapie často pomáhá při práci se zanedbanými dětmi, týranými dětmi, onkologicky nemocnými i s dětmi s mentálním postižením (7).

Jak uvádí Dr. Nerandžič ve své publikaci Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit (2006, 34 s.): *„Základním principem léčebného využití psa je probouzení samoléčivých schopností člověka. K nim patří psychologické účinky antidepressivní, antistresové i aktivace pozitivního myšlení v životě.“*

1.6 Psi využívání ke canisterapii

V canisterapii nerozhoduje plemeno, ale především charakter psa a jeho výchova. Psi, kteří jsou využíváni v této oblasti, musí být dobře socializovaní a žít v kontaktu s lidmi. Samozřejmostí je jejich dobrý zdravotní stav a psychické zdraví. Psi canisterapeuté musí dále dobře vycházet s ostatními psy. Výběr vhodného psa ke canisterapii se provádí testováním před odbornými zkušebními komisari. Příslušná canisterapeutická organizace, pod kterou je prováděn odborný výcvik, následně vydává certifikát canisterapeutického psa jeho majiteli. Takto odborně vycvičený canisterapeutický pes by se neměl podílet na léčebném procesu déle než tři hodiny denně. Dále se nedoporučuje, aby jedna terapeutická jednotka přesáhla více než třicet minut. Při canisterapii bychom měli vždy brát ohled na psa, který má chuť pracovat s danými jedinci a canisterapie by ho neměla viditelně zatěžovat. V žádném případě bychom psa do canisterapie neměli nutit (19).

Ve svém výzkumu se věnuji dětem se speciálními vzdělávacími potřebami, za kterými docházím s canisterapeutickou fenkou labradorského retrívra. Ráda bych proto v krátkosti představila toto plemeno, a dále svoji pozornost věnovala dětem se speciálními vzdělávacími potřebami a diagnózám, které se u pozorovaného souboru dětí nejčastěji vyskytují.

1.6.1 *Labradorský retrívř*

Labradorský retrívř, kdysi nazýván Lesser Newfoundland Dog (menší novofundlandan), pochází z ostrova Newfoundland. V 16. století byl labradorský retrívř na tomto ostrově využíván k přinášení pernaté zvěře během lovu. Jelikož na ostrově Newfoundland byly podmínky terénu i podnebí velmi drsné, je pevně stavěné tělo labradora bohatě osrstěno krátkými voděodolnými chlupy, které mohou mít dle plemenného standardu barvu žlutou, černou či játrovou/čokoládovou. Plemenný standard je popis ideálního jedince plemene, který v roce 1923 poprvé sepsal v Anglii lord Knutsford. Labradorští retrívři mají těžší kostrou a pevně stavěné tělo. Jejich pevné tlapy, opatřené plovací blánou, svědčí o výborné schopnosti plavat, dokonce i v ledových, bouřlivých vodách severního Atlantiku. Dalším charakteristickým znakem moderních labradorských retrívřů je široká hrud', která byla nezbytná pro „surfování“ ve vysokých vlnách Atlantiku. Celkový vzhled tohoto psiho plemene je silné konstituce se širokou lebkou a dobře vyvinutým stopem. Ideální výška v kohoutku je uváděna mezi 54-56 centimetry. Hmotnost labradorského retrívřa standard Mezinárodní kynologické federace neuvádí (2).

V České Republice se labradorský retrívř poprvé objevil v roce 1970. Labradorský retrívř zkráceně zvaný „labrador“ je u nás velmi populární nejen kvůli svým loveckým schopnostem, ale především pro svoji vyrovnanou a přátelskou povahu. Je velmi inteligentní, oddaný a dobře cvičitelný. Rád pracuje pro svého pána, miluje pohyb, plavání a aportování. Labrador velmi často slouží lidem v různých oblastech jejich činností (2).

Zde je výběr nejčastějšího uplatnění tohoto plemene:

- Lovecky využitelný pes pro myslivost
- Průvodce nevidomých
- Slyšící pes pro hluché
- Vyhledávač drog

- Vyhledávač výbušnin
- Záchranářský pes
- Pomocník terapeutů ve zdravotnických zařízeních
- Odhalování rakovinných nádorů
- Společník pro všechny



www.zdancistrane.cz/gremlins.jpg

Dle plemenného standardu je labradorský retrívr povahou inteligentní, nadšený, poslušný, se silnou vůlí udělat radost. Jeho povaha je laskavá, beze stop agresivity a nevhodné bázlivosti. Je to plemeno velmi agilní a adaptabilní (2).

1.6.2 *Pes a dítě*

Jak uvádí prof. Dr. Franke Ohl společně s Dr. Endenbergem (2007, 23 s.) ve své publikaci *Pes a dítě*: „*Existují i výzkumy, které ukazují, že naprosto nulový kontakt se zvířaty se negativně projevuje na imunitním systému dětí.*“ Někteří odborníci dokonce tvrdí, že sliny psa mají až terapeutický účinek například na dětské ekzémy. Při praktikování canisterapie však nikdy nesmíme zapomínat na zdraví psa. Canisterapeutický pes musí být vždy řádně očkovaný a pravidelně odčervovaný. Psími slinami by se totiž dali velmi snadno přenést na děti vnitřní parazité (20).

Některé prováděné výzkumy nám ukazují, že děti, které se mohly během svého pobytu v nemocnici stýkat se psem, měly pobyt výrazně kratší než děti bez styku se psem. Tyto výzkumy přinesly fakt, že kontakt se psem přinesl povzbuzení pro imunitní systém dětí, a tak se snížilo vnímání bolesti a celkový zdravotní stav se zlepšil. Je známo, že kontakt se psem má všeobecně relaxační účinky a snižuje stres. Pro dítě je často pes sociálním partnerem, který přispívá k sociálnímu kontaktu s okolím. Pes dokáže děti povzbudit po namáhavém rehabilitačním programu, a pomazlení se po namáhavém cvičení se může pro dítě stát opravdovou odměnou (20).

Při dětské psychoterapii může pes prolomit ledy při navazování počátečního kontaktu s terapeutem. Komunikace dítěte s terapeutem velice snadno začíná řečí o pejskovi, poté může nenásilně přejít k problému dítěte samého. Také u dětí s autismem jsou pozorovány velmi dobré výsledky komunikace s okolím skrze psa (20).

1.7 Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami

Dle školského zákona č. 561/2004 Sb. můžeme za dítě se speciálními potřebami vzdělávání považovat dítě se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním (zákon č. 561/2004 Sb., § 16 odstavec 1). Dle vyhlášky č. 73/2005 Sb. za žáky s těžkým zdravotním postižením dle tohoto zákona rozumíme dítě s těžkým zrakovým postižením, s těžkým sluchovým postižením, těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepí, se souběžným postižením více vadami, s autismem, s těžkým tělesným nebo těžkým či hlubokým mentálním postižením (32, 36).

Samotný základní pojem „DÍTĚ“ nám ukazuje na lidskou bytost, pro niž je významným rysem růst a vývoj. Člověk se vyvíjí nejen po narození, ale již od počátku svého početí. Po narození vývoj už jen nabývá na významu. Vývoj i růst dítěte mají genetický základ, který je určující pro specifický lidský vzhled a lidské schopnosti (15).

1.7.1 Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami

Tak jako na všechny osoby, tak i na děti se speciálními vzdělávacími potřebami se vztahuje Listina základních práv a svobod. Ze žádných okolností nemůžeme tedy při výchově dětí užívat jakýchkoliv nehumánních prostředků. Vždy je nutné respektovat lidskou svobodu a důstojnost. Při vzdělávání nemůžeme za žádných okolností použít fyzický trest a jakkoliv omezovat osobní svobodu jedince (26).

Není daleko doba, kdy byly děti rozdělovány na vzdělávatelné a nevzdělávatelné. Bylo to proto, že úroveň školství nebyla ještě na takové úrovni, kterou dosahuje v dnešní době. Nebyly k dispozici školy pro děti s těžšími formami mentálního postižení. Úroveň psychopedie též zaostávala za pedagogickou praxí a potýkala se

s teoretickými i metodickými problémy vzdělávání dětí s těžším mentálním postižením (26).

Dnes již však víme, že každé dítě je vzdělavatelné a má na vzdělání právo. I u dětí těžce mentálně postižených vypracováváme individuální vzdělávací plán, který je zaměřen na dosažení jednotlivých cílů v systému ucelené rehabilitace. Děti s těžkým mentálním postižením jsou vzdělávány dle rehabilitačního vzdělávacího plánu v Základní škole speciální, zatímco děti s hlubokým mentálním postižením jsou vzdělávány dle § 42 školského zákona. Cílem výchovy v širší rovině je ucelená představa žádoucích a předpokládaných vlastností člověka, které lze docílit výchovou (14). Výchovu a vzdělávání je nutné chápat jako celoživotní proces. Systém výchovy a vzdělávání je tedy systémem otevřeným. Zvláště u dětí s postižením nemůžeme hledat hranici mezi vzděláváním, výchovou a rehabilitací (12). Individuální vzdělávací plán u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami se zaměřuje především na popis speciálních metod a forem vzdělávání. Dále stanovuje materiální, personální a organizační zabezpečení vzdělávání žáka se speciálními potřebami (14).

Jeden z našich největších českých myslitelů J. A. Komenský řekl: „ Má-li se člověk státi člověkem, musí být vzděláván...“. Ať již budeme nazývat největší možný rozvoj u dětí s postižením vzděláváním, výchovou či kultivací, je nutné udělat maximum, co je v našich silách (26).

1.8 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (dále jen „DMO“) někdy též nazývána infantilní cerebrální paréza, či Littleova nemoc, byla poprvé popsána roku 1862 londýnským ortopedem Dr. Littlem (11). V některých mezinárodních literaturách se můžeme setkat i termínem perinatální encefalopatie. Tento termín však není zcela přesný vzhledem ke vzniku onemocnění. DMO může vzniknout nejen v době během porodu, ale i v delším časovém období intrauterinního života ještě před porodem. DMO je relativně častým neurologickým onemocněním s incidencí 1 případ na 1000 porodů (13).

1.8.1 *Formy dětské mozkové obrny*

Formy DMO je možné nalézt v různých informačních zdrojích. V jejich rozdělení je však značná nejednotnost.

D. Opatřilová rozděluje DMO na následující formy:

- Spastické
- Nespastické
- Lehká mozková dysfunkce

(21).

M. Vítková rozděluje DMO pouze na formy spastické a nespastické, přičemž dále dělí:

- Spastické formy DMO: - Diparetická DMO
 - Hemiparetická DMO
 - Kvadruparetická DMO

- Nespastické formy DMO: - Dyskinetická DMO
 - Hypotonická DMO

(29).

Neurocentrum Praha na svých webových stránkách uvádí následující základní formy DMO, které rozlišuje na:

- Spastickou formu DMO
- Athetoidní diskinetickou formu DMO
- Ataktickou formu DMO
- Smíšenou formu DMO

(18).

Tyto formy se rozlišují na základě charakteru hybné poruchy.

Spastická forma je nejčastější. Vyskytuje se až u 80% nemocných s diagnózou DMO. U této formy je typická svalová ztuhlost. Bližší popis forem DMO se odvíjí od končetin, které jsou postiženy. Název dále vychází z označení plegie či paréza. Plegie znamená ochrnutí, paréza oslabení. Pokud tedy budeme mluvit o spastické kvadruplegii, máme tím na mysli jedince, který je ochrnutý na všechny čtyři končetiny a jeho svaly jsou ztuhlé (18).

Athetoidní dyskinetická forma se projevuje mimovolnými krouživými pomalými pohyby končetin. Časté je grimasování. U této formy mohou nastat problémy s řečí, zapříčiněné svalovou koordinací mluvidel. Tato forma DMO se vyskytuje až u 20% nemocných (18).

Ataktická forma se projevuje špatnou pohybovou koordinací. Typická je chůze o široké bázi. Velké problémy dělá lidem s touto formou DMO přesný a rychlý pohyb. Typický je zde intenční tremor, který zapříčiňuje roztřesení ruky při volním pohybu.

Smíšené formy DMO vyjadřují kombinaci výše uvedených forem a některých z jejich příznaků. Jsou možné různé kombinace, ale nejčastější je kombinace spastické formy s athetoidními pohyby (18).

1.8.2 Terapie dětí s DMO

Pro efektivní terapii dětí s DMO je nejdůležitější kvalitní a včasná diagnostika. Nesmíme opomenout, že terapie DMO je dlouhodobá a vyžaduje týmovou spolupráci odborníků. Po celou dobu terapie je nezbytné podporovat jak děti samotné, tak i rodiče pečující o dítě. V interdisciplinárním terapeutickém týmu tak nesmí chybět psycholog (11).

