



## **Bakalářská práce**

# **Canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením**

*Studijní program:*

B7506 Speciální pedagogika

*Studijní obor:*

Speciální pedagogika pro vychovatele

*Autor práce:*

**Zuzana Špačková**

*Vedoucí práce:*

Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

Liberec 2023



## Zadání bakalářské práce

# Canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením

<i>Jméno a příjmení:</i>	<b>Zuzana Špačková</b>
<i>Osobní číslo:</i>	P19000630
<i>Studijní program:</i>	B7506 Speciální pedagogika
<i>Studijní obor:</i>	Speciální pedagogika pro vychovatele
<i>Zadávací katedra:</i>	Katedra sociální práce a speciální pedagogiky
<i>Akademický rok:</i>	2021/2022

### Zásady pro vypracování:

**Cíl bakalářské práce:** Popsat canisterapii a hipoterapii, a zjistit dostupnost terapií a názory terapeutů a rodičů dětí, které se terapií účastní, na možnosti využití canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením.

**Požadavky:** Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

**Metoda:** Dotazování.

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucího práce.

*Rozsah grafických prací:*

*Rozsah pracovní zprávy:*

*Forma zpracování práce:*

tištěná/elektronická

*Jazyk práce:*

čeština

### **Seznam odborné literatury:**

ČERNÁ RYNEŠOVÁ, P., 2011. *Když kůň léčí duši, aneb metodika hiporehabilitace zaměřená na klienty s duševním onemocněním*. 1. vyd. Pardubice: Direkte. ISBN 978-80-260-2897-0.

GALAJDOVÁ, L., 1999. *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-789-3.

HERMANNOVÁ, H., MÜNICOVÁ, D., NERANDŽIČ, Z., a kol., 2014. *Základy hipoterapie*. Praha: Profi Press. ISBN 978-80-86726-57-1.

NERANDŽIČ, Z., 2006. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. 1. vyd. Praha: Albatros. ISBN 80-00-01809-8.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., a kol., 2004. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0873-2.

*Vedoucí práce:*

Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

Katedra sociální práce a speciální pedagogiky

*Datum zadání práce:*

3. září 2022

*Předpokládaný termín odevzdání:* 15. prosince 2022

L.S.

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.  
děkan

PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Liberci dne 13. září 2022

## Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Miroslavu Meierovi, Ph.D., vedoucímu mé bakalářské práce, za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a podnětné připomínky, které mi poskytoval v průběhu tvorby bakalářské práce. Dále děkuji osloveným respondentům za vyplnění dotazníků, díky čemuž mohla tato práce vzniknout.

Zároveň děkuji své rodině, která mi byla po celou dobu oporou.

**Název bakalářské práce:** Canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením

**Jméno a příjmení autora:** Zuzana Špačková

**Akademický rok odevzdávání bakalářské práce:** 2022/2023

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá canisterapií a hipoterapií u dětí s postižením. Cílem bakalářské práce je popsat canisterapii a hipoterapii, a zjistit dostupnost terapií a názory terapeutů a rodičů dětí, které se terapií účastní, na možnosti využití canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením. Práce je rozdělena do dvou částí, a sice na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část je věnována vymezení pro bakalářskou práci důležitých pojmů, následující kapitoly jsou věnovány dětem s různými druhy postižení. V těchto částech práce jsou uvedeny základní charakteristiky zmíněných druhů postižení, příčiny jejich vzniku, případně způsoby využití vhodných kompenzačních pomůcek. Další kapitoly se věnují zooterapii. V této části práce je uvedena definice pojmu *zooterapie*, dále jsou popsány některé druhy zooterapie, mimo canisterapii a hipoterapii, ke kterým je přistoupeno v další části textu. Empirická část bakalářské práce je věnována průzkumu a jeho výsledkům. Pro získání potřebných dat byl vytvořen online dotazník určený rodičům dětí s postižením a terapeutům, kteří se canisterapií či hipoterapií aktivně věnují. Výsledky šetření jsou předkládány prostřednictvím grafů, které jsou doprovázeny slovním komentářem. Závěr bakalářské práce se věnuje zodpovězení průzkumných otázek, diskuzi a navržení vhodných opatření.

**Klíčová slova:** canisterapie, děti s postižením, hipoterapie, názory, postižení, rodiče, terapeuti, zooterapie.

**Bachelor thesis title:** Canistherapy and Hippotherapy for Children with Disabilities

**Name and surname of the author:** Zuzana Špačková

**Academic year of bachelor thesis:** 2022/2023

**Bachelor thesis supervisor:** Mgr. Miroslav Meier, Ph.D.

### **Annotation**

The bachelor thesis deals with canister therapy and hippotherapy in children with disabilities. The aim of the bachelor thesis is to describe canister therapy and hippotherapy, and to find out the availability of the therapies and the opinions of therapists and parents of children who participate in the therapies on the possibilities of using canister therapy and hippotherapy for children with disabilities. The thesis is divided into two parts, namely a theoretical part and an empirical part. The theoretical part is devoted to the definition of concepts important for the bachelor thesis, the following chapters are devoted to children with different types of disabilities. In these parts of the thesis, the basic characteristics of the mentioned types of disabilities, the causes of their occurrence, and the ways of using appropriate compensatory aids are presented. Other chapters are devoted to zootherapy. In this part of the thesis the definition of the term zootherapy is given, then some types of zootherapy are described, apart from canister therapy and hippotherapy, which are discussed in the next part of the text. The empirical part of the bachelor thesis is devoted to the survey and its results. To obtain the necessary data for this purpose, an online questionnaire was designed for parents of children with disabilities and therapists who are actively involved in canister therapy or hippotherapy. The results of the survey are presented through graphs, which are accompanied by verbal commentary. The conclusion of the bachelor thesis is devoted to answering the research questions, discussing and suggesting appropriate measures.

**Key words:** canistherapy, children with disabilities, hippotherapy, opinions, disabilities, parents, therapists, zootherapy.

## Obsah

Seznam grafů .....	9
Úvod.....	10
1 TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1.1 Děti s postižením.....	12
1.1.1 Vymezení pojmů .....	12
1.1.2 Děti s poruchami hybnosti.....	13
1.1.3 Děti se zrakovým postižením .....	15
1.1.4 Děti se sluchovým postižením.....	17
1.1.5 Děti s narušenou komunikační schopností .....	18
1.1.6 Děti s mentální retardací.....	20
1.1.7 Děti s vícenásobným postižením .....	22
1.2 Zooterapie (animoterapie).....	25
1.3 Canisterapie u dětí s postižením.....	28
1.3.1 Vymezení pojmu canisterapie .....	28
1.3.2 Charakteristika canisterapeutického psa vhodného pro děti s postižením .....	28
1.3.3 Formy canisterapie a druhy canisterapeutických programů u dětí s postižením .....	29
1.3.4 Pomůcky využívané v rámci canisterapie u dětí s postižením .....	30
1.3.5 Canisterapeutické metody vhodné pro děti s postižením .....	31
1.3.6 Možnosti využití canisterapie u dětí s různými druhy postižení .....	33
1.4 Hipoterapie u dětí s postižením.....	35
1.4.1 Vymezení pojmu hipoterapie .....	35
1.4.2 Charakteristika koně vhodného pro hiporehabilitaci u dětí s postižením.....	37
1.4.3 Hiporehabilitační metody vhodné pro děti s postižením .....	38
1.4.4 Možnosti využití hipoterapie u dětí s postižením.....	39
2 EMPIRICKÁ ČÁST .....	41
2.1 Cíl bakalářské práce a průzkumné otázky.....	41
2.3 Metody a průběh šetření.....	41
2.4 Charakteristika výzkumného vzorku.....	42
2.5 Výsledky šetření.....	43
2.5.1 Výsledky dotazníků pro rodiče.....	43
2.5.2 Výsledky dotazníků pro terapeuty.....	50
2.6 Zodpovězení průzkumných otázek .....	60
2.7 Diskuze.....	62
2.8 Navrhovaná opatření .....	65
Závěr .....	67
Seznam použité literatury .....	69
Seznam příloh .....	72



## Seznam grafů

Graf č. 1: Druh navštěvované terapie .....	43
Graf č. 2: Forma navštěvované terapie .....	44
Graf č. 3: Pravidelnost navštěvovaných terapií .....	44
Graf č. 4: Dostupnost terapie .....	45
Graf č. 5: Zdroj informací o terapii.....	46
Graf č. 6: Kdy se respondenti o terapiích dozvěděli.....	46
Graf č. 7: Z jakých zdrojů je terapie financována.....	47
Graf č. 8: Možnosti využití terapie u dětí s postižením .....	48
Graf č. 9: Věk dítěte.....	48
Graf č. 10: Jak dlouho děti terapii navštěvují .....	49
Graf č. 11: Postižení dítěte.....	49
Graf č. 12: Provozovaná terapie .....	50
Graf č. 13: Vzdělání k poskytování terapií .....	51
Graf č. 14: Délka terapeutické praxe .....	52
Graf č. 15: Nejčastěji vyskytující se postižení při terapiích .....	52
Graf č. 16: Forma provozování terapií.....	53
Graf č. 17: Forma poskytování terapie .....	54
Graf č. 18: Intervaly navštěvování terapií .....	55
Graf č. 19: Délka jednotlivých terapií .....	55
Graf č. 20: Přínos terapií.....	56
Graf č. 21: Dostupnost terapií.....	57
Graf č. 22: Informovanost rodičů dětí s postižením .....	58
Graf č. 23: Dostupnost pro děti s postižením.....	58
Graf č. 24: Nejvyšší dosavadní vzdělání .....	59
Graf č. 25: Pohlaví.....	60

## Úvod

Autorka odmala vyrůstala v prostředí, ve kterém se nacházela zvířata. Měla psy, později i koně. A právě díky koním se již od útlého věku mohla věnovat jezdeckví. Stejněmu koníčku se v současné době věnuje i její dcera. Díky tomu má autorka možnost vnímat působení zvířat na fyzický i psychický stav a rozvoj dcery.<sup>1</sup> Právě tato skutečnost autorku přivedla k tématu, kterým se zabývá v bakalářské práci: *Canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením*.

Zvířata mohou na lidi pozitivně působit. Cílená terapeutická činnost, do které jsou zvířata zapojena (tzv. zooterapie) může pomáhat (v našem případě) dětem s postižením v mnoha oblastech. Může jít o oblast fyzickou (např. rozvoj motorických schopností, koordinace pohybů, uvolnění svalů) nebo psychickou (např. odbourávání stresu, navozování pozitivních pocitů, prohloubení schopnosti navazovat společenské kontakty).

Cílem bakalářské práce je popsat canisterapii a hipoterapii, a zjistit dostupnost terapií a názory terapeutů a rodičů dětí, které se terapií účastní, na možnosti využití canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části, teoretickou část a empirickou část. Teoretická část je věnována vymezení pro bakalářskou práci důležitých pojmů, např. *postižení* a s ním související termíny *vada*, *porucha*, *defekt*, *handicap* a *znevýhodnění*, dále se zaměřujeme na pojmy *integrace* a *inkluze*. Následující kapitoly jsou věnovány dětem s různými druhy postižení. Konkrétně jde o *děti s poruchami hybnosti*, *děti se zrakovým postižením*, *děti se sluchovým postižením*, *děti s narušenou komunikační schopností*, *děti s mentální retardací* a *děti s vícenásobným postižením a děti s poruchou autistického spektra*. V těchto částech jsou mj. uvedeny základní charakteristiky uvedených postižení, příčiny jejich vzniku, případně způsoby využití kompenzačních pomůcek. Následující části se věnují zooterapii. Zde je mj. uvedena definice pojmu *zooterapie*, vymezení některých základních metod zooterapie, vyjma canisterapie a hipoterapie, ke kterým je konkrétněji přistoupeno v dalším textu.

Části, které se zabývají canisterapií u dětí s postižením obsahují definici pojmu *canisterapie*, charakteristiku canisterapeutického psa vhodného pro děti s postižením, seznamují čtenáře s formami canisterapie a druhy canisterapeutických programů či pomůckami, které se v rámci canisterapie u dětí s postižením mohou používat. Dále jsou

---

<sup>1</sup> Dcera autorky je bez postižení.

popsány canisterapeutické metody vhodné pro děti s postižením, a nakonec využití canisterapie u dětí s konkrétními typy postižení.

Následuje text zaměřený na hipoterapii, zde je třeba zdůraznit, že hipoterapie jako taková, je podoborem hiporehabilitace. V této práci půjde zejména o *hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE)* a *hipoterapii v psychiatrii a psychologii (HTP)*. Z tohoto důvodu je v názvu i cíli bakalářské práce použit pojem hipoterapie nikoli hiporehabilitace. V úvodní části tohoto textu je uvedena definice pojmů *hiporehabilitace* a *hipoterapie*, následuje popis charakteristiky koně vhodného pro hipoterapii u dětí s postižením, hiporehabilitační metody vhodné pro děti s postižením, a nakonec jsou vyjmenovány a popsány možnosti využití hipoterapie u dětí s postižením.

Empirická část bakalářské práce je věnována průzkumu a jeho výsledkům. Pro účely bakalářské práce byl vytvořen online dotazník určený rodičům dětí s postižením a terapeutům, kteří se canisterapii či hipoterapii aktivně věnují. Jeho smyslem bylo mj. zjistit názory rodičů dětí s postižením a terapeutů na dostupnost těchto služeb včetně možností využití canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením. Výsledky šetření jsou předkládány formou grafů, které jsou doprovázeny slovním komentářem. Závěr bakalářské práce se věnuje shrnutí průzkumného šetření, zodpovězení průzkumných otázek a navržení vhodných opatření.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Děti s postižením

### 1.1.1 Vymezení pojmů

Pojem **postižení** se v průběhu mnoha let utvářel různými způsoby. To platí jak pro Českou republiku, tak pro ostatní země světa. Řadu let byly taktéž používány termíny, které bychom v současné době již vyhodnotili jako urážlivé či dokonce ponižující. Stávající definice jsou propojeny se samotnou podstatou lidské existence. Jedinec s postižením má plné právo stát se platným členem společnosti a vést plnohodnotný život bez toho, aby byl v rámci s ním spojených aspektů jakkoli vyčleňován (Krhutová, et al. 2005, s. 18, 19).

V souvislosti s pojmem **postižení** jsme se rovněž mohli setkávat s termíny **vada**, **porucha**, **defekt** nebo **handicap**. Všechny tyto tři spolu související pojmy byly uvedeny v roce 1980 Světovou zdravotnickou organizací (WHO). **Vadou, poruchou či defektem** (ang. impairment) rozumíme oslabení psychické, fyziologické a anatomické skladby či funkce (Slowík 2008, s. 26). Pojem **postižení** (ang. disability) tedy definujeme jako úbytek či úplnou ztrátu schopností, kvůli kterým není člověk schopen provádět aktivity v míře, respektive způsobem, které jsou považovány za normální. **Znevýhodnění** (ang. handicap) je definováno jako omezení, které se u jedince objevuje v důsledku jeho vady případně postižení. Kvůli tomu je obtížné, ba zcela nemožné, aby plnil roli, která je pro něj na základě různých aspektů (např. věk, pohlaví, kulturní aspekty) obvyklá (Slowík 2008, s. 27).

V roce 2001 představuje světová zdravotnická organizace model **integrativní**. Tento přístup, na rozdíl od modelu medicínského (který vnímá člověka s postižením jako pacienta) a sociálního (člověk s postižením je vnímán jako objekt sociální péče), klade důraz především na aktivní zapojení jedince s postižením do společnosti. Neočekává se přizpůsobení jednotlivce nýbrž celková změna v přístupu k lidem s postižením (např. prostředí, politika) (Brown in Slowík 2008, s. 28).

V současnosti je minimálně ve vyspělých zemích preferován model inkluzivní. Jde o nikdy nekončící proces, během kterého se lidé s postižením mohou plně účastnit veškerých běžných činností společnosti stejně jako lidé bez postižení. V rámci **inkluzivního přístupu** jsou lidé s postižením zapojováni do všech obvyklých aktivit, kterým se věnují lidé bez postižení – a pokud to lze bez využití speciálních postupů či

prostředků. Odpovídající pomoc či podpora nastupuje pouze v nezbytně nutných situacích (Slowík 2012).

### 1.1.2 Děti s poruchami hybnosti

Pohyb sám o sobě je velmi důležitou složkou lidského života, protože pomáhá dětem utvářet jejich osobnost. Díky němu získávají různé zkušenosti, mohou upevnit svou pozici ve společnosti, zlepšit fyzickou kondici či rozvíjet sebeobsluhu a samostatnost (Krhutová, et al. 2005, s. 204, 205). V čím mladším věku dítě k poruše hybnosti přijde, tím snáze se zpravidla s nesnadnou situací vyrovnává.

Obor speciální pedagogiky, který se věnuje lidem s poruchami hybnosti, se nazývá somatopedie. Jejím cílem je výchova dětí, mládeže i dospělých, jejich vzdělávání a příprava na profesní život (Renotierová, et al. 2006, s. 209). Poruchu hybnosti lze dle závažnosti rozčlenit do tří úrovní – lehká, střední a těžká. Dále rozlišujeme mezi **lidmi mobilními** (může se samostatně pohybovat), **částečně mobilními** (nutná asistence druhé osoby, využití ortopedických a technických pomůcek) a **imobilními** (nemůže se pohybovat ani za asistence další osoby). Poruchy hybnosti jsou společným znakem dětí s tělesným postižením, zdravotně oslabených a nemocných (Renotierová, et al. 2006, s. 211).

**Tělesným postižením** rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí (např. kosti, svaly), poruchy cévního zásobení a poruchy nervového ústrojí, které se projevují narušenou hybností. Dítě s tělesným postižením má výrazně či stále oslabené motorické dovednosti, což může působit na některé složky osobnosti dítěte (např. emoční prožitky). Důvodem vzniku poruchy hybnosti může být dědičnost, úraz nebo nemoc (Renotierová, et al. 2006, s. 212).

U dětí s **vrozeným tělesným postižením** dochází k poškození v několika prvních týdnech těhotenství. U dětí se může projevovat jako rozštěp lebky, páteře, ad. Dále sem patří i děti s vrozenými vadami končetin a růstovými odchylkami (např. fokomélie – dítěti chybí paže a předloktí, syndaktylie – srůsty prstů na horních nebo dolních končetinách). Do této skupiny řadíme i děti s **centrálními a periferními obrnami**, které jsou způsobeny poškozením nervové soustavy. Jde o děti s parézou – částečné ochrnutí a plegií – úplné ochrnutí (Renotierová, et al. 2006, s. 213, 214). Mezi děti s tělesným postižením řadíme i děti s dětskou mozkovou obrnou (dále DMO). Příčiny vzniku DMO lze hledat v období **prenatálním**, např. infekce či oběhové poruchy matky, **perinatálním**, např. nedonošení dítěte nebo těžké komplikace při porodu

a časně **postnatálním** mj. infekce, které dítě prodělá krátce po porodu. DMO lze tedy obecně charakterizovat jako poruchu hybnosti i vývoje v důsledku raného poškození mozku. U dětí s DMO se dále může objevovat také narušená komunikační schopnost, mentální retardace a poškození psychomotoriky nebo neklid. DMO se člení do dvou skupin, a sice na **formy spastické** (*diparetická* – tzv. křečovitá, postižení dolních končetin dítěte, nůžkovitá chůze; *hemiparetická* – obrna horní i dolní končetiny jedné poloviny těla dítěte; *kvadruparetická* – postižení všech čtyř končetin dítěte). Druhou skupinou jsou **formy nespastické**, do kterých spadá *forma dyskinetická* – dítě trpí samovolnými pohyby, které není schopno ovlivnit. Forma *hypotonická* se u dětí projevuje zvýšenou pohyblivostí v kloubech a je často doprovázena těžkou mentální retardací (Pipeková, et al. 2010, s. 183, 184).

Do skupiny dětí se **získaným tělesným postižením** řadíme děti s deformacemi, tělesným postižením způsobeným úrazem, tělesným postižením po nemoci. **Deformace** se vyznačuje špatným tvarem konkrétní části těla. Příčinou může být její špatné držení a následkem např. počátek skoliózy či kyfózy. Špatné držení těla může být způsobeno např. dědičností, nestejným vývojem dítěte či nedostatkem pohybu, popř. nesprávným pohybem (Pipeková, et al. 2010, s. 187).

Původcem **tělesných postižení způsobených úrazem** bývají například autonehody, úrazy při sportovní činnosti, pády z výšky ad. Důsledkem mohou být zlomeniny obratlů, které naruší míchu. Závažný dopad má také úrazové poškození periferních nervů nebo amputace (Renotierová, et al. 2006, s. 216).

U **tělesných postižení způsobených nemocí** si nejprve definujeme, co rozumíme pod pojmem *nemoc*. Nemoc je narušení rovnováhy organismu s jeho prostředím. Důsledky tohoto narušení se následně projevují v tělesných a funkčních změnách organismu (Renotierová, et al. 2006, s. 218). Příčiny nemocí můžeme rozdělit do dvou skupin – zevní a vnitřní. **Zevní příčiny** dále dělíme na **fyzikální** (např. mechanické, tepelné, vliv záření), **chemické** (např. chemické látky požití ústy), **příčiny způsobené špatnou výživou** (např. příjem nadměrného množství výživy) a **příčiny způsobené cizími organismy** (např. bakterie, kvasinky, plísně). K **příčinám vnitřním** řadíme například alergii, dědičnost nebo tělesnou konstituci, na kterou se váže vznik nemocí, případně odolnost proti nim (Renotierová, et al. 2006 (s. 218, 219).

Nemoci můžeme dále rozdělit do několika celků – regresivní a metabolické změny, poruchy oběhu krve a lymfy, progresivní změny, záněty, nádory, vývojové odchylky a změny. Následně lze rozřadit dětská onemocnění do konkrétnějších skupin,

např. nemoci srdce a krevního oběhu, alergická onemocnění, nemoci dýchacích orgánů, nemoci pohybového systému ad. (Renotiérová, et al. 2006, s. 219, 220).

Do skupiny dětí s poruchou hybnosti **způsobenou nemocí** řadíme například *revmatismus*, který je u dětí příčinou nejen špatné hybnosti, ale i srdečních onemocnění a vzniká prostřednictvím streptokokové infekce. Dále *dětská infekční obrna* – díky očkování se u nás nevyskytuje, avšak není tomu tak v některých jiných zemích. *Perthesova nemoc* – postihuje děti mezi pátým a sedmým rokem života, jde o zánět hlavice stehenní kosti a důraz je kladen především na včasnou léčbu. V opačném případě je na místě opakovaný chirurgický zásah. Dále to může být *myopatie*, což je svalové onemocnění, vznikající na základě dědičnosti. Charakteristickým rysem je kolébavá chůze, později jedinec není schopen postavit se vůbec. Je odkázán na vozík, případně na lůžko a pomoc, např. při sebeobslužných činnostech (Renotiérová, et al. 2006, s. 217).

**Zdravotně oslabené děti** mívají sklon být často a opakovaně nemocné (např. důsledek nevhodné životosprávy), popř. se může jednat o děti v období rekonvalescence, během kterého je organismus oslaben. V důsledku toho mohou například absolvovat pobyt v některé z ozdravoven, kde se jim dostane vhodné zdravotnické i pedagogické péče. Ozdravovny přijímají děti například s častými záněty dýchacích cest, děti po operaci, děti s vadným držením těla ad.

Pro děti s poruchami hybnosti jsou dostupné kompenzační pomůcky, mezi které řadíme ortopedické hole a berle, ortopedickou obuv, protetiku (protézy – funkční náhrady končetin), epitézy, tzv. kosmetické náhrady, ortopedické vozíky ad. (Jonášková in Slowík 2008, s. 102).

