



**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**  
**Fakulta humanitních studií**

**INSTITUT MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO**

## **Diplomová práce**

**2013**

**Bc. Veronika Mišutová**

# Canisterapie jako součást komplexní péče o uživatele denního stacionáře

Bc. Veronika Mišutová

---

Diplomová práce  
2013

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Veronika MIŠUTOVÁ**

Osobní číslo: **H108492**

Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Canisterapie jako součást komplexní péče  
o uživatele denního stacionáře**

## Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného testu a výzkum v sociálních vědách"(IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena na:

- vybraná postižení výzkumného vzorku (mentální a kombinované postižení)
- možnosti vzdělávání jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami
- metody, formy a zásady canisterapie

Součástí práce bude sociologický průzkum zaměřený na efektivitu prováděné canisterapie v denním stacionáři.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**GALAJDOVÁ, L.** Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie. Grada Publishing, 1999.

**KARÁSKOVÁ, V., KRAUSOVÁ, A.** Pes a dítě s mentálním postižením. Olomouc: UP, 2004.

**KVETOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L.** Edukace dětí se speciálními potřebami v raném věku. Brno: Paido, 2004.

**NERANDŽIČ, Z.** Animoterapie aneb Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů. Praha: Albatros, 2006.

**PIPEKOVÁ, J.** Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998.

**ŠVARCOVÁ, I.** Mentální retardace. Vzdělání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2000.

Vedoucí diplomové práce:

**Ing. Dana Mišutová**

Institut mezioborových studií

Datum zadání diplomové práce:

**30. listopadu 2010**


Termín odevzdání diplomové práce:

**31. března 2012**

V Brně dne 30. listopadu 2010

doc. Ing. Antonín Řehoř, CSc.  
*vedoucí ústavu*



  
PhDr. Miloš Jůzl, Ph.D.  
*vedoucí katedry*



## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

VERONIKA MIŠUTOVÁ  
Jméno, příjmení studenta

V Brně ..... 3. 12. 2010

.....  
Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá canisterapií jako součástí komplexní péče o uživatele denního stacionáře a možnostmi dalšího využití canisterapie v sociální práci. V teoretické části je objasněna základní terminologie zdravotních postižení, se kterými jsem se při výzkumu setkala, dále je vymezen denní stacionář v kontextu sociálních služeb a canisterapie jako prostředek ke zkvalitnění péče o jejich uživatele. Obsahem empirické části je praktické využití canisterapie v daném zařízení. Na praktickém příkladu kazuistik je demonstrována canisterapie v praxi a její pozitivní vliv na uživatele se zdravotním postižením v denním stacionáři s ohledem na jemnou a hrubou motoriku, komunikaci a psychosociální dovednosti. V závěru uvedu na základě zjištěných informací z výzkumu určitá doporučení.

Klíčová slova: mentální retardace, dětská mozková obrna, kombinované postižení, sociální služby, denní stacionář, canisterapie, kazuistika

## **ABSTRACT**

This thesis deals with a canine therapy as a part of a comprehensive user care of day care centre and options for further use of canine therapy in social work. The theoretical part will explain the basic terminology of disabilities, whom I met in the research, then it is specified the day care center in the context of social services and canine therapy as a means to improve the quality of care for their users. The content of the empirical part is the practical application of canine therapy in the organization. The empirical part of the practical use of canine therapy in the organization. The practical example case studies demonstrate canine therapy in practice and its positive impact on users with disabilities in the day care center with respect to fine and gross motor skills, communication and psychosocial skills. In conclusion, I will made recommendations based on the information gathered from the research.

Keywords: mental retardation, cerebral palsy, multiple disabilities, social services, day care centre, canine therapy, case study

Děkuji své vedoucí diplomové práce paní Ing. Daně Mišutové za velmi užitečnou metodickou pomoc a cenné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Také bych chtěla poděkovat svým kamarádkám a své rodině za velkou podporu a pomoc v průběhu celého studia.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma **Canisterapie jako součást komplexní péče o uživatele denního stacionáře** zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Bc. Veronika Mišutová

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	9
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	10
<b>1 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH POSTIŽENÍ</b> .....	11
1.1 MENTÁLNÍ RETARDACE .....	11
1.2 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA.....	17
1.3 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ .....	22
<b>2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY</b> .....	26
2.1 VYMEZENÍ ODBORNÉ TERMINOLOGIE DLE ZÁKONA Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH .....	26
2.2 TEORETICKÉ VYMEZENÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	27
2.3 LEGISLATIVNÍ RÁMEC SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	28
2.4 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	31
2.5 DENNÍ STACIONÁŘ .....	36
<b>3 CANISTERAPIE</b> .....	39
3.1 HISTORICKÝ VÝVOJ CANISTERAPIE .....	39
3.2 POJEM CANISTERAPIE, JEJÍ CÍLE A VYUŽITÍ .....	43
3.3 METODY, FORMY, OBSAH A ČÁSTI CANISTERAPIE .....	45
3.4 CANISTERAPEUTICKÝ PES – VÝCVIK A ZKOUŠKY .....	50
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	56
<b>4 VÝZKUM EFEKTIVITY CANISTERAPIE U UŽIVATELŮ DENNÍHO STACIONÁŘE</b> .....	57
4.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	57
4.2 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ A PŘEHLED VYUŽÍVANÝCH CANISTERAPEUTICKÝCH AKTIVIT .....	59
4.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU .....	65
4.4 KAZUISTIKY .....	66
4.5 ZÁVĚR VÝZKUMU.....	78
<b>ZÁVĚR</b> .....	82
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	84
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	90
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	91
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	92



## ÚVOD

*„ Koupit si psa je jediný způsob, jak za peníze získat lásku. “*

*G. B. Shaw*

Slovo canisterapie se v současné době vyskytuje stále častěji a ve volném překladu znamená „terapie za pomoci psa“. Canisterapii můžeme také definovat jako způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pojem zdraví je zde myšleno podle definice WHO (Světové zdravotnické organizace) jako stav psychické, fyzické a sociální pohody. Canisterapie klade důraz především na řešení problémů psychologických, citových a sociálně-integračních a působení na fyzické zdraví člověka je u ní druhotné. Uplatňuje se zejména jako pomocná psychoterapeutická metoda při řešení různých situací v případě, že jiné metody nejsou účinné nebo použitelné.

Téma „Canisterapie jako součást komplexní péče o uživatele denního stacionáře“ jsem si vybrala z důvodu osobního zájmu o tuto problematiku. Největší uplatnění canisterapie nalzáme v zařízeních pro děti (dětské domovy, školy, denní stacionáře), ve zdravotnických zařízeních, v domovech důchodců a ve speciálních zařízeních pro psychicky narušené děti i dospělé.

Cílem mé diplomové práce bude v teoretické části objasnit základní terminologii zdravotních postižení, se kterými jsem se při výzkumu v denním stacionáři setkala (mentální postižení, dětská mozková obrna a její možná přidružená postižení a kombinované postižení), dále vymezit denní stacionář v kontextu sociálních služeb a canisterapii (její historie, současný stav v České republice, metody terapie, formy, zásady a také speciální zkoušky potřebné k výkonu canisterapie) jako prostředek ke zkvalitnění péče o uživatele denního stacionáře.

Praktická část bude zaměřena na výzkum vlivu canisterapie na uživatele se zdravotním postižením v denním stacionáři s ohledem na jemnou a hrubou motoriku, komunikaci a psychosociální dovednosti.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH POSTIŽENÍ

## 1.1 Mentální retardace

Historicky nejranější zmínka o mentální retardaci<sup>1</sup> byla nalezena v egyptském Thébském papyru z roku 1552 před Kristem. V té době byli lidé s tímto postižením usmrčovani, sloužili jako dvorní šašci, byli zneužíváni, ale i ochraňováni. Záleželo na tom, zda je zavrhovali jako méněcenné, či dokonce nebezpečné bytosti (Vágnerová, 2004). Dlouho, i v odborných kruzích, se pohlíželo na osoby s mentálním postižením jako na lidi s duševní nemocí, byli považováni za „blázny“. Tento dehumanizující stereotyp negativně ovlivňoval podporu, která jim byla společností poskytována a vedlo to k drastickému snižování kvality života těchto lidí a k prohlubování jejich hendikepu.

V posledních letech došlo k velkému pokroku dotýkajícího se chápání problematiky mentální retardace. Začal se používat pojem „osoba s mentálním postižením“, čímž se zdůrazňuje fakt, že jde především o člověka. Jeho postižení či omezení je až druhotné, v žádném případě ho nemá charakterizovat celkově (Müller, & Valenta, 2003).

Problematikou zdravotního omezení či poškození jedince se zabývá vědní obor **speciální pedagogika**. „*Speciální pedagogika je chápána v širším smyslu jako vymezení každé speciálně zaměřené pedagogiky (např. podle věku, předmětu) vzhledem k pedagogice obecné. V užším smyslu je speciální pedagogika pojímána jako věda o zákonitostech speciální výchovy a speciálního vzdělávání jedince, který z důvodu znevýhodnění vyžaduje zvláštní, tedy speciální přístup při vzdělávání a speciální podporu při pracovním a společenském uplatnění*“ (Pipeková, 2010, s. 109).

Jedním z oborů speciální pedagogiky je také **psychopedie**. Psychopedie<sup>2</sup> je speciální pedagogickou disciplínou, která se zabývá problematikou rozvoje, výchovy a vzdělávání osob rozumově postižených, tj. osob se sníženými rozumovými schopnostmi. Valenta, & Müller (2009) uvádí, že předmětem psychopedie je především klient s mentálním postižením či jiným duševním postižením a jeho socializace v nejširším slova smyslu. „*Psychopedie se jako obor zabývá edukací, diagnostikou, poradenstvím,*

---

<sup>1</sup> Vlastní termín mentální retardace pochází z latinského Mens, 2.pád mentis = mysl, retardare = zdržet, zaostávat (Vágnerová, 2004).

<sup>2</sup> Z řeckého psyché – duše, paidea – výchova, tedy „výchova o duši“.

*terapeutickoformativní intervencí, kompenzací, rehabilitací, integrací a socializací jedinců s mentálním postižením, ale také prevencí a prognostikou mentálního postižení*“ (Bazalová in Pipeková, 2010, s. 269). Psychopedie těsně spolupracuje s dalšími vědními obory: **medicínskými** (psychiatrie, neurologie, pediatrie), **psychologickými** (psychologie obecná, vývojová, pedagogická a patopsychologie), **sociologickými, pedagogickými** (speciální pedagogika – etopedie, logopedie a somatopedie).

Termínem mentální retardace se označuje různorodá populace. „*Nelze říci, že všichni lidé s mentální retardací jsou stejní, ani se nedá popsat „typický“ retardovaný člověk, podobně jako nelze popsat „typického“ neretardovaného člověka*“ (www.kvalitavpraxi.cz). Pojem mentální retardace (dále jen MR) se rozšířil až po konferenci Světové zdravotnické organizace (WHO) v Miláně roku 1959 a pozvolna tak nahradil celou řadu dřívějších pojmů (duševní úchylnost, duševní opoždění, slabomyslnost, mentální defekt atd.) (Müller, & Valenta, 2003).

WHO stanoví MR jako „*stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami*“ (WHO/ÚZIS ČR, 2013).

Švarcová charakterizuje mentální retardaci jako „*trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení je stav trvalý, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku*“ (Švarcová 2000, s. 25).

Pipeková (1998, s. 171) vymezuje, že „*mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí.*“

Odborné definice mentální retardace nejsou jednotné. Nejednotnost vyplývá především ze zdůraznění některých hledisek a teoretických postojů. K určité shodě dochází při popisu **hlavních charakteristik** mentální retardace. Jednou z nich je **významně snížená úroveň rozumových schopností** (projevuje se sníženým intelektem, zejména

snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností) (Durecová, 2007). Dále **nedostatek adaptivního chování**, které se projevuje ve zpomaleném, zaostávajícím vývoji (pomalé tempo dospívání), ve snížené schopnosti učit se (čtení, psaní, základy matematiky), v nedostatečné sociální přizpůsobivosti, v uplatnění se v komunitě a v zaměstnání. Chybí určité důležité vzorce chování, které se očekávají od jedince daného věku v daném kulturním prostředí (Durecová, 2007). **Problémy se projevují od časného dětství.** „*Jde o multifaktoriálně podmíněné postižení, na jehož vzniku se může podílet jak porucha genetických dispozic, které vedou k narušení rozvoje centrální nervové soustavy, tak nejrůznější exogenní faktory, které poškodí mozek v rané fázi jeho vývoje. Obě složky působí ve vzájemné interakci*“ (Vágnerová, 2004, s. 290). Mentální postižení je multidisciplinární problém, tato porucha zasahuje jak do oblasti medicíny, tak do oblasti sociální.

### **Etiologie mentální retardace**

Přestože jsme na vrcholu moderní doby, příčiny mentální retardace nelze jednotně a jednoznačně určit. Mentální retardace je způsobena **organickým** poškozením mozku. Toto poškození je **trvalé**. Asi v jedné třetině případů jsou známé příčiny (biologické a psychosociální), ve dvou třetinách je příčina neznámá.

**Příčiny vzniku mentální retardace** můžeme tedy rozdělit na příčiny:

1. **endogenní** (vnitřní) – jsou zakódovány již v pohlavních buňkách, jedná se o příčiny genetické,
2. **exogenní** (vnější) – člení se podle období:
  - **prenatální** (od početí do narození) – vlivy dědičné (hereditární – zejména metabolické poruchy), genetické příčiny (záření, hypoxie, anoxie plodu, chemické vlivy), enviromentální faktory a onemocnění matky v době těhotenství (toxoplazmóza, alkoholismus matky),
  - **perinatální** (těsně před, během a těsně po porodu) – hypoxie, anoxie plodu, předčasný porod, abnormity plodu, abnormity porodních cest a porodu,
  - **postnatální** (po narození) – infekce, záněty mozku, krvácení do mozku a úrazy.

Dále hovoříme o **sociálním poškození vývoje rozumových schopností** (dříve pseudooligofrenie). Snížení inteligence je zapříčiněno sociokulturní deprivací,



ekonomickým strádáním nebo nedostatkem stimulů. V současné literatuře se setkáváme spíše s názorem, že se nejedná o MR, pokud je příčinou vývojového opoždění nedostatečná a nepřiměřená výchova (Vágnerová, 2004). Nejedná se o stav trvalý a příčinou není poškození CNS, jedná se zejména o **sociální zanedbanost**. Pokud by se dítě dostalo do podnětějšího prostředí, jeho stav by se zlepšil. Jiní autoři, např. Pipeková (1998) hovoří o pseudooligofrenii a definuje ji jako MR v důsledku působení vnějšího prostředí (také používá termín zdánlivá MR) (Mišutová, 2010).

V populaci se vyskytují přibližně 3% lidí s mentálním postižením, přičemž platí pravidlo nepřímé úměry – čím hlubší postižení, tím nižší četnost. Nejčastěji se vyskytuje lehký stupeň MR, kterou trpí přibližně 85% všech osob s mentální retardací.

### **Klasifikace mentální retardace**

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence. William Stern definoval inteligenci jako „*všeobecnou schopnost individua vědomě orientovat vlastní myšlení na nové požadavky, je to všeobecná duchovní schopnost přizpůsobit se novým životním úkolům a podmínkám*“ (Praus, 2005).

Orientačně se jednotlivé stupně mentální retardace ohraničují inteligenčním kvocientem, což je veličina udávající inteligenci člověka v poměru k ostatní populaci. Německý psycholog William Stern definoval inteligenční kvocient jako poměr mentálního a chronologického věku.

„*V současné době se používá členění mentální retardace podle desáté decenální revize Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1992 s platností od 1. 1. 1993. Mentální retardace patří do oboru psychiatrie, proto má jako označení první písmeno F. Oddíl F70-F79 je pak celý věnován mentální retardace a toto označení je považováno za základní kód. Hlavním hlediskem, které se zde používá, je opět stanovení inteligenčního kvocientu*“ (Vítková, 2004, s. 296), viz Tabulka č. 1.

**Tabulka č. 1: Stupeň MR podle MKN-10**

V závorce jsou uvedeny staré názvy, které se v dnešní době již nepoužívají, protože získaly v průběhu času pejorativní význam

Kódová čísla	Slovní označení		Pásmo IQ
F70	Lehká MR	(debilita)	50-69
F71	Středně těžká MR	(imbecilita)	35–49
F72	Těžká MR	(idiocie)	20-34
F73	Hluboká MR	(idiocie)	0-19
F78	Jiná MR		
F79	Nespecifikovaná MR		

(Klasifikace MR dle WHO z roku 1992, upraveno dle Vágnerové, 2004).

### **Rozlišujeme tyto úrovně mentální retardace:**

**Lehká mentální retardace** – IQ se pohybuje mezi 50-69, dříve označována devalvujícím termínem „debilita“, odpovídá mentálnímu věku 9-12 let. V tomto pásmu se pohybuje asi 85 % všech lidí s mentální retardací. Diagnostikovat tento stupeň lze zhruba až od třetího roku života, zejména na základě opožděného řečového vývoje, snížené zvědavosti, stereotypu ve hře, atd. Hlavní obtíže nastávají v prvních letech povinné školní docházky. Mnozí mají problémy se čtením a psaním. Předpokládá se, že jedinci s lehkou MR mohou při dobrém vedení zvládnout i zvláštní učební obor. Myšlení je jednoduché, nesamostatné a nepřesné. Respektují základní pravidla logiky a jsou schopni pochopit jednoduché souvislosti. Pozornost je krátkodobá, nestálá. Vývoj řeči je opožděn, slovník je chudý. V oblasti porozumění, slovní zásobě, v gramatické stavbě a ve výslovnosti je řeč postižená. Lidé s klasifikací lehká mentální retardace na horní hranici jsou schopni chodit do zaměstnání, ale vyžadují spíše praktické než teoretické úkony. Tito jedinci se mohou stát s občasnou podporou celkově soběstačnými. **Středně těžká mentální retardace** – IQ dosahuje hodnot 35-49 a bývala označována jako imbecilita. Lidé se středně těžkou MR ve svých 6-7 letech dosahují úrovně tříletého dítěte. Tito jedinci jsou výrazně opožděni v rozvoji chápání a řečového vývoje, začínají žvatlat až kolem 6. roku života. Často jsou přidruženy somaticko degenerativní znaky (např. epilepsie). Vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen, trvale zůstává celková neohrabanost, nekoordinovanost a neschopnost jemných úkonů. Verbální projev je chudý, špatně artikulovaný, řeč je agramatická, do dospělosti přetrvává dyslálie. Emocionálně jsou nevyrovnaní, dráždiví, výbušní, negativní. Co se týče učení, mnozí jsou schopni zvládnout se naučit pouze základy čtení, psaní, počítání. Z tohoto důvodu jsou vyučováni ve speciálním školství, popř. dle rehabilitačního programu. V dospělosti jsou schopni vykonávat základní sebeobsluhu a jednoduché pracovní úkony s trvalým dohledem (nejčastěji jsou umisťováni do chráněného zaměstnání). U některých je nutno zbavení svéprávnosti nebo omezení

v právních úkonech. Velké procento této skupiny postižených jedinců je umístováno do ústavů sociální péče. Střední MR trpí 12% lidí všech lidí s MR. **Těžká mentální retardace** – IQ se pohybuje v pásmu 20-34, dříve označována stigmatizujícím pojmem „idocie“. U dospělých lidí tato výše IQ odpovídá 3-6 roků mentálního věku. Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn již v předškolním věku. Často se objevují malformace CNS a infekce způsobující těžké poruchy funkce mozkové činnosti. Řeč, pokud se projeví, je omezena pouze na zvuky nebo jednotlivá slova, mnohdy však není ani vytvořena. Lépe rozumí, než sdělují. Jejich chování vykazuje známky impulzivity, afektovanosti, náladovosti. Základní hygienické potřeby si jsou, po dlouhodobém nácvičku, schopni osvojit, někteří však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Jsou závislí na péči jiných. V této skupině jsou 3-4 % lidí s MR. **Hluboká mentální retardace** – IQ je pod 20, u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. V této skupině je asi 1-2% lidí s MR. Takto těžké postižení způsobuje jedincům velké problémy porozumět požadavkům, instrukcím, nebo jim vyhovět. Člověk s hlubokou MR není schopen komunikovat řečově. Nejsou schopny sebeobsluhy, vyžadují péči ve všech základních životních úkonech. Ve většině případů jsou vady kombinovány s pohybovým či neurologickým postižením. **Jiná mentální retardace** – nelze stanovit stupeň MR pro přidružené vady (senzorické, somatické, těžké poruchy chování, autismus). **Nespecifikovaná mentální retardace** – MR je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů (Pipeková, 2010, Vágnerová, 2004, Valenta, & Müller, 2003).

**Dělení osob s MR podle druhu chování** (Pipeková, 1998, s. 173):

- „*typ eretický* – nepokojný, dráždivý, instabilní,
- *typ torpidní* – apatický, netečný, strnulý,
- *typ nevyhraněný*, procesy vzruchu a útlumu jsou relativně v rovnováze, popř. jeden z nich mírně převládá“.

## 1.2 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (dále jen DMO) je postižení tělesné. Defektologický slovník (1984, s. 242) jí vymezuje takto: „V širším slova smyslu se jedná o poruchu mozkového řízení pohybu, v užším slova smyslu se jedná o poruchu řízení hybnosti a vývoje řízení hybnosti a jiných centrálních funkcí z postižení mozku v nejranějším dětství“.

„DMO je neprogresivní postižení motorického vývoje vzniklé na podkladě poškození nebo dysfunkce mozku v rané fázi jeho vývoje (prenatálně, perinatálně či na počátku postnatálního období)“ (Vágnerová, 2004, s. 144).

Šlapal (2002, s. 23) vyjadřuje, že se „jedná o ne zcela přesně vymezený syndrom, vzniklý následkem postižení velmi nezralého mozku, u něhož dominují zvláště tonusové a hybné poruchy, které jsou často doprovázeny poruchami psychiky a epileptickými záchvaty.“

DMO je neurologické onemocnění vzniklé v neranějším vývojovém období, jehož důsledkem je poškození CNS. Může dojít ke kombinaci s poruchami řeči, zraku, sluchu aj. (Ludíková, 2005). V prvním roce života se klinický obraz DMO teprve utváří, diagnóza se s vývojem mění, pokud setrvává, jde o prognosticky negativní známku. „Neurologové dnes používají diagnózu CKP (centrální koordinační porucha) nebo CTP (centrální tonusová porucha)“ (Opatřilová, 2003, s. 11). Pro DMO je typická tělesná neobratnost (zejména v jemné motorice), nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání a nedostatečná představivost, impulzivní reakce, střídání nálad a výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a řečové vady (Vítková, 1999).