Léčebné prostředky rehabilitace mají při této terapii další nezastupitelný význam. U diagnózy DMO se často používá několik těchto prostředků (12). Nejvýznamnější fyzikální terapií je jednoznačně reflexní terapie Václava Vojty. Tato terapie spočívá ve vyvolání cílených reakcí a pohybových vzorců, které povzbuzují vývoj vzpřimování. Další fyzioterapeutickou metodou užívanou u dětí s DMO je Bobathova metoda. Tato terapeutická metoda se soustředí především na tlumení porušeného držení těla a

facilitaci zdravých vzorců pohybu. Fyzioterapeut je tak další nepostradatelnou součástí v ucelené terapii (11). Z fyzikální terapie se u dětí s diagnózou DMO užívá především masáže a vodoléčby. Mezi léčebné prostředky rehabilitace zahrnujeme i nezbytně nutnou ergoterapii. Ergoterapie neboli „léčba smysluplnou činností“ se zaměřuje především na nácvik soběstačnosti. U dětí s DMO využívá především hry, která koresponduje s jejich vývojovým stadiem. Mezi další hojně využívané prostředky léčebné rehabilitace můžeme zařadit muzikoterapii, psychoterapii i arteterapii (12).

Jakmile hovoříme o interdisciplinárním týmu podílejícím se na terapii dětí s DMO, nesmíme opomenout speciální pedagogy, kteří se podílejí na speciální výchově a vzdělávání dětí s diagnózou DMO. Jelikož diagnóza DMO má často i přidružená onemocnění, jak bude uvedeno v následující kapitole, ve vzdělávání těchto dětí bychom neměli zapomínat na tyflopedy, surdopedy, psychopedy, logopedy a somatopedy. Tito jednotliví pedagogové jsou odborníky na vzdělávání dětí s jednotlivými speciálními vzdělávacími potřebami (6).

Sociální pracovníci by měli v rámci sociální rehabilitace zajišťovat pro těžce tělesně postižené děti na základě jejich individuální potřeby umístění v příslušném rehabilitačním zařízení. Sociální pracovník by měl být dále schopen informovat rodiče dětí s DMO o jejich nárocích na dávky. Sociální terapie by měla být zaměřena na spoluúčast dětí s DMO dle jejich individuálních možností na společenském životě prostřednictvím kulturní, sportovní a zájmové činnosti (23).

1.8.3 Přidružená onemocnění dětské mozkové obrny

Dětská mozková obrna může způsobovat řadu dalších onemocnění. Časté jsou epileptické záchvaty a nepříznivý intelektuální vývoj jedince. Lehkým mentálním postižením trpí zhruba jedna třetina dětí. U další třetiny dětí s diagnózou DMO se pohybuje mentální retardace ve středním až hlubokém pásmu mentální retardace. Poslední třetina jedinců s touto diagnózou je intelektuálně zcela zdravých. Mentální postižení se nejčastěji vyskytuje u dětí se spastickou kvadruparetickou formou DMO, kde míra poruchy hybnosti je nejtěžší. Těžké postižení dalších částí mozku zde často úměrně koreluje (18).

Epileptickými záchvaty trpí necelá polovina dětí s DMO. Přidružená epilepsie u dětí u DMO se může projevovat opakovanými záchvaty bez zjevné příčiny či tzv. „grand mal“. Tyto generalizované epileptické záchvaty postihují celý organismus a abnormální výboje zasahují do celého mozku. Na základě těchto výbojů jedinec často ztrácí vědomí, upadá do tonicko- klonických křečí, u kterých jsou typické záškuby mimických a žvýkacích svalů a svalů trupu a končetin. Při záchvatu se často zastavuje dech a dochází k inkontinenci. Další typ záchvatu, který může u dětí s DMO nastat je tzv. „simplexní a komplexní parciální záchvat“. Simplexní parciální záchvat se projevuje záškuby pouze některých svalových skupin. Jedná se například o záškuby pouze žvýkacích svalů, dále může dojít k ochabnutí části těla, poruchám citlivosti apod. U komplexního parciálního záchvatu dochází ke kvalitativním změnám vědomí. Jedinec ztrácí kontakt s realitou, vykonává nevědomé, automatické a neúčelné pohyby. Jeho chování je celkově zmatené. Tento typ záchvatu může velmi často přejít v záchvat grand mal (18).

Dalším přidruženým onemocněním diagnózy DMO může být hydrocefalus. Městnání mozkomíšního moku má za následek zvyšování nitrolebního tlaku. Hydrocefalus tak vede k abnormálnímu růstu hlavy a nedostatečnému prokrvení mozku. Celý tento mechanismus tak nepříznivě ovlivňuje klinický obraz DMO (18).

Dalšími poruchami, které se můžou u dětí s DMO vyskytnout, jsou poruchy zraku a sluchu. Častý je výskyt strabismu neboli šilhání. Strabismus může být konvergentní (sbíhavý) či divergentní (rozbíhavý). Děti se strabismu často přizpůsobují. Aby neviděly dvojité, často podněty z jednoho oka ignorují. Tak vzniká amblyopie tzv. „tupožrakost“. U hemiparetické formy DMO je častý výskyt hemianopie. Hemianopie je výpadek poloviny zorných polí obou očí. Například pravostranná homonymní hemianopie je typická dobrým viděním vpřed a doleva. Pokud jsou však při této přidružené diagnóze předměty umístěné na pravém okraji zorných polí, jedinec je nevidí, či jen velmi špatně (30).

S diagnózou DMO jsou též spojeny nejrůznější růstové problémy. U kvadrupastické formy DMO se nejčastěji vyskytuje centrální dystrofie. Jde o stav, při němž je postiženo mozkové centrum kontrolující růst a vývoj organismu. Projevuje se

zpomaleným tělesným vývojem a v dospívání pak opožděným vývojem sekundárních pohlavních znaků. Končetiny jsou u dětí s DMO často slabší a u hemiparetických forem se postižená strana těla vyvíjí daleko pomaleji než strana zdravá. Končetina je tak nápadně slabá (30).

U DMO se také mohou vyskytovat poruchy citlivosti a vnímání. Narušeno může být vnímání doteku či bolesti, vnímání jednotlivých částí vlastního těla či je narušena schopnost rozeznat předměty hmatem. Jedinec tak nerozezná tvrdý předmět od měkkého apod. Tuto poruchu označujeme jako astreognózi (30).

1.9 Mentální retardace

Jestliže budeme hledat ve slovníku heslo „mentální retardace“ (dále jen „MR“), nalezneme ekvivalent v podobě hesla slabomyslnost a duševní opoždění (31). Při mentální retardaci dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností a odlišnému vývoji některých psychických vlastností. Příčinou mentální retardace je organické postižení mozku. Základním znakem MR je trvalost porušení poznávací činnosti. MR není tedy nemoc, ale trvalý stav, který je způsobený neodstranitelnou nedostatečností či poškozením mozku (26).

Dle mezinárodní klasifikace nemocí můžeme mentální retardaci rozdělit do šesti kategorií: 1) Lehká mentální retardace

2) Středně těžká mentální retardace

3) Těžká mentální retardace

4) Hluboká mentální retardace

5) Jiná mentální retardace

6) Nespecifikovaná mentální retardace

V této práci bych se ráda zmínila pouze o prvních čtyřech kategoriích, jelikož se dotýkají diagnóz klientů ve zkoumaném souboru.

1.9.1 *Lehká mentální retardace*

IQ lehké MR se dle Mezinárodní klasifikace nemocí pohybuje v rozmezí 50-69 bodů. Jedinec s touto diagnózou obvykle dosahuje nezávislosti v každodenních činnostech, ovšem oproti zdravým jedincům je jeho vývoj výrazně pomalejší. Časté jsou problémy se psaním a se čtením. Tito lidé se dobře uplatňují v praktických činnostech, které nevyžadují velké teoretické schopnosti jako jsou nekvalifikované či málo kvalifikované manuální práce (26). Lehká mentální retardace je často dědičně podmíněna a projevuje se na počátku školní docházky, kdy má dítě lehce narušené logické, abstraktní a hypotetické myšlení. Děti s lehkou mentální retardací těžko odlišují podstatné od nepodstatného. Vývoj řeči je u této diagnózy často opožděn s chudou slovní zásobou. Děti často bezmyšlenkovitě opakuji to, co vidí a slyší. Nápodoba v myšlení i chování velmi často přetrvává až do dospělosti (19).

1.9.2 *Středně těžká mentální retardace*

Tato MR se pohybuje v rozmezí 35-49 bodů. Lidé, mající svůj inteligenční kvocient v tomto pásmu středně těžké mentální retardace, jsou schopni osvojit si pod odborným vedením základy školního trivia. Jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, vždy však pod dohledem. Samostatný život tito lidé vedou jen velmi těžší. U tohoto typu diagnózy může být častým přidruženým onemocněním autismus či jiné pervazivní vývojové poruchy (26). Řeč je zde výrazně opožděna a jednotlivá slova se objevují až v předškolním věku. Některé děti nemluví vůbec, jiné jsou schopné jednoduché konverzace a sociální interakce (19).

1.9.3 *Těžká mentální retardace*

Rozmezí IQ tohoto pásma MR je 20-34 bodů. Tito jedinci často trpí poruchou motoriky. Je zde typický vadný vývoj centrálního nervového systému. Při výchově a vzdělávání je nutné se zaměřit na rozvoj motoriky, komunikačních dovedností a na

celkové zlepšení kvality života takto postižených jedinců (26). Jedinci s diagnózou těžké mentální retardace se velmi omezeně zapojují do jednoduchých pracovních činností a velmi obtížně se učí běžným hygienickým návykům a samoobslužným úkonům (19).

1.9.4 Hluboká mentální retardace

U hluboké mentální retardace dosahuje IQ maximálně hodnoty 20 bodů. Lidé mají velký problém porozumět požadavkům ostatních a následně jim vyhovět. Často jsou to lidé imobilní a inkontinentní. Vyžadují stálý dohled a pomoc ostatních. U této diagnózy je velmi často přidružena epilepsie, časté jsou také poruchy sluchu a vidění (26).

1.10 Attention deficit hyperactivity disorder

Attention deficit hyperactivity disorder neboli ADHD syndrom patří do skupiny hyperkinetických poruch. Tento syndrom se vyznačuje hyperaktivitou, nesoustředěností a velkou impulzivitou (19). Proto, aby se dal správně diagnostikovat právě tento syndrom, musí být tyto projevy poruchy aktivity a pozornosti trvající déle než šest měsíců výrazné a nesmí být způsobeny jinou psychickou poruchou (19). Jedinec s touto diagnózou obvykle nevydrží delší dobu v klidu, je zvýšeně dráždivý, jeho reakce jsou bezmyšlenkovité a jednání zbrklé bez jakýchkoliv zábran. Zvýšená dráždivost je občas střídána až nezájmem. Jedinec s ADHD syndromem bývá motoricky neobratný. Motorická neobratnost se nejvíce projevuje v psaní a jeho úhlednosti (6). K ADHD syndromu se často přidružují další abnormality jako snížená vytrvalost, nízká schopnost předvídat nebezpečí, nedbalost a nepořádnost (19).

Výskyt tohoto syndromu se v dětské populaci odhaduje v rozmezí 3-10 % dětí školního věku. Tento syndrom je častější u chlapců než u dívek, a to v nejčastěji udávaném poměru 6:2 (22).

1.10.1 Přístup k dítěti s ADHD syndromem

U jedinců se syndromem ADHD je nutné volit takové přístupy, které snižují impulzivitu a eliminují nedostatky pozornosti. Velmi důležité je nekonfliktní prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá a je pro něj motivující. Při práci s těmito dětmi je důležité volit takové vzdělávací postupy, které poskytují dostatek podnětů pro zapamatování, jsou dostatečně motivující, posilují sebevědomí jedince a vedou k sebekázi a uznávání autorit. Při práci s těmito jedinci by se měly zadávat spíše krátké úkoly a důsledně sledovat jejich plnění (6). Při plnění úkolů se doporučuje naše aktivní spoluúčast. Při plnění jednotlivých zadaných úkolů je dobré dítě povzbuzovat, vést, ale i uklidňovat. Dále bychom měly dítěti umožnit dostatek spontánního pohybu, a to nejen ve formě sportovních kroužků, ale i při běžném pobytu ve škole. Jednání s dítětem by mělo být vždy klidné a povzbuzující (22). Speciálně pedagogický přístup je dále kombinován s farmakologickou léčbou, při které se nejčastěji užívají nootropika, neuroleptika, anxiolytika, psychofarmaka. U těchto dětí je též často indikována pohybová rehabilitace, která má za úkol aktivovat ochablé svalstvo a zlepšovat motorickou koordinaci (6).