### 1.1.3 Děti se zrakovým postižením

Zrak je jedním z našich nejdůležitějších smyslů, protože díky němu získáváme největší procento informací. O zrakovém postižení mluvíme tehdy, pokud nedostačuje běžná korekce zraku a potíže negativně zasahují do našeho běžného každodenního života. Speciálně pedagogickým oborem, který se věnuje výchově a vzdělávání dětí, žáků či studentů se zrakovým postižením, je tyflopédie.

Za člověka se zrakovým postižením (z pohledu tyflopédie) považujeme toho, který i po optimální korekci (medikamentózní, chirurgické, brýlové apod.) má v běžném životě problémy se získáváním a zpracováním informací zrakovou cestou (např. čtení černotisku, zraková orientace v prostoru) atd. (Vitásková, et al. in Slowík 2008, s. 59).

Projevy zrakových obtíží na sobě může dospělý člověk vyzorovat sám, u dětí si konkrétních náznaků mohou všimnout primárně rodiče, popřípadě jsou rozeznány lékařem a většinou jsou doprovázeny změnami chování. Děti s těžkým zrakovým postižením například odlišně reagují na běžné podněty, mívají opožděný pohybový vývoj či obtížně navazují společenské kontakty. Specializovaná diagnostika zrakového postižení je v kompetenci odborných lékařů, konkrétně oftalmologa a neurologa, následné posouzení a určení speciálních, výchovných a vzdělávacích potřeb stanovuje speciální pedagog v součinnosti s psychologem (Slowík 2008, s. 60, 61).

Lidi se zrakovým postižením lze rozdělit do skupin na základě následujících hledisek. **Dle doby vzniku zrakového postižení** (vrozené postižení, získané postižení), **dle délky trvání zrakového postižení** (krátkodobé postižení – akutním, dlouhodobé postižení – chronické, opakující se postižení – recidivující), **dle etiologického hlediska** (porucha orgánová, porucha funkční) a **dle stupně zrakového postižení** (lidé nevidomí, lidé se zbytky zraku, lidé slabozrací, lidé s poruchami binokulárního vidění) (Ludíková 2006a, s. 198).

Mezi nevidomé řadíme děti, které mají zrakové vnímání oslabené na stupni nevidomosti (slepoty). Může být jak vrozená (např. dědičnost), tak získaná (např. nádor, úraz). U dětí s tímto stupněm zrakového postižení je velmi důležité, aby si určitý výjev dokázaly přiměřeně představit, a to za pomoci vyšších i nižších kompenzačních faktorů. Kompenzačním faktorem nižším rozumíme například hmat a sluch, mezi vyšší řadíme například paměť a řeč. Pro čtení a psaní si osvojují speciální bodové písmo zvané Braillovo. K psaní tohoto písma může být využívána speciální pomůcka zvaná Pichtův stroj. Nevidomost negativně ovlivňuje pohyb a orientaci v prostoru. Je tedy nutné zvládnout některé konkrétní techniky, například chůzi s bílou holí, porozumět prvkům ozvučujícím prostředí nebo si osvojit využití vodících psů (Ludíková 2006a, s. 199).

**U dětí se zbytky zraku** je zrak na hranici slabozrakosti a nevidomosti. Stav zraku může zůstat na stejné úrovni, ale není vyloučeno ani průběžné zlepšení nebo zhoršení. Zrakové schopnosti jsou deformované, což může vyústit například v narušení představ či snížení grafických schopností. Děti s tímto postižením využívají optické korektní pomůcky pro čtení zvětšeného černotisku, ale zároveň s tím si mohou osvojovat i Braillovo písmo. I zde je důležité, aby byla dodržována zraková hygiena a přiměřeně podporovány zrakové schopnosti (Ludíková 2006a, s. 199, 201).

**Děti se slabozrakostí** mají zrakové vnímání na stupni slabozrakosti. V tomto případě jsou zasaženy obě oči, a i přes brýlovou korekci znesnadňuje slabozrakost



existenci v každodenním životě. Děti s diagnostikovanou slabozrakostí můžeme rozdělit do tří skupin, a sice lehce slabozraké, středně slabozraké a těžce slabozraké. Dítě není schopno jasně vnímat konkrétní předměty včetně jejich detailů, nepřesně rozlišuje barvy, čísla či písmena. Je snáze unavitelné, mnohdy nejisté, objevuje se pomalejší pracovní tempo. Práce s dětmi se slabozrakostí vyžaduje dodržování přísné zrakové hygieny, tzn. kvalitní centrální osvětlení i doplňkové přisvícení, střídání práce na blízko i na dálku, správné situování daného předmětu, odpovídající velikost i barevný kontrast předmětu ad.

**Děti s poruchou binokulárního vidění.** Jsou děti s **amblyopií** – tupozrakostí a **strabismem** – šilháním. Šilhání se u dětí objevuje buď na základě vrozenosti, případně v raném dětství. Při včasné zásahu je možné následky zmírnit, popřípadě zcela odstranit. Dítě s poruchou binokulárního vidění pomaleji reaguje na zrakové podněty, má mnohdy problémy při čtení a psaní, snadněji se unaví. S tím mnohdy souvisí i nesnadné navazování kontaktů v kolektivu vrstevníků (Ludíková 2006a, s. 201).

U dětí s postižením zraku se používají kompenzační pomůcky, které jim usnadňují působení ve většině sfér běžného života. Dělíme je na **optické pomůcky** (např. příložní lupy pro slabozraké), **optoelektronické pomůcky** (např. kamerové zvětšovací televizní lupy), **pomůcky na bázi PC** (speciální hardware – např. elektronické zápisníky; speciální software – např. hlasové výstupy, lupy) a **ostatní pomůcky** (např. bílá hůl, diktafon) (Slowík 2008, s. 63).

#### 1.1.4 Děti se sluchovým postižením

Sluch se rozvíjí již v prenatálním období jedince a v této době je velmi citlivý vůči okolním vlivům (např. infekce). Je potřebný pro získávání informací z okolí a zejména pak pro správný vývoj řeči dítěte. Zhruba do šesti měsíců věku může být sluchové postižení velmi těžko odhalitelné, protože dítě, z hlediska zvukových projevů, nevykazuje známky odlišnosti. Obor speciální pedagogiky, který se zabývá lidmi s postižením sluchu, nazýváme surdopedie (Krhutová, et al. 2005, s. 118, 119).

Příčiny sluchového postižení mohou být podmíněny geneticky, ale můžeme je hledat i v jednotlivých vývojových obdobích dítěte. A sice v období **prenatálním**, kdy matka dítěte prošla nějakým konkrétním onemocněním (např. spalničky, zarděnky) a to se negativně podepsalo na vývoji plodu. Dalším důvodem mohou být těžké komplikace při porodu, které řadíme do období **perinatálního** a v době **postnatální** pak mohou být

příčinou sluchového postižení, například časté záněty středního ucha (Souralová, Langer 2006, s. 178).

Děti se sluchovým postižením můžeme rozdělit do dvou skupin. Jsou to děti **nedoslýchavé** (tzn. dítě má zhoršený sluch, který lze kompenzovat pomůckami pro vnímání zvuku) a **neslyšící** (tzn., dítě neslyší vůbec nic či pouze omezeně, kompenzační pomůcky využitelné vnímání zvuku nemohou umožnit).

Světová zdravotnická organizace dělí sluchové vady na základě množství slyšeného v decibelech (dB).

**Žádná porucha či vada** (0–25 dB), **lehká porucha či vada** (26–40 dB), **střední porucha či vada** (41–60 dB, dítě s lehkou či střední sluchovou poruchou má obtíže např. při sledování televize nebo pokud se nachází v hlučném prostředí, jestliže má dítě střední sluchovou vadu, bývá potřeba využívat sluchadla), **těžká porucha či vada** (61–80 dB, dítě musí pro porozumění mluvené řeči využívat sluchadla, případně odezírat ze rtů mluvčího), **velmi těžká porucha či vada zahrnující hluchotu** (81 dB a více, dítě obvykle komunikuje prostřednictvím znakového jazyka) (Kolektiv autorů 2015).

Mezi nejčastěji užívanou kompenzační pomůckou dětí se sluchovým postižením patří sluchadla. Umísťují se do zvukovodu, za ucho, popřípadě do obruby brýlí. Výhodou je, že příliš nepřekáží a jsou vcelku přijatelným východiskem (Slowík 2008, s. 75). Další možnost se naskýtá v podobě tzv. kochleárních implantátů. Jde o nitroušní elektronickou náhradu, která pomáhá dětem s oboustranným těžkým postižením sluchu nebo téměř nevyužitelnými zbytky sluchu, případně lidem ohluchlým (Holmanová in Pipeková, et al. 2010, s. 149).

Kompenzační pomůcky můžeme v tomto případě rozdělit do několika skupin. Pomůcky, které usnadňují tvorbu mluvené řeči (např. fonátory, artikulační zrcadlo), pomůcky motivující ke čtení (např. teletext, textová telekomunikace), pomůcky, které usnadňují získání informací (např. multimediální programy, počítač, psací telefon), ostatní pomůcky (např. světelné zvonky pro signalizaci, vibrační a světelné budíky) (Pipeková, et al. 2010, s. 149, 150).

### **1.1.5 Děti s narušenou komunikační schopností**

Komunikace, jejíž součástí je řeč, se rozvíjí na základě několika kritérií – sluchu, který není poškozený, vhodného řečového vzoru, adekvátního intelektu a iniciativního prostředí (Peutelschmiedová 2006, s. 282). Je třeba si také uvědomit, že mluvená řeč bývá v běžné populaci nejčastěji používaným komunikačním nástrojem. Proto je třeba

vymežit několik úzce souvisejících pojmů – jazyk, řeč a mluva. „*Pojmem jazyk označujeme souhrn sdělovacích prostředků používaných ve společenské skupině (národ, menšina, sociální skupiny); řeči pak rozumíme schopnost užívat verbální i neverbální jazykové prostředky v komunikaci a interakci; mluva je způsob používání řeči, včetně emocionálního zabarvení (může být např. nedbalá, afektovaná atd.)*“ (Slowík 2008, s. 85). O dítěti s narušenou komunikační schopností mluvíme tehdy, pokud jedna nebo více rovin jazykového projevu působí, vzhledem ke komunikačním cílům dítěte, rušivě (Lechta, et al. 2003, s. 17).

Příčinou narušené komunikační schopnosti může být nezralost (opožděný vývoj), popřípadě organické poškození centrální nervové soustavy. Dále může jít o důsledek sluchového postižení, poškození mluvidel, psychických faktorů, sociálního (rodinného) prostředí, které neposkytuje dítěti dostatek podnětů či nevhodný mluvní vzor.

Při stanovení definice narušené komunikační schopnosti je nutno brát v potaz několik jazykových rovin: foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou a pragmatickou (Lechta, et al. 2003, s. 18). Rovina **foneticko-fonologická** se zabývá výslovností a zvukovou stránkou řeči, **morfologicko-syntaktická** rovina se zaměřuje na gramatiku jazyka a stavbu vět, rovina **lexikálně-sémantická** se zaměřuje na slovní zásobu a porozumění významu jednotlivých slov a rovina **pragmatická** se zabývá praktickým použitím řeči a jazyka v sociálním prostředí (Slowík 2008, s. 88). Obor, který se věnuje lidem s narušenou komunikační schopností, nazýváme logopedie.

Rozlišujeme deset okruhů narušené komunikační schopnosti dle Lechty, a sice **vývojovou nemluvnost** (dysfázie), **získanou orgánovou nemluvnost** (afázie), **získanou psychogenní nemluvnost** (mutismus, elektivní mutismus), **narušení zvuku řeči** (rinolálii, palatolálii), **narušení fluence řeči** (breptavost, balbuties), **narušení článkování řeči** (dyslálii, dysartrii), **narušení grafické stránky řeči** (specifické poruchy učení – např. dyslexii, dysgrafii, dysortografií), **symptomatické poruchy řeči**, **poruchy hlasu** (dysfonii), **kombinované vady řeči** (Klenková 2006, s. 55).

Při terapii narušené komunikační schopnosti je využívána celá řada korekčních pomůcek, které lze rozdělit do několika skupin. Máme pomůcky **stimulační** (např. zvukové hračky, hudební nástroje, foukadla), dále **motivační hry** (hry motivující dítě ke spolupráci s logopedem), **didaktické** (např. soubory logopedických říkanek, čtecí tabulky, soubory obrázků k procvičování výslovnosti), **derivační** (odvádí pozornost

dítěte od vlastního mluveného projevu, např. bílý šum), **podpůrné** (např. rotavibrátory, špachtle), **názorné** (např. logopedické zrcadlo, analyzátor zvuků), **registrační** (např. zvukové záznamy, záznamové archy). Dalším pomocníkem při zlepšování komunikačních schopností jsou dnes také počítače se speciálními programy, které jsou taktéž v rámci logopedické péče hojně využívány (Klenková 2006, s. 61).

### 1.1.6 Děti s mentální retardací

V bakalářské práci byl pro zjednodušení použit pouze pojem *mentální retardace*, nikoli širší pojem *mentální postižení*, který zahrnuje kromě pojmu mentální retardace i pojem *demence*. Důvodem je, že pojem mentální retardace je používán v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí a níže v textu jsou děti s mentální retardací děleny ve shodě s tímto dokumentem.<sup>2</sup>

Psychika dítěte se rozvíjí nejen na základě dědičnosti. Svůj podíl má i prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. Psychický vývoj by nemohl být uskutečněn bez aktivity, tedy díky činnostem, zajišťujícím rozvoj psychiky, vlastností i osobnosti dítěte. Z hlediska dědičnosti je vývoj jedince ovlivněn především zráním a učením. Vývoj každého dítěte je do jisté míry jiný, nemusí být plynulý ani rovnoměrný a ovlivňuje ho mnoho souvisejících faktorů (Pipeková, et al. 2010, s. 305).

Příčiny mentální retardace mohou být buď *vnitřní* (endogenní) nebo *vnější* (exogenní). **Vnitřní příčiny** nalezneme v systému pohlavních buněk. Jejich spojením vzniká nový jedinec a jde tedy o příčinu danou geneticky. **Vnější příčiny** mohou, ale zároveň nemusí vznikat poškozením mozku plodu, případně dítěte. Mezi nejčastější faktory patří například následky infekcí a intoxikací, následky úrazů, nemoci a jiné (Krejčířová 2006, s. 163).

Dítě s mentální retardací lze definovat jako jedince, který se prakticky odlišuje celou svou osobností, nejen svými psychickými (mentálními) schopnostmi. Z hlediska **biologického** jde o organické či funkční poškození mozku, po stránce **psychologické** jde o sníženou úroveň rozumových schopností. Hlediskem **sociálním** míníme postižení, projevující se dezorientací ve světě a společnosti a je podmíněna nápomocí druhé osoby. Po stránce **pedagogické** jde o omezení učební schopnosti a z hlediska **právního** o nezpůsobilost k samostatnému jednání a rozhodování (Slowík 2008, s. 109, 110).

---

<sup>2</sup> V době tvoření této bakalářské práce probíhal překlad 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí do češtiny, ve které je pojem mentální retardace nahrazen pojmem *poruchy intelektového vývoje*. S ohledem na doposud neukončený překlad bylo setrváno u pojmu *mentální retardace*.

Pojem **mentální retardace**, vymezujeme jako: „... vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností“ (Krhutová, et al. 2005, s. 239).

Děti s mentální retardací dělíme v souladu s 10. revizí Mezinárodní klasifikace nemocí do několika skupin. Děti s lehkou mentální retardací (IQ mezi 59–69) mívají obtíže při výuce, později mohou vykonávat zaměstnání a aktivně udržovat společenské vztahy. Děti se střední mentální retardací (IQ mezi 35–49) jsou zřetelně vývojově opožděné, potřebují adekvátní pomoc a podporu pro dosažení přiměřené komunikace a školních dovedností, upevnění samostatnosti a v dospělosti potřebují podporu v práci i ve společnosti. Děti s těžkou mentální retardací (IQ mezi 20–34) potřebují trvalou pomoc i podporu až do dospělosti. Vývoj dětí s hlubokou mentální retardací (IQ nejvýše 20) nedosáhne stádia samostatnosti, pomoc a podpora je nutná při pohybu, komunikaci i v rámci hygieny. Dále mohou být ještě děti s jinou mentální retardací a děti s neurčenou mentální retardací (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí 2023a).

Pokud se zaměříme na některé vybrané rysy osobnosti dítěte s mentální retardací, můžeme jmenovat například **myšlení** (např. nepřesný úsudek, těžkopádnost při tvoření pojmů, nedostatky v rozlišování či vyslovování jednotlivých hlásek), **paměť** (např. vše nové se učí velmi pomalu, naučené rychle zapomíná – nutnost četného opakování), **emoční stránka** (např. hůře ovládá své emoce, citová otevřenost, poruchy nálad) nebo **pozornost** (např. nestálost, snadná unavitelnost, více chyb) (Krhutová, et al. 2005, s. 244, 245).

U dětí s mentální retardací jsou rovněž využívány určité druhy pomůcek. V případě dětí s mentální retardací je důraz kladem především na názornost. Pomůcky jsou vybírány s ohledem na cíl výchovně-vzdělávací práce a hloubku postižení dítěte. Nové pomůcky je nutné zavádět velmi opatrně, protože by mohly dítě spíše rozptylovat než splnit funkci, ke které jsou určeny. Mezi formy kompenzace řadíme například *snoezelen* (z niz. *snuffelen* – čichat a *doezelen* – dřímat). Děti s mentální retardací nemusí být schopny v běžném životě správně zpracovat primární vjemy a *snoezelen* jim umožňuje vstoupit do jiného prostoru, ve kterém mohou nabýt nové zkušenosti. Děti mají dostatek času pro výběr předmětů či podnětů, které jim jsou příjemné, nic není striktně dáno, vše funguje na principu dobrovolnosti, což vede k celkovému uvolnění. Dalším typem speciálně upraveného prostředí, které se od *snoezelenu* liší složitějším technickým zařízením, je *psychorelaxační místnost* neboli *bílý pokoj*. Pokoj je izolován

od okolního ruchu a děti mají možnost ovládat pomocí barevných tlačítek technické zařízení tak, aby si vytvořily prostředí, ve kterém se cítí příjemně (zvuky, světla, barvy – uplatnění červené, modré, žluté, zelené). Začínají se rozšiřovat tzv. *zahrady pocitů*, což je koncept přejímaný ze zahraničí, zaměřený na úpravu přírodního prostředí, které dětem taktéž umožňuje získat mnoho nových vjemů a poznatků (Krejčířová 2006, s. 171, 172).

### 1.1.7 Děti s vícenásobným postižením

Děti s vícenásobným postižením mají kombinaci různých druhů a stupňů postižení, poruch či narušení. Příčiny lze objevit ve všech vývojových stádiích dítěte. Nejtěžší postižení však zpravidla vznikají již v prenatálním období. Tuto skutečnost ovlivňuje např. genetika, infekce, vlivy sociálního prostředí, psychické okolnosti ad. (Ludíková 2006b, s. 303, 304).

**Kombinací s mentální retardací** rozumíme tak, že dítě s mentální retardací má navíc další postižení, např. tělesné, smyslové. V kombinaci s tělesným postižením se jedná nejčastěji o děti s DMO. Pokud jde o kombinaci mentální retardace a senzorické vady, děti s touto kombinací postižení mají omezenou schopnost učení, což brání plnému osvojení obtížnější komunikační struktury. Jsou schopny ovládat pouze ty jednodušší (např. piktogramy). Pokud je postižen zrak nebo sluch dětí, lze při kompenzaci položit důraz na rozvoj nepostiženého smyslu. U dětí s postižením zraku i sluchu (**hluchoslepota**) je tato možnost značně omezená. Je znemožněna nejen komunikace běžnou řečí, ale i schopnost dorozumět se prostřednictvím běžné formy znakového jazyka. Příkladem možnosti komunikace je např. Lormova abeceda (dlaňová abeceda). **Kombinace s poruchami chování** se mohou vyskytovat u dětí, které pochází z nefunkčních rodin, které zároveň vykazují nevhodné prvky (např. vysoká agresivita, alkoholismus). Děti si osvojují nevhodné modely chování a děti s mentální retardací navíc nejsou schopny reálně posoudit následky, které svým jednáním mohou způsobit (Slowík 2008, s. 148–150).

Výběr a využití kompenzačních pomůcek pro děti s vícenásobným postižením se odvíjí od individuálních potřeb dítěte, které souvisí s mírou jejich postižení. Asi největším úskalím bývá nalézt vhodný způsob rozvoje komunikace. Lze využít některý z typů alternativních, popř. augmentativních komunikačních systémů (např. daktylotiku – prstovou abecedu, Braillovo písmo) (Ludíková 2006b, s. 305). Dále piktogramy (obrázky, případně lze využít konkrétní předměty) či komunikátor (po

stisknutí tlačítka se ozve příslušné slovo). Existují rovněž pomůcky, které můžeme použít na stimulaci dítěte, např. molitanový balonek, hřeben – jemné škrábání (masáž), barevná světla, lesklé předměty, lávové lampy (zraková stimulace), nahřátý pytlík s třešňovými peckami (tepelná stimulace), zpěv, hudbu (sluchová stimulace), masážní přístroj (vibrační stimulace), hmatový koberec, hmatový pás, lechtání peříčkem (hmatová stimulace). Dětem, které se pohybují s obtížemi nebo vůbec, je třeba pomáhat se změnou polohy. K tomuto účelu slouží například polohovací válce, polohovací klíny či vertikalizační stojany (Kunhartová 2013).

Cílem adaptace dětí s vícenásobným postižením je možnost jejich uplatnění ve společnosti. Volba vhodného komunikačního modelu pro konkrétní dítě probíhá velmi důsledně a nevyhne se ani spolupráci s různými specialisty (Ludíková 2006b, s. 304, 305).

### **1.1.8 Děti s poruchou autistického spektra**

Slovo *autismus* pochází z řeckého slova *autos*, což v překladu znamená *sám*. Není proto divu, že jedním z nejtypičtějších projevů u dětí s poruchou autistického spektra (dále PAS) je, že velmi často setrvávají o samotě a uzavírají se do svého vlastního světa. Jde o celoživotní postižení, které se v širším měřítku objevuje spíše u chlapců než u dívek (Ošlejšková 2007a).

PAS rozumíme jako narušení sociální interakce, představivosti a verbální i neverbální komunikace. Jako příčina vzniku PAS je nejčastěji uváděna dědičnost, která se projevuje narušením centrální nervové soustavy. Kauzální léčba není u dětí s PAS možná. Lze pouze odstraňovat či mírnit některé projevy za pomoci léků, popř. využíváním vhodné behaviorální terapie a speciálně pedagogického vedení (Šporclová 2023).

PAS je u dětí možné diagnostikovat nejčastěji kolem třetího roku života, odchylky v chování či vývoji však lze někdy pozorovat již v raném dětství. Dítě bývá odtažené, nevyhledává společnost vrstevníků, často si hraje o samotě, není schopno navázat oční kontakt. Velmi často nereaguje na své jméno, nereaguje na verbální projev, může budit dojem, že neslyší zvuky. Dítě s PAS si není schopno hrát formou nápodoby (např. hra na školu), mnohdy dává přednost mechanickým hračkám a rádo se opakovaně věnuje aktivitám, které ho baví (např. skládá dokola kostky do řady) (Ošlejšková 2007b).