### Etiologie dětské mozkové obrny

Čím dříve k postižení dojde, tím je závažnější. Z etiologického hlediska Šlapal (2002) rozlišuje tyto **3 skupiny příčin**:

- **prenatální:** infekce nebo krvácení matky v prvním trimestru těhotenství, anoxie, preeklampsie,

- **perinatální:** abnormální porody (protahované, kdy může dojít ke krvácení do mozku, překotné porody, koncem pánevním, aj.), novorozenecká asfyxie = stav sníženého sycení krve kyslíkem následkem nedostatečného nebo opožděného dýchání po porodu,
- **postnatální:** do 1 roku věku, tj. před ukončením vývoje tzv. hematoencefalické bariéry – infekce (encefalitis, meningitis, rané infekce plicní a střevní, atd.), úrazy hlavy, působení abnormálních metabolitů (vrozené vady metabolismu – fenylketonurie).

### Klasifikace dětské mozkové obrny

Klasifikaci mozkové obrny dle charakteru tonusové a hybné poruchy je možné rozčlenit na formu spastickou a nespastickou:

**Spastická forma** DMO je charakteristická abnormálním zvýšeným svalovým napětím (hypertonií). Rozlišujeme **diparetickou formu**, kdy obrna postihuje zejména dolní končetiny, chůze je kolébavá, nůžkovitá (kolena třou o sebe), po špičkách (digitigrádní) nebo lidoopí (pokrčená kolena). Intelekt nebývá narušen. Se zachovalým intelektem a s pomocí rehabilitační a neurologické péče obvykle není problém se zařazením dítěte do běžného života. Další formou spastické DMO je **hemiparetická forma**, při které poškození v oblasti pravé hemisféry přivodí obrnu levé strany těla a naopak. Postižena je zejména hlava a horní končetina, dolní končetiny nebývají výrazně postiženy. Horní končetina bývá ohnuta v lokti, zatímco dolní končetina je napjata tak, že postižený došlapuje na špičku. Podle rozsahu poškození mozku se setkáváme jak s dětmi s vysokým intelektem, tak s dětmi s velmi nízkou úrovní rozumových schopností. Častou zdravotní komplikací bývá epilepsie. K nejzávažnějším a nejtěžším formám DMO patří obrna všech čtyř končetin, jedná se **kvadraparetickou formu**. Pokud vznikla zdvojením formy diparetické, postižení dolních končetin je větší než horních a pokud vznikla zdvojením formy hemiparetické, je postižení horních končetin větší než dolních. Při těžkém postižení mozku mohou být postižena další funkční centra nervové soustavy (smyslové vady, symptomatrické poruchy řeči, epilepsie) (Opatřilová, 2003, Vítková in Pipeková, 2006, Pipeková, 2006).

**Nespastická forma** DMO se projevuje snížením svalového tonu (hypotonií), ochablostí a může se objevit ve formě hypotonické, dyskinetické nebo mozečkové.



**Hypotonická forma** bývá výraznější na dolních končetinách. Vyskytuje se u kojenců a kolem 3. roku věku se mění ve formu spastickou nebo dyskinetickou. Pokud přetrvává, je doprovázená těžkou mentální retardací. Další formou je **forma dyskinetická**, dříve nazývána extrapyramidová. Dochází ke zkratkovitému střídání svalového napětí, nepotlačitelným mimovolným pohybům. Jsou to pohyby *atetotické* (vlnité, hadovité), *balistické* (velké, rychlé pohyby, často celých končetin), *choreatické* (malé, trhavé, prudké pohyby) nebo *myoklonické* (trhavé záškuby svalstva). **Mozečková forma** se vyskytuje vzácně a projevuje se snížením svalového napětí, poruchami koordinace, vede k těžkému postižení pohybu. Někteří autoři tuto formu DMO považují za samostatný syndrom (Pipeková, 2006, Vítková 1998).

### **Přidružená postižení**

Dětská mozková obrna může být doprovázena i poruchami duševního vývoje, sníženým intelektem, poruchami řeči, zraku, sluchu, epileptickými záchvaty.

### **Zrakové vady**

Zhruba polovina dětí s DMO má zrakovou vadu, nejčastější vadou je **strabismus** (šilhání). Jeho léčbu je nutné zahájit co nejdříve, aby nedošlo k **amlyopii** (tupozrakosti). Poruchy okohybných svalů se vyskytují zejména u diparetických forem DMO. Jednou z příčin slabozrakosti až slepoty je retinopatie nedonošených, představující patologické změny na sítnici, ke kterým může dojít vlivem tlaku v inkubátoru (Pipeková, 1998).

### **Sluchové vady**

Jejich původ je většinou centrální, tzn. vznikající poškozením sluchové dráhy, popř. mozkové kůry spánkového laloku. Nejčastěji se vyskytují u dyskinetických forem DMO (Pipeková, 1998).

### **Poruchy řeči**

DMO postihuje svalové skupiny mluvních orgánů, dýchání, fonaci, artikulaci, plynulost, melodii, rytmus či srozumitelnost řeči. Při spastických formách DMO vlivem povrchového, až křečovitého dýchání, není řeč správně znělá, dítěti nestačí vydechovaný vzduch pro správný řečový projev. U hypotonické formy je rytmus dýchání a řeči plynulý, avšak nepravidelný díky šubavým pohybům. U dyskinetické formy vlivem

mimovolných pohybů bývá dýchání neuspořádané. U více než poloviny dětí se vyskytují poruchy řeči od lehkých poruch artikulace až po neúplnou schopnost artikulace, poruchy dýchání, tvorby hlasu a modulace (Pipeková, 1998).

### **Epilepsie**

*„O epilepsii mluvíme tehdy, když se epileptické záchvaty opakují bez zjevné příčiny. Epilepsie není homogenní z hlediska etiologického, patogenetického ani sémiologického“* (Dolanský, J. in Vítková, M. 2006, s. 69).

Šlapal (2002, s. 26) charakterizuje epilepsii jako *„mozkové postižení různého původu, projevující se opakujícími se záchvaty s velmi rozmanitými klinickými příznaky, podmíněné excesivními výboji mozkových neuronů.“*

Epilepsie je také spojená se změnou v oblasti prožívání, chování a často i s poruchami vědomí (Vágnerová, 2004).

Šlapal (2002) dále z hlediska etiologie rozlišuje příčiny:

- známé, **symptomatické (sekundární)** - jsou charakteristické ložiskovým nebo difúzním postižením mozku (mozkový nádor, zánět mozku, cévní onemocnění, ateroskleróza aj.),
- neznámé, **idiopatické záchvaty (primární)** - jejich příčinu nelze na základě dosavadních možností zjistit. Ve většině případů jsou pravděpodobně geneticky podmíněné a jsou považovány za méně závažné (Šlapal, R. 2002).

Vágnerová (2004) dělí záchvaty na parciální a generalizované. **Parciální záchvaty** vznikají v ohraničené části mozku, v tzv. ložisku. Dělíme je na jednoduché parciální záchvaty (bez narušení vědomí a paměti) a na komplexní záchvaty (částečná porucha vědomí a paměti). **Generalizované záchvaty** vznikají v obou hemisférách současně, postihují vědomí a také motoriku. Generalizované záchvaty dělíme na absenci, tonicko-klonické záchvaty a akinetické záchvaty. **Absence**, petit mal, neboli malý záchvat, je typický pro období dětství. Je charakteristický krátkým výpadkem vědomí (10 – 20 vteřin), poté dítě nabývá vědomí. Dochází k zákalům vědomí, dítě se zahledí, někdy je záchvat doprovázený motorickými projevy (záškub svalů), dítě zůstává ve strnulé poloze a nevnímá. Frekvence může být značná. Velký záchvat, jinak řečeno **tonicko-klonický**

**záchvat** (grand mal) začíná náhle bezvědomím, které vede k pádu důsledkem ztráty svalového napětí. Následují kontrakce svalů trupu, končetin, hlavy (klonická křeč, často inkontinence, pokousání jazyka). Tato část může trvat 1-3 minuty. Může jim předcházet tzv. aura<sup>3</sup> (senzitivně-senzorické pocity či subjektivní pocity). Po záchvatu je jedinec unavený, spavý, dezorientovaný, bolí jej hlava, řeč je dysartrická, na záchvat má amnézii. Poslední skupinou jsou **akinetické záchvaty**, které provází krátká ztráta vědomí a svalového tonu, objevují se v dětském věku.

Podle Šlapala (2002) se v diagnostice nejprve zjišťují anamnestické údaje, nejdůležitější je co nejpřesnější popis záchvatu a psychologické vyšetření. Nejdůležitější vyšetřovací metodou je elektroencefalografie (EEG), která umožňuje snímání bioelektrické aktivity mozku. Z pohledu vyloučení strukturálního podkladu epilepsie se u dětí preferuje magnetická rezonance (MR) před computerovou tomografií (CT). V klinickém obrazu kombinuje **5 základních příznaků**:

- **poruchy vědomí** – kvantitativní či kvalitativní,
- **motorické** – křeče, snížení nebo ztráta svalového tonu, automatismy či přechodné obrny,
- **somatosenzorické** – parestézie, čichové, sluchové nebo zrakové senzace různého druhu,
- **vegetativní** – změněná reakce zornic, změny barvy kůže zvláště v obličeji, zvracení, pocení, bolesti hlavy, závratě,
- **psychické** – nejrůznější subjektivní prožitky.

Cílem **terapie** je dosažení maximální kvality života jedinců s epilepsií. Léčba spočívá v užívání antiepileptik, nedílnou součástí léčby je úprava životního režimu a prostředí a nutnost pravidelného spánku. Nevhodná je fyzická zátěž (Šlapal, 2002).

---

<sup>3</sup> Dle zahraničních studií může **pes rozpoznat blížící se epileptický záchvat** a to dokonce 15-50 minut předem. Existuje mnoho hypotéz o tom, jak to psi dokážou. Podle jedné teorie pes reaguje díky výbornému čichu na změnu pachu potu na začátku záchvatu. Druhá teorie vychází z vynikajícího pozorovacího talentu psa, kdy si pes všimne drobných změn v chování svého pána signalizující epileptický záchvat. Třetí teorie říká, že pes je natolik vnímavý, že dokáže vnímat změny v elektromagnetickém poli člověka. Každý pes na blížící se záchvat upozorňuje jinak. Někteří vyjí/kňučí, jsou neklidní, úzkostní, skáčou kolem svého pána, olizují ho, nechtějí ho nikam pustit, jiní zase odcházejí vyhledat pomoc.

### 1.3 Kombinované postižení

Předchozí kapitoly se zabývají postižením mentálním a tělesným, konkrétně dětskou mozkovou obrnou a jejími možnými přidruženými postiženími. Může však dojít ke sdružení několika postižení u jednoho člověka, kdy se jednotlivá postižení navzájem ovlivňují a během vývoje mění kvalitu (Ludíková, 2005). V odborné literatuře se můžeme setkat s různými termíny, jimiž je míněn stejný okruh osob, jako jsou: těžké mentální postižení, těžké zdravotní postižení, hluboké postižení, děti s těžkým narušením vnímání, kombinované vady, multihendikep, extrémně psychomotoricky retardovaný vývoj apod. Mezi odborníky se užívá neutrální termín „**těžké postižení**“, které ale popisuje jen velmi neurčitě to, co je skutečně míněno (srov. Vítková, 2006, Opatřilová, 2005, Ludíková, 2005). „*Každý vybraný termín signalizuje určitý akcent, který zdůrazňuje těžiště postižení*“ (Vítková, 2006, s. 193).

Definování pojmu kombinované postižení je velice nejednotné. Defektologický slovník (2000) vymezuje pojem kombinované postižení<sup>4</sup> jako přidružení jiné choroby v průběhu onemocnění, obě choroby však nemají mezi sebou žádnou spojitost. O kombinované vady se jedná tehdy, pokud je jedinec postižen současně dvěma a více vadami, např. poruchou zraku a sluchu.

*„V pojetí komprehenzivní speciální pedagogiky se užívá označení kombinované postižení pro výskyt dvou a více postižení“* (Ludíková, 2005, s. 9).

M. Vítková (2006) uvádí, že se jedná o komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně jsou omezeny a změněny emocionální, kognitivní a tělesné schopnosti, ale také sociální a komunikační možnosti. „*U jedince s těžkým postižením se jedná o postižení celistvosti člověka v jeho životních výkonech, které je tak těžké, že ve většině oblastí se stěží dosahuje hranice toho, co v našem mezilidském styku v širokém slova smyslu lze považovat ještě za normu*“ (Vítková, 2003, s. 152).

Kategorie jedinců s kombinovaným postižením je považována za nejtěžší a nejsložitější skupinu, která je nejméně prozkoumanou a zpracovanou částí speciální

---

<sup>4</sup> Z latinského slova „*combinatio*“ = spojení či slučování.

pedagogiky. „*Stávající přístup vychází z toho, že nejde o holou sumarizaci daných postižení, ale že se jedná o novou kvalitu vyžadující odlišné pojetí ve všech směrech při tvorbě systému zabezpečení, koncepce, realizace edukačního procesu, po stránce obsahové i metodické*“ (Ludíková, 2005, s. 8).

### **Etiologie kombinovaného postižení**

**Etiologie** kombinovaných vad je vzhledem k heterogenitě této skupiny velmi rozmanitá a v mnoha případech nejasná. Kombinované vady mohou vznikat ve všech etapách vývoje, ale nejtěžší vznikají v prenatálním období (Ludíková, 2005). K nejčastěji se vyskytujícím **etiologickým faktorům** řadíme genetické vlivy, chromozonální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, metabolické a nutriční činitelé, mechanická poškození, vlivy sociálního a materiálního prostředí, ale i psychické faktory, trauma a podobně (Ludíková, 2005, Vítková, 2004).

*„V současnosti je také jednou z příčin předčasné narození dítěte. Jedná se tedy především o děti s velmi nízkou porodní hmotností, které je možné zachránit jen díky vysoké medicínské úrovni. V postnatálním období jsou možnou příčinou vzniku těžkého a kombinovaného postižení traumata lebky a mozku, infekční choroby a stavy po tonutí“* (Vítková in Divíšková, 2012).

### **Klasifikace kombinovaného postižení**

Co se týče **kategorizace/klasifikace** kombinovaného postižení nacházíme v odborné literatuře různá dělení. Jak již bylo zmíněno, pojem vícenásobné postižení zahrnuje poměrně širokou škálu různých typů postižení, které se spolu navzájem kombinují, mohou navíc dosahovat různého stupně postižení, výjimkou není ani kombinace např. těžkého stupně jednoho typu postižení, zatímco jiné postižení dosahuje lehčího stupně (Langer, © 2013). Vančová (2001, s. 20) upozorňuje, že charakteristika jednotlivých kombinací *„se věkem, vývojem, ale i speciálními intervencemi medicínskými, léčebně rehabilitačními, psychologickými a psychoterapeutickými, speciálně pedagogickými, léčebně pedagogickými, ale i díky ostatním mechanismům komplexní rehabilitační péče mění.“* Pro začlenění konkrétní kombinace postižení do příslušné kategorie, je nutné tedy co nejpřesněji klasifikovat všechny možné typy kombinovaných postižení.



Podle charakteristiky uvedené ve Věstníku MŠMT č. 8/1997 (č.j.25602/97- 22): *“se považuje za postiženého více vadami dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu.”*

Pro potřeby resortu školství se žáci s vícenásobným postižením člení do následujících tří skupin. V první skupině je společným znakem **mentální retardace** a přidružují se vady tělesné, smyslové, vady řeči, psychická onemocnění (psychózy, psychopatie), vývojové poruchy učení a chování. Mentální retardace je determinujícím faktorem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a pro dosažitelnou míru výchovy. Tato skupina dětí je nejpočetnější. Druhá skupina kombinuje **tělesné vady, smyslové vady a vady řeči**. Specifickou skupinou jsou žáci/děti hluchoslepí. Poslední skupinu tvoří děti/žáci s diagnostikovaným **autismem** a s autistickými rysy v kombinaci s dalším postižením (mentální retardace, vady řeči, vady tělesné a smyslové), dnes hovoříme o poruchách autistického spektra (Pipeková, 2003, 2006).

Někteří pedagogové upřednostňují členění podle druhu postižení, kdy se vychází z mentálního postižení jako ze základu a k němu se přiřazovala další postižení. Např. Sovák (in Ludíková, 2005) kategorizuje jedince s vícenásobným postižením do několika **skupin**:

- slepohluchoněmí,
- slabomyslní hluchoněmí,
- slabomyslní slepí,
- slabomyslní tělesně postižení apod.

Jesenský (in Ludíková, 2005) při členění kombinovaných vad vychází **z dominantního postižení**:

- slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení,
- mentální postižení s tělesným postižením,
- mentální postižení se sluchovým postižením,
- mentální postižení s chorobou,
- mentální postižení se zrakovým postižením,
- mentální postižení s obtížnou vychovatelností,

- smyslové a tělesné postižení,
- postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou.

Vančová (in Ludíková, 2005) člení tuto skupinu na dvě kategorie, lehce a těžce vícenásobně postižené. **Lehce vícenásobně postižení** jedinci jsou schopni zvládat běžný život relativně samostatně, integrovat se do společnosti, být vychováváni a vzděláváni v běžných či speciálních školách, dosáhnout průměrné kvality života se získáním kvalifikace a pracovního zařazení ve formě podporovaného zaměstnávání. **Těžce vícenásobně postižení** jsou schopni na základě speciální výchovy a vzdělávání zvládat pouze základní či elementární praktické životní situace, kdy je nutná výrazná pomoc. Mají výrazně narušený komunikační proces, který je třeba budovat na principech augmentativní a alternativní komunikace<sup>5</sup>, nevyhnutelné je používání speciálních pomůcek. Veškeré aktivity se uskutečňují na základě individuálního přístupu a celý tým odborníků se věnuje těmto osobám, aby dosáhli nejvyšší maximální míry socializace, ačkoliv je zřejmé, že tito jedinci budou vyžadovat speciální péči a podporu po celý svůj život.

Širší a obecnější klasifikaci vícenásobných postižení zpracoval Vašek (in Ludíková, 2005), který seskupuje osoby s kombinovaným postižením do **tří skupin symptomatologicky příbuzných**:

- mentální postižení v kombinaci s dalším postižením (zahrnuje nejpočetnější skupinu osob s kombinovaným postižením),
- duální smyslové postižení – hluchoslepotu,
- poruchy chování v kombinaci s dalším postižením či narušením.

*„Začlenění osoby s kombinovaným postižením do příslušné kategorie je důležité zejména z důvodu volby optimálního a případně praxí ověřeného způsobu edukační, psychologické a rehabilitační péče“ (Langer in Kolektiv autorů, 2006b).*

---

<sup>5</sup> **Augmentativní a alternativní komunikace (AAK)** se pokouší ať už přechodně nebo trvale kompenzovat projevy poruchy a postižení u osob se závažným postižením řeči, jazyka a psaní. **Augmentativní** (z lat. *augmentare* - rozšiřovat) systémy komunikace mají podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. **Alternativní** komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči. AAK užívá cílené pohledy očí, gesta, manuální znaky, předměty, fotografie, symboly (Makaton, Bliss, PCS aj.), piktogramy, technické pomůcky s hlasovým výstupem a počítače aj. (SPC pro děti s vadami řeči, 2009).

## 2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

### 2.1 Vymezení odborné terminologie dle zákona č. 108/2006 sb., o sociálních službách

**Sociální služba** je činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

**Uživatel sociální služby** je osoba, které je poskytována sociální služba.

**Poskytovatel sociální služby** je právnická či fyzická osoba, která má oprávnění sociální služby poskytovat dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a je vedená v Registru poskytovatelů sociálních služeb.

**Přirozené sociální prostředí** je rodina a sociální vazby k osobám blízkým a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.

**Integrace/Sociální začleňování** je proces zajišťující osobám sociálně vyloučeným nebo sociálním vyloučením ohrožených příležitosti a možnosti, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je považován ve společnosti za běžný.

**Sociální vyloučení** je vyčlenění osoby z běžného života ve společnosti a nemožnost se do něj znovu zapojit kvůli nepříznivé sociální situaci.

**Zdravotní postižení** je mentální, smyslové, psychické, tělesné nebo kombinované postižení, jehož důsledky činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

## 2.2 Teoretické vymezení sociální služby

Sociální služby jsou o lidech... O lidech v jejich přirozeném prostředí, ve svých komunitách. Každý z nás si přeje, abychom byli schopni vést aktivní život ve svých komunitách, abychom komunitě dávali a abychom od komunity dostávali. Někteří lidé potřebují specifickou pomoc k tomu, aby tento aktivní život žít mohli. Sociální služby jsou zde proto, aby těmto lidem pomohly udržet si nebo znovu nabýt své místo v této komunitě (Kolektiv autorů, 2003).

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (dále jen MPSV) definuje velmi výstižně poslání sociálních služeb „*Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem - umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti*“ (MPSV, 2012).

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (§ 3) je sociální služba „*činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“

**Současné pojetí** sociálních služeb v České republice klade důraz na dodržování lidských práv osob při individuální poskytování služeb, na respektování svobodné vůle osob, na zajišťování samostatného a důstojného života a v neposlední řadě směřují k sociálnímu začleňování klientů (Čermáková, Holečková, 2008).

O způsobu, jak jsou sociální služby plánovány, organizovány, poskytovány a financovány, rozhodují principy sociálních služeb, které vycházejí z příkladu dobré praxe v České republice a jsou obsaženy v dokumentu Bílá kniha v sociálních službách (Kolektiv autorů, 2007).

**Velká SEDMA vůdčích principů, které tvoří základ VŠECH sociálních služeb:**

- 1. nezávislost a autonomie – odpovědnost** – lidé jsou odpovědní za svůj život; služby by měly podporovat nezávislost jedince, nikoli závislost na sociálních službách a vnímat jednotlivce jako individuality,
- 2. začlenění a integrace – zapojení uživatele** – služby pomáhají lidem udržet si své místo ve společnosti, chrání je před sociálním vyloučením,
- 3. respektování potřeb – subsidiarita** – škála služeb nabízených jednotlivcům je určována potřebami lidí, nikoliv systému; neexistuje model vyhovující všem,
- 4. partnerství** – pro efektivní poskytování sociálních služeb je nutná spolupráce mezi všemi sektory společnosti,
- 5. kvalita – transparentnost** – služby musí být kvalitní a bezpečné; uživatelé služeb by měli mít důvěru ve služby, které přijímají,
- 6. rovnost bez diskriminace – rovné podmínky** pro všechny uživatele bez ohledu na způsob života, postižení, původ, víru, věk, pohlaví nebo sexuální orientaci,
- 7. standardy národní, rozhodování v místě** – obecně přijatá představa, jak má vypadat kvalitní sociální služba; zavádění standardů přispěje k poskytování pomoci a podpory uživatelům podle jejich skutečných potřeb, nikoli plošně všem ve stejném množství a stejným způsobem (Kolektiv autorů, 2007).

### **2.3 Legislativní rámec sociálních služeb**

Sociální služby procházejí od roku 1989 procesem transformace. V následujících letech jim chyběla jakákoliv podpora ze strany legislativní úpravy. Změny v pojetí sociálních služeb vycházejí především z důrazu na práva a povinnosti každého občana v České republice.