1.11 Psychomotorický vývoj dítěte

Pod pojmem psychomotorický vývoj rozumíme vývoj pohybových i duševních schopností dítěte. Tento vývoj je primárně posuzován pediatrem. V odborné péči pak následně jednotlivými odborníky jako je neurolog, psycholog či rehabilitační lékař. Psychomotorický vývoj se vyšetřuje speciálními vyšetřovacími testy, screeningovými vyšetřeními a vyšetřovacími škálami a schémata. Známy je například Denverský test či vyšetřovací škála dle Baileyové, kineziologické vyšetření dle Vojty apod. (15).

Růst a vývoj dítěte sledujeme v jednotlivých obdobích věku dítěte:

- Novorozenecké období (od narození- 28 dní věku dítěte)
- Kojenecké období (od konce 28. dne- 12 měsíců věku dítěte)
- Batolecí období (1 – 3 roky)
- Předškolní období (4. – 5.. rok)
- Mladší školní věk (6.- 10. rok)
- Starší školní věk (10.- 15. rok)
- Období adolescence (15. – 18. rok)

(15).

Jestliže tedy mluvíme o tzv. „ psychomotorické retardaci“, máme tím na mysli opožděný vývoj motoriky jedince v souvislosti s vývojem po psychické stránce (24).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Za cíl své bakalářské práce jsem si vytýčila:

Zjistit efektivnost canisterapie u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v rámci uceleného systému rehabilitace.

Vzhledem ke zkoumanému vzorku dětí se speciálními vzdělávacími potřebami čítající 4 jedince, nemohou být získaná data generalizována. Jedná se o výzkum kvalitativního typu, a tudíž budou hypotézy, týkající se této problematiky, stanoveny až v závěru práce, v kapitole 5.

3 METODIKA

3.1 Charakteristika metod a technik sběru dat

3.1.1 Pozorování

Pozorování zúčastněné přímé bylo prováděno v průběhu individuální canisterapie. Pozorování bylo zaměřeno na chování dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Především na jejich emoční reakce a tělesné změny s ohledem na diagnózu dětské mozkové obrny.

3.1.2 Obsahová analýza sběru dat

Využití zdravotnické dokumentace včetně osobní, rodinné a sociální anamnézy k vytvoření stručné kasuistiky.

3.1.3 Rozhovor

Neřízený rozhovor s fyzioterapeutem, psychologem, s vedoucí denního stacionáře a s rodiči dětí zkoumaného souboru.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Pozorovaný soubor tvořily čtyři děti se speciálními vzdělávacími potřebami ve věku 11, 14, 15 a 21 let. Všechny tyto děti navštěvovaly denní stacionář centra ARPIDA, o.s. U třech těchto dětí byla primárně diagnostikována dětská mozková obrna. U jednoho dítěte ze zkoumaného souboru byl diagnostikován ADHD syndrom.

4 VÝSLEDKY

4.1 . Denní stacionář centra ARPIDA, o.s.

Denní stacionář centra ARPIDA, o.s, ve kterém byla canisterapie prováděna a pozorována její efektivnost, je určen pro děti a mládež ve věku od 3 do 26 let s těžkým kombinovaným postižením. Základním posláním tohoto denního stacionáře je podpora rodin v péči o děti a mládež se zdravotním postižením a snaha o co nejúčinnější a možný rozvoj jejich schopností a dovedností. Veškeré služby, které nabízí denní stacionář v rámci komplexu služeb centra ARPIDA, o.s., jsou poskytovány v duchu uceleného systému rehabilitace. Program denního stacionáře je zaměřen na podpůrné aktivity a terapie zahrnující prvky bazální stimulace, relaxační techniky, prvky nácviku sebeobsluhy a nácvik poznávání svého prostředí. Program zahrnuje též systém podpůrných služeb dle doporučení lékařů, např. pravidelnou denní fyzioterapii (zejména individuální LTV), ergoterapii, logopedii, vodoléčbu, termoterapii, magnetoterapii, elektroléčbu. Dále je zde pravidelně uplatňována muzikoterapie, arteterapie, hippoterapie a canisterapie. Vzdělávání dětí a mládeže v denním stacionáři je realizováno v souladu s ustanovením § 42, zákona 561/2004 Sb. Cílem sociálních služeb, které poskytuje denní stacionář, je umožnit vést důstojný a plnoprávný život uživatele bez přerušení kontaktu s jeho přirozeným sociálním prostředím. Dále je to co největší možná podpora výchovné, vzdělávací, aktivizační a sociálně- terapeutické činnosti. Dalším cílem denního stacionáře je zlepšovat, či alespoň stabilizovat stav uživatele, pomoci mu zprostředkovávat a rozvíjet kontakty se společenským prostředím. Pracovníci denního stacionáře ve spolupráci s odbornými lékaři a zákonnými zástupci též vypracovávají individuální vzdělávací plány pro jednotlivé uživatele služby. Tyto plány vycházejí z jejich osobních potřeb a zájmů. Naplňování těchto individuálních plánů je následně pravidelně vyhodnocováno. Denní stacionář vytváří příjemné prostředí blízké běžnému způsobu života, ve kterém se uživatelé cítí dobře a bezpečně.

Veškeré činnosti jak v denním stacionáři, tak i v celém centru ARPIDA, jsou prováděny díky týmové spolupráci všech odborných pracovníků multidisciplinárního

týmu. Sám název centra ARPIDA, o. s., který je složen z počátečních písmen následujících slov: Akce, Rehabilitace, Pomoc, Integrace, Dobrovolnost, Agape, vypovídá o snaze přirozeného a nenásilného včlenění jedince do společnosti a dále o využití nabízené pomoci z řad dobrovolníků. Svědčí o připravenosti pomoci nejen uživatelům služeb, ale celým jejich rodinám. Poskytování všech sociálních služeb se nese v duchu křesťanské etiky, vzájemné solidarity, nezištné pomoci, odpovědnosti a lásky k bližnímu.

4.2 Pozorování realizované v rámci canisterapie

Pozorování vlivu a následné efektivnosti canisterapie bylo prováděno v denním stacionáři centra ARPIDA, o.s po dobu 24 týdnů. Pozorovány byly 4 děti ve věku 11, 14, 15 a 21 let. U každého z dětí canisterapie proběhla celkem 8 krát. U prvních dvou dětí canisterapie probíhala jednou za týden po dobu 60 minut. U zbylých dvou dětí byla canisterapie prováděna též jednou týdně po dobu 30 minut. U většiny canisterapeutických hodin byli přítomni fyzioterapeut/ka, psychologka a vedoucí denního stacionáře. U třech dětí se podařilo přizvat ke canisterapii i jejich rodiče. Rodič jednoho z dětí poskytl rozhovor, aniž by byl canisterapii přítomen.

4.2.1 Průběh canisterapie u prvního dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami

4.2.1.1 Kasuistika Tomáše

Tomáš se narodil roku 1995 z druhé rizikové gravidity (anomálie uteru) ve 32. týdnu těhotenství. Jeho porodní hmotnost činila 2015 g. Výška dosahovala 46 cm. Po porodu byl kříšen a ventilován. Od svých dvou let trpěl opakovanými epileptickými záchvaty, které jsou nyní úspěšně kompenzovány. U Tomáška můžeme za základní diagnózu považovat spastickou kvadraparetickou formu DMO včetně těžké psychomotorické retardace. Chlapec velmi špatně vidí a je u něj dále diagnostikován strabismus. Tomáš dobře slyší a snaží se především o sluchovou orientaci. U Tomáška je dále diagnostikována dystonie mimického a žvýkacího svalstva včetně dystonie hltanu. Mentální úroveň chlapce se pohybuje v pásmu hluboké mentální retardace. Denní stacionář centra ARPIDA, o.s. Tomáš navštěvuje od r. 2003. Před nástupem do denního stacionáře byl zařazen do MŠ při centru ARPIDA, o.s.

4.2.1.2 Canisterapeutický záměr u Tomáše

- 1) Uvolňování spastických prstů ruky
- 2) Uvolňování svalů dolních končetin
- 3) Snaha o zvětšení rozsahu pohybu v kyčelních kloubech
- 4) Snaha o rychlé a bezproblémové přijetí nových podnětů

4.2.1.3 Popis průběhu canisterapie u Tomáše

Vzhledem k tomu, že chlapec zpočátku canisterapie reagoval na pohyb psa úlekem, prvotním záměrem bylo zklidnění chlapce a jeho pozitivní přijetí psa. Při prvním canisterapeutickém setkání chlapec reagoval na seznámení se psem křikem, celkovým neklidem a zvýšeným svalovým napětím. Zde jsem měla pocit více než přínosný, spíše kontraproduktivní. Při první canisterapeutické návštěvě jsme se tedy zaměřili na prvotní verbální zklidnění chlapce. Ke konci první hodiny byl již chlapec viditelně klidnější a byl očividně pozitivně naladěný. Při loučení se psem se dokonce smál a vydával hlasité radostné zvuky.



Obrázek č. 1

V následujících canisterapeutických hodinách byl již chlapec celkově uvolněnější a na příchod psa již nereagoval úlekem, nýbrž radostným smíchem. Při následujícím canisterapeutickém setkání jsme již na rozdíl od první seznamovací hodiny se psem přistoupili k polohování Tomáše. Během 60 minut jsme vystřídali 5 polohovacích jednotek. Každá z poloh trvala cca 10 min. Všechny polohy byly předem konzultovány s fyzioterapeutem a byly u Tomáška pravidelně prováděny při každém setkání.

První polohovací jednotku jsme provedli vleže na zádech, kdy pes ležel pod dolními končetinami chlapce (viz obrázek č.1). Cílem této polohy bylo prohrátí dolních končetin, které mělo umožnit lepší uvolňování dolních končetin při následující druhé polohovací jednotce.

Druhá polohovací jednotka byla realizována v poloze na zádech, kdy byl pes položen mezi dolní končetiny dítěte (viz obrázek č.2). Tato poloha byla zaměřena na uvolnění napětí v dolních končetinách. V této poloze byl dále kladen důraz na co největší možný rozsah v kyčelních kloubech. Vzhledem k sin ventrální rotaci pánve byla nutná fixace pravé dolní končetiny pomocí polohovacích pomůcek a ručního přidržování pravého boku.



Obrázek č. 2

Třetí zvolená poloha byla identická s druhou polohovací jednotkou s tím rozdílem, že pes ležel místo na pravé, na levé dolní končetině chlapce (viz obrázek č.3). Byla tak uvolňována i levá dolní končetina.



Obrázek č. 3

Při druhé a třetí poloze jsme se snažili chlapce motivovat k pohlazení psa. V těchto dvou polohách bylo k pohlazení psa nutné natáhnout ruku. Abychom horní končetinu alespoň trochu uvolnili, bylo nutné ruku předem stimulovat pomocí masážních pomůcek. Využili jsme techniku „míčkování“, při které jsme chlapci vyhrnuli rukáv a mírným tlakem přejížděli míčkem chlapcovu paži. Přibližně po deseti minutách se nám podařilo paži uvolnit natolik, že si chlapec dokázal na psa sáhnout (viz obrázek č.4)



Obrázek č. 4

Dotyk psa velmi příznivě působil nejen na jemnou motoriku, ale i na chlapcovu psychiku. Po třech canisterapeutických setkání se nám podařilo částečně uvolnit addukovaný palec a rozevřít spastickou dlaň. Samotné pohlazení psa bylo pro Tomáška velkou motivací, doprovázenou emočně libými pocity. Tyto velmi pozitivní emoce nám dával najevo radostným úsměvem a hlasitým smíchem.

Čtvrtou a pátou polohovací jednotku jsme volili polohu na boku. Při čtvrté poloze jsme Tomáše položili na pravý bok tak, aby mohl psa dobře obejmout. Jeho levou dolní končetinu jsme následně pokrčili a položili přes psa (viz obrázek č.5). Při poslední páté poloze jsme chlapce položili na levý bok a snažili se o uvolnění a pokrčení pravé dolní končetiny.



Obrázek č. 5

Fotodokumentace průběhu canisterapie u Tomáše viz příloha č.1.
(veškeré fotografie v bakalářské práci jsou zveřejněny se souhlasem rodičů).

4.2.1.4 Zhodnocení efektivnosti canisterapie u Tomáše

Vzhledem k tomu, že při všech pěti polohách jsme se snažili vždy o to, aby se chlapec prsty dotýkal psa, podařilo se nám po třetím canisterapeutickém setkání uvolnit spastickou dlaň a addukovaný palec. Toto uvolnění však bylo pouze dočasné. Po skončení canisterapie se palec opět dostával do addukované polohy. Celkové zklidnění a uvolnění bylo patrné již při druhém canisterapeutickém setkání. Tomáš se již při druhém setkání psa nebál a při každém z následujících setkání se psem byl uvolněnější. Spasticita dolních končetin byla zmírněna a kyčelní klouby uvolněny. Výrazné uvolnění dolních končetin nastupovalo po cca 20 minutách polohování (nejčastěji při druhé polohovací jednotce). Po této době docházelo k dostatečnému prohřátí končetin a následnému uvolňování.