V rámci běžné komunikace nebývají děti s PAS schopny porozumět tomu, co vidí, slyší nebo pocítům, které prožívají. Řeč mohou ovládat, avšak nemusí rozumět jejímu významu. Jejich verbální projev je bez intonace či emocí. Děti s PAS mají rády

neměnnost a stereotyp. Odmítají změny. Okolní svět je pro ně příliš rušivý, neskutečný. Chybí jim fantazie, představivost schopnost navazovat mezilidské vztahy či empatie (Ošlejšková 2007b). PAS bývají děleny do následujících druhů: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom.

**Dětský autismus** zahrnuje problémy v oblasti sociální interakce, komunikace i představivosti. Projevy dětského autismu nejsou u všech dětí totožné a jsou proměnlivé v návaznosti na jejich vývoji. Dítě neadekvátně navazuje sociální kontakty, vývoj řeči je opožděný, odlišuje se způsobem hry i svými zájmy, vykazuje abnormální chování. Projevuje se před třetím rokem života dítěte.

**Atypický autismus** se může vyznačovat pozdějším nástupem (po třetím roce života dítěte), případě tím, že nejsou zcela splněna kritéria tří základních diagnostických okruhů (sociální interakce, komunikace, představivost). Dítě s atypickým autismem je mnohdy velmi precitlivělé, obtížně navazuje kontakt. Často se jedná o děti s těžkou mentální retardací.

**Aspergerův syndrom** je vývojovou poruchou, zahrnující sociální porozumění, emoční prožívání a komunikaci. Dítě mívá adekvátní vyjadřovací schopnosti, dokáže mluvit o svých pocitech a zkušenostech. Intelekt dítěte bývá taktéž na velmi dobré úrovni. Děti s Aspergerovým syndromem obtížně navazují kontakty, negativně reagují na změny, mohou vyžadovat dodržování rituálů. Je pro ně obtížné pochopit mimoslovní komunikaci. Jejich chování bývá mnohdy považováno za podivné či vnímáno jako nevychovanost. Děti s Aspergerovým syndromem často disponují například širokými encyklopedickými znalostmi, zájmem o mapy, dopravní prostředky či elektronické hry (Hublová 2011).

**Rettův syndrom** se objevuje pouze u dívek ve věku 7–24 měsíců. V raném dětství může vývoj probíhat zcela normálně, později se vytrácí řeč, objevuje se porucha obratnosti dolních i horních končetin a zastavuje se růst hlavy. Vytrácí se schopnost používat složitější pohyb za konkrétním účelem, pohyby trupu jsou nekoordinované. Zůstává sociální zájem, avšak vývoj hraní i vývoj sociální se zastavují, objevuje se hyperventilace a obvykle mají tyto dívky těžkou mentální retardaci (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí 2023b).

Co se týká kompenzačních pomůcek pro děti s PAS, je vhodné volit takové pomůcky, které dokáží zprostředkovat informace vizuální formou. Jmenujme například rozvrh, který má dítě pověšený na dobře viditelném místě. Obsahuje zalaminované kartičky s piktogramy na suchý zip, které pomáhají dítěti zorientovat se v režimu



běžného dne, případně vyjádřit vlastní potřeby. Dále lze využít například trampolining (aktivita, během které je pro výuku využívána trampolína), případně muzikoterapii (slouží k relaxaci, uvolnění) (Rendek 2020).

## 1.2 Zooterapie (animoterapie)

Zooterapií (animoterapií) rozumíme psychoterapeutickou metodu, která je realizována prostřednictvím zvířat. Využívá se u lidí se zdravotním postižením, resp. nemocných a lidí po úrazech. Zooterapii lze využít ve všech věkových kategoriích, ať už v rámci výchovy a vzdělávání dětí či žáků nebo při práci s dospělými lidmi, včetně seniorů. Pro zooterapii jsou využíváni psi, kočky, koně, ptáci, drobní savci, hospodářská zvířata lamy a některá další zvířata (Kolektiv autorů 2012, s. 7–9).

Existuje pět základních metod zooterapie: **AAA** – Animal Assisted Activities (zvíře asistující aktivaci), **AAE** – Animal Assisted Education (zvíře asistující výuce), **AAT** – Animal Assisted Therapy (zvíře asistující terapii), **AAI** – Animal Assisted Intervention (zvíře asistující intervenci), **AACR** – Animal Assisted Crisis Response (zvíře asistující krizové intervenci) (Tvrdá 2020, s. 13). V následující pasáži práce jednotlivé metody blíže popíšeme.

**AAA** (zvíře asistující aktivaci) je metoda zaměřená na obecné cíle. To znamená, že při této terapii není nutné znát anamnézu ani diagnózu dítěte. Může být poskytována jednorázově, ale i dlouhodobě a opakovaně terénní službou. Dítě stráví se psem nějaký čas, mohou ho hladit nebo si o něm třeba povídat. Tato terapie rozvíjí komunikační a motorické dovednosti včetně pozitivního působení na dětskou psychiku.

**AAE** (zvíře asistující ve výuce) je metoda, která je zaměřená nejen na obecné, ale i individuální cíle jednotlivce, případně skupiny. Je nutné znát diagnózu dítěte, to samé však neplatí pro jeho anamnézu. Může mít formu návštěvní služby a probíhat jednorázově, opakovaně i dlouhodobě. V tomto případě je rovněž nutná spolupráce zooterapeuta a pedagoga, kteří předem stanoví plán terapie, tzn. požadované výstupy a cíle. Během realizace této metody mohou děti psa zapojovat do svých výukových aktivit, věnovat se mu a povídat si o něm. To vše má pozitivní vliv na kognitivní, psychosociální i fyziorehabilitační procesy, na které se terapeut cíleně zaměřuje. Avšak z pozice dítěte jsou nevědomé.

**AAT** (zvíře asistující terapii) je metoda, která uskutečňuje obecné cíle zooterapie a zaměřuje se na individuální cíle jedinců či skupiny. Podmínkou je znalost jak anamnézy, tak diagnózy dítěte. Je možné ji poskytovat v rámci terénní služby a sice

opakovaně, dlouhodobě. Zooterapeut aktivně spolupracuje např. se sociálním pracovníkem a před zahájením terapie jsou předem vypracovány výstupy a cíle zaměřené na jednotlivé děti. Zvíře je vedeno záměrně tak, aby u daného dítěte dokázalo vyvolat konkrétní reakci.

**AAI** (zvíře asistující intervenci) je metoda, která částečně plní obecné cíle zooterapie, ale plná pozornost je věnována individuálnímu, konkrétnímu cíli jedince či skupiny. Potřebná je rovněž znalost anamnézy a diagnózy dítěte. Může být poskytována formou návštěvní služby, krátkodobě či pouze jednorázově. Tato metoda mnohdy vyžaduje spolupráci více osob najednou (např. zooterapeut, rodina, pedagog, sociální pracovník, socioterapeut). Cílem je eliminovat nežádoucí projevy v rámci konkrétních situací za účasti zvířete dle předem stanoveného plánu. Dítě se psem spolupracuje, hladí ho, povídá si s ním a zapojuje ho do vlastních činností (Tvrdá 2020, s. 13, 14).

**AACR** (zvíře asistující krizové intervenci) je metoda, která se dělí do dvou směrů – **osobní směr** a **směr v rámci integrovaného záchranného systému**. Částečně plní obecné cíle zooterapie, avšak plná pozornost je zaměřena na individuální konkrétní cíl jedince či skupiny. Je rovněž třeba znát aktuální stav dítěte, včetně anamnézy a diagnózy. Může být zajišťována terénní službou, jednorázově, krátkodobě, střednědobě i dlouhodobě. Terapeut se zaměřuje na konkrétní dítě, v konkrétní situaci, dané místo a daný čas (Tvrdá 2020, s. 15).

Zooterapie je prospěšná v mnoha směrech. Při práci se zvířetem, které je běžně zvyklé na neměnný každodenní rytmus, je člověk, který zooterapii využívá, motivován např. k cílené činnosti a soustředění (Nerandžič 2006, s. 20). Zvíře může pomáhat při navazování a rozvoji vztahu mezi terapeutem a klientem, eliminovat uzavřenost, podporovat spontánní projevy emocí, podněcovat k rozvoji řeči (např. při udílení povelů zvířeti), může být prospěšné pro rozvoj jemné motoriky (např. krmení zvířete), může poskytovat náměty k rozprávám či výtvarným aktivitám, rozvíjet fantazii. Pomáhá navodit klid, pohodu a uvolnění (Dudková in Müller, et al. 2005, s. 279).

V následujícím textu představíme některé druhy zooterapií, kromě canisterapie a hipoterapie, na které se podrobněji zaměříme v další části práce.

**Felinoterapií** rozumíme jednu z forem zooterapie, která je prováděna za přítomnosti kočky. Ty nejsou na rozdíl od psů vázané přímo na člověka, ale spíše na prostředí, ve kterém žijí. Je tedy skvělým adaptačním pomocníkem například pro nově přichozí do domova pro seniory. U dětí má příznivé účinky především při procvičování jemné motoriky nebo rozvoji uměleckého citění během herních terapií. Podporuje

soustředění, rozvoj komunikace, navození psychické pohody a klidu (Nerandžič 2006, s. 67).

**Ornitoterapii** rozumíme jednu z forem zooterapie, při které jsou využíváni ptáci. Pro tuto terapii jsou vhodní ptáci, kteří jsou zvyklí na nejen na přítomnost člověka, ale dobře snášejí i lidské doteky. Je rovněž prospěšné, pokud pták dokáže mluvit. V rámci ornitoterapie jsou nejčastěji využíváni papoušci, popřípadě pěvci a ojediněle i draci.

Papoušci jsou velmi učenliví, jsou schopni opakovat a naučit se i mluvit. Snadno si člověka oblíbí a dokáží udržet jeho pozornost. Jsou velmi vnímaví, dokáží rozklíčovat náladu i emoce člověka. Zvládnou proto eliminovat negativní projevy chování, navodit klid a psychickou pohodu (Kolektiv autorů 2012, s. 54).

Využití drobných savců – mezi **drobné savce**, kteří jsou vhodní pro zooterapii, řadíme například morčata, činčily, králíky, fretky ad. Jejich výhodou je snadná dostupnost, nenáročnost na chov a výživu. Pro práci s dětmi jsou nejvhodnější zejména morčata. Mají mírnou povahu a nemají tendence kousnout ani v případě, že s nimi děti neobratně manipulují. Jsou oceňována především pro své uklidňující schopnosti a pozitivní dopad na psychiku. Dalším, hojně využívaným zvířetem je například králík. Má rád zejména hlazení, což je nápomocné nejen pro podporu jemné motoriky, ale i navození pozitivních pocitů a psychickému zklidnění (Kolektiv autorů 2012, s. 57, 58).

Využití **hospodářských zvířat** (např. ovce, kozy, skot) při zooterapii spočívá často v zapojení lidí do práce na farmě. Ať už individuálně nebo v rámci kolektivu. Důležitými aspekty této aktivity je především integrace do společnosti, podpora jemné a hrubé motoriky, upevňování znalostí a dovedností a získávání pracovních dovedností. Klienti se mohou realizovat v oblasti přímé práce se zvířaty (např. čištění, dojení) nebo nepřímé činnosti (např. příprava krmení, čištění boxů, péče o prostory). Veškeré aktivity je nutné předem dobře naplánovat, popřípadě ho upravovat dle individuálních potřeb klientů (Kolektiv autorů 2012, s. 43).

**Lamy** jsou v rámci zooterapie využívány zejména pro svou přátelskost a trpělivost. Velmi dobře snášejí doteky, dají se vodit a díky své mírnosti s nimi klienti snáze komunikují a navazují kontakt. Velmi často jsou využívány pro klienty s PAS (navazování kontaktu, koncentrace), s poruchami chování, s tělesným i duševním handicapem, s mentální retardací nebo při léčbě závislostí (Kolektiv autorů 2012, s. 61, 62).

## 1.3 Canisterapie u dětí s postižením

### 1.3.1 Vymezení pojmu canisterapie

Canisterapii definujeme jako jednu z forem zooterapie, která využívá pozitivní působení psa na psychické i fyzické zdraví člověka. Existují různé způsoby aplikace, např. canisterapie asistovaná, která podněcuje zájem o dění, výchovná, léčebná (terapeutická) či výzkumná (Galajdová, Galajdová 2011. s. 15, 16). Pes je výborným společníkem, dokáže podněcovat dětskou představivost, prohlubuje míru empatie vůči druhému člověku (např. pochopení, odpuštění, smířlivost) a rozvíjí hlubší zájem o poznání (např. způsoby využití psů v osobním i profesním životě) (Galajdová, Galajdová 2011. s. 24).

Původ pojmu canisterapie hledejme ve spojení slov *canis* (latinsky pes) a *terapie* (z řec. léčba). Může sloužit jako výchovný prostředek, podpůrná forma psychoterapie, může zlepšovat soustředěnost, dopomáhat k rozvoji hrubé i jemné motoriky, pozitivně ovlivňovat verbální i neverbální komunikaci, pomáhat zlepšovat navazování společenských vztahů (Velemínský, et al. 2007, s. 60).

Domestikace potlačila některé původní povahové rysy divokého zvířete (např. prvky agresivity) a zároveň vedla ke vzniku nových projevů chování. Pes je zvířetem kontaktním a vnímavým vůči lidským podnětům a signálům (Velemínský, et al. 2007, s. 54).

Canisterapie se vyvíjela na základě mnohaletých zkušeností práce se psy. První doklad léčebného využití psa najdeme již v 8. století n. l. ve Franské říši. V Anglii byl pes tímto způsobem využíván k léčbě duševně nemocných (18. století) a v roce 1942 se objevuje léčebné využití psa v USA v rámci rehabilitace válečných veteránů.

První ojedinělé využití psa v rámci léčby se na našem území objevuje počátkem 90. let 20. století. v tehdejší Ústavu sociální péče Kociánka v Brně. Následoval postupný vznik občanských zájmových sdružení, což vyvrcholilo vznikem České canisterapeutické asociace (zal. 2003), v čele s předsedkyní Jiřinou Lacinovou (Nerandžič 2006, s. 30, 31).

### 1.3.2 Charakteristika canisterapeutického psa vhodného pro děti s postižením

Pro výkon canisterapie by měl pes mít několik charakteristických vlastností. V prvé řadě jde o vrozeně vyrovnanou povahu a lásku k lidem, v našem případě konkrétně dětem s postižením. V žádném případě by neměl vykazovat jakékoli známky agresivity. Měl by být komunikativní a přizpůsobivý. K dalším vhodným rysům

canisterapeutického psa patří bezesporu snášenlivost během jakékoli manipulace a absence bázlivosti, lekavosti či prchlivosti (Helppes – centrum výcviku pro postižené 2023).

Canisterapeutický pes prochází před aktivním zapojením do terapeutického procesu přípravou, která probíhá již od štěněcího věku zvířete v rámci tří, po sobě jdoucích etap. Jsou jimi **výchova** (může být zaměřena na výkon budoucí profese či všeobecná), **výcvik** (zaměřen na výkon budoucí profese) a **zavedení do praxe** (vše, co se pes během výcviku naučil je přenášeno do praxe s ohledem na prostředí a vztah ke klientovi) (Svobodová, et al. 2014, s. 28).

Pes určený pro výkon canisterapie je také důsledně testován před zkušební komisí. Po splnění zkoušek a všech požadavků vystaví daná organizace certifikát s platností na jeden až dva roky. Důležitou roli rovněž hrají vlastnosti psa. Měl by být společenský, tolerantní vůči dětem i dospělým lidem i ostatním zvířatům, mít dobrý sluch, čich, fyzickou i psychickou kondici (Nerandžič 2006, s. 52, 53).

Před samotným výběrem je nutné zvážit několik konkrétních kritérií. Řadíme mezi ně **pohlaví psa** (mnohdy dle přání klienta), **plemeno** (velikost, druh srsti), **zdraví** (bez zdravotního handicapu, který by mu znemožňoval pracovní výkon), **věk** (štěně nebo dospělý pes) a **prokázaný původ** (předpoklad, že ze štěněte vyroste pes daného plemene) (Svobodová, et al. 2014, s. 29).

V rámci samotné praxe může canisterapeutický pes dětem s postižením pomáhat jak v rámci aktivní, tak v rámci pasivní canisterapie.

Při pasivní canisterapii je pes využíván pro polohování (prohřívání svalů dítěte – pes má o cca stupeň vyšší tělesnou teplotu než lidé), což může zmírňovat bolest, uvolňovat napětí a může docházet k procvičování jemné motoriky.

Aktivní canisterapie probíhá zejména formou hry. Dítě upevňuje dovednosti a návyky prostřednictvím aktivit s canisterapeutickým psem dle svých individuálních potřeb. Může jít například o rozvíjení slovní zásoby, celkové zklidnění dítěte, zlepšování soustředění, rozvíjení komunikačních schopností, jemné a hrubé motoriky, sociálních dovedností či prohlubování rozumových znalostí (Pestrá 2023b).

### **1.3.3 Formy canisterapie a druhy canisterapeutických programů u dětí s postižením**

Canisterapie je prováděna v několika formách. V první řadě rozlišujeme formu **individuální**: setkání jednoho dítěte s jedním, případně více canisterapeutickými týmy; snižují se okolní ruchy, kontakt se psem je intenzivnější a **skupinovou**: více klientů

a psů pohromadě, terapie je vedena jednou kompetentní osobou; nutnost správného řízení jednotlivých aktivit, stálý dohled nad psy, seznámení dětí s chováním psů, dítě si může vybrat psa dle svých preferencí.

Dále rozlišujeme několik druhů canisterapeutických programů, a sice **návštěvní program**, tzn., že canisterapeut dochází do konkrétního zařízení či domácnosti dítěte, ve stejný čas na předem stanovenou dobu. Canisterapie může probíhat individuální i skupinovou formou a je třeba brát v potaz nepřetěžování psa. Terapeut si stanovuje konkrétní cíle ve spolupráci s dalšími osobami podílejícími se na průběhu terapeutického procesu (např. rodiče, pedagog) a vede si pracovní dokumentaci. Dále **pobytový program**: jde o pobyt dětí s postižením na farmách či táborech s canisterapeutickými službami. Může mít jednorázovou či opakující se podobu. **Rezidentním programem** rozumíme trvalé umístění psa u konkrétního dítěte či v konkrétním zařízení. V některých případech je pes součástí lékařského zařízení a eliminuje negativní pocity z lékařských procedur. Existují také **jednorázové aktivity**, které cílí na uzavřený okruh klientů, případně jsou věnovány veřejnosti. Program se odvíjí od aktuálních požadavků přítomných a jde například o prezentace či přednášky. Posledním druhem canisterapie je **program péče o zvíře**, kdy je po pečlivém výběru zvolen klient, jemuž je pod dohledem odborníka svěřena péče o psa, což u dětí s postižením upevňuje zodpovědnost, samostatnost a pravidelné návyky (Výcvikové canisterapeutické sdružení – Třeboň 2023).

#### 1.3.4 Pomůcky využívané v rámci canisterapie u dětí s postižením

Při práci dítěte s postižením a psa jsou využívány různé pomůcky, které jsou používány na základě několika pravidel.

Základní pomůckou je **ruka** či jiná část těla dítěte (hlazení, mazlení), **odměny**, které dítě může během terapie využít (např. malá, oblíbená hračka psa, oblíbená aktivita), **výcvikové pomůcky** (různé, např. pro potřeby vodění psa, pro udílení povelů, pro předávání odměn – klikr), **výukové pomůcky** (tabule, piktogramy, ukazovátko, fotoaparát), **pomůcky pro sport** (překážky, prolézačky, kruhy), **pomůcky pro zábavu** (hračky a hry – dřevěné, plastové, papírové), **ostatní pomůcky** (hřeben, oblečení psa), **hygienické a úklidové pomůcky** (ubrousky, vysavač, dezinfekce), **zdravotnické pomůcky** (lékárnička, zdravotnické potřeby), **chovatelské pomůcky** (miska na vodu, obojek, vodítko, krmivo), **dokumentační pomůcky** (blok, fotoaparát, počítač, záznamník).

Pomůcky lze využívat cíleně, v konkrétní čas a s odstupem, jak je pro psa během jednotlivých aktivit příjemné. Někdy výběr konkrétní pomůcky vyplyne čistě náhodně ze situace nebo je využit předmět, který je zrovna po ruce. Pomůcky by rozhodně neměly mít žádné ostré hrany nebo destruktivní charakter, tzn., že v místnosti je v rámci spolupráce dítěte s postižením a psa lepší využít pomůcek plyšových či molitanových. Další podmínkou je, že pomůcky, určené k odměně psa, musí být preventivně poživatelné i pro dítě (Svobodová, et al. 2014, s. 85).

### **1.3.5 Canisterapeutické metody vhodné pro děti s postižením**

Canisterapii lze využít jako podpůrnou aktivitu pro velmi široký okruh dětí s různými druhy postižení. Vhodná metoda je stanovena na základě individuálních schopností, druhu postižení, vlastností a zájmů dítěte. Vše s ohledem na dosažení stanovených cílů.

Ačkoli má canisterapie široké možnosti využití u dětí s různými druhy postižení, existují faktory, kvůli kterým ji nelze aplikovat. Je to například neochota dítěte navázat se psem kontakt (plně respektováno), alergie, otevřené rány, některá akutní onemocnění, astma, akutní infekční onemocnění či onemocnění imunitního systému. Kontakt dítěte a psa musí být přínosem, nikoli příčinou zdravotních nebo psychických problémů, a to ani pro jednu ze zúčastněných stran (Velemínský, et al. 2007, s. 77).

Ať už je použita jakákoli metoda canisterapie je třeba dodržovat několik obecně platných pravidel. A sice:

- Nikdo z účastníků nesmí být nucen do kontaktu se zvířetem.
- Před uskutečněním programu musí mít instituce vypracovaná jasně daná pravidla pro používání psů v písemné podobě.
- Pes i psovod musí před zapojením do terapeutického procesu absolvovat náležitý výcvik, projít výběrem a testy.
- Pokud stav klienta canisterapii vylučuje, musí být z účasti na programu vyloučen.
- Respektování práva na odmítnutí kontaktu se zvířetem.
- Účastníci programu (klient, návštěvník) nezůstávají se zvířetem o samotě.
- Respektování práv zvířat, tj. slušné zacházení, ochrana před stresem, přístup k vodě a volnému výběhu (Galajdová, Galajdová, 2011, s. 96).

V následujícím textu se zmíníme o jednotlivých canisterapeutických metodách, v rámci kterých jsou canisterapeutičtí psi využíváni.

**Polohování** je vhodné pro uvolnění svalstva dítěte a navození jeho psychické pohody. Dítě s postižením se dostane do jemu příjemné polohy a zároveň se připravuje na další aktivity spojené s vlastní rehabilitací. Jde o přímý kontakt dítěte a psa za přítomnosti odborníka, který je seznámen s druhem postižení dítěte, případně fyzioterapeuta. Tato metoda má široké možnosti uplatnění, velmi prospěšná je však především pro děti s tělesným či vícenásobným postižením.

**Dotyky a tělesný kontakt** patří k velmi oblíbené metodě práce téměř u všech skupin dětí se zdravotním postižením. Hlazení psa navozuje příjemné pocity, pohodu a celkové zklidnění.

**Kondiční cvičení a rekreace** jsou z velké části realizovány formou hry, při které si děti se psem hrají, hází mu různé předměty či s ním vycházejí na procházku do přírody. Oceňují aktivní spolupráci psa, zejména při plnění povelů, které mu udělují.

**Práce s piktogramy** – pes označí obrázky, na kterých jsou zobrazeny různé aktivity. Postupné označování obrázků psem pomáhá dětem vizualizovat aktivity, které je čekají.

