

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra psychosociálních věd a etiky**



**Jóga a její vliv na psychiku dětí a mládeže v rámci  
charitativního projektu**

**Yoga and its impact on the psyche of children and youth in  
the framework of a charity project**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce:

PaedDr. Mgr. Hana Žáčková

Autor:

Bc. Sophia Jaroslava Pulda Nagy

Praha 2020

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji především vedoucí mé diplomové práce paní PaedDr. Mgr. Haně Žáčkové za její trpělivost, odborné vedení a cenné rady, které mi po celou dobu poskytovala. Také chci poděkovat všem osloveným respondentům, kteří ochotně odpovídali na mé otázky. Můj dík patří i mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „**Jóga a její vliv na psychiku dětí a mládeže v rámci charitativního projektu**“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 2.4.2020

Bc. Sophia Jaroslava Pulda Nagy

.....

Podpis autora

## **Anotace**

Diplomová práce na téma „**Jóga a její vliv na psychiku dětí a mládeže v rámci charitativního projektu**“ se bude věnovat aktuálnímu a společensky významnému tématu. V úvodu bude vysvětlena důležitost tohoto tématu a motivace autorky k jeho zpracování.

První část práce se bude zabývat teoretickými východisky, významem charitativní a sociální práce, její historií i současností. Další kapitola v teoretické části se bude věnovat pojmům z oblasti jógy. Budou v ní popsány historické souvislosti jógy jak v zahraničí, tak i její rozvoj v České republice. Zdůrazněny budou různé techniky a druhy jógy, včetně jejího příznivého působení na tělesnost i psychiku. Samostatná kapitola se bude věnovat procesu resocializace marginálních skupin dětí a mládeže a vysvětlení uplatnění jógy v tomto procesu. V praktické části bude představeno místo šetření a respondenti.

## **Klíčová slova**

Sociální práce, etopedie, ústavní péče - dětský domov, jóga, psychická deprivace dětí, resocializace mládeže.

## **Annotation**

The thesis "Yoga and its impact on the psyche of children and youth in the scope of a charity project" will focus on a current and socially important topic. The introduction will explain the importance of this topic and the author's motivation for its processing.

The first part of the thesis will deal with the theoretical background, the importance of charity and social work, its history and present. The next chapter in the theoretical part will focus on the concepts of yoga. It will describe the historical context of yoga abroad as well as its development in the Czech Republic. Various techniques and types of yoga will be emphasized, including its beneficial effects on physicality and psyche. A separate chapter will be devoted to the process of resocialization of marginal groups of children and youth along with the explanation of the application of yoga in this process. In the practical part, the survey site and respondents will be introduced.

## **Keywords**

Social work, etopedy, institutional care - children's home, yoga, psychological deprivation of children, resocialization of youth.