Celému průběhu canisterapie byl přítomen fyzioterapeut, psychologka a některým canisterapeutickým setkáním i vedoucí denního stacionáře. Na jednu hodinu canisterapie se dostavila i maminka pozorovaného chlapce. Od všech výše uvedených osob jsem následně získala vyjádření k celému průběhu canisterapie. Tato vyjádření mi byla poskytnuta v neřízeném rozhovoru. Stala se tak cenným přínosem pro zpracování mé práce.

Vyjádření fyzioterapeuta

U tohoto chlapce spasticita ovládá celý jeho pohybový projev, což se přenáší na každodenní situace běžného života (jídlo, komunikace, reakce na rušivé elementy apod.). V krátkodobém horizontě má canisterapie velmi výrazný efekt. Tento efekt se týká hlavně zklidnění, snížení spasticity, zmírnění reakcí na rušivé elementy. Chlapec je po canisterapii v dobrém naladění, reaguje na psa pozitivně a je odpoutaná jeho pozornost od okolí. Je víc soustředěný na svoji osobu.

Vyjádření psychologky

Chlapec velmi pozitivně reagoval na přítomnost psa, často se usmíval. Jeho verbální projev neartikulovanými zvuky byl vázán na pohyb psa a vedení terapeutky. Jelikož je tento chlapec imobilní s výraznou spasticitou horních končetin, snažil se o dotyk psa spíše při lehu na boku. Pohyb psa krátkodobě fixoval zrakem. Při poloze na zádech docházelo k výraznému zklidnění, uvolnění horních končetin a povolení spasmu. Polohování mělo výrazný přínos pro chlapcovo celkové zklidnění a uvolnění. Jeho reakce byly výrazněji vázány na zvukové podněty, verbální sdělení terapeutky spojené s pohybem psa. Tento chlapec canisterapii přijímal celkově velmi pozitivně. Efektivnost canisterapie spatřuji v celkovém uvolnění chlapce, v pozitivním emočním naladění a ve snaze o fyzický kontakt se psem.

Vyjádření vedoucí denního stacionáře

Při první setkání s pejskem se chlapec psa evidentně bál, lekal se a jevil známky nepříjemnosti. Nijak mě to ale nepřekvapilo a neznepokojovalo, protože je tento chlapec i v jiných, pro něj nových situacích často vyděšen a bojí se věcí, na které není zvyklý. Při třetí schůzce si ale na pejska již zvykl, a bylo zde velmi znatelné uvolnění horních i dolních končetin. Po ukončení canisterapie se vždy chlapec velice rozpovídal, jako by všem kolem sebe chtěl říci, jaké to s pejskem bylo. Rozhazoval jak rukama, tak i nohama. Z pohledu druhé osoby působil volněji a klidněji.

Vyjádření rodiče

Hodina canisterapie, na kterou jsem byla pozvána, mě velmi potěšila a zároveň překvapila. Protože Tomášek je velice citlivý a nerad přijímá změny, překvapila mě i hodina s pejskem, se kterým byl velký kamarád. Bylo vidět, že s pejskem nebyl poprvé. Jeho reakce byla zprvu trochu nejistá, ale během pár minut se začal uvolňovat. I přesto, že u mého syna v této době probíhala nějaká viróza, byl dost uvolněný. Hodina, která proběhla o týden dříve, kde jsem nebyla, měla účinek mnohem lepší, protože Tomáš byl krásně uvolněný až do večera. Určitě tato hodina, které jsem se účastnila, byla velmi ovlivněna touto virózou. Po pár dnech jsme zkusili uvolňování doma s naším pejskem Týnou. Sice není cvičený, ale snažila jsem se syna polohovat tak, jak jsem to viděla v ARPIDĚ. Naše Týna to vydržela cca 20 minut, ale i to byl úspěch. Náš syn byl malinko uvolněný. Jsem moc ráda, že jsem na této hodině canisterapie byla, protože vím, jak můžeme doma syna trochu uvolňovat s naším pejskem. Doma budeme zkoušet polohování. Mockrát děkuji za pozvání.

4.2.2 Průběh canisterapie u druhého dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami

4.2.2.1 Kasuistika Pavla

Pavel se narodil v roce 1989 v 38. týdnu těhotenství. Po porodu byl kříšen a tři týdny napojen na umělé ventilaci. Jeho diagnózou je těžká spastická kvadruparetická forma dětské mozkové obrny. U tohoto chlapce byl dále diagnostikován Westův syndrom a těžké zrakové postižení. Psychický vývoj se pohybuje v pásmu hluboké mentální retardace. Pavel navštěvuje denní stacionář centra ARPIDA od roku 1997.

4.2.2.2 Canisterapeutický záměr u Pavla

- 1) Stimulace k pohybu
- 2) Rozvoj verbální komunikace
- 3) Uvolnění dolních končetin

4.2.2.3 Popis průběhu canisterapie u Pavla

Vzhledem k časově omezeným možnostem canisterapeutického týmu jsme byli nuceni přistoupit ke canisterapeutickým setkáním, během kterých jsme v průběhu jedné canisterapeutické hodiny polohovali děti dvě. Každému dítěti tak bylo na canisterapii vymezeno 30 minut. Setkání se uskutečnilo celkem 8 krát. U Pavlíka jsme během 30 minut vystřídali tři polohy. Každá z poloh trvala cca 10 minut. Při každém setkání jsme se snažili o verbální stimulaci. Vzhledem k faktu, že Pavel velmi pozitivně přijímá tělesný kontakt s druhými osobami, snažili jsme se o rozvoj verbální komunikace skrze tělesný kontakt se psem. Hned od prvního kontaktu se psem bylo zjevné, že chlapec jeví o psa velký zájem. Tento zájem projevoval spokojeným výrazem ve tváři a snahou o oční kontakt se psem. Při třetím setkání se psem se Pavel již sám od sebe snažil o tělesný kontakt se psem, aniž by k tomuto úkonu byl verbálně pobízen. Motivace

k pohybu, kterou měl díky přítomnosti psa, byla velká. Nejdříve se sám snažil o dotyk dlaní psího hřbetu, později jsme zaznamenali i snahu o přetočení se na bok a objetí psa.

Jako první dvě polohy jsme u Pavlíka volili takové, které by mohly chlapce dostatečně motivovat k hlazení psa. Položili jsme fenku nejdříve k chlapcově pravému, a poté k levému boku. Zde bylo velmi jasně vidět, jak se snažil chlapec na psa dosáhnout a pohladit ho (viz obrázek č.6).



Obrázek č. 6

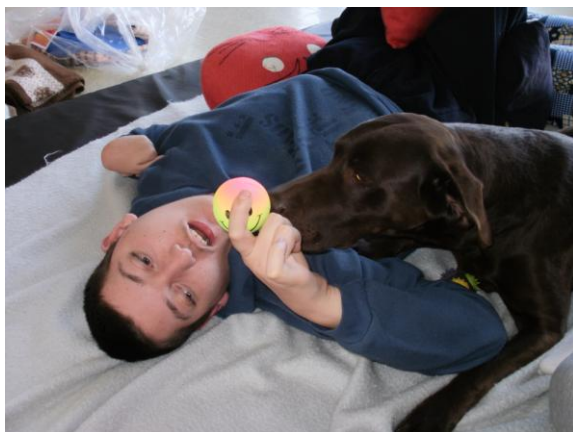
Polohování, zaměřené na uvolňování dolních končetin, nemohlo být tak intenzivní jako u Tomáše. Z důvodu celkové tělesné hmotnosti Pavla nebylo možné jeho dolní končetiny položit na psa. Snažili jsme se tedy o uvolňování každé dolní končetiny zvlášť (viz obrázek č.7).



Obrázek č. 7

Dále jsme se u Pavlíka snažili o rozvoj verbální komunikace. K tomuto účelu jsme kromě metody AAT využili i metody AAA, při které jsme použili psích hraček (pískací míček, gumový ježek, gumový kroužek) . Tyto hračky jsme zpočátku dávali chlapci do ruky a všechny tyto předměty mu pojmenovávali. Při čtvrtém setkání si již chlapec bral předměty z vlastní iniciativy. Hračky nám tak posloužily nejen k rozvoji komunikace, ale i k rozvoji jemné motoriky. Pavel měl tendenci tyto předměty zpočátku vkládat do úst. Jakmile jsme ho však motivovali k házení míčků vysvětlením, že když hodí míček pejskovi, pes ho za odměnu olízne na krku, sám dokázal míček odhodit.

Při užití metody AAA se zlepšovala i manipulace s psími předměty. Chlapec předměty sám uchopoval a následně i porozuměl jednoduchým pokynům (viz obrázek č.8). Využili jsme i rukavici na česání psa, kterou jsme navlékli Pavlovi na ruku a snažili se česáním psa rozhýbat a uvolňovat svaly horních končetin.



Obrázek č. 8

Fotodokumentace průběhu canisterapie u Pavla viz příloha č.2.

4.2.2.4 Zhodnocení efektivity canisterapie u Pavla

Velkým přínosem pro tohoto chlapce byla canisterapie především v oblasti emoční. Pokrok byl zaznamenán i v oblasti řečových schopností. Chlapec své libé prožitky z doteků se psem dával najevo jak spokojeným úsměvem, tak i verbálně-citoslovcem „jéé“. Během canisterapie několikrát řekl slovo „ještě“, kterým se dožadoval dalšího tělesného kontaktu s psím společníkem. Několikrát nám řekl i slovní spojení „na krk“, čímž reagoval na psí olíznutí. Při metodě AAA se na podané psí předměty ptal slovy

„Co to je?“. Pes byl pro Pavla dále velkou motivací k pohybu. Za „odměnu“ psiho olíznutí na jeho krk se nám podařilo chlapce vybědnout k odhození míčku. Byla zde i snaha o pohyb přetočení se na bok za účelem pohlázení psa. Při každém canisterapeutickém setkání byl tento chlapec pozitivně emočně naladěn. Uvolnění dolních končetin nebylo tak patrné jako u Tomáše. Domnívám se, že toto menší uvolnění dolních končetin bylo způsobeno nemožností položení končetin na psa. Jelikož nám tato skutečnost bránila, zaměřili jsme se u tohoto chlapce především na navození emočně libých prožitků. Skrze metodu AAA jsme úspěšně motivovali k pohybu i rozvoji verbální komunikace.

Vyjádření fyzioterapeuta

U tohoto chlapce se spasticita projevuje v mírnější podobě nežli u Tomáše. Pavel má výraznější kontraktury dolních končetin a levé horní končetiny. Chlapec reaguje na přítomnost psa velmi pozitivně. Pozornost soustřeďuje na psa a jeho reakce jsou přiměřené dané situaci. Canisterapie má vliv především na aktivitu levé horní končetiny při konkrétním cíleném pohybu. Bezprostřední přítomnost psa při canisterapii má zklidňující účinky na tohoto chlapce s výraznou elasticitou a kontrakturami končetin. Na poznání více účinků v této terapii je nutná dlouhodobější spolupráce s navazující rehabilitací.

Vyjádření psychologičky

Tento chlapec canisterapii přijímá též pozitivně. Kontakt se psem neodmítá, ale ihned se psa snaží rukou dotýkat. Uchopuje hračky, častěji kontaktuje otáčením hlavy. Verbálně zpočátku reaguje neartikulovanými zvuky, později slabikami i slovy na pohyb psa. Emočně je při canisterapii pozitivně naladěný a usměvavý. Chlapcovy reakce jsou vázány na zvukové a verbální podněty terapeutky spojené s pohybem psa. Efektivnost canisterapie u tohoto chlapce spatřuji v pozitivní stimulaci k verbálnímu projevu, v motivaci k pohybu rukou i v přínosu k celkovému tělesnému uvolnění. Polohování dobře vyhovuje.

Vyjádření vedoucí denního stacionáře

Pavel zbožňuje kontakt s druhými lidmi. Má rád, když ho někdo šimrá a hladí. Většinou nechce sám dělat žádný pohyb. Jen výjimečně se pokusí o převalení na bok nebo o změnu polohy. Pejsek však pro něj byl velmi motivující k pohybu. Krásně otevřel ruku, aby si mohl pejska pohládit. Ruce povoluje pouze v případě, že ho čeká nějaká radost nebo dotyk druhé osoby. Pejsek pro něho byl v tomto ohledu velice motivující a stimuloval ho k větší pozornosti a činnosti. Po ukončení činnosti s pejskem se tvářil šťastně a bylo znát, že by mohl mít pejska u sebe delší dobu. Tuto potřebu projevoval ještě hodinu po canisterapii slovy „ještě“.