Po mnohaleté snaze dne 1. 1. 2007 vstoupil v platnost Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen „zákon o sociálních službách“), který přinesl průlomové změny pro stovky tisíc seniorů a lidí se zdravotním postižením, kteří jsou závislí na sociálních službách. Tato právní norma svěřuje kompetence občanům, aby s poskytovanými příslušnými sociálními nástroji rozhodovali sami za sebe, a umožňuje jim, aby participovali na každodenním životě společnosti (přístup ke vzdělání, zaměstnání, kulturnímu a společenskému životu) (Hutař, Krása, 2006). Zákon o sociálních službách (§2, odst. 1) říká, že „*každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního*

*poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.* “ Jiná základní zásada uvedena v právní normě zdůrazňuje především individuální potřeby a dodržování lidských práv a základních svobod jedince. Důležitými zásadami je také individuální rozvoj jedince, aktivizace a motivace k činnostem, které vedou k sociálnímu začleňování.

Pravděpodobně nejzásadnější změnou je příspěvek na péči, kterou zákon o sociálních službách definuje jako *„státní sociální dávku, která posiluje finanční soběstačnost uživatele sociálních služeb. Příspěvek na péči náleží těm lidem, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiného člověka, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti“* (Kolektiv autorů, 2006a, s. 6). Příspěvek je příjemce povinen využívat k zajištění péče o svou osobu, ať už prostřednictvím rodinných příslušníků nebo sociálních služeb. O jeho přiznání rozhoduje od 1.1.2012 úřad práce. Příspěvek proměňuje občany z pasivního příjemce služeb na aktivní účastníky podílejících se na obsahu jemu poskytovaných služeb péče (Kolektiv autorů, 2006a).

Nejen příspěvek na péči podstatným způsobem mění postavení uživatele služeb (jak vůči poskytovatelům, tak vůči orgánům veřejné správy). Mezi další změnu patří **smluvní princip**, pro který platí zásada **rovnoprávného postavení** obou stran smluvního vztahu, která přináší podstatné zvýšení odpovědnosti uživatele za důsledky vlastního rozhodování a volby a více než kdy jindy platí, že každý je svého štěstí strůjcem (Michalík a kol., 2007).

**Zadavateli** sociálních služeb zůstávají nadále stát, kraje, obce a nestátní neziskové organizace, zákon však mění jejich postavení, zejména změnou financování sociálních služeb. Pro **poskytovatele** sociálních služeb je výraznou změnou povinnost registrovat u příslušného krajského úřadu, a to za splnění dalších podmínek, zejména v oblasti kvality poskytované sociální služby (definována zejména standardy sociálních služeb). Tím získají nárok na dotaci ze státního rozpočtu, která je poskytována prostřednictvím rozpočtu kraje. Zákon o sociálních službách přináší také **rozšířený okruh** sociálních služeb. Dělí je do tří kategorií, a to na služby sociální péče, sociální poradenství a služby sociální prevence. Sociální služby jsou také členěny podle místa jejich poskytování na služby **pobytové** (domovy pro seniory nebo pro osoby se zdravotním postižením, azylové domy aj.), **terénní** (pečovatelská služby, osobní asistence, raná péče aj.) a **ambulantní** (sociální rehabilitace,

denní stacionáře, poradny aj.). Poskytovatelé rovněž našly v právní úpravě **předpoklady pro výkon** sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách a kontrolu poskytování sociálních služeb prostřednictvím **inspekcí**, které by měly zajistit kvalitní poskytování sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Michalík a kol., 2007, Kolektiv autorů 2006a).

Dalšími **právními předpisy**, které se týkají sociálních služeb, jsou:

- vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,
- vyhláška č. 239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, a některé další zákony.

### **Klasifikace sociálních služeb**

Sociální služby pomáhají lidem řešit nepříznivou sociální situaci, která může mít různé příčiny, a proto existuje široká škála druhů sociálních služeb. Klasifikace sociálních služeb může uživateli pomoci při výběru sociální služby, kterou momentálně potřebuje. Dle zákona o sociálních službách jsou vymezeny **tři oblasti služeb**:

**Sociální poradenství**, které rozlišuje základní sociální poradenství, které je každý poskytovatel sociálních služeb povinen zajistit; odborné sociální poradenství, které je poskytováno v rámci speciálních poraden (občanské poradny, poradny pro osoby se zdravotním postižením, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí); součástí je i půjčování kompenzačních pomůcek (§ 37).

**Služby sociální péče** napomáhají potřebným osobám zajistit jejich soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života, příp. zajistit jim důstojné prostředí a zacházení, pokud jim to nedovoluje jejich stav (§ 38). Podle zákona zde patří: osobní asistence, pečovatelská služby, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních

služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

**Služby sociální prevence** napomáhají osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace, napomáhají zabránit jejich sociálnímu vyloučení a dále chrání společnost před vznikem nežádoucích jevů. Zákon vyjmenovává tyto služby: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace.

## 2.4 Standardy kvality sociálních služeb

**Standardy kvality** sociálních služeb vznikly již v letech 1999 až 2002 jako výsledek dlouholeté spolupráce mezi uživateli a poskytovateli sociálních služeb a již tehdy byly přijímány za všeobecně platné. Důležitým východiskem pro jejich zpracování byla již zaběhnutá a dobře fungující praxe, tzv. příklady dobré praxe. Dle zákona o sociálních službách (§99) jsou standardy kvality „*souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.*“ Plnění standardů kvality se hodnotí systémem bodů. Obsah standardů kvality a bodové hodnocení je uvedeno ve vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb. v platném znění.

Standardy mají zajistit, aby byla chráněna a respektována práva jak příjemců služeb, tak poskytovatelů. Rovněž mají podporovat rovný přístup a plnohodnotný život uživatelů sociálních služeb, jejich nezávislost a autonomii. Zabývají se tím, jak jsou naplňovány principy individuálního poskytování služby a směřování k sociálnímu začleňování osob (Straková, Čermáková, 2008).

S rozvojem kvality poskytování sociálních služeb souvisí celková **formalizace** ve smyslu transparentnosti chodu služby. Požadavkem je, aby sociální služby byly jasně vymezeny, aby byly jejich závazky veřejně známy a pravidla jejich poskytování byla



formulována. I když standardy kvality dávají jasný rámec kvalitě sociálních služeb, cest k jejich naplňování je mnoho (Čermáková, Holečková in kolektiv autorů, 2008).

Standardy kvality můžeme rozdělit na 3 skupiny podle toho, jaké oblasti poskytování sociální služby se věnují. **Procedurální standardy** stanovují, *jak* má konkrétní služba vypadat, a ze všech tří skupin se nejvíce dotýkají právě uživatelů, jelikož obsahují např. ochranu práv osob, jednání se zájemcem o službu, individuální plánování průběhu sociální služby, aj. **Personální standardy** se věnují personálnímu zajištění sociální služby, tedy *kdo* má službu poskytovat. Můžeme zde najít personální a organizační zajištění sociální služby, vzdělání pracovníků, aj. V *jakých podmínkách* se mají služby poskytovat, popisují **provozní standardy**. Orientují se na prostředí a podmínky pro poskytování služby, nouzové a havarijní situace, dostupnost služby aj. (Kolektiv autorů, 2002).

Rozdělení standardů kvality je podrobně rozepsáno v příloze č. 2 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. Budu vycházet také z Průvodce pro poskytovatele: Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe (2002) a ze Standardů kvality sociálních služeb, Příručky pro uživatele (2008) a Výkladového sborníku (2008). Jednotlivé standardy jsou rozděleny do oblastí popsaných výše:

### **Procedurální standardy**

#### **Standard č. 1 Cíle a poskytování sociálních služeb**

Každý poskytovatel sociální služby je povinen nabízenou službu jasně definovat a zveřejnit své *poslání* (CO poskytuje, jaká je nabídka služeb), *cíle* (KDY a KDE lze služby čerpat), *zásady/principy* (podmínky a pravidla JAK je služba poskytována) a *okruh osob* (KOMU jsou služby určeny), kterým je služba určena. Své prohlášení „veřejný závazek“ písemně zveřejňuje, tím se služba stává transparentní.

#### **Standard č. 2 Ochrana práv osob**

Druhý standard se týká dodržování a respektování práv uživatelů poskytovatelem služby po celý průběh poskytování služby. Ochrana práv uživatelů je vůdčím principem v poskytování služeb a je měřítkem jejich kvality. Poskytovatel vymezí situace, kdy by k porušování práv uživatelů při poskytování sociální služby mohlo dojít a způsoby, jak těmto situacím předcházet (prevence), příp. jak vzniklé situace řešit.

### **Standard č. 3 Jednání se zájemcem o službu**

Poskytovatel je povinen před uzavřením smlouvy o poskytování služeb srozumitelně seznámit zájemce o službu se všemi podmínkami poskytování služby. Součástí je projednávání očekávání, požadavků a osobních cílů zájemce. Pravidla poskytovatele také musí obsahovat postup při odmítnutí zájemce o službu. Pokud k odmítnutí dojde, je povinen jej odkázat na jinou sociální službu, kterou by zájemce mohl využít.

### **Standard č. 4 Smlouva o poskytování služby**

Smlouva je závazný akt dvou rovnoprávných stran a je možné jí průběžně měnit. Smlouva vymezuje práva a povinnosti uživatelů i poskytovatelů, slouží k ochraně obou zúčastněných stran. Smlouva má být uzavřena podle zpracovaných vnitřních pravidel a vycházet z osobního cíle a potřeb uživatele. Proces uzavírání smlouvy musí být pro uživatele srozumitelný.

### **Standard č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby**

Plánování průběhu služby napomáhá uživateli k nalezení výhodnějších řešení nepříznivé sociální situace. Poskytovatel plánuje společně s uživatelem průběh poskytování sociální služby, přičemž vychází z osobních cílů a potřeb uživatele s ohledem na jeho možnosti, schopnosti či zdravotní stav, a také s ohledem na možnosti poskytovatele. Individuální plán je „živý dokument“, který se mění, přehodnocuje v závislosti na aktuální sociální situaci uživatele. Každý uživatel má klíčového pracovníka zodpovědného za individuální plánování.

### **Standard č. 6 Dokumentace o poskytování služeb**

Poskytovatel má písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o uživatelích. Shromažďují se a vedou takové údaje o uživatelích, které umožňují poskytovat bezpečné, odborné a kvalitní sociální služby. Důležitá je optimalizace údajů – mít k dispozici takové údaje, které jsou potřebné v daný okamžik.

### **Standard č. 7 Stížnost na kvalitu nebo poskytování služby**

Vzhledem ke zvyšování kvality sociálních služeb se jedná o stěžejní standard. Poskytovatel musí mít písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu či způsob, jakým je služba poskytována, a to ve srozumitelné podobě. Každý uživatel by měl být informován o tom, jak a komu si může stěžovat, kdo

a jak jeho stížnost vyřídí. Každá stížnost je podnětem pro rozvoj služby a zvyšování její kvality.

### **Standard č. 8 Návaznost poskytované služby na další dostupné zdroje**

Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby, vytváří příležitosti a podporuje uživatele v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím a snaží se předejít závislosti na sociální službě. V případě potřeby poskytovatel umožňuje využívání dalších sociálních služeb.

### **Personální standardy**

#### **Standard č. 9 Personální a organizační zajištění služby**

Poskytovatel má písemně stanovenou organizační strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců. Počet pracovníků i jejich dovednosti a vzdělání odpovídají potřebám uživatelů služeb a umožňují naplňování standardů kvality sociální služby.

#### **Standard č. 10 Profesní rozvoj zaměstnanců**

Vedení zařízení má vypracovaný postup dalšího vzdělávání pracovníků, postup pro pravidelné hodnocení pracovníků s ohledem na osobní profesní cíle a potřeby, systém výměny informací mezi pracovníky o poskytované sociální službě, systém finančního a morálního oceňování pracovníků. Pro práci v přímé péči je důležitá podpora nezávislého kvalifikovaného odborníka, a proto by měl zaměstnavatel pro své pracovníky zajistit podporu zvenčí, tzv. supervizi.

### **Provozní standardy**

#### **Standard č. 11 Místní a časová dostupnost**

Poskytovatel určuje místo a denní dobu poskytování sociální služby s ohledem na cíle a charakter služby a také v souladu s potřebami cílové skupiny uživatelů.

#### **Standard č. 12 Informovanost o poskytované službě**

Dobrá informovanost je podmínkou pro dostupnost služeb a také jejich transparentnost. Poskytovatel má vypracovaný „soubor informací o poskytované sociální službě“ ve srozumitelné podobě, který je zveřejněný na internetu, na nástěnkách, v novinách apod. Tím si zajistí propagaci služby.

### **Standard č. 13 Prostředí a podmínky**

Sociální služby by měly být poskytované v důstojném prostředí, které bude vyhovovat potřebám uživatelů. Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené charakteru služby, její kapacitě a potřebám uživatelů. Zařízení vytváří podmínky pro poskytování služeb odpovídající platným obecně závazným normám.

### **Standard č. 14 Nouzové a havarijní situace**

Tato oblast je důležitá zejména v pobytových zařízeních. Poskytovatel má písemně zpracované havarijní a nouzové situace a způsoby jejich řešení. Pracovníci i uživatelé jsou seznámeni s postupem při vzniku těchto situací. O průběhu a řešení krizových situací je vedena dokumentace pro možnost analýzy a zpětné vazby.

### **Standard č. 15 Zvyšování kvality služby**

Snahou každého poskytovatele by mělo být zvyšování kvality poskytovaných služeb. Toho dosáhne průběžnou kontrolou a hodnocením způsobu poskytování sociální služby, zda je v souladu s veřejným závazkem, a zda naplňuje osobní cíle jednotlivých uživatelů. Z případných neshod vyvozuje potřebná opatření. Do hodnocení jsou zapojeni jak zaměstnanci, tak další zainteresované fyzické a právnické osoby. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb jsou využívány jako cenný podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.

Zda standardy kvality fungují v praxi správně, nám pomůže zjistit **inspekce** poskytování sociálních služeb, která slouží především ke kontrole úrovně poskytovaných sociálních služeb. Inspekci provádí krajská pobočka Úřadu práce, jejímž hlavním úkolem je mimo jiné podpora rozvoje kvality poskytovaných sociálních služeb. Podporou se myslí např. zvyšování odbornosti a kvality poskytovaných služeb s důrazem na ochranu práv uživatelů služeb a podpora neziskového sektoru (Odbor 22, 2012). Předmětem inspekce může být kontrola plnění podmínek pro registraci, plnění povinností poskytovatelů či, již zmíněná, kvalita sociálních služeb.

## 2.5 Denní stacionář

**Denní stacionáře** jsou ambulantní službou, kterou pravidelně navštěvují osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení a také osoby s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V průběhu dne je zde zabezpečována komplexní péče s ohledem na potřeby uživatelů a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. **Ambulantní službou** se rozumí taková služba, za kterou uživatel dochází (nebo je doprovázen či dopravován) do zařízení sociálních služeb a využívá zde nabídky poskytovaných činností. Součástí služby není ubytování (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

### Cílová skupina

Cílovou skupinou denních stacionářů jsou zejména senioři a lidé se zdravotním postižením. Můžeme tedy říci, že denní stacionáře postihují všechny věkové kategorie, od dětí až po seniory. Pokud **dítě** nemůže navštěvovat z důvodu svého zdravotního stavu běžnou mateřskou školku, je pro něj denní stacionář vhodnou volbou. Děti školou povinné navštěvují denní stacionář zejména po ukončení školního rozvrhu, tedy v odpoledních hodinách anebo v případě těžkého zdravotního postižení zde dítě tráví čas i v dopoledních hodinách a denní stacionář supluje školské zařízení. Pokud **dospělý** jedinec po ukončení školní docházky není schopen z důvodu svého zdravotního znevýhodnění pracovního uplatnění, denní stacionář mu nabízí komplexní péči, smysluplnou náplň dne, možnost dalšího rozvoje a zejména možnost zůstat ve svém domácím prostředí. **Senioři** mohou trávit svůj volný čas v denním stacionáři aktivně a ve společnosti svých vrstevníků. Prostřednictvím aktivizačních a terapeutických metod, které denní stacionář nabízí, udržují své schopnosti a dovednosti. Neméně důležité je navazování nových kontaktů a udržování stávajících sociálních vazeb.

Jednotlivé stacionáře si sami rozhodují o tom, jaké cílové skupině budou služby poskytovány. Je třeba vzít v potaz personální zajištění služby, odbornou způsobilost pracovníků a jejich vědomosti s ohledem na specifika jednotlivých zdravotních postižení, kapacitu služby, a také prostředí stacionáře (bariéry, vybavení) aj. Jedná se o osoby s postižením mentálním, smyslovým, fyzickým, duševním a dalším postižením, často s kombinací několika typů postižení. Jsou to osoby, které pro své zdravotní postižení, svůj

věk nemohou žít zcela samostatně, ale rodina či osoba blízká je schopna se o něj část dne starat a jedinec tak může setrvat v domácím prostředí. Stacionář plní nezastupitelnou roli v poskytnutí úlevy pečujícím rodinám či osobám blízkým.

### Činnosti poskytované v denním stacionáři

V denním stacionáři jsou dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytovány tyto **základní činnosti**:

- „pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně, nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (§ 46).

Fakultativními činnostmi rozumíme takové činnosti, které nejsou závazné či povinné, které jsou voleny s ohledem na potřeby a schopnosti uživatelů a také schopnosti a možnosti poskytovatele (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Výzkum této diplomové práce probíhal v denním stacionáři Slezské diakonie Lydie, který nabízí tyto fakultativní činnosti:

- **odborné poradenství a konzultace** – klinický psycholog, logoped,
- **rehabilitační služby** – masáže, kondiční cvičení, měkké techniky, parafínové zábaly, perličková lázeň, elektrostimulace, Klappovo lezení, magnetoterapie, individuální cvičení, inhalace, cvičení na motomedu, na therapimasteru, bazální stimulace,
- **křesťanský kroužek** – chvílka strávená s pastorem SCEAV,
- **svozy uživatelů** – přeprava uživatelů ze škol, na hipoterapii aj.,
- **terapie** – rehabilitační plavání, animoterapie - léčebná metoda za přítomnosti zvířat, koní (hipoterapie) a psů (canisterapie),
- „Nanny“ – pobyt po 16 hod., nad rámec provozní doby střediska (Slezská diakonie, 2013).

Dále se můžeme setkat například s arteterapií (výtvarné činnosti), muzikoterapií, keramickou dílnou, půjčovnou odborné literatury, kompenzačních a didaktických pomůcek aj.

### **Jiná specifika denního stacionáře**

Zřizovateli denního stacionáře jsou státní, i nestátní instituce. Ve většině případů se jedná o nestátní organizace. Uživatel využívá činnosti denního stacionáře na základě podepsané smlouvy o poskytování služby, ve které jsou uvedena pravidla a podmínky poskytování služby. Denní stacionáře mají pevný provozní řád, kterému se uživatelé musí přizpůsobit. Každý uživatel si po uzavření smlouvy o poskytování služby stanovuje s pomocí poskytovatele osobní cíl, kterého je dosahováno jednotlivými kroky uvedených v individuálním plánu, který je sestavován na základě potřeb a možností uživatele. Tento plán je průběžně vyhodnocován. Pro zkvalitnění poskytování služeb denního stacionáře je důležitá zpětná vazba uživatelů.

Denní stacionář je placená sociální služba. Vyhláškou č. 505/2006 Sb. (§ 12) se stanovuje maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v denních stacionářích na 100 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění jednotlivých úkonů. Celodenní strava v rozsahu minimálně tří hlavních jídel se pohybuje v maximální výši 150 Kč denně a za oběd maximálně 75 Kč, včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.

## 3 CANISTERAPIE

### 3.1 Historický vývoj canisterapie

*„Není snad zvířete, které bychom znali lépe než psa, které bychom více milovali a kterému bychom více důvěřovali... Léčebné účinky života se psem nejsou objevem moderní psychologie, lidé je znají již tisíce let.“* Dr. Nicholas J. Saunders (in Galajdová, 1999, s. 13). Tento velmi známý citát, jež má většina canisterapeutických center uveřejněných na svých webových stránkách jako motto, potvrzuje fakt, že vznik vztahu mezi člověkem a psem sahá hluboko do minulosti, a tak je pes zvířetem, kterého člověk dobře zná.

Již ve **starověku** se pes stával životně důležitým spojencem člověka, společníkem, důvěrníkem a přítelem. Důkazem jsou nálezy kosterních pozůstatků člověka a psa pohřbených společně v hrobě, 12 000 let starém, na území severního Izraele. Pes nesloužil jen jako přítel, lovecký pomocník, byl také předmětem úcty a „léčitelem“. Již v Babylóně si lékaři uvědomovali léčebnou sílu psa a psích slin jako antibiotika. Lékař ho nechal olizovat rány nemocných. Psi sloužili také veřejnosti, kdy hlídali stáda, majetek a životy občanů. Pes byl uctíván ve starověkém Egyptu jako průvodce do království smrti a strážce podsvětí. Proto byli častými náměty na náhrobcích v antickém Římě (Galajdová, 1999).

*„Canisterapie se vyvinula na podkladě zkušeností prověřených staletími. Systematické využití psů v léčebných zařízeních ve Francké říši je zmiňováno již v 8. stol. n. l.“* (Nerandžič, 2006 str. 31). Ve **středověku** bylo postavení psa ovlivněno náboženstvím. Bohatí a urození vlastnili psi pro lov a pro potěšení, zatímco prostí lidé mohli zvířata, tedy i psa, chovat jen jako tvory užitkové – pes byl prohlášen tvorem bez duše. Ve středověku byl oblíbený způsob léčení revmatismu přikládáním psa na nemocná místa pacienta (Galajdová, 1999).

V 18. a 19. století se stává vlastnictví zvířecích společníků módou ve vyšší společnosti. Dochází k rozvoji chovu a cílenému šlechtění rozličných psích plemen. Křížením vzniká mnoho nových plemen. Napoleon Bonaparte dal psovi první humánní úkol záchranáře. Vyhledával na poli raněné vojáky, aby jim byla poskytnuta pomoc.



V 1. světové válce byli cvičeni psi pro osleplé vojáky, ve Francii byli využíváni k rehabilitaci válečných zraněných. Spojené státy podobně zapojovaly psy do rehabilitace válečných letců ve 2 světové válce (Galajdová, 1999).

V 70. letech psycholog **Boris M. Levinson** poprvé popsal využití psa v dětské psychoterapii. Zjistil, že zvířecí společník může být cenným spoluterapeutem při usnadnění a urychlení terapeutického procesu emocionálně narušených dětí. Tento psycholog náhodně zjistil, že jeho nemluvící klient při náhodném setkání se psem promluvil. Na základě tohoto úspěchu podněcoval Levinson začlenění pečlivě vybíraných domácích zvířat do dětské psychoterapie. V roce 1982 stanovil poprvé její zásady a metodiku. Zformuloval hypotézu, podle které působí zvířata jako sociální katalyzátor, přes nějž lze zahájit kontakt s okolím (Galajdová, 1999).