# OBSAH

ÚVOD .....	8
<b>1 VYMEZENÍ POJMŮ .....</b>	<b>10</b>
1.1 SOCIÁLNÍ A CHARITATIVNÍ PRÁCE .....	10
1.1.1 <i>Historie sociální a charitativní práce</i> .....	11
1.1.2 <i>Současnost charitativní a sociální práce</i> .....	12
1.1.3 <i>Sociální práce v dětských domovech (DD)</i> .....	14
1.2 VÝCHOVNĚ - VZDĚLÁVACÍ ÚSTAVNÍ PÉČE V ČR .....	16
1.2.1 <i>Dětské domovy</i> .....	16
1.2.2 <i>Dětské domovy se školním zařízením</i> .....	17
1.2.3 <i>Výchovné ústavy pro mládež</i> .....	17
1.2.4 <i>Výchovné ústavy pro nezletilé matky</i> .....	18
1.2.5 <i>Diagnostické ústavy</i> .....	18
1.2.6 <i>Ústavy sociální péče pro děti a mládež s mentálním postižením a kombinovanými zdravotními vadami</i> .....	19
1.3 ETOPEDIE V KONTEXTU ÚSTAVNÍ VÝCHOVY .....	20
1.4 ETOPED, JEHO FUNKCE A NÁPLŇ PRÁCE .....	21
1.4.1 <i>Osobnostní předpoklady a pedagogické vlastnosti etopeda</i> .....	22
1.4.2 <i>Náplň práce etopeda v dětských domovech</i> .....	23
1.5 PSYCHIKA A PSYCHICKÝ VÝVOJ DĚTÍ UMÍSTĚNÝCH V DD .....	23
1.5.1 <i>Nejčastější psychické poruchy dětí umístěných v DD</i> .....	28
1.6 SOCIÁLNÍ DISKRIMINACE DĚTÍ A MLÁDEŽE .....	29
1.7 JÓGA .....	35
1.7.1 <i>Rozvoj jógy v západní civilizaci po druhé světové válce</i> .....	36
1.7.2 <i>Rozvoj jógy v Čechách</i> .....	37
1.7.3 <i>Duchovní rozměr jógy</i> .....	39
1.7.4 <i>Rádžajóga</i> .....	39
1.7.5 <i>Hathajóga</i> .....	42
<b>2 JÓGA A JEJÍ UPLATNĚNÍ V PROCESU RESOCIALIZACE MARGINÁLNÍCH SKUPIN DĚTÍ A MLÁDEŽE .....</b>	<b>44</b>
2.1 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY .....	45
2.1.1 <i>Neschopnost adaptace, útěky, oběti trestné činnosti</i> .....	45
2.1.2 <i>Alkoholismus, drogová závislost, demoralizace</i> .....	46
2.1.3 <i>Sebedestrukce</i> .....	47
2.1.4 <i>Agresivita, subdeprivace, nepřízpůsobilost, nekázeň</i> .....	48

2.1.5	<i>Sociálně aberantní chování</i> .....	49
2.2	DUŠEVNÍ PORUCHY.....	50
2.2.1	<i>Duševní poruchy u dětí z DD</i> .....	55
2.2.2	<i>Hyperkinetická porucha chování (ADHD)</i> .....	57
2.3	ZDRAVOTNÍ ÚČINKY JÓGY A SPORTU NA DĚTI.....	59
2.3.1	<i>Relaxační techniky jako nástroj pozitivního ovlivnění projevů ADHD</i> .....	65
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>		<b>67</b>
<b>3</b>	<b>VĚDECKÝ VÝZKUM .....</b>	<b>67</b>
3.1	STRATEGIE VÝZKUMU.....	67
3.2	POUŽITÁ METODA VÝZKUMU A VÝBĚR RESPONDENTŮ .....	68
<b>4</b>	<b>MÍSTO ŠETŘENÍ A RESPONDENTI .....</b>	<b>70</b>
4.1	GRAFICKÉ VYJÁDRĚNÍ .....	72
<b>5</b>	<b>FORMULACE VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>76</b>
5.1	HLAVNÍ VÝZKUMNÁ (HVO) OTÁZKA .....	76
5.2	DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA (DVO).....	76
<b>6</b>	<b>METODA ZPRACOVÁNÍ DAT .....</b>	<b>77</b>
6.1	METODA KOMPARACE .....	77
6.1.1	<i>Komparace názorů všech zúčastněných respondentů</i> .....	81
6.2	METODA ANALÝZY DAT .....	82
6.2.1	<i>Analýza dotazníkového šetření</i> .....	83
6.2.2	<i>Analytické shrnutí odpovědí:</i> .....	83
6.2.3	<i>Analýza grafického znázornění</i> .....	84
6.2.4	<i>Zodpovězení HVO a DVO</i> .....	85
6.3	SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	86
6.4	DISKUSE.....	87
<b>ZÁVĚR.....</b>		<b>89</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>		<b>94</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ A TABULEK .....</b>		<b>100</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>101</b>
<b>ANONYMNÍ EVALUAČNÍ DOTAZNÍK.....</b>		<b>102</b>