**Speciální formy logopedie a řečové výchovy** jsou určeny především pro děti s narušenou komunikační schopností. Důraz je kladen na prohlubování a upevňování slovní zásoby, správnou výslovnost a adekvátní tempo řeči. Pro děti s PAS je zase vhodnější metoda s názvem *For dog*, pro kterou jsou typické krátké, jasné a výstižné povely (např. sedni, podej, nesmíš). Pes taktéž zvládá pracovat na základě neverbálních povelů a gest, což je metoda vhodná například pro děti s těžkou formou DMO, které verbálně nekomunikují (Svobodová, et al. 2014, s. 97).

**Senzomotorická terapie ve snoezelenu** je terapií, která napomáhá aktivizaci smyslů klienta. Pes pomáhá vybírat podněty, které napomáhají k udržení pozornosti či koncentrace a zároveň dokáže vyloučit podněty, které jsou pro dítě rušivé a nežádoucí.

**Dogdancing terapie** rozvíjí mechaniku pohybu. Pes i dítě se učí společně pohybovat podle hudby.

**Drama, herectví, napodobování představitost** jsou metody terapie, které podporují fantazii a tvořivost. V počátcích jde o jednoduché cvičení, následuje symbolická hra (např. dítě na sebe přebírá roli některého druhu povolání a postupně se převádí do role cvičitele – psodova), která rozvíjí představitost, a nakonec se objevuje hra s pravidly (zaměřuje se na pořádek, utřídění myšlenek).



**Péče o psa, ergoterapie, léčba prací** je metoda, která je vhodná zejména pro děti s mentální retardací. Práce může podporovat možnost plnohodnotného zapojení do běžného života.

**Sociální facilitace** je metoda, ve které pes u dětí s postižením funguje jako prostředník při navazování kontaktů a prohlubování vzájemné komunikace.

**Náklonnost, vazba, přátelství** je metoda, při které si dítě vybere psa, začne ho mít rádo, naváže s ním úzký kontakt a pes mu jeho přátelství i lásku oplácí. Dítě tak získá partnera, který ho má rád a naslouchá všemu, co mu svěří. Hlavním cílem je především prohloubení citových vazeb.

**Kazuistika** je způsob práce, který vyvstává z hledání obdobných případů, jejich srovnání a následně je zpracována pro přípravu vlastních aktivit ve spolupráci psa a dítěte s postižením.

**Krizová intervence** je metoda, zaměřující se na práci psůvoda a psa v terénu při krizových situacích. Jejich úkolem je uvést oběť neštěstí do klidu, udržet ji v dané lokalitě, odvrátit pozornost na nestresové prožitky či předejít prohloubení šoku (Svobodová, et al. 2014, s. 98, 99). Může jít například o vedení cíleného rozhovoru s dítětem, poskytnutí první pomoci, případně rozpoznání některých typů zranění, které dítě s postižením kvůli prodělanému šoku nevnímalo či je nepokládalo za důležité (Velemínský, et al. 2007, s. 109).

### **1.3.6 Možnosti využití canisterapie u dětí s různými druhy postižení**

V následující kapitole se zaměříme na možnosti využití canisterapie u dětí s vybranými druhy postižení. Jednotlivé druhy postižení byly vybírány na základě zkušenosti autorky, která se měla možnost setkat s dětmi s těmito druhy postižení během praktických ukázek práce v rámci canisterapeutické praxe pod akreditovanou terapeutkou v neziskové organizaci Pes partner.

**Canisterapie u dětí s tělesným postižením** – psa je v tomto případě možné využít pro celou řadu úkonů. Podněcuje dítě k pohybu, je rozptýlením v každodenním životě, kamarádem i partákem, rozvíjí porozumění, citový i rozumový rozvoj dítěte. Pes je součástí mnoha každodenních úkonů, kterými dítě s tělesným postižením musí procházet. Dokáže například rozsvítit světlo vypínačem, rozhrnout závěsy, podává různé předměty, otvírá dveře, dokáže pomoci se sundáním některých částí oblečení a prakticky doprovází svého pána na každém kroku. V rámci společnosti může pomáhat

navazovat kontakty a prohlubovat komunikační dovednosti (Galajdová, Galajdová 2011, s. 45).

**Canisterapie u dětí s vícenásobným postižením a mentální retardací** se zaměřuje především na děti s těžkou až hlubokou mentální retardací (ale nejen na ně). Tyto děti mnohdy nedokáží vyjádřit své pocity či to, co aktuálně prožívají prostřednictvím řeči. Pes v tomto případě zastává funkci zprostředkovatele přirozeného kontaktu a zároveň dokáže navodit pocit klidu a bezpečí. Díky tomu dítě dokáže snáze reagovat na podněty ve svém okolí a navazovat další kontakt (Velemínský, et al. 2007, s. 175).

U dětí s vícenásobným postižením může pes rovněž fungovat jako původce somatických, vibračních a vestibulárních podnětů. Mezi **somatické podněty** řadíme především dotyky – dítě se dotýká různými částmi těla psa či naopak a vnímá pocity jako mokrá, popř. suchý čenich ad. **Vibrační podněty** mohou ovlivnit náladu dítěte. Je třeba, aby tyto podněty byly dítěti dávkovány postupně a mělo dostatek času na jejich přijetí (např. dech psa). **Vestibulární podněty** přinášejí informace o poloze těla v prostoru (např. přechod z jedné polohy do druhé). Mohou mít stimulující či relaxační charakter.

Canisterapeutický pes se také stává důležitým pomocníkem v rámci výchovně vzdělávacího procesu, protože dokáže dítě pozitivně motivovat k práci. Komunikační schopnosti dítěte se prohlubují, rozšiřuje se a upevňuje slovní zásoba ať už verbálním či neverbálním způsobem (např. dítě chce přivolat psa, má potřebu něco sdělit, udílí povely) (Svobodová, et al. 2014, s. 103, 104).

**Canisterapie u dětí se zrakovým postižením** – canisterapeutický pes může pro děti se zrakovým postižením fungovat jako důvěrník či kamarád, který dokáže eliminovat pocit osamění, vybízí dítě k relaxaci formou hry, doprovází ho na vycházkách, je prostředníkem při navazování kontaktů, může odstraňovat stres a úzkost (Galajdová, Galajdová 2011, s. 44).

**Canisterapie u dětí se sluchovým postižením** – u těchto dětí může být canisterapie nápomocná zejména v souvislosti se společenskou izolací. Dětem se sluchovým postižením může například zajišťovat jistotu a oporu v rámci navazování a upevňování společenských vztahů či orientaci v nich. Slouží jim také k nácviku a prohloubení samostatnosti, rozvoji fantazie či sloužit jako emoční podpora (Velemínský, et al. 2007, s. 80). Canisterapeutický pes může dále sloužit jako motivační prvek pro děti se sluchovým postižením, které zůstávají převážně pasivní. V tomto

případě na sebe přebírá roli zprostředkovatele a snaží se dítě aktivně zapojit do dění kolem něj. Dítě se sluchovým postižením se dostává do přímého kontaktu se psem a je nuceno reagovat na jeho chování. Dále se může uplatňovat jako pomocník při logopedických cvičeních, pomáhá budovat důvěru v souvislosti s potřebou přímého kontaktu (potřeba něco dítěti sdělit se neobejde bez přímého kontaktu – dotyku – ten děti po čase odmítají, je jim nepříjemný). Pes je nápomocný při sluchových cvičení (např. dítě může napodobit zvuky, které vnímá) či rozšiřování slovní zásoby (např. pojmenovávání částí těla psa). Canisterapeutický pes pomáhá eliminovat negativní pocity (např. úzkost, strach) a navozuje příjemné pocity (Velemínský, et al. 2007, s. 165–167).

**Canisterapie u dětí s PAS** se zaměřuje především na oblast komunikace, socializace a představitosti. V tomto případě pes funguje jako průvodce ve světě, jehož systému není dítě schopno porozumět a přizpůsobit se mu (Pestrá 2023a). Pro spolupráci dítěte s PAS a psa je vhodné vyčlenit prostor, ve kterém bude mít vše své místo i řád, tzn. i samotný pes. To, že pes leží na svém místě, dokáže v dítěti posílit pocit jistoty. Stejně tak je to s předměty, které budou při práci používány (dítě může získat jasnou představu o tom, co ho čeká a co se bude dít) a stejně tak je to i s motivačními odměnami pro děti, které jsou dětem za spolupráci poskytnuty – i u nich je třeba jasně vymezit, kdy dítě odměněno bude.

Mezi využívané aktivity řadíme například *napodobování* (předvedení činnosti – klient napodobuje, např. sundat obojek, učesat psa, obojek nasadit zpět), *střídavé hry* (šátek či čepice symbolizují, kdo přebírá v prováděné aktivitě hlavní roli), *hra s vybíráním hraček* (dítě vybírá obrázky s určitými činnostmi a přiřazuje je ke konkrétní hračce, poté uloženou činnost vykoná) (Velemínský, et al. 2007, s. 148, 149).

## **1.4 Hipoterapie u dětí s postižením**

### **1.4.1 Vymezení pojmu hipoterapie**

Hipoterapií rozumíme jednu z forem zooterapie, při které jsou využíváni koně. Je vhodná jak pro fyzickou, tak pro psychickou terapii. Po stránce fyzické je koňský hřbet prostorem celé řady příznivých pohybových impulzů, které působí na motoriku člověka. Po stránce psychické pomáhá hipoterapie zmírňovat negativní psychické stavy (např. úzkost, pocit méněcennosti), podporuje projevy pozitivních emocí a upevňuje žádoucí vzorce chování (Kolektiv autorů 2012, s. 21).

Než přejdeme k samotné definici pojmu hipoterapie, je třeba vysvětlit si rovněž pojem **hiporehabilitace**. Ten je výsledkem sloučení slov *hyppos* (řec. původu – kůň), *re* (lat. původu – opakovat) a *habilitare* (lat. původ – uschopňovat) (Hollý, Horňáček 2005, s. 15). Hiporehabilitací tedy míníme souhrn všech aktivit a terapií za účasti koně a člověka. Jde o komplexní rehabilitační metodu, která působí na biologickou, psychologickou a sociální složku osobnosti. Lze ji tedy aplikovat na děti s tělesným postižením, děti s poruchami chování, děti s psychickými problémy, případně drogově závislé jedince (Kolektiv autorů 2012, s. 22). Hiporehabilitace je dále dělena do několika oborů, které se vzájemně prostupují. A sice *hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii* (původně hipoterapie), *hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi* (dříve aktivity s využitím koní), *hipoterapie v psychiatrii a psychologii* (původně psychoterapie pomocí koní) a *parajezdectví* (Česká hiporehabilitační společnost 2023).

Původ slova **hipoterapie** tedy vychází z řeckých slov *hyppos* (kůň) a *therapein* (terapie) (Hollý, Horňáček 2005, s. 16–18). Jde o aktivitu, která využívá hřbet koně jako balanční plochu. Jezdec se na koni pohybuje v několika rovinách a tím dochází k požadované aktivaci svalů, díky kterým se jezdec musí udržet nahoře. Dochází k podpoře senzomotoriky, psychomotoriky a zároveň se prohlubuje aktivace některých podnětů (např. zrakových, čichových, taktilních) (Kolektiv autorů 2012, s. 22).

Soužití koně a člověka má poměrně dlouhou historii. První koně byli pro potřeby člověka zkroceni přibližně před pěti nebo šesti tisíci lety. Do té doby sloužili primárně jako zdroj obživy. Využívalo se maso, mléko, kůže i trus. Mimo jiné byl kůň využíván jako dopravní prostředek, přepravoval náklady na delší vzdálenosti a v Řecku našel uplatnění při sportovních hrách. V současné době je kůň chován primárně pro sportovní účely, využíván v zemědělství a částečně i v lesním hospodářství.

První náznak využití koně pro léčebné účely se objevil u jihoamerických indiánů. Ti nechávali své bojovníky ležet napříč přes hřbet krokujícího, případně klusajícího koně. Šlo o nepřímou srdeční masáž a zajištění dechových funkcí. V 17. století se pak setkáváme s prvním konkrétním popisem léčebného využití koně Thomasem Sydehmanem (Nerandžič 2006, s. 82, 83).

V roce 1991 byla v České republice založena Česká hiporehabilitační společnost. Na jejím vzniku se podíleli MUDr. Lia Frantalová, MUDr. Lubor Zahrádka – primář

Ústavu soc. péče ve Zbůchu, RNDr. Otakar Leiský – zástup. Hucul klubu Praha, MUDr. Zdeněk Bašný – zástup. Psychiatrická léčebna Praha-Bohnice ad.

Forma zooterapie prostřednictvím koní má na našem území již dlouholetou tradici, průkopníkem byl výše zmiňovaný Otakar Leiský, který využíval k terapeutickému ježdění huculské koně. Od roku 1986 se tomuto druhu zooterapie věnují v Hamzově léčebně Luži- Košumberk (Nerandžič 2006, s. 84).

#### **1.4.2 Charakteristika koně vhodného pro hiporehabilitaci u dětí s postižením**

Kůň je v rámci komunikace skvělým partnerem. Vyvolává ve člověku přirozený strach i respekt a tím dokáže znovu aktivovat utlumené instinkty. V okamžiku, kdy se z něj stává rovnocenný partner, je potřebné, aby dokázal mezidruhově komunikovat. Musí být schopný vnímat verbální i motorické projevy dítěte s postižením při terapii na tyto podněty vhodně reagovat. Pokud se kůň bude cítit ze strany dítěte ohrožen a zareaguje na situaci bojovým postojem (např. sklopením uší, zvedáním nohy, máváním ocasem), je pro hipoterapii vhodný. Avšak kůň, který zareaguje agresivně, bez jakéhokoli předchozího náznaku, vhodný pro terapii není (Hermannová, et al. 2014, s. 35).

Charakteristickým rysem koně, vhodného pro výkon hipoterapie, je také mechanika jeho pohybu vzhledem k požadovanému výkonu. Činnost koně spočívá především v manipulaci s jezdcem – dítětem s postižením, které nedokáže zaujmout správnou polohu. Kůň by měl umět pracovat klidně, ochotně a dobře snášet nejisté či časté změny pohybu dítěte, které k němu buď přistupuje, případně se na něm veze. Musí zvládat různé hlasové projevy i náhodné zvuky z okolí a měl by respektovat jednotlivé pokyny cvičitele (Casková 2010).

Dalším důležitým znakem, na který se zaměřujeme v souvislosti s charakteristikou koně vhodného pro výkon hipoterapie, je šířka a stabilita jeho hřbetu. Taktéž musíme brát v potaz potřeby dětí s postižením, tzn., zda jsou chodící, sedící či ležící. Pozornost je věnována i sociálnímu prostředí, ze kterého dítě pochází (souvisí s výběrem vhodného typu koně; např. poník je ideálním pomocníkem i partnerem pro děti s poruchami chování). Kůň by měl být zdravý, bez těžkých vrozených vad a pokřiveného charakteru (charakterové vady koně nelze přecvičit) (Nerandžič 2006, s. 86, 87).

Kůň, který je určen k výkonu hipoterapie, prochází také náležitým výcvikem. Jeho příprava je rozdělena do tří fází. Jde o **základní výcvik** (nácvič základních dovedností,

výchovu k poslušnosti, zapojování správného svalstva při pohybu), **jízdu v terénu** (odstranění lekavosti koně při nečekaných momentech, např. pokud mu přes cestu nečekaně přeběhne jiné zvíře) a **nácvik klidného čekání u rampy** (např. v případě, že jde o dítě s tělesným postižením a je tedy nutná nejen manipulace, ale zároveň bezpečné usazení na hřbet koně) (Nerandžič 2006, s. 87).

#### **1.4.3 Hiporehabilitační metody vhodné pro děti postižením**

Jak už bylo zmíněno v kapitole *Vymezení pojmu hipoterapie*, existují čtyři podobory hiporehabilitace. Každý z těchto oborů nyní představíme.

**Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE)** je fyzioterapeutickou metodou, která využívá pohyb hřbetu koně v kroku. Tento pohyb je rytmický, opakuje se a působí na motoriku dítěte s postižením. V okamžiku, kdy dítě zaujme na hřbetu koně odpovídající polohu, vyšle tělo signály do centrální nervové soustavy. Tím jsou aktivovány vjemy a příkazy, které by dítě při plném zdraví používalo k chůzi. Postižení dítěte v oblasti centrální nervové soustavy (dále CNS) mu však tuto skutečnost neumožňuje.

**Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP)** je metoda, která využívá kontakt koně s dětmi s postižením, s nemocí nebo dětmi, které se nacházejí v nepříznivé situaci, včetně využití přirozeného prostředí, ve kterém se zvíře nachází – stáje. Rozvíjí kooperativní chování ve skupině, upevňuje smysl pro řád a dodržování pravidel, prohlubuje společenské vztahy, pomáhá navazovat přátelství a poskytuje pomoc při zapojení do běžného života.

**Hiporehabilitace v psychiatrii a psychologii (HTP)** se zaměřuje na děti s duševními nemocemi či psychickými obtížemi. V tomto případě je kůň se svými specifickými vlastnostmi využíván jako prostředek pro zlepšení duševního stavu dítěte. Motivuje k sebepoznání a k objevení vlastností, schopností či dovedností dítěte. Kůň je emocionální oporou a napomáhá k aktivaci fyzické i psychické stránky dětí, např. rozvoj motorických funkcí, je součástí řízené aktivity). Rozvíjí komunikaci, podporuje vzájemnou spolupráci a má uklidňující účinky (Česká hiporehabilitační společnost 2023).

**Parajezdectví** neslo v dřívějších dobách název *sportovní ježdění handicapovaných*. Jak už z dřívějšího názvu vyplývá, jde o a aktivní ježdění dětí se postižením (Lantelme-Faisan 2021, s. 14). Parajezdectví je uskutečňováno v různých oblastech sportu a sice v paradrezúře, paravoltiži, parawesternu ad. Výjimkou není ani

účast v jezdeckých soutěžích, případně provozování konkrétní aktivity v rámci rekreačního ježdění. Podmínkou pro výkon této činnosti je udržení stávajícího zdravotního stavu dítěte s postižením. V žádném případě nesmí dojít k jeho zhoršení. Cílem tohoto sportovního odvětví je zapojení dětí s postižením do společnosti (Kolektiv autorů 2012, s. 27).

#### **1.4.4 Možnosti využití hipoterapie u dětí s postižením**

V následující kapitole se zaměříme na možnosti využití hipoterapie u dětí s vybranými druhy postižení. Jednotlivé druhy postižení byly vybírány na základě zkušenosti autorky, která se měla možnost setkat s dětmi s těmito druhy postižení během praktických ukázek práce v rámci návštěvy stáje, která provozuje hipoterapii, jednalo se o stáj ve Středočeském kraji.

**Hipoterapie u dětí s tělesným postižením** je přínosná hned z několika hledisek. Uvolňuje se svalové napětí dítěte, procvičuje orientaci v prostoru nebo upevňuje nácvik běžné chůze dítěte, zlepšuje koordinaci pohybu, podporuje správné držení těla. Díky docházce na hipoterapii se dítě s postižením stává svým způsobem výjimečné, což může napomáhat jeho sociálnímu zařazení (dělá něco, co jiní ne) (Velemínský, et al. 2007, s. 248, 249).

**Hipoterapie u dětí s vícenásobným postižením a mentální retardací** především pozitivně ovlivňuje dětskou psychiku. Ježdění na koni je pro tyto děti relaxací, která navozuje pohodu a pocity štěstí z osobního uplatnění. Pokud je hipoterapie realizována ve skupině dětí, mívá pozitivní vliv na navazování kontaktů a prohlubování komunikačních dovedností díky možnosti interakce s ostatními členy skupiny. Dítě díky cvičení posiluje svoji obratnost, odvahu, zodpovědnost i samostatnost. Tlumí případnou výbušnost či agresivitu, posiluje žádoucí vzorce chování, učí se respektovat pravidla.

Jednotlivé cviky lze realizovat dvěma způsoby, a sice jako hry dítěte s koněm ze země a prováděním jednotlivých úkonů ze sedla. Metody práce jsou voleny dle individuálních potřeb dítěte na základě jeho postižení (využitelné pro děti s vícenásobným i jiným postižením). Důležité jsou také podmínky, ve kterých se má hipoterapie odehrávat (Dudková 2010).

**Hipoterapie u dětí s PAS** pomáhá respektovat jasně stanovené hranice, které je nutno při práci s koněm a při pohybu v jeho blízkosti dodržovat. Díky nim se děti s PAS snáze učí, jak se začlenit do společnosti a běžného života. Hipoterapie dále pozitivně ovlivňuje motoriku dětí, jejich psychiku i sociální chování. Kůň se pro děti s PAS může

stát autoritou a pravidelná péče o něj je učí respektovat určená pravidla (Caballinus – zapsaný spolek pro hipoterapii 2023).

**Hipoterapie u dětí se zrakovým postižením** je využívána především kvůli nesprávnému držení těla, které bývá důsledkem špatné orientace v prostoru. Při jízdě na koni se děti učí orientaci v prostoru za pomoci pohybu vpřed (Caballinus – zapsaný spolek pro hipoterapii 2023).



## **2 EMPIRICKÁ ČÁST**

### **2.1 Cíl bakalářské práce a průzkumné otázky**

Cílem bakalářské práce je popsat canisterapii a hipoterapii, a zjistit dostupnost terapií a názory terapeutů a rodičů dětí, které se terapií účastní, na možnosti využití canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením.

První průzkumná otázka: Jaká je dle názorů rodičů dětí, které se účastní canisterapie, resp. hipoterapie, dostupnost těchto terapií?

Druhá průzkumná otázka: Jaká je dle názorů terapeutů, kteří provozují canisterapii, resp. hipoterapii, dostupnost těchto terapií?

Třetí průzkumná otázka: Jaké jsou dle názorů rodičů dětí, které se účastní canisterapie, resp. hipoterapie, možnosti využití těchto terapií u dětí s postižením?

Čtvrtá průzkumná otázka: Jaké jsou dle názorů terapeutů, kteří provozují canisterapii, resp. hipoterapii, možnosti využití těchto terapií u dětí s postižením?

### **2.3 Metody a průběh šetření**

Pro zjištění potřebných dat byla použita metoda kvantitativního průzkumu, konkrétně dotazník, který byl vytvořený autorkou bakalářské práce. Dotazník byl vytvořen ve dvou variantách. První varianta dotazníku byla určena rodičům dětí s postižením, druhá varianta byla určena terapeutům, kteří se canisterapií nebo hipoterapií aktivně zabývají.

V dotazníku pro rodiče dětí s postižením je obsaženo celkem deset položek, a sice otevřených, uzavřených a polouzavřených. V dotazníku převládají položky otevřené, kterých se v dotazníku nachází celkem osm. Byly použity, neboť poskytují respondentům prostor pro vlastní odpověď.

Položky jsou zaměřené na základní informace – věk dítěte, druh postižení či zdroj, ze kterého se rodiče o poskytování zooterapeutických služeb dozvěděli. Další položky jsou zaměřeny konkrétněji, tzn., jakou terapii rodiče s dítětem navštěvují a v jaké formě, pravidelnost využívání, dostupnost vybrané zooterapie, možnosti využití a způsob financování.

V dotazníku určeném pro terapeuty, kteří vykonávají canisterapii či hipoterapii, je obsaženo celkem patnáct položek, a to otevřených, uzavřených a polouzavřených. Nejvyšším počtem jsou zastoupeny položky otevřené, kterých se v dotazníku nachází celkem deset.