Manželé Corsonovi, odborníci v psychologii a neurofyziologii, navázali na Levinsonovu práci a přispěli specifickými znaky v terapii – mimoslovní komunikace (oční kontakt, postoje, gesta). Následně začala vznikat sdružení, organizovaly se mezinárodní konference a začala se vydávat odborná literatura (Galajdová, 1999).

V roce 1990 vznikla mezinárodní asociace **IAHAIO** (International Assosiation of Human-Animal Interaction Organizations<sup>6</sup>), která sdružuje jednotlivé národní organizace, které pracují v oblasti výzkumu i praktické aplikace terapeutických programů se zvířaty a koordinuje jejich aktivity. Členem je i Česká republika, v roce 1998 se konala mezinárodní konference v Praze (Nerandžič, 2006).

V oboru terapie se psy má naprosto nejdelší zkušenosti mezinárodní nezisková organizace **Delta society**, která byla založena v roce 1977 v americkém Oregonu. Jejím hlavním zaměřením je terapie pomocí zvířat. Zpracovali praktické standardy pro asistované a léčebné aktivity prostřednictvím zvířat s cílem propagovat a prosazovat pozitivní výsledky působení zvířat na lidské zdraví a pohodu (Nerandžič 2006).

Další mezinárodní organizací je **European Society for Animal Assisted Therapy<sup>7</sup> (ESAAT)** zastřešuje evropské organizace pro terapii se zvířaty. Byla založena v říjnu 2004

---

<sup>6</sup> V překladu „Mezinárodní asociace organizací pro interakci lidí a zvířat“.

<sup>7</sup> V překladu „Evropská společnost pro zvířaty asistovanou terapii“.

ve Vídni také s cílem vytvořit základní pravidla pro vzdělávání a výcvik na poli AAT v Evropské unii. Z norem ESAAT vychází některé body Etického kodexu české Canisterapeutické organizace (eAmos, 2002g).

### Vývoj canisterapie v České republice

Termín canisterapie byl poprvé použit v České republice (dále jen ČR) roku 1993. Počátky organizovaných terapeutických aktivit se psy byly spjaty s brněnským sdružením FILIA a se jménem jeho zakladatelky **PhDr. Jiřiny Lacinové**. V této době se také začal vytvářet systémový přístup a metodika terapeutického využívání psů. Ve světě však mělo terapeutické setkávání klientů se zvířaty již dlouholetou tradici (Nerandžič, 2006). V květnu 1995 byla za účelem šíření a prohlubování myšlenky pozitivních vlivů soužití lidí se zvířaty založena **Asociace zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům** (AOVZ). K rozvoji canisterapie v ČR velmi přispělo konání mezinárodní konference IAHAO v Praze v roce 1998. Také díky této konferenci byla konečně prolomena bariéra obav úřadů k využívání zvířat v terapii (Galajdová, 1998).

V roce 1997 vznikla **Canisterapeutická společnost**, která zavedla v ČR první systém udělování terapeutických atestů pro psy a zavedením návštěvního programu nastartovala mohutný vzestup canisterapeutické praxe. Vznikla regionální centra společnosti (Tichá in Velemínský, 2007). Kolem roku 2000 se však Canisterapeutická společnost rozpadla. Z původních regionálních center postupně vznikly samostatné organizace, které však nespolupracovaly, chyběly vzájemné kontakty, komunikace, a proto v ČR došlo k dalšímu nejednotnému vývoji a pojetí samotné canisterapie (Velemínský, 2007).

V roce 2003 je založena zastřešující organizace **Česká canisterapeutická asociace** (dále jen CTA), jejíž předsedkyní je v současné době PhDr. Jiřina Lacinová. Cílem a posláním CTA je především zastřešovat, metodicky vést a sjednocovat organizace zabývající se canisterapií a prosazovat jejich cíle. V současné době pracuje asociace na vytváření normativů v canisterapii a uznání canisterapie jako léčebně podpůrné rehabilitační metody (Nerandžič, 2006). CTA je jednou ze zakládajících organizací ESAAT. Mezi tuto členskou základnu patří následující **organizace** s celostátní působností:

- **Filia** – canisterapie a její využití,

- **SAOP** – sdružení pro aktivní odpočinek a integraci postižených lidí,
- **Pomocné tlapky o.p.s** – chov a výcvik asistenčních psů,
- **Podané ruce** – canisterapie a osobní asistence,
- **HELPPES** – centrum výcviků psů pro postižené,
- **Sdružení Piafa** – hipoterapie, canisterapie a další aktivity,
- **Psi pro život** – hipoterapie, canisterapie a výcvik terapeutických psů pro osobní asistenci,
- **Senior canisterapie** – canisterapie u seniorů, celorepubliková působnost,
- **Aura Canis o.s.** – canisterapie,
- **Canisterapeutické sdružení Jižní Morava** – celorepubliková působnost,
- **Fitmín** – chovatelská stanice borderkolií určených ke speciálnímu asistenčnímu a terapeutickému výcviku,
- **ZOO Brno** – stanice mladých přírodovědců,
- **ELVA-HELP** – výcvik vodících a asistenčních psů,
- sdružení **Samaritánus** - uskutečňování humanitárních programů pro zdravotně postižené, staré a sociálně slabé občany; canisterapie,
- výcvikové a canisterapeutické sdružení **Hafík – Třeboň**,
- **Počítáte s námi?** (Čížková, 2007).

V současné době nadále vznikají občanská sdružení zabývající se canisterapií, řada institucí si opatřuje vlastní terapeutické psy, do jiných zařízení psi pravidelně docházejí a každé léto se koná několik canisterapeutických táborů.

### 3.2 Pojem canisterapie, její cíle a využití

Canisterapie je jednou z terapií **zooterapie**, kterou Mojžíšová, Lacinová, Šemberová (In Velemínský, 2007, s. 31) definují jako „... *souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem*“.

#### Pojem canisterapie

Termín **canisterapie**<sup>8</sup> vznikl v roce 1993, kdy se PhDr. Jiřina Lacinová společně se sdružením Filia stala autorkou názvu, průkopnicí a osvětovou pracovnící v tomto oboru. Tento název se ujal také v zahraničí (Nerandžič, 2006).

Galajdová (1999, s. 24) definuje canisterapii jako „*způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pojem zdraví je zde myšlen přesně podle definice WHO (Světové zdravotnické organizace) jako stav psychické, fyzické a sociální pohody. Jinak lze canisterapii definovat jako Animal Assisted Activities<sup>9</sup> a Animal Assited Therapy<sup>10</sup> prováděné s jedním konkrétním živočišným druhem.*“ Canisterapii jako léčebný kontakt psa a člověka považuje Eisertová (In Velemínský, 2007). Základem léčby je poznatek, že nejspolehlivějším a často jediným přítelem člověka v osamění a nemoci je zvíře. Vztah člověk – zvíře dokáže vyvolat pozitivní sociální a emocionálně terapeutické efekty, které mohou přispět ke zlepšení zdravotního stavu (Vítková in Pipeková 1998, s. 108). Canisterapie se uplatňuje jako pomocná (podpůrná) psychoterapeutická metoda při řešení různých situací, kdy jiné metody selhávají nebo je nelze použít (Galajdová, 1999).

#### Cíle canisterapie

Obecným cílem je aktivizace nemocného nebo zdravotně postiženého, zlepšení jeho fyzického i psychického stavu prostřednictvím aktivizace a mobilizace zbytkových fyzických, psychických a imunitních schopností. Obecně by měly vycházet z komplexní

---

<sup>8</sup> Název canisterapie vznikl složením latinského slova *canis* (pes) a slova *terapie* (léčba), tedy léčba pomocí psa.

<sup>9</sup> V překladu „Aktivity za asistencí zvířat“.

<sup>10</sup> V překladu „Terapie za asistence zvířat“.

diagnostiky, ale také individuálních dovedností, schopností, potřeb, zájmů každého klienta. Cíle canisterapie by z těchto jmenovaných důvodů měly být individuální. Součástí stanovení cíle je také vytvoření plánu, metod, postupů nebo konkrétních aktivit (Nerandžič, 2006).

Mezi hlavní cíle canisterapie bezesporu patří **pohyblivost** (jemná a hrubá motorika, motivace a radost z pohybu pohybu, koordinace pohybu, sebeobsluha, manipulace s kompenzačními pomůckami), **psychická podpora** (radost, pozitivní naladění, snížení změn nálad, pocity blaha, relaxace, posílení pocitu bezpečí a jistoty), **kognitivní oblast, motivace** (rozvoj smyslů, pozornosti, paměti, orientace v čase, verbální i neverbální komunikace, stimulace vnímání), **sociabilita a sociální odpovědnost** (podpora sebevědomí, navazování kontaktů, snižování tendencí k agresivitě a sebepoškozování), **vztah ke psům, zvířatům a přírodě** (odbourání strachu, zmírnění agresivity, pozitivní vztah k přírodě, zvířatům) (Velemínský, 2007).

Zjednodušeně můžeme říci, že u zdravotně postižených je cílem rozvoj jejich dovedností a schopností, nebo alespoň jejich udržení a zachování, a zvýšení kvality života (Velemínský, 2007).

### Využití canisterapie

Canisterapie je využívána při práci s osobami s hendikepem. Jejího pozitivního působení lze využít u **osob s mentální retardací**, přičemž se vychází ze stupně postižení. Obecně klienta vedeme k pozitivnímu přístupu ke psům, pes je zároveň zdrojem mnoha podnětů, které klienta stimulují a aktivují. Přítomnosti psa a především vztahu mezi klientem a psem lze využít jako motivace k učení (prostorová orientace, barvy, části těla, atd.), k pohybu (zde také nácvik hrubé motoriky), k rehabilitaci, nácviku jemné motoriky (např. česání psa), sebeobsluhy, samostatnosti, vedení k zodpovědnosti, aj. Z oblasti sociálních dovedností se rozvíjí především komunikace, udržení delší pozornosti, zklidnění nebo naopak k aktivaci, zvyšuje sebejistotu, pocit ochrany a jistoty (eAmos, 2002b). U **jedinců s tělesným postižením** může být samotná canisterapie zaměřena na motivaci ke cvičení, pohybu, zvýšení sociálních vazeb, zlepšení komunikace s okolím nebo jednoduše pro zpestření života. Zároveň může vést ke zvýšení pocitu bezpečí a prolamování bariér osamělosti. Jde-li o jedince s dětskou mozkovou obrnou, záleží

na formě postižení. Při spastické formě přispívá canisterapie k rychlejšímu uvolnění spasmů a u hypotonických forem k posílení svalového tonusu (eAmos, 2002c, Müller, 2007). U **osob se smyslovým postižením** - u nevidomých, neslyšících, s poškozením čichu a s poškozením hlasu způsobuje větší nezávislost na okolí, varuje před překážkami, nebezpečím a zvyšuje pocit bezpečí v davu i neznámém prostředí (Galajdová, 1999). Roli prostředníka ve vztahu klienta s okolím plní pes u **jedinců s autismem**. Pes přispívá k jeho duševní rovnováze, prolamuje bariéry okolního světa, snižuje pocit osamění, přináší potěšení z dotyku se psem (Galajdová, 1999). **Osoby s epilepsií**, kdy pes funguje jako uklidňující faktor, dává klientovi pocit svobody a volnosti, pes také může rozpoznat a varovat před blížícím se záchvatem (pes reaguje na změny chování, pachu potu a elektromagnetického pole těla), dochází tak ke snížení počtu záchvatů. U **lidí s psychiatrickým onemocněním** pes zvyšuje komunikaci, napomáhá resocializaci, snižuje apatii, pasivitu, bezmocnost. Pomáhá při léčbě drogových závislostí, pomáhá při práci s emocionálně poškozenými a citově deprimovanými dětmi. Důležitou roli má canisterapie u péče o **seniory**, má pozitivní vliv na jejich zklidnění, a tím omezuje užívání hypnotik, antidepresiv, sedativ. Pes dává starým lidem smysl a řád, umí vytrhnout z nostalgie, deprese, naplňuje i potřebu fyzického kontaktu, zvyšuje pocit bezpečí (Galajdová, 1999).

#### **Canisterapie se dále využívá v:**

- logopedické a rehabilitační praxi,
- jako socioterapie a psychoterapie handicapovaných lidí,
- u chronicky nemocných a nemocných dětí,
- při převýchově vězňů (Galajdová, 1999).

### **3.3 Metody, formy, obsah a části canisterapie**

#### **Metody canisterapie**

Canisterapie má své dva hlavní způsoby použití psů k dosažení svých cílů v nejrůznějších zdravotnických a sociálních zařízeních. Prvním způsobem je **Animal Assisted Activities (AAA)**, druhým je **Animal Assisted Therapy (AAT)**. „*Ty se souhrnně označují jako interakce za asistence zvířat (animal assisted interactions, AAI)*“ (McCardle in Galajdová, 2011).

Pro správný výkon, ať už AAA či AAT, je nutno dodržovat **standards**, které vytvořila. Ta považuje Delta Society (1997) za zlatá pravidla. Tato organizace formulovala i **etická pravidla pro personál**, který se AAA či AAT účastní.

### **Aktivity za asistence zvířat**

„AAA poskytuje motivační, výchovné, rekreační a/nebo léčebné příležitosti ke zlepšení kvality života“ (Galajdová, 2011, s. 96). Tato metoda je charakteristická tím, že jde o aktivity, které vyplývají z přítomnosti psa a z požadavků klienta, nemá specifické cíle. Její průběh je spontánní, délka předem neomezená, nezapisuje se do osobní složky klienta. Aktivity jsou vedeny speciálně vyškoleným odborníkem nebo dobrovolníkem za účasti speciálně vybraných zvířat (Galajdová, 1999). Výsledky terapeutického působení jsou těžko měřitelné a můžeme je hodnotit podle spokojenosti klienta, do jaké míry je aktivní, jak se zlepšila kvalita života klienta (Müller, 2007).

AAA metodu můžeme rozdělit dále na formu pasivní a interaktivní. **Pasivní forma** je nejjednodušší formou AAA. Role psa je pasivní v tom smyslu, že se o něj klient nestará, ale přesto přináší pozitivní vliv už jen svou přítomností. **Interaktivní forma** může být:

- **rezidentního typu** – zvíře je v instituci přítomno stále, pečují o něj klienti a personál; tento typ není vhodný pro psy (potřebují pravidelný pohyb, přiměřený výcvik a jednoho vůdce smečky),
- **návštěvního typu** – návštěvní programy se odehrávají vždy na stejném místě ve stejný čas a po omezenou dobu, zpravidla jednou týdně na jednu hodinu; tento typ je žádanější (Galajdová, 2011).

### **Terapie za asistence zvířat**

AAT je cíleně zaměřená intervence, kde zvíře (pes) je neoddělitelnou součástí léčebného procesu. Zvířata začleněná do programu musí splňovat specifická kritéria povahová a zdravotní. AAT může být **individuální** nebo **skupinová** a je určena k podpoře zlepšení tělesných, sociálních, emocionálních a/nebo kognitivních schopností člověka. Cílem AAT může být posílení žádoucího chování nebo utlumení nežádoucího (léčení fobií, nácvik nových dovedností – chůze, mluvení). Její průběh je zaznamenáván a vyhodnocován (Galajdová, 2011).

**Možné využití AAT:**

- **fyzické schopnosti** – zlepšení jemné a hrubé motoriky, chůze, rovnováha,
- **mentální schopnosti** – zlepšení komunikačních schopností, udržení pozornosti, zvýšení sebevědomí a sebeovládání, snížení pocitu osamocení,
- **výchova** – vylepšení slovní zásoby a výslovnosti, vylepšení paměti,
- **motivace** – větší ochota zapojit se do skupinové aktivity, zvýšení pohybové aktivity (Galajdová, 2011).

**Závěrem** je vhodné zmínit hlavní rozdíl mezi metodou AAA a AAT. Výsledky AAA můžeme vyjádřit pouze spokojeností klienta, jeho projevem radosti a štěstí, naopak výsledky AAT jsou objektivně pozorovatelné a měřitelné.

**Formy canisterapie**

Formy canisterapie se člení na individuální a skupinovou canisterapii. **Individuální** forma bývá preferována více u imobilních klientů a stěžejní záležitostí je většinou relaxační část. **Skupinová** forma má tu výhodu, že uspokojí více klientů najednou. Bývá preferována spíše u klientů mobilních. Stěžejní částí této terapie bývá část aktivní (Müller, O. 2007).

**Polohování**

Metoda polohování je známá od 50. let 20. století, kdy ho začal praktikovat americký osteopat Dr. Lawrence Jones, který vycházel z principu, že pokud je pacient (klient) imobilní, musí být s ním manipulováno, aby nedošlo ke vzniku proleženin, aby se uvolnili blokace, procvičily a protáhly svaly a umožnilo se dalšímu rozvoji pohybu. Tato terapie nepůsobí pouze na fyzickou složku, pomáhá tak k celkovému uvolnění klienta i po psychické stránce, odbourání stresu a zlepšení nálady. (Pomocné tlapky o.p.s, 2009) Polohování je v současnosti velmi známou a populární aktivitou canisterapie. Zouharová M., která vypracovala specifickou metodiku práce s dětmi s těžkým kombinovaným postižením, uvádí, že „*polohování je podpůrnou formou individuální terapie, která je založená na přímém fyzickém kontaktu dítěte a psa*“ (In eAmos, 2002a).

Nejúčinnější je polohování u jedinců s tělesným postižením, kteří trpí svalovými křečemi nebo třesem, jelikož pes má tělesnou teplotu o jeden stupeň Celsia vyšší než



člověk a právě teplo je nejdůležitějším důvodem, proč dojde k uvolnění svalstva. Pro lepší působení je vhodné (pokud to klient dovolí či snese) klienta svléknout, aby došlo ke kontaktu psí srsti přímo s kůží klienta, s oblečením je prohřátí a uvolnění svalu pomalejší a méně intenzivní. Klient při canisterapii však nereaguje jenom na jeho teplo, ale také na rytmus jeho dechu a tepu. Rytmus dechu je tedy nástrojem k uvolnění. Pro děti s DMO, které jsou slepé nebo mají jiné oční vady, je obrovským stimulem dotek srsti, neobvyklý přirozený psí pach, dotek studeného a mokrého čenichu a naopak teplý, mokrý jazyk psa. V tomto je pes opravdu jedinečný. Polohování se využívá u jedinců s tělesným postižením, s kombinovaným postižením, u dětí s DMO, u klientů, kterým se určitá část těla špatně prokrvuje (např. mají stále studenou jednu polovinu těla), u klientů s roztroušenou sklerózou, aj. (eAmos, 2002a, Pomocné tlapky o.p.s., 2009a).

Při polohování se využívá několik rehabilitačních poloh, kdy se klient přikládá ke psovi/psům (nebo naopak pes ke klientovi). Proto je důležitá spolupráce s rehabilitačními pracovníky ke konzultaci vhodných poloh a přítomnost a konzultace s fyzioterapeutem, jehož role je zde nezastupitelná. Kvalifikovaný fyzioterapeut ví, jak může s klientem manipulovat a jaké cíle tím sleduje. *„A právě v hlavách fyzioterapeutů se zrodila myšlenka zapojit do polohování psy a položit je vedle klienta tam, kde normálně leží podpůrné polštáře“* (Pomocné tlapky o. p. s., 2009a).

Velice důležité je seznámení psa a klienta. Polohování musí probíhat přirozeně a bez nucení ani jedné strany v klidném prostředí. Při polohování by mělo být v místnosti šero, vyvětráno a k poslechu relaxační hudba. Vlastní polohování by mělo trvat minimálně 20 minut, záleží také na únavě psa. K polohování je využíváno jednoho až čtyř psů.

Pokud si dítě samo polohu nezvolí, doporučuje se nenásilnou formou ho napolohovat na některou z osvědčených **poloh**:

- dítě je na zádech, pes je pod dolními končetinami, při dvou či třech psech je jeden pod dolními končetinami a další po bocích klienta,
- dítě je na zádech, psi jsou pouze po stranách, dítě má paže buď podél těla, nebo objímá psy kolem krků,
- dítě je na boku, pes z čelní strany, dítě ho objímá pažemi, popř. si přes něj může „přehodit“ nohu, druhý pes je přikládán zády k zádkům dítěte,

- dítě klečí na patách, obličej a horní končetiny jsou položeny přes psa,
- dítě leží na bříšku či mírně na boku, obličej položený na hrudníku psa (Velemínský, 2007).

Ukončení polohování by mělo být vždy pozvolné a citlivé. Klient musí zůstat zabalen v dece, aby nedošlo k rychlému ochlazení těla (Galajdová, 2011). Po každém polohování by měl pes mít dostatek času na odpočinek/relaxaci. Některý pes potřebuje spánek, některý si chce venku hrát, další pouze jít na procházku.

### **Obsah a části canisterapie**

**Obsah** canisterapie je určován cíli, které má canisterapie sledovat. Určující pro skladbu canisterapeutické jednotky je metodologie a pedagogické i rehabilitační zásady. Vždy by mělo jít o logickou návaznost jednotlivých aktivit. V canisterapii je pro navození pocitu bezpečí a důvěry důležitá **úvodní část**. Klient by měl být po příchodu psa ve stejné úrovni jako pes nebo výš. V této části se klient seznamuje a se všemi vítá. **Relaxační část** je částí prožitkovou, měla by být pro klienta silným emocionálním prožitkem. V této části klienta polohujeme ke psovi nebo psa ke klientovi. V této části musíme poskytnout klientovi dostatek času pro vnímání dané polohy, kterou něco sledujeme a necháme ho vše si naplno prožít. Snažíme se o navození libých pocitů, o předání energie, relaxaci a u spastických klientů uvolnit spasticitu. V **aktivní části** vyžadujeme určitý díl aktivity dle individuálních možností a schopností každého klienta. Aktivní část bývá zařazena do všech canisterapeutických lekcí. Po relaxační části dochází k uvolnění celého těla, v rámci možností pomine spasticita a klient je připraven a schopen se lépe zaměřit na daný úkol. Činnosti jsou zaměřeny na rozvoj motoriky (jemné i hrubé) se snahou procvičit co nejvíce svalových skupin, na rozvoj orientace, komunikace a jiných dovedností. Pro *rozvoj jemné motoriky* můžeme použít činnosti jako česání psa, manipulaci s karabinami na obojku, vodítku, náhubku, hlazení po směru i proti srsti, mnutí srsti, manipulace s hračkami, s odměnami pro psa aj. Činnosti pro *rozvoj hrubé motoriky* jsou např. házení aportu, překážkové dráhy zdolávané společně se psem, přetahování se psem, podlézání a přelézání psa aj. *Orientační schopnosti* zlepšíme např. společným cvičením na překážkových drahách v tělocvičně i venku. Dalšími důležitými činnostmi jsou ty, které rozvíjí *verbální i nonverbální komunikaci*. Zde můžeme zařadit např. dávání povelů přes

povel psovoda, gestikulace na psa, pojmenovávání (co pes dělá, co žere a pije, jeho potřeby a jiné). Pomocí různých her spolu se psem stimulujeme klienty k řeči, vyprávění o zážitcích se psem a pomocí něj také dokáží formulovat svá přání. **Závěrečná část** je částí poslední. V této části dochází k uklidnění, zhodnocení canisterapie (i klienty), pochválení klientů a za odměnu mohou se souhlasem psovoda krmit granulemi. Klienti jsou motivováni k další canisterapeutické jednotce (Müller, O. 2007).