## ÚVOD

Zvoleným tématem této diplomové práce je **Jóga a její vliv na psychiku dětí a mládeže v rámci charitativního projektu**. Formu charitativního resp. dobrovolnického projektu jsem si zvolila z potřeby toto skvělé pohybové, ale i mentální, duševní cvičení nabídnout dětem v dětském domově a umožnit jim tak zažít změnu v běžných denních stereotypech. Jak jsem se potom následně dozvěděla od vedení DD, již dříve se v tomto zařízení jóga provozovala v rámci charity, kterou zaštiťovala veřejně známá nadace. Tento projekt tam skončil okamžikem, kdy nadace nezískala potřebné finanční zdroje. Myslím, že je to obrovská chyba a nadace všeobecně by měly tyto bohubilé činnosti řešit právě dobrovolnickými aktivitami.

Hlavním cílem diplomové práce v rámci charitativního projektu bylo zhodnotit, jaký vliv na psychiku může jóga mít u dětí žijících v dětském domově. V teoretické části charakterizují obecné pojmy, východiska a definice týkající se charity, sociální práce a významu jógy v resocializačním procesu a charakterizovány pojmy s tématem související. Jako hlavní metodu zkoumání jsem použila anonymní dotazníkové šetření s pedagogy a vychovateli v dětském domově ve Středočeském kraji, kde jsem v rámci charitativního projektu trávila čas s dětmi a praktkovala s nimi jógu po dobu třech měsíců. Po ukončení výzkumu jsem provedla komparaci odpovědí a na základě jejich analýzy a následné syntézy navrhla vlastní doporučení.

Do této diplomové práce jsem čerpala a zakomponovala poznatky nejen z odborných článků a publikací, ale i z další své diplomové práce, kterou jsem vypracovávala samostatně během souběžného magisterského studia v oboru učitelství. K józe jsem se dostala před mnoha lety, kdy mi pomohla nejen tělesně, ale především duševně, když jsem hledala způsob, jak překonat těžkou životní situaci. Od té doby jsem měla mnohokrát možnost poznat, jaké ozdravné účinky na tělesnou a duševní stránku člověka jóga přináší. Praktikuji ji každý den, a když jsem se rozhodovala o výběru zadání diplomové práce, věděla jsem, že tím bude právě jóga a její působení na psychiku u dětí z dětského domova, kam jsem v té době jezdila jógu praktikovat. Jóga je výborným tělesným cvičením, zároveň i meditační technikou, která může pomoci dětem žijícím v dětských domovech ke zklidnění a zharmonizování



se v jejich každodenním životě. Na děti a mládež jsou všeobecně kladeny stále vyšší nároky, a proto jsem si vybrala téma svojí diplomové práce z důvodu zájmu zjistit a pokusit se dokázat, že praktikováním jógy a meditace u dětí a mládeže pocházejících z dětských domovů se dá předejít negativnímu psychickému vývoji a nežádoucím společenským a sociálně patologickým jevům, které mohou vyplývat z nemožnosti dětem vyrůstat v ucelených, biologicky vlastních rodinách.

Současná moderní, uspěchaná a ve všech ohledech zrychlená doba klade vysoké nároky na člověka, který se potýká s každodenními negativními emocemi (strach, obavy, úzkost) a stresem z nich plynoucím. Potkávají se s nimi nejen dospělí, ale už i školáci, dokonce předškolní děti. Vnitřní napětí, které zažívají v tak raném období, se projevuje v různých úrovních psychosomatických projevů a problémů, jakými jsou vnitřní neklidy, různé poruchy pozornosti, přemíra impulzivity, stejně tak může docházet k omezení fungování lidského organismu. Nejsou výjimkou ani častá onemocnění v podobě vzrůstajících alergií, nárůstu psychických onemocnění a jiných civilizačních chorob. Odborná veřejnost si je také vědoma dalšího neduhu, kterým je nárůst absence tělesných a celkově pohybových aktivit dětí a mládeže. Alarmující je také stále se zvyšující pasivita dětí a mládeže spojená s digitálním světem her, počítačů, sociálních sítí a „chytrých telefonů“.