Položky jsou zaměřené na získání potřebných informací, např. dosažené vzdělání, druh poskytované terapie, délka praxe a výše pracovního úvazku. Dotazník dále obsahuje položky, které se zabývaly formou poskytované terapie, průběhem terapeutického setkání, pravidelností poskytování terapie, druhem postižení dětí, se kterými se terapeut při práci setkává nejčastěji, mírou dostupnosti terapie či dostupností informací o canisterapii a hipoterapii pro rodiče. Pak dotazník obsahuje položky, které zjišťují hlavní přínos poskytované terapie, srovnávají canisterapii a hipoterapii z hlediska dostupnosti nebo položky, týkající se možnosti využití konkrétní terapie pro děti s postižením.

Dotazníky byly respondentům předkládány v elektronické podobě, konkrétně zaslány přes e-mail, případně poskytnuté skrze sociální sítě. Oba dotazníky jsou obsaženy v příloze této bakalářské práce. Rozeslány byly během října 2022, vyplnění dotazníku trvalo přibližně 10 minut. Vyplňování dotazníků bylo ukončeno v květnu 2023.

Respondenti byli úvodním dopisem formou e-mailu, případně telefonicky, seznámeni se záměrem dotazníkového šetření. Bylo jim vysvětleno, jak mají při vyplňování dotazníku postupovat a byli seznámeni se smyslem dotazníkového šetření. Důležitým bodem bylo ubezpečení respondentů o anonymitě šetření.

## **2.4 Charakteristika výzkumného vzorku**

Dotazníkem byli osloveni rodiče dětí s postižením, kteří v současné době využívají canisterapii nebo hipoterapii. Dotazník byl zaslán 80 rodičům, vyplněných dotazníků bylo 27. Návratnost tedy byla 33,75 %.

Jednalo se o rodiče dětí různého věku a různých typů zdravotního postižení. Zastoupeni byli rodiče dětí s následujícími druhy postižení: s lehkou mentální retardací, středně těžkou mentální retardací, těžkou mentální retardací, tělesným postižením, vícenásobným postižením, děti s Downovým syndromem, oční vadou, srdeční vadou, genetickým onemocněním a poruchou autistického spektra.

Druhou skupinou respondentů byli terapeuti, kteří se v době sběru dat provozováním canisterapie nebo hipoterapie zabývali. Dotazník byl zaslán 65 terapeutům, vyplněných dotazníků bylo 23. Návratnost tedy byla 35,38 %.

Dotazovaní respondenti (rodiče i terapeuti) pocházeli z řad autorčiných známých, případně byli vyhledáni na sociálních sítích, ve skupinách, které se zaměřují na provozování canisterapie a hipoterapie.

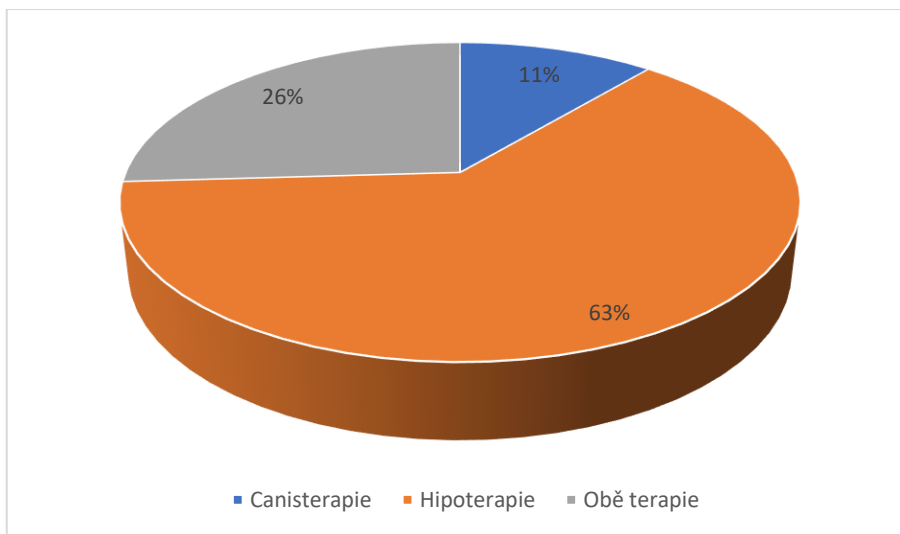
## 2.5 Výsledky šetření

V této části práce se věnujeme datům, která byla získána dotazníky. Pro snadnější orientaci jsou výsledky prezentovány prostřednictvím grafů, doplněných o slovní vyjádření.

### 2.5.1 Výsledky dotazníků pro rodiče

První dotazník byl rozeslán rodičům dětí, kteří na terapie se svými dětmi docházejí. Dotazník byl sestaven z 10 položek zaměřených k tématu bakalářské práce.

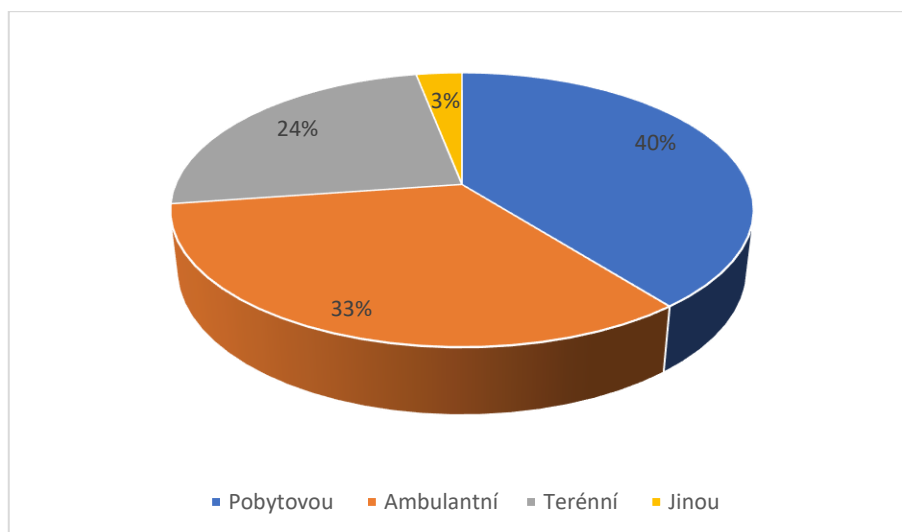
#### Položka č. 1: Jakou terapii s Vaším dítětem navštěvujete



Graf č. 1: Druh navštěvované terapie

Graf č. 1 znázorňuje, jaký druh zooterapie respondenti (rodiče) se svým dítětem navštěvují. Respondenti nejvíce volili odpověď hipoterapie (63 %). Druhou nejpočetnější kategorií byli respondenti, kteří volili odpověď canisterapie (26 %). Pouze 11 % respondentů zvolilo odpověď, že jejich dítě navštěvuje canisterapii a hipoterapii zároveň.

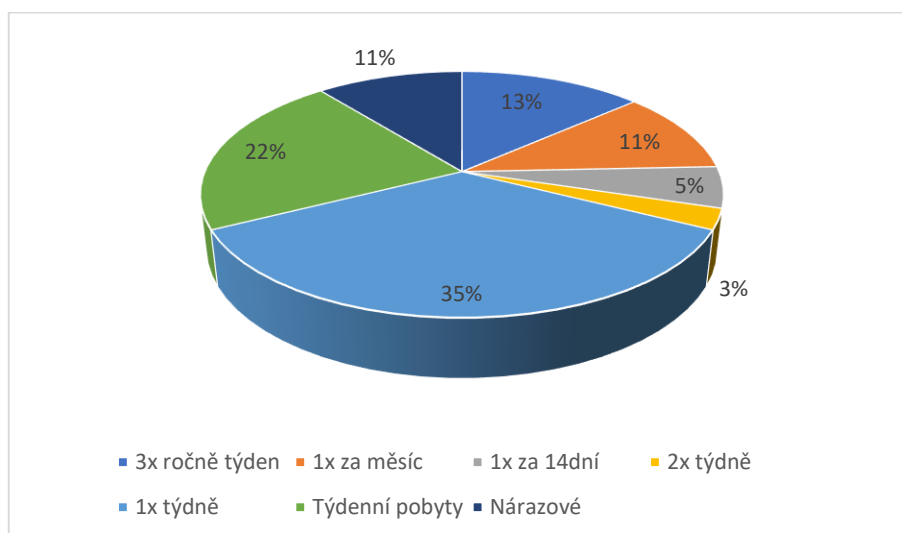
## Položka č. 2: Jakou formou je terapie poskytována?



Graf č. 2: Forma navštěvované terapie

Graf č. 2 zobrazuje odpovědi na otázku, jakou formou je canisterapie nebo hipoterapie poskytována. Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentů volilo odpověď pobytovou (40 %). Druhou nejčastěji volenou odpovědí respondentů byla forma ambulantní (33 %). Dále následovala forma terénní, kterou volilo celkem 24 % respondentů. Pouhá 3 % tázaných respondentů uvedla, že navštěvují jinou formu canisterapie či hipoterapie (nevedla jakou).

## Položka č. 3: Uved'te, zda Vámi využívané terapie probíhají pravidelně nebo nepravidelně.

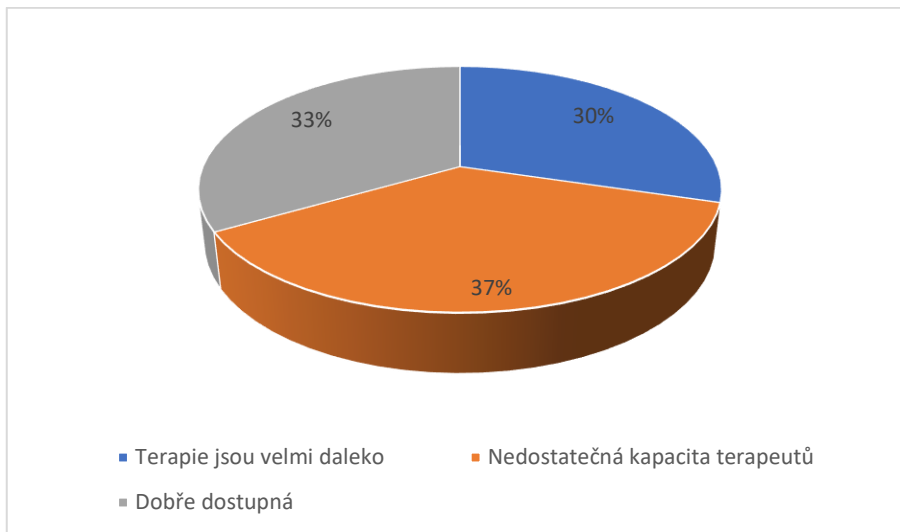


Graf č. 3: Pravidelnost navštěvovaných terapií

V grafu č. 3 můžeme vidět, zda canisterapie či hipoterapie u dětí s postižením probíhá pravidelně či nepravidelně a v jakých intervalech. Nejpočetnější odpovědí

tázaných respondentů byla pravidelná návštěva, probíhající 1x týdně (35 %). Druhou nejpočetnější variantou odpovědí byly týdenní pobyty (22 %). 13 % respondentů uvedlo jako odpověď, že navštěvují terapii 3x ročně po dobu jednoho týdne. Procentově shodně byly zaznamenány odpovědi, že se svými dětmi navštěvují terapii pravidelně 1x měsíčně, případně nepravidelně – nárazově (11 %). Nejmenším počtem byly zastoupeny odpovědi, že terapie s dítětem probíhá 1x za 14 dní (5 %) nebo 2x týdně (3 %).

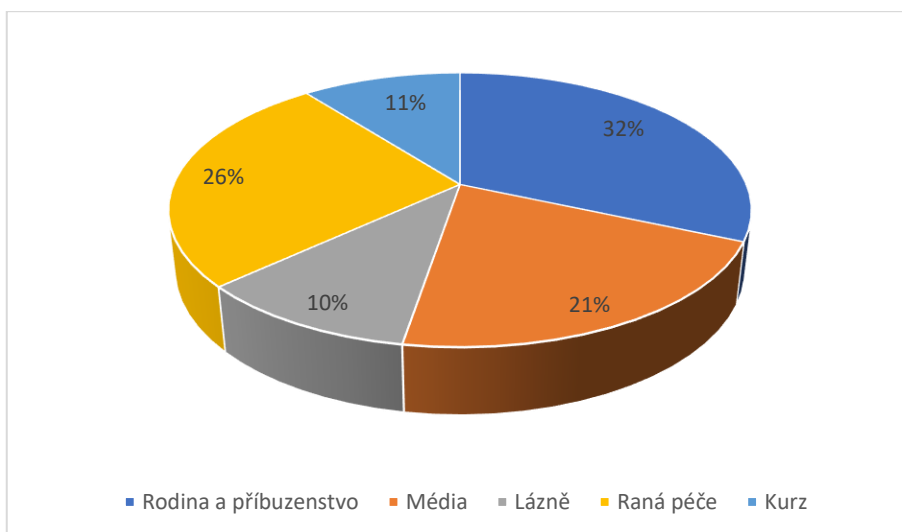
**Položka č. 4: Jaká je dle Vašeho názoru dostupnost Vámi navštěvované terapie?**



*Graf č. 4: Dostupnost terapie*

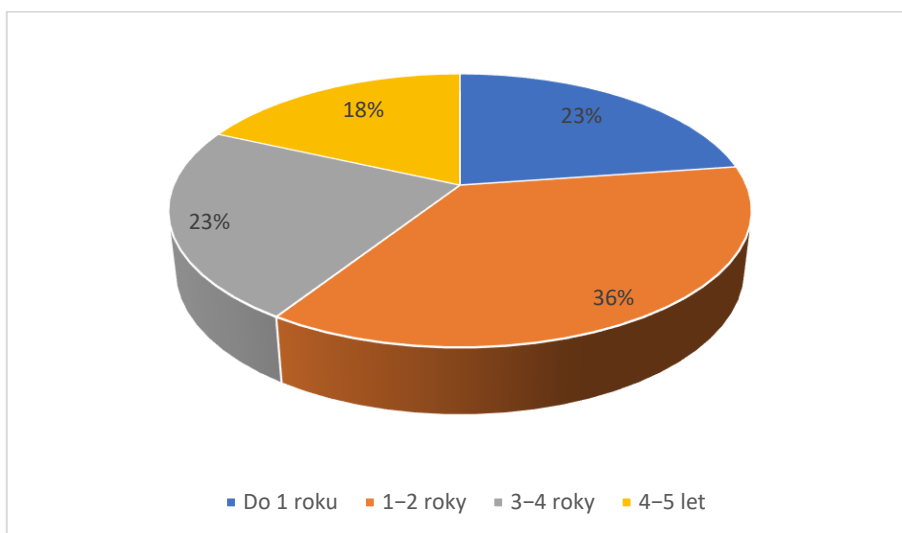
Graf č. 4 zachycuje to, jak je canisterapie nebo hipoterapie pro rodiče dostupná. Z výsledků je možné říct, že dostupnost terapie je pro rodiče většinou špatná 37 % uvedlo, že je nedostatečná kapacita terapeutů, dále 30 % uvedlo, že jsou terapie velmi daleko a nakonec 33 % dotazovaných pak uvedlo, že dostupnost je dobrá.

### Položka č. 5: Kde, od koho a kdy jste se o terapii dozvěděli?



Graf č. 5: Zdroj informací o terapii

Jedná se o část informací z položky č. 5, která se týká toho kde a od koho respondenti informace získali. Respondenti uváděli jako nejčastější zdroj informací svou rodinu či příbuzenstvo (32 %). Následně ranou péčí (26 %), poté média (21 %). 11 % respondentů získalo informace prostřednictvím kurzu (jedna z respondentek uvedla, že se jednalo o Bobath kurz, jiní neuvedli). Nejmenším počtem byla zastoupena odpověď lázně, kterou volilo 10 % respondentů.

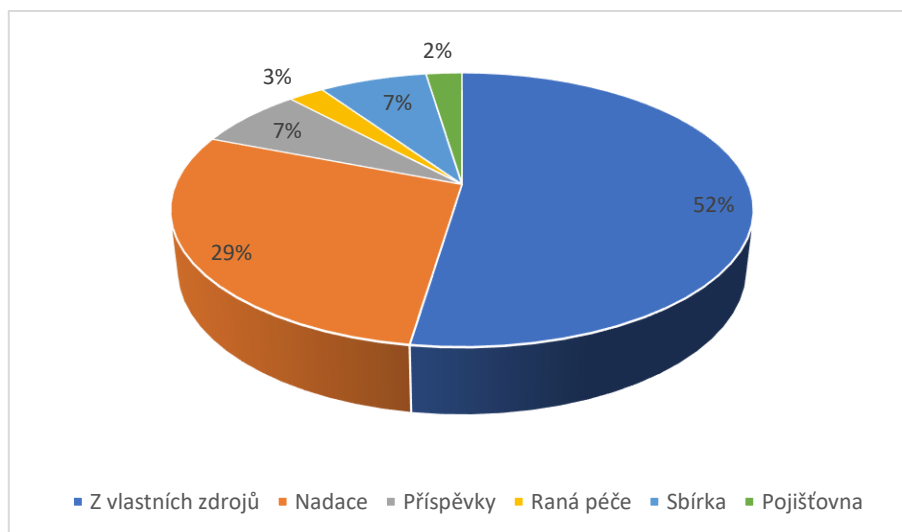


Graf č. 6: Kdy se respondenti o terapiích dozvěděli

Jedná se o část informací z položky č. 5, která se týká toho, kdy se respondenti o terapiích dozvěděli. Nejčastější odpovědi respondentů je zastoupen věk jejich dítěte s postižením 1–2 roky (36 %), druhou a třetí nejčastější odpovědí, kterou respondenti

uvedli, byl věk do 1 roku (23 %) a věk 3–4 roky (23 %). Nejmenším počtem 18 % je zastoupen věk dítěte 4–5 let.

#### **Položka č. 6: Jak, popř. kým je financovaná Vámi navštěvovaná terapie?**

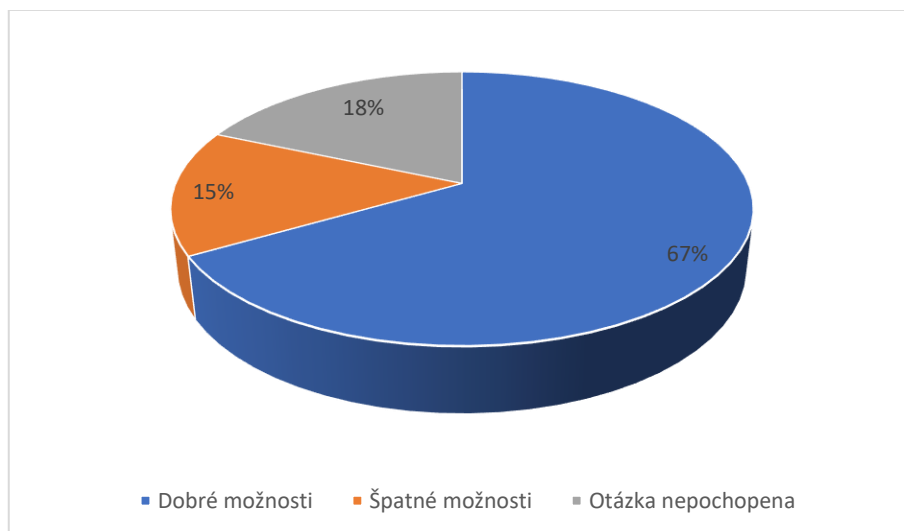


*Graf č. 7: Z jakých zdrojů je terapie financována*

Z odpovědí vyplývá, že canisterapie či hipoterapie je nejčastěji financována z vlastních zdrojů rodičů dětí, které se terapii účastní (52 %). Dále lze z grafu č. 7 vyčíst, že druhou nejčastěji využívanou variantou financování jsou nadace (29 %). Shodnými 7 % procenty jsou zastoupeny odpovědi, které jako zdroje financí označují příspěvky a sbírky. Nejmenším počtem procent jsou zastoupeny odpovědi, ve kterých respondenti uvedli, že terapie, kterou se svým dítětem navštěvují, je financována prostřednictvím rané péče (3 %), případně hrazena pojišťovnou (2 %).<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Financování prostřednictvím rané péče je v některých případech díky projektům rané péče pro rodiny s dětmi bezplatně. V případě pojišťovny lze zažádat o příspěvek na sportovní aktivitu, na které má nárok každé dítě, vč. dětí bez postižení v rámci jednoho ročního příspěvku.

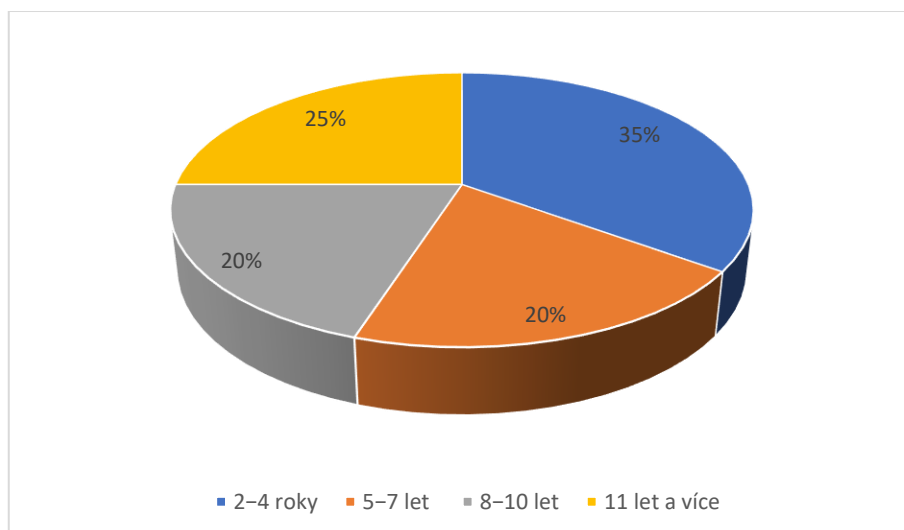
**Položka č. 7: Jaké jsou dle Vašeho mínění možnosti využití canisterapie, resp. hipoterapie u dětí s postižením?**



*Graf č. 8: Možnosti využití terapie u dětí s postižením*

Graf č. 8 je zaměřen na možnosti využití canisterapie či hipoterapie u dětí s postižením. Nejvíce je respondenty zastoupena odpověď dobré možnosti (67 %). Otázka byla nepochopena 18 % respondentů a nejméně byla zastoupena odpověď špatné možnosti, kterou zvolilo 15 % dotazovaných.

**Položka č. 8: Kolik let je Vašemu dítěti?**



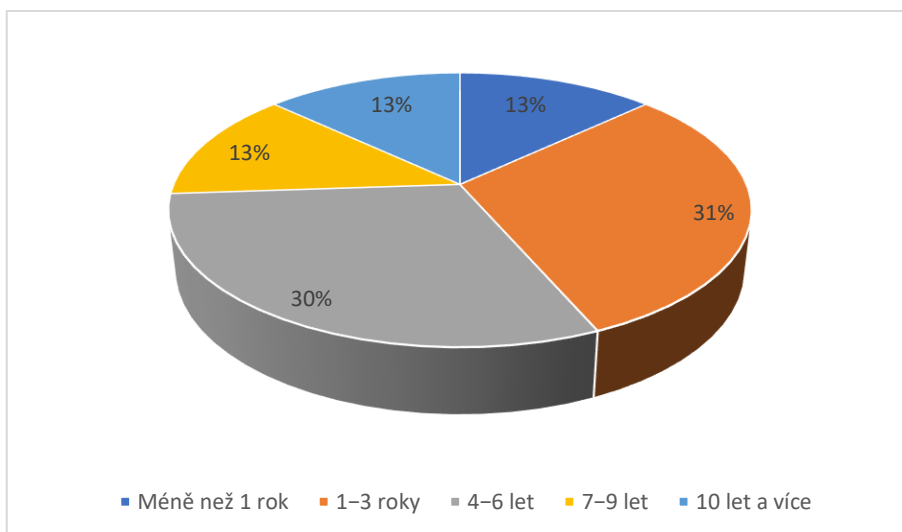
*Graf č. 9: Věk dítěte*

Graf č. 9 uvádí, jaké je věkové složení dětí, které navštěvují canisterapii či hipoterapii. Respondenti nejčastěji uvedli, že jejich dětem jsou 2-4 roky (35 %). Druhou nejpočetnější zastoupenou věkovou skupinou, jsou děti, kterým je 11 a více let



(25 %). Nejméně početnými skupinami, které jsou shodně zastoupeny 20 %, jsou děti ve věku 5–7 let a děti ve věku 8–10 let.