### 3.4 Canisterapeutický pes – výcvik a zkoušky

*„Canisterapeutičtí psi opravdu pomáhají a nejsou na útočení a dělání šrámu na lidském těle, jsou tu proto, aby pomáhali šrámy hojit ...“* (Cantes o. s., 2008).

V odborném i běžném tisku se v současnosti píše mnoho o canisterapii a canisterapeutickém psovi, o jeho výběru výcviku, jeho působení na klienty atp. Často se můžeme dočíst, že pro canisterapii existují přímo vybraná plemena, či druhý extrém, že canisterapii může dělat jakýkoliv pes, který má rád lidi, je přítulný. Proto je důležité v tomto směru zdůraznit specifika canisterapeutických psů, kteří jsou pečlivě vybírání, vychovávaní a cvičení za účelem složení canisterapeutických zkoušek a následném vykonávání samotné canisterapie. Důležité je, aby mezi terapeutickým psem a jeho psovodem panovala naprostá důvěra, která je k úspěšnému canisterapeutickému procesu nezbytná.

Nerandžič (2006, s. 52-53) charakterizuje canisterapeutického psa následovně: *„musí být dobře socializován a žít v těsném svazku s lidmi, musí být zdrav psychicky i fyzicky, mít dobrý sluch a čich, být tolerantní k lidem a k ostatním zvířatům“*.

Canisterapii, jak je výše zmíněno, nemůže vykonávat jakýkoliv pes. Pes koterapeut musí splňovat přísná kritéria zdraví a musí projít zkouškou povahy. Nelze přesně určit, které plemeno je pro canisterapii nejlepší, záleží spíše na pevné povaze bez známek bázlivosti a agresivity. Plemeno dává pouze genetické předpoklady k určitým vlastnostem a záleží na majiteli psa, jak těchto vlastností využije. Pes je vždy odrazem svého pána. Plemena, která bývají doporučována za geneticky vhodná, jsou např. retrívři (zlatý, labradorský nebo flat-coated retrívř) anebo saňoví psi (aljašští malamuti). V praxi však canisterapii provádí psi nejrůznějších plemen i tzv. „voříšci“ (eAmos, 2002f).

K problematice vhodnosti psa je také nutné zdůraznit, že nejsou vhodní psi s předchozí negativní zkušeností, dále psi, kteří jsou vycvičeni pro služební účely, jejichž součástí je i obrana a útok na člověka (Eisertová in Velemínský, 2007). Pes koterapeut musí být ochráncem, přítelem, léčitelem a ne nebezpečnou zbraní. Z těchto důvodů musí snášet i různé menší ústrky jako je mírné tahání za uši, srst, ohon, pošťuchování holí, berlí, nohou, rukou. Nesmí projevovat neklid, agresivitu a bázeň v prostorách se silnými pachy, různou hlučností, nesmí vadit prostředí s různými teplotami. Důležitá je spolehlivost, sebejisté, vyrovnané a klidné chování, přátelská a vstřícná povaha, s dobrou fyzickou a psychickou dispozicí (Canisterapie o. s., 2013). Tyto vlastnosti můžeme velmi dobře rozpoznat již u štěněte starého 2-3 měsíce, což je doba nejlepší pro výběr psa k účelům canisterapie. Je vhodné, pokud je pes již od štěněte vychováván podle principů canisterapie (dobrá socializace, čili kontakt s různými lidmi, různými prostředími, je vystavován neobvyklým situacím) a zároveň se učí orientovat se na svého pána. Avšak i pes starší, který byl vychován běžným způsobem, může být zařazen do canisterapie (eAmos, 2002d). Musí mít však základy poslušnosti, což znamená znalost cviků:

- zákaz nežádoucí činnosti,
- přivolání,
- aport,
- ovladatelnost psa na vodítku bez obrátů na místě,
- sedni, lehni, vstaň,
- odložení psa na místě,
- a ostatní cviky, které je pes schopen vykonat bez narušení vztahu psovod – pes – např. překonávání překážek (Cantes o. s., 2008).

Pokud povahové vlastnosti psa vyhovují principům canisterapie (tj. kontakt s cizími lidmi je pro něho radostnou záležitostí, nejeví agresivní chování, není příliš bázlivý, aj.), bude nutné, aby se se svým pánem doučili pouze nové prvky důležité pro specifickou práci pro určité diagnózy pacientů v individuální či skupinové terapii, jako např. kontakt s více cizími lidmi najednou, nekoordinované pohyby klientů, používání kompenzačních pomůcek klienty, nezvyklé zvuky, prostředí v zařízení, náhlé změny nálad klientů. To vše je nutné učit psa hrou, radostným způsobem, bez nátlaku (eAmos, 2002e).

Pro psa je práce koterapeuta velmi náročná a pes nesmí být přetěžován. Aktuální stav psa musí být neustále pod kontrolou psovoda a je pouze na něm, aby rozpoznal, kdy je pes

již unaven. Je velmi individuální, kolik hodin týdně může pes bez problémů pracovat. Po každé canisterapii je nutno dopřát psovi oddech, ať už formou procházky, hrou, spánkem či nerušeným příjmem potravy.

Pes a psovod tvoří **canisterapeutický tým**, základní pracovní dvojici. Práce psa je více než závislá na osobnosti psovoda. **Psovod** musí být především člověkem. Člověkem se sociálním cítěním, s klidnou a vyrovnanou povahou, ochotným obětovat svůj čas. Ideální je, pokud je celá práce týmu založena na bázi dobrovolnictví (mnohdy tomu tak i je) a z vykonané činnosti si psovod odnáší dobrý pocit z toho, že pomohl jiným lidem, kteří pomoc potřebují. Odměnou je spokojenost, touha žít, veselost, rozzářené oči klientů. Ale pro některé canisterapeutické týmy je poskytování canisterapie rovněž jejich zaměstnáním a za jednotlivé canisterapeutické jednotky dostávají plat, který je většinou hrazen z různých projektů a grantů. Psovod zodpovídá za přípravu psa na canisterapeutický proces a následný odpočinek psa. Pokud včas nepozná, kdy je pes unaven, může dojít k obrannému reflexu psa a případnému zranění pacienta. Pomocné tlapky o. p. s. definovaly 10 zásad, které by měl správný canisterapeut dodržovat (viz Příloha č. 2).

### Canisterapeutické zkoušky

Canisterapie není „další disciplínou kynologie“, kdy canisterapeutické zkoušky rozšíří škálu vyznamenání pro chovné psy. Canisterapie je tu hlavně pro klienty a zkoušky připravují dobrovolníky se svými čtyřnohými pomocníky na pomoc lidem, kteří to potřebují (Pomocné tlapky o. p. s., 2009b).

*„Základním předpokladem pro kontakt psa s klientem je absolvování teoretické i praktické přípravy canisterapeutického týmu na kontakt s klientem, úspěšné složení zkoušek canisterapeutických týmů a vlastnění **certifikátu** opravňujícího canisterapeutický tým canisterapii praktikovat. Psovod musí znát pravidla a podmínky nasazení“* (eAmos, 2002d).

**Cílem** canisterapeutických zkoušek je **identifikovat a vyřadit psy**, kteří neodpovídají svou zralostí či zdravotním stavem anebo nejeví zájem o kontakt s lidmi, případně projevují agresivitu; **identifikovat a vyřadit psovody**, kteří se nevhodně chovají

ke svým psům, což představuje základní ochranu welfare<sup>11</sup> psů (Pomocné tlapky o. p. s., 2009b).

### **Podmínky účasti na zkouškách**

Podle zákona 246/1992 Sb., na ochranu zvířat proti týrání, ve znění pozdějších předpisů *se nesmí zkoušek zúčastnit psi s kupírovanýma ušima*. Pes musí dosáhnout v den zkoušek nejméně 12 měsíců (pes do výšky v kohoutku cca do 35 cm), 15 měsíců (do výšky cca 60cm) a 18 měsíců (s výškou nad 60cm). Psovod musí mít minimálně 18 let. V den zkoušek se pes podrobí vstupní prohlídce u veterináře, pes musí být v dobrém zdravotním stavu (bez bolestivosti jakékoli části těla), musí mít pravidelnou veterinární péči potvrzenou očkovacím průkazem. Zkoušek se nesmí zúčastnit feny v jakémkoliv stádiu hárání, kojící feny a feny v druhé polovině březosti. V průběhu zkoušek je rovněž zakázáno používat ostnatý, elektrický a stahovací obojek, přípustný je pouze hladký kožený/látkový obojek nebo postroj (Podané ruce o.s., 2008).

Každá organizace, která pořádá zkoušky canisterapeutických týmů má svoje specifická pravidla. Podstata je však velmi podobná. V příloze č. 1 je uveden v původní verzi Zkušební řád pro canisterapii organizace Podané ruce, o.s., který je součástí každé přihlášky, jež se ke canisterapeutickým zkouškám podává. Pro porovnání uvedu příklady jednotlivých cviků a hodnocení vybraných zkušebních řádů různých canisterapeutických společností:

### **Canisterapeutická společnost**

- setkání s rozhodčím,
- pes pod kontrolou,
- kontrola vzrušení psa,
- setkání psů ve skupině,
- hlouček lidí,
- reakce psa na invalidní vozík,
- reakce psa na nabídnutí pamlsku,
- reakce psa na běžce.

---

<sup>11</sup> Welfare pochází z anglického slova a znamená *blaho, prosperitu*. „Welfare je stavem naplnění materiálních a nemateriálních podmínek, které jsou předpokladem zdraví organismu, kdy je zvíře chováno v souladu s jeho životním prostředím. Zabývá se zachováním základních podmínek života a zdraví zvířat a jejich ochranou před negativními činiteli, kteří mohou ohrožovat jejich zdraví, způsobovat jim bolest, utrpení a psychickou újmu“ (Staněk, 2009).

**Hodnocení:** zkouškami projde pouze pes, který uspěl ve všech bodech. Pokud pes neuspěje kvůli úleku, je možno zkoušku ještě dvakrát zopakovat. Ale zaútočí-li přímo, je diskvalifikován jednou provždy. Platnost certifikátu je na dobu dvou let (Galajdová, 1999).

### **Pomocné tlapky o.p.s**

- povaha,
- kontakt psovoda se psem,
- chůze na vodítku a reakce na cizí osobu,
- reakce psa na hlazení,
- omezující hlazení,
- celková prohlídka psa,
- reakce na hluk a rušivé podněty,
- reakce na invalidní vozík a kulhající osobu s berlemi,
- podávání jídla a pamlsku,
- vzrušivost psa,
- přátelskost a společensnost,
- týmová práce.

**Hodnocení:** vychází z bodového systému: 5 bodů je 100% výkon, 3 body je výkon s nedostatky, 0 bodů – nevykonal nebo se projevil nežádoucím způsobem (např. agresivně). Pokud pes dosáhne hodnocení 59 – 70 bodů, splní podmínky a dostává certifikát platný 1 rok. Po uplynutí této doby je nutno zkoušku opakovat. Při dosažení 55-58 bodů se jedná o podmíněné absolvování a certifikát se vydává na dobu šesti měsíců. Při menším počtu bodů pes nesplní podmínky zkoušky, s možností opakovat zkoušku v nejbližším termínu (Pomocné tlapky o. p. s., 2009c).

### **Anitera o.p.s.**

#### **1. Veterinární prohlídka:**

- celková prohlídka.

#### **2. Poslušnost a ovladatelnost:**

- přivolání za ztížených podmínek,
- ovladatelnost,

- odložení s rušivými vlivy,
- vzrušivost a zklidnění,
- hra s cizí osobou,
- chůze psa na vodítku,
- chůze s rušivými vlivy,
- chůze a ovladatelnost figurantem.

### 3. Speciální canisterapeutická část:

- kontakt s cizími lidmi a psy,
- manipulace a omezení pohybu,
- hlazení a česání,
- reakce na invalidní vozík, chodítko a/nebo berle,
- reakce na nezvykle se pohybující osobu,
- reakce na ležící osobu,
- podávání pamlsku.

### 4. Polohování:

- dispozice k polohování.

### 5. Týmová práce, přátelskost a společenskost:

- týmová práce,
- přátelskost a společenskost.

**Hodnocení:** všechny disciplíny kromě 4. bodu Polohování jsou hodnoceny bodovým systémem. Tým může za splnění disciplíny dostat max. 5 bodů, nesmí obdržet 0 bodů (v tom případě zkouškami neprošel). Výsledné hodnocení je rozděleno do 3 kategorií: prospěl na výbornou (90-80 bodů), prospěl (79-50 bodů) a neprospěl (méně než 49 bodů). Polohování není nezbytnou canisterapeutickou technikou všech psů, pouze se při zkouškách sleduje vhodnost psa pro polohování, hodnotí se slovně *doporučujeme – nedoporučujeme* (Anitera o. p. s., 2009).

*„Pro canisterapeutické psy je důležité, aby v jakékoliv situaci budili důvěru klientů i personálu, musí být ovladatelní, přátelští, dobře socializovaní, zvyklí na hluk, různé prostředí a množství lidí kolem. Důvěru musí ovšem budit i psovod, neboť tvoří se psem tým. Psovod musí vykazovat komunikační schopnosti, takt, dobrý vztah ke psovi i k lidem“* (Podané ruce o. s., 2008).



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝZKUM EFEKTIVITY CANISTERAPIE U UŽIVATELŮ DENNÍHO STACIONÁŘE

V empirické části se budu věnovat výzkumu efektivity canisterapie u uživatelů denního stacionáře Lydie. Přínos canisterapie budu hodnotit dle předem stanovených kritérií. Výzkumem bych chtěla zjistit, zda a jaký vliv má canisterapie na uživatele se zdravotním postižením v oblasti hrubé motoriky, jemné motoriky, komunikace, rozumových dovedností a v oblasti psychosociální. Předložím konkrétní nabídku prováděných aktivit v rámci canisterapie. Její pozitivní vliv se odrazí v jednotlivých příkladech uživatelů. Praktickou částí bych chtěla doložit, že canisterapie napomáhá ke zkvalitnění péče o jedince se zdravotním postižením.

### 4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem praktické části je zjistit, **jaký vliv má canisterapie na uživatele se zdravotním postižením**. Hodnotícími aspekty jsou:

- **hrubá motorika,**
- **jemná motorika,**
- **komunikace,**
- **psychosociální oblast.**

#### Výzkumné otázky

VO1: Pomůže canisterapie uvolnit spasmy a zlepšit tím hrubou motoriku uživatelů?

VO2: Zlepšuje canisterapie jemnou motoriku uživatelů?

VO3: Rozvíjí canisterapie komunikaci uživatelů?

VO4: Dokáže canisterapie navodit pozitivní emoce u uživatele a zlepšit vztahy ve skupině?

#### Metodologie výzkumu

K naplnění cíle výzkumu jsem zvolila **kvalitativní výzkum**, jehož cílem je vytváření nových hypotéz a teorií. Kvalitativní výzkum používá induktivní logiku (usuzuje z jedinečných výroků na obecný závěr) a snaží se o všestranný, intenzivní a podrobný popis konkrétního případu či události. *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského*

*problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“* (Hendl, 2005, s. 50). Jedním ze základních přístupů kvalitativního výzkumu je **případová studie** neboli **kazuistika**<sup>12</sup>, která popisuje a rozebírá jeden nebo několik málo případů a může se týkat jedince, skupiny lidí či instituce. Tato metoda pro dosažení cíle výzkumu je neoptimálnější, jelikož pouze případová studie pomůže porozumět důležitým aspektům problematické oblasti výzkumu.

Jednotlivé kazuistiky jsem pro lepší přehlednost rozdělila na oddíly, jejichž obsah koresponduje s cíli stanovenými v praktické části. Strukturu kazuistiky jsem stanovila následovně:

- osobní údaje,
- osobní a rodinná anamnéza,
- diagnóza,
- výchozí stav fyzického, psychického a sociálního rozvoje,
- individuální canisterapeutický plán.

Jak jsem uvedla již výše, součástí kazuistik je rovněž **individuální canisterapeutický plán**. Jelikož můj výzkum započal přibližně ve stejnou dobu, kdy ve stacionáři došlo k výměně canisterapeutického týmu, byl plán dobrým startovacím vodítkem pro vedení jednotlivých hodin s uživateli. Plán byl vypracován po ukončení úvodních skupinových terapií, kdy jsem měla možnost, stejně jako nová terapeutka, seznámit se s jednotlivými uživateli a poznat tak i specifika práce s nimi. Individuální plán jsem vytvořila společně s canisterapeutkou a klíčovým pracovníkem daného uživatele, který ho dobře zná.

Dalšími **metodami** kvalitativního výzkumu, které jsem použila ke sběru dat potřebných k vypracování jednotlivých případových studií, jsou:

- analýza literatury,
- obsahovaná analýza osobní dokumentace,
- nestandardizovaný rozhovor,
- pozorování.

---

<sup>12</sup> Z latinského výrazu „causa“ neboli „důvod“, odvozeně „případ“.

Výzkum probíhal od září 2012 do března 2013 v denním stacionáři Slezské diakonie Lydie. Canisterapie **byla vynechána** pouze z důvodů:

- zdravotní problémy uživatele,
- nepřítomnost uživatele,
- osobní či zdravotní důvody canisterapeuta,
- zdravotní omezení psa,
- významné státní svátky.

### Časový harmonogram

Příprava výzkumu – květen – srpen 2012

Realizace výzkumu – září 2012 – březen 2013

Zpracování výsledků výzkumu – březen 2013

## 4.2 Charakteristika zařízení a přehled využívaných canisterapeutických aktivit

Následující informace jsem získala z jednotlivých registrací sociálních služeb na Ministerstvu práce a sociálních věcí, z webových stránek Slezské diakonie, z propagačních materiálů (Výroční zpráva Slezské diakonie 2009 a leták zařízení). Vše je uvedeno v seznamu použitých zdrojů a literatury. Rovněž jsem použila získané informace z rozhovoru s vedoucí střediska Lydie, a dále pak vlastní znalosti a zkušenosti ze svého pracovního působení ve Slezské diakonii.

Denní stacionář Lydie (dále jen DS Lydie) je střediskem Slezské diakonie, což je nestátní nezisková organizace, která poskytuje své služby v sociální a sociálně-zdravotní oblasti. V centru pozornosti Slezské diakonie stojí lidé s postižením, senioři, lidé bez domova a všichni ti, kteří se dostali do nejrůznějších těžkých životních situací. V současné době provozuje více než 60 středisek, která nemají samostatnou právní subjektivitu a jsou řízena centrálně Ústředím Slezské diakonie v Českém Těšíně. Téměř 470 zaměstnanců **poskytuje 95 sociálních služeb** pro více než 4500 uživatelů a 3000 kontaktů a intervencí v rámci poradenských služeb. Slezská diakonie zastřešuje 25 služeb z 32 uvedených v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Kromě registrovaných služeb poskytuje také neregistrované.

**DS Lydie** pod křídly Slezské diakonie funguje od roku 1999, do té doby se jednalo o městské zařízení, které vzniklo v roce 1989 jako odpověď na potřebu odborné péče o děti s pohybovým postižením. Od roku 2007 je denní stacionář dle Zákona č. 108/2006 Sb, o sociálních službách registrovanou sociální službou. Kromě denního stacionáře poskytuje středisko Lydie také ranou péči.

**Posláním** DS Lydie je podpora a pomoc dětem a mládeži se zdravotním postižením v udržení a rozvíjení fyzických, psychických a sociálních dovedností. Na základě individuálních potřeb dětí směřuje k jejich soběstačnosti formou aktivizačních, výchovných a vzdělávacích činností. Dětem, které mají vlivem svého zdravotního postižení omezené možnosti navázat kontakty ve svém okolí, jako jejich zdraví vrstevníci, napomáhat v začlenění do běžného života.

**Uživateli** DS Lydie mohou být děti a mládež ve věku od 2 let do ukončení školní docházky (do 26 let), které mají mentální, tělesné nebo kombinované postižení, dále pak poruchy autistického spektra nebo dlouhodobé zdravotní omezení. V současné době navštěvuje zařízení celkem 22 uživatelů. Z toho 10 uživatelů jsou děti od 3 do 6 let, které do stacionáře docházejí v dopoledních hodinách. Ostatní jsou uživatelé školního věku, kteří využívají služby denního stacionáře v odpoledních hodinách po ukončení jejich školní docházky.

Sociální služba v denním stacionáři je zajišťována 9 pracovníky. **Pracovní tým** tvoří vedoucí střediska Lydie, sociální pracovník, 3 pracovníci v sociálních službách pro přímou péči, fyzioterapeut a pomocník na rehabilitaci, uklízečka-pradlena a údržbář. Pracovníci v přímé péči s uživateli disponují potřebným vzděláním a dovednostmi odpovídajícím potřebám a nárokům jednotlivých uživatelů. Vzdělání všech pracovníků rovněž odpovídá legislativním nárokům na danou pracovní pozici.

DS Lydie poskytuje základní činnosti uvedené v zákoně o sociálních službách dle §46. V rámci ucelené rehabilitace existuje ve stacionáři provázanost jednotlivých typů péče a fakultativně nabízí:

- **„odborné poradenství a konzultace** – *klinický psycholog, logoped,*
- **rehabilitační služby** – *masáže, kondiční cvičení, měkké techniky, parafínové zábaly, perličková lázeň, elektrostimulace, Klapovo lezení, magnetoterapie, individuální cvičení, inhalace, cvičení na motomedu, na therapimasteru, bazální stimulace,*

- *křesťanský kroužek – chvilka strávená s pastorem SCEAV,*
- *svozy uživatelů – přeprava uživatelů ze škol, na bazén, na hipoterapii aj.,*
- *terapie – rehabilitační plavání, léčebná metoda za přítomnosti zvířat (animoterapie), koní (hipoterapie) a psů (canisterapie),*
- *„Nanny“ – pobyt po 16 hod. – nad rámec provozní doby střediska“ (Slezská diakonie, 2013).*

### **Canisterapie v DS Lydie**

Na základě projektu „**Co dokáže terapie s tělem a duší?**“ probíhá canisterapie v DS Lydie již třetím rokem. Realizací projektu mohou zajistit a nabídnout specifické formy rehabilitace a to hipoterapii, canisterapii, rehabilitační plavání a také specifické cvičení na balanční plošině. Jednotlivé aktivity na sebe přirozeně navazují. Jedná se o komplexní péči, která u uživatelů významně rozvíjí fyzické, psychické a sociální schopnosti a dovednosti. Nejoblíbenějšími aktivitami jsou hipoterapie a canisterapie, jelikož způsob, jakým terapie probíhají je pro uživatele přirozený a zábavný. Terapie trvá 2 hodiny a může se jí účastnit maximálně 8 uživatelů. Terapie může být skupinová, ale také individuální, podle možností a potřeb každého uživatele. V projektu je zdůrazněn vliv canisterapie na řešení problémů psychických, citových a sociálně integračních. Významné místo má také polohování uživatele.

