

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

CANISTERAPIE OČIMA ERGOTERAPIE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Jan Hrnčář, Dis.

PLZENĚ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 03. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji panu Janu Hrnčířovi, Dis. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji MUDr. Otto Kottovi, CSc., Bc. Ivaně Bystřické a Ing. Miroslavě Havejové za poskytnutí odborných konzultací.

Anotace

Příjmení a jméno: Havejová Gabriela

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Canisterapie očima ergoterapie

Vedoucí práce: Jan Hrnčář, Dis.

Počet stran: číslované 93, nečíslované 8

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: canisterapie, ergoterapie, dětská mozková obrna, komprehensivní rehabilitace

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá canisterapií, jako podpůrnou terapií komplexní rehabilitace a jejím přínosem pro klienta z hlediska ergoterapie. Teoretická část zahrnuje obecné informace o canisterapii a zhodnocení jejího vlivu na klienta z pohledu ergoterapie. V praktické části je vliv canisterapie z hlediska ergoterapie zkoumán na konkrétních klientech a konkrétních výsledcích.

Annotation

Surname and name: Havejová Gabriela

Department: Physiotherapy and Occupational Therapy

Title of thesis: Canistherapy from the point of view of Occupational therapy

Consultant : Jan Hrnčář, Dis.

Number of pages: numbered: 93, unnumbered: 8

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 23

Key words: canistherapy, occupational therapy, infantile cerebral palsy, comprehensive rehabilitation

Summary:

This thesis deals with canistherapy as a part of comprehensive rehabilitation and its contribution for a client from the point of view of occupational therapy. The theoretical section provides general information about canistherapy and evaluation of its impact on the klient from the point of view of occupational therapy. In the practical part is studied the impact of canistherapy on the specific clients and specific results.

Obsah

ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 Canisterapie	15
2 Canisterapie v historii.....	17
2.1 Domestikace psa a jeho role ve společnosti	17
2.2 První zmínky o canisterapii	18
3 Světové organizace.....	20
3.1 Organizace Delta Society	20
3.2 Mezinárodní asociace organizací zabývajících se vztahem člověka a zvířete ..	20
3.3 Evropská asociace terapie za asistence zvířat.....	21
4 Organizace v České republice.....	22
4.1 Canisterapeutická asociace	23
4.2 Asociace zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům	23
4.3 Zdravotně sociální fakulta Jihočeské Univerzity	23
5 Metodika canisterapie.....	24
5.1 Metoda Animal – Asissted – Activities.....	24
5.2 Metoda Animal – Asissted – Therapy	26
5.3 Metoda Animal – Asissted - Education.....	28
5.4 Metoda Animal – Asissted – Crisis – Response	29
6 Formy canisterapie	31
6.1 Individuální forma canisterapie	31
6.2 Skupinová forma canisterapie.....	32
6.3 Návštěvní forma canisterapie.....	32
6.4 Jednorázové aktivity canisterapie	33
6.5 Pobytový program.....	34
6.6 Rezidentní forma.....	34
6.7 Zásah krizové intervence	35
7 Techniky užívané v canisterapii.....	37
7.1 Hry.....	38
7.2 Polohování	39
8 Canisterapeutický tým.....	42

8.1	Obecné zásady canisterapeutické jednotky	44
9	Indikace a cíle canisterapie	45
9.1	Indikace a kontraindikace canisterapie.....	45
9.2	Cíle canisterapie	46
10	Oblasti, ve kterých canisterapie působí na klienta	48
10.1	Fyzická stránka	49
10.2	Psychická stránka	50
10.3	Sociální stránka	51
11	Komplexní péče o klienta	53
11.1	Léčebná rehabilitace	53
11.2	Prostředky léčebné rehabilitace	54
11.3	Specifika komplexní péče u dětí s dětskou mozkovou obrnou	54
11.4	Dětská mozková obrna.....	54
	PRAKTICKÁ ČÁST	56
12	Cíl a úkoly práce.....	56
13	Hypotézy	57
14	Charakteristika sledovaných souborů	58
15	Metody testování	60
15.1	Modifikovaná Aschwortova škála spasticity	60
15.2	Barthel index – Barthelův test personálních všedních denních činností	60
15.3	Test instrumentálních všedních denních činností.....	60
15.4	Polostrukturovaný rozhovor	61
16	Kazuistiky	62
16.1	Kazuistika 1.....	62
16.2	Kazuistika 2.....	70
16.3	Kazuistika 3.....	77
16.4	Kazuistika 4.....	85
17	VYHODNOCENÍ.....	92
18	DISKUZE.....	94
	ZÁVĚR.....	97
	LITERATURA.....	99
	PŘÍLOHY	11

Seznam použitých zkratk

- AAA – Animal Assisted Activities (aktivity za asistence zvířat)
AACR – Animal Assisted Crisis Response (krizová intervence za asistence zvířat)
ADL – Activities of Daily Living (všední denní aktivity)
AAE – Animal Assisted Education (vzdělávání za asistence zvířat)
AAI – Animal Assisted Interactions (interakce za asistence zvířat)
aj. – a jiné
apod. – a podobně
AAT – Animal Assisted Therapy (terapie za asistence zvířat)
b. – body
BI – Barthel Index
CTA – Canisterapeutická asociace
DLL – dětská lázeňská léčebna
DMO – dětská mozková obrna
ESAAT – European Society for Animal Assisted Therapy (Evropská společnost pro terapii za asistence zvířat)
event. - eventuálně
HK – horní končetina
IADL – instrumentální všední denní činnosti
IAHAIO - International Association of Human – Animal Interactions Organizations (Mezinárodní asociace organizací zabývajících se vztahem člověka a zvířete)
IP 1,2 – interphalangové klouby 1,2
LTV – léčebná tělesná výchova
min. – minuty
MP – metacarpophalangové klouby
např. - například
n. l. – našeho letopočtu
o.p.s. – obecně prospěšná společnost
PADL – personální všední denní činnosti
PC - počítač
př. n. l – před naším letopočtem
s.r.o. – společnost s ručením omezeným

str. – strana

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZSF JU – Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity

ZŠ a PrŠ – Základní a praktická škola

ZŠ a ZvŠ – Základní a zvláštní škola

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Modifikovaná Aschwortova škála spasticity u klientky 1

Tabulka č. 2 Hodnocení Modifikované Aschwortovy škály spasticity

Tabulka č. 3 Modifikovaná Aschwortova škála spasticity u klientky 2

Tabulka č. 4 Modifikovaná Aschwortova škála spasticity u klientky 3

Tabulka č. 5 Modifikovaná Aschwortova škála spasticity u klientky 4

Tabulka č. 6 Potvrzení hypotéz u klientů

ÚVOD

Jak již název napovídá, tato práce se zabývá canisterapií z pohledu ergoterapie. Snaží se o zhodnocení působení canisterapie na klienta z hlediska problematických oblastí, na které se ergoterapie u klienta zaměřuje. Upřesňuje a vyzdvihuje postavení canisterapie v komplexní péči o klienta a posuzuje toto postavení vzhledem k ergoterapii. Teoretická část osvětluje problematiku canisterapie a zhodnocuje ji z pohledu ergoterapie. V praktické části je poté zkoumán vliv canisterapie u konkrétních klientů a zhodnocením výsledků je dosaženo uceleného pohledu na canisterapii a její význam v komplexní péči o klienta.

Zooterapie, jejíž součástí je canisterapie, zažívá v České republice v posledních několika letech vzestup a dostává se čím dál více do povědomí odborné i laické veřejnosti. Tím, jak se péče o klienta stává více interdisciplinární a vyžaduje spolupráci mnoha odborníků, se informovanost o zooterapii stále zvyšuje, rozšiřuje se její využití a vznikají nové metody.

V současné době je canisterapie (vedle hipoterapie) jednou z nejčastěji využívaných metod zooterapie. Postupně se stává velmi oblíbeným prostředkem komplexní rehabilitace a je jí hojně využíváno. V některých zařízeních se dokonce stala nepostradatelnou součástí péče o klienty a také samotného chodu zařízení. Její pozitivní účinky na klienta jsou čím dál více oceňovány s tím, jak roste potřeba empatického přístupu ke klientovi v komplexní rehabilitaci.¹ Ergoterapie je jednou ze složek komprehensivní rehabilitace, pro kterou je velmi významná právě schopnost empatie terapeutů. V komplexní péči o klienta musí být zahrnuty všechny jeho stránky a podle potřeb v těchto oblastech se v rámci interdisciplinární spolupráce stanovuje postup při péči o klienta.

Bohužel v praxi je často interdisciplinární komunikace odborníků minimální a kvalita péče o klienta se tak snižuje. Proto si tato práce klade mimo jiné za cíl poukázat

¹ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 6

na potřebu provázanosti jednotlivých složek multidisciplinárního týmu pro dosažení co nejefektivnější péče o klienta. Přístup týmu komplexní péče ke klientovi je totiž nadčasovým tématem odborníků ze všech disciplín ucelené rehabilitace klienta a měl by být neustále zkoumán ze všech pohledů a obohacován o nejnovější poznatky.

Pomocí zhodnocení canisterapie z pohledu ergoterapie by mohla tato práce být přínosem k rozšíření obzoru v možnosti provázání nejen těchto dvou oborů, ale všech disciplín komprehensivní rehabilitace. Jednotlivé složky rehabilitace by totiž měly nést stejnou míru důležitosti v péči o klienta a na příkladu provázanosti ergoterapie s canisterapií by mohl být tento význam patrný.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Canisterapie

Canisterapie, zjednodušeně přeloženo jako léčebné využití psa, je formou zooterapie.² V dnešní době je canisterapie považována za složku komplexní péče o klienta vedle lékařské, fyzioterapeutické, ergoterapeutické nebo například logopedické intervence a dalších oborů podílejících se na celkové péči o klienta (více viz. kapitola 11 Komplexní péče o klienta). Canisterapie je dále považována za alternativní a pomocnou formu terapie, která pozitivně působí na všechny oblasti klienta.³ Samotný pojem canisterapie užila poprvé PhDr. Jiřina Lacinová v roce 1993, tento termín byl zaveden i v zahraničí.⁴

Canisterapie je v literatuře nejčastěji vysvětlována jako „způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pojem zdraví je chápán přesně podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) jako stav fyzické, psychické a sociální pohody.“⁵ Galajdová k tomu dále dodává, že „canisterapie vyvolává pozitivní pocit, který má nejen psychické, ale i fyzické dopady.“⁶ Jiné vysvětlení termínu canisterapie nabízí v odborném článku autoři Cicholesová, a další: „Canisterapie je pomocná léčba při mnohých klinických, psychopatologických,

² Zooterapie je souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na vzájemném pozitivním působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem. VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 31.

³ dostupné na: http://wiki.rvp.cz/Knihovna%2F1.Pedagogick%C3%BD_lexikon%2FC%2FCanisterapie

⁴ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 60

⁵ Jedná se o jednu z nejuznávanějších definicí canisterapie u nás. Je využívána napříč celou canisterapií – od teorie po praxi. Viz. například autoři: CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujících komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 241, nebo VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 60

⁶ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 15

psychiatrických a geriatrických onemocněních, kde se při léčbě uplatňují fyzické, psychosociální a emocionální účinky zvířat na pacienta.⁷

⁷ CICHOLESOVÁ, T., KOCIOVÁ, K., STRHÁRSKÁ, M., VÝROSTKO, J., TAKÁČ, P., BODNÁR, Š., Canisterapia, Pomocná terapia s posobenim psa, čas. Rehabilitácia, Vol. 43, No. 2, 2006, str. 114

2 Canisterapie v historii

Prvky canisterapie se v historii lidstva vyskytovaly poměrně často, jen nenesly souhrnný a přesný název a nebyly uznávanou metodou. O léčebných účincích psa na člověka se vědělo v mnoha kulturách a také jich bylo hojně využíváno. Zdárně zdokumentovaných případů využití psa jako terapeuta je však velmi málo.⁸

2.1 Domestikace psa a jeho role ve společnosti

Pro nastínění vývoje canisterapie je vhodné začít vysvětlením procesu domestikace psa, jakožto první spoluprací a následně vytvořeným vztahem mezi člověkem a psem. Autoři se neshodují v přesné době první domestikace a rozpětí let, ve kterém se nejspíše uskutečnila, se pohybuje mezi 100 tisíci – 14 tisíci lety př. n. l.⁹ Důvodem domestikace, ve kterém jsou autoři již jednotní, byl oboustranný prospěch, který vyplýval ze soužití člověka a psa. Pes člověku pomáhal při lovu a dělení kořisti a člověk ho na oplátku nasýtil. Proto se v průběhu času pes s člověkem spojil a stal se součástí lidského života.¹⁰

V průběhu historie hrál pes nadále významnou roli v životě člověka. Vyjma některých náboženství, například islámu, kde je považován za nečisté zvíře, byl pes oblíbeným společníkem v mnoha kulturách a zastával spoustu různých funkcí v lidském společenství.¹¹ Vztah člověka a psa se s časem vyvíjel společně s tím, jak se měnilo lidské chápání světa. „Pes se přizpůsobil člověku natolik, že ho v jeho vlastní evoluci symbioticky provází a jak postupně ztrácí své staré úlohy, nahrazuje je pružně

⁸ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 28

⁹ Dle Galajdové je to 100 000 př.n.l., Velemínský tvrdí že 14 000 př.n.l. a Nerandžič uvádí zhruba rok 15 000 př.n.l. GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 71, VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 54, NERANDŽIČ, Z., Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit, nakladatelství Albatros, Praha 2006, str. 30

¹⁰ NERANDŽIČ, Z., Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit, nakladatelství Albatros, Praha 2006, str. 30

¹¹ NERANDŽIČ, Z., Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit, nakladatelství Albatros, Praha 2006, str. 31

novými.¹² Prošel si rolemi od průvodce bohů (či přímo ztvárnění boha), přes společníka, hlídače, až po novou roli terapeuta, kdy pes působí také v nemocnicích, rehabilitačních centrech, dětských domovech, domovech pro seniory či ústavech pro tělesně a mentálně postižené.¹³

2.2 První zmínky o canisterapii

Se psy jako terapeuty se poprvé setkáváme ve světě v 8. století n. l., kdy se v belgickém městě Gheel využívalo léčebného působení psů jako doplňkové terapie u mentálně postižených lidí. Předpokládalo se, že díky péči o psy a další domácí zvířata se u pacientů obnoví harmonie duše a těla.¹⁴ Dodnes je péče o zvířata jednou ze složek léčebného programu v Gheel.¹⁵

Další zmínka o využití psů jako terapeutů pochází z 18. století z kliniky York Retreat v Anglii, kde bylo k léčbě využíváno nejen psů, ale i ostatních domácích zvířat. Tato metoda si kladla za cíl naučit klienty zodpovědnosti za svěřené tvory.¹⁶

Zlomovým bodem pro využívání terapeutického působení psů v nemocnicích se staly 1. a 2. Světová válka. V roce 1919 se v nemocnici Svaté Elizabeth v USA využívalo terapeutického působení psů na vojáky. Okolo roku 1942 byli psi opět použiti jako léčebný prostředek při rehabilitaci válečných veteránů.¹⁷

O první odborné zpracování tématu a stanovení zásad a metodiky využití psů jako léčebného prostředku se zasloužil americký psychiatr Boris Levinson, který je

¹² GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 72

¹³ NERANDŽIČ, Z., Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit, nakladatelství Albatros, Praha 2006, str. 30 - 31

a GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 71 - 72

¹⁴ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 240

¹⁵ Dostupné na: http://www.havino.net/index.php?option=com_content&task=view&id=2827&Itemid=82

¹⁶ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 240

¹⁷ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 240, NERANDŽIČ, Z., Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit, nakladatelství Albatros, Praha 2006, str. 31

zároveň považován za průkopníka v této oblasti. Tento lékař na základě svých pozorování formuloval hypotézu, že „...zvířata nepředstavují způsob vyléčení, ale působí jako sociální katalyzátor, který podněcuje společenský kontakt.“¹⁸ Dále také Levinson zjistil, že přítomnost zvířete při terapii pomáhá klientovi vybudovat důvěru a tím usnadňuje vytvoření terapeutického vztahu, navázání komunikace s okolím a urychluje terapeutický proces.¹⁹

¹⁸ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 240

¹⁹ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 192

3 Světové organizace

Ve světě postupně začaly vznikat organizace, které téma canisterapie zpracovávají, vytvářejí zásady a metody této terapie, sjednocují metodiky vznikající na jednotlivých pracovištích nezávisle na sobě a zastřešují tato zařízení nebo místa, kde se canisterapie praktikuje.

3.1 Organizace Delta Society

Organizace Delta Society, která vznikla roku 1970 v USA, je dnes největší organizací, jejímž hlavním zaměřením je vztah člověk – zvíře. Roku 1990 vypracovala praktické standardy pro asistované a léčebné aktivity prostřednictvím zvířat, souhrnně nazývané interakce za asistence zvířat (Animal Assisted Interactions, ve zkratce AAI, více viz. kapitola 5 Metodika canisterapie).²⁰ Organizace si klade za cíl zviditelnit pozitivní výsledky terapie za pomoci zvířat, umožnit integraci zvířat do běžného života a podpořit tak vznik nových možností využití zvířat v léčebném a rehabilitačním procesu a v zařízeních pro zdravotně postižené.²¹

3.2 Mezinárodní asociace organizací zabývajících se vztahem člověka a zvířete

V roce 1990 vznikla mezinárodní organizace International Association of Human – Animal Interactions Organizations, česky Mezinárodní asociace organizací zabývajících se vztahem člověka a zvířete (dále jen IAHAIO), která sdružuje organizace z celého světa zabývajících se podporou soužití člověka a zvířete a organizace z oblasti výzkumu a praktické aplikace terapeutických programů se zvířaty.²² IAHAIO poskytuje

²⁰ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 241

²¹ NERANDŽIČ, Z., Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit, nakladatelství Albatros, Praha 2006, str. 25

²² CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 241

ostatním organizacím fórum pro koordinaci, spolupráci a šíření nejnovějších poznatků z oboru terapeutického využití zvířat.²³

IAHAIO je také hlavním pořadatelem mezinárodních konferencí, tématicky zaměřených na interakci lidí a zvířat. Pro jednotlivé organizace je to příležitost, jak se podělit o své poznatky z canisterapie a zároveň také nějaké získat. Konference, pořádaná v roce 1998 v Praze nesla název Proměnlivá role zvířat ve společnosti. Díky ní se canisterapie v České republice začala více rozvíjet na světové úrovni. Poslední dosud uskutečněná konference se konala v roce 2010 ve švédském Stockholmu, kde se mimo jiné přednášky zabývaly například přístupem lidí ke zvířatům nebo problematikou metody Animal-Assisted-Therapy (Terapie za asistence zvířat, dále jen AAT, více viz. kapitola 5 Metodika canisterapie).²⁴

3.3 Evropská asociace terapie za asistence zvířat

European society for animal assisted therapy (Evropská asociace terapie za asistence zvířat, dále jen ESAAT) vznikla v roce 2004 v Rakousku. Cílem této asociace je zastřešení jednotlivých evropských organizací zabývajících se metodou AAT (více opět kapitola 5 Metodika canisterapie) a vytvoření a sjednocení standardů v zooterapii, především při udělování oprávnění k výkonu zooterapie. Česká republika je jednou ze zakládajících zemí ESAAT.²⁵

²³ Kromě toho zavedla IAHAIO řadu mezinárodních cen, aby ocenila přínos jednotlivců i společností ve studii spolupráce lidí a zvířat, jako například „Pets in Cities“ (Domácí zvířata ve městech), nebo „Distinguished Scholar“ (Vynikající žák). Dostupné na: <http://iahaio.org/pages/aboutus/about.php>

²⁴ dostupné na: http://www.aovz.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=51

²⁵ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str.46

4 Organizace v České republice

Canisterapie se v České republice začala rozvíjet teprve po roce 1989. V této době začala do tehdejšího Československa proudit zahraniční literatura a s ní se rozvíjela osvěta o zooterapii jako takové v naší zemi.²⁶ Canisterapie se u nás na začátku 90. let minulého století užívala pouze zřídka, např. v Ústavu sociální péče Kociánka v Brně nebo jako doplňující terapie léčby psychiatrických pacientů v pražské Psychiatrické léčebně v Bohnicích na konci 80. a začátkem 90. let. Podobně jako ve světě, začala přirozeným sledem událostí i v České republice vznikat sdružení a organizace zabývající se touto problematikou.²⁷

Jak již bylo uvedeno výše, pojem canisterapie zavedla v roce 1993 PhDr. Jiřina Lacinová pro terapeutické působení psa na člověka. O dva roky později také zpracovala spolu se sdružením Filia v Brně první metodiku canisterapie. Touto metodikou bylo terapeutické působení skupiny psů na velkou skupinu dětí.²⁸ Toto období je obecně spjato s rozvojem organizovaných aktivit se psy a vytvářením systematického přístupu a metodiky canisterapie.²⁹

V roce 1995 se Česká republika stala členem IAHAIO. Učinil se tak významný krok dopředu, neboť se díky účasti na konferencích, pořádaných IAHAIO, prohloubily znalosti o vztahu lidí a zvířat a otevřely se nové možnosti získávání odborné literatury a kontaktů s organizacemi ve světě.³⁰

²⁶ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 241

²⁷ NERANDŽIČ, Z., Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit, nakladatelství Albatros, Praha 2006, str. 31

²⁸ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 241

²⁹ NERANDŽIČ, Z., Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit, nakladatelství Albatros, Praha 2006, str. 27

³⁰ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 44

4.1 Canisterapeutická asociace

Vzniku této celostátní organizace předcházelo založení Canisterapeutické společnosti, která se bohužel po několika letech rozpadla. Canisterapeutická asociace (dále jen CTA) vznikla z nutnosti sjednotit dosavadní regionální centra, kde se canisterapie provozovala. Organizace CTA se tedy snaží o zastřešení jednotlivých regionálních institucí, zabývajících se nějakou formou zooterapie.³¹ V canisterapii je dosud velkým problémem nejednotná terminologie, proto se CTA snaží o sjednocení pojmů nejen v rámci České republiky, ale i v souladu s pojmy užívanými v canisterapii v zahraničí.³²

4.2 Asociace zastánců odpovědného vztahu k malým zvířatům

Tato asociace (dále jen AOVZ) byla založena v roce 1995 v Praze s myšlenkou o šíření poznatků o pozitivním vlivu interakce lidí a zvířat. Cílem této organizace je podpoření zodpovědného chování ke zvířatům a osvěta a vzdělávání v této oblasti. AOVZ sdružuje odborníky z různých vědních disciplín za účelem možnosti komplexního zkoumání vztahu člověka se zvířetem.³³

4.3 Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity

Významným prvkem, který také přispívá k rozvoji canisterapie v České republice jsou organizace a jednotlivci, zabývající se vědeckým výzkumem vztahu zvířete a člověka. Jednou z těchto organizací je například Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (dále jen ZSF JU), která se takovému výzkumu věnuje již od roku 1999.³⁴

³¹ K CTA se se svým vznikem připojovaly také další formy zooterapie, vyjma hipoterapie, kterou se zabývá Česká hiporehabilitační společnost.

³² VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 113

³³ dostupné na: http://www.aovz.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=81

³⁴ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 113

5 Metodika canisterapie

Canisterapie je široký obor zahrnující práci s různými typy diagnóz, lidmi každého věku, psy různorodých ras, práci v mnoha typech zařízení, nesterpně dlouhou dobu konání terapie nebo například velmi pestré výsledky a působení terapie. Od těchto kritérií se odvíjí jednotlivé metody a formy užívané v canisterapii. Ovšem obecný cíl canisterapie je vždy stejný: dosažení co možná největšího pozitivního účinku u klienta ze vzájemného kontaktu se psem.³⁵

Na začátku 80. let minulého století se poprvé začaly vymezovat první metodické postupy.³⁶ Jak již bylo uvedeno výše v kapitole Světové organizace, vypracovala organizace Delta Society právě začátkem 80. let základní praktické standardy pro metodu interakce za asistence zvířat (Animal - asissted – interactions, dále jen AAI).³⁷ AAI se dále větví na metody aktivity za asistence zvířat (Animal – Asissted – Activities, dále jen AAA) a terapie za asistence zvířat (Animal – Asissted – Therapy, dále jen AAT).³⁸ Dále vznikaly další metody podle náplně a působení terapie. Na mezinárodním semináři o zooterapii v Brně se v roce 2005 přidala metoda výuka za asistence zvířat (Animal – Assisted – Education, dále jen AAE).³⁹ Velemínský dále uvádí metodu krizová intervence za asistence zvířat (Animal – Asissted – Crisis – Response, dále jen AACR).⁴⁰

5.1 Metoda Animal – Asissted – Activities

³⁵ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 72

³⁶ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 241

³⁷ Tyto standardy uvedla Galajdová v knize Canisterapie z roku 2011 a já jsem je v této práci zařadila do příloh, viz. Příloha 1. GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 95

³⁸ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 95

³⁹ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 241

⁴⁰ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 35

Metoda AAA neboli aktivity za asistence zvířat, je metodou, při které je pes přítomný, proces není přesně naplánován, ale předpokládá se pozitivní působení na pacienta.⁴¹ V podstatě jde o přirozený kontakt člověka a psa, který si klade za cíl zlepšení kvality života a rozvoj sociálních dovedností klienta.⁴² Tato metoda zprostředkovává motivační, výchovné, rekreační a/nebo léčebné příležitosti ke zlepšení kvality života. Součástí této terapeutické metody jsou aktivity, které se mohou opakovat v mnoha případech u různých klientů, aniž by byl stanoven přesný léčebný cíl, nebo byl terapeutický program upraven individuálně na míru pro klienta.⁴³

Průběh terapie, prováděné metodou AAA, je víceméně spontánní, délka není nijak nastavená, spíše vychází z přirozeného běhu terapie. Výsledky se většinou nezapisují do zdravotnické dokumentace klienta, nebo do jeho osobní složky, ale zaznamenávání je vhodné pro možnost pozdějšího vyhodnocení výsledků.⁴⁴

Metoda je využívána v různých typech zařízení, která s sebou nesou rozličná prostředí pro výkon terapie. Je prováděna vyškolenými profesionály, poloprofesionály a/nebo dobrovolníky, kteří vedou a zodpovídají za psa. Pes musí vždy splňovat daná kritéria, jak u canisterapeutických zkoušek, tak i podmínky, které si určí cílové zařízení.⁴⁵

Dále můžeme metodu ještě rozdělit na pasivní a interaktivní. U typu pasivní AAA jde při terapii spíše o uklidnění, rozptýlení a potěšení klienta, kdežto u interaktivní AAA je zapojení klienta do terapie již cílenější, avšak stále rozdílné od metody AAT.⁴⁶

Příkladem mohou být návštěvy canisterapeutických týmů domovů pro seniory v pravidelném intervalu (např. jednou za týden), vhodná je i asistence personálu, který může návštěvy zapisovat do deníku, nebo jinou formou. Účast personálu je vhodná i

⁴¹ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 241

⁴² VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, Dona, České Budějovice 2007, str. 32

⁴³ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 96

⁴⁴ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 96

⁴⁵ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 97

⁴⁶ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 242

proto, že umožňuje klientům vidět své ošetřovatele a ostatní personál v jiném světle a naopak, personál vnímá dočasně své klienty jiným pohledem. Personál vybírá vhodné klienty pro terapii, kteří jsou účastí na terapii nakloněni a mohou z ní mít prospěch, však stále bez cíleného individuálního terapeutického působení.⁴⁷

Metodu je možno provádět v různých formách (více viz. kapitola 6 Formy canisterapie). Nejčastěji využívanou formou pro metodu AAA je rezidentní a návštěvní forma canisterapie.⁴⁸

Nejčastěji využívanými technikami (více viz. kapitola 7 Techniky užívané v canisterapii) v této metodě jsou hry za přímé interakce psa, hlazení a péče o psa, procvičování komunikace a paměti pomocí psa a jiné.⁴⁹

5.2 Metoda Animal – Assisted – Therapy

Metoda AAT, neboli terapie za asistence zvířat, je metodou využívající konkrétní intervence, kdy je pes součástí terapeutického plánu a procesu. Na psa jsou kladeny specifické nároky, které musí splňovat.⁵⁰ Využívá se zde cíleného kontaktu člověka se psem, přičemž se předpokládá zlepšení psychického a fyzického stavu klienta.⁵¹ Dále zde sledujeme i podporu sociální, emocionální a kognitivní oblasti klienta. Pes je v této metodě canisterapie neoddelitelnou součástí léčebného procesu.⁵² Hlavním cílem je podpoření léčebného procesu klienta.⁵³

⁴⁷ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 97

⁴⁸ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 242

⁴⁹ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, Dona, České Budějovice 2007, str. 33

⁵⁰ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 242

⁵¹ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, Dona, České Budějovice 2007, str. 33

⁵² GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 98

⁵³ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, Dona, České Budějovice 2007, str. 33

Tato metoda je velmi široká a umožňuje zvolení různých forem canisterapie a prostředí, ve kterém se provádí, může být v podstatě jakékoliv, záleží na možnostech a podmínkách zařízení.⁵⁴

Délka terapeutické jednotky se odvíjí od výdrže psa a klienta, od schopnosti canisterapeuta zaujmout klienta, terapeuticky na něj působit a včas rozpoznat, kdy terapii skončit. Průběh terapie je naplánován vzhledem ke stanoveným cílům terapie.

Profesní nároky jsou u této metody vyšší, než u metody AAA. Protože se již nezabýváme působením psa obecně, nýbrž ovlivňujeme cíleně určitou klientovu oblast, je potřeba odborných znalostí v této konkrétní oblasti. Proto je metoda AAT prováděna profesionálem se zdravotnickým zaměřením v rámci jeho profese.⁵⁵ Terapeutický tým tedy může tvořit buď zdravotnický pracovník a canisterapeut se svým psem, nebo může tyto dvě osoby zahrnout jedna, tedy zdravotnický pracovník, který se svým psem úspěšně složil canisterapeutické zkoušky. Obě možnosti mají své výhody i nevýhody. Avšak jako u předchozí metody (AAA) musí canisterapeutický tým projít canisterapeutickými zkouškami a respektovat pravidla určená zařízením.

V případě metody AAT se canisterapeutický tým stává členem týmu komprehensivní rehabilitace a konzultuje a stanovuje s tímto týmem konkrétní cíle a průběh terapie. Celý proces se zaznamenává pro porovnání s původním stavem a vyhodnocení výsledků. Opět, jako u metody AAA, je vhodné zapojení i ostatního personálu (nejen z týmu komprehensivní rehabilitace, ale z celého zařízení), který je danému klientovi nejbližší.⁵⁶

Příkladem může být polohování dítěte se spastickou kvadruparézou DMO, prováděné v rámci návštěvního programu, individuální formou. Terapeutickým cílem zde může být inhibice spasticity u klienta.

⁵⁴ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 98

⁵⁵ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 98

⁵⁶ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 98

V této metodě se využívá technik jako je polohování, hry pro rozvoj motoriky a sociálních dovedností, hlazení a péče o psa, techniky pro cílené zlepšování komunikace, orientace, paměti, řeči, kognitivních funkcí apod.⁵⁷

5.3 Metoda Animal – Asissted - Education

Metoda AAE, česky vzdělávání za asistence zvířat, představuje kontakt člověka a psa, od kterého se očekávají účinky v oblasti rozšíření případně i zlepšení výchovy, vzdělávání a sociálních dovedností klienta.⁵⁸

Galajdová dělí náplň metody AAE do šesti okruhů, nebo výchovných cílů⁵⁹:

1. podpora vývoje empatie a pečujícího postoje vůči zvířatům
2. zlepšování fyzických schopností a motorických dovedností
3. procvičování komunikačních dovedností a čtení
4. prožívání klidu a emoční pohody
5. vyrovnávání se se ztrátou a smutkem
6. zlepšování mentálního výkonu a motivace k učení

Konkrétní individuální cíle stanovuje pedagog ve spolupráci s canisterapeutem. Hlavním cílem v této metodě je zvýšení motivace k učení a osobnímu rozvoji přirozenou cestou.⁶⁰

Stejně jako u metody AAT je v této metodě nutnost profesionála v oblasti na kterou působíme, tj. pedagogický personál, který je obeznámen s cílem a účinky

⁵⁷ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 34

⁵⁸ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 242, VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 34

⁵⁹ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 143

⁶⁰ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 34

takového vzdělávání.⁶¹ Naplánované terapie jsou zařazeny do školních osnov nebo do individuálního výukového plánu klienta. Pedagogický personál poté průběžně terapii zaznamenává a společně s canisterapeutem vyhodnocuje výsledky.⁶²

Příkladnými klienty, pro které je metoda AAE vhodná, jsou například děti se specifickými poruchami učení, výchovnými problémy, nebo jinými specifickými potřebami. Metoda se také velice uplatní u klientů s kombinovaným postižením.⁶³

Stejně jako u předchozích metod je vhodná spolupráce ostatního personálu a nutná je příslušná kvalifikace canisterapeutického týmu, stejně jako jeho přizpůsobení se pravidlům, která určuje zařízení.

Typickými technikami v této metodě jsou předávání informací zábavnou formou a názornou ukázkou, využití psa jako prostředníka pro výuku, hry pro rozvoj motoriky, komunikace, motivace, péče o psa aj.⁶⁴

5.4 Metoda Animal – Assisted – Crisis – Response

Metoda AACR, neboli krizová intervence za asistence zvířat, čerpá pozitivní působení na klienta ze vzájemného kontaktu psa s člověkem, který se ocitl v krizovém prostředí. Metoda AACR se zaměřuje na snížení nebo odbourávání stresu a celkové zlepšení psychického nebo i fyzického stavu klienta.⁶⁵

Průběh terapie vykonávané metodou AACR je určen momentální situací, ve které se klient nachází (přírodní katastrofa, teroristický čin, kriminální čin).

Canisterapeut se zaměří na klienta a určí cíle terapie ve spolupráci s pracovníky krizové intervence. Základní plán canisterapie je součástí plánu krizové intervence ještě

⁶¹ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 242

⁶² VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 34

⁶³ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 242

⁶⁴ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 35

⁶⁵ O metodě AACR se ve své knize zmiňuje pouze Velemínský. VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 35

před vznikem této situace. Canisterapeut po zhodnocení stavu konkrétního případu uzpůsobí terapii. Po skončení zásahu se intervence vyhodnocuje společně s krizovým týmem. Hlavním cílem terapie je podpora procesu stabilizace situace.⁶⁶

U této metody jsou kladeny trochu jiné nároky na odbornost pracovníků canisterapie. Obecně opět platí běžné canisterapeutické zkoušky, které jsou nutností. Navíc ovšem je důležitá znalost psychologie a důkladné proškolení a orientace v oblasti integrovaného záchranného systému, jehož částí se canisterapeut v této situaci stává. Zároveň je důležité, aby pes z canisterapeutického týmu byl mimořádně odolný vůči stresu.⁶⁷

Příkladem klienta, u kterého je tato metoda vhodná, mohou být lidé postiženi katastrofami, nebo nějakým druhem násilí, ale také samotní pracovníci záchranných týmů, kteří pomáhají v krizové situaci, se mohou stát klientem canisterapeutického týmu.⁶⁸

Využití psychologických metod, empatie, nebo motivace ke komunikaci a interakci jsou vhodnými technikami této metody, stejně jako hlazení, hry, nebo užití brašny s hračkami nebo drobnostmi.⁶⁹

⁶⁶ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 35

⁶⁷ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 35

⁶⁸ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 35

⁶⁹ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 35

6 Formy canisterapie

Výše v kapitole 5 Metodika canisterapie jsem zmínila, že metody canisterapie mohou být prováděny v různých formách. V této kapitole se pokusím blíže vysvětlit jednotlivé formy a uvést srozumitelné příklady. Každá forma má své výhody i nevýhody.

Následující formy canisterapie jsou využívány ve všech metodách canisterapie. Mohou také být kombinovány s dalšími formami, užívanými v různých metodách. Výsledkem, se zapojením rozmanitých technik, které se při canisterapii využívají (více viz. kapitola 7 Techniky užívané v canisterapii) je široké spektrum konečných podob canisterapeutických jednotek.

6.1 Individuální forma canisterapie

Forma individuální označuje terapeutické působení canisterapeutického týmu (nebo více canisterapeutických týmů) na jednoho klienta.⁷⁰

Výhodou u této formy je možnost určit cíle individuálně pro klienta a nastavit průběh terapie klientovi na míru. Klient je na terapii sám, proto se mu canisterapeutický tým plně věnuje a klient tak může zažít intenzivnější kontakt se psem, než při formě skupinové (viz. níže). Při této formě se při terapii nevyskytuje tolik rušivých okolních faktorů, což zvyšuje soustředění klienta na terapii.⁷¹

Všechna tato pozitiva jsou však velmi časově náročná a většinou neumožňují terapeutickou intervenci u všech klientů v zařízení, což se jeví jako nevýhoda.⁷²

⁷⁰ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 81

⁷¹ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 81

⁷² VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 81

6.2 Skupinová forma canisterapie

Naproti nevýhodám individuální formy canisterapie je u skupinové formy vysoká šance zařadit do terapie většinu klientů ze zařízení. Aktivity skupiny poté řídí většinou jedna osoba s jedním nebo více psy. Canisterapeut musí brát v potaz poměr klientů a psů a usilovat o rovnoměrné zapojení klientů do aktivit se psem. Je však také důležité pamatovat na čas vyhrazený pro odpočinek psů, proto canisterapeut prokládá program terapie aktivitami, které zahrnují téma psů, ale nevyžadují přímou účast a vyvíjenou aktivitu psa.⁷³

Nevýhodou se u skupinové formy jeví velký počet klientů, tudíž nemožnost specifikace a naplnění individuálních cílů pro jednotlivé klienty.⁷⁴

Pokud je na skupinové terapii přítomno více psů, je nutné, aby se mezi sebou dobře znali a dokázali při terapii spolupracovat.⁷⁵

Formy, které uvádím a vysvětluji dále, se užívají v metodách AAA, AAT a AAE a mohou být také kombinovány s ostatními formami za využití vhodných technik canisterapie.

6.3 Návštěvní forma canisterapie

Tuto formu představují pravidelné návštěvy canisterapeutického týmu v zařízení nebo v domácnosti klienta, který má zájem zúčastnit se canisterapeutického programu. Alternativně se tato forma může uskutečňovat tak, že se obě strany setkají na neutrálním místě, nebo klient dochází za canisterapeutickým týmem.⁷⁶

⁷³ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 81

⁷⁴ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 82

⁷⁵ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 81

⁷⁶ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 36, 84

Forma návštěvní je nejrozšířenější praktikovanou formou canisterapie v ČR. Návštěvy se obvykle uskutečňují jednou až dvakrát týdně po dobu maximálně jedné hodiny, což je doporučená doba pro pracovní nasazení psa.⁷⁷ Při každé canisterapeutické činnosti, jakékoliv metodě, formě, nebo využitých technikách, je pokaždé nutné myslet na blaho psa.

Nejčastěji v této formě canisterapie dochází canisterapeutický tým za klientem do zařízení sociálních služeb a školských zařízení. Časté jsou však také návštěvy zdravotnických zařízení nebo docházení týmu do domácího prostředí klienta. Jak jsem již uvedla na začátku této kapitoly, je možné i setkání klienta a canisterapeutického týmu v různých společenských místnostech, nebo prostorách vyhrazených pro praktikování této terapie, nebo klient dochází za týmem do prostředí farem apod.⁷⁸

6.4 Jednorázové aktivity canisterapie

Tyto aktivity, které mohou být jednorázového, krátkodobého, nebo dlouhodobého charakteru, jsou určeny buď pro širokou veřejnost, nebo naopak pro uzavřený okruh klientů. Jednorázová forma zahrnuje aktivity na veřejných prezentacích, ukázkách, setkáních nebo přednáškách jak pro zdravé tak pro zdravotně postižené občany. Aktivity formy jednorázové intervence jsou rozmanité a jejich škála je velmi široká.