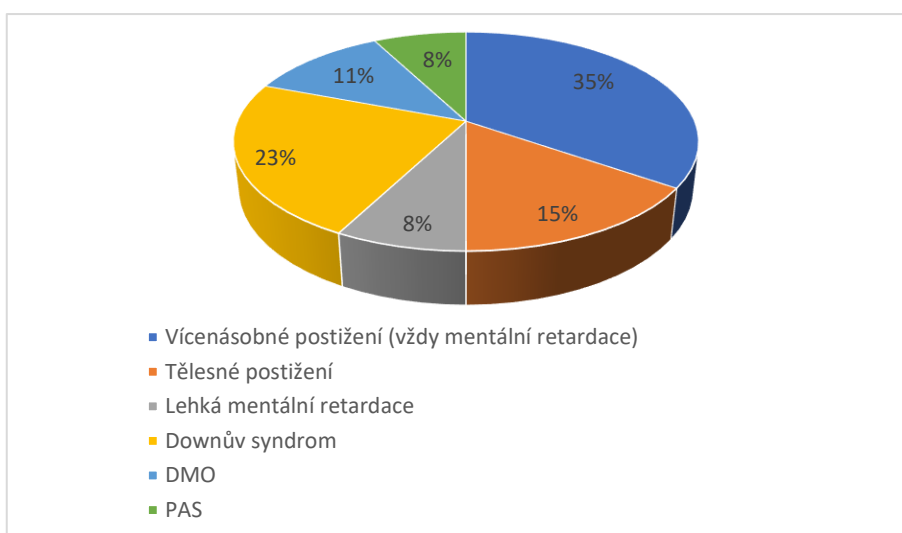
### **Položka č. 9: Jak dlouho terapii navštěvujete?**



*Graf č. 10: Jak dlouho děti terapii navštěvují*

Z grafu č. 10 lze vyčíst, že nejvíce jsou zastoupeny hned dvě odpovědi. Ta, že děti respondentů navštěvují terapii 1–3 roky (31 %) a 4–6 let (30 %). Shodným počtem 13 % byla respondenty volena odpověď, že vybranou terapii navštěvují již 7–9 let, případně 10 let a více nebo méně než 1 rok (10 %).

### **Položka č. 10: Jaké postižení má Vaše dítě?**



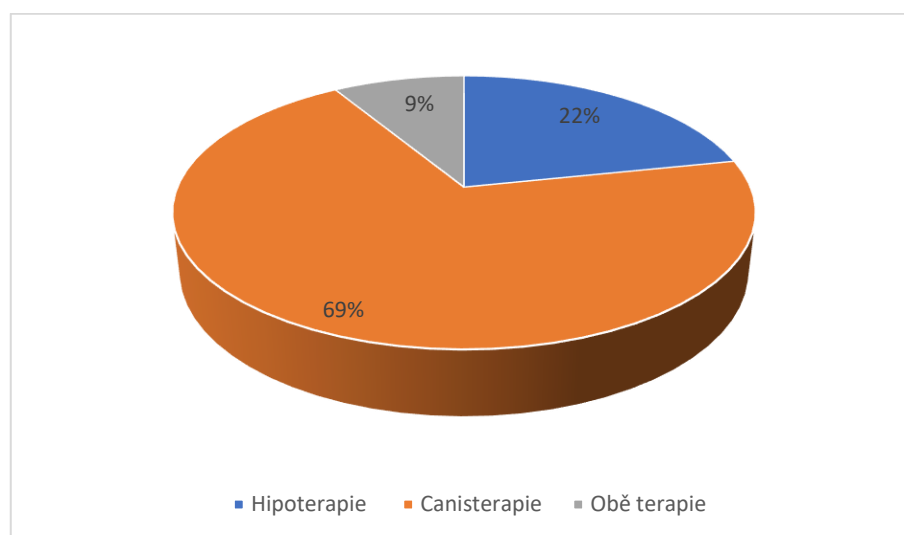
*Graf č. 11: Postižení dítěte*

Z odpovědí vyplývá, že (u námi oslovených respondentů) nejčastěji na canisterapii či hipoterapii dochází děti s vícenásobným postižením (vždy se jednalo o děti s mentální retardací a dalším postižením). Tuto odpověď uvedlo 35 % respondentů. Druhou nejpočetněji zastoupenou odpovědí byl Downův syndrom (23 %), dále tělesné postižení (15 %) a DMO (11 %). Shodným počtem 8 % byly zastoupeny odpovědi, kdy respondenti uvedli jako druh postižení svého dítěte PAS nebo lehkou mentální retardaci.

### 2.5.2 Výsledky dotazníků pro terapeuty

Druhý dotazník byl určen pro terapeuty, kteří canisterapii nebo hipoterapii provozují. Dotazník byl sestaven z 15 položek zaměřených k tématu bakalářské práce.

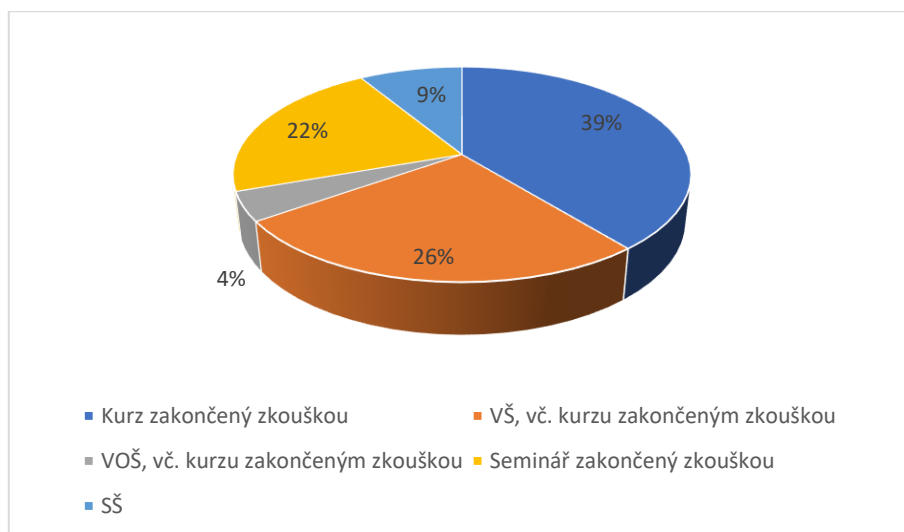
#### Položka č. 1: Jakou terapii provozujete?



Graf č. 12: Provozovaná terapie

Z grafu č. 12 vyplývá, že se převážná většina dotazovaných terapeutů věnuje canisterapii (69 %), hipoterapii provozuje výrazně menší skupina terapeutů, která je vyjádřena 22 %. Početně je nejméně zastoupena skupina terapeutů, která pracuje jak v oblasti canisterapie, tak v oblasti hipoterapie (9 %).

## Položka č. 2: Uved'te, jaké máte vzdělání k poskytování terapie.

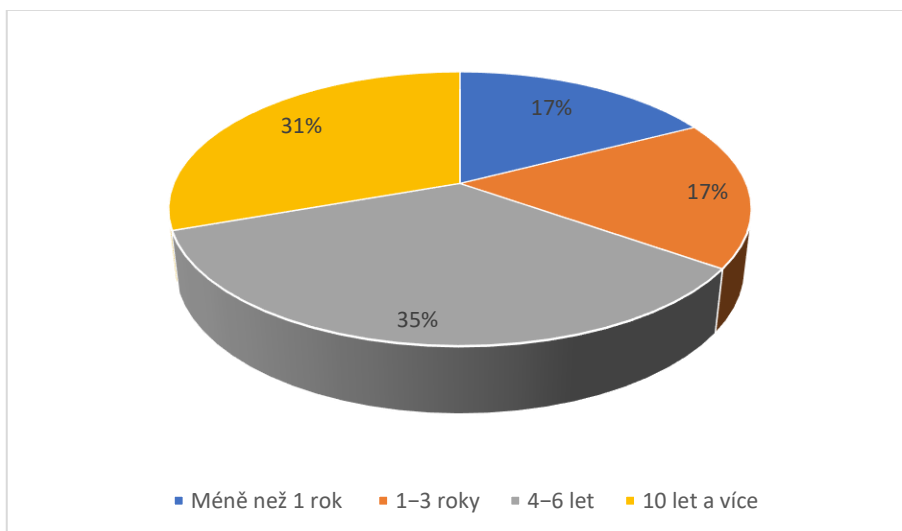


Graf č. 13: Vzdělání k poskytování terapií

Graf č. 13 zachycuje vzdělání, které terapeuti pro výkon canisterapie nebo hipoterapie mají. V tomto případě je největším množstvím procent zastoupeno vzdělání formou kurzu, zakončeného zkouškou (39 %). Druhou nejčastější odpovědí dotazovaných terapeutů bylo studium na vysoké škole, doplněné o kurz zakončený zkouškou (26 %). Třetí nejčastěji zmiňovanou odpovědí dotazovaných terapeutů, byl seminář zakončený zkouškou (22 %) a dále studium na střední škole (9 %). Nejméně zastoupenou odpovědí byla vyšší odborná škola včetně kurzu zakončeného zkouškou (4 %).<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Například Česká zemědělská univerzita v Praze nabízí možnost studia v oboru Zoorehabilitace a asistenční aktivity se zvířaty.

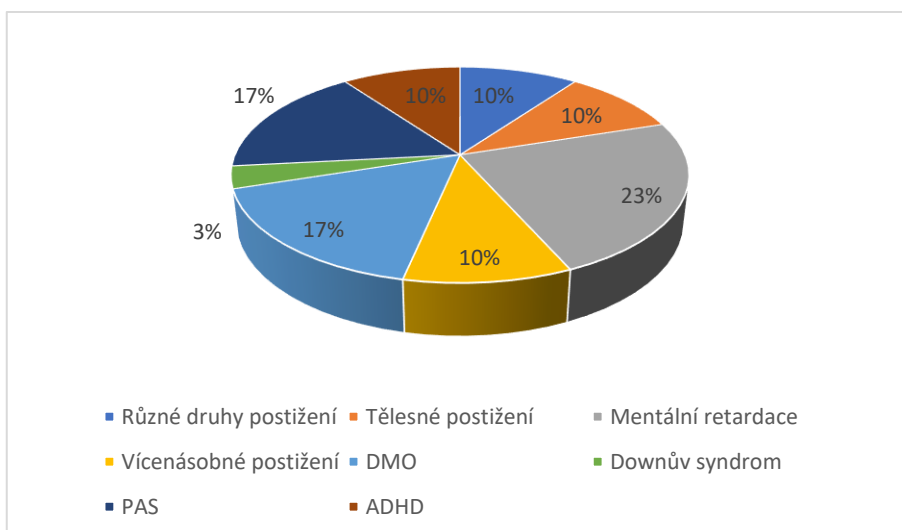
**Položka č. 3: Jak dlouhá je Vaše canisterapeutická, resp. hipoterapeutická praxe?**



*Graf č. 14: Délka terapeutické praxe*

V grafu č. 14 můžeme vidět, jak dlouhá je praxe terapeutů v rámci provozování canisterapie či hipoterapie. Převážné množství dotazovaných terapeutů se terapii věnuje 4–6 let (35 %). Druhou nejčastěji zastoupenou odpovědí je praxe v délce 10 a více let (31 %) a dále je tu shodným množstvím 17 % vyjádřena délka praxe terapeutů v rozsahu 1–3 roky, případně méně než 1 rok.

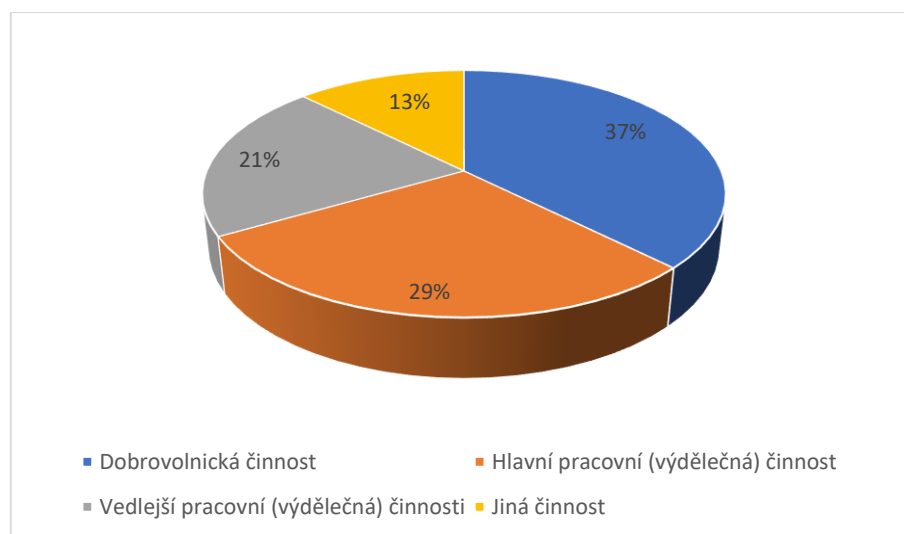
**Položka č. 4: S jakým druhem postižení se v rámci terapie u dětí setkáváte nejčastěji?**



*Graf č. 15: Nejčastěji vyskytující se postižení při terapiích*

Z grafu č. 15 lze vyčíst, s jakým druhem postižení se terapeuti v rámci své canisterapeutické či hipoterapeutické praxe setkávají u dětí. Nejčastější odpovědi dotazovaných terapeutů bylo mentální postižení (23 %), dále se objevují odpovědi PAS a DMO, které jsou zastoupeny 17 %. Dotazovaní terapeuti dále uváděli odpověď vícenásobné postižení (10 %), různé druhy postižení (10 %), ADHD (10 %) a tělesné postižení (10 %). Nejméně častá byla odpověď Downův syndrom, která byla zastoupena pouhými 3 %.

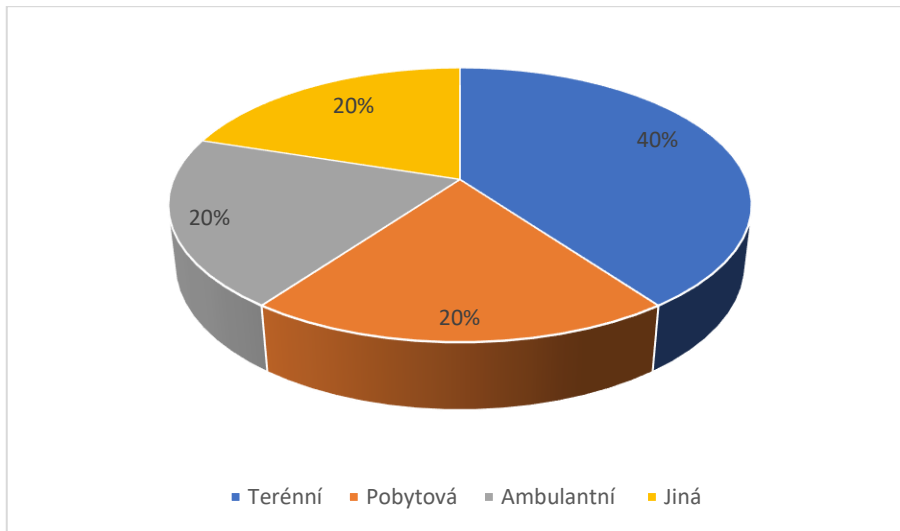
#### **Položka č. 5: Je pro Vás poskytování terapie: ...**



*Graf č. 16: Forma provozování terapií*

Z grafu č. 16 je patrné, že 37 % dotazovaných terapeutů provozuje canisterapii či hipoterapii v rámci dobrovolnické činnosti. Druhou nejpočetněji zastoupenou skupinou jsou terapeuti, pro které je provozování terapie hlavní, pracovní (výdělečnou) činností (29 %). Jako vedlejší, pracovní (výdělečnou) činnost, má provozování canisterapie či hipoterapie 21 % dotazovaných terapeutů. Nejméně zastoupenou odpovědí terapeutů byla jiná blíže nespécifikovatelná činnost, která je v grafu zastoupena 13 %.

### **Položka č. 6: Jakou formou terapii poskytlujete?**



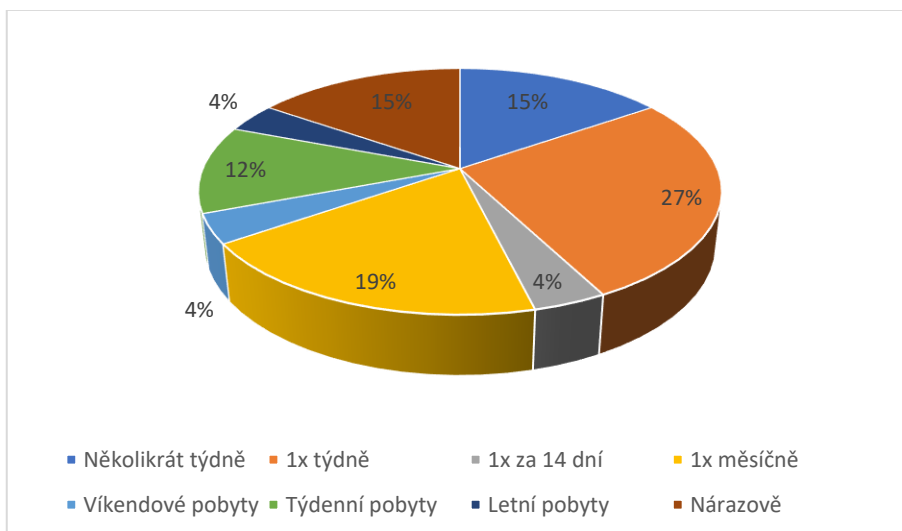
*Graf č. 17: Forma poskytování terapie*

Z odpovědí respondentů vyplývá, že 40 % terapeutů provozuje terapii především terénní formou. Shodným počtem 20 % jsou v grafu zastoupeny odpovědi pobytová terapie, ambulantní terapie a jiná blíže nespecifikovaná terapie.

Ve srovnání s dotazníkem pro respondenty z řad rodičů, můžeme říci, že mezi rodiči převládá především forma pobytové terapie (40 %). Zatímco respondenti z řad terapeutů, nejčastěji uváděli, že poskytují především terapii terénní formou (40 %).

Z odpovědí našich respondentů v položkách č. 1 a 6 dále vyplývá, že canisterapii terapeuti vykonávají terénní formou, která spočívá v dojíždění terapeutů za klienty.

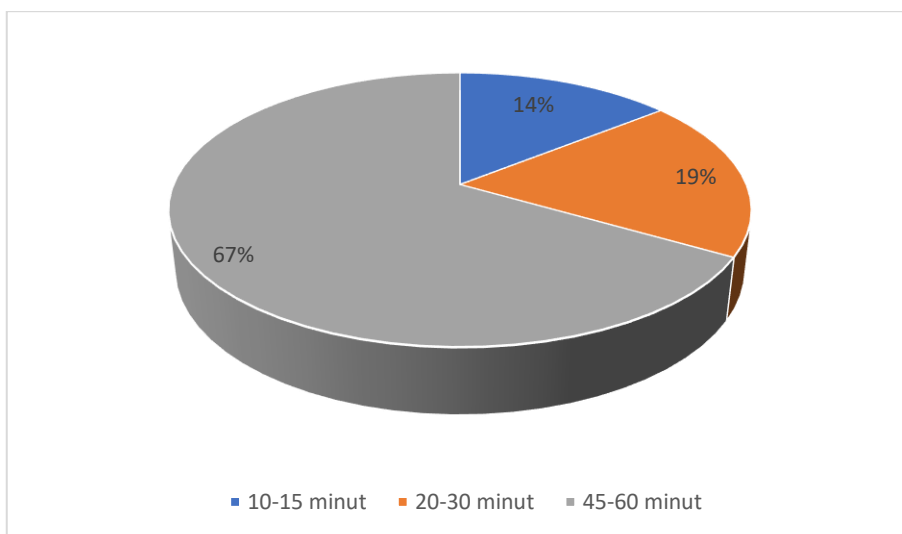
**Položka č. 7: Uved'te, zda Vámi poskytované terapie probíhají pravidelně nebo nepravidelně?**



*Graf č. 18: Intervaly navštěvování terapií*

Z odpovědí vyplývá, že se terapeuti nejčastěji provozují canisterapii či hipoterapii 1x za týden (27 %). Druhou nejčastěji zvolenou odpovědí je poskytování terapie 1x měsíčně (19 %). Shodnými 15 % jde o poskytování terapie několikrát týdně a nárazově. V rámci týdenních pobytů provozuje terapii 12 % terapeutů. Nejméně terapeuti uváděli odpověď letní pobyty, víkendový pobyty a provozování terapie 1x za 14 dní (4 %).

**Položka č. 8: Popište v bodech, jak obvykle probíhá jedno terapeutické setkání a jaký zabere čas:**



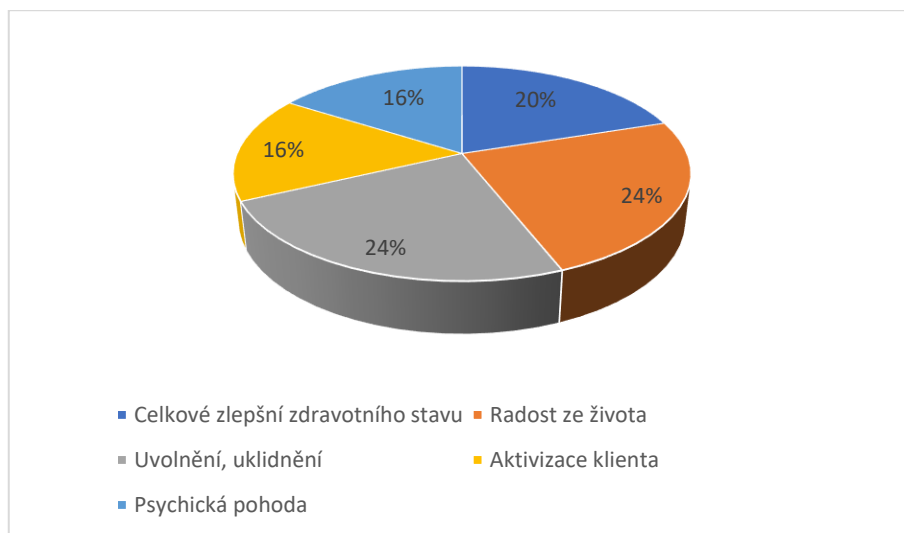
*Graf č. 19: Délka jednotlivých terapií*

V položce č. 8 byli respondenti dotazováni, jak obvykle probíhá jedno terapeutické setkání a jak dlouho trvá. Nejčastěji terapie probíhají v rámci 45–60 minut (67 %). 19 % je zastoupena odpověď 20–30 minut a nejméně dotazovaní terapeuti volili možnost, kdy je délka terapie provozována v rámci 10–15 minut (14 %).