**Současný canisterapeutický tým** se skládá z psovoda a australského ovčáka (viz. Přílohy č. 3, 4) jménem Sheena (čteno „Šína“), do denního stacionáře dochází od září 2012. Dřívější tým sestaven z psovoda a novofundlandského psa si DS Lydie bohužel nemohl z finančních důvodů již dovolit. Canisterapie z důvodu vysoké ceny jedné canisterapeutické jednotky probíhala 1x měsíčně, což bylo nedostačující a neefektivní. Děti navíc díky dlouhé časové prodlevě nezískali ke canisterapeutickému týmu důvěru, měly strach ze psa, který byl mohutný a černého zbarvení. Nynější psovod se psem provádí canisterapii pouze za úhradu cestovného, a díky tomu může canisterapie probíhat 1x - 2x týdně. První 3 canisterapeutické jednotky byly skupinové, aby se uživatelé a canisterapeutický tým spolu seznámili. Canisterapeut během nich získal potřebné informace o uživatelích, kterých následně využil při plánování aktivit během dalších canisterapií. Většina uživatelů na temperamentního psa reagovala velmi pozitivně, jen pár

jedinců se psa bálo. Jednotlivé canisterapeutické jednotky obsahují část úvodní, relaxační, aktivní a závěrečnou (viz podkapitola 3.4 Obsah a části canisterapie).

### **Přehled využívaných canisterapeutických aktivit**

#### **Polohování**

Polohování probíhá vždy přirozeně, nenuceně. Místnost bývá dobře vyvětraná, k navození příjemné atmosféry bývá použita aromaterapie, k poslechu hraje relaxační hudba. Uživatel je oblečen co nejméně, aby došlo k rychlejšímu a účinnějšímu prohřátí těla/končetin a je přikryt dekou (viz podkapitola 3.4 Formy canisterapie). Místnost, kde byla canisterapie prováděná, bohužel sousedila s jinou třídou a občas docházelo k narušování klidné atmosféry a k rozrušení jak klienta, tak psa.

#### ***Aplikované polohy:***

- uživatel je na zádech, pes je pod dolními končetinami,
- uživatel je na boku, pes z čelní strany, uživatel ho objímá pažemi, popř. si přes něj může „přehodit“ nohu,
- uživatel klečí na patách, obličej a horní končetiny jsou položeny přes psa, uživatel leží na břiše či mírně na boku, obličej položený na hrudníku psa.

#### **Hrubá motorika**

Pes uživatele přirozeně zapojuje do činností, které jsou pro ně méně zajímavé, často namáhavé. Pes funguje jako pohybový motivační prvek. Pes výrazně stimuluje uživatele k pohybu, který rozvíjí jejich zdatnost, přesnost, rychlost, orientaci v prostoru, vnímání vlastního těla v prostoru.

#### ***Jednotlivé aktivity:***

- **procházky a cvičení** – podlézání, přeskokování psa, překážkové dráhy a agility (navádění psa na překážky),
- **přetahování se se psem o lano** – pes a uživatel uchopí každý jeden konec lana, pes nesmí lanem škubat, pouze mírně táhnout. Za pomoci psovoda dochází ke střídavému vítězství, aby nedošlo k odrazení psa.

- **házení aportu** – na cíl, hod spodem/vrchem, střídání levé/pravé končetiny, hod do dálky,
- **napodobování činnosti psa** – plazení, lezení po čtyřech vpřed a vzad, zvednutí hlavy vleže na břichu,
- **plnění povelů** – psovod říká psovi šepem povely (sedni, lehni, vstaň) a uživatelé tyto povely napodobují,
- **ukrytí předmětu** v místnosti/venku uživatelem a následné hledání psem,
- **překážková dráha pro uživatele a psa** – tunel, látkový had, lavička aj.,
- **vytvoření slalomu** – uživatel jej projde sám anebo se psem na vodítku,
- **vedení psa** na vodítku, do schodů i ze schodů (přispívá k posílení sebevědomí uživatele),
- **závody** se psem v plazení.

### **Jemná motorika**

Díky nácviku praktických činností dochází také k rozvoji jemné motoriky a zdokonaluje se sebeobsluha uživatele.

### ***Jednotlivé aktivity:***

- **manipulace** s karabinami a přezkami (na obojku, náhubku, postroji, vodítku),
- **nasazování** náhubku, obojku, postroje, připínání obojku,
- **manipulace s nádobou s odměnami** – otevření nádoby (otvírání na šroubování, odchlípením víčka) za použití obou rukou, špetkovým úchopem vytáhnout jeden pamlsek,
- **podávání pamlsku** – střídání špetku a natažené dlaně,
- **otírání** tlapek hadříkem,
- **nalití** vody do misky,
- **jemný dotyk** na psí čenich, nejlépe se dotknout ukazováčkem,
- **hlazení psa** po směru a proti směru srsti, prohrabování se prsty v srsti,
- **ukrytí pamlsku** v srsti a následné **hledání** jiným uživatelem,
- **hra na „veterinu“** – ovazování tlapek lékařským obvazem, prohlídka psích uší (jemné nazvednutí ucha psa).



### **Komunikace**

Během canisterapie se i málomluvní klienti často rozprávají. Pes, či jiný domácí mazlíček, je výborným tématem pro rozhovor, neboť téměř každý z nás ve svém životě jednoho doma měl.

#### ***Jednotlivé aktivity:***

- **komunikace se psem** – podle instrukcí psovoda uživatelé dávají povely, které musí být vysloveny srozumitelně, se správnou intonací,
- **rozšíření slovní zásoby** – popis psa, činnosti, kterou aktuálně dělá (běží, leží, plazí se, pije, skáče, sedí aj.), pojmy týkající se psa (náhubek, vodítko aj.), ukazování na určené části těla psa,
- **obrázky s různými plemeny psů** – uživatelé popisují rozdíly mezi psy,
- **básně, písně** nejen s psí tematikou.

### **Rozumová oblast**

Pes je v canisterapii také využíván k osvojování, prohlubování a opakování poznatků. Pes funguje jako motivátor pro posílení pozornosti, koncentrace a ochoty spolupracovat.

#### ***Jednotlivé aktivity:***

- **čtení** příběhů, pohádek o psech, prohlížení obrázků se psy,
- **vyprávění** o svých domácích mazlíčcích,
- **matematické dovednosti** – počítání tlapek, očí, uší, aportů, předmětů v košíku,
- **osvojování pojmů** – malý/velký, krátký/dlouhý, stejně-více-méně, málo/hodně,
- **poznávání barev** šátků, obojků, jednobarevných aportů aj.
- **prostorové vztahy** – před/za/vedle/pod psem, mezi tlapkami,
- **hraní** psího pexesa, vkládačky
- při procházce po okolí se děti **učí roční období, počasí.**

### **Psychosociální oblast**

Pes velmi dobře funguje **při nových či posilování již vytvořených sociálních vztahů**, začlenění uživatelů do kolektivu, ke spolupráci a souhře kolektivu, k respektu psa a ostatních dětí, vede k trpělivosti, k toleranci, k ochotě rozdělit se. Nelze také opomenout

vliv canisterapie na psychickou stránku jedince. Pes už jen svou přítomností **dokáže vyvolat dobrou náladu** všude tam, kde je jí nedostatek. K psovi si lidé, zejména děti, vybudují citový vztah daleko dříve a snáze než k člověku.

### *Jednotlivé aktivity*

- **psychomotorické hry**, kde je potřeba spolupráce a souhra kolektivu,
- **střídání se při česání psa**, při vodění psa na vodítku,
- **upevňování návyků společenského chování** (pozdrav, prosba, verbální/neverbální poděkování např. při předávání aportu, vodítka, kartáče).

Základem všech zmíněných aktivit je **stimulace**. Pes uživatele podněcuje, motivuje k různým činnostem, které jsou pro ně například velmi obtížné, a proto je dělají neradi. Pes je zdrojem ke **stimulaci podnětů**:

- **zrakových** (pohyb, řeč těla psa, chování psa, uspokojování potřeb psa),
- **hmatových** (kontakt s psí srstí, mazlení se se psem, dýchání psa, hledání schovaných předmětů v srsti, olizování částí dětského těla, vyhledávání pamlsků v pěsti ruky (pes se snaží dostat k pamlsku a olizuje pěst jako masáž, stimulaci k otevření pěsti), rozlišování částí psího těla, rozeznávání různých materiálů na obojcích),
- **sluchových** (dýchání, štěkání, kňučení, apod.).

## **4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Cílovou skupinou jsou 3 dívky a 1 chlapec ve věku od 10 do 18 let a jsou uživateli denního stacionáře Lydie. Jejich společným znakem je různý stupeň mentální retardace, který je v pásmu od lehké až po těžkou mentální retardaci, a dětská mozková obrna, u většiny je přidružené ještě jiné postižení. V jednom případě se jedná o hemiparézu, v dalších třech případech se jedná o závažné postižení spastickou kvadruparézu, k čemuž se přidružuje porucha řeči, v jednom případě i IV. stupeň epilepsie. Všichni uživatelé jsou školního věku, docházejí do různých typů škol a do denního stacionáře jsou svázeni na rehabilitace a odpolední pobyt.

Jména klientů byla v diplomové práci změněna.

## 4.4 Kazuistiky

### *KAZUISTIKA č. 1*

#### *Osobní údaje:*

Jméno: Jakub

Datum narození: 2000

Současný věk: 12 let

#### *Osobní a rodinná anamnéza*

Úplná rodina, žijí v třípokojovém bytě. Jakub sdílí pokoj se svým starším bratrem. Jeho bratr je zdravý, navštěvuje gymnázium. Matka je nezaměstnaná, otec je zedník. Jakub má velmi rád hudbu, ve stacionáři si jí sám vybírá projevem libosti a nelibosti. V rámci stacionáře bude docházet na muzikoterapii. Stále nosí pleny, na jídlo má velmi zápornou reakci. Navštěvuje rehabilitační třídu Základní školy Slezské diakonie, 3x týdně dochází po vyučování do stacionáře na rehabilitace a odpolední pobyt. Rodiče se stacionářem spolupracují málo, Jakuba pouze předají a vyzvednou, bez zájmu o jeho pokroky.

#### *Diagnóza*

Dětská mozková obrna – spastická kvadruparéza, těžká mentální retardace, IV. stupeň epilepsie.

#### *Výchozí stav fyzického, psychického a sociálního rozvoje*

##### *Hrubá motorika*

Jakub je imobilní, nedokáže se posadit ani s oporou, převážně je v poloze na zádech. Neleze, s pomocí se dokáže překulit ze zad na břicho, na krátkou chvíli udrží zvednutou hlavu. Při poslechu hudby radostně kope nohami.

##### *Jemná motorika*

Preferuje levou horní končetinu, úchop je dlaňový, špetkový nevytvořen. Vložený předmět do ruky krátkodobě udrží. Hračky přendá z ruky do ruky, i na vyzvání. Chápe pojem „kreslení“, kresba odpovídá „čmárání“. Předměty vkládá do krabic. Levou končetinou rád bubnuje na bubínek.

### ***Komunikace***

Projevuje libost úsměvem a nelibost pláčem, vlastní řeč je nevyvinuta. Dokáže říct „mama“, „tata“, „babi“. Nedokáže zopakovat slova, je však schopen doříct poslední slabiku. Reaguje na jednoduché příkazy.

### ***Psychosociální oblast***

Jakub je velmi spokojený a usměvavý při pouštění jeho oblíbené hudby. Rád si bubnuje a houpe v houpací síti. Velmi negativně reaguje na jídlo. Často se stává, že jídlo úplně odmítne, jelikož neustále u něj pláče.

### **Individuální plán canisterapie**

**Hlavní cíl:** Rozvoj hrubé a jemné motoriky, změna přístupu k jídlu.

### ***Realizace a zhodnocení plánu:***

#### ***Hrubá motorika***

- rozvoj hrubé motoriky za pomoci polohování, uvolnění spasmů,
- prodloužit čas zvednuté hlavy v ose těla.

**Zhodnocení:** Polohování – Jakub je na zádech, pes je pod dolními končetinami. Při polohování je Jakub uvolněný, pobrukuje si, směje se, na závěr i usne. Jakub leží na břišku, pes zrcadlově k němu jako motivace k zvednutí a udržení hlavy v ose těla. Jakub se snaží hlavu zvednout, aby viděl na psa.

#### ***Jemná motorika***

- rozvoj jemné motoriky hlazením psa, mazlením se s ním,
- nácvik špetkového úchopu podáváním pamlsků psovi, střídavě z natažené dlaně a ze špetky.

**Zhodnocení:** Pamlsky podává Jakub z dlaně nebo je hodí, nejde ho motivovat ke špetkovému úchopu. Jakub psa na vyzvání pohladí levou i pravou rukou, chytá srst, levou rukou mačká pískací hračku, na kterou pes reaguje štěkotem.

### ***Stimulace***

- hmatové podněty – hlazení psa, dotek jeho čenichu, olizování částí těla,
- zrakové podněty – vizuální kontakt se psem.

*Zhodnocení:* Jakub se rád dotýká psiho čenichu, nechává si olizovat uši a dlaně. Do Jakubové sevřené pravé ruky je vložen pamlssek, kterou pes stimuluje lízáním k otevření pěsti a k nabídnutí pamlsku. Na vyzvání k nalezení psa v místnosti Jakub nereaguje, ruší ho okolní zvuky (z ulice, z vedlejších místností).

### ***Psychosociální oblast***

- navodit dobrou náladu, kladné emoce, změnit negativní přístup k jídlu.

*Zhodnocení:* Při kontaktu se psem se Jakub hlasitě směje, spokojeně si pobrukuje, je uvolněný. Jelikož má Jakub velké potíže s jídlem, canisterapeutka zkoušela podávat jeho svačinu přímo během terapie a jako motivaci Jakub dával pamlsky psovi. Celkově i po canisterapii je krmení Jakuba mnohem úspěšnější.

*Závěr:* Během canisterapie díky dobré Jakubové spolupráci docházelo k uvolnění spasmů, které trvalo i po ukončení canisterapie. Zvednutou hlavu udržel stále stejně dlouho. Uvolňuje dlaň pravé ruky, oběma rukama hladí psa. Bez špetkového úchopu. Velkým pokrokem je u Kubíka přijímání jídla, které po skončení canisterapie sní bez větších potíží. V průběhu posledních canisterapeutických jednotek vyslovoval „ína“, což v daném kontextu znamenalo „Sheena“ (čteno „Šína“).

## ***KAZUISTIKA č. 2***

### **Osobní údaje**

Jméno: Nikola

Datum narození: 1995

Současný věk: 18 let

### **Osobní a rodinná anamnéza**

Nikola pochází z úplné rodiny, má dvě starší sestry. Matka pracuje jako účetní a otec jako číšník. Bydlí v rodinném domě., každá ze sester má vlastní pokoj. Rodinné prostředí je klidné a láskyplné. Nikola má velký strach ze psů, protože byla psem pokousána. Při canisterapii vše pozorovala z dálky nebo se nechtěla vůbec účastnit. Tento stav trval přibližně půl roku. Když rodiče koupili německého ovčáka na hlídání domu, její negativní postoj ke psům slábne. Účastní se skupinových canisterapeutických jednotek. Nikola dochází v rámci stacionáře také na dramaterapii, která jí velmi baví. Navštěvuje Střední školu Slezské diakonie, ve třídě má asistentku. Do stacionáře se sváží 4x týdně na

rehabilitace a odpolední pobyt po skončení vyučování. Oba rodiče se stacionářem aktivně spolupracují.

### **Diagnóza**

Dětská mozková obrna – spastická kvadruparéza, lehká mentální retardace.

### **Výchozí stav fyzického, psychického a sociálního rozvoje**

#### ***Hrubá motorika***

Nikola je imobilní, ve škole má rehabilitační židli Aris, jinak se pohybuje na invalidním vozíku. Neplazí se, v poloze na břišku udrží hlavu dlouho zvednutou. Sedí s oporou, hlavou otáčí, předklání ji. S obtížemi dokáže hodit balonek.

#### ***Jemná motorika***

Obě ruce jsou spastické, obě ruce zaťaté v pěst. V rukách udrží krátkodobě větší předměty (láhev s pitím, balonek). Tužku v ruce neudrží.

#### ***Komunikace***

Nikola komunikuje srozumitelně, mluví v celých větách, slovní zásoba je však vzhledem k postižení omezená. Pasivní slovní zásoba je bohatší než aktivní.

#### ***Rozumové schopnosti***

Nikola umí počítat, sčítat a odčítat. Dobře si pamatuje texty písní, básní. Prostorovou orientaci má dobrou. Poznává barvy, tvary, velikosti, rozpoznává dobře rozdíly. Lidské tělo zná do detailů.

#### ***Psychosociální oblast***

Nikola je stále pozitivně naladěná, usměvavá dívka. Je velmi ráda ve společnosti lidí, kontakt navazuje lehce, je velmi kamarádká. Je to zvědavá, snaživá slečna, vždy se těší na nové úkoly.

### **Individuální plán canisterapie**

**Hlavní cíl:** Rozvoj hrubé a jemné motoriky, komunikace, eliminace strachu ze psa.

#### **Realizace plánu a zhodnocení:**

##### **Hrubá motorika**

- házení aportu,
- eliminací strachu ze psa dosáhnout individuálních canisterapií a následně polohování k uvolnění spasmů.

*Zhodnocení:* Házení aportu Nikolu baví. Zpočátku se pes nesměl přiblížit k jejímu vozíku, jinak aport hodit nechtěla, postupem času se však tolerance blízkosti psa u jejího vozíku při házení aportu zvyšovala. Individuální canisterapie nebylo dosaženo z důvodu přetrvávajícího strachu ze psa.

##### **Jemná motorika**

- rozvoj jemné motoriky pomocí her – uchopení balonků, hraček a následné hození, držení vodítka, kartáčování psa, schovávání pamlsku do srsti, odměna psovi.

*Zhodnocení:* Házení balonků, držení vodítka, kartáčování psa - všechny aktivity Nikola zvládá, vše ale krátkou chvílí z důvodu přetrvávajícího strachu ze psů, po chvíli chce v činnosti vystřídat jiným uživatelem, doba činnosti se však postupně prodlužuje. Baví jí schovávání pamlsku v psí srsti pro ostatní, sama ho hledat nechce. Pamlsek psovi nabídne, ne však z ruky, ale hodí mu ho.

##### **Stimulace**

- hmatové podněty – kontakt s psí srstí, rozlišování různých materiálů obojků,
- zrakové podněty – vizuální kontakt se psem, sledovat pohyb psa.

*Zhodnocení:* Zpočátku si Nikola psa pohládila jen s vedením ruky, později si psa hladila i z vlastní iniciativy, vždy však s nataženou rukou před sebou, zařatou v pěst a s dostatečným odstupem od psa. Během canisterapií si Nikola často všimla víc ostatních klientů a okolních podnětů než psa. V současnosti nejen na vyzvání naváže vizuální kontakt se psem bez obav.

### ***Komunikace***

- rozšíření slovní zásoby povídáním si o psovi – popis těla, ukázat a pojmenovat části těla na psovi a následně na vlastním těle, péče o naše zdraví a o zdraví psa a jiných zvířat,
- komunikace se psem – povelová technika (zřetelné vyslovování povelů); dbát na správnou výslovnost,
- rozvíjení vět – popis obrázků (kdo je na obrázku, co dělá, co pes smí a nesmí dělat/jíst); popis aktuální činnosti psa; říkánky a písně o psovi.

*Zhodnocení:* V této oblasti má Nikola nejlepší výsledky. Dokáže popsat tělo psa, ukázat na určené části těla psa, tyto části ukázat na sobě nebo kamarádovi. Při vyslovování povelů se Nikole dařilo zřetelně povel vyslovovat i se správnou intonací. Nejoblíbenější činností z canisterapie bylo zpívání a recitování básniček nejen o psech.

### ***Psychosociální oblast***

- eliminovat strach ze psa a tím dosažení individuálních canisterapií.

*Zhodnocení:* V porovnání se začátky canisterapie Nikola udělala velký pokrok. Nyní si psa pohladí z vlastní iniciativy, ráda soutěží s ostatními dětmi i v blízkosti psa. Při canisterapii si však nelehne, ani mezi ostatní děti při hrách, vše pozoruje ze svého vozíku. Poslední měsíc výzkumu se Nikola na canisterapii těší. K individuální canisterapii však zatím nesvolila.

*Závěr:* Hlavní cíl rozvoj jemné motoriky byl splněn. Doba vykonávání jednotlivých aktivit se postupně prodlužuje a tím budou i výsledky znatelnější. Druhým hlavním cílem byla snaha pomoci Nikole eliminovat strach ze psů. Tento záměr byl splněn. Nikola se účastní skupinových canisterapií. Ne všech úkolů se účastnit chce, zejména pokud má být umístěna mimo svůj invalidní vozík anebo být v těsné blízkosti psa. V oblasti komunikace si rozšířila aktivní slovní zásobu s psí tematikou a dalšími pojmy.

### ***KAZUISTIKA č. 3***

#### **Osobní údaje**

Jméno: Anička

Rok narození: 2003

Současný věk: 10 let



### **Osobní a rodinná anamnéza**

Anička pochází z úplné rodiny, má dvojče bratra, který je zdravý, navštěvuje běžnou základní školu. Její matka pracuje v květinářství a otec jako programátor. Bydlí v třípokojovém bytě, pokoj sdílí s bratrem. Anička v rámci stacionáře využívá rehabilitační služby, křesťanský kroužek a rehabilitační plavání. Navštěvuje Základní školu Slezské diakonie a do stacionáře ji svázejí 3x týdně na rehabilitace a odpolední pobyt. Rodiče se stacionářem spolupracují.

### **Diagnóza**

Dětská mozková obrana – kvadruspastická forma, střední mentální retardace.

### **Aktuální stav fyzického, psychického a sociálního rozvoje**

#### ***Hrubá motorika***

Anička je imobilní, používá invalidní vozík, plazí se v pomalém tempu, nejčastěji se po zemi kutálí, hlavu udrží zvednutou.

#### ***Jemná motorika***

Uchopuje predilekčně, levá ruka je více spastická, předměty udrží pouze krátkou dobu. Úchop dlaňový. Dokáže pracovat s iPadem, prstem se správně pohybuje po displeji. Zvládne si zapnout televizi, DVD přehrávač.

#### ***Komunikace***

Anička nemluví, používá občas slabiky. Souhlas-nesouhlas vyjadřuje ano-ne. Dorozumívá se neverbálně, gesty, tělem. Uvědoměle používá gesta, umí dát najevo, co chce. Pasivní zásobu má velmi bohatou. Velmi dobře navazuje spontánní zrakový kontakt.

#### ***Rozumové schopnosti***

Anička se velmi dobře orientuje ve svém tělesném schématu, zná všechny části těla i s detaily, umí je ukázat. Dobře rozumí pojmům, pozná tvary, základní barvy, početní dovednosti do 5.

#### ***Psychosociální oblast***

Anička má stále dobrou náladu, je velmi kamarádká, ráda poznává nové lidi, je ráda v kolektivu, snadno navazuje vztahy s ostatními lidmi.