Tématem zvyšování sportovních aktivit u dětí a mládeže se i v rámci resocializačního procesu zabývají vyspělé státy světa. Jde o odborníky a kapacity z mnoha vědeckých disciplín (sociální práce, psychologie, sociální pedagogika, medicína). Na vládní úrovni v rámci České republiky se tomuto tématu věnuje z úhlu medicínského Ministerstvo zdravotnictví a ze školského Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Ze zahraničních odborníků, z jejichž publikací také vycházím, se konkrétně uplatněním jógy v resocializačním procesu zabývají například Lalitha, Folleto či Stephens, z našich odborníků pak zmiňuji například Krejčí nebo Nešpora, jejichž vědecké poznatky v této práci i cituji.

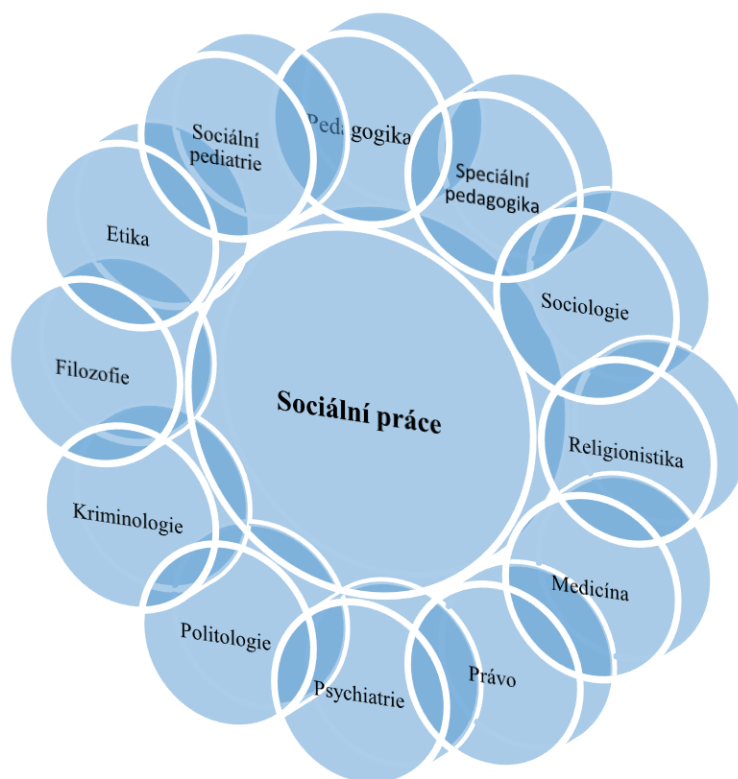
Jóga jako sportovní aktivita ovlivňuje pozitivně fyzickou stránku dětí, svými technikami ale působí i na jejich psychické zklidnění, což je důležité u dětí, které jsou více ohroženy vznikem psychických obtíží a nežádoucích sociálně patologických jevů.

# 1 Vymezení pojmů

## 1.1 Sociální a charitativní práce

Sociální práce je multidisciplinární společensko-vědní obor (viz. obrázek č. 1) i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Nejbližšími obory jsou medicína, sociologie a psychologie. Sociální pediatrie a gerontologie, pedagogika, speciální pedagogika, psychiatrie, právo, politologie, filozofie a s ní související etika, religionistika a kriminologie patří do skupiny širší.

**Obrázek 1: Součinnost sociální práce s dalšími obory**



Zdroj: vlastní zpracování

Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu

uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce možnost co nejdůstojnějšího způsobu dalšího života (Matoušek, 2013).

Jak uvádí Krejčí (1998), sociálním učením a poruchami chování u dětí, mládeže a dospělých se zabývá speciální pedagogická disciplína, jejímž cílem je výchova, rozvoj a vzdělávání těchto jedinců. V terminologickém pojetí jde o etopedii, jež má za cíl převýchovnou péči. Tato péče spadá sice pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, ale jelikož se jedná nejen o převýchovu dětí a mládeže, ale i o páchaní různých deliktů, úzce spolupracuje s dalšími ministerstvy, jako jsou Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvo spravedlnosti ČR či Ministerstvo vnitra ČR (Krejčí, 1998).