Programy této formy se uskutečňují například na školách a v ústavních zařízeních. Cílovou skupinou mohou být klienti každého věku a zdravotního stavu, nejčastěji však je tato forma užívána u dětí. Obecným cílem těchto aktivit je zlepšení vztahu klientů se psy, ponaučení o tom, jak se k psům chovat, snažit se jim porozumět a správně s nimi zacházet.⁷⁹

⁷⁷ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 84

⁷⁸ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 84

⁷⁹ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 99

6.5 Pobytový program

Tento program představuje jednorázový nebo pravidelný pobyt klientů v prostředí, ve kterém se provozuje canisterapie. Především jsou to tábory, pobyty na statcích, ekofarmách, výcvikových střediscích, případně v jiných sídlech společností nabízejících canisterapeutické služby. Tato forma je často uskutečňována v kombinaci s ozdravným nebo poznávacím programem.

Hlavním cílem je u této formy možnost intenzivního kontaktu klienta se psem ve spojení s odloučením od běžného sociálního prostředí. K tomu přispívá ještě možnost pobytu v přírodě, který je s touto formou často spojován. Jedná se zde o krátkodobé či dlouhodobé pobyty, organizované jak pro klienty samotné, tak i pro klienty s rodinnými příslušníky, zvláště pokud jde o děti. Takovéto pobytové akce pořádá například ZSF JU pod názvem Letní integrační canisterapeutické tábory, nebo organizace FILIA a mnoho dalších.⁸⁰

6.6 Rezidentní forma

Tato forma se definuje jako trvalé držení canisterapeutického psa. V podstatě jde o vlastnění psa klientem, ať už zařízením, či jednotlivcem, který chce provozovat canisterapii. Budoucí majitel přebírá psa, vycvičeného speciální organizací, za specifických podmínek určených předávající organizací.⁸¹ Důležité v této formě je, aby pes náležel jednomu pánovi a měl jednotné podmínky pro výchovu, denní režim a vedení. Tato osoba poté i koriguje aktivity za účasti psa s klienty a dbá na blaho psa. Proto je vhodné, když má osoba průpravu jak v canisterapeutické, tak i kynologické oblasti. A výhodou je i vzdělání v oblasti komprehensivní rehabilitace klienta.⁸²

Nevýhodou je finanční stránka, po které je tato forma náročná z hlediska trvalé péče o psa a také celodenní dozor nad psem, který ubírá čas na pozornost pro klienty.

⁸⁰ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 99 - 100

⁸¹ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 36

⁸² VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 107

Výhodou v této formě je možnost rozložení kontaktu klientů a psa do celého dne, na psa poté není kladen tak intenzivní krátkodobý nápor jako u návštěvní formy. Vhodné je například i propojení návštěvní a rezidentní formy, kdy se zaměstnanec zařízení stává majitelem canisterapeutického psa, který s ním pravidelně do zaměstnání dochází. Tato forma může být i úspěšně realizována jako cílený pobyt psa v rodině, u příkladu kdy je klient v péči rodiny a rodina má dostatek finančních prostředků pro nového člena rodiny, je tato forma velmi vhodná.⁸³

Následující forma je využívána u metody AACR a může být kombinována s formou individuální či skupinovou a rozličnými canisterapeutickými technikami.

6.7 Zásah krizové intervence

Jednorázová, předem neplánovaná aktivita canisterapeutického týmu, který se na dobu zásahu stává členem integrovaného záchranného systému. Délka, intenzita a ostatní podmínky terapie se odvíjí od druhu a momentálních podmínek, ve kterých se klient nebo cílová skupina nachází.

Hlavním cílem této formy je zmírnění dopadu krize na psychiku cílové skupiny. Cílovou skupinu v tomto případě tvoří osoby, kterým hrozí krize, nebo se ocitly v její blízkosti či v jejím centru a členové integrovaného záchranného systému, kteří zasahují na místě krize. Krizí jsou myšleny například záplavy, požáry, únik plynu, hlášení výbušniny, podmínky, které si vynutí evakuaci osob, nebo nález migrantů za nehumánních podmínek (zde je důležité zjistit, zda není osoba takového vyznání, které považuje psa za nečisté zvíře). Pro canisterapeuta je důležitá znalost psychologie člověka, znalost první pomoci pro odhalení posttraumatického šoku, nebo vnitřního krvácení a jeho pes musí být velmi odolný vůči stresu a ovladatelný za jakýchkoliv podmínek.⁸⁴

⁸³ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 107

⁸⁴ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 109

Kromě těchto základních forem existují ještě další formy canisterapie jako například **ambulantní forma**, kde jde o provozování canisterapie v ordinaci lékaře - specialisty, školního psychologa apod., kam klient dochází. Další formou je program **péče o zvíře**, kdy je klientovi svěřeno do péče zvíře, nebo část péče o něj vždy pod dohledem odborníka. Většinou je tato forma kombinována s jinými formami canisterapie.⁸⁵

⁸⁵ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 36 - 37

7 Techniky užívané v canisterapii

V canisterapii lze využít rozličných technik a aktivit, které jsou kombinovatelné s různými formami a metodami canisterapie. To dává canisterapii, jako terapeutické jednotce, spoustu rozličných konečných podob. Předem je důležité uvědomit si, jak vhodné techniky pro daný typ terapie zvolit, jestli jsou techniky vhodné pro klienta i pro psa a jestli budou správně působit v oblasti, kterou jsme zvolili jako cílovou.⁸⁶ Jednotlivé aktivity mohou splňovat i více určených cílů najednou, při zapojení kreativity tak můžeme ovlivňovat jednou technikou více určených cílů.⁸⁷

Protože je těchto aktivit, činností a metod užívaných v canisterapii mnoho a terminologie je nejednotná (u každého z autorů se názvy liší a např. název metoda může být v mé práci zavádějící, protože je již jednou uveden v jiném smyslu), rozhodla jsem se je ve své práci souhrnně nazvat právě **technikami canisterapie** a podle Chamutyové⁸⁸ je rozdělit do skupin nazvaných podle oblasti, na kterou působí, pro větší srozumitelnost a přehlednost. Autoři však tento termín neuvádí jako oficiální název pro tyto činnosti. Mezi příklady technik, které uvádí Chamutyová, jsem rozřídila ještě poznatky z knihy od Galajdové⁸⁹, která techniky takto nerozděluje, ale uvádí jejich příklady v souvislém textu. Dále uvádím dvě velmi často užívané techniky, které jsou obsáhlejší a to **hry a polohování**.

Techniky pro rozvoj jemné motoriky: nejčastěji se užívá péče o psa – úchop kartáče, kartáčování srsti, otírání tlapek, připínání obojku a karabiny vodítka, oblékání psa do vesty canisterapeutického psa, krmení psa granulemi (nebo jinými psími pamlsky různých tvarů, barev, velikostí), nalévání vody do misky, hlazení a mazlení se psem

⁸⁶ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 111

⁸⁷ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 111 - 112

⁸⁸ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 242 - 244

⁸⁹ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 112 - 113

Techniky pro rozvoj hrubé motoriky: pes zde funguje jako motivační prvek, nebo jako cvičební „náradí“, pasivní dítě je motivováno k pohybu, naopak hyperaktivní dítě s hyperkinézami je schopno se v přítomnosti psa upokojit, překonávání překážkové dráhy společně se psem, nebo je pes součástí překážkové dráhy (vždy dbát na bezpečnost obou stran!), přetahování lanem, hod míčem, podlézání stojícího psa, napodobování psa (pozice „na čtyřech“, plazení, sed na patách, převalování se ze zad na břicho a opačně), cvičení rovnováhy a posturální aktivity při péči o psa ve stoji

Techniky v kombinaci s léčebnou tělesnou výchovou⁹⁰: při aplikaci těchto technik je samozřejmě nutná spolupráce rehabilitačního lékaře a fyzioterapeuta, kteří vypracují speciální individuální program pro klienta

Techniky pro rozvoj kognitivních schopností: psí pexeso, počítání psích drápků, poznávání předmětů pro péči o psa (může být i s vyloučením zrakové kontroly pro nácvik stereognozie), psí kvíz, tvoření vět s tematikou psa, píseň o psovi, čtení psího příběhu, poslech psího srdce stetoskopem, zapojení výuky cizího jazyka do canisterapie

Techniky pro rozvoj kreativity: malování obrázku psa, tvorba koláže, nebo modelace psa z různých materiálů, pes může otisknout své tlapky na papír, nebo triko, pletení, háčkování psí vesty, omalovánky a vystřihovánky s psí tematikou, výroba psa z kaštanů, výroba fotoalba s psí tematikou, příprava psích pamlsků (psí suchary namazané paštikou, sýrové kuličky...)

7.1 Hry

Zvláště u dětí je využití této techniky potřebné, neboť hra je pro dítě důležitým prostředkem pro správný psychomotorický vývoj. Naskýtá se zde nepřeberné množství možností a kombinací, hry za účasti psa, hry na psa, hry, ve kterých je ústředním tématem pes, ale není nutná jeho přímá účast, nebo soutěžení se psem.⁹¹ Hry mohou být kolektivní i prováděné jednotlivě. Rozvíjí se zde soutěživost, zároveň schopnost

⁹⁰ dále jen LTV

⁹¹ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 112

spolupráce a kreativita, podle zvolené hry. Možnosti her se odvíjí od druhu a stupně postižení ve skupině nebo u jednotlivce.⁹²

Příkladem nám může být hra na „zlatou bránu“, kdy se podlézá stojící pes, opičí dráha (jak jsem již uvedla, může se dráha překonat buď v doprovodu psa, nebo je pes součástí dráhy při zajištění dostatečné bezpečnosti pro obě strany), hry s míčem, hry na schovávanou (mohou se schovávat jak klienti, tak pes, nebo psí hračky a pamlsky), závod se psem (běh, plazení, kutálení míče), aportování, frisbee, tanec se psem, agility a spousta dalších možností her.

Hra vždy odpoutá pozornost od potíží, a vyžaduje plné soustředění na prováděnou činnost. Probudí pozitivní ladění a vyvolá úsměv, či radost z prováděné aktivity.⁹³

7.2 Polohování

Tato technika je považována za nejnáročnější, ale zároveň nejúčinnější technikou v canisterapii.⁹⁴ Je založena na přímém fyzickém kontaktu psa a klienta. Klient musí psovi důvěřovat, proto je vhodné, když se prvních terapií zúčastňují i rodiče klienta, kteří klientovi poskytnou větší jistotu.⁹⁵ Pro úspěšné provedení terapie je podle Velemínského⁹⁶ důležité zajistit následující podmínky:

- dostatek času na adaptaci klienta na terapii (délka je vždy individuální)
- klidnou, vyvětranou, ale příjemně teplou místnost
- měkkou podložku na zemi
- tlumené osvětlení
- může se použít relaxační hudba

⁹² CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 242 - 244

⁹³ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str. 112

⁹⁴ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 244

⁹⁵ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 177

⁹⁶ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 177

- polohovací pomůcky (válce, podkovy, polštáře, deky)

Terapeutická jednotka polohování obvykle trvá 15 – 20 minut (záleží na naladění klienta a výdrži psa). Je vhodné klienta svléci do spodního prádla (pokud je to možné), zvýší se tím plocha přímého kontaktu kůže klienta se srstí psa, což má za následek lepší prohřátí. Klient má následně prostor pro spontánní reakce, zvolí si takovou polohu, která je mu příjemná (případně terapeut nenásilně nastaví vhodnou polohu) a terapeut klienta dopolohuje, pomocí polohovacích pomůcek zajistí stabilitu zvolené pozice.⁹⁷ Pro udržení dostatečného tepla je vhodné klienta zakrýt dekou.⁹⁸

Terapeutickou jednotku polohování můžeme doplnit o techniky, jako například hlazení srsti psa, držení ruky na místech, kde je cítit tep nebo dech psa, stimulaci olizováním (má velmi pozitivní vliv na svalový tonus), odměňování psa granulemi, klient však může také při terapii usnout.⁹⁹

Přehled nejčastěji užívaných poloh při polohování uvádím v tabulce v přílohách (viz. Příloha 2). Tabulka je převzata z knihy od doktora Velemínského.¹⁰⁰

Během polohování dochází k pozitivním účinkům na klienta, např. k navození libých pocitů, ke zklidnění, snížení hyperkinéz, prohřátí těla klienta a tím uvolnění spastických svalů, oživení mimiky, prohloubení očního kontaktu, synchronizace dechu s dechem psa¹⁰¹, u inkontinentních klientů může dojít k problému vlivem intenzivního uvolnění.¹⁰²

⁹⁷ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 177

⁹⁸ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 244

⁹⁹ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 244

¹⁰⁰ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 179

¹⁰¹ Následně dochází k lepšímu prokrvení což má sekundárně vliv na spasticitu, relaxaci, snazší přijetí polohy, kterou jindy klient odmítá a salivaci. CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 244 - 245

¹⁰² VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 180

Je nutné v této kapitole zmínit postoj Galajdové vůči polohování. Tato technika není z jejího pohledu canisterapií, neboť nesplňuje podmínku, že canisterapie je interakcí mezi člověkem a psem, z níž vyplývá psychický a následně fyzický prospěch pro klienta. „Polohování je psem vnímáno jako omezení, ponížení až ohrožující agrese.“ Pokud není psovi příjemné, nemůže být uskutečňováno jako canisterapie.¹⁰³

Při vzájemné komunikaci psů je využíváno tzv. „táčkování“. Jedná se o postavení hlavy jednoho psa na kohoutek, krk, nebo hlavu druhého psa do tvaru písmene T. V dorozumívání psů může mít tento postoj různé významy, přátelské či nepřátelské, může jít též o výraz dominance či submisivity.¹⁰⁴ I z tohoto pohledu se nabízí otázka, jak je psem polohování vnímáno, neboť pes v komunikaci s člověkem využívá svého specifického způsobu komunikace a řeč a gesta ze strany člověka se snaží rozluštit právě podle tohoto způsobu. Proto je časté, že pes svému panovi nerozumí správně, nebo mu nerozumí vůbec.

¹⁰³ GALAJDOVY, L. a Z., Canisterapie, Pes lékařem lidské duše, nakladatelství Portál, Praha 2011, str.

66

¹⁰⁴ DESENSKÝ, R., Jak poznat psí duši, nakladatelství XYZ, Praha 2008, str. 113 - 115

8 Canisterapeutický tým

Canisterapeutický tým tvoří vždy člověk (psovod, canisterapeut, canisasistent – pro nejednotnou terminologii využívám ve své práci termín canisterapeut) a pes. Musí mezi nimi být velmi úzký vztah, aby byli schopni dobré spolupráce při terapii.¹⁰⁵

Canisterapeut by měl být člověkem, kterému je blízká práce s lidmi a zvířaty, má schopnost empatie a dokáže svého psa vhodně vycvičit a socializovat.¹⁰⁶ Důležitými vlastnostmi psa jsou genetická výbava, výcvik, výchova a socializace. Díky těmto charakteristikám se určuje vhodnost psa pro canisterapii, případně pro kterou metodu a formu je pes dobrým terapeutem.¹⁰⁷

Dalším krokem k získání statutu canisterapeutického týmu je úspěšné složení canisterapeutických zkoušek. Požadavkem pro získání canisterapeutického oprávnění je především základní ovladatelnost a poslušnost psa. Dalšími požadavky jsou například socializace do skupiny psů a lidí, pes musí být zvyklý pohybovat se ve vnitřních prostorech, na různé pachy, kompenzační pomůcky a náhlý hluk, který jimi může být způsoben a nekoordinované pohyby klienta. Pes by měl být orientován na svého pána a za každé situace mu věřit a naopak canisterapeut musí být pro svého psa vždy oporou.¹⁰⁸

Pes může být vycvičen v organizacích takto zaměřených, nebo se výcviku může ujmout sám canisterapeut, když bude schopen svého psa vycvičit tak, aby splnil požadavky u canisterapeutických zkoušek. Pro vztah psa a terapeuta je tato možnost samozřejmě lepší. Canisterapeut musí projít kurzem, ve kterém načerpá teoretické

¹⁰⁵ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 61

¹⁰⁶ Socializační proces psa trvá zhruba do 3 měsíců věku štěněte, proto je nutné v této době psa seznámit s co největším možným počtem situací, vjemů a samozřejmě také lidí a ostatních psů. VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 69

¹⁰⁷ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 69

¹⁰⁸ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 68

znalosti a se svým psem poté canisterapeutickými zkouškami k získání oprávnění k výkonu canisterapie. Mezi organizace, které poskytují možnost získání oprávnění k provozování canisterapie v ČR patří např. Výcvikové canisterapeutické sdružení HAFÍK, sdružení Pomocné tlapy o.p.s., sdružení SVOPAP s.r.o. a jiné. Podmínky získání oprávnění k výkonu canisterapie se mírně liší u každé z organizací.¹⁰⁹

Canisterapeutická asociace vytvořila normy pro získávání oprávnění na základě stejných událostí v zahraničních organizacích. Pro svou vnitřní potřebu pak stanovila osobu, která praktikuje canisterapii pod vedením odborníka a absolvovala minimálně 15 hodin teorie a 20 hodin praxe, **canisasistentem**, a osobu, která splnila 220 hodin teorie a 40 hodin praxe, odevzdala písemnou práci v rozsahu 50 – 60 stran a složila písemné zkoušky, **canisterapeutem** (ten může canisterapii praktikovat již samostatně). V bakalářské práci Sabiny Novákové z roku 2011 je uveden ještě jeden stupeň, kterým je **mentor**.¹¹⁰ U tohoto stupně záleží především na délce praxe a počtu zkušeností, o které se mentor může případně rozdělit s ostatními. Je nutno dodat, že normy se v ČR stále vyvíjejí.¹¹¹

Při samotném praktikování canisterapie je důležité splnit podmínky, které si klade zařízení, ale zároveň se i zařízení musí přizpůsobit některým požadavkům, které si stanovuje pro svou práci canisterapeutický tým.¹¹² Zařízení musí s týmem podepsat smlouvu, ve které jsou všechny tyto požadavky stanoveny a které zajišťují takový průběh canisterapie, na kterém se tým se zařízením domluví. Samotné canisterapie se poté účastní pouze klienti, kteří podepsali písemný souhlas k účasti na terapii. Canisterapeut je povinnen zachovávat mlčenlivost o všech jakkoliv získaných údajích o klientovi a to i po ukončení canisterapie.¹¹³

¹⁰⁹ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 68 - 69

¹¹⁰ NOVÁKOVÁ, Sabina. Využití canisterapie u seniorů. Plzeň 2011. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lucie Klánová, str. 17

¹¹¹ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 69

¹¹² Jako například respektování denního režimu psa a jiné.

¹¹³ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 72 - 73

8.1 Obecné zásady canisterapeutické jednotky

Před začátkem terapie je vhodné určit si metodu, formu, stanovit si cíle, rozvrhnout a určit si intervaly a časy návštěv, míru zapojení personálu, vhodnost prostoru, ve kterém bude canisterapie realizována, je nutné být ve spojení s kontaktní osobou ze zařízení, do kterého budeme docházet, zajistit si finanční stránku pro provádění canisterapie a nastudovat si podmínky a pravidla cílového zařízení. Dále je důležitá příprava psa na terapii. Pes by měl být čistý, vyvenčený, odpočatý a nakrmený (zároveň musí pravidelně procházet příslušným veterinárním vyšetřením).¹¹⁴

Také klient musí být seznámen s tím, co vše obnáší kontakt se psem. Při prvním setkání klienta a psa je důležitější než samotné naplnění určených cílů, seznámení a usměrnění vztahu klienta k psovi. Když si po několika takových terapiích (počet terapií je individuální u každého klienta) klient osvojí vhodný přístup k psovi, může být na dalších terapiích postupně sledován stanovený cíl. Tento může případně být podle průběhu terapie upraven. Po ukončení terapie je vhodná konzultace s odborníky a pro psa i jeho pána následuje zasloužená relaxace.¹¹⁵

Při úplném ukončení běhu canisterapie¹¹⁶ je důležité vyhodnocení zaznamenávaných výsledků, konzultace s odborníkem a zhodnocení přínosu canisterapie u konkrétního klienta.¹¹⁷

¹¹⁴ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 73

¹¹⁵ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 74

¹¹⁶ Skončení terapeutického působení z různých důvodů, např. přechod klienta do jiného zařízení, stáří psa, nebo jednoduše naplnění terapeutického cíle. VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 74

¹¹⁷ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 74

9 Indikace a cíle canisterapie

9.1 Indikace a kontraindikace canisterapie

Canisterapie je terapií, indikovatelnou v mnoha případech. Terapie je vhodná pro děti předškolního věku, adolescenty, dospělé i seniory. Tento způsob podpůrné terapie je využitelný u širokého spektra diagnóz, od fyzického, přes mentální až po duševní postižení.