Většina respondentů se shoduje v tom, že jednotlivé terapeutické lekce začínají vždy seznámením dítěte se zvířetem. Takové seznámení většinou probíhá skrze péči o zvíře, např. česání, popř. čištění zvířete. Další fáze lekce je vždy aktivizační. U každého dítěte aktivizace probíhá jinak, záleží na individuálních potřebách dítěte. U canisterapie jsou to většinou aktivizační hry dítěte se psem, u hipoterapie jízda na koni s různými aktivizačními cviky. Ukončení terapie probíhá formou relaxace, např. mazlením se zvířetem, případně krmením. Po terapiích většinou proběhne s rodiči dítěte stručná konzultace a zhodnocení lekce.

Ve většině odpovědí se dále objevovalo, že délka terapií taktéž závisí na stavu a časových možnostech zvířete. Pes by měl denně pracovat maximálně hodinu, kůň je v tomto případě časově flexibilnější.

#### **Položka č. 9: Jaký je dle Vašeho mínění hlavní přínos Vámi poskytované terapie?**

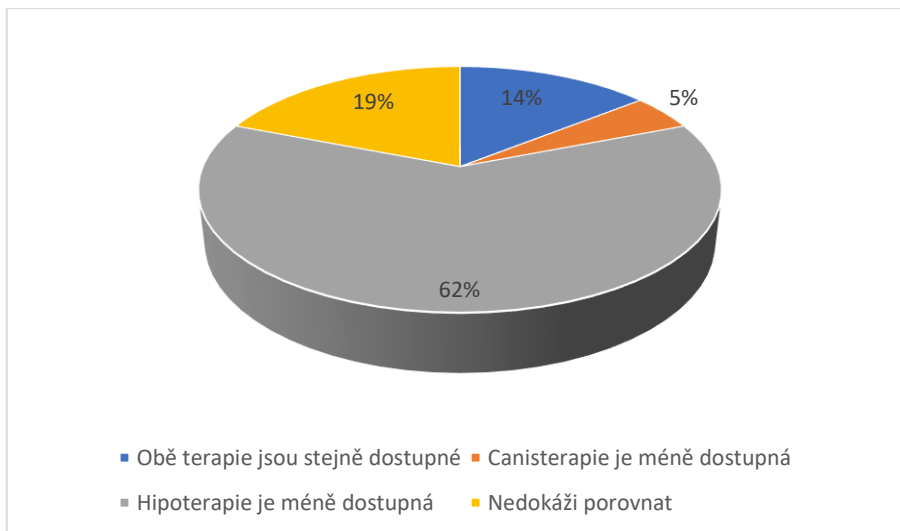


*Graf č. 20: Přínos terapií*

Položka č. 9 mapuje, jaký přínos má dle terapeutů canisterapie či hipoterapie pro děti s postižením. Nejvíce je zastoupena odpověď radost ze života (24 %) a uvolnění, uklidnění (24 %). Dále byla dotazovanými terapeuty uváděna odpověď celkové zlepšení zdravotního stavu (20 %) a 16 % byly zastoupeny odpovědi aktivizace klienta a psychická pohoda.



**Položka č. 10: Porovnejte canisterapii s hipoterapií z hlediska dostupnosti.**



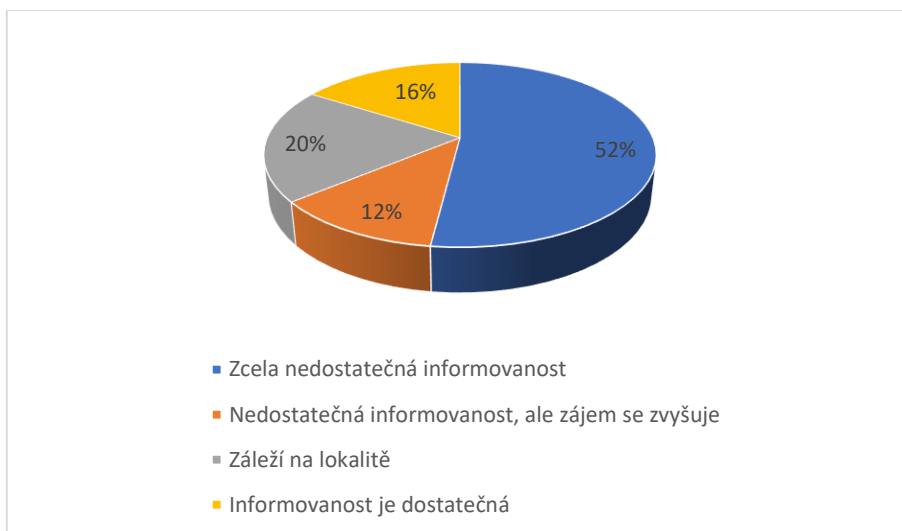
*Graf č. 21: Dostupnost terapií*

Graf č. 21 je zaměřen na dostupnost canisterapie či hipoterapie. Nejčastěji zmiňovanou odpovědí dotazovaných terapeutů bylo, že hipoterapie je dostupná méně (62 %). 19 % dotazovaných nedokáže dostupnost canisterapie a hipoterapie porovnat. Dle 14 % dotazovaných terapeutů jsou obě terapie dostupné stejně a nejméně byla uváděna odpověď, kdy byla canisterapie dostupná méně (5 %).

**Položka č. 11: Jaké jsou dle Vašeho mínění možnosti využití canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením?**

V položce č. 11 většina respondentů odpověděla do veliké škály různých odpovědí, rozhodli jsme se proto odpovědi seskupit do sobě podobných. U této položky většina respondentů odpověděla, že využití terapií je velmi rozsáhlé a má široké spektrum pozitivních vlivů na děti s postižením. Nejčastěji opakované odpovědi byly směřované na kondici a pohybový aparát dítěte, dále pak na zlepšení duševního stavu, a také navázání sociálních kontaktů. Jako velké pozitivum je terapeutů vnímán postoj dětí ke zvířatům, kdy zvíře může dítě motivovat lépe jak člověk. Děti se o zvířata starají, učí se zodpovědnosti a individuální péči. Zvířata dle terapeutů taktéž dokáží děti motivovat k lepším výsledkům, kterých dosahují během jednotlivých terapeutických lekcí.

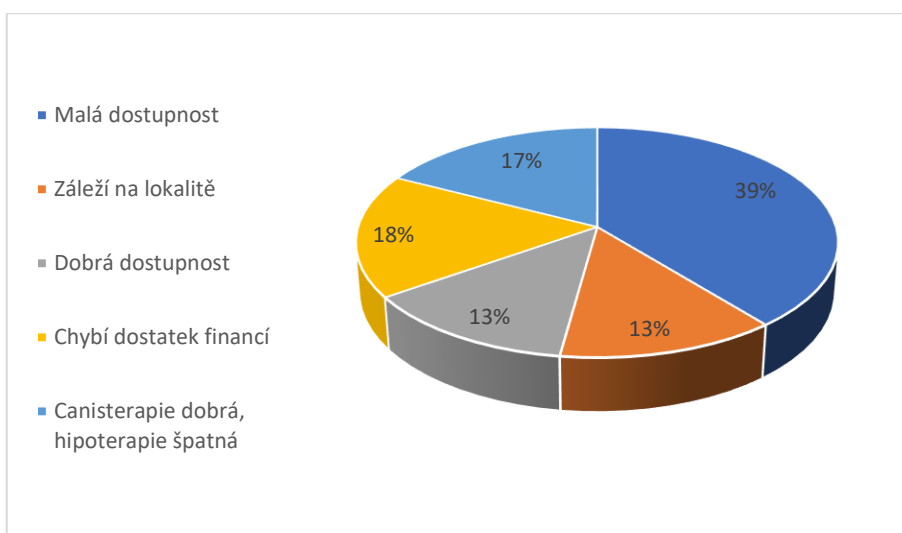
**Položka č. 12: Jaký máte názor na informovanost (např. rodičů dětí s postižením) o canisterapii a hipoterapii**



*Graf č. 22: Informovanost rodičů dětí s postižením*

Z grafu č. 22 plyne, že informovanost rodičů o canisterapii či hipoterapii je zcela nedostatečná (52 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo, že záleží na lokalitě, ve které se terapie uskutečňuje (20 %). 16 % tázaných terapeutů se domnívá, že informovanost rodičů je zcela dostatečná. Nejméně je v tomto případě zastoupena odpověď, kdy je dle názorů terapeutů informovanost sice nedostatečná, nicméně zájem ze strany rodičů dětí s postižením stoupá (12 %).

**Položka č. 13: Jaká je dle Vašeho mínění dostupnost canisterapie a hipoterapie pro děti s postižením?**



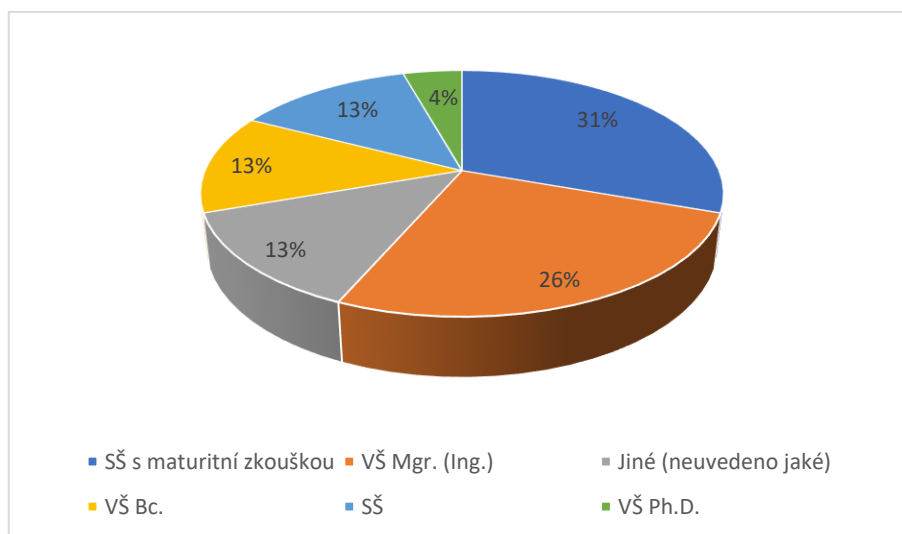
*Graf č. 23: Dostupnost pro děti s postižením*

V položce č. 13, uvedlo 39 % terapeutů, že je dostupnost pro děti s postižením velmi malá. Jak je z grafu č. 23 patrné, druhým největším problémem v rámci dostupnosti terapií jsou finance (18 %). 13 % dotazovaných terapeutů uvedlo, že je dostupnost terapií pro děti s postižením z jejich pohledu dostačující, případně záleží na lokalitě, ve které se uskutečňuje (také 13 %).

Dotazovaní terapeuti, kteří své odpovědi více rozvedli, dále uvedli, že v oblasti Středních Čech a Prahy je dostupnost lepší než v okolních krajích, což je dáno větším množstvím středisek, která terapii provozují. Někteří ještě doplnili, že za nimi klienti mnohdy dojíždějí i 100 km daleko.

V neposlední řadě nesmíme opomenout příznivější dostupnost canisterapie, ale naopak horší dostupnost hipoterapie. Počet odpovědí dotazovaných respondentů je v tomto případě zastoupen 17 %.

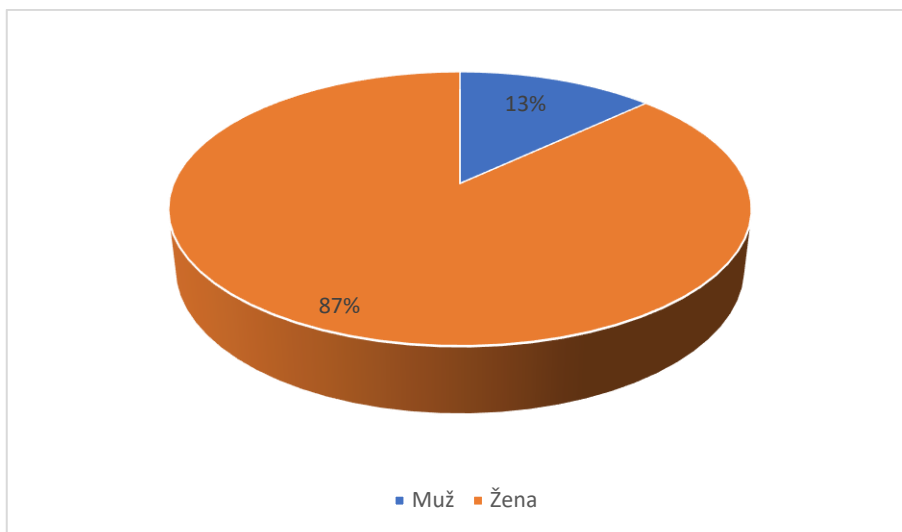
#### **Položka č. 14: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**



*Graf č. 24: Nejvyšší dosavadní vzdělání*

Položka č. 14 se zaměřuje na nejvyšší dosažené vzdělání terapeutů, kteří se canisterapií či hipoterapií zabývají. Nejvíce je v tomto případě zastoupena odpověď, že většina terapeutů má středoškolské vzdělání ukončené maturitou (31 %). Druhou nejčastější variantou je vysokoškolské vzdělání s dosaženým magisterským, případně inženýrským titulem (26 %). Shodným počtem 13 % jsou vyjádřeny odpovědi vysokoškolské vzdělání ukončené titulem bakalář, středoškolské vzdělání případně jiné vzdělání. Nejméně respondenti volili odpověď vysokoškolské vzdělání, ukončené titulem Ph.D., která je zde zastoupena 4 %.

### **Položka č. 15: Jste: ...**



*Graf č. 25: Pohlaví*

Z grafu č. 25 je patrné, že canisterapii či hipoterapii provozují převážně ženy (87 %). Muži jsou zastoupeni počtem 13 %.

## **2.6 Zodpovězení průzkumných otázek**

Pro bakalářskou práci byly formulovány následující průzkumné otázky:

**První průzkumná otázka: Jaká je dle názorů rodičů dětí, které se účastní canisterapie, resp. hipoterapie, dostupnost těchto terapií?**

Odpověď na tuto průzkumnou otázku lze získat z položky č. 4 z dotazníku pro rodiče dětí, které terapie navštěvují. 37 % rodičů uvedlo, že dostupnost je nedostatečná, kvůli nedostatečnému počtu terapeutů. 30 % dotazovaných uvedlo, že jsou pro ně terapie velmi daleko, někteří uvedli, že dojíždějí i dvě hodiny. Pro 33 % dotazovaných rodičů, je dostupnost terapií dobrá.

Položka č. 4 z dotazníku pro rodiče byla s otevřenou odpovědí. Mnoho respondentů využilo příležitosti se na toto téma rozepsat a odpovědi více rozvést. Většina respondentů uvedla, že největším problémem je kapacita středisek, popřípadě časové možnosti terapeutů, které jsou omezené. Nesmíme opomenout vzdálenosti, které jsou rodiče s dětmi nuceni v rámci dojíždění podstoupit. Dále pak často k odpovědím připisovali finanční náročnost terapií.

**Druhá průzkumná otázka: Jaká je dle názorů terapeutů, kteří provozují canisterapii, resp. hipoterapii, dostupnost těchto terapií?**

Pro zodpovězení této průzkumné otázky byla použita data z položky č. 13 v dotazníku pro terapeuty. Nejčastěji tázání terapeuti vyjádřili názor, že dostupnost terapie je pro rodiče dětí malá (39 %). Druhým největším problémem je nedostatek financí (18 %). 17 % respondentů uvedlo, že dle jejich mínění je canisterapie dobře dostupná, přičemž hipoterapie nikoli. Se 13 % zde byly dvě odpovědi a to, že záleží na lokalitě, ve které se rodiče s dětmi nachází, resp., že dostupnost terapií je dobrá.

Položka č. 13 byla s možností otevřené odpovědi. V konkrétních odpovědích dále bylo, že se tento problém opět vyskytuje v souvislosti se vzdáleností. Rodiče za terapeuty mnohdy pravidelně dojíždějí v čase i několika hodin, protože v jejich okolí terapeutické služby nejsou dostupné. Někteří terapeuti jako určující prvek dostupnosti zmínili, že záleží na lokalitě, ve které žijí rodiče a zároveň lokalitě, ve které je možno terapeutických služeb využít. Dalším problémem jsou opět finance, pakliže rodiče hradí terapie z vlastních zdrojů, je to velmi finančně náročné a z dlouhodobého hlediska prakticky neudržitelné. Někteří terapeuti jsou však toho mínění, že je dostupnost canisterapie či hipoterapie naprosto dostačující, jiní zmiňovaly, že dostupnost canisterapie je výrazně lepší než dostupnost hipoterapie. Což může být zapříčiněno faktem, že pes je v rámci celkové obsluhy (např. převoz, prostor, péče) výrazně méně náročný než kůň.

### **Třetí průzkumná otázka: Jaké jsou dle názorů rodičů dětí, které se účastní canisterapie, resp. hipoterapie, možnosti využití těchto terapií u dětí s postižením?**

Odpověď na tuto průzkumnou otázku jsme našli v položce č. 7, dotazníku pro rodiče dětí, které na terapie docházejí, vyplynulo, že možnosti využití canisterapie či hipoterapie jsou dobré, to uvedlo 67 % rodičů, 18 % nebyla položka pochopena. Pro zbylých 15 % canisterapie či hipoterapie nabízí špatné možnosti.

Položka č. 7 je s otevřenou odpovědí, tudíž mnoho respondentů odpovědi dále rozepsalo. Mnoho z nich odpovědělo, že v jejich případech terapie velmi pomáhají, děti jsou po nich pevnější, jistější, vidí velký pokrok po mentální stránce. Další zmiňovali, že dětem s postižením terapie pomáhá v komplexním rozvoji. Při porovnání canisterapie a hipoterapie, viděli velký přínos u hipoterapie z pohledu fyzioterapie a kontaktu s velkým klidným zvířetem. U canisterapie viděli velký vliv na psychický rozvoj a rozvoj motoriky. U špatných možností využití terapií respondenti udávali, že to je kvůli špatné dostupnosti, pakliže by byly terapie dostupné pro všechny, mohl by být její

přínos větší, to se týká jak hlediska dálky dojíždění na terapie, tak omezeného počtu dětí, které jednotliví terapeuti mohou přijmout. Objevila se zde i odpověď, kdy jsou rodiče s dětmi na čekací listině. Ještě bychom si dovolili citovat z dotazníku jednu odpověď: „hipoterapie je zázrak, bez ní by byl stav našeho dítěte výrazně horší“.

#### **Čtvrtá průzkumná otázka: Jaké jsou dle názorů terapeutů, kteří provozují canisterapii, resp. hipoterapii, možnosti využití těchto terapií u dětí s postižením?**

Na základě odpovědí dotazovaných terapeutů z položky č. 11 dotazníku pro terapeuty vyplývá, že canisterapie i hipoterapie mají velmi široké spektrum pozitivních vlivů na děti s postižením.

Jednalo se o položku s otevřenou odpovědí, ze kterých vyplynulo, že často uváděným přínosem byl pozitivní vliv na pohybový aparát dítěte a celkové zlepšení duševního stavu i fyzické kondice. Terapeuti se taktéž shodovali, že využití canisterapie i hipoterapie, je skvělým prostředkem, jak dítěti zlepšit duševní stav, zlepšit případně prohloubit schopnost navazování společenských vztahů. Terapeuti oceňují působení zvířat v rámci canisterapie i hipoterapie taktéž pro to, že je lze pro děti s postižením využít jako zdroj pozitivní motivace, děti na zvířata ve většině případů reagují lépe než na lidi. Zároveň se děti s postižením také učí zodpovědnosti a individuální péči.

## **2.7 Diskuze**

Důležité pro tuto bakalářskou práci bylo mj. zodpovězení 4 průzkumných otázek, které byly v rámci práce formulovány: *Jaká je dle názorů rodičů dětí, které se účastní canisterapie, resp. hipoterapie, dostupnost těchto terapií?, Jaká je dle názorů terapeutů, kteří provozují canisterapii, resp. hipoterapii, dostupnost těchto terapií?, Jaké jsou dle názorů rodičů dětí, které se účastní canisterapie, resp. hipoterapie, možnosti využití těchto terapií u dětí s postižením?, Jaké jsou dle názorů terapeutů, kteří provozují canisterapii, resp. hipoterapii, možnosti využití těchto terapií u dětí s postižením?*

Data z průzkumu poukazují na skutečnost, že respondenti z řad rodičů dětí s postižením využívají v rámci terapeutických služeb spíše hipoterapii (63 %). Zatímco dotazovaní respondenti z řad terapeutů nejčastěji uváděli, že se spíše zaměřují na canisterapii (69 %).

Autorka se domnívá, že důvodem je nedostatečná informovanost rodičovské veřejnosti o canisterapii či hipoterapii, jejich možnostech a využití. Při psaní této

bakalářské práce se autorka mnohdy setkala s tím, že mnoho lidí nemělo ponětí, co canisterapie je. V případě hipoterapie znali aspoň základní fakta o jejím využití. Zároveň se autorka domnívá, že jeden kůň a terapeut dokáže v rámci terapeutických lekcí obsloužit více dětí než terapeut s jedním psem. Výcvik psa je navíc o něco jednodušší než výcvik koně. I to může být příčinou toho, že canisterapeutů je oproti hipoterapeutům více.

Z odpovědi na první průzkumnou otázku plyne, že dostupnost canisterapie a hipoterapie není dostačující. 37 % rodičů při vyplňování dotazníku uvedlo, že dostupnost terapeutických služeb je nevyhovující z hlediska nedostatečného počtu terapeutů a dalších 30 % dotazovaných rodičů odpovědělo, že je pro ně problémem především vzdálenost, kterou musí se svým dítětem kvůli terapii absolvovat. Při podrobnějším pohledu do odpovědí vyplývá, že rodiče dětí s postižením čekají mnohdy i několik měsíců na „čekacích listinách“, aby se na terapii mohli dostat. Další uvádí, že když už mají možnost jimi vybranou terapii využívat, musí pravidelně podstupovat dlouhotrvající cesty, protože v jejich blízkém okolí se vhodná terapie zkrátka nevyskytuje. Několikahodinová cesta není pro děti s postižením příliš komfortní a mnohdy přispívá k zhoršenému rozpoložení dítěte.

Dalším, závažným důvodem nedostačující dostupnosti canisterapie a hipoterapie, je financování těchto terapií. Mnozí rodiče totiž hradí terapeutické návštěvy z vlastních finančních zdrojů, jak uvedlo v dotazníku pro rodiče v položce č. 6 52 % respondentů. Což je pochopitelně velmi náročné. Návštěvě canisterapie či hipoterapie tedy mnohdy může bránit to, že na ni z dlouhodobého hlediska rodiče nemají peníze.

Obdobných způsobem reagovali i terapeuti, kteří za největší problém považují právě dostupnost z hlediska vzdálenosti a s tím spojeného dlouhého dojíždění (39 %). Dále terapeuti uvedli, že dostupnost terapií není vyhovující z hlediska finanční náročnosti s 18 %. Což je pro ně z dlouhodobého hlediska pochopitelně náročné. Někteří terapeuti uvedli, že podle jejich mínění je canisterapie pro rodiče dostupnější než hipoterapie (17 %), ostatní dotazovaní terapeuti vyjádřili názor, že záleží na dané lokalitě (17 %), případně, že je dostupnost obou terapií dobrá (13 %). Z výsledků průzkumu tedy můžeme usoudit, že kapacita služeb canisterapie a hipoterapie je značně omezená.