### **Individuální plán canisterapie**

**Hlavní cíl canisterapie:** Rozvoj jemné a hrubé motoriky a pasivní slovní zásoby.

#### **Realizace a zhodnocení plánu.**

##### **Hrubá motorika**

Provádět polohování k uvolnění spasmů:

- Anička leží na boku, pes kopíruje její tělo zepředu nebo zezadu, horní končetina kolem krku psa nebo ruka přes něj,
- Anička je vleže na zádech, pes je pod dolními končetinami,
- Anička je na boku, pes z čelní strany, objímá ho pažemi,
- Anička klečí na patách, obličej a trup položeny na psovi, horní končetiny volně přes psa.

*Zhodnocení:* Anička se na polohování těší vždy nejvíc ze všech terapií. Při něm je uvolněná, usměvavá, klidná. Dochází k uvolnění spasmů, k celkovému prohrátí končetin.

##### **Jemná motorika**

- u pravé ruky nácvik špetkového úchopu a prodloužení doby úchopu – hození aportu na vyzvání, vytáhnutí pamlsku z nádoby a následné podání pamlsku psovi ve špetkovém úchopu,
- kartáčování psa pravou i levou rukou, připnutí vodítka, jemný dotek na psí čenich, nalévání vody do misky.

*Zhodnocení:* Anička se při vytahování pamlsku z nádoby naučila používat špetkový úchop a zvládla pamlsek i takto podat. Ve špetkovém úchopu pamlsek udrží jen chvíli. Při házení aportu dokáže Anička míček udržet tak dlouho, dokud jí canisterapeutka nevyzve. Vodítko připne levou rukou s pomocí, kartáčování psa pravou rukou taktéž s pomocí. Zvládne pomalý pohyb směrem k čenichu psa a následný dotyk ukazováčkem. Nalije vodu do misky jen s pomocí.

##### **Komunikace**

- rozšiřování pasivní slovní zásoby – na vyzvání ukázat části psa, v košíku najít na vyzvání konkrétní předmět.

*Zhodnocení:* Anička v poloze na zádech ukazuje na stojícím psovi jednotlivé části těla a potom i na sobě. Zvládla ukázat i drápky u psa a nehty na svých rukách. V košíku na pokyn vyhledávala různé hračky, předměty, aporty, vždy správně.

### ***Stimulace***

- hmatové podněty – olizování částí těla, mazlení se se psem, dotyk psí srsti, dýchání psa.

*Zhodnocení:* Anička sama psovi ukazuje na svůj obličej, aby jí olízal. Psa objímá oběma rukama a vydrží se s ním mazlit opravdu dlouho.

*Závěr:* Polohování, jako metoda k rozvoji hrubé motoriky, bylo u Aničky pokaždé úspěšné. Výborně s canisterapeutickým týmem spolupracovala, vždy dělala přesně to, co jí canisterapeutka řekla, k čemu jí vyzvala. Taktéž u jemné motoriky byly cíle splněny. Špetkový úchop zvládne již vytvořit, předměty v ruce udrží delší dobu. Pravou rukou zvládne psa pohladit, s pomocí i kartáčovat. Oběma rukama ho obejmě. Canisterapie má celkově pozitivní vliv na Aničku. Pes jí silně motivuje ke splnění zadaných úkolů.

## ***KAZUISTIKA č. 4***

### **Osobní údaje**

Jméno: Kateřina

Rok narození: 2002

Současný věk: 11 let

### **Osobní a rodinná anamnéza**

Kačenka pochází z úplné rodiny, má dva starší sourozence (sestra 12 a bratr 3 let) a jednoho mladšího ročního bratra, se kterým je její matka na rodičovské dovolené. Její otec je zaměstnancem Českých drah. Kačenka navštěvuje stacionář 4x týdně v odpoledních hodinách po skončení vyučování na Základní škole Slezské diakonie. V rámci stacionáře dochází na fyzioterapii, hipoterapii, křesťanský kroužek, dramaterapii, rehabilitační plavání. Má velmi ráda hudbu, básně. Rodina se stacionářem spolupracuje málo.

### **Diagnóza**

Dětská mozková obrna – centrální pravostranná hemiparéza spastického typu, středně těžká mentální retardace.

### *Aktuální stav fyzického, psychického a sociálního rozvoje*

#### ***Hrubá motorika***

Samostatná chůze.

#### ***Jemná motorika***

Vzhledem k základnímu postižení používá levou rukou k jídlu, držení tužky, k malování aj. Při grafomotorických cvičeních potřebuje pomoc, dokáže naznačit kruh, jinak jde o čmárání. Zvládne postavit na sebe dvě menší kostky, úchop zvládá špetkový, i s menšími předměty zvládá manipulovat, přehazuje si je z pravé ruky do levé. Sama si dokáže svléknout tepláky, papuče, ponožky, s oblékáním je potřeba pomáhat. Knoflík nezapne, mašli neuváže.

#### ***Komunikace***

Řeč je převážně srozumitelná, občas mluví rychle a dochází k chybám v řeči. Má širokou slovní zásobu, jak pasivní, tak aktivní. Utváří správně věty, odpovídá na jednoduché otázky, rychle se učí nová slova. Často opakuje to, co je někomu vytýkáno. Ráda recituje básně a také ráda zpívá písně.

#### ***Rozumové schopnosti***

Umí číst pouze některá písmena, která nedokáže spojit ve slovo. Z matematických dovedností dokáže napočítat mechanicky do 10, také tyto číslice pozná, ale často chybuje. Správně pojmenuje a ukáže části lidského těla. Vyhledávání rozdílů jí dělá potíže. Má dobrou paměť na básničky, říkanky, písně.

#### ***Psychosociální oblast***

Kačenka je usměvavá dívka, často jí ale rozčílí lidé ve skupině. V kolektivu se chová dominantně, neustále ostatní děti úkoluje, okřikuje. Činnosti, které jí nebaví, přesouvá na někoho jiného anebo je předčasně ukončuje, než je splní. Je lenivá. Nerada poslouchá příkazy, nerespektuje autoritu. Při činnosti bývá nesoustředěná, je nutné jí neustále motivovat a připomínat, co má v danou chvíli dělat.

### **Individuální canisterapeutický plán**

**Hlavní cíl:** Zlepšit sociální vztahy ve skupině, rozvíjet jemnou a hrubou motoriku, soustředění a motivaci k činnosti, dbát na srozumitelnost řeči

#### **Realizace a zhodnocení plánu:**

##### **Hrubá motorika**

- procházky se psem, schovávání pamlsku venku/v místnosti, překážková dráha a agility, přetahování se se psem o lano a házení aportu pravou rukou na cíl, napodobování činnosti psa.

**Zhodnocení:** Kačenka se velmi ráda prochází se psem na vodítku v okolí stacionáře, z počátku velmi nerada půjčovala vodítko jiným uživatelům, to se však v posledních měsících canisterapií zlepšilo. Hodit aport a přetahovat se o lano zvládá pravou rukou chvíli, má tendenci si předměty přehazovat do levé. Při skupinových terapiích měla nejraději napodobování činnosti psa, zejména plazení.

##### **Jemná motorika**

- zapojovat do činnosti pravou ruku, dbát na to, aby si předměty nepřehazovala do levé.

**Zhodnocení:** Kačenka zvládá otevřít nádobu s pamlsky (pravá ruka drží nádobu, levá ruka otevírá), při podávání pamlsku střídá špetku a dlaň u obou rukou. Oběma rukama také zvládá hlazení psa, kartáčování srsti, vytáhnutí aportu z košíku a následné hození psovi. Pouze levou rukou zvládá manipulaci s obojkem a karabinou s dopomocí, nalití vody do misky, ovazování tlapky.

##### **Komunikace**

- popsat rozdíly mezi jednotlivými plemeny, zpívání písni a vyprávění pohádek s psí tematikou,
- povelová technika, správné navádění dětí a psa přes překážky – dbát na srozumitelnost řeči.

**Zhodnocení:** Kačenka se aktivně zapojovala. Písni si zpívá ještě dlouho po skončení canisterapie. Zvládne převyprávět krátký příběh. Při rozpoznávání rozdílů mezi plemeny pozná jen ty nejviditelnější rozdíly – malý/velký pes, černý/bílý aj. Navádět psa a jiné klienty přes překážkovou dráhu zvládá velmi dobře. Problém nastává v tónu hlasu, když

navádí klienty, často se rozčílí, když to některému z nich nejde. Při vyslovování povelů canisterapeutka Kačence vysvětlila, že je potřeba při jejich vyslovování dbát na jejich přesné a srozumitelné vyřčení, jinak pes povel nesplní. Kačenka povely zvládá vyslovit přesně, pes na povely reaguje.

### *Stimulace*

- hmatové podněty – mazlení se se psem a soustředění se na dýchání psa,
- zrakové podněty – vyhledat psa v místnosti.

*Zhodnocení:* Při individuální canisterapii se Kačenka dokázala uvolnit a soustředit na dýchání psa, vydržela ho objímat až do ukončení činnosti canisterapeutkou. Při skupinové terapii je Kačenka roztržitá, a pokud se od ní pes vzdálí, už ho nevnímá a na pokyn psovoda k nalezení psa v místnosti Kačenka nereaguje.

### *Psychosociální oblast*

- nácvik trpělivosti, tolerance a respektu k jiným lidem, rozvíjení citlivosti k potřebám druhých, zlepšení spolupráce v kolektivu,
- rozvoj smyslu pro povinnost, udržení pozornosti, motivace k činnostem,
- pozitivní naladění.

*Zhodnocení:* Kačenka stále při hrách ostatní uživatele úkoluje, vyžaduje si plnou pozornost všech. Ke změně však došlo v respektování autority. Pokud je Kačenka upozorněna na nevhodné chování, často se i dotyčným omluví. Pes funguje dobře jako motivace pro dokončení úkolu, který je Kačence přidělen. Pokud ho nesplní, není odměna (např. mazlení se se psem, podání pamlsku). Při hrách („na veterinu“, překážková dráha), při předávání kartáče, vodítka či aportu dalšímu klientovi se Kačenka naučila dobře spolupracovat v kolektivu, upevnila si/získala návyky společenského chování (prosba, poděkování). Při canisterapii se Kačenka dokáže zklidnit. Při blízkém kontaktu (mazlení, hlazení) se psem je klidná, usměvavá, velmi spokojená.

*Závěr:* Hlavní cíl „zlepšit sociální vztahy ve skupině“ byl splněn. Kačenka je více tolerantní k ostatním lidem ve skupině, je vnímavější k jejich potřebám. Na příkazy reaguje často s nevolí, přesto je následně splní. Zlepšila se také spolupráce v kolektivu. K rozvoji hrubé a jemné motoriky taktéž došlo k pokroku. Více zapojuje pravou ruku, zvládne s ní více činností, pes výborně u ní funguje jako motivace.

#### 4.5 ZÁVĚR VÝZKUMU

Canisterapie v DS Lydie probíhá 1-2x týdně v prostorách denního stacionáře. Z počátku canisterapie měli uživatelé z neznámého psa strach. Ten se však postupně u většiny uživatelů vytratil, pouze v jednom případě strach přetrvával. Uživatelé si na canisterapeutický tým zvykli, ochotně spolupracovali a těšili se vždy na další canisterapeutické jednotky.

Již samotná přítomnost psa měla pro uživatele velký význam, aniž by musel být zapojen do všech činností. Pes je pro uživatele silným motivačním prvkem, což se projevilo lepší spoluprací, aktivizací uživatelů k pohybu a ochotným plněním zadaných úloh.

Po dobu trvání výzkumu byla pozorována a hodnocena oblast hrubé motoriky, jemné motoriky, komunikace a psychosociální oblast. Ve všech oblastech byl prokázán pokrok uživatelů a celkové pozitivní účinky canisterapie.

##### **Hrubá motorika**

Pes funguje jako výborný motivační faktor k vykonání i méně zajímavých, či namáhavých aktivit. Uživatelé s pohybovými problémy si formou hry procvičovali motorické schopnosti a dovednosti. Byly vybírány činnosti, u kterých dochází k zapojení velkých svalových skupin, jako je procházka se psem, zdolávání překážek, slalom, agility, napodobování pohybů psa, přetahování se se psem o lano, hod aportu, ukrývání předmětů v místnosti/venku a následné hledání psem aj.

Významný pozitivní vliv na uvolnění spasmů, prokrvení dolních a horních končetin a celkovou relaxaci mělo polohování, které bylo prováděno u dvou imobilních klientů se spastickou kvadruparézou. Uvolnění spasmů trvalo ještě několik hodin po skončení canisterapie. Bohužel místnost, kde polohování probíhalo, sousedí s jinou třídou a někdy došlo k rozrušení psa a následně i uživatele.

Výzkumná otázka „*Pomůže canisterapie uvolnit spasmy a zlepšit tím hrubou motoriku uživatelů?*“ byla potvrzena.

### **Jemná motorika**

V oblasti jemné motoriky byly zařazeny činnosti, u kterých dochází k zapojení malých svalových skupin a je nutná přesnost a koordinace pohybů. Pes opět fungoval jako motivační faktor k vykonání úkonů, které jsou pro uživatele náročné, vyžadují trpělivost a určitou míru koncentrace. Byly zařazeny aktivity, jako je otevírání nádoby s pamlsky, zapínání a rozepínání obojku, připnutí vodítka, u kterých je nutnost zapojení pravé i levé ruky. U činností jako hlazení psa, česání a kartáčování psa, nalévání vody do psí misky, hledání předmětu v psí srsti canisterapeutka dbala, aby uživatelé střídali levou a pravou ruku. Při manipulaci s pamlsky u jednoho z uživatelů došlo k vytvoření špetkového úchopu.

V této oblasti prokazatelně došlo ke zlepšení stavu jemné motoriky, ke zlepšení úchopu, k celkovému zlepšení koordinace a přesnosti pohybových úkonů. Výzkumná otázka „*Zlepšuje canisterapie jemnou motoriku uživatelů?*“ byla potvrzena.

### **Komunikace**

V průběhu canisterapie se i u méně komunikujících uživatelů projevila přirozená potřeba komunikovat. Při komunikaci se psem uživatel získává pozitivní zpětnou vazbu, pes je vděčným posluchačem a uživatel s ním může mluvit „svou řečí“. U lidí se často setkávají s nepochopením, a to se pak odráží na sebevědomí jedince, u psa se jim to stát nemůže. Prostřednictvím psa docházelo během canisterapií k rozhovorům na nejrůznější témata. Uživatelé si povídali o svých domácích mazlíčcích, o stavbě těla a potřebách psa, vyprávěli si pohádky s psí tematikou, recitovali básně a zpívali písně, přičemž nenásilnou formou docházelo k rozšiřování slovní zásoby a ke zlepšení komunikačních dovedností. Nejoblíbenější činností byla povelová technika, při které se uživatelé snažili o co nejpřesnější a nejsrozumitelnější vyslovení povelu. Odměnou jim byla získaná pozornost psa a možnost psa po splnění povelu odměnit.

I v této oblasti došlo u pozorovaného vzorku k výraznému zlepšení. Výzkumná otázka „*Rozvíjí canisterapie komunikaci uživatelů?*“ byla potvrzena.



### Psychosociální oblast

Pes již jen svou přítomností v místnosti navodil vždy dobrou náladu a těšení se na canisterapeutickou jednotku. Chvilu strávené se psem provázelo veselí, výskot, uvolněná nálada, ale také relaxace a zklidnění uživatelů. Pouze jedna uživatelka, která měla velký strach ze psů, se zpočátku chovala velmi odtažitě a canisterapii sledovala zpovzdálí ze svého vozíku. Přesto i u ní si přátelský a veselý pes získal její náklonost a začala se zúčastňovat skupinových canisterapií. Věřím, že v budoucnu se zúčastní i individuálních canisterapeutických jednotek. Na uživatele, který odmítal jídlo, kontakt se psem působil velmi pozitivně a krmení během canisterapie a také po ní, bylo již bez problémů. Pozitivní emoční naladění přetrvávalo u uživatelů dlouho po skončení canisterapií.

Během canisterapií formou hry docházelo k utváření nebo upevňování již vytvořených vztahů mezi uživateli samotnými, mezi uživateli a pracovníky stacionáře, či mezi uživatelem a psem. Prostřednictvím canisterapie se uživatelé učili toleranci, ohleduplnosti, vzájemné pomoci a spolupráce, upevňovali si nebo získávali návyky společenského chování (prosba, poděkování). Uživatelé se také dokázali déle soustředit na úkoly a snažili se je plnit co nejlépe, pes zde působil jako významný motivační faktor. Správným vykonáním úkolu uživatelé zažívali pocit úspěchu a obdivu ve skupině a tím se zvyšovalo i jejich sebevědomí. Došlo k výraznému zlepšení v mezilidských vztazích.

Výzkumná otázka „*Dokáže canisterapie navodit pozitivní emoce u uživatele a zlepšit vztahy ve skupině?*“ byla potvrzena.

### Doporučení

Na základě získaných výsledků během šetření lze říci, že canisterapie má významný pozitivní vliv na jednotlivé uživatele denního stacionáře Lydie, jelikož došlo ke zlepšení ve všech sledovaných oblastech. Zařadit canisterapii do nabídky služeb stacionáře se osvědčilo jako velmi vhodné, napomáhá ke zkvalitnění péče o jednotlivé uživatele. A proto doporučuji **využívat služby canisterapie i nadále, dbát na pravidelnost canisterapeutických jednotek a pokračovat ve vedení canisterapeutických plánů u jednotlivých uživatelů**. Konkrétní plány, jak se ukázalo, jsou významným vodítkem pro práci canisterapeuta, ale rovněž jistě poslouží i pracovníkům v přímé péči jako ukazatel rozvoje uživatele a jako inspirace pro další práci s ním. Jelikož je canisterapie fakultativní,

avšak docela nákladnou činností, **doporučuji aktivně vyhledávat vhodné grantové výzvy podporující podobné aktivity.**

Dále **doporučuji optimalizovat prostory pro canisterapii**, aby během ní nedocházelo k narušování průběhu individuálních canisterapií a polohování, kde klid je pro úspěch nezbytně nutný. Jelikož v denním stacionáři chybí relaxační místnost, kde by bylo možné individuální canisterapie provádět, doporučuji využít vhodný dotační program pro zřízení relaxační místnosti v duchu snoezelen konceptu<sup>13</sup>, která by mohla být využívána nejen pro canisterapii.

Vzhledem k tomu, že je canisterapie součástí komplexní péče o uživatele, **doporučuji zavést a metodicky rozpracovat systém sdílení a předávání informací mezi jednotlivými pracovníky** (pracovníci v přímé péči, fyzioterapeut, psycholog, pedagog), kteří se podílí na péči konkrétního uživatele. Především chybí vazba právě na canisterapeuta. V praxi probíhá sdílení informací jen na konkrétní canisterapeutické jednotce, ale vzhledem ke zjištěnému významu canisterapie na uživatele **doporučuji zapojit canisterapeuta rovněž do systému setkávání pracovníků** (porady, intervize), které jsou věnovány individuálnímu plánování konkrétních uživatelů. Jelikož také canisterapeut může pracovnímu týmu přinést ze svého pohledu nové poznatky, náměty či dokonce návody, jak lze s uživatelem pracovat. To vše by mělo být metodicky ošetřeno v předpisech denního stacionáře.

---

<sup>13</sup> Místnost **Snoezelen** je specificky vytvořené prostředí pro účely senzorické stimulace, relaxace, zklidnění, k rozvoji verbální i neverbální komunikace, k posílení adaptace, socializace, pozornosti, k podpoře kognitivní a emocionální složky aj. Využívá se jak u dětí s postižením, tak u intaktních dětí, dospělých i v geriatrii (Plecháčková, 2002-2012).

## ZÁVĚR

Kombinované postižení způsobuje celkové omezení člověka v mnoha oblastech jeho života. Jsou výrazně omezeny a změněny emocionální, kognitivní a tělesné schopnosti, ale také sociální a komunikačních dovednosti. Jedná se o velice závažné oslabení jedince. Tito lidé jsou ohroženi sociálním vyloučením a jejich integrace díky sociálním službám je více než potřebná. V rámci sociálních služeb by mělo jít především o komplexnost poskytovaných činností. Domnívám se, že canisterapie, jako podpůrná terapeutická metoda, by měla být zařazena do nabídky v rámci komplexní péče nejen o jedince s různým typem postižení. Canisterapie využívá pozitivního působení psa na psychickou, fyzickou a sociální pohodu člověka, tudíž na jeho zdraví. Klade důraz na řešení problémů psychologických, citových a sociálně-integračních, působení na fyzické zdraví je u ní druhotné. Canisterapie je prováděna formou sociální služby a často jí vykonávají specialisté na kynologii v sociálních službách. Možností využití canisterapie v sociální práci je velké množství, v naší společnosti však canisterapie nenašla zatím příliš velké uplatnění.

Diplomová práce je rozčleněna na čtyři kapitoly, přičemž první tři se zabývají teoretickým vymezením a čtvrtá kapitola je věnována vlastnímu výzkumu.

První kapitola vymezuje vybrané druhy postižení, u kterých bylo sledováno canisterapeutické působení v rámci výzkumu. Sociální služby, jejich teoretické vymezení, legislativní rámec a kvalita sociálních služeb je obsahem druhé kapitoly. Jelikož výzkum byl prováděn v denním stacionáři, i jemu je věnována v této kapitole pozornost. Důležitou a stěžejní kapitolou je teoretické vymezení canisterapie. Třetí kapitola shrnuje podstatné informace o canisterapii, a to především její definici, zajímavý historický vývoj canisterapie a současný stav v České republice. Součástí je rovněž popis jednotlivých metod, forem a samotného průběhu canisterapie, dále její cíle a využití v různých oblastech péče o osoby s hendikepem. Část je věnována také canisterapeutickému týmu a jeho schopnostem a dovednostem, které jsou potřebné a nutné pro poskytování kvalitní canisterapie.

V kapitole čtvrté je popsán vlastní výzkum, který byl prováděn v rámci denního stacionáře Slezské diakonie Lydie. Posláním Lydie je podpora a pomoc jedincům se

zdravotním postižením v udržení a rozvíjení fyzických, psychických a sociálních dovedností a jejich začlenění do běžného života. Canisterapie se proto jeví jako vhodný podpůrný prostředek k naplnění jednotlivých oblastí poslání. Výzkumný vzorek tvořili uživatelé Lydie s různým stupněm mentální retardace a kombinovaným postižením. Na základě získaných výsledků během výzkumu lze říci, že canisterapie má významný pozitivní vliv na jednotlivé uživatele, jelikož došlo ke zlepšení ve všech sledovaných oblastech, kterými byla jemná a hrubá motorika, komunikace a psychosociální oblast. Zařadit canisterapii do nabídky služeb stacionáře se osvědčilo jako velmi vhodné, napomáhá ke zkvalitnění péče o jednotlivé uživatele. **Canisterapie bezpochybně zlepšuje jejich fyzický, psychický a sociální rozvoj.** V závěru výzkumu jsem rovněž uvedla určitá doporučení.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Zákony a vyhlášky

1. ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.
2. ČESKO. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.
3. ČESKO. Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.