Canisterapie se dá indikovat u emocionálně deprivovaných dětí, autistických dětí, mentálně postižených jedinců, u klientů se smyslovým postižením, u některých psychiatrických diagnóz (jako je deprese, úzkost, fobie), u klientů s fyzickým nebo kombinovaným postižením, u chronicky a dlouhodobě nemocných klientů, u geriatrických klientů aj.¹¹⁸

Využití canisterapie je dále možné ke zvýšení motivace k činnostem, ke zlepšení psychického stavu (díky emočně libým prožitkům při kontaktu se psem), k podpoření úpravy fyzického stavu, k podpoře a vzniku sociálních vazeb, jako zpestření rutinní náplně dne v zařízení, nebo jako prostředníka k propojení zdravé a nemocné populace.¹¹⁹

Kontraindikací pro canisterapii jsou akutní infekční stavy, otevřené rány, alergie, astma, onemocnění imunitního systému a jiné akutní stavy, které by mohli znamenat riziko pro obě zúčastněné strany (tzn. klienta i psa). Jako překážku k výkonu terapie považujeme i nechuť klienta nebo psa k terapii, jejich přání se musí za každé situace respektovat. U kynofobie je sporné zařazení do kontraindikací canisterapie, neboť

¹¹⁸ CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou, čas. Rehabilitácia, vol. 45, no. 4, 2008, str. 241

¹¹⁹ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 77

samotnou canisterapií (za účasti příslušných odborníků v psychologii a kynologii) lze tento stav ovlivnit.¹²⁰

9.2 Cíle canisterapie

Cíle canisterapie pro klienty lze definovat pouze obecně. Každý klient má totiž individuální potřeby a přání a také jiný druh postižení. Od toho se tedy odvíjí přesné cíle pro každého klienta vytvořené na míru. Zároveň se cíle liší podle zvolené metody a formy canisterapie. Obecným cílem canisterapie pro všechny klienty je tedy aktivizace klienta, zlepšení jeho fyzického a psychického stavu a zvýšení kvality života klienta.¹²¹ Dále můžeme určit obecné cíle u jedné skupiny, kterou tvoří děti a dospělí a druhé skupiny zahrnující seniory. U dětí a dospělých by k obecným cílům pro všechny klienty mohl být přiřazen rozvoj jejich schopností a dovedností, u seniorů k obecným cílům patří udržení a zachování jejich dovedností a schopností.¹²²

Konkrétnější cíle pro skupinu dětí můžeme uvést v těchto oblastech: pohyblivost, psychická podpora, kognitivní oblast, sociabilita a sociální dovednosti a vztah ke psům, zvířatům a přírodě.¹²³ Stručně uvádím ty, které považuji za nejdůležitější:

Pohyblivost: rozvoj jemné a hrubé motoriky, spontánní cílený pohyb, koordinace pohybu, motorický výcvik k sebeobsluze a používání kompenzačních pomůcek

Psychická podpora: opora při odloučení od rodiny, spontánní přirozené zklidnění, posílení pocitu bezpečí a jistoty, zmírnění pocitu méněcennosti, zvýšení sebedůvěry, reálné vnímání a přijetí svého onemocnění, poznání svých kvalit a silných stránek

¹²⁰ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 77

¹²¹ NERANDŽIČ, Z., Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit, nakladatelství Albatros, Praha 2006, str. 52

¹²² VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 78

¹²³ Tyto oblasti a jednotlivé cíle v oblastech jsou uvedeny v knize: VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 78 - 79

Kognitivní oblast: stimulace vnímání, soustředění, bdělosti, rozvíjení smyslů, myšlení, představivosti, fantazie, podpora učení, paměti, orientace, rozvoj komunikace, motivace

Sociabilita a sociální dovednosti: navázání kontaktů s ostatními, rozvoj ukázněnosti, zodpovědnosti, pozitivní vztah k ostatním, zapojení do kolektivu, spolupráce, rozvoj hodnotové orientace, osvojení si sociálního citění

Vztah ke psům, zvířatům a přírodě: odbourání nebo zmírnění strachu ze psů, odstranění agresivity vůči psům, zodpovědné zacházení se psem, rozvoj znalostí a dovedností v péči o psa, jeho výcviku a výchově, projevů a způsobů komunikace

Ve stejných oblastech stanovil Velemínský¹²⁴ také obecné cíle canisterapie u seniorů, ty zde však neuvádím, neboť se v praktické části zaměřuji na děti.

Přesné individuální cíle a oblasti zaměření canisterapie se určují až u konkrétního klienta, nebo skupiny klientů. Důležité je komplexní vyšetření klienta a stanovení problémových oblastí, kde by canisterapie mohla být uplatněna. Konkrétní cíle poté stanovuje canisterapeut nebo odborník podle zvolené metody canisterapie.¹²⁵

¹²⁴ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 80 - 81

¹²⁵ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 77 - 78

10 Oblasti, ve kterých canisterapie působí na klienta

Canisterapie je u některých autorů (zejména starších publikací) považována hlavně za psychosociální podporu u klientů.¹²⁶ Tento postoj je v novější literatuře již překonán a vyzdvihuje se i fyzická stránka.¹²⁷ Ve své práci se budu zabývat vlivem nejen na oblast psychiky a sociálních dovedností, ale také na fyzickou stránku klienta a to zejména z ergoterapeutického hlediska.

Odborníci se shodují, že blízký a dlouhodobý kontakt se psem má za následek fyziologické, psychologické a společenské přínosy pro klienta, čímž se podpoří celkové zdraví a upraví psychika, takže druhotně dochází ke zlepšení kvality života a to jak u zdravotně postižených tak i u zdravých jedinců v populaci. Každý živý organismus je totiž schopen pozitivně působit na jiný živý organismus. Kontakt se zvířetem způsobuje nenásilné a spontánní spuštění fyziologických procesů, které se podílejí velkou částí na upravování stavu klienta.¹²⁸ Při léčebném procesu se klient jakoby odevzdává do rukou odborníka a přenechá aktivitu na něm. Při podpoře léčebného procesu canisterapií člověk sám nevědomě připravuje svůj organismus na spolupráci při léčbě právě tím, že se při kontaktu se psem spontánně spouští fyziologické procesy napomáhající léčbě a tím tak zvyšuje šance na upravení svého stavu a tento proces i zrychluje. Proto je vhodné, pokud je to možné, kombinovat některé léčebné postupy přímo s canisterapií.

Oblasti, ve kterých je canisterapie přínosem pro klienta, jsem rozdělila do tří velkých skupin, neboť člověk je chápán jako bio – psycho – sociální jednota a každý

¹²⁶ CICHOLESOVÁ, T., KOCIOVÁ, K., STRHÁRSKÁ, M., VÝROSTKO, J., TAKÁČ, P., BODNÁR, Š., Canisterapia, Pomocná terapia s posobením psa, čas. Rehabilitácia, Vol. 43, No. 2, 2006, str. 114, JANKOVSKÝ, J., Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, TRITON, Praha 2006, str. 25

¹²⁷ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 60

¹²⁸ VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str. 192

podnět, působící na člověka, tyto oblasti vyvíjí a utváří¹²⁹. Těmito oblastmi jsou tedy fyzická, psychická a sociální stránka jedince.¹³⁰

10.1 Fyzická stránka

- zvýšení hladiny endorfinů a dopaminu
- snížení hodnot arteriálního krevního tlaku
- snížení srdeční frekvence
- snížení dechové frekvence
- stabilizace krevního oběhu a pulzu
- snížení kardiovaskulárních rizikových faktorů¹³¹
- zlepšení životních funkcí
- podpora rekonvalescence
- zlepšení jemné a hrubé motoriky
- zvýšení svalové síly v končetinách
- zlepšení koordinace pohybů
- zvyšování tělesné rovnováhy v různých polohách
- uvolnění svalstva
- podpora smyslů
- prohloubení dýchání
- podpora chuti k jídlu nebo naopak redukce nadváhy
- redukce užívání návykových látek
- redukce dávkování medikace (analgetika, antidepresiva, anxiolytika, antihypertenziva)
- zlepšení funkce imunitního systému

Zhodnocení z pohledu ergoterapie:

Všechny tyto body umožňují, ať již přímo nebo nepřímo, zajistit vyšší míru soběstačnosti tím, že selepší schopnost úchopů, stability při vykonávané činnosti,

¹²⁹ KARÁSKOVÁ, V., Pes a dítě s mentálním postižením, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc 2004, str. 15

¹³⁰ Jednotlivé body působení v těchto oblastech jsou uvedeny v knize: VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv autorů, Zooterapie ve světle objektivních poznatků, nakladatelství Dona, České Budějovice 2007, str.

¹³¹ Nutnost péče o psa, zajištění dostatečného pohybu a denního režimu a další udržují člověka v dobré fyzické kondici.

zvýší se síla a obratnost a další dovednosti, které jsou pro sebeobslužné úkony z hlediska ergoterapie klíčové. Zároveň je canisterapie vhodnou terapií, při které se dají využít prvky z ergoterapie právě pro nácvik soběstačnosti ve všedních denních činnostech (dále jen ADL).¹³² Vždy se konkrétní terapeutické působení odvíjí od individuálních potřeb klienta. Canisterapie i ergoterapie jsou dvě disciplíny, které zahrnují širokou škálu metod. Jejich kombinací docílíme různých podob terapií, což nám zaručuje i potřebná kreativita ergoterapeuta.

10.2 Psychická stránka

- udržení dobré psychické kondice
- odvedení pozornosti od vlastních potíží
- odreagování od problémů
- nenásilné vedení k učení, poznávání, procvičování kognitivních funkcí
- posílení pocitu bezpečí, jistoty a důvěry
- podpora motivace (k léčbě, ke komunikaci, ke kontaktu...)
- redukce pocitu osamělosti
- opora při překonávání stresových situací
- ovlivnění strachu, depresivních a úzkostných stavů
- stimulace ke smíchu, dobré náladě, uvolnění (ve smyslu psychické relaxace)
- uspokojení taktilní potřeby člověka
- vnímání schématu vlastního těla
- trénink řečových dovedností
- trénink orientace
- pozitivní výbavnost z dlouhodobé paměti
- procvičování krátkodobé paměti
- odpoutání od bolesti
- formování a naopak potlačování některých postojů
- rozvoj sebevědomí
- poskytnutí útočiště při řešení problémů (pes bere člověka takový jaký je, lidé se navzájem posuzují a kritizují, což může, zvláště u dětí, vyvolat pocit ohrožení)

¹³² ADL – Activities of Daily Living (všední denní činnosti) – dělíme je na personální všední denní činnosti (PADL) a instrumentální denní činnosti (IADL). JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L., Ergoterapie, Portál, Praha 2009, str. 65

Zhodnocení z pohledu ergoterapie:

Zlepšení stavu psychické stránky člověka vede obecně ke zvýšení kvality života, k lepšímu přístupu k procesu léčby a přijetí svého stavu. To značně usnadňuje ergoterapeutovi vyšetřování klienta a na základě toho zvýšení kvality určování cílů, stanovení ergoterapeutických plánů a samotného průběhu ergoterapeutické intervence. Zároveň tyto oblasti značně zlepšují kognitivní schopnosti klienta, či usnadňují proces ergoterapeutického působení při kognitivní terapii. Klient nemá takovou potřebu se při terapii ergoterapeutovi svěřovat se svými problémy, naopak odpoutání od nich zajistí canisterapie a klient se pak lépe soustředí na vykonávanou činnost, což má samozřejmě mnohem větší konečný efekt. Klientovi se díky canisterapii může zvýšit důvěra v ergoterapeuta, pokud ji předtím postrádal. Zvýšení motivace klienta k činnosti je dalším velmi přínosným výsledkem canisterapie pro ergoterapii. Opět můžeme využít ergoterapeutických prvků při výkonu canisterapie, nebo může být canisterapie vhodnou terapií pro přípravu klienta na ergoterapeutickou jednotku.

10.3 Sociální stránka

- možnost interakce a komunikace (se psem, ve skupině...)
- zvýšení schopnosti vnímání nonverbální komunikace
- podpora sociálního kontaktu
- usnadnění navazování vztahů
- vytváření komunikačních příležitostí
- nabídka tématu rozhovoru, nebo kreativní činnosti (pes se dá zakomponovat prakticky kamkoliv)
- zvýšení důvěry
- prožití vztahu soudržnosti
- snadnější vedení rozhovorů o emočně laděných tématech
- pozitivní působení na vztahy v rodině
- rozvoj sociálního cítění
- posílení pocitu užitečnosti
- zvýšení zodpovědnosti

- zvýšení sebeúcty
- podpora pozitivního vztahu k přírodě

Zhodnocení z pohledu ergoterapie:

Zlepšení sociální stránky klienta vede ke snadnějšímu navázání terapeutického vztahu klienta s ergoterapeutem, který s sebou nese následné výhody zmíněné u psychické stránky. Všechny tyto body socializují klienta, což samo o sobě je pro ergoterapeuta značným usnadněním pro ergoterapeutickou intervenci. Zlepšení může být viditelné jak u individuálních, tak i u skupinových terapií (myšleno u ergoterapeutické intervence). U klientů, kteří dříve neupřednostňovali skupinové terapie a byli spíše samotářští, může canisterapie pomoci k získání chuti účastnit se na skupinových ergoterapeutických jednotkách. Klient, který nese špatně svůj zdravotní stav, se při porovnání s ostatními může zbavit sebelítosti a naopak získat dostatečnou motivaci pro úpravu svého stavu.

Celkové zhodnocení z pohledu ergoterapie:

V ergoterapii je tedy canisterapie velmi nápomocným prvkem. Při terapiích může být využito pouhé přítomnosti psa k podpoření terapie (pasivní forma AAA, viz. kapitola 5 Metodika canisterapie), nebo pes může převzít roli ergoterapeutické „pomůcky nebo nástroje“. Canisterapií zajistíme dostatečnou motivaci klienta a soustředění se na terapii. Psí terapeut může sloužit jako téma kreativních činností při terapeutických činnostech a technikách. Při spolupráci s logopedem nebo speciálním pedagogem můžeme psí téma využít k nácviku řeči, kognitivních schopností, nebo například ke stimulaci orofaciální oblasti.¹³³ Využití ergoterapeutických prvků při canisterapeutické jednotce může být dalším způsobem nácviku například úchopové schopnosti. Vhodné je využití canisterapie jako přípravné techniky pro další složky komplexní péče o klienta (například fyzioterapie, ergoterapie, logopedie a jiné).

¹³³ Pro děti může být využit například pokyn: „Olízněte se jako pejsek!“

11 Komplexní péče o klienta

Canisterapie je v dnešní době považována za součást komplexní péče o klienta, neboli komprehensivní rehabilitace, jak jsem uvedla v kapitole 1 Canisterapie. Proto jsem zde shrnula pár základních informací, které dají větší náhled do problematických oblastí klienta, na které je potřeba se při rehabilitaci zaměřit.

Komprehensivní (jinak také ucelená) rehabilitace je interdisciplinární obor, zahrnující péči ze zdravotnické, sociální, právní, pedagogické, psychologické a pracovní oblasti. V ucelené rehabilitaci projevujeme snahu o co nejkvalitnější možné začlenění klientů se zdravotním postižením do běžného života. Podle Světové zdravotnické organizace můžeme ucelenou rehabilitaci definovat takto: „Rehabilitace je kombinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti. Rehabilitace je proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti.“¹³⁴

Ucelená rehabilitace se dělí na čtyři větve podle prostředků rehabilitace, které využíváme: léčebné, pracovní, sociální a pedagogické prostředky rehabilitace.¹³⁵ Blíže se zde budu zabývat pouze léčebnými prostředky rehabilitace, neboť úzce souvisí s tématem této práce.

11.1 Léčebná rehabilitace

Hlavním úkolem této části ucelené rehabilitace je řešení příčiny postižení a funkčních poruch a následné odstranění zdravotního postižení. Touto částí se tedy zabývají hlavně lékaři a zdravotníci. Základním dělením je rozlišení léčebné rehabilitace na vertikální a horizontální. Při **vertikální** rehabilitaci se předpokládá úplná

¹³⁴ JANKOVSKÝ, J., Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, TRITON, Praha 2006, str. 20

¹³⁵ JANKOVSKÝ, J., Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, TRITON, Praha 2006, str. 19

úprava do původního stavu organismu, u **horizontální** rehabilitace se zabýváme onemocněními, která jsou chronická, a rehabilitace je poté dlouhodobého rázu.

11.2 Prostředky léčebné rehabilitace

- a) fyzioterapie (fyzikální terapie, léčebná tělesná výchova)
- b) ergoterapie
- c) zooterapie – jejíž částí je právě canisterapie
- d) další specifické terapie (arteterapie, muzikoterapie...)
- e) další možné postupy související s léčebnými prostředky rehabilitace (kompenzační pomůcky)¹³⁶

11.3 Specifika komplexní péče u dětí s dětskou mozkovou obrnou

Tímto tématem se zde zabývám proto, že v praktické části této práce bych chtěla demonstrovat poznatky z části teoretické na klientech s dětskou mozkovou obrnou. Proto považuji za vhodné stručně shrnout základní informace o této diagnóze a přiblížit přehled problémových oblastí, na které se z hlediska ergoterapie zaměříme.

11.4 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (dále jen DMO) je onemocnění způsobené poškozením mozku v pre-, peri-, nebo postnatálním období s následky motorickými, mentálními a smyslovými.¹³⁷ Projevy onemocnění se liší, vyskytovat se mohou buď jednotlivě, nebo v kombinacích. Příčina je často nejasná, mezi časté však patří krvácení, nedokrevnost, poporodní žloutenka, či infekce.¹³⁸ Dětská mozková obrna se projevuje ve formě **hemiparézy, diparézy, triparézy, kvadruparézy**, což jsou spastické formy, nebo ve

¹³⁶ JANKOVSKÝ, J., Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, TRITON, Praha 2006, str. 20 - 27

¹³⁷ JANKOVSKÝ, J., Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, TRITON, Praha 2006, str. 40

¹³⁸ VOTAVA, J., a KOLEKTIV, Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením, Karolinum, Praha 2003, str. 173

formách nespastických, jimiž jsou **hypotonická, extrapyramidová (atetóza), cerebellární a smíšená forma.**¹³⁹

Neboť u většiny dětí je postižení vrozené, nebo získané ve velmi brzkém věku, kdy si ještě neosvojily některé motorické dovednosti, hovoříme spíše o procesu habilitace, než rehabilitace. Tento pojem se v praxi však příliš neujal.¹⁴⁰ Kromě motorického postižení různého stupně se u dětí s DMO vyskytují přidružené poruchy, jako je epilepsie, poruchy řeči, sluchu, či zraku a mentální retardace.¹⁴¹

Kromě motorických (následně ortopedických), smyslových, či kognitivních problémových oblastí je nutné zaměřit se také na psychickou stránku klienta s DMO. Často se objevuje zvýšená emotivita, nebo emoční poruchy v důsledku postižení, na které je nutno se zaměřit cílenou psychoterapií.¹⁴² Z pohledu kulturní antropologie u lidí s postižením často hrají velkou roli **sebeobviňování** za postižení a **stud**, který vyvstává z pohany jiných. Obojí výrazně snižuje sebeúctu a důstojnost klienta. Pokud se ke klientovi přistupuje s odporem, nebo jinými negativními pocity, můžeme očekávat pouze škody na jeho psychickém rozpoložení.¹⁴³

¹³⁹ KRAUS, J., a KOLEKTIV, Dětská mozková obrna, Grada, Praha 2005, str. 67 – 86, PFEIFFER, J., Neurologie v rehabilitaci, Grada, Praha 2007, str. 252 - 254

¹⁴⁰ VOTAVA, J., a KOLEKTIV, Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením, Karolinum, Praha 2003, str. 172

¹⁴¹ VOTAVA, J., a KOLEKTIV, Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením, Karolinum, Praha 2003, str. 174

¹⁴² JANKOVSKÝ, J., Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, TRITON, Praha 2006, str. 46

¹⁴³ MURPHY, R., Umlčené tělo, Sociologické nakladatelství, Praha 2001, str. 80 - 81

PRAKTICKÁ ČÁST

12 Cíl a úkoly práce

Cílem této práce je pomocí výzkumných metod zhodnotit přínos canisterapie pro klienta z hlediska ergoterapie a zhodnotit výsledky canisterapie u konkrétních klientů v praktické části.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání **teoretických znalostí** z různých zdrojů o canisterapii, jejích zásadách a pravidlech, o diagnóze dětská mozková obrna a o projevech jednotlivých forem tohoto onemocnění.
2. Vybrání **sledovaného souboru** klientů a zjištění a sepsání **kazuistických údajů**.
3. Uvědomit si a nastudovat vhodné **metody testování a pozorování** k potvrzení či vyvrácení mých hypotéz.
4. Sestavit **terapeutické jednotky** pro jednotlivé pacienty, realizovat je opakovaně v určitém časovém úseku, se současným kontrolováním výsledků pomocí vyšetřovacích metod s eventuálními úpravami terapeutických jednotek podle výsledků.