Autorka má za to, že dostupnost canisterapie a hipoterapie je do jisté míry ovlivněna náročností a náklady, které jsou s provozem spojené. Z vlastní zkušenosti autorka ví, že vlastnictví koně je v současné době velmi nákladnou záležitostí.

Pokud terapeut hodlá provozovat canisterapii, jakožto hlavní (výdělečnou) činnost, musí mít psů několik. Každý pes je jiný a zároveň s tím i vhodný pro výkon konkrétního typu canisterapie (tzn., že služby psa jsou využívány např. u dětí s různými druhy postižení). Už jedna lekce bývá pro psa velmi náročná a není možné psa využívat permanentně po celý den. Vlastnictví několika psů je ale pro terapeutů finančně náročné. Celkové financování terapií je jak z pohledu rodičů dětí s postižením, tak terapeutů velmi špatně nastavené. Z tohoto důvodu není o provozování canisterapie a hipoterapie velký zájem a tím pádem nejsou tyto dvě terapie schopné pojmout veškeré zájemce.

Markéta Provázková, autorka diplomové práce s názvem *Porovnání kvality a uplatnění hipoterapie a canisterapie*, prostřednictvím svého průzkumu zjistila, že roční náklady na koně, který působí v hiporehabilitačních službách, činí 66 000 Kč. V této ceně je započítáno krmivo, ustájení, ošetřovatel, trenér, veterinář, kovář a samotná hiporehabilitace (Provázková 2011, s. 52). Dle autorčina názoru nejsou tyto náklady v současnosti už odpovídající. Sama za ustájení koně měsíčně platí aktuálně 7 000 Kč, bez dalších nákladů. Vzhledem k inflaci mohou činit dnešní náklady na režii hiporahabilitačního koně přibližně 103 000 Kč ročně.

Na základě odpovědí našich respondentů lze tedy říci, že dostupnost canisterapie a hipoterapie pro rodiče dětí s postižením je špatná.

Prostřednictvím dotazníkového šetření jsme dále zjišťovali možnosti canisterapie a hipoterapie. Z pohledů rodičů terapie velmi pomáhají v komplexním rozvoji. Děti jsou po terapiích pevnější, velký pokrok zaznamenávají i po stránce mentálního rozvoje dítěte. Při porovnání canisterapie a hipoterapie vyplynulo, že psychický rozvoj má více na svědomí canisterapie, kdežto u hipoterapie, která probíhá převážně na hřbetě koně, převládá především rozvoj fyzické zdatnosti. Je tedy zřejmé, že se tyto dvě terapie velmi pěkně doplňují a prolínají. Někteří projeví i nespokojenost s možností využití terapií, opět se jednalo o špatnou dostupnost terapií.

Terapeuti odpovídali velmi podobně. Možnosti vidí v pozitivním vlivu na pohybový aparát dítěte a celkové zlepšení duševního stavu. Terapeuti se dále shodli



v tom, že terapie jsou skvělým prostředkem, jak dítěti pomoci s navazováním vztahů. Terapie se dají dále využít jako zdroj pozitivní motivace, protože většina dětí na zvířata reaguje lépe než na jiné terapeutické přístupy.

Obdobný průzkum provedla Markéta Sojková v bakalářské práci, která se zabývala vlivem hiporehabilitace na emoce dětí s mentálním postižením. Její výsledky odpovídají HPSP, nicméně jsou podobné i našim výsledkům: „*Pečující i experti se shodují, že hiporehabilitace přináší **rozvoj sociální schopností a dovedností** (nácvik komunikace, schopnosti spolupracovat, prožití pocitu sounáležitosti apod.); **snížení rizika sociálního vyloučení** (navázání nových kontaktů, posílení kontaktů v rodině, pomoc při zapojení do běžného života); **rozvoj psychické kondice** (rozvoj kognitivních funkcí, posílení sebevědomí, možnost relaxace a odpočinku apod.); **pozitivní ovlivnění chování** (zlepšení schopnosti sebekontroly, soběstačnosti); **zlepšení zdraví a fyzické kondice** (normalizace svalového napětí, zlepšení pohybové koordinace a rovnováhy); **usnadnění edukačních procesů** (zážitková pedagogika – motivační prvek); a **pozitivní a smysluplné trávení volného času**“ (Sojková 2023, s. 63).*

## 2.8 Navrhovaná opatření

Na základě zjištěných dat je možné konstatovat, že canisterapie nebo hipoterapie jsou vhodným prostředkem pro zlepšování stavu dětí s postižením.

Na základě výsledků byla navržena následující opatření:

- **Zlepšení propagace terapií a celková osvěta pro laickou veřejnost a odborníky** – na prvním místě by terapeuti, ale zároveň i klienti měli šířit povědomí o těchto terapiích. Dle výsledků terapie účinné jsou, terapeuti ale nestíhají pojmout zájem. Proto by bylo dle autorky vhodné i od spolků, které nabízejí školení pro terapeuty šířit více informací mezi lidi a tvořit větší propagaci. Také z řad lékařů by měly být terapie propagovány a nabízeny jako další z možností péče. Podmínkou uspokojení zájmu je dostatečný počet terapeutů, kterých je v současné době málo.
- **Podpora provozu canisterapie a hipoterapie** – autorka navrhuje podporu terapeutů při financování zvířat, která jsou velmi finančně nákladná. To by mohlo lidem zvažujícím práci v zooterapeutických službách dopomoci k většímu zájmu. Tím pádem by se zvýšil počet terapeutů, který by byl schopen pojmout i větší množství klientů. Díky rozšířenému působení terapeutů na

různých místech České republiky by se tak mohla zkrátit dojezdová vzdálenost na terapeutické lekce pro rodiče dětí s postižením.

- **Úhrada terapií ze zdravotního pojištění** – autorka dále navrhuje, aby terapie pro děti s postižením byly financovány prostřednictvím zdravotního pojištění. Terapie jsou finančně velmi nákladnou záležitostí a možnost aktivně tyto služby využívat mnohdy ztroskotá právě na finančních prostředcích.

## Závěr

Cílem bakalářské práce bylo popsat canisterapii a hipoterapii, a zjistit dostupnost terapií a názory terapeutů a rodičů dětí, které se terapií účastní, na možnosti využití canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením.

Cíle bakalářská práce bylo dosaženo prostřednictvím dvou částí bakalářské práce. Teoretická část, která pojednávala o pro bakalářskou práci důležitých pojmech, poskytla ucelené odborné informace, týkající se dětí s postižením, zooterapie a vzhled do problematiky. Empirická část se věnovala průzkumu dostupnosti terapií a názorů terapeutů a rodičů dětí, které se terapií účastní, mj. na možnosti využití canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením. Průzkum byl proveden formou online dotazníkového šetření u rodičů dětí s postižením a terapeutů, kteří se canisterapií nebo hipoterapií zabývají. I když získávání dat od rodičů dětí s postižením, resp. terapeutů, nebylo snadné (oslovení respondenti mnohdy na prosbu o vyplnění dotazníku nereagovali), se nakonec podařilo získat potřebné množství dat. Poté byly výsledky vyhodnoceny, zpracovány do grafů a okomentovány.

Průzkumem jsme dospěli k závěru, že největším problémem v souvislosti s provozováním canisterapie a hipoterapie je především celková dostupnost těchto služeb, která se promítá do několika oblastí. Především jde o vzdálenost, kdy jsou rodiče dětí s postižením nuceni dojíždět mnohdy i několik hodin do míst, kde jsou jimi vybrané terapeutické služby poskytovány. Tato skutečnost mnohdy negativně ovlivňuje psychiku dítěte, které se po dlouhé cestě může nacházet v nepříznivém rozpoložení, hůře navazuje kontakt s terapeutem a motivovat jej ke konkrétní činnosti může být podstatně náročnější.

Z průzkumu taktéž vyplynulo, že s dlouhotrvajícím dojížděním úzce souvisí nedostatečný počet terapeutů, kteří se canisterapií nebo hipoterapií zabývají. Kapacita terapeutických zařízení i terapeutů je často zcela naplněna. Zájemci o terapii se tak musí spokojit se zařazením na „čekací listinu“, v horším případě ani to ne. Pokud by se působení terapeutů v rámci České republiky rozšířilo, nabízí se možnost, že rodiče dětí s postižením již nebudou muset absolvovat dlouhotrvající cestování za terapiemi.

S oběma výše uvedenými problémy je také spojena finanční náročnost, kterou pocítují nejen rodiče dětí s postižením, ale i samotní terapeuti. Rodiče dětí s postižením si náklady na terapeutické služby hradí převážně prostřednictvím vlastních peněžních prostředků, což je z dlouhodobého hlediska náročné, mnohdy nemožné. Větší finanční

podpora chybí i terapeutům, kteří potřebují finance na provoz canisterapeutických či hipoterapeutických služeb. Zvíře potřebuje pro výkon své činnosti adekvátní podmínky a jejich zabezpečení je velmi nákladné. Pokud by rodiče dětí s postižením i terapeuti získali finanční podporu, je možné, že by se prohloubil zájem o poskytované terapeutické služby. Pro lidi, kteří zvažují práci v oboru zooterapie, by lepší finanční zabezpečení mohlo být rozhodujícím faktorem při rozhodování, zda se canisterapie, resp. hipoterapie věnovat či nikoli.

Věříme, že bakalářská práce splnila svůj cíl a poskytla adekvátní informace vztahující se k tématu canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením.

## Seznam použité literatury

10. REVIZE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 2023a. F70–F79 – Mentální retardace. In: *MKN-10 klasifikace* [online]. [vid. 23. 5. 2023]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>

10. REVIZE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 2023b. F80–F89 – Poruchy psychického vývoje. In: *MKN-10 klasifikace* [online]. [vid. 4. 7. 2023]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F84.1>

CABALLINUS – ZAPSANÝ SPOLEK PRO HIPOTERAPII, 2023. Jak HTFE pomáhá. In: *Cabalinus - zapsaný spolek pro hipoterapii* [online]. [vid. 26. 5. 2023]. Dostupné z: <https://cabalinus.cz/hiporehabilitace/jak-hipoterapie-pomaha/>

CASKOVÁ, V., 2010. Léčba koňmi 33: Požadavky na hiporehabilitační koně v ČR. In: *EQUICHANNEL* [online]. 2. 5. 2010 [vid. 4. 5. 2023]. Dostupné z: <https://equichannel.cz/clanky/lecba-konmi/lecba-konmi-33-pozadavky-na-hiporehabilitacni-kone-v-cr>

ČESKÁ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOST, 2023. Hipoterapie. In: *Česká hiporehabilitační společnost* [online]. [vid. 5. 5. 2023]. Dostupné z: <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/>

DUDKOVÁ, I., 2010. Hiporehabilitace. In: *Metodický portál RVP.cz* [online]. 22. 12. 2010 [vid. 26. 5. 2023]. ISSN 1802-4785. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/10091/HIPOREHABILITACE.html>

GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z., 2011. *Canisterapie. Pes lékařem lidské duše*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367879-1.

HELPPES – CENTRUM VÝCVIKU PSŮ PRO POSTIŽENÉ, 2023. Nejlepší terapeut má srst a 4 nohy. In: *HELPPES – Centrum výcviku psů pro postižené* [online]. [vid. 23. 5. 2023]. Dostupné z: <https://helppes.cz/canisterapie/>

HERMANNOVÁ, H., et al., 2014. *Základy hipoterapie*. Praha: Profí Press. ISBN 978-80-86726-57-1.

HOLLÝ, K., HORNÁČEK, K., 2005. *Hipoterapie. Léčba pomocí koně*. 1. vydání. Ostrava: Montanex. ISBN 80-7225-190-2.

HUBLOVÁ, P., 2011. Autismus: Poruchy autistického spektra. In: *Metodický portál RVP.cz* [online]. Aktualizováno 20. 10. 2011 [vid. 25. 6. 2023]. ISSN 1802-4785. Dostupné z: [https://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD\\_lexikon/A/Autismus:\\_Poruchy\\_autistick%C3%A9ho\\_spektra#Atypick.c3.bd\\_autismus](https://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/A/Autismus:_Poruchy_autistick%C3%A9ho_spektra#Atypick.c3.bd_autismus)

KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2012. *Využití vybraných druhů zvířat v zoorehabilitaci*. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze.

- KOLEKTIV AUTORŮ, 2015. Stručné vymezení sluchového postižení a oslabení sluchového vnímání: Podle stupně postižení. In: *Katalog podpůrných opatření: Stručné vymezení sluchového postižení a oslabení sluchového vnímání* [online]. [vid. 4. 6. 2023]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/sluchove-postizeni-nebo-oslabeni-sluchoveho-vnimani/1-strucne-vymezeni-sluchoveho-postizeni-a-oslabeni-sluchoveho-vnimani/>
- KREJČÍŘOVÁ, O., 2006. Speciální pedagogika mentálně retardovaných. In: RENOTIÉROVÁ, M., et al. *Speciální pedagogika*. 4. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 161–174. ISBN 80-244-1475-9.
- KRHUTOVÁ, L., et al., 2005. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1168-7.
- KUNHARTOVÁ, M., 2013. Technické kompenzační pomůcky pro děti s kombinovaným postižením. In: *Šance Dětem* [online]. Aktualizováno 24. 3. 2023 [vid. 6. 6. 2023]. ISSN 1805-8876. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/technicke-kompenzacni-pomucky-pro-deti-s-kombinovanim-postizenim#gsc.tab=0>
- LANTELME-FAISAN, V., 2021. *Historie hiporehabilitace a ČHS*. 1. vydání. Hostivice: Baron. ISBN 978-80-88121-66-4.
- LECHTA, V., et al., 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.
- LUDÍKOVÁ, L., 2006a. Speciální pedagogika osob s postižením zraku. In: RENOTIÉROVÁ, M., et al. *Speciální pedagogika*. 4. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 191–208. ISBN 80-244-1475-9.
- LUDÍKOVÁ, L., 2006b. Speciální pedagogika osob s vícenásobným postižením. In: RENOTIÉROVÁ, M., et al. *Speciální pedagogika*. 4. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 303–306. ISBN 80-244-1475-9.
- MÜLLER, O., et al., 2005. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1075-3.
- NERANDŽIČ, Z., 2006. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. 1. vydání. Praha: Albatros. ISBN 80-00-01809-8.
- OŠLEJŠKOVÁ, H., 2007a. Jaké jsou děti s autismem - 1. díl. In: *Metodický portál RVP.cz* [online]. 6. 9. 2007. [vid. 25. 6. 2023]. ISSN 1802-4785. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/1573/JAKE-JSOU-DETI-S-AUTISMEM-1-DIL.html>
- OŠLEJŠKOVÁ, H., 2007b. Jaké jsou děti s autismem - 2. díl. In: *Metodický portál RVP.cz* [online]. 6. 9. 2007. [vid. 25. 6. 2023]. ISSN 1802-4785. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/1574/JAKE-JSOU-DETI-S-AUTISMEM-2-DIL.html>
- PESTRÁ, 2023a. Autismus. In: *Pestrá* [online]. [vid. 24. 5. 2023]. Dostupné z: <https://www.pestra.cz/autismus>
- PESTRÁ, 2023b. Canisterapie. In: *Pestrá* [online]. [vid. 24. 5. 2023]. Dostupné z: <https://www.pestra.cz/canisterapie>

PEUTELSCHMIEDOVÁ, A., 2006. Speciální pedagogika osob s narušenou komunikační schopností. In: RENOTIÉROVÁ, M., et al. *Speciální pedagogika*. 4. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 271–292. ISBN 80-244-1475-9.

PIPEKOVÁ, J., et al., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vydání. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.

PROVÁZKOVÁ, M., 2011. Porovnání kvality a upevnění canisterapie a hipoterapie [diplomová práce]. In: *Theses.cz* [online]. [vid. 10. 7. 2023]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/94allp/1272247>

RENDEK, Z., 2020. Kompenzační pomůcky pro děti s poruchou autistického spektra (PAS). In: *Zapojme všechny.cz*. [online]. 14. 4. 2020. [vid. 25. 6. 2023]. Dostupné z: <https://zapojmevsechny.cz/clanek/detail/kompenzacni-pomucky-pro-deti-s-poruchami-autistickeho-spektra-pas>

RENOTIÉROVÁ, M., et al., 2006. *Speciální pedagogika*. 4. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1475-9.

SOURALOVÁ, E., LANGER, J., 2006. Speciální pedagogika osob s postižením sluchu. In: RENOTIÉROVÁ, M., et al. *Speciální pedagogika*. 4. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 175–190. ISBN 80-244-1475-9.

SLOWÍK, J., 2008. *Speciální pedagogika*. Dotisk 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.

SLOWÍK, J., 2012. Speciální pedagogika: Integrace a inkluze. In: *Metodický portál RVP.CZ* [online]. 26. 6. 2012 [vid. 22. 5. 2023]. ISSN 1802-4785. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/k/s/16169/SPECIALNI-PEDAGOGIKA-INTEGRACE-A-INKLUZE.html>

SOJKOVÁ, M., 2023. Vliv hiporehabilitace na emoce dítěte s mentálním postižením [bakalářská práce]. In: *Stag.tul.cz* [online]. [vid. 10. 7. 2023]. Dostupné z: [https://stag.tul.cz/portal/studium/prohlizeni.html?pc\\_pagenavigationalstate=AAAAAQAGMjI4Nzc3EwEAAAABAAhzdGF0ZUtleQAAAAEAFC05MjIzMzcyMDM2ODU0Nzc0NTQxAAAAAA\\*\\*#prohlizeniSearchResult](https://stag.tul.cz/portal/studium/prohlizeni.html?pc_pagenavigationalstate=AAAAAQAGMjI4Nzc3EwEAAAABAAhzdGF0ZUtleQAAAAEAFC05MjIzMzcyMDM2ODU0Nzc0NTQxAAAAAA**#prohlizeniSearchResult)

SVOBODOVÁ, I., et al., 2014. *Využití psa v zoorehabilitaci*. Praha: Česká zemědělská univerzita.

ŠPORCLOVÁ, V., 2023. Co jsou poruchy autistického spektra? In: *Šance Dětem* [online]. Aktualizováno 24. 3. 2023 [vid. 25. 6. 2023]. ISSN 1805-8876. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/co-jsou-poruchy-autistickeho-spektra#kategorie-autismu>

TVRDÁ, A., 2020. *Canisterapie. Zvíře v sociálních službách*. 1. vydání. Praha: Plot. ISBN 978-80-7428-366-6.

VELEMÍNSKÝ, M., ed., et al., 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1. vydání. České Budějovice: Dona. ISBN 978-80-7322-109-6.

VÝCVIKOVÉ CANISTERAPEUTICKÉ SDRUŽENÍ – TŘEBOŇ, 2023. Canisterapie a její vývoj. In: *Výcvikové canisterapeutické sdružení – Třeboň* [online]. [vid. 2. 5. 2023]. Dostupné z: <https://www.canisterapie.org/canisterapie>

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Dotazník pro rodiče dětí, které navštěvují hipoterapii nebo canisterapii

Příloha č. 2: Dotazník pro terapeuty, kteří provozují hipoterapii nebo canisterapii

.



## Příloha č. 1: Dotazník pro rodiče dětí, které navštěvují hipoterapii nebo canisterapii

### Dotazník pro rodiče dětí, kteří navštěvují hipoterapii nebo canisterapii.

Vážení rodiče,

Obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci při dotazníkovém šetření, které je součástí bakalářské práce s názvem: Canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením.

Výsledky šetření budou využity v bakalářské práci, která vzniká na Katedře sociálních studií a speciální pedagogiky, FP Technické univerzity v Liberci.

Dotazníkové šetření je anonymní, získaná data tak nejsou spojována s konkrétními osobami.

Prosíme Vás o pečlivé vyplnění všech položek dotazníku, kterých je 10.

Děkujeme, Zuzana Špačková

#### 1 Jakou terapii s Vaším dítětem navštěvujete?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

Canisterapie    Hipoterapie

#### 2 Jakou formou je terapie poskytována?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

Terénní    Ambulantní    Pobytovou

Jinou, napište jakou:

3 Uveďte, zda Vámi využívané terapie probíhají pravidelně nebo nepravidelně? (např. 1x za týden, každý druhý víkend, letní pobyté tábory, ...)

---

4 Jaká je dle Vašeho názoru dostupnost Vámi navštěvované terapie?

5 Kde, od koho a kdy (např. v kolika letech dítěte) jste se o terapii dozvěděli?

6 Jak, popř. kým je financovaná Vámi navštěvovaná terapie?

7 Jaké jsou dle Vašeho mínění možnosti využití canisterapie, resp. hipoterapie u dětí s postižením?

8 Kolik let je Vašemu dítěti?

---

9 Jak dlouho terapii navštěvujete?

10 Jaké postižení má Vaše dítě? Uveďte co nejpřesněji (např. dítě s tělesným postižením a lehkou mentální retardací).

## Příloha č. 2: Dotazník pro terapeuty, kteří provozují hipoterapii nebo canisterapii

### Dotazník pro terapeuty, kteří provozují hipoterapii nebo canisterapii.

Vážené kolegyně, vážení kolegové.

Obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci při dotazníkovém šetření, které je součástí bakalářské práce s názvem: Canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením.

Výsledky šetření budou využity v bakalářské práci, která vzniká na Katedře sociálních studií a speciální pedagogiky, FP Technické univerzity v Liberci.

Dotazníkové šetření je anonymní, získaná data tak nejsou spojována s konkrétními osobami ani institucemi.

Prosíme Vás o pečlivé vyplnění všech položek dotazníku, kterých je 15.

Děkujeme, Zuzana Špačková

#### 1 Jakou terapii provozujete?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

Canisterapie    Hipoterapie

#### 2 Uveďte, jaké máte vzdělání k poskytování terapie (SŠ, VŠ, kurz nebo seminář zakončený zkouškou, ...)?

#### 3 Jak dlouhá je Vaše canisterapeutická, resp. hipoterapeutická praxe?

4 S jakým druhem postižení se v rámci terapie u dětí setkáváte nejčastěji? Uveďte co nejpřesněji (např. dítě s tělesným postižením a lehkou mentální retardací).

5 Je pro Vás poskytování terapie:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Hlavní pracovní (vzdělečnou) činností    Vedlejší pracovní (vzdělečnou) činností    Dobrovolnickou činností  
 Jinou činností, napište jakou:

6 Jakou formou terapii poskytujete?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Terénní    Ambulantní    Pobytovou  
 Jinou, napište jakou:

7 Uveďte, zda Vámi poskytované terapie probíhají pravidelně nebo nepravidelně? (např. 1x za týden, každý druhý víkend, letní pobyté tábory, ...)

8 Popište v bodech, jak obvykle probíhá jedno terapeutické setkání a jaký zabere čas:

9 Jaký je dle Vašeho mínění hlavní přínos Vámi poskytované terapie?

10 Porovnejte canisterapii s hipoterapií z hlediska dostupnosti.

11 Jaké jsou dle Vašeho mínění možnosti využití canisterapie a hipoterapie u dětí s postižením?

12 Jaký máte názor na informovanost (např. rodičů dětí s postižením) o canisterapii a hipoterapii (letáky u lékařů, webové stránky, ...)?

13 Jaká je dle Vašeho mínění dostupnost canisterapie a hipoterapie pro děti s postižením?

---

14 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ZŠ  SŠ  SŠ s maturitní zkouškou  VŠ Bc.  VŠ Mgr. (Ing.)  VŠ Ph.D.

Jiné, uveďte jaké:

15 Jste:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

Muž  Žena