Vyjádření rodiče

Canisterapie prováděná na našem synovi Pavlovi působila blahodárně jak na syna, tak i na pejska k těmto účelům určeným. Pavel byl s pejskem klidný, uvolněný a velmi spokojený. Bylo evidentně vidět, že mu je canisterapie příjemná. Jsem rád, že se tato činnost provádí a myslím, že i do budoucna bude velmi dobrá spolupráce pokračovat. Mohu vřele tuto terapii doporučit všem, kdo má zájem na zlepšení psychické i fyzické odolnosti u dětí s postižením. Děkuji za možnost účasti na canisterapii a přeji další úspěchy.

4.2.3 Průběh canisterapie u třetího dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami

4.2.3.1 Kasuistika Nikolky

Nikolka se narodila v roce 1994 v 28. týdnu těhotenství. Již od roku 1996 je v péči centra ARPIDA pro závažné kombinované postižení, resp. spastickou kvadraparetickou formu dětské mozkové obrny, centrální poruchu zraku a hlubokou mentální retardaci. Tato dívka je plně imobilní, její jemná i hrubá motorika je těžce postižena. Epilepsie je u Nikolky dlouhodobě úspěšně kompenzována. Její hlava i oči se stáčíjí doleva. Jednoduché verbální instrukce Nikolka chápe, avšak motoriku mluvidel neovládá a vokalizuje pouze neartikulovanými zvuky. Její horní i dolní končetiny jsou spastické a úchop vážne.

4.2.3.2 Canisterapeutický záměr u Nikolky

- 1) Snaha o zvětšení rozsahu pohybu levého kyčelního kloubu
- 2) Snaha o snížení svalového tonu dolních končetin
- 3) Snaha o uvolnění spastických dlaní

4.2.3.3 Popis průběhu canisterapie u Nikolky

Vzhledem k faktu, že z časových důvodů mohlo být Nikolce na canisterapii vyhrazeno celých 60 minut, vystřídali jsme během osmi hodinových setkání hned několik poloh. První kontakt se psem jsme se snažili dívce zprostředkovat velmi pozvolna. Nejprve jsem si Nikolku vzala do náruče a snažila se o co nejšetrnější kontakt se psem. Dle své předchozí zkušenosti ze zdravotně sociální praxe v denním stacionáři jsem si totiž byla vědoma dívčiny neklidné reakce na nové cizí podněty. Díky pozvolnému seznámení s psím kamarádem, dívka přijala canisterapii velmi pozitivně.

Naše canisterapeutická setkávání s touto dívkou jsme nejčastěji začínali polohou na zádech, při níž pes ležel mezi dolními končetinami. Jedna dolní končetina byla vždy psem přilehnuta a druhá byla pokrčena přes hřbet psa (viz obrázek č.9). Tato poloha dítěti umožňovala nejen prohřívání dolních končetin, ale i pozvolné zvětšování rozsahu pohybu v kyčelních kloubech.



Obrázek č. 9

Každá dolní končetina byla psem přilehnuta po dobu cca 8-10 minut. Po této době jsme končetiny vyměnili a snažili se o uvolnění druhého kyčelního kloubu. Po prostřídání obou poloh jsme se snažili o flexi v kolením a následně i kyčelním kloubu. Po každém canisterapeutickém setkání bylo znatelné uvolnění napětí dolních končetin natolik, že bylo možné extendované klouby pokrčit (viz obrázek č.10)



Obrázek č. 10

Za následující polohu jsme zvolili polohu na boku, při které bylo možné uvolňovat spastické napětí horních končetin (viz obrázek č.11). Díky této poloze zde docházelo i k celkovému prohřívání těla, a vzhledem k záklonu hlavy byla tato poloha vhodnou motivací k zvednutí hlavy a očnímu kontaktu se psem.



Obrázek č. 11

Při šestém canisterapeutickém setkání se podařilo při poloze na boku uvolnit spastickou dlaň do úplného rozevření (viz obrázek č.12).



Obrázek č. 12

Fotodokumentace canisterapie u Nikolky viz příloha č.3.

4.2.3.4 Zhodnocení efektivnosti canisterapie u Nikolky

Canisterapie u Nikolky byla přínosem především pro celkové zklidnění a uvolnění napjatého těla. Při dotyku dětské ruky s psím tělem se podařilo několikrát za sebou uvolnit spastickou dlaň do úplného rozevření. Spasticita v oblasti dolních končetin po polohování a prohřívání byla též výrazně nižší. Po canisterapii bylo možno dolní končetinu ohnout v kolením kloubu bez výrazného odporu. Přítomnost psa měla na Nikolku velký motivační vliv. I přes naši počáteční obavu se dívka psa nebála a snažila se o kontakt. Domnívám se, že velmi dobré přijetí psa a pozitivní vliv canisterapie na její emoční reakce je způsoben i faktem, že od narození je na přítomnost zvířat zvyklá. Efektivnost canisterapie spatřuji především v uvolňování spasmů dolních končetin a dlaně. Velmi příznivě zde canisterapie působí i z hlediska emočního ladění dívky. Ta během canisterapie svoji radost z přítomnosti psa dávala najevo hlasitým křikem. Na počátku každé canisterapie rozhazovala vesele rukama, které se během polohovacích jednotek stávaly uvolněnějšími. Dívka po skončení canisterapie působila celkově klidněji bez známek emočního rozladění.

Vyjádření fyzioterapeuta

V poslední době u této dívky z mého pohledu došlo ke zdatnému uvolnění svalového napětí. Extenční spasticita v oblasti šíje, trupu a především v oblasti horních a dolních končetin je menší. Dívka je celkově uvolněnější, což je patrné především v sedu ve vozíku- hlavu drží v předklonu, je více usazená v oblasti pánve a nezvedá se tolik do napnutí celého těla.

Vyjádření psychologičky

Reakce této dívky jsou vázány na verbální podněty spojené s pohybem psa a hlas terapeutky. Dívka od počátku setkávání canisterapii přijímá pozitivně. Vzhledem k imobilitě dívky kvalitativně odpovídající I. trimenonu polohování vyhovuje. Dívka se snaží o kontakt dotykem a je zde náznak hlazení. Pes je pro tuto dívku dobrým motivujícím faktorem k hlazení, a tím uvolňování spasmu horních končetin. Dívka klidně reaguje na změnu polohy. Na pohyb psa reaguje neartikulovanými zvuky.

Emočně je pozitivně naladěná, reaguje úsměvem i při změně polohy. Přínos canisterapie pro tuto dívku spatřuji v celkovém uvolnění a pozitivním přijímání kontaktu se psem.

Vyjádření vedoucí denního stacionáře

Tato dívka je na pejska zvyklá z domova a zvířata má velice ráda. Miluje jakýkoli kontakt s druhými. Pejsek i celá canisterapie pro ni byla příjemná. Smála se a projevovala náklonnost k pejskovi. Jen u nezvyklých poloh ji chvílku trvalo, než si na danou polohu zvykla. Před canisterapií byla ztuhlejší v polohách, které pro ni nejsou zcela běžné. Po canisterapii se vždy velmi uvolnila. Především se uvolnily spasmy na rukou. Se psem začala Nikolka přijímat i polohy, které pro ni ve zcela běžném životě nejsou příjemné.

Vyjádření rodiče

Moje dcera byla po canisterapii s Vámi uvolněná a veselá. Vždy, když jsme se zeptali na Vašeho pejska, hned se smála. Myslím si, že canisterapie je velmi úspěšná u spastických dětí. Máme doma dva pejsky Hepy a Eliáše. Jsou to drsnosrstí jezevčíci. Eliáš je s průkazem původu a jeho rodiče mají zkoušky na tuto terapii. Sám něco asi od rodičů podědil, protože je velmi hodný, klidný a není vůbec urážlivý, což je u jezevčíků typické. Rád s Nikolkou leží i přes její rozhazování rukou. Naše dcera vyrůstá mezi zvířaty od malička a má k nim hezký vztah. Jsem moc ráda, že chodíte s pejskem do ARPIDY a děláte dětem radost. Děkujeme.

4.2.4 Průběh canisterapie u čtvrtého dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami

4.2.4.1 Kasuistika Filipa

Filip, zařazený do programu canisterapie s diagnózou hyperkinetického syndromu, se narodil v roce 1998. Tento chlapec je psychomotoricky velmi neklidný a živý. Jeho aktuální úroveň vývoje mentálních dispozic odpovídá pásmu hluboké mentální retardace. Dlouhodobou pozornost nedokáže udržet. Je u něj přítomna spastická diparéza, projevující se u chlapce instabilní chůzí po špičkách o široké bázi. Filip trpí svalovou hypotonií a vývojovou afázií. Oční kontakt navazuje jen ojediněle a na jméno nereaguje. Tento chlapec byl v únoru 2010 operován pro oboustranné kontraktury Achillových šlach.

4.2.4.2 Canisterapeutický záměr u Filipa

- 1) Zklidnění
- 2) Snaha o udržení pozornosti
- 3) Zlepšování jemné motoriky

4.2.4.3 Popis průběhu canisterapie u Filipa

Canisterapeutická setkávání s Filípkem jsme se vzhledem k jeho diagnóze snažili zaměřit především na metodu AAA. První canisterapeutické setkání bylo seznamovací. Bylo až neuvěřitelné, jak chlapce první kontakt se psem zaujal. Snažil se nejen ihned psa pohladit rukou, ale i dostat se z vozíku. Jeho zájem o psa však zpočátku netrval příliš dlouho. O samotné zvíře se velmi pečlivě zajímal necelých pět minut. V této době se dotýkal psí tlamy a snažil se o prozkoumání psích zubů (viz obrázek č.13).



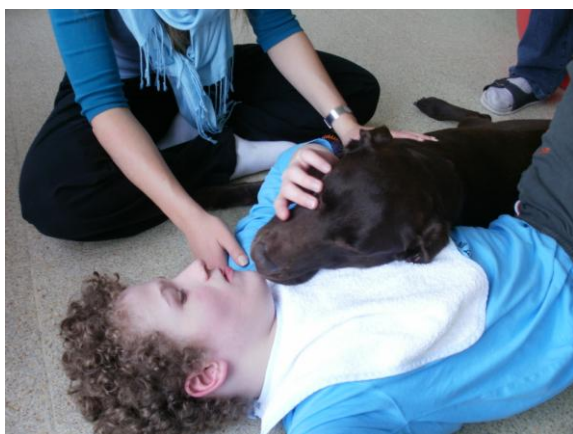
Obrázek č. 13

Zaujal ho i psí ocas. Po několika minutách se však začal více než o psa zajímat o nafukovací míč, který uviděl v tělocvičně. Abychom směřovali pozornost Filipa opět na psa, snažili jsme se ho zaujmout psími hračkami. Podávali jsme mu různé pískací míčky, gumové hračky i psí vodítko. Po několika minutách hry s nafukovacím balónem se jeho pozornost opět zaměřila na psa. Abychom procvičili jemnou motoriku, zkusili jsme manipulovat s karabinou vodítka. Po několika canisterapeutických setkáních se chlapci podařilo připnout vodítko k obojku samostatně (viz obrázek č.14).



Obrázek č. 14

Využili jsme i vyčesávací rukavici, kterou jsme psa společně česali. Chlapec byl během prvních setkávání značně neklidný, ale poté se jeho pozornost zaměřená na psa s přibývajícimi kontakty pomalu prodlužovala. Během sedmé společné canisterapie byl chlapec poměrně klidnější, a tak jsme vyzkoušeli, zdali by chlapec chvíli se psem vydržel ležet. Skutečně se to podařilo po dobu celých tří minut. Filip byl psem natolik zaujat, že si k němu sám přilehl a hladil ho po hlavě (viz obrázek č.15).



Obrázek č. 15

Přistoupit k polohování se nám u Filipa však nepodařilo. Vzhledem k prolongaci Achillových šlach chlapce, jsme se dle instrukcí fyzioterapeutky snažili o vertikalizaci. Psa jsme připnuli na vodítko a vodítko následně přehodili přes chlapcův trup. Pes zde působil jako motivující faktor k chůzi (viz obrázek č.16).



Obrázek č. 16

Fotodokumentace canisterapie u Filipa viz příloha č.4.