Tyto výsledky budou uceleny, porovnány a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány s mými hypotézami.

13 Hypotézy

Předpokládám, že:

1. Canisterapie má pozitivní vliv na zvýšený svalový tonus u klienta s DMO.
2. Využitím prvků z ergoterapie v canisterapii můžeme u klienta dosáhnout výsledků v nácviku soběstačnosti.
3. Canisterapie je vhodnou terapií, umožňující snadnější průběh následujících terapeutických intervencí z oblasti léčebné rehabilitace (konkrétně fyzioterapie).

14 Charakteristika sledovaných souborů

Ke zhodnocení vlivu canisterapie na klienta z pohledu ergoterapie jsem sledovala po dobu 8 měsíců 4 klientky. Dvě z nich navštěvují Základní a praktickou školu Arkadie v Teplicích a dvě jsou klientky Denního stacionáře Arkadie v Krupce u Teplic. Klientky mají společnou diagnózu dětskou mozkovou obrnu (DMO). Tři z klientek mají formu spastické kvadruparézy, jedna klientka formu spastické diparézy. Klientky jsou ve věku 18 – 27 let. Canisterapie je u klientek prováděna pravidelně 1x týdně po dobu zhruba 60 min., u jedné z klientek se canisterapie provádí po dobu 20 min. Canisterapie byla u klientek praktikována metodou AAT, formou rezidentní, za využití techniky polohování, technik pro rozvoj jemné a hrubé motoriky, pro nácvik kognitivních schopností a hry.

Sledovaný soubor A

V tomto souboru budu sledovat na všech čtyřech klientkách vliv canisterapie na zvýšený svalový tonus. Zhodnocení provedu pomocí Modifikované Aschwortovy škály spasticity.¹⁴⁴

Sledovaný soubor B

V tomto souboru budu u klientek 1, 3 a 4 sledovat vliv na zlepšení soběstačnosti za využití ergoterapeutických technik pro nácvik ADL při canisterapii. Zhodnocení provedu pomocí testu Barthel Index (BI), a Testu instrumentálních všedních denních činností (test IADL).

Sledovaný soubor C

¹⁴⁴ Modifikovaná Aschwortova škála spasticity je podrobně popsána v knihách: ŘASOVÁ, K., Fyzioterapie u neurologicky nemocných, CEROS, Praha 2007, str. 86, KOLÁŘ, P., ET AL., Rehabilitace v klinické praxi, Galén, Praha 2009, str. 63

V tomto souboru se pomocí polostrukturovaného rozhovoru s odborníky pracujícími s klientkami pokusím zjistit vliv canisterapie na následně prováděné terapie z léčebné rehabilitace (konkrétně fyzioterapie).

15 Metody testování

15.1 Modifikovaná Aschwortova škála spasticity

Tato škála slouží k posouzení spasticity podle odporu, který klade spastický sval při pasivním provedení pohybu. Pomocí škály o šesti stupních hodnotíme míru spasticity jednotlivých svalových skupin. Nevýhodou testu je hodnocení pouze pasivní složky pohybu.¹⁴⁵ Výchozí polohou klienta při testu je leh na zádech při extendovaných končetinách. Pomalým pasivním pohybem se vyšetřuje pět svalových skupin na horních končetinách a čtyři svalové skupiny na dolních končetinách.¹⁴⁶

15.2 Barthel index – Barthelův test personálních všedních denních činností

Tento test slouží k posouzení míry soběstačnosti klienta při výkonu PADL. Hodnotíme zde míru dopomoci při výkonu PADL. Test se skládá z deseti činností PADL, bodově ohodnocených podle provedení činností klientem pomocí tří stupňové škály (10 – 15 = samostatné provedení, 5 = provedení s dopomocí, 0 = neprovede). Tento test je nejpoužívanějším testem k hodnocení výkonu PADL v rehabilitaci chronicky nemocných osob.¹⁴⁷

15.3 Test instrumentálních všedních denních činností

V tomto testu se hodnotí osm instrumentálních všedních denních činností za pomoci třibodové škály (10, 5 a 0 bodů podle dopomoci při prováděné činnosti). Test má za úkol vyhodnotit míru závislosti v provádění instrumentálních všedních denních činností.¹⁴⁸

¹⁴⁵ KOLÁŘ, P., ET AL., Rehabilitace v klinické praxi, Galén, Praha 2009, str. 63

¹⁴⁶ ŘASOVÁ, K., Fyzioterapie u neurologicky nemocných, CEROS, Praha 2007, str. 86

¹⁴⁷ KRIVOŠÍKOVÁ, M., Úvod do ergoterapie, Grada, Praha 2011, str. 238

¹⁴⁸ KRIVOŠÍKOVÁ, M., Úvod do ergoterapie, Grada, Praha 2011, str. 240

15.4 Polostrukturovaný rozhovor

Rozhovor je metoda charakteristická pro kvalitativní výzkum. Pro účely této práce jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Tuto metodu jsem zvolila proto, že umožňuje dostat se více do hloubky problematiky než strukturovaný rozhovor. Respondentovi jsem položila podle předem připraveného tzv. guide listu (osnova otázek) otevřené otázky, podle kterých se určil směr rozhovoru. Odpovědi jsem poté vyhodnotila. Informátor byl poučen o zveřejnění výsledků rozhovoru v informovaném souhlasu. V rámci zachování anonymity respondenta jsem v přílohách neuvedla přepis rozhovoru ale pouze připravený guide list. Rozhovor jsem nahrávala, přepsala a okódovala.

16 Kazuistiky

16.1 Kazuistika 1

pohlaví: žena

věk: 19

diagnóza: dětská mozková obrna – spastická kvadruparéza

příčina onemocnění:

matka rizikové těhotenství, předčasný porod ve 30. týdnu těhotenství, porodní komplikace

vedlejší onemocnění:

mentální retardace - středně těžká

epilepsie – kompenzována medikací, lehké záchvaty

zraková vada – atrofie zrakového nervu

dysartrie – řeč je srozumitelná

osobní anamnéza:

- dítě z první gravidity
- porod ve 30. týdnu záhlavím
- porodní míry – 1700 g, 40 cm
- ve 4 týdnech věku bronchopneumonie
- pozdní metabolická acidosa
- psychomotorická retardace¹⁴⁹ – motorická retardace odpovídá věku 11 měsíců u zdravého jedince, mentální retardace odpovídá věku 6 – 9 let u zdravého jedince
- často hospitalizována pro neprospívání, hypotonii a psychomotorickou retardaci (klientka je však v dobrém psychickém stavu, vyhledává sociální kontakty)
- prodělala běžné dětské nemoci
- ve 13 letech operace adduktorů a flexorů kyčelního kloubu ve FN Motol (aplikace botulotoxinu)

rodinná anamnéza:

- neúplná rodina – rodiče rozvedeni, klientka v péči matky

¹⁴⁹ Pro posouzení psychomotorické retardace u klientek jsem čerpala z knih: ORTH, H., Dítě ve Vojtově terapii, Kopp, České Budějovice 2009, HELLBRÜGGE, T., ŠOLTÉS, L., ARCHALOUSOVÁ, A., ILENCÍKOVÁ, D., Prvních 365 dní v životě dítěte, Grada, Praha 2010

- žádní sourozenci
- onemocnění v rodině nevýznamná pro kazuistiku

sociální anamnéza:

- klientka bydlí s matkou v panelovém domě s výtahem, v bezbariérově upraveném bytě
- průkaz ZTP/P

školní anamnéza:

- klientka navštěvuje ZŠ a PrŠ Arkadie v Teplicích

Vyšetření:

vyšetření aspektů:

- zvýšený svalový tonus – flekční spasticita na horních končetinách, extenční spasticita na dolních končetinách
- hyperkifóza hrudní páteře, hyperlordóza bederní páteře
- ventrální postavení pánve
- oslabení posturálního svalstva zad a svalstva pletence pánevního
- mírná salivace – klientka je schopna ji kontrolovat a sama si otřít ústa
- zvýšená emoční stránka

Horní končetiny

- ramenní a loketní kloub – pasivně pohyblivé v plném rozsahu kloubu
- předloktí – pronační spasticita bilaterálně
- supinace (orientačně) – levé předloktí – 10°, pravé předloktí – do nulového postavení
- zápěstí – pasivně pohyblivé v plném rozsahu kloubu, flekční kontraktury bilaterálně
- prsty – flexe v MP kloubech, hyperextenze IP 1, flexe IP 2
- pravá horní končetina – dominantní
- úchopy – pravá HK – jednodušší manipulace s prstovým typem úchopu, manipulační funkce ruky
 - levá HK – dlaňový úchop, fixační funkce ruky
 - grafomotorika – schopna napsat své křestní jméno hůlkovým písmem, úchop tužky mezi palcem a laterální stranou ukazováku, písmo kostrbaté

Dolní končetiny

- kyčelní a kolenní kloub – pasivně volné, v extenčním postavení
- noha – lehce ekvinovarózní postavení (kontrolované ortopedickou obuví)

Lokomoce

- lezení – motivována předmětem doleze asi 5m, poté nastupuje únava
- otáčení na lůžku – s dopomocí, uchopí přes střední čaru druhý okraj lůžka, s obtížemi se přetočí
- nestabilní stoj na obou dolních končetinách s oporou o horní končetiny s dopomocí (při vertikalizaci, která se u klientky uskutečňuje 1x týdně)
- paraparetická bipedální chůze ve vysokém chodítku s dopomocí na 10 m
- pohyby – pomalé, cílené, koordinace oko – ruka při soustředění dobrá, omezeno zrakovou vadou, koordinace ruka – ruka – PHK funkci manipulační a LHK funkci fixační, schopna nesourodými pohyby obou horních končetin ovládat mechanický vozík, velmi pomalu ujede 10 m vzdálenost

Vyšetření soběstačnosti

sebesycení – dlaňovým úchopem drží lžici a vidličku, je schopna sama sníst nakrájené jídlo na menší kousky

oblékání – s plnou asistencí, nedokáže zvednout pánev na lůžku, stáhne si na trup triko oblečené na ruce

hygiena – plná asistence, náznak pohybů čištění zubů, při provedení však vyčištění není důkladné (guiding terapeutem nebo matkou)

kontinence – dříve stresová inkontinence, v současné době není

přesuny – plná asistence, při přesunu z vozíku na WC je schopna chvilku stát na dolních končetinách při opoře o horní končetiny (usnadnění pro terapeuta při stahování kalhot), pokud sedí na vozíku moc vepředu je schopna vzepřít se na horních končetinách a posunout pánev dozadu, při jištění dolních končetin terapeutem

Kognitivní funkce

- paměť – spíše krátkodobá
- pozornost – udrží pouze krátkodobě (cca 15 min.)
- komunikace – dysartrie, řeč je však srozumitelná, klientka velmi komunikativní, ráda vyhledává nové kontakty, vyžaduje však jejich plnou pozornost

Kompenzační pomůcky

- mechanický vozík, lupa na čtení, upravené PC pro výuku, ortopedická obuv, molitanový váleček na příbor, polohovací ortézy na noc z termoplastického materiálu, antidekubitní podložka na vozíku

Testování

Barthel index

vstupní vyšetření 4.5.2011:

- 55 b., závislost středního stupně
- problémové oblasti: oblékání, koupání, osobní hygiena, použití WC, přesuny, chůze, zrak

výstupní vyšetření 14.12.2011:

- výsledky stejné jako u vstupního vyšetření

Test instrumentálních všedních denních činností (IADL)

vstupní vyšetření 4.5.2011:

- 10 b., závislý v IADL
- problémové oblasti: všechny

výstupní vyšetření 14.12.2011

- výsledky stejné jako u vstupního vyšetření

Modifikovaná Ashwortova škála spasticity

Tabulka č. 1 Modifikovaná Ashwortova škála spasticity u klientky 1

Klientka 1	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření
Datum vyšetření	4.5.2011	14.12.2011
Flexory lokte L/P	3/3	3/3
Pronátory lokte L/P	3/3	3/3
Supinátory lokte L/P	3/3	3/3
Flexory zápěstí L/P	3/3	3/3
Flexory prstů L/P	3/3	3/3
Adduktory kyčle L/P	3/3	3/3
Extensory kolene L/P	3/3	3/3

Flexory kolene L/P	2/2	2/2
Plantární flexory L/P	3/3	3/3
Celkem L/P	26/26	26/26

Tabulka č. 2 Hodnocení Modifikované Ashworthovy škály spasticity:

0	Svalový tonus nezvýšen
1	Mírné zvýšení svalového tonu, zachytitelné na konci rozsahu pohybu vyšetřované části končetiny
1+	Mírné zvýšení svalového tonu, patrné asi po polovinu času rozsahu pohybu vyšetřované části končetiny
2	Výraznější zvýšení svalového tonu, patrné po celou dobu rozsahu pohybu vyšetřované části končetiny
3	Zřetelné zvýšení svalového tonu, pasivní pohyb obtížný
4	Postižená část je v trvalém abnormálním postavení (flexi, extenzi, apod.)

Silné stránky klientky

- radost ze spolupráce s terapeutem
- motivace k činnosti
- snaha o co nejlepší výkon
- trpělivost

Slabé stránky klientky

- emoční labilita (pokud se při terapii něco nezdařilo, reagovala klientka pláčem, což narušilo průběh terapie)
- klientka vyžaduje plnou pozornost terapeuta, proto při účasti na skupinové terapii reagovala podrážděně, nebo zůstala při terapii schválně pasivní
- rychlejší unavitelnost
- hrozba epileptického záchvatu při terapii

Problémové oblasti

- vysoká spasticita na horních i dolních končetinách

- oblast PADL a IADL
- schopnost krátkodobé koncentrace
- oblast jemné a hrubé motoriky
- porucha termoregulace
- neschopnost lokomoce

Krátkodobý ergoterapeutický plán

cíle:

- snížení spasticity na horních a dolních končetinách
- podpoření supinace předloktí a extenze zápěstí
- podpoření postavení palce v opozici, prevence kontraktur
- edukace zvedání pánve při oblékání na lůžku
- podpora válcového úchopu pro zvýšení soběstačnosti v oblasti ADL

Biomechanický model

- *přístup stupňovaných aktivit:* stupňování jemnosti úchopu v nácviku jemné motoriky, zvyšování nároků na klienta při nácviku supinačního postavení předloktí, zvyšování nároků na prováděnou činnost
- *přístup ADL:* nácvik pohybů spojených se základními sebeobslužnými činnostmi (čištění zubů, česání vlasů, sebesycení)
- *kompensační přístup:* užití molitanového válečku na příbor, hřeben a kartáček

Neurovývojový model

- senzorická stimulace na horních a dolních končetinách pro snížení spasticity

Kognitivní model

- nácvik koncentrace, získávání nových vědomostí při terapii, uvědomování si sebe sama

Behaviorální model

- vyzdvihnutí dobrých vlastností klientky, podpora ve vykonávání činností, o které má klientka zájem, podpora tolerance ostatních klientů při skupinové terapii

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

cíle:

- zvýšení vzdálenosti, kterou je klientka schopná ujít v chodítku

- nácvik vyšší soběstačnosti v oblasti PADL a IADL
- podpora zájmových činností klientky
- bezproblémová účast na skupinových aktivitách v zařízení

Příklad terapeutické jednotky

- canisterapie
- délka terapie – 60 min., v dopoledních hodinách
- přesun klientky z vozíku na žíněnku (plná asistence terapeuta, klientka je schopna chvilkově se zapřít o extendované dolní končetiny)
- zapolohování klientky v poloze na zádech, pes se nachází pod kolena klientky
- využití relaxační hudby pro větší uvolnění
- prohřátí dolních končetin, které jsou položeny na psovi
- při relaxaci klientky v poloze na zádech příprava horních a dolních končetin (využití měkkých mobilizačních technik, mobilizace periferních kloubů horních končetin)
- využití psa pro nácvik zvedání pánve (terapeut fixuje nártu klientky a klientka se snaží zvednout pánev nad psa)
- po 15 min. prostor pro odpočinek psa
- změna polohy na bok, zapolohování klientky, umístění psa podél klientky
- prohřátí horních končetin, protahování vrchní končetiny do antispastických vzorců, snaha o pohlazení psa hřbetem ruky (pro podpoření supinace předloktí)
- po 15 min. prostor pro odpočinek psa
- změna polohy na druhý bok, zapolohování klientky, umístění psa podél klientky
- protahování vrchní končetiny do antispastických vzorců, snaha o pohlazení psa hřbetem ruky (pro podpoření supinace předloktí)
- dále už jen relaxace, hlazení psa, vnímání tepla a srsti
- přesun z žíněnky na vozík (provádí terapeut)
- prostor pro odpočinek psa (pes by neměl po zbytek dne provádět jiné terapeutické činnosti)

Zhodnocení terapie:

Cíl terapie byl splněn pouze z části. **Spasticitu** se prohřátím končetin podařilo snížit, ovšem ne na tolik aby to bylo patrné na výsledcích Modifikované Aschwortovy škály spasticity. Účinek canisterapie na spasticitu nebyl trvalý, při vrácení klientky do

běžného režimu zařízení se po několika hodinách spasticita upravila do původních hodnot. Při dlouhodobém praktikování canisterapie u klientky však došlo k viditelnému zlepšení. Podle dokumentace a rozhovoru s odborníky, kteří s klientkou pracují, jsem zjistila, že za dva roky praktikování canisterapie se spasticita u klientky snížila o jeden stupeň na Modifikované Aschwortově škále spasticity. Takto dlouhodobý výzkum je však nad rámec této práce, proto zde výsledky nemohou být patrné. **Supinace** předloktí bylo u klientky dosahováno pomocí snahy pohladit psa hřbetem ruky. To bylo ze začátku samozřejmě nemožné. Při výstupním vyšetření se však supinace na pravé ruce zvýšila o 3° a bylo tak možné psa pohladit alespoň malíkovou hranou ruky. Levá ruka se nepatrně zlepšila, stále si však zachovává spíše funkci fixační. **Extenze** zápěstí a postavení **palce v opozici** bylo dosaženo pouze při pasivním zapolohování pomocí polohovacích pomůcek. Zároveň byla využita i podpora **válcového úchopu**. Měřitelných výsledků se při krátkodobém výzkumu však nedosáhlo. Tato intervence může být spíše považována za **prevenci kontraktur**. Výsledky edukace zvedání pánve nad podložku také nebylo možno zaznamenat konkrétními výsledky, velmi patrná však byla snaha klientky o provedení činnosti, což může být považováno za první krok ke zlepšení soběstačnosti v provádění PADL. Zvýšení doby **koncentrace** na činnost bylo u klientky dosaženo canisterapií za použití metody AAE. Při výuce v ZŠ a PrŠ Arkadie se pes využívá pro zvýšení atraktivnosti probíraného tématu a tím zvýšení pozornosti žáků. Při nácviku pohybů spojených s **výkonem PADL** bylo využito techniky česání psí srsti. Za použití molitanového válečku pro lepší úchop kartáče se klientce dařilo česat psí srst a zvýšit tak rozsah pohybu v ramenním kloubu o 5°. Při samotném tréninku česání klientčiny vlasů však pokrok nebyl tak značný. Přisuzuji tyto výsledky trochu jinému nastavení horní končetiny při česání psa, krátkému časovému úseku provádění terapie a také nižší motivaci při česání sebe sama (pro klientku byl pes silnou motivací). Celkově hodnotím působení terapie kladně, krátký časový úsek pro provádění terapií znemožnil zaznamenat viditelné výsledky.