### Knižní zdroje

4. BAZALOVÁ, B. Psychopedie. In PIPEKOVÁ, J. ed. al. *Kapitoly za speciální pedagogiky*. 3. vydání. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
5. FISCHER, S. ŠKODA, J. *Speciální pedagogika – Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: TRITON, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014.
6. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
7. HUTAŘ, J., KRÁSA V. *Co přináší zákon o sociálních službách pro uživatele, poskytovatele, orgány státní správy a samosprávy*. Praha: Národní rada zdravotně postižených ČR, 2006. 34 s.
8. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha : Triton, 2001. 144 s. ISBN 80-7254-192-7.
9. KOLEKTIV AUTORŮ. *Bílá kniha v sociálních službách*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2003. 52 s.
10. KOLEKTIV AUTORŮ. *Interní materiály – Příručka pravidel a metodických postupů při organizaci práce*. Český Těšín: Slezská diakonie, 2012.
11. KOLEKTIV AUTORŮ. *Praconík sociální péče se zaměřením na osoby se zdravotním postižením – ambulantní služby*. Český Těšín: Diakonický institut, 2007. 149 s.
12. KOLEKTIV AUTORŮ. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. 188 s.
13. KOLEKTIV AUTORŮ. *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006a. 15 s.
14. KOLEKTIV AUTORŮ. *Výroční zpráva 2009*. Český Těšín: Slezská diakonie, 2009.

15. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006b. 77 s. ISBN 80-244-1479-1.
16. KOLEKTIV AUTORŮ. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce poskytovatele*. 1. vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
17. LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
18. MICHALÍK, J., JESENSKÁ, J., VENCL, J. *Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb*. Praha: Národní rada zdravotně postižených ČR, 2007. 119 s. ISBN 80-903657-2-8.
19. MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. 510 s. ISBN 978-80-7367-859.
20. MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1994. 199 s. ISBN 80-21-1009-6.
21. MŮLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
22. NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006. 159 s. ISBN 80-00-01809-8.
23. OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
24. OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s DMO*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-210-3242-1.
25. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
26. PIPEKOVÁ, J. ed. al. *Kapitoly za speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
27. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
28. SOVÁK, M. a kol. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jihočany: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
29. STRAKOVÁ, M., ČERMÁKOVÁ, K. *Standardy kvality sociálních služeb – příručka pro uživatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008, s. 20.
30. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace. Vzdělání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2000. 178 s. ISBN 80-7178-506-7.

31. ŠLAPAL, R. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002. 35 s. ISBN 80-7315-017-4.
32. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
33. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha : Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-063-5.
34. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální pedagogika). Základy, teorie, praxe*. Brno: MSD, spol. s.r.o., 2003. 248 s. ISBN 80-214-2359-5.
35. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 1. vyd. Brno: Paido, 1999. 144 s. ISBN 80-85931-69-9.
36. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006, 302 s. ISBN 80-7315-134-0
37. VANČOVÁ, A. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 2001. ISBN 80-967180-7-X.
38. VELEMÍNSKÝ, M. (ed.) a kol. autorů. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
39. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 3. vyd., Praha: Parta, 2009. 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.

### Diplomové práce

40. BLAHOVÁ, M. *Somatické, kognitivní, psychické a sociální aspekty u osob s tělesným postižením vrozeným a získaným*. Diplomová práce, Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2012. 85 s.
41. ČÍŽKOVÁ, D. *Canisterapie v dětském stacionáři*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2007. s. 99.
42. DIVÍŠKOVÁ, K. *Canisterapie a hipoterapie u osob s těžkým postižením*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2012. 84 s.
43. MIŠUTOVÁ, V. *Sociální rehabilitace osob s mentálním postižením*. Bakalářská práce. Brno: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií, 2010. 63 s.

**Elektronické zdroje**

44. Anitera o. p. s. [online]. 2009 [cit. 2012-02-25]. *Zkušební řád pro testování canisterapeutických psů společnosti Anitera o.p.s.* Dostupné na WWW: <http://www.animoterapie.cz/canisterapie/zkusebni-rad.htm>.
45. Canisterapie o. s. [online]. 2013 [cit. 2012-02-20]. *O canisterapii – trocha teorie.* Dostupné na WWW: <http://www.canisterapeuti.cz/index.php/o-canisterapii/27-o-canisterapii-trocha-teorie>.
46. Cantes o. s. [online]. 2008 [cit. 2012-12-02]. *Co je to canisterapie.* Dostupné na WWW: <http://cantes.webnode.cz/co-je-to-canisterapie/>.
47. DURECOVÁ, K. [online]. 2007-10-22 [cit. 2013-01-20]. *Rozlišení problematiky duševní nemoci a mentálního postižení.* Dostupné na WWW: <http://www.kvalitavpraxi.cz/co-je-noveho/rozliseni-problematiky-dusevni-nemoci-a-mentalniho-postizeni.html>.
48. eAmos [online]. 2002a [cit. 2013-01-25]. *Canisterapeutické aktivity: Konkrétní canisterapeutické aktivity.* Dostupné na WWW: [http://eamos.pf.jcu.cz/amos/ksu/modules/low/kurz\\_text.php?identifik=ksu\\_453\\_t&id\\_kurz=&id\\_kap=24&id\\_teach=&kod\\_kurzu=ksu\\_453&id\\_kap=24&id\\_set\\_test=&se\\_arch=&kat=&startpos=4](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/ksu/modules/low/kurz_text.php?identifik=ksu_453_t&id_kurz=&id_kap=24&id_teach=&kod_kurzu=ksu_453&id_kap=24&id_set_test=&se_arch=&kat=&startpos=4).
49. eAmos [online]. 2002b [cit. 2013-01-25]. *Canisterapie u jednotlivých skupin klientů: Canisterapie u osob s mentálním postižením.* Dostupné na WWW: [http://eamos.pf.jcu.cz/amos/ksu/modules/low/kurz\\_text.php?identifik=ksu\\_453\\_t&id\\_kurz=&id\\_kap=14&id\\_teach=&kod\\_kurzu=ksu\\_453&id\\_kap=14&id\\_set\\_test=&se\\_arch=&kat=&startpos=7](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/ksu/modules/low/kurz_text.php?identifik=ksu_453_t&id_kurz=&id_kap=14&id_teach=&kod_kurzu=ksu_453&id_kap=14&id_set_test=&se_arch=&kat=&startpos=7).
50. eAmos [online]. 2002c [cit. 2013-01-25]. *Canisterapie u jednotlivých skupin klientů: Canisterapie u osob s tělesným postižením.* Dostupné na WWW: [http://eamos.pf.jcu.cz/amos/ksu/modules/low/kurz\\_text.php?identifik=ksu\\_453\\_t&id\\_kurz=&id\\_kap=14&id\\_teach=&kod\\_kurzu=ksu\\_453&id\\_kap=14&id\\_set\\_test=&se\\_arch=&kat=&startpos=9](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/ksu/modules/low/kurz_text.php?identifik=ksu_453_t&id_kurz=&id_kap=14&id_teach=&kod_kurzu=ksu_453&id_kap=14&id_set_test=&se_arch=&kat=&startpos=9).
51. eAmos [online]. 2002d [cit. 2013-01-26]. *Podmínky kontaktu psa s klientem.* Dostupné na WWW: [http://eamos.pf.jcu.cz/amos/ksu/modules/low/kurz\\_text.php?id\\_kap=11&kod\\_kurzu=ksu\\_453&identifik=ksu](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/ksu/modules/low/kurz_text.php?id_kap=11&kod_kurzu=ksu_453&identifik=ksu).



52. eAmos, [online]. 2002e [cit. 2013-01-24]. *Příprava canisterapeutických týmů na praktikování canisterapie*. Dostupné na WWW: [http://eamos.pf.jcu.cz/amos/ksu/modules/low/kurz\\_text.php?id\\_kap=10&kod\\_kurzu=ksu\\_453&identifik=ksu](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/ksu/modules/low/kurz_text.php?id_kap=10&kod_kurzu=ksu_453&identifik=ksu).
53. eAmos, [online]. 2002f [cit. 2013-01-24]. *Účastníci canisterapeutického procesu: Pes jako co-terapeut*. Dostupné na WWW: [http://eamos.pf.jcu.cz/amos/ksu/modules/low/kurz\\_text.php?identifik=ksu\\_453\\_t&id\\_kurz=&id\\_kap=7&id\\_teach=&kod\\_kurzu=ksu\\_453&id\\_kap=7&id\\_set\\_test=&search=&kat=&startpos=4](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/ksu/modules/low/kurz_text.php?identifik=ksu_453_t&id_kurz=&id_kap=7&id_teach=&kod_kurzu=ksu_453&id_kap=7&id_set_test=&search=&kat=&startpos=4).
54. eAmos, [online]. 2002g [cit. 2013-01-24]. *Zastřešující organizace v zooterapii, ESAAT*. Dostupné na WWW: [http://eamos.pf.jcu.cz/amos/ksu/modules/low/kurz\\_text.php?identifik=ksu\\_453\\_t&id\\_kurz=&id\\_kap=5&id\\_teach=&kod\\_kurzu=ksu\\_453&id\\_kap=5&id\\_set\\_test=&search=&kat=&startpos=5](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/ksu/modules/low/kurz_text.php?identifik=ksu_453_t&id_kurz=&id_kap=5&id_teach=&kod_kurzu=ksu_453&id_kap=5&id_set_test=&search=&kat=&startpos=5).
55. MPSV. Registr sociálních služeb [online]. 2013-03-10 [cit. 2013-03-10]. *Detail sociální služby: Slezská diakonie, LYDIE Český Těšín, denní stacionář*. Dostupné na WWW: <http://iregistr.mpsv.cz/sluzba/detailsluzby/16981>.
56. MPSV [online]. [cit. 2012-12-05]. *Sociální služby*. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>.
57. Odbor 22 [online]. 2012-08-29 [cit. 2013-11-29] *Ustanovení k inspekcím poskytování sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/6902>.
58. PLECHÁČKOVÁ, M. Dobromysl.cz [online]. 2002-2012 [cit. 2013-03-10]. *Snoezelen v multismyslové místnosti*. Dostupné na WWW: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1901>.
59. Podané ruce o. s. [online]. 2008-05-18 [cit. 2013-02-02]. *Zkušební řád pro canisterapie*. Dostupné na WWW: <http://www.canisterapie.info/o-canisterapii/zkusebni-rad/>.
60. Pomocné tlapky o. p. s. [online]. 2009-08-08a [cit. 2013-01-13]. *Canisterapeutické desatero*. Dostupné na WWW: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/canisterapeuticke-desatero-11.html>

61. Pomocné tlapky o. p. s. [online]. 2009-08-08b [cit. 2013-01-13]. *Polohování se psy*. Dostupné na WWW: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/polohovani-se-psy-10.html>.
62. Pomocné tlapky o. p. s. [online]. 2009-08-10c [cit. 2013-01-18]. *Smysl a cíle canisterapeutických zkoušek*. Dostupné na WWW: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/canisterapeuticke-zkousky/smysl-a-cile-canisterapeuticky-ch-zkousek-16.html>.
63. Pomocné tlapky o. p. s. [online]. 2009-08-20c [cit. 2013-01-18]. *Zkušební řád pro testování canisterapeutických psů*. Dostupné na WWW: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/canisterapeuticke-zkousky/zkusebni-rad-pro-testovani-canisterapeuticky-ch-psu-32.html>.
64. PRAUS, P. [online]. 2005-05-16 [cit. 2013-01-08]. *Inteligence a její měření*. Dostupné na WWW: <http://www.ssvp.wz.cz/Texty/inteligence.html>.
65. SPC pro děti s vadami řeči [online]. 2009 [cit. 2013-01-21]. *Co je AAK*. Dostupné na WWW: <http://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-co-je-aak-9>.
66. Slezská diakonie [online]. ZASE NENÍ © [cit. 2013-02-20], *Denní stacionář Lydie*. Dostupné na WWW: <http://www.slezskadiakonie.cz/potrebuji-sluzbu/lydie-cesky-tesin-denni-stacionar>.
67. Staněk, S. Zooterapie.cz [online], 2009-02-16 [cit. 2013-01-29]. *Welfare obecně*. Dostupné na WWW: <http://www.zootechnika.cz/clanky/zaklady-chovatelstvi/obecna-zootechnika/welfare/welfare-obecne-.html>.
68. WHO/ÚZIS ČR, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2013-01-07 [cit. 2013-01-13]. *Mentální retardace*. Dostupné na WWW: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AAA	Animal Assisted Activities
AAI	Animal Assisted Interactions
AAK	Augmentativní a alternativní komunikace
AAT	Animal Assisted Therapy
AOVZ	Asociace zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Computerová tomografie
CTA	Česká canisterapeutická asociace
CTP	Centrální tonusová porucha
ČR	Česká republika
DMO	Dětská mozková obrna
DS	Denní stacionář
EEG	Elektroencefalografie
ESAAT	European Society for Animal Assisted Therapy
IAHAIO	International Assosiation of Human-Animal Interaction Organizations
IQ	Intelligence quotien
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MR	Mentální retardace
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
PCS	Picture Communication Symbols
SCEAV	Slezská církev evangelická augsburského vyznání
SPC	Speciálně pedagogické centrum
VO	Výzkumná otázka
WHO	World Health Organization

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 Stupeň MR podle MKN-10

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha P1: Zkušební řád pro canisterapie – Podané ruce o. s.
- Příloha P2: Canisterapeutické desatero, aneb co by měl správný canisterapeut dodržovat
- Příloha P3: Fotografie Sheeny - canisterapeutický pes v denním stacionáři Lydie
- Příloha P4: Profil Sheeny

## **PŘÍLOHA P I: ZKUŠEBNÍ ŘÁD PRO CANISTERAPII - PODANÉ RUCE o.s.**

### **Způsob zabezpečení veterinární péče**

Na každém svodu je zajištěn veterinární dohled.

### **Způsob poučení osob a způsob kontroly dodržování řádu**

Každý, kdo je řádně přihlášen ke canisterapeutickým zkouškám je povinnen se předem seznámit se zkušebním řádem pro canisterapii. Tuto skutečnost potvrzuje svým podpisem na přihlášce k povahovým testům canisterapeutického psa.

### **Kontrola poslušnosti**

Povely: „sedni“, „lehni“, přivolání, dlouhodobé odložení – min. 20 sekund, přinášení nebo chůze u nohy – na vodítku (pokud pes není aportér, může psovod zvolit chůzi u nohy, což je **povinen nahlásit zkušební komisi před zahájením zkoušek.**) Povel lze opakovat maximálně 3x. U přinášení je povolen jakýkoli předmět, který je odhozen do vzdálenosti alespoň 5 metrů, není vyžadováno předsednutí před psovoda nebo vkládání předmětu do ruky psovoda. Je povoleno používání jakékoli motivační pomůcky. Pes má zvládat povely okamžitě a s radostí. Neochota psa plnit povely nebo opakování povelů psovodem snižuje počet přidělených bodů.

### **Setkání s rozhodčím**

Psovod vedoucí psa na volno nebo na volně prověšeném vodítku předstoupí před rozhodčího. Zkoušející přistoupí ke psu a osloví ho, poté ho pohladí po hlavě, podrbe za ušima, zkontroluje chrup. Poplácá ho na předhrudí. Postupně zvedne přední nohy. Pohmatem mu projede celé tělo, včetně ocasu. Na závěr psa obejmeme, malého psa vezme do náruče. Ve všech uvedených bodech postupuje důkladně, ale s ohledem na to, že se se psem ještě dobře nezná. Pes se má chovat přátelsky bez přílišné nedůvěry či bázlivosti. Neuhýbá dotekům, nesmí přehnaně reagovat na zatahání či tlak rozhodčího.

### **Kontrola dráždivosti a útluhu**

Rozhodčí psa roz dovádí přiměřeným způsobem, který si sám zvolí (hází mu balónek apod.; v případě, že pes hru odmítá, může použít pamlssek na odvedení pozornosti od psovoda). Pes nesmí být na vodítku. Na pokyn rozhodčího musí psovod hru ukončit a psa

přivolat k sobě. Povel pro ukončení hry může psovod opakovat bez omezení. Používání různých druhů přivolání, lákání psa na předměty a pamlsky je dovoleno. Čas mezi pokynem rozhodčího pro ukončení hry a upoutáním psa psovodem na vodítko je omezen na 25 sekund.

### **Reakce na cizí psy**

Všichni psovodi se psy se soustředí do hloučku, ve kterém se volně pohybují. Psi mohou být na vodítku. Jejich chování má být k ostatním psům přátelské bez dominantních útoků. Případná agrese vůči psům nevyklučuje použití psa jako canisterapeutického. Účelem tohoto bodu je zjistit, zda je možné psa použít ve skupinové canisterapii s ostatními psy či nikoliv.

### **Hlouček lidí**

Psovod se psem prochází pohybující se skupinkou nejméně pěti lidí, kteří se spolu přátelsky baví. Jeden z lidí má v ruce deštník, který znenadání otevře. Druhý má berle, které upustí. Všichni lidé si postupně psa pohladí. Psovod se psem na vodítku dlouhém minimálně 1,5 m obejde skupinku a poté projde přímo mezi lidmi. Vodítko musí být prověřeno, psovod nesmí psa tahat či násilím držet za vodítko nebo obojek ve skupince. Ke psu přichází jedna osoba po čtyřech a pohladí ho. Všechny požadované úkony se provádějí za pohybu. V další fázi osoby v hloučku začnou křičet a hlasitě se smát, přetahují se o berli, jedna osoba naznačuje útok deštníkem na psa. Psovod může psa pouze chválit či jinak podporovat. Pes se má chovat vyrovnaně, přátelsky. Chybou je snaha o útěk z hloučku nebo přílišná lekavost na podněty.

### **Reakce na běžícího člověka a pád člověka**

Psovod se psem na vodítku dlouhém alespoň 1,5 m kráčejí po chodníku. Kolem nich probíhá člověk, za ním další, který v blízkosti psa upadne a upustí tašku s plastovými láhvemi nebo plechovkami. Leknutí psa je běžná reakce, pes se ale nesmí zachovat příliš bázlivě nebo naopak agresivně, chňapnout po tašce. Psovod nesmí během testování tohoto bodu klást psovi žádné povely.

### **Reakce na invalidní vozík**

Osoba na invalidním vozíku přijíždí ke psovodovi se psem, naváže přátelský rozhovor, psa pohladí a obejmě kolem krku (pevnější sevření nesmí psovi vadit), malého

pejska vezme na klín a dá mu pamlssek (pes jej může, ale nemusí přijmout). Pes nesmí projevit žádný náznak nevole nebo agresivity. Malí psi jsou posazeni osobě na vozíku na klín. V tomto bodě se hodnotí také práce psovoda s „klientem“. Pes se má chovat přátelsky, vstřícně, bez strachu z vozíku.

### **Způsob přijímání pamlsku psem**

Rozhodčí nabídne psu pamlssek různými způsoby – z roztažené dlaně, sevřené dlaně, mezi prsty. Hodnotí se jemnost při přijímání pamlsku. Psovod může psa usměřňovat povelům. V případě nezájmu psa o pamlssek může být použita hračka. Pes má brát pamlssek jemně, štípnutí zubů je chybou.

### **Simulace návštěvy u postiženého**

Zkoušející si lehne na deku a majitel k němu přivede psa (pokud to jde, psa převalí na bok, ale pes může i ležet). Zkoušející se snaží napodobit polohování: obejmeme psa a pokud jde o většího psa, jemně si na něj položí hlavu, položí mu přes bok nohu, neustále psa hladí, jemně ho může zatahat za ucho apod. V tomto bodě se hodnotí také práce psovoda s „klientem“. Pes se má nechat napolohovat psovodem a setrvat v ní po žádanou dobu. Vstávání nebo sedání si psa je menší chybou, pokud se nechá opět napolohovat a na dotyky rozhodčího nereaguje bázlivě. Účelem tohoto bodu je zjistit, jaké má pes k polohování dispozice.

Platnost: od 18. května 2008



## PŘÍLOHA Č. 2 : CANISTERAPEUTICKÉ DESATERO, ANEB CO BY MĚL SPRÁVNÝ CANISTERAPEUT DODRŽOVAT

1. Před vstupem do zařízení je pes čistý (srst, tlapky) a upravený (v případě nepříznivého počasí nosíme sebou vždy hadřík, ručník na utření) = **hygienu psa**.
2. Pes je **každoročně komplexně přeočkován** (parvoviroza, leptospiroza, psinka, vzteklna,...) a minimálně **2x ročně odčervován** (doložit očkovacím průkazem) – jen zdravý pes může pracovat.
3. Canisterapeut se v zařízení **přezouvá**, je vždy **čistě oděn, upraven**.
4. Pes má vždy v zařízení k dispozici **misku s vodou**.
5. Doporučení: Uzavření **písemné smlouvy** se zařízením (datum, čas návštěvy,...). Záleží na vzájemné dohodě.
6. V zařízení: před první návštěvou se prokáže platným **Certifikátem canisterapeutického týmu, Očkovacím průkazem psa**. CT tým je označen – psovod **tričkem** a pes **košílkou**.
7. Se psem pracuje canisterapeut pouze tehdy, je-li pes i psovod v optimální **fyzické a psychické kondici**.
8. **Canisterapeut nikdy nezůstává s klientem při práci o samotě**. Trváme na **přítomnosti odpovědného personálu** a dbáme jejich pokynů.
9. Canisterapeut **od psa neodchází**, nenechává ho v žádném případě s klientem, ani s personálem samotného (za svého psa nese zodpovědnost psovod).
10. Jeví-li pes **známky únavy**, pes neochotně pracuje (je nervozní, těkavý) canisterapii **ihned ukončíme** a věnujeme mu prostor pro odpočinek, regeneraci sil, vyběhání na bezpečném místě,... (pes po terapii v klidu načerpá síly).

**PŘÍLOHA P 3: FOTOGRAFIE SHEENY - CANISTERAPEUTICKÝ PES V DENNÍM STACIONÁŘI LYDIE**



## PŘÍLOHA P 4: PROFIL SHEENY

### Osobní údaje Sheeny

<b>plemeno</b>	australský ovčák
<b>datum narození</b>	2.2.2008
<b>číslo čipu</b>	203098100231486
<b>pohlaví</b>	fena
<b>barva srsti</b>	černý tricolor s genem sable grey
<b>délka ocasu</b>	přírozeně dlouhý
<b>pred</b>	<u>-A- clear – Ing. J. Dostál, 10.9.2008 v Liběchově</u>
<b>CEA</b>	<u>CEA –A - clear- Ing. J. Dostál, 10.9.2008 v Liběchově</u>
<b>chrup</b>	plnochrupý, skus nůžkový
<b>váha</b>	23kg

### Zkoušky

- ZOP** Zkouška ovladatelnosti psa
- ZCP** Zkoušky canisterapeutického psa
- ZVOP** Zkouška vloh ovčáckého psa (pasení ovcí)
- ZZO** Zkouška základní ovladatelnosti - prospěla výborně
- OB-Z** Zkouška z vysoké školy poslušnosti (Obedience)