4.2.4.4 Zhodnocení efektivnosti canisterapie u Filipa

Efektivnost canisterapie u posledního pozorovaného chlapce s ADHD syndromem vidím především v posílení jemné motoriky a celkovém jeho zklidňování. Doba soustředění a udržení pozornosti vzrostla od prvního canisterapeutického setkání o cca pět minut. Při počátečním setkání chlapec udržel pozornost necelých pět minut. Po této době potřeboval vždy změnu činnosti. S každou následující návštěvou se doba soustředění mírně prodlužovala. Při poslední canisterapii se již chlapec dokázal soustředit na psa celých deset minut. Chlapec mu v této době prohlížel čumák, hladil ho po hřbetě a snažil se mu brát hračky z tlamy. Pokud pes od chlapce poodešel, snažil se za ním lézt a neustále se ho dotýkat.

Vyjádření fyzioterapeuta

Vzhledem k tomu, že chlapci byla dne 22.2.2010 provedena prolongace Achillových šlach na obou dolních končetinách, hlavním cílem v rámci fyzioterapie je nyní vertikalizace. Canisterapie může tomuto cíli přispět spíše nepřímo, a to psychickým zklidněním a chlapcově následně lepší spolupráci při rehabilitaci, která je někdy v důsledku jeho mentálního postižení obtížná. Při canisterapii došlo ke chvilkovému zklidnění. Poté se však většinou při hře roz dováděl a již pozornost neudržel. Z mého pohledu největší efektivnost canisterapie spatřuji v procvičování jemné a hrubé motoriky („zkoumání psa“- tlamy, zubů, obojku, hlazení, připínání vodítka, výměna hraček různých tvarů a materiálů mezi psem a chlapcem...). Domnívám se, že po více canisterapeutických setkání by mohla mít tato terapie větší efekt při zklidnění tohoto chlapce.

Vyjádření psycholožky

Reakce tohoto chlapce jsou celkově vázány na pohyb psa, aktivitu psa s hračkou a pamlskem. Je zde nutné důslednější vedení terapeutky. Dítě canisterapii přijímá pozitivně. Aktivně se dotýká psa, zejména hlavy a tlamy. Neodmítá lízání a aktivně přijímá hračky, se kterými následně manipuluje. Pozitivně přijímá aktivitu psa, který hračky odnáší a pozoruje při tom pohyb psa. Na psa reaguje neartikulovanými zvuky. Emočně je pozitivně naladěný, usmívá se a směje se při pohybu psa s hračkou. Reaguje na verbální vedení terapeutky. Jako vhodná se jeví častá změna činnosti. Jednoznačná efektivnost canisterapie je ve zklidnění tohoto chlapce. Je schopen pozorovat psa po delší dobu a neodmítá kontakt. V závěru terapie se jeví možné polohování na boku, avšak na kratší dobu.

Vyjádření vedoucí denního stacionáře

Filípka pejsek zaujal hned na chodbě. Tento chlapec je velice aktivní a má problémy vydržet v klidové poloze. Udržuje pozornost jen chvilkově. Při canisterapii se jeho pozornost značně prodloužila, i když nevydržel v jedné poloze příliš dlouho. O pejska jevil veliký zájem. Neustále si ho hladil a lezl za ním. Při dalším setkání se psem byla u chlapce vidět okamžitá radost, když pejska zahlédl. Již věděl, co ho čeká. Canisterapii i pejska si začal více užívat. Došlo zde ke zklidnění a udržení pozornosti.

Vyjádření rodiče

Velmi mile mě překvapila Filípkova reakce na pejska. Bylo vidět, že s ním není poprvé. Jakmile spatřil pejska, začal se smát a snažil se dostat ven z vozíku. Neustále chtěl být v kontaktu se psem. S pejskem si dokázal poměrně dlouho hrát a byl velmi spokojený. Jsem moc ráda, že jsem se mohla canisterapie zúčastnit. Canisterapii bych rozhodně doporučovala nejen všem nemocným, ale i zdravým dětem. Je to velmi příjemná a obohacující činnost. Má velký vliv na emoce. Filip byl během canisterapie uvolněný a z přítomnosti psa měl velikou radost. Během canisterapie se vesele smál a byl spokojený.

5 DISKUSE

Na základě dlouhodobé, pravidelné a systematické péče byl u všech pozorovaných dětí se speciálními vzdělávacími potřebami zaznamenán pozitivní vývojový posun. V centru ARPIDA je všem těmto dětem v rámci uceleného systému rehabilitace věnována speciální pedagogická péče dle § 42 zákona č. 561/2004 Sb. Dále je u těchto dětí indikována LTV a ergoterapie. Je jim též pravidelně poskytována logopedická péče a jednotlivé prostředky léčebné i sociální rehabilitace. Tyto děti se kromě canisterapie pravidelně účastní i muzikoterapie a vodoléčby.

Efektivnost canisterapie v rámci uceleného systému rehabilitace se dostavila jak v oblasti emoční, tak i motorické. V oblasti emoční docházelo k pozitivnímu naladění, projevující se nejčastěji úsměvem a radostnými neartikulovanými zvuky. V oblasti motorické bylo dobře pozorovatelné uvolňování spastických svalů. Efektivnost canisterapie byla prokázána i v celkovém zklidnění dětí.

Aby byla efektivnost canisterapie co nejvyšší, bylo nutné vhodně zvolit metody canisterapie. Volbu metod jsem prováděla vždy na základě stupně a rozsahu postižení dítěte. Na základě diagnózy a celkového emočního ladění dítěte bychom měli volit i přístup, který použijeme. U každého dítěte je to vždy zcela individuální. Jak jsem se sama z pozorování přesvědčila, největší efektivnosti dosahuje metoda canisterapie AAT formou polohování u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Díky polohování a přímému kontaktu se psem docházelo k prohřívání těl dětí, k celkovému zklidnění a k pozvolnému uvolňování spasmů. Naopak tato metoda formou polohování neměla efekt u dítěte s ADHD syndromem, protože dítě bylo velmi eretické a neklidné. Jako přínosná se naopak zdála metoda AAA, díky které jsme u chlapce dosáhli zlepšení schopnosti koncentrovat pozornost. Dítě při aktivitách se psem rozvíjelo jemnou motoriku a při veškeré jeho činnosti byl pes pro dítě dobrou motivací. Pokud se však dítě psa bojí, či mu je pes jakýmkoliv způsobem nepříjemný, je dobré dítě do kontaktu se psem nenutit. Použití metody AAT by bylo možné u tohoto chlapce pouze v případě menší psychomotorické aktivity. Z hlediska diagnózy i celkového emočního ladění chlapce, se zdála být výhodná častá změna činnosti. Kdybychom se snažili chlapce nutit do udržení

kontaktem se psem, mohla by se canisterapie stát chlapci nepříjemná a tím i kontraproduktivní.

Pokud bych měla porovnat výsledky pozorování u Tomáše s Nikolkou a Pavla s Filipem, mohu konstatovat následující: U Tomáše a Nikolky probíhala canisterapie u každého z nich jednou týdně po dobu 60 minut, v trvání osmi týdnů. U Pavla a Filipa se canisterapeutická setkávání uskutečňovala též jednou týdně po dobu osmi týdnů. Z časových důvodů však u každého z těchto dvou dětí trvala canisterapie pouze 30 minut. Z pozorování efektivnosti canisterapie u všech čtyř dětí s rozdílnou délkou canisterapeutických setkání mohu vyvodit fakt, že tělesné uvolnění u dětí s DMO nastupuje po cca 20 minutách polohování. Po uplynutí této doby již k výraznějšímu uvolňování nedochází. Metoda AAT formou polohování trvajících celých 60 minut se jeví jako méně významná. Ze svého pozorování se domnívám, že k výraznějšímu uvolňování svalových kontraktur postačuje 30 minut terapie.

Pokud bych však měla polemizovat nad otázkou četnosti návštěv, domnívám se, že canisterapie praktikovaná denně po dobu 30 minut by vedla u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami ke zvýšení efektivnosti terapeutických účinků. Po canisterapii bych u těchto dětí doporučovala následnou individuální fyzioterapii. Během mého pozorování, bohužel, z organizačních důvodů bezprostředně po canisterapii LTV možná nebyla. Během fyzioterapie, následující bezprostředně po canisterapii, by bylo možné změřit například změny úhlu rozsahu pohybu jednotlivých kloubů. Tímto způsobem by se efektivnost canisterapie mohla stát měřitelnou.

Při zjišťování efektivnosti canisterapie však nikdy nesmíme zapomínat na ucelený systém rehabilitace. Podle J. Jankovského, který ve své publikaci poukazuje na skutečnost nutnosti uceleného systému rehabilitace v péči o osoby s postižením, je nutné při jakékoliv terapii přistupovat k člověku jako k jedinečné bytosti, se všemi jejími individuálními potřebami (12). Naprosto se s tímto názorem ztotožňuji a při canisterapii jsem se o pravdivosti tohoto tvrzení sama přesvědčila. Pokud by se někdo domníval, že lze jednoznačně říci: „...v této oblasti došlo ke zlepšení na základě této metody rehabilitace...“, je na omylu. Propojenost jednotlivých složek a prostředků rehabilitace je natolik fúzní, že nelze jednoznačně určit, do jaké míry se na zlepšení či

zhoršení podílí ta která metoda. U zjišťování efektivity canisterapie jsem na základě metody pozorování popisovala skutečnosti, které jsem viděla. K jednotlivým canisterapeutickým setkáním jsem přizvala i jednotlivé odborníky z řad fyzioterapeutů, paní psycholožku a vedoucí denního stacionáře. Nemohla jsem opomenout ani rodiče dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, kteří v uceleném systému rehabilitace významně participují.

Závěrem svého pozorování mohu vyvodit tyto následující hypotézy:

H1: Dlouhodobá canisterapeutická spolupráce s chlapcem s diagnózou ADHD syndrom přinese výraznější efekt zklidnění s následnou možnou aplikací metody AAT.

H2: Efektivnost canisterapie u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je prokazatelná díky pozorování.

H3: Efektivnost canisterapie u dětí s diagnózou DMO je prokazatelná v uvolňování spasmů.

H4: Výrazné uvolnění svalových skupin nastává po dvaceti minutách polohování.

H5: Četnější frekvence návštěv pozitivně ovlivňuje terapeutický záměr.

6 ZÁVĚR

Pokud mám svoji práci shrnout, ráda bych se nejdříve vrátila k cíli, který jsem si předem stanovila. Cílem celé mé práce bylo zjistit efektivnost canisterapie v rámci uceleného systému rehabilitace. Pro naplnění svého cíle jsem použila metodu přímého zúčastněného pozorování. Pevně věřím, že se mi předem stanovený cíl podařilo naplnit. Efektivnost canisterapie jsem prokazovala na vybraném souboru dětí se speciálními vzdělávacími potřebami docházejících do denního stacionáře centra ARPIDA, o.s. U každého dítěte jsme po dohodě s fyzioterapeutem stanovili individuální cíle canisterapie, kterých jsme se snažili prostřednictvím canisterapie dosáhnout. K průběhu canisterapie a k naplňování stanovených cílů mi bylo poskytnuto vyjádření od fyzioterapeutů, psychologů, vedoucí denního stacionáře a rodičů pozorovaných dětí.

U dětí s DMO byla nejvyšší efektivnost canisterapie spatřována v oblasti uvolňování spastických svalů. Výsledky pozorování nám potvrdily pozitivní emoční ladění dětí během canisterapie. Výrazná byla též motivace k pohybu a k uchopování psích hraček. Canisterapie tak byla efektivní v oblasti hrubé i jemné motoriky. U dítěte s diagnózou ADHD syndrom došlo ke zlepšení schopnosti koncentrovat pozornost. Efektivnost canisterapie se též prokázala ve stimulaci verbálních projevů.

Na základě výše uvedených skutečností se domnívám, že se mi podařilo ve svém výzkumu zjistit efektivnost canisterapie u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Vzhledem k ucelené rehabilitaci je však nemožné canisterapii z tohoto systému vytrhávat. Provázanost jednotlivých složek rehabilitace je natolik těsná, že vyčlenění jakékoli terapie včetně canisterapie by bylo kontraproduktivní. Cíl mé bakalářské práce byl tudíž naplněn v rámci uceleného systému rehabilitace.

Z metod canisterapie jsem v centru ARPIDA, o.s. využila metodu Animal-Assisted-Therapy a metodu Animal-Assisted-Activities. Volba metod se odvíjela od stupně, rozsahu postižení a individuality každého dítěte.