Doporučení:

Doporučuji pokračovat ve stanovených krátkodobých ergoterapeutických cílech u klientky a dosáhnout tak alespoň některých cílů stanovených v dlouhodobém ergoterapeutickém plánu. Vhodné využití technik canisterapie by mohlo zvýšit integraci klientky do skupinových terapií a zvýšit motivaci při nácviku lokomoce.

16.2 Kazuistika 2

pohlaví: žena

věk: 25

diagnóza: dětská mozková obrna – spastická diparéza

příčina onemocnění:

předčasný porod ve 32. týdnu těhotenství, porodní komplikace

vedlejší onemocnění:

mentální retardace – hluboká

epilepsie – kompenzována medikací

sluchová vada

verrucae genuum

osobní anamnéza:

- dítě z první gravidity
- porodní míry 1750 g, 42 cm
- prodělala běžné dětské nemoci
- psychomotorická retardace – motorická retardace odpovídá věku 12 měsíců u zdravého jedince, mentální retardace odpovídá věku 11 měsíců u zdravého jedince
- operace adduktorů a flexorů kyčelních kloubů bilaterálně
- prolongace Achillových šlach, klientku čeká korekce pravé strany po nezdařeném zákroku

rodinná anamnéza:

- úplná rodina, bez sourozenců
- onemocnění v rodině nevýznamná pro kazuistiku

sociální anamnéza:

- v roce 2007 klientka zařazena do denního stacionáře Arkadie Krupka u Teplic
- klientka bydlí s rodiči v rodinném domě
- průkaz ZTP/P, plný invalidní důchod

školní anamnéza:

- absolvovala povinnou školní docházku ve Speciální škole Trnovanská v Teplicích

Vyšetření:

vyšetření aspektů:

- zvýšený svalový tonus – extenční spasticita na dolních končetinách, mírné projevy flekční spasticity na horních končetinách
- protrakce ramen, hyperkifóza hrudní páteře, hyperlordóza bederní páteře
- antevertze pánve
- hypotonické svalstvo trupu (narušena stabilita)

Horní končetiny

- ramena v protrakci a lehce vnitřní rotaci
- tendence k flekčnímu držení loketních kloubů bilaterálně (hlavně při chůzi)
- tendence k flekčnímu postavení kloubů ruky (bez narušení úchopové funkce)

Dolní končetiny

- kyčelní kloub – vnitřní rotace, addukce, mírná flexe, kontraktury
- kolenní kloub – valgozita, flekční postavení
- ekvinus nohy, kontraktury Achillových šlach

Lokomoce

- spontánně se nejčastěji pohybuje ležením, nebo ve vzpřímeném kleku
- chůze je možná při vedení klientky terapeutem za ruce, chůze digitigrádní s nesprávným postavením kloubů dolních končetin (viz. výše)
- pohyby – rychlejší, nekoordinované

Vyšetření soběstačnosti

sebesycení – klientka je schopna sníst jídlo lžící nebo rukou

oblékání – nutná plná asistence terapeuta, klientka pomáhá (například nastaví ruce při oblékání horní poloviny těla, z důvodu stereotypu činnosti)

hygiena – nutná plná asistence terapeuta

kontinence – klientka je kontinentní, pokud potřebuje na toaletu, dá znamení (náznak stahování kalhot)

přesuny – problémem se zde nejví motorická stránka, ale kognitivní deficit (nutné vedení terapeutem)

Kognitivní funkce

- paměť – poznává známé lidi, kteří jsou s klientkou v intenzivnějším kontaktu
- pozornost – pozorností ulpí pouze na tom, co jí zaujme, pouze na krátký čas
- komunikace – hlasové projevy libosti, či nelibosti, projevuje se křikem, pláčem, řevem, mimikou, naváže oční kontakt, ale pouze na chvíli, sociální úsměv také krátce

Kompenzační pomůcky

- ortopedická obuv, termoplastické vložky do bot

Testování

Barthel index

vstupní vyšetření 10.5.2011:

- 65 b., lehká závislost (na hranici se závislostí středního stupně)
- problémové oblasti: oblékání, koupání, hygiena, použití WC, přesun lůžko - židle, chůze, sluch (všechny problémové oblasti, kromě sluchu, jsou způsobeny spíše kognitivním, než motorickým deficitem, vždy je nutné vedení terapeuta)

výstupní vyšetření 4.1.2012:

- výsledky stejné jako u vstupního vyšetření

Test instrumentálních všedních denních činností (IADL)

vstupní vyšetření 10.5.2011:

- 5 b., závislý v IADL
- problémové oblasti: všechny

výstupní vyšetření 4.1.2012:

- výsledky stejné jako u vstupního vyšetření

Modifikovaná Aschwortova škála spasticity

Tabulka č. 3 Modifikovaná Aschwortova škála spasticity u klientky 2

Klientka 2	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření
Datum vyšetření	10.5.2011	4.1.2012
Flexory lokte L/P	1/1	1/1
Pronátory lokte L/P	1/1	1/1

Supinátory lokte L/P	1/1	1/1
Flexory zápěstí L/P	1/1	1/1
Flexory prstů L/P	1/1	1/1
Adduktory kyčle L/P	3/3	3/3
Extensory kolene L/P	3/3	3/3
Flexory kolene L/P	3/3	3/3
Plantární flexory L/P	3/3	3/3
Celkem L/P	17/17	17/17

Silné stránky klientky

- motivací pro klientku mohlo být cokoliv barevného, tvarově zajímavého, nebo něco, co jakýmkoliv způsobem upoutalo klientčin zrak (při sluchové vadě obtížnější)
- klientka ráda vyhledává kontakt se psem, reaguje na něj velmi pozitivně, neboť ho má i doma
- klientka motivována k pohybu

Slabé stránky klienta

- často neklidné nekoordinované pohyby (zvláště v období menses)
- koncentrace je velmi krátkodobá
- krátkodobě fixuje pohled
- nemožnost verbální komunikace s terapeutem

Problémové oblasti

- spasticita na dolních končetinách
- oblast PADL a IADL
- neschopnost déle se soustředit na činnost
- nedostatečná motivace k samostatné chůzi (nedostatečná stabilita trupu a zakopávání o vnitřně rotované špičky nohou nejspíše nezajišťuje klientce jistotu při chůzi, proto raději volí stabilnější lezení, kdy není tak vysoko nad zemí)
- kognitivní deficit a nemožnost verbální komunikace s terapeutem limituje provádění většiny činností

Krátkodobý ergoterapeutický plán

cíle:

- snížení spasticity na dolních končetinách
- zvýšení motivace k činnosti
- udržení pozornosti klientky
- zvýšení motivace k upřednostnění chůze před lezením
- prevence kontraktur
- podpora nápomoci klientky terapeutovi či rodičům ve výkonu PADL a IADL

Biomechanický model

- *přístup stupňovaných aktivit:* zvyšování vzdálenosti, kterou klientka ujde s terapeutem i bez, stupňování motivace k činnosti, zvyšování motivace k upřednostnění chůze před lezením
- *přístup ADL:* snaha o automatizaci sebeobslužných prvků pro zvýšení schopnosti výkonu PADL a IADL
- *kompenzační přístup:* použití ortopedické obuvi pro kontrolu ekvinu nohy

Neurovývojový model

- sensorická stimulace na dolních končetinách pro uvolnění spasticity

Kognitivní model

- uvědomování si sebe sama, hranic svého těla, zvýšení koncentrace na prováděnou činnost

Behaviorální model

- vyjádření pochvaly za vykonávanou činnost (terapeut musí s klientkou komunikovat stejným způsobem, jako klientka komunikuje s terapeutem, aby klientka mohla pochopit, že pochvala je určena pro ni a za co se jí dostalo, tzn. zvýšení komunikace pomocí mimických svalů, intenzivnější úsměv, nebo projev nelibosti)
- podpoření spontánního chování klientky, neomezování ve zvolených činnostech pro udržení dobrého rozpoložení klientky

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

cíle:

- nastolení a trvalé užívání jednotného denního režimu, ve kterém by si klientka mohla zautomatizovat některé prvky sebeobslužných úkonů a zvýšit tak svou schopnost ve výkonu PADL a IADL
- samostatná bipedální chůze

Příklad terapeutické jednotky

- canisterapie
- délka terapie – 20 min., v odpoledních hodinách
- klientka přijde za vedení terapeuta (popřípadě psa na vodítku – pro zvýšení motivace k upřednostnění chůze před ležením) do místnosti, kde se praktikuje canisterapie
- zapolohování klientky v poloze na zádech, pes se nachází pod kolena klientky
- využití relaxační hudby pro větší uvolnění
- prohřátí dolních končetin, které jsou položeny na psovi
- využití sensorické stimulace na dolních končetinách pro snížení spasticity
- protahování dolních končetin do antispastických vzorců
- při relaxaci klientky v poloze na zádech snaha o zaujetí klientčina pohledu druhým terapeutem, na kterého je klientka zvyklá (verbálně, nebo hračkami)
- snaha o napodobování PADL činností (česání psí srsti – za vedení terapeutem)
- dále už jen relaxace, vnímání tepla a srsti psa
- prostor pro klientčino spontánní chování (čas terapie se odvíjel od chuti klientky být se psem)
- prostor pro odpočinek psa (pes by neměl po zbytek dne provádět jiné terapeutické činnosti)

Zhodnocení terapie:

Snížení **spasticity** na dolních končetinách u klientky, což bylo jedním z cílů krátkodobého ergoterapeutického plánu, se dařilo vždy pouze dočasně. Výsledky bohužel netrvaly déle než několik hodin, kdy se po vrácení klientky do běžného chodu stacionáře spasticita upravila do původních hodnot. Výsledky nejsou tak markantní, že by se dali zaznamenat na Modifikované Aschwortově škále spasticity, proto jsou výsledky škály stejné, jak u vstupního, tak u výstupního vyšetření. Při dlouhodobém provádění canisterapie se u klientky spasticita snížila o jeden stupeň na Modifikované Aschwortově škále spasticity. To je patrné z dřívější dokumentace a z rozhovoru

s personálem stacionáře. Výsledky této práce proto nemohou být viditelné při testování z důvodu krátkého časového úseku provádění terapie. Zvýšení motivace k upřednostnění **chůze** před ležením bylo dosaženo za pomoci psa. Klientce bylo dovoleno vést psa na vodítku do terapeutické místnosti, kde se poté konala canisterapeutická jednotka s klientkou, pouze za předpokladu, že klientka jako způsob lokomoce zvolila bipedální chůzi. Vzhledem k pozitivnímu vztahu klientky ke psům, byla tato technika velmi vhodná a klientka neměla problém v tomto případě zvolit chůzi. Vzdálenost byla přitom stále zvyšována (podle možností stacionáře) a vždy byl přítomen terapeut pro zajištění stability a pocitu jistoty klientky. **Motivací** k činnosti byl pro klientku vždy pes, nebo výrazná komunikace terapeuta ze stacionáře, na kterého je klientka zvyklá. Udržení pozornosti klientky se dalo dosáhnout pouze za využití klientčiny oblíbených věcí, či činností. Avšak i za využití těchto předmětů nebo věcí nebylo dosaženo výrazného prodloužení doby soustředění se na činnost. **Prevence kontraktur** bylo dosaženo pomocí protahování dolních končetin do antispastických vzorců. Dolní končetiny se protahovaly do abdukce, zevní rotace a extenze v kyčelních kloubech, extenze v kolenních kloubech, dorsální flexe v hlezenních kloubech a extenze prstů.

Doporučení:

Doporučuji setrvání v provádění cílů krátkodobého ergoterapeutického plánu. Pro splnění cílů dlouhodobého ergoterapeutického plánu doporučuji opět využít psa jako motivačního prvku k činnosti. Pro zvýšení soběstačnosti doporučuji nastolení jednotného stereotypního denního programu, ve kterém se dají najít prvky pro klientčinu sebeobsluhu. Stereotypním opakováním by mohlo u klientky dojít k automatizaci některých činností a tím zvýšení soběstačnosti v oblasti vykonávání ADL.

16.3 Kazuistika 3

pohlaví: žena

věk: 27

diagnóza: dětská mozková obrna – spastická kvadruparéza

příčina onemocnění: porod ve 31. týdnu těhotenství, perinatální asfyxie

vedlejší onemocnění:

mentální retardace – středně těžká

epilepsie – kompenzována medikací

dysartrie – řeč je srozumitelná

zraková vada – konvergentní strabismus

osobní anamnéza:

- dítě z první gravidity
- matka se léčila pro sterilitu
- porod ve 39. týdnu
- porodní míry 2400 g, 45 cm
- v roce 2004 a 2006 operace dolních končetin – operace adduktorů a flexorů kyčelních kloubů obou dolních končetin, prolongace Achillových šlach bilaterálně
- psychomotrická retardace – motorická retardace odpovídá věku 9 měsíců u zdravého jedince, mentální retardace odpovídá věku 6 – 9 let u zdravého jedince
- prodělala běžné dětské nemoci

rodinná anamnéza:

- úplná rodina
- žádní sourozenci (1 nevlastní bratr)
- onemocnění v rodině nevýznamná pro kazuistiku

sociální anamnéza:

- klientka bydlí s rodinou v panelovém domě s výtahem, v bytě 3+1, který je bezbariérově upraven
- od roku 2004 zařazena do denního stacionáře Arkadie Krupka u Teplice
- průkaz ZTP/P

školní anamnéza:

- klientka splnila povinnou školní docházku v ZŠ a ZvŠ při DLL Nové lázně Teplice

Vyšetření:

vyšetření aspektů:

- zvýšený svalový tonus – flekční spasticita na horních končetinách, extenční spasticita na dolních končetinách
- hyperkifóza hrudní páteře, hyperlordóza bederní páteře
- ventrální postavení pánve
- ochablé trupové svalstvo
- salivace – klientka je schopna ji kontrolovat a sama si ústa otřít
- zvýšená emoční stránka

Horní končetiny

- ramenní a loketní kloub – pasivně pohyblivé v plném rozsahu kloubů
- předloktí – pronační spasticita bilaterálně, na pravé horní končetině těžší spasticita
- supinace (orientačně) – L – do nulového postavení, P – chybí 20° do nulového postavení
- zápěstí – pasivně pohyblivé, flekční kontraktury bilaterálně
- prsty – semiflekční postavení, palec v archetypálním postavení (na pravé ruce více)
- LHK – dominantní
- úchopy – PHK – snaha o nácvik fixační funkce ruky
 - LHK – manipulační funkce ruky, hrubý válcový a kulový úchop, snaha o provedení špetky
 - grafomotorika – podle šablony je klientka schopna napsat své jméno, úchop tužky je mezi laterální stranou palce a laterální stranou proximálního článku ukazováku

Dolní končetiny

- kyčelní a kolenní kloub – pasivně pohyblivé v plném rozsahu kloubů, v extenčním postavení
- noha – lehce ekvinovární postavení (kontrolované ortopedickou obuví)

Lokomoce

- plazení – jen obtížně, zapojuje pouze horní končetiny
- lezení – nemožné, klientka nezvládne klek na čtyřech
- otáčení na lůžku – obtížně, pouze s dopomocí terapeuta
- stoj – nestabilní za asistence více terapeutů

- chůze – při dopomoci terapeuta schopna ujít pár kroků ve vysokém chodítku
- pohyby – pomalé, při soustředění cílené, občas výskyt rychlého nekoordinovaného pohybu, koordinace oko – ruka omezena zrakovou vadou, při soustředění dobrá, koordinace ruka – ruka – omezená, snaha o samostatné ovládnání mechanického vozíku (nesourodé pohyby horních končetin malého rozsahu – jízda velmi pomalá na krátkou vzdálenost)

Vyšetření soběstačnosti

sebesycení – klientka je schopná se najíst pomocí lžice, na kterou je nasazen molitanový váleček pro lepší úchop

oblékání – při oblékání je nutná plná asistence

hygiena – při hygieně je nutná plná asistence terapeuta

kontinence – klientka je kontinentní, když potřebuje na WC, řekne si

přesuny – bez plné asistence terapeuta neprovede, nevzepře se na horních končetinách v případě potřeby posunutí se na vozíku

Kognitivní funkce

- paměť – spíše krátkodobá

- pozornost – intenzivně udrží asi 20 min.

- komunikace – dysartrie, řeč je srozumitelná, klientka je komunikativní, občas tendence využívat terapeutů pro sebeobslužné úkony (neochota pomáhat)

Kompenzační pomůcky

- mechanický vozík, antidekubitní podložka na vozík, brýle, ortopedická obuv, abdukční klín, polohovací ortézy na noc, molitanový váleček na příbor

Testování

Barthel index

vstupní vyšetření 10.5.2011:

- 55 b., závislost středního stupně

- problémové oblasti: oblékání, koupání, osobní hygiena, použití WC, přesuny, chůze, zrak

výstupní vyšetření 4.1.2012:

- výsledky stejné jako u vstupního vyšetření

Test instrumentálních všedních denních činností (IADL)

vstupní vyšetření 10.5.2011:

- 10 b., závislý v IADL

- problémové oblasti: všechny

výstupní vyšetření 4.1.2012:

- výsledky stejné jako u vstupního vyšetření

Modifikovaná Aschwortova škála spasticity

Tabulka č. 4 Modifikovaná Aschwortova škála spasticity u klientky 3

Klientka 3	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření
Datum vyšetření	10.5.2011	4.1.2012
Flexory lokte L/P	3/3	3/3
Pronátory lokte L/P	3/3	3/3
Supinátory lokte L/P	3/3	3/3
Flexory zápěstí L/P	3/4	3/4
Flexory prstů L/P	3/3	3/3
Adduktory kyčle L/P	3/3	3/3
Extensory kolene L/P	3/3	3/3
Flexory kolene L/P	2/2	2/2
Plantární flexory L/P	2/2	2/2
Celkem L/P	25/26	25/26

Silné stránky klientky

- komunikativnost, vstřícnost

- radost z provádění terapie

- vyhledávání kontaktu se psem

- kladný vztah ke klientům v zařízení

Slabé stránky klientky

- často nechce k aktivní účasti na terapii, upřednostňování pasivní terapie
- vyšší váha klientky
- emoční labilita
- krátkodobé udržení pozornosti

Problémové oblasti

- vysoká spasticita na horních a dolních končetinách
- oblast PADL a IADL
- nízká motivace k aktivnímu pohybu
- oblast jemné motoriky
- nezapojování dolních končetin při plazení
- omezená supinace předloktí

Krátkodobý ergoterapeutický plán

cíle:

- ovlivnění spasticity na horních a dolních končetinách
- zvýšení motivace k aktivní účasti na terapii za pomoci psa
- nácvik pohybů spojených se sebeobslužnými úkony
- nácvik válcového úchopu
- nácvik supinačního postavení předloktí
- zlepšení spolupráce s rodiči

Biomechanický model

- *přístup stupňovaných aktivit:* stupňování jemnosti úchopu v nácviku válcového úchopu, zvyšování požadavku na aktivní účast na terapii, zvyšování aktivity dolních končetin
- *přístup ADL:* nácvik pohybů spojených se základními sebeobslužnými činnostmi (čištění zubů, česání vlasů, sebesycení), nácvik zvedání pánve pro snadnější oblékání
- *kompensační přístup:* použití molitanového válečku na příbor, hřeben, nebo kartáček na zuby pro zlepšení úchopu a tím prováděné činnosti

Neurovývojový model

- sensorická stimulace na horních a dolních končetinách pro uvolnění spasticity

Kognitivní model

- nácvik koncentrace, získávání nových vědomostí při terapii (pomocí psa), uvědomování si sebe sama, zvýšení motivace k činnosti

Behaviorální model

- vyzdvihnutí dobrých vlastností klientky, ocenění dosažených výsledků v terapii, stanovení jasných pravidel práce terapeuta (tolerance terapeuta z hlediska míry asistence)

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

cíle:

- dosažení aktivního lezení na všech čtyřech končetinách
- zvýšení účasti klientky při výkonu ADL
- aktivní přístup k rehabilitaci i v domácím prostředí (zaměření na spolupráci s rodiči)

Příklad terapeutické jednotky

- canisterapie
- délka terapie – 60 min., v odpoledních hodinách
- přesun klientky z vozíku na žíněnku (plná asistence terapeuta)
- zapolohování klientky v poloze na zádech, pes se nachází pod kolena klientky
- využití relaxační hudby pro větší uvolnění
- prohřátí dolních končetin, které jsou položeny na psovi
- využití sensorické stimulace na dolních končetinách pro snížení spasticity
- využití polohy na zádech pro nácvik zvedání pánve na podložce
- při relaxaci klientky v poloze na zádech příprava horních končetin (využití měkkých mobilizačních technik, mobilizace periferních kloubů horních končetin)
- po 15 min. prostor pro odpočinek psa
- změna polohy na bok, zapolohování klientky, umístění psa podél klientky
- prohřátí horních končetin, protahování vrchní končetiny do antispastických vzorců
- snaha o úchop kartáče a česání psí srsti (podpora válcového úchopu, nácvik pohybů spojených s výkonem PADL, guiding terapeutem)
- po 15 min. prostor pro odpočinek psa
- změna polohy na druhý bok, zapolohování klientky, umístění psa podél klientky
- protahování vrchní končetiny do antispastických vzorců

- snaha o úchop kartáče a česání psí srsti (podpora válcového úchopu, nácvik pohybů spojených s výkonem PADL, guiding terapeutem, u PHK náročnější kvůli vyšší míře spasticity)
- dále už jen relaxace, vnímání tepla a srsti
- přesun z žíněčky na vozík (provádí terapeut)
- prostor pro odpočinek psa (pes by neměl po zbytek dne provádět jiné terapeutické činnosti)

Zhodnocení terapie:

Cíle terapie byly splněny pouze částečně. **Spasticitu** na horních a dolních končetinách se podařilo snížit, bohužel ne tolik, aby to bylo patrné na výsledcích Modifikované Aschwortovy škály. Proto se výsledky výstupního vyšetření nezměnily. Z dokumentace není patrné zlepšení z dřívějšího provádění canisterapie, neboť byla canisterapie u klientky aplikována pouze necelý rok. Za tuto dobu nebylo možné zaznamenat výsledky. Spasticita byla canisterapií snížena, ale pouze dočasně. Při vrácení klientky do běžného chodu stacionáře se spasticita po několika hodinách upravila do původních hodnot. Zvýšení motivace bylo částečně dosaženo za pomoci psa. Klientka se nevyznačuje přílišnou **motivací** k aktivní činnosti, proto byl například u nácviku plazení použit pes jako bod, ke kterému je třeba se doplazit. Při současném pobízení a guidingu terapeuta k zapojení nohou, byla klientka schopná se s částečným zapojením nohou doplazit třetinu z určené vzdálenosti. Odměnou za vykonanou činnost jí byla procházka se psem nebo možnost dát psovi pamlsek. Při nácviku pohybů spojených s **výkonem PADL** činností bylo dosaženo minimálního pokroku. Klientka je v tomto směru velmi demotivovaná. Při nácviku česání psí srsti se sice klientka snažila o zvýšení rozsahu pohybu prováděné činnosti, když ale poté měla aplikovat získané zkušenosti a dovednosti při výkonu PADL, pokrok nebyl patrný. Přisuzuji tyto výsledky jinému postavení horní končetiny, demotivaci klientky k činnosti a krátkému časovému úseku pro nácvik činnosti. **Válcového úchopu** bylo dosaženo pasivním zapolohováním. Spojením s podpořením **supinace předloktí** byla tato poloha dobrou prevencí kontraktur. **Nácvik špetky** byl realizován nabíráním pamlsků pro psa z krabice. Při výkonu špetky bylo však velkým problémem držení palce (hlavně u PHK), proto jsem došla k názoru, že je důležité nejdříve ovlivnit opoziční postavení palce a teprve poté je

nácvik špetky možný. Nácvik špetky spolu se supinací předloktí je důležitý pro pozdější schopnost držení vidličky a nože. **Spolupráce s klientčinými rodiči** byla obtížná již pro zaměstnance stacionáře při přijímání klientky. Nepodařilo se mi s rodiči navázat kontakt. Souhlas se zveřejněním klientčiných fotek při terapii v této práci jsem získala díky ochotě ředitele stacionáře.

Doporučení:

Doporučuji pokračovat v provádění cílů krátkodobého ergoterapeutického plánu a zvyšovat především aktivní účast klientky na terapiích. Pro zlepšení komunikace s rodiči bych doporučila například integraci rodičů do pobytových akcí stacionáře, kterých se klientka každoročně účastní. Pro dosažení cílů dlouhodobého ergoterapeutického plánu je velmi nutné zlepšení v oblasti spolupráce s rodiči. Pokud nebude klientka s rodiči k rehabilitaci přistupovat aktivně i v domácím prostředí, není možné dosáhnout efektivně a rychle viditelných výsledků.

16.4 Kazuistika 4

pohlaví: žena

věk: 18

diagnóza: dětská mozková obrna – spastická kvadruparéza

příčina onemocnění: porod ve 28. týdnu gravidity, klientka resuscitována

vedlejší onemocnění:

mentální retardace – středně těžká

epilepsie – kompenzována medikací

dysartrie – řeč je srozumitelná

osobní anamnéza:

- dítě z první gravidity
- porod ve 28. týdnu, spontánní, záhlavím
- porodní míry 1400 g, 41 cm
- operace adduktorů a flexorů kyčelních kloubů bilaterálně, prolongace Achillových šlach bilaterálně
- psychomotorická retardace – motorická retardace odpovídá věku 11 měsíců u zdravého jedince, mentální retardace odpovídá věku 6 – 9 let u zdravého jedince
- prodělala běžné dětské nemoci

rodinná anamnéza:

- úplná rodina
- 1 sestra - zdráva
- nemoci v rodině nevýznamné pro kazuistiku

sociální anamnéza:

- klientka bydlí s rodiči v panelovém domě s výtahem, v pátém patře, v bezbariérově upraveném bytě
- průkaz ZTP/P

školní anamnéza:

- klientka navštěvuje ZŠ a PrŠ Arkadie v Teplicích

vyšetření:

vyšetření aspektů:

- zvýšený svalový tonus – flekční spasticita na horních končetinách, extenční spasticita na dolních končetinách
- hyperkifóza hrudní páteře, hyperlordóza bederní páteře
- ventrální postavení pánve
- oslabení posturálního trupového svalstva
- salivace – klientka je schopna ji kontrolovat, nebo po upozornění si sama otřít ústa
- klientka nejprve projevila nedůvěru a plachost vůči nově příchozímu terapeutovi, později se však otevřela a projevovala své emoce beze strachu

Horní končetiny

- ramenní a loketní kloub – pasivně pohyblivé
- předloktí – pronační spasticita bilaterálně
- supinace (orientačně) – L – do nulového postavení, P – 10° do nulového postavení
- zápěstí – pasivně pohyblivé, flekční kontraktury bilaterálně
- prsty – semiflekční postavení, archetypální postavení palce
- PHK – dominantní
- úchopy – PHK – manipulační funkce ruky, kulový a válcový úchop, snaha o provedení špetky
 - LHK – spíše fixační funkce ruky, zvládne hrubý válcový a kulový úchop
 - grafomotorika – je schopna se podepsat hůlkovým písmem, snaha o podpis psacím písmem, úchop tužky mezi laterální stranou palce a ukazovákem

Dolní končetiny

- kyčelní a kolenní kloub – pasivně pohyblivé v plném rozsahu kloubů, v extenčním postavení
- noha – lehce ekvinovární postavení (kontrolované ortopedickou obuví)

Lokomoce

- plazení – klientka je schopna se plazit, pouze na krátkou vzdálenost (3 m)
- lezení – klientka je schopna lézt na podložce se zapojením horních i dolních končetin, pouze krátká vzdálenost (3 m)

- otáčení na lůžku – s lehkou dopomocí se klientka přetočí
- stoj – pouze při vertikalizaci s dopomocí terapeuta, stoj nestabilní, s oporou o horní končetiny
- chůze – pouze za asistence terapeuta ve vysokém chodítku je klientka schopna ujít pár kroků
- pohyby – pomalé, při soustředění cílené, koordinace oko – ruka dobrá, bez omezení zrakovou vadou, koordinace ruka – ruka omezená, snaha o samostatné ovládnání mechanického vozíku (nedostatečné zapojení levé horní končetiny, jízda velmi pomalá na krátkou vzdálenost)

Vyšetření soběstačnosti

sebesycení – klientka zvládá pomocí lžice, nácvik úchopu příboru

oblékání – plná asistence terapeuta, klientka schopna napomáhat při oblékání horní poloviny těla

hygiena – na vozíku si klientka omyje horní polovinu těla, čištění zubů a česání nedůkladné, nutná dopomoc terapeuta

kontinence – plně kontinentní

přesuny – s dopomocí terapeuta

Kognitivní funkce

- paměť – spíše krátkodobá

- pozornost – udrží zhruba 20 min, poté nastupuje únava

- komunikace – dysartrie, řeč je srozumitelná, poté, co klientka překonala počáteční plachost, byla velmi komunikativní

Kompenzační pomůcky

- mechanický vozík, ortopedická obuv, byl doporučen abdukční klín, polohovací ortézy na noc

Testování

Barthel index

vstupní vyšetření 4.5.2011:

- 55 b., závislost středního stupně
 - problémové oblasti: oblékání, koupání, osobní hygiena, použití WC, přesuny, chůze
- výstupní vyšetření 14.12.2011:*
- výsledky stejné jako u vstupního vyšetření

Test instrumentálních všedních denních činností (IADL)

vstupní vyšetření 4.5.2011:

- 10 b., závislý v IADL
- problémové oblasti: všechny

výstupní vyšetření 14.12.2011:

- výsledky stejné jako u vstupního vyšetření

Modifikovaná Ashwortova škála spasticity

Tabulka č. 5 Modifikovaná Ashwortova škála spasticity u klientky 4

Klientka 4	Vstupní vyšetření	Výstupní vyšetření
Datum vyšetření	4.5.2011	14.12.2011
Flexory lokte L/P	3/3	3/3
Pronátory lokte L/P	3/3	3/3
Supinátory lokte L/P	3/3	3/3
Flexory zápěstí L/P	3/3	3/3
Flexory prstů L/P	3/3	3/3
Adduktory kyčle L/P	3/3	3/3
Extensory kolene L/P	3/3	3/3
Flexory kolene L/P	2/2	2/2
Plantární flexory L/P	2/2	2/2
Celkem L/P	25/25	25/25

Silné stránky klienta

- vysoká motivace
- aktivní zapojení do terapie
- radost z prováděné terapie
- pozitivní vztah k terapeutům

- pozitivní přístup k terapii

Slabé stránky klienta

- počáteční plachost (po několika terapiích překonána)
- hrozba epileptického záchvatu
- nedostatečná komunikace s klienty ze zařízení

Problémové oblasti

- zvýšený svalový tonus na horních i dolních končetinách
- oblast výkonu PADL a IADL
- oblast jemné motoriky
- supinace předloktí
- nedostatečné zapojení levé horní končetiny do provádění činností

Krátkodobý ergoterapeutický plán

cíle:

- snížení spasticity na horních a dolních končetinách
- oblékání horní poloviny těla s terapeutem
- úchop příboru
- zapojení levé horní končetiny do prováděné činnosti

Biomechanický model

- *přístup stupňovaných aktivit:* stupňování jemnosti úchopu v nácviku válcového úchopu, zvyšování aktivity levé horní končetiny
- *přístup ADL:* nácvik oblékání horní poloviny těla
- *kompensační přístup:* použití molitanového válečku na příbor

Neurovývojový model

- senzorická stimulace na horních a dolních končetinách pro snížení spasticity

Kognitivní model

- nácvik koncentrace, získávání nových vědomostí při terapii (pomocí psa), uvědomování si sebe sama (hlavně zapojení levé horní končetiny)

Behaviorální model

- vyzdvihnutí dobrých vlastností klientky, ocenění dosažených výsledků v terapii, podpora klientky v zájmových činnostech

Dlouhodobý ergoterapeutický plán

cíle:

- zvládnutí oblékání horní poloviny těla
- vyšší soběstačnost v přesunech
- zapojení se do kolektivu při skupinových terapiích

Příklad terapeutické jednotky

- canisterapie
- délka terapie – 60 min., v dopoledních hodinách
- přesun klientky z vozíku na žíněnku (plná asistence terapeuta)
- zapolohování klientky v poloze na zádech, pes se nachází pod kolena klientky
- využití relaxační hudby pro větší uvolnění
- prohřátí dolních končetin, které jsou položeny na psovi
- využití sensorické stimulace na dolních končetinách pro snížení spasticity
- při relaxaci klientky v poloze na zádech příprava horních končetin (využití měkkých mobilizačních technik, mobilizace periferních kloubů horních končetin)
- po 15 min. prostor pro odpočinek psa
- změna polohy na bok, zapolohování klientky, umístění psa podél klientky
- prohřátí horních končetin, protahování vrchní končetiny do antispastických vzorců
- snaha o podpoření supinace předloktí (terapeut vloží do otočené dlaně pamlsek pro psa)
- po 15 min. prostor pro odpočinek psa
- změna polohy na druhý bok, zapolohování klientky, umístění psa podél klientky
- protahování vrchní končetiny do antispastických vzorců
- snaha o podpoření supinace předloktí
- česání psí srsti (pro podporu válcového úchopu a zapojení levé horní končetiny do činnosti)
- dále už jen relaxace, vnímání tepla a srsti
- přesun z žíněnky na vozík (provádí terapeut)
- prostor pro odpočinek psa (pes by neměl po zbytek dne provádět jiné terapeutické činnosti)

Zhodnocení terapie:

Cíle terapie byly splněny pouze částečně. Snížení **spasticity** se canisterapií podařilo, však pouze na několik hodin, následovala úprava do původních hodnot, jako u ostatních klientek. Zlepšení nebylo zaznamenané Modifikovanou Aschwortovou škálou spasticity, proto jsou výsledky výstupního vyšetření nezměněny. Dokumentace nevykazuje zlepšení stupně spasticity od začátku provádění canisterapie, neboť je u klientky aplikována teprve krátce (10 měsíců). **Oblékání horní poloviny těla** se nejprve nacvičovalo na psovi, natahování psí vesty na psa se ukázalo jako vhodná předpříprava před samotným nácvikem oblékání. Při nácviku nedošlo k výraznému zlepšení, neboť byl stále nedostatečný rozsah aktivního pohybu v ramenním kloubu, klientka však již byla schopna natáhnout si triko na spodní část trupu, poté co terapeut dopomohl s navlečením trika na ruce. Při nácviku sebesycení za pomoci příboru bylo využito molitanových válečků pro lepší úchop klientky a větší možnost soustředit se na **zapojení levé horní končetiny** do činnosti. Při sebesycení bylo dosaženo pozitivních výsledků, neboť levá horní končetina při krájení plnila pouze funkci fixační a podpořilo se tak **válcové uchopení** příboru a při vkládání potravy do úst byla aktivně zapojena do činnosti. Samotnému nácviku předcházela nácvik za využití psa. Klientka měla v ruce psí pamlsky, které mohla dát psovi. Nejprve však naznačila pohyb přikládání ruky k ústům, poté mohl být pamlsek dán psovi.

Doporučení:

Doporučila bych v pokračování provádění cílů krátkodobého ergoterapeutického plánu. Pro splnění dlouhodobého ergoterapeutického plánu doporučuji zapojení rodičů do skupinových terapií, kterých se účastní i klientka, pro pocit bezpečí a důvěry klientky a zapojení se tak do činnosti skupiny. Pro nácvik vyšší soběstačnosti v přesunech by bylo vhodné využití psa jako motivačního prvku.

17 VYHODNOCENÍ

Hypotéza č. 1

Hypotéza č. 1, tedy „*Canisterapie má pozitivní vliv na zvýšený svalový tonus u klienta s DMO.*“, se potvrdila u všech klientek. Spasticitu se canisterapií podařilo pozitivně ovlivnit u všech klientek. Při terapiích se spastické končetiny prohrály a spasticita se tak mírně snížila. Bohužel výsledky nejsou patrné na Modifikované Ashwortově škále spasticity, neboť snížení spasticity nebylo na tolik patrné, aby ve výsledcích testu nastaly viditelné změny.

Hypotéza č. 2

Hypotéza č. 2, tedy „*Využitím prvků z ergoterapie v canisterapii můžeme u klienta dosáhnout výsledků v nácviku soběstačnosti.*“, byla testována pouze u klientek 1,3 a 4. U klientky 1 se dosáhlo výsledků v oblasti nácviku zvedání pánve a nácviku česání. I když nebyly výsledky patrné ve výsledcích výstupního vyšetření, dají se považovat za krok k nácviku soběstačnosti v oblasti oblékání a hygieny, proto bych v tomto případě hypotézu označila za částečně potvrzenou. U klientky 3 se při nácviku česání nedosáhlo pozitivních výsledků. Klientčin rozsah se při česání nezměnil, i přesto, že byl proveden nácvik na psí srsti, kde klientka dosáhla menšího zlepšení. Výsledky u výstupního vyšetření se tedy nezměnily. Hypotézu v tomto případě považuji za nesplněnou. Myslím si však, že při dlouhodobějším nácviku by bylo možno dosáhnout výsledků. U klientky 4 bylo dosaženo pozitivního výsledku při nácviku oblékání horní poloviny těla a při nácviku sebesycení příborem. Hypotézu v tomto případě považuji za potvrzenou.

Hypotéza č. 3

Hypotéza č. 3, tedy „*Canisterapie je vhodnou terapií, umožňující snadnější průběh následujících terapeutických intervencí z oblasti léčebné rehabilitace (konkrétně fyzioterapie).*“, byla zkoumána u všech klientek. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru s fyzioterapeutkou, která s klientkami pracuje, bylo zjištěno, že při provádění fyzioterapeutické jednotky poté, co klientka absolvovala canisterapii, byl průběh

fyzioterapie snadnější, jak po fyzické, tak po psychické stránce klientky. Rozhovoru potvrdil, že canisterapie měla uvolňující vliv na spasticitu u klientek a tím tak pozitivně ovlivnila průběh fyzioterapeutické jednotky. Zároveň se, dle rozhovoru, canisterapie jeví velmi dobrou metodou, jak odpoutat pozornost klienta od svého onemocnění, čímž selepší klientovo psychické rozpoložení a soustředění na fyzioterapii je intenzivnější. U klientky 4 se dokonce, podle slov fyzioterapeutky, zlepšila komunikace s terapeutem. Hypotézu tedy považují za potvrzenou.

Tabulka č. 6 Potvrzení hypotéz u klientů

	Klientka 1	Klientka 2	Klientka 3	Klientka 4
Hypotéza č. 1	potvrzena	potvrzena	potvrzena	potvrzena
Hypotéza č. 2	částečně potvrzena	-	nepotvrzena	potvrzena
Hypotéza č. 3	potvrzena	potvrzena	potvrzena	potvrzena

18 DISKUZE

Hypotéza č. 1

Hypotéza č. 1 byla potvrzena, jak je patrné z výše uvedeného. K výsledkům ovšem musím znovu dodat, že snížení spasticity nebylo trvalého charakteru. Trvalejšího efektu dosáhneme pouze při dlouhodobém provádění canisterapie u klientů, jak dokazuje zdravotní dokumentace některých klientek. Například u klientky 1 bylo za dva roky praktikování canisterapie dosaženo snížení spasticity o jeden stupeň Modifikované Ashwortovy škály spasticity. V literatuře však tyto poznatky nejsou zdokumentovány, proto nemohu tyto výsledky považovat za fakt, neboť nejsou prověřeny na dostatečném množství klientů. Podle literatury je možné spasticitu canisterapií ovlivnit, jak jsem již uvedla, však pouze dočasně, neboť se stav po několika hodinách upravuje do původního stavu.

Z dosavadních zkušeností z práce s klienty, kteří trpí zvýšeným svalovým tonem, vím, že i dočasné snížení spasticity je pro ně velkým výsledkem. Díky viditelné změně, i když jen dočasné, se klientům mění pohled na možnosti rehabilitace, což má velmi pozitivní vliv na psychické rozpoložení klienta. Druhotně tento psychický stav ovlivňuje i fyzickou stránku klienta, což je výrazným podpořením rehabilitačního procesu u klienta.