Přínos své práce spatřuji především ve využití pro praxi pro budoucí canisterapeutické týmy, které se rozhodnou pracovat s dětmi z centra ARPIDA, o.s. Těmto budoucím týmům a dobrovolníkům v programu canisterapie bych doporučovala u každého dítěte stanovit canisterapeutický záměr. Dle individuálních potřeb dítěte následně stanovit metodu a cíl canisterapie. Tento cíl se poté snažit prostřednictvím metody naplňovat. Doporučovala bych i individuální LTV bezprostředně po canisterapii. Domnívám se, že by se moje práce mohla stát vhodným doporučením a inspirací pro budoucí canisterapeutické týmy a dobrovolníky v programu canisterapie.

7 KLÍČOVÁ SLOVA

Attention deficit hyperactivity disorder

Canisterapie

Dětská mozková obrna

Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) BENEŠOVÁ, Michaela, ZOUHAROVÁ, Marika. Příklady možností využití canisterapie u dětí s kombinovaným postižením. *Kontakt*, 2008, roč. 10, č. 2, s. 67-70. ISSN 1212-4117.
- 2) DUKE, Bernard. *Labradorský retrievr*. 1. vyd. Praha : Fortuna, 2001. 157 s. ISBN 80-86144-93-3.
- 3) EISERTO VÁ, Jaroslava. Canisterapie - terminologie. In *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta : Dona, 2007. 60 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
- 4) EISERTO VÁ, Jaroslava. Canisterapie ve světle objektivních poznatků- vývoj canisterapie v ČR. In *Zooterapie ve zdravotnických zařízeních: Sborník z odborné konference 16. května 2008*. Praha: Dobrovolnické centrum FN v Motole, 2008. 4-5 s.
- 5) EISERTO VÁ, Jaroslava. Podmínky, pravidla a předpoklady praktikování canisterapie. In *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta : Dona, 2007. 74-76 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
- 6) FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- 7) FRANČEO VÁ, Eva, HUTAŘOVÁ, Ivana. *Co je vlastně asistenční pes? : Japan chin a spol. v životě zdravotně postižených*. Praha5 : SPMP OV, 2005. 128 s. ISBN 80-903705-0-0.
- 8) FREEMAN, Michaela. Definice typů zooterapie dle metody. In *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta : Dona, 2007. 32-35 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
- 9) GALAJDO VÁ, Lenka. *Pes lékařem lidské duše : aneb Canisterapie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 160 s. ISBN 80-7169-789-3.

- 10) HALKIEWICZ-UJAZDOWSKA, Magdalena, TARGOSZ, Dorota, KARNICKI, Tadeusz. Emotional reinforcement with therapy dog as a key ingredient in the context of diseases and dog- human therapy opportunities from pediatrics to geriatrics. In *Cze-ne-ka*. Warszawa , 2007, č. 21, 16 s. ISSN 1641-0152.
- 11) CHVÁTALOVÁ, Helena. *Jak se žije dětem s postižením : Problematika pěti typů zdravotního postižení*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 184 s. ISBN 80-7178-588-1.
- 12) JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením : somatopedická a psychologická hlediska* . 2. vyd. Praha : Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
- 13) KAŇOVSKÝ, Petr. Patofyziologie elasticity v dětství se zvláštním vztahem k DMO. In KAŇOVSKÝ, Petr, BAREŠ, Martin, DUFEK, Jaroslav. *Spasticita : Mechanismy, diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2004. 7-12 s. ISBN 80-7345-042-9.
- 14) KAPRÁLEK, Karel, BĚLECKÝ, Zdeněk. *Jak napsat a používat individuální vzdělávací plán*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 144 s. ISBN 80-7178-887-2.
- 15) KAŠPAROVÁ, Martina, KAŠPAR, Petr. Problematika dětí s postižením z pohledu pediatra. In KVĚTOŇOVÁ- ŠVECOVÁ, Lea. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. 1.vyd. Brno: Paido, 2004. s. 9-22. ISBN 80-7315-063-8.
- 16) NEDVĚDOVÁ, Markéta. *Canisterapie v dětské psychiatrii*. České Budějovice, 2006. 64 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- 17) NEDVĚDOVÁ, Markéta. K možnostem využití psů a k osobě psovoda/terapeuta. In SVOBODOVÁ, Ivona, et al. *Zoorehabilitace a aktivity se zvířaty pro rozvoj osobnosti*. 1. vyd. Praha : Česká zemědělská univerzita v Praze, 2009. 29-32 s. ISBN 978-80-213-1912-7.
- 18) *NeuroCentrum Clinic Praha* [online]. 2010. [cit. 2010-14-3]. Dostupné z: http://www.neurocentrum.cz/DMO_klinika_index.htm
- 19) NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. 1.vyd. Praha : Albatros, 2006. 159 s. ISBN 80-00-01809-8.

- 19) NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2008. 228 s. ISBN 978-80-86723-48-8.
- 20) OHL, Frauke, ENDENBURG, Nienke. *Pes a dítě : společně šťastně harmonicky*. Jan Roubal; Jitka Koubková. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 64 s. ISBN 978-80-247-2226-9.
- 21) OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. 1. vyd. Brno: Paido, 2003. 52 s. ISBN 80-210-3242-1.
- 22) *Pedagogicko-psychologická poradna Nový Jičín* [online]. 2010. [cit. 2010-3-14]. Dostupné z: <http://www.pppnj.adlink.cz/data/odborneclanky/adhd.html>
- 23) RENOTIÉROVÁ, Marie. Somatopedie. In KREJČÍŘOVÁ, Olga et al., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Eteria, 2002. 32-41 s. ISBN 80-238-8729-7.
- 24) *Retardace* [online]. 2010. [cit. 2010-3-18]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Redardace>
- 25) SVOBODOVÁ, I., TICHÁ, V., SKOUPÁ, L. Úvod do historie teorií a asistenčních aktivit lidí za pomoci zvířat. In SVOBODOVÁ, Ivona, et al. *Zoorehabilitace a aktivity se zvířaty pro rozvoj osobnosti*. 1. vyd. Praha : Česká zemědělská univerzita v Praze, 2009. 4 s. ISBN 978-80-213-1912-7.
- 26) ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace : Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd. Praha : Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
- 27) TICHÁ, Věra. Formy canisterapie. In *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta : Dona, 2007. 81-82 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
- 28) TICHÁ, Věra. Legislativní úprava týkající se praktikování zooterapie. In *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta : Dona, 2007. 47-49 s. ISBN 978-80-7322-109-6.

- 29) VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
- 30) VÍTKOVÁ, Marie. Specifika edukace dětí s tělesným postižením v raném a předškolním věku. In KVĚTOŇOVÁ- ŠVECOVÁ, Lea. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. 1. vyd. Brno: Paido, 2004. 23-28 s. ISBN 80-7315-063-8.
- 31) VOKURKA, Martin, HUGO, Jan et al. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.
- 32) Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
- 33) Zákon 166/1999 Sb. o veterinární péči a o změně některých souvisejících zákonů v platném znění, včetně prováděcích vyhlášek
- 34) Zákon č. 246/1992 Sb. na ochranu zvířat proti týrání v platném znění, včetně prováděcích vyhlášek
- 35) Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví , Vyhláška č. 137/2004 Sb. o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných
- 36) Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání
- 37) *Zvířata v domovech nejen pro seniory: Příručka pro návštěvní programy, držení a chování zvířat*. 2. vyd. české verze. Praha: Hestia, 1999.

9 PŘÍLOHY

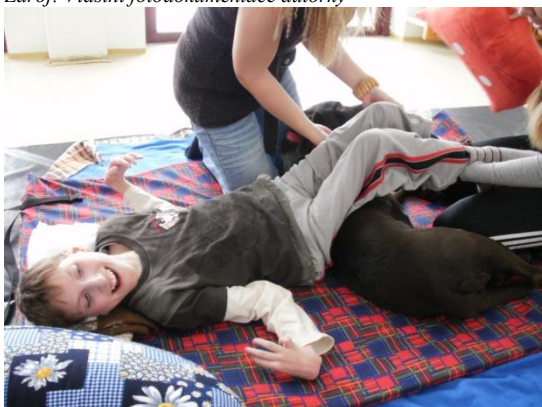
PŘÍLOHA č.1



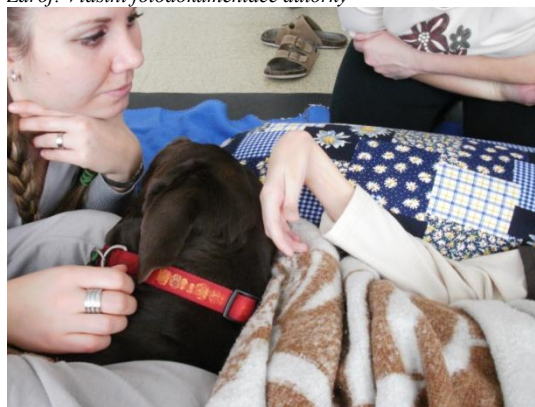
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



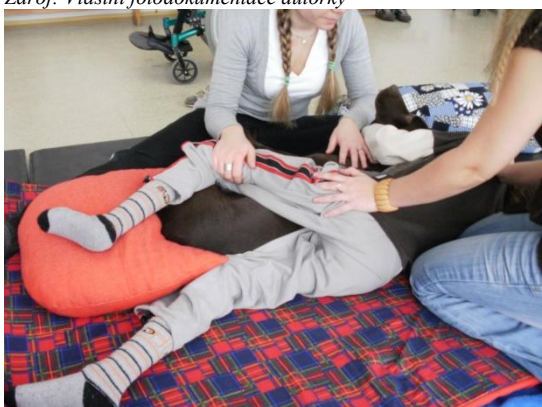
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



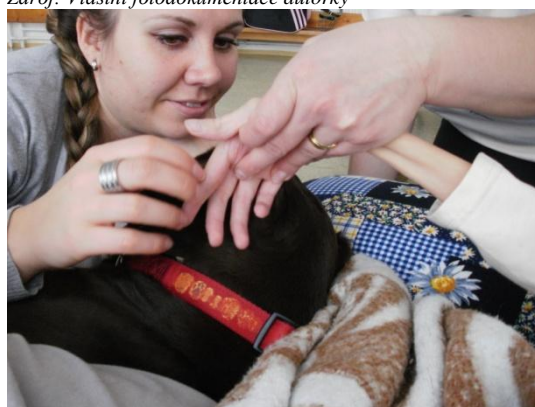
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



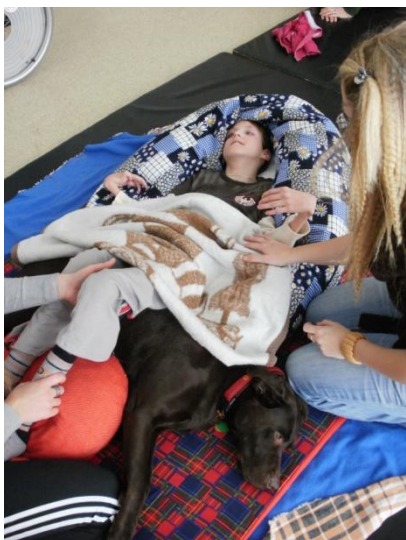
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky

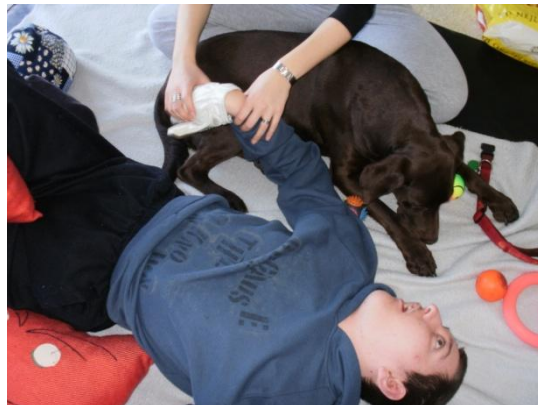


Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky

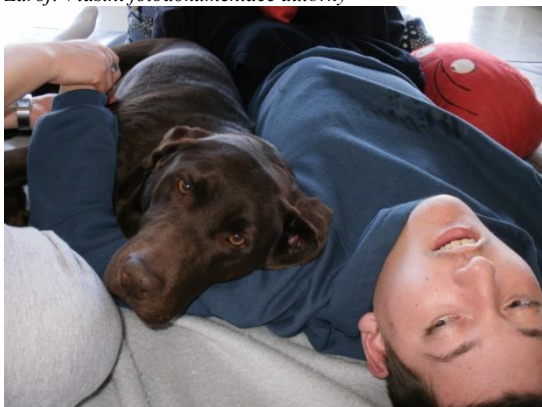
PŘÍLOHA č.2



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



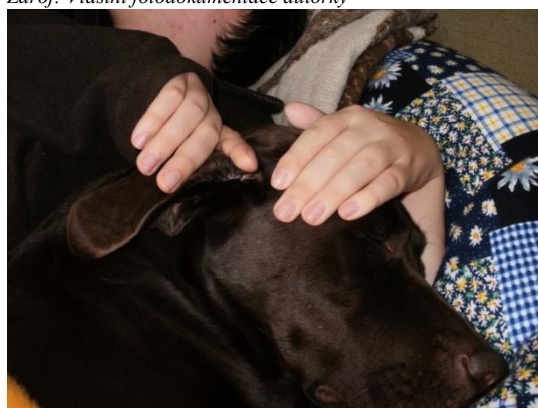
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