Hypotéza č. 2

Hypotéza č. 2 byla pouze částečně, jak vyplívá z výše uvedeného. K výsledkům je nutno dodat, že terapie u klientky 3 nebyla vždy precizně provedena, neboť klientka nespolupracovala adekvátně. Často terapii odmítala, nebo se účastnila spíše pasivně a při aktivním zapojení protestovala. Myslím si, že při větší snaze a motivaci klientky by se výsledky za nějaký čas dostavily. Bez aktivního přístupu klienta nemůžeme očekávat kladné výsledky terapie.

Důležitou roli zde hraje přístup klientčinych rodičů, kteří neměli zájem klientku v terapii podpořit. Navázání kontaktu s rodiči bylo obtížné i pro zaměstnance stacionáře, mě se tedy bohužel kontakt s rodiči navázat nepodařilo. Pokud bych se však s rodiči klientky setkala, pokusila bych se je jakýmkoliv způsobem integrovat do rehabilitace klientky. Za vhodný způsob považuji účast rodičů na pravidelných pobytových akcích, kterých se klientka účastní. Pobyt by byl příležitostí pro terapeuta vidět spolupráci klientky s rodiči a případně se nenásilně pokusit o úpravu spolupráce klientky s rodiči a tím tak vzbudit vyšší zájem rodičů o klientčinu rehabilitaci. Myslím si, že nezájem rodičů způsobuje pasivní přístup klientky k rehabilitaci. Proto považuji za smysluplné nejprve začít ovlivňovat vztah klientky a jejích rodičů, poté se zaměřit na zvýšení motivace u klientky.

U klientek 1 a 4 byl cíl splněn a při provádění terapie po delší čas by se jistě výsledky projeví intenzivněji. Pes byl v těchto dvou případech velmi silnou motivací. Za využití důvtipného komentáře terapeuta se dalo klientky nenápadně povzbudit k vyšší aktivitě, což mělo za následek lepší výsledky terapie. Pro příklad při nácviku oblékání horní poloviny těla bylo nejprve využito nácviku oblékání vesty na psa jako předpřípravné techniky. Pro zvýšení motivace byla použita věta: „Navleč psovi vestu, aby mu při procházce nebyla zima.“ Klientka projevila více snahy, aby mohla zajistit blaho psa.

Považuji tuto hypotézu celkově za částečně potvrzenou. Nesešla jsem se bohužel nikde v literatuře se zhodnocením výkonu prvků PADL v canisterapii, nemohu se tedy opřít o fakta. Jisté náznaky nácviku PADL činností se však v literatuře vyskytují, například mezi jednotlivými technikami jsou uvedené prvky, které by k nácviku PADL mohly vést. Proto se domnívám, že propojení canisterapie s nácvikem PADL činností, by mohlo být v budoucnu jednou z užívaných technik v canisterapii.

Hypotéza č. 3

Díky polostrukturovanému rozhovoru s fyzioterapeutkou¹⁵⁰, vyplívá, že canisterapie se v zásadě dá považovat za vhodnou předpřípravnou techniku před fyzioterapeutickou intervencí. U všech klientek se tato hypotéza potvrdila, je tedy zřejmé, že praktikování canisterapie před fyzioterapeutickou jednotkou je velmi vhodné k podpoření rehabilitačního procesu. Z hlediska ergoterapie považují návaznost jednotlivých terapií komplexní rehabilitace za důležitý prvek při rehabilitaci klienta, kterým by se i ergoterapeut v rámci multidisciplinárního týmu měl zabývat. Klient by měl být terapeutem vnímán komplexně, tzn., že terapeut musí brát v potaz i ostatní složky komplexní rehabilitace a aktivně s nimi spolupracovat.

Literatura tuto hypotézu nepotvrzuje, zároveň ale nevyvracuje. Naopak, využití prvků z LTV jako technik využívaných v canisterapii, svědčí o vhodnosti propojení těchto dvou složek komplexní rehabilitace. Z tohoto faktu usuzují, že využití canisterapie jako předpřípravné techniky před fyzioterapií, nebo využití prvků fyzioterapie při canisterapii je vhodným podpořením léčebného procesu u klienta. Stejný princip se dá aplikovat u ergoterapie, či jiných složek komplexní rehabilitace.

¹⁵⁰ Guide list k danému rozhovoru viz. Příloha 3

ZÁVĚR

Tato práce si kladla za cíl pomocí výzkumných metod zhodnotit přínos canisterapie pro klienta z hlediska ergoterapie a zhodnotit výsledky canisterapie u konkrétních klientů v praktické části. Z vyhodnocení kazuistických případů a porovnání výsledků se stanovenými hypotézami vyšlo najevo, že canisterapie ovlivňuje příznivě fyzický stav klienta, což má pro ergoterapii velký význam, neboť ergoterapie sama hodnotí klientův fyzický stav a snaží se deficit upravit či kompenzovat. Dále je z výsledků patrné, že canisterapie se dá využít jako vhodná technika pro nácvik ADL činností. Jelikož cílem ergoterapie je zajištění co nejvyšší možné míry soběstačnosti klienta, považuji tento poznatek za přínosný pro ergoterapii. Propojením canisterapie a ergoterapie při nácviku ADL činností můžeme docílit vyšší efektivity prováděné terapie. Potvrzení třetí hypotézy (*„Canisterapie je vhodnou terapií, umožňující snadnější průběh následujících terapeutických intervencí z oblasti léčebné rehabilitace (konkrétně fyzioterapie).“*) je příhodné pro posílení významu a určeného cíle této práce. Jestliže je totiž canisterapie přínosná i v oblasti fyzioterapie, svědčí to o významném postavení canisterapie celkově v komplexní péči o klienta.

Poznatky o využití různých technik ergoterapie v canisterapii (či obráceně) vyústily v závěr, že propojením canisterapie s různými složkami komplexní rehabilitace (tzn. například logopedie, psychologie, speciální pedagogika a další) docílíme interakce jednotlivých disciplín, podpoření těchto disciplín navzájem a tím pozitivního působení na rehabilitační proces klienta. Využití může být oboustranné, tzn. využití prvků canisterapie v některé ze složek komplexní péče a naopak využití prvků z disciplín ucelené rehabilitace v canisterapii. Toto obecné shrnutí konkrétních poznatků této práce se dá považovat za potvrzení, že cíl této práce byl splněn.

Vzhledem k potřebě komplexního pohledu na klienta při ucelené rehabilitaci jsou tyto poznatky velmi cenné. Otevírají se tímto nové směry komprehensivní rehabilitace, kterými se dá docílit významných výsledků v rehabilitačním procesu klienta. Zároveň by tento pohled mohl být důvodem ke zlepšení interakce v rámci multidisciplinárního týmu a tím zvýšení kvality poskytované péče o klienta.

Využití poznatku o možnosti propojení canisterapie s jinými disciplínami komplexní péče by se v praxi dalo realizovat v takových zařízeních, kde jsou poskytovány všechny složky této péče. Pro podpoření rehabilitačního procesu klienta by toto využití bylo velmi vhodné.

Shromažďování teoretických poznatků, dále pak realizace konkrétního výzkumu a zhodnocování jeho výsledků pro mě bylo nesmírným přínosem. Nejen v prohloubení znalostí o canisterapii, ergoterapii, či samotné diagnóze DMO, ale také v pohledu na důležitost kvality poskytované péče. Ta se odvíjí hlavně od ochoty odborníků spolupracovat a sdílet své poznatky pro co nejvyšší kvalitu stanovených cílů léčby. Tato práce tedy může přispět i pracovníkům komplexní péče o klienta ve zhodnocení interdisciplinární spolupráce v daném zařízení a její následné možné změny.

LITERATURA

1. CICHOLESOVÁ, T., KOCIOVÁ, K., STRHÁRSKÁ, M., VÝROSTKO, J., TAKÁČ, P., BODNÁR, Š., Canisterapia, Pomocná terapia s posobením psa, čas. Rehabilitácia, 2006, Vol. 43, No. 2. ISSN 0375 – 0922
2. DESENSKÝ, R., Jak poznat psí duši, Praha: XYZ, 2008. ISBN 978 – 80 – 7388 – 073 – 6
3. GALAJDOVÁ, L., GALAJDOVÁ, Z., Canisterapie, pes lékařem lidské duše 1. vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978 – 80 – 7367 – 879 – 1
4. HELLBRÜGGE, T., ŠOLTÉS, L., ARCHALOUSOVÁ, A., ILENČÍKOVÁ, D., Prvních 365 dní v životě dítěte. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978 – 80 – 247 – 3457 – 6
5. HENDL, J., Kvalitativní výzkum. 2. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
6. CHAMUTYOVÁ, K., Kanisterapia ako jedna z možností doplňujúcich komplexný rehabilitačný program u pacientov s detskou mozgovou obrnou. Čas. Rehabilitácia. 2008, vol. 45, no. 4. ISSN 0375 – 0922
7. JANKOVSKÝ, J., Ucelená rehabilitace dětí. 2. vydání. Praha: Triton, 2006. ISBN 80 – 7254 – 730 – 5
8. JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L., Ergoterapie. 1. vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978 – 80 – 7367 – 583 – 7
9. KARÁSKOVÁ, V., Pes a dítě s mentálním postižením. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80 – 244 – 0953 – 4
10. KOLÁŘ, P., ET AL., Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009. ISBN 978 – 80 – 7262 – 657 – 1

11. KRAUS, J., A KOLEKTIV, Dětská mozková obrna. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80 – 247 – 1018 – 8

12. KRIVOŠÍKOVÁ, M., Úvod do ergoterapie. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978 – 80 – 247 – 2699 – 1

13. MURPHY, R., Umlčené tělo. 1. vydání. Praha: Slon, 2011. ISBN 80 – 85850 – 98 – 2

14. NERANDŽIČ, Z., Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit. 1. vydání. Praha: Albatros, 2006. ISBN 80 – 00 – 01809 – 8

15. NOVÁKOVÁ, S. Využití canisterapie u seniorů. Plzeň, 2011. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lucie Klánová

16. ORTH, H., Dítě ve Vojtově terapii. 1. vydání. České Budějovice: Kopp, 2009. ISBN 978 – 80 – 7232 – 378 – 4

17. PFEIFFER, J., Neurologie v rehabilitaci. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978 – 80 – 247 – 1135 - 5

18. ŘASOVÁ, K., Fyzioterapie u neurologicky nemocných. 1. vydání. Praha: CEROS, 2007. ISBN 978 – 80 – 239 – 9300 – 4

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

20. VOTAVA, J., Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80 – 246 – 0708 – 5

internetové zdroje:

www.aovz.cz

www.iahaio.org

www.rvp.cz

Seznam příloh

Příloha 1 Standardy metody AAI

Příloha 2 Tabulka osvědčených možností poloh při polohování

Příloha 3 Guide list polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 4 Fotodokumentace canisterapie u klientek 1 – 4

PŘÍLOHY

Příloha 1 Standardy metody AAI

1. Nikdo nesmí být do kontaktu se zvířetem nucen.
2. Instituce musejí mít pravidla a instrukce týkající se používání psů v daném zařízení v písemné podobě ještě před začátkem programu.
3. Jak psi, tak jejich psovodi musejí projít výcvikem, výběrem a testy, než je umožněna jejich účast v programu.
4. Klienti s kontraindikacemi (silné fobie, alergie, nekontrolovatelné a nepředvídatelné chování) musejí být předem z programu vyloučeni.
5. Práva těch, kteří si kontakt se psem nepřejí, musejí být za všech okolností respektována.
6. Ani klient, ani návštěvník by nikdy neměli být necháni se zvířetem o samotě.
7. Za všech okolností je třeba respektovat a zajistit práva zvířat. To zahrnuje slušné zacházení, ochranu před přílišným stresem a přístup k vodě a volnému výběhu.

Příloha 2 Tabulka osvědčených možností poloh při polohování

pozice	2 – 3 psi	pomůcky	1 pes
Na zádech, pes pod dolními končetinami (DK)	1. pes pod DK, 2. pes po boku, druhý bok fixován podkovou	Polštář Podkova	Pes pod DK, klient sedí, tělo opřeno o terapeuta, nebo leží v podkově
Na zádech psi po stranách	1. pes po pravém boku, 2. pes po levém boku, event. 3. pes pod DK; HK – podél těla, nebo kolem krku psa	Polštář Válec pod DK Podkova	Pes po jednom boku, druhý bok fixován podkovou
Na boku	1. pes z čelní strany (hrudník, břicho), 2. pes zádová strana, nebo zadní strana DK (podkolenní jamky), pokud je 3. pes – možno na obě místa; HK možno pokrčit a dát přes psa	Polštář Válec mezi DK Podkova	Pes buď z čelní či zádové strany, zbývající strana dopolohována podkovou
Vkleče	Klient klečí na patách, obličej a HK položeny na 1. psa, 2. pes může olizovat HK a obličej		Klient klečí na patách, obličej a HK položeny na psa
Na břicho	Klient leží na břicho či mírně do boku, obličej položený na hrudníku psa		Klient leží na břicho či mírně do boku, obličej položený na hrudníku psa

Příloha 3 Guide list polostrukturovaného rozhovoru

1. Měla canisterapie, prováděná před fyzioterapeutickou jednotkou, vliv na výkon pacientek při fyzioterapii a jaký?
2. Jak ovlivnilo snížení spasticity při canisterapii průběh fyzioterapeutické jednotky?
3. Jak vnímáte psychické rozpoložení klientů při fyzioterapii po canisterapii?
4. Jak byste celkově zhodnotila vliv canisterapie, prováděné před fyzioterapií, na průběh fyzioterapie?
5. Měla canisterapie, prováděná před fyzioterapií, ještě nějaký vliv na klienta při fyzioterapii?

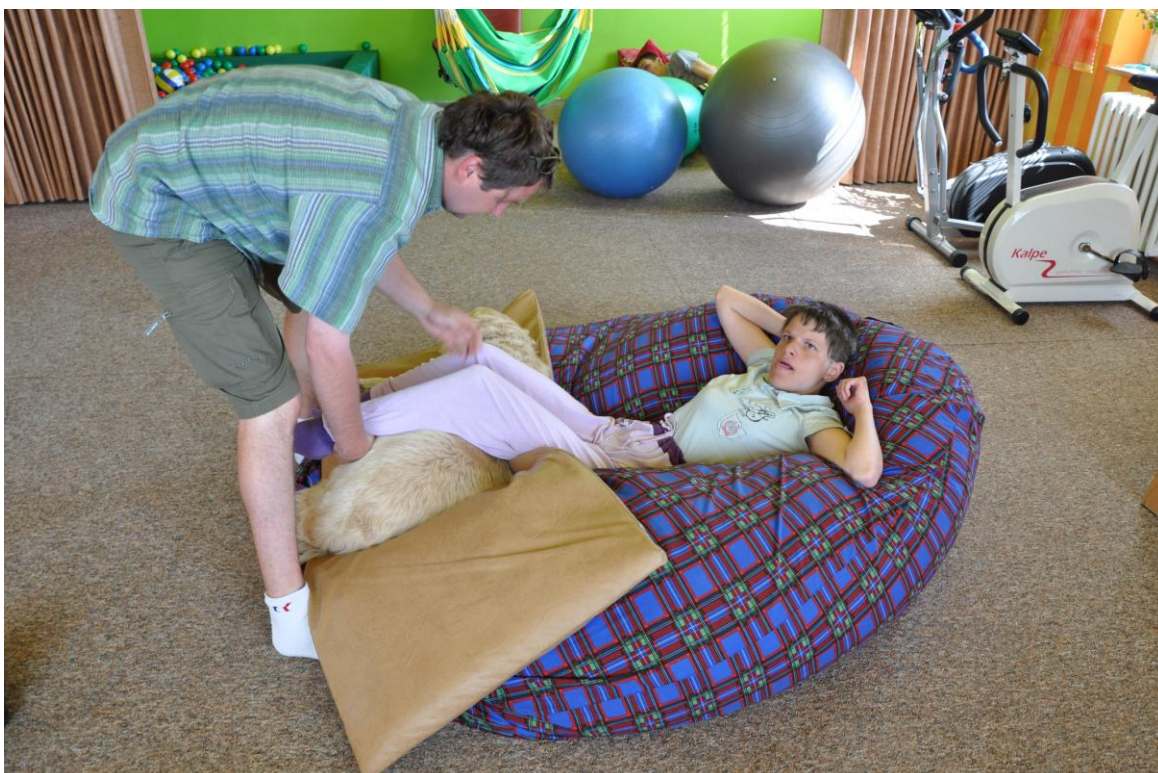
Příloha 4 Fotodokumentace canisterapie u klientek 1 - 4



Obr. 1 Klientka 1 - polohování na boku



Obr. 2 Klientka 1 – ruka



Obr. 3 Klientka 2 – polohování na zádech



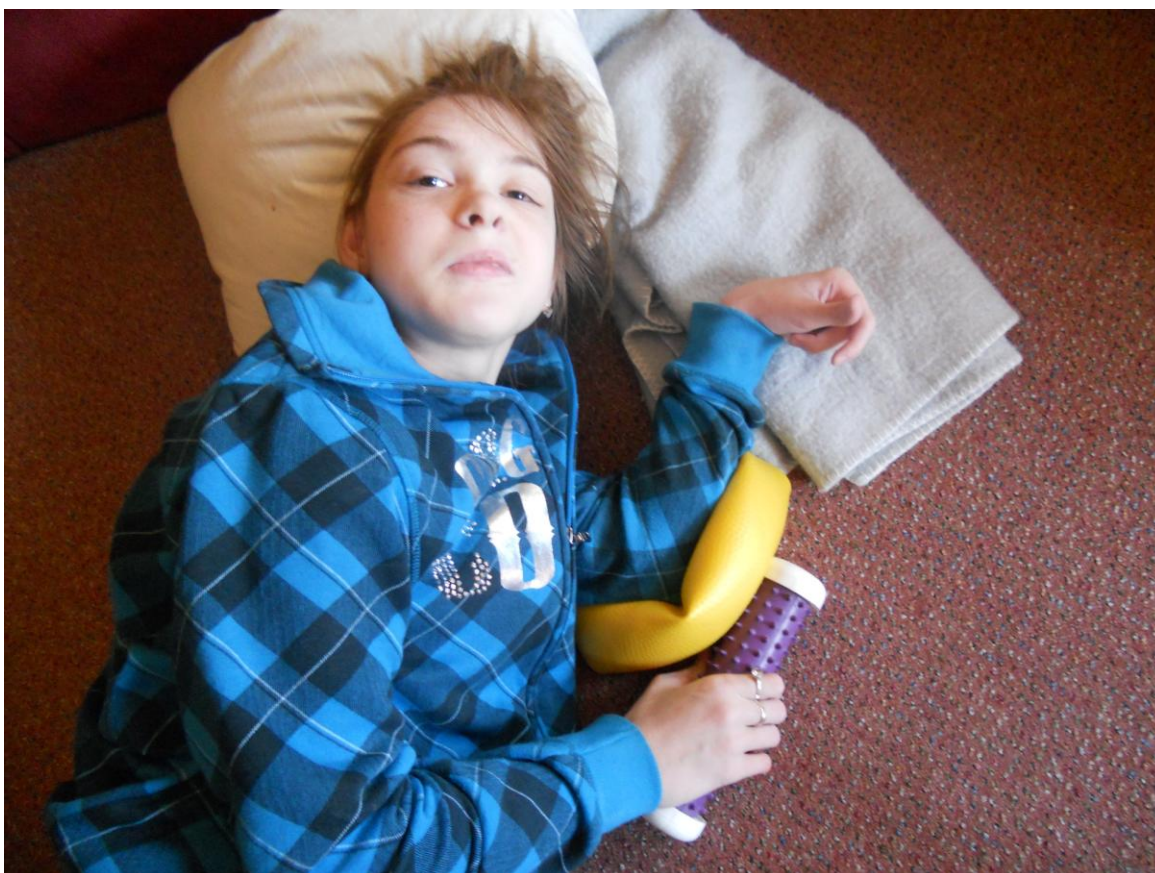
Obr. 4 Klientka 2 – navázání očního kontaktu jako reakce na podnět z terapeutovy strany



Obr. 5 Klientka 3 – polohování na zádech



Obr. 6 Klientka 3 – protahování horní končetiny do antispastických vzorců



Obr.7 Klientka 4 - příprava na polohování



Obr. 8 Klientka 4 - příprava na polohování