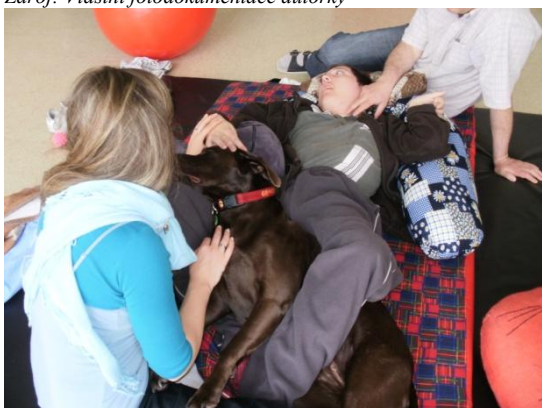
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



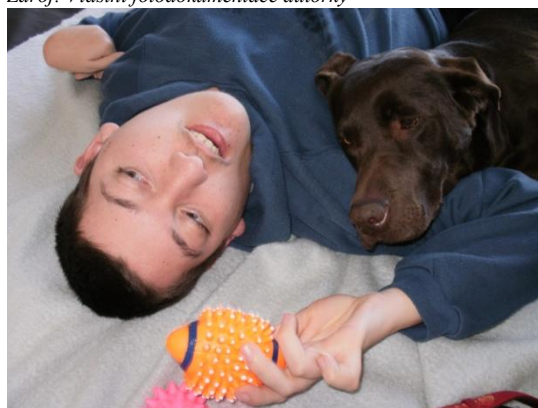
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



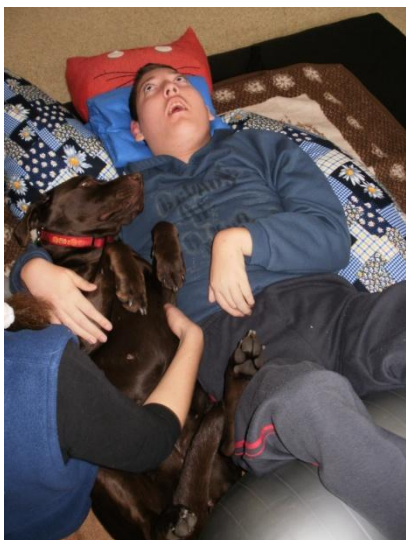
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



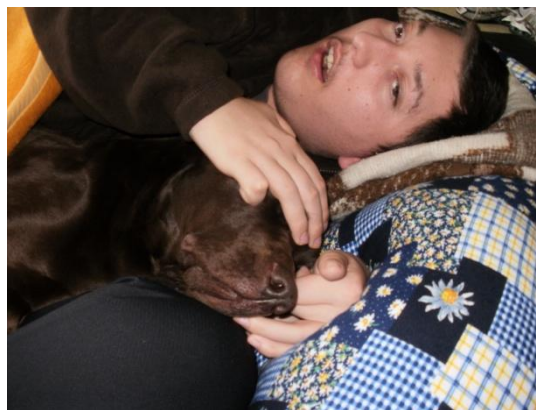
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky

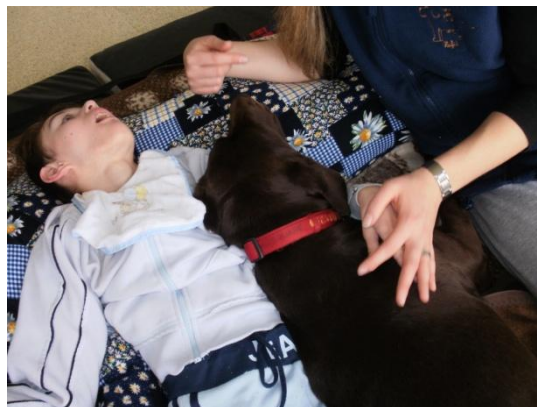


Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky

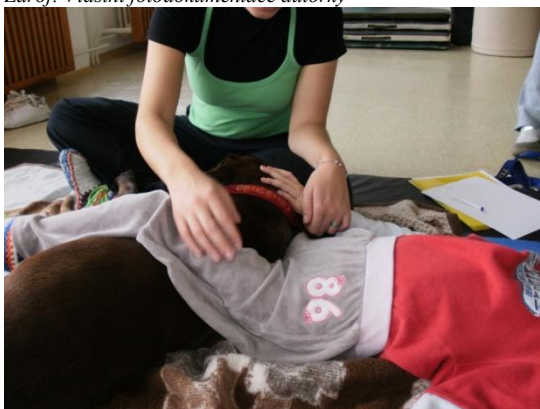
PŘÍLOHA č.3



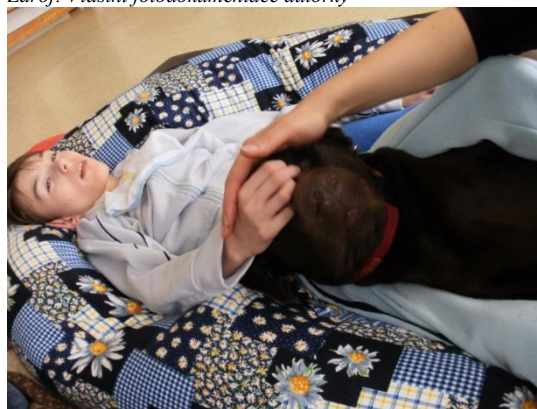
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



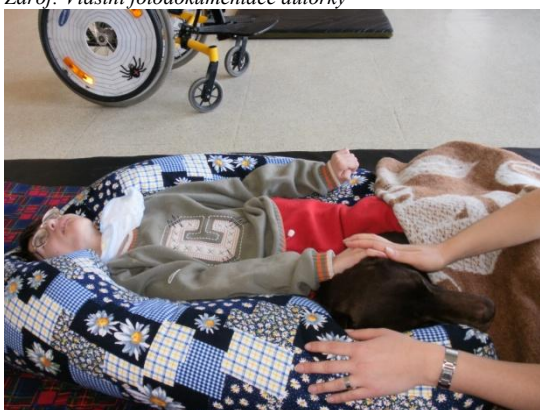
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



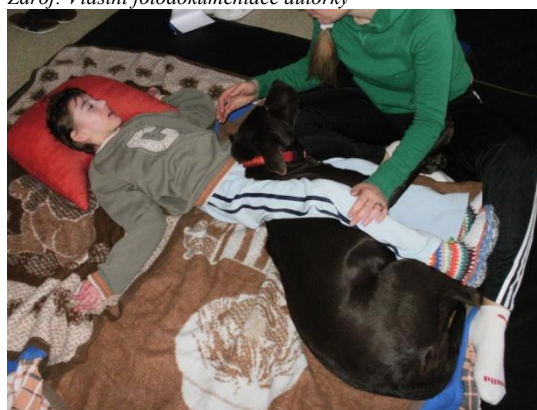
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



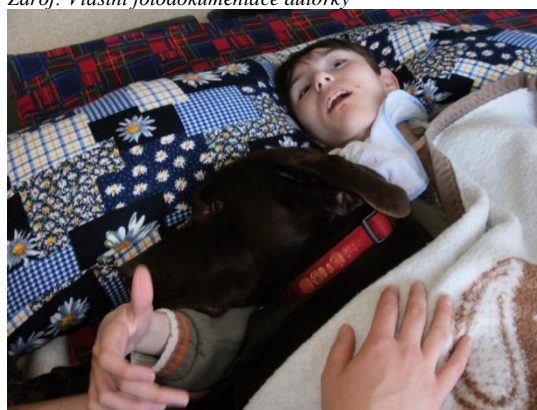
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



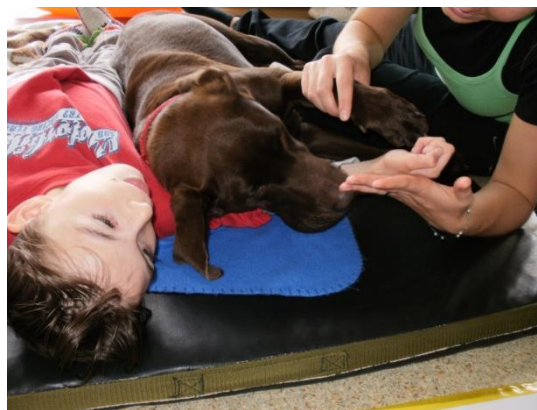
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky

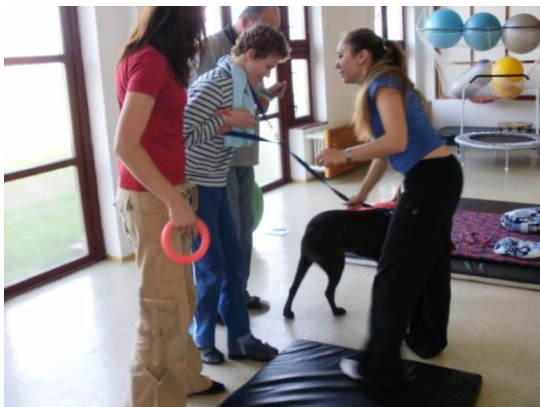


Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky

PŘÍLOHA č. 4



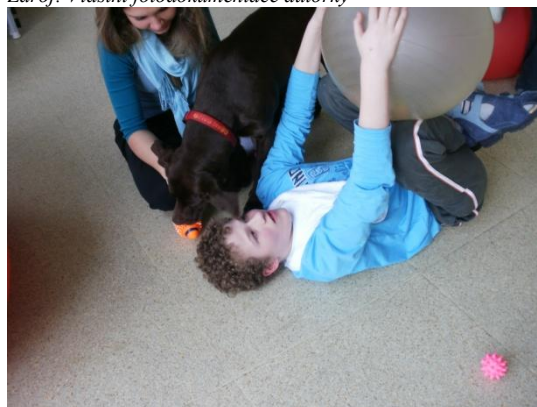
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



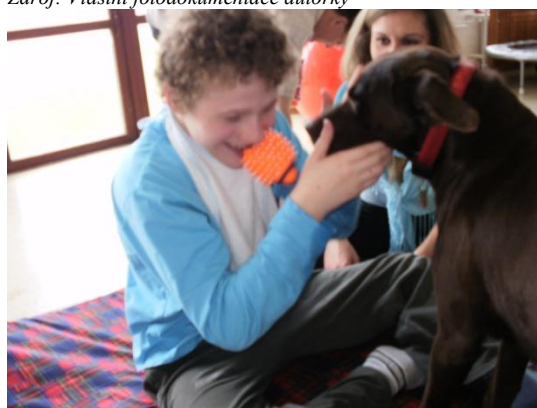
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



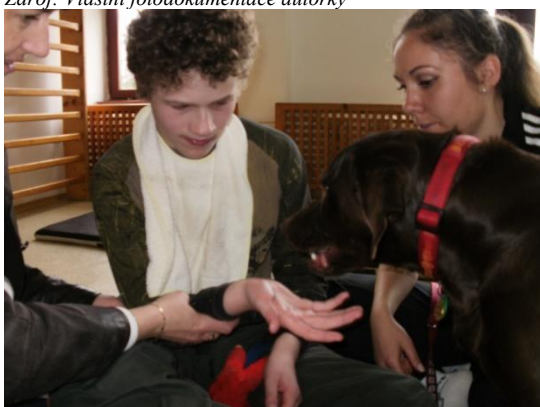
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



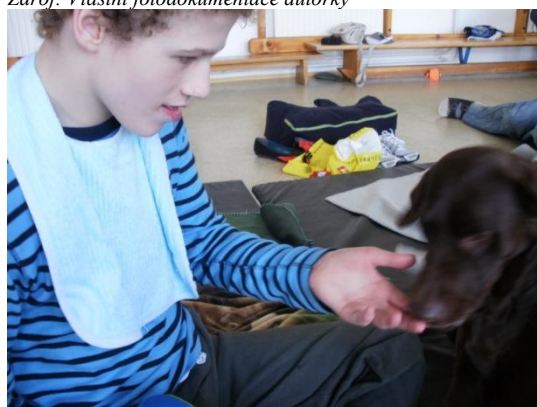
Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace autorky

Fotografie, pořízené v rámci canisterapie, jsou zveřejněny v bakalářské práci se souhlasem rodičů fotografovaných dětí.