### **1.1.1 Historie sociální a charitativní práce**

Již ve starých civilizacích se lidé zabývali solidaritou, charitou ke slabším. Ve velké míře ji spojovali s náboženstvím. Respektive náboženství v dřívějších dobách protkávalo všechny důležité aspekty společnosti a solidarita (charita) byla vyjadřována formou almužen, kdy například v islámském náboženství existují dva druhy – dobrovolná a povinná almužna. Dobrovolná je charitativní a z povinné se v podstatě stala daň. Z výnosů jsou v těchto východních zemích zajišťovány charitativní činnosti a propagace náboženství (Matoušek, 2013).

Jak popisuje Matoušek, náboženství je souhrnný pojem ve víru existence transcendentních představ či náboženských symbolů, kdy věřící jednotlivec nebo společenství přiznává vliv čehosi posvátného a i bez hmatatelné podstaty si k němu vytváří vztah. Náboženské rituály se předávaly z generace na generaci a sloužily nejdříve pro udržení rovnováhy a komunikace mezi lidskou bytostí a zvířaty či rostlinami, které považovali za mytické předky. V dobách pozorování kosmických těles na nebi se náboženské rituály staly nutnými pro člověka k udržení řádu, komunikace a rovnováhy mezi jím a kosmem. Již ve Starém zákoně se projevuje apel na solidaritu, když se v něm píše: *„Nepřevrátíš právo bezdomovce ani sirotka a vdově nezabavíš roucho. Ale pamatuj, že jsi byl otrokem v Egyptě a že Hospodin, tvůj Bůh, tě odsud vykoupil. proto ti přikazuji, abys to dodržoval.*

*Když budeš sklízet ze svého pole a zapomeneš na poli snop, nevrátíš se pro něj. Bude patřit bezdomovci, sirotku a vdově, aby ti Hospodin, tvůj Bůh, požehnal při každé práci tvých rukou. Když oklátíš plody ze své olivy, nebudeš ještě setřásat zbylé. Ty budu patřit bezdomovci, sirotku a vdově. Pamatuj, že jsi byl otrokem v egyptské zemi. Proto ti přikazuji, abys to dodržoval“<sup>1</sup> (in Matoušek, 2012, s. 36). Matoušek tímto poukazuje na fakt, že každý člověk by si měl stále v pokoře připomínat, že i jemu se někdy vedlo zle, a pomocí byl vyveden. Proto má i on pomáhat, zvláště když se mu vede dobře.*

### **1.1.2 Současnost charitativní a sociální práce**

Americký pedagog Abraham Flexner ve své přednášce na Národní konferenci charitativních a nápravných organizací v roce 1915 pronesl větu: „sociální práce žádnou zvláštní profesí není, neboť nemá žádnou specifickou teorii“. V tom samém období, americká průkopnice sociální práce, Mary Richmondová, završovala svoji novátorskou práci „*Sociální diagnóza*“, ve které se zabývala dopodrobna popisy nejen sběru informací a dat o klientech v sociálních službách, ale i podrobně popsala způsoby práce sociálních pracovníků. Její soudobá kolegyně Jane Adamsová nepovažovala institut státu ani klasické vzdělávání jako garanta v sociálních službách, ale naopak stavěla na pomyslný piedestal sociální práci v komunitních službách a centrech, která budovala a poskytovala v nich poradenství pro sociálně slabé osoby (in Matoušek, 2012).

V průběhu 20.století se sociální práce jakožto společensko-vědní disciplína začala zabývat v rámci praxe odhalováním, ale i řešením, pojmenováváním a zmírňováním sociálních potíží. Sociální práce a sociální pracovníci se v průběhu let snažili a dál snaží svojí činností naplňovat ideál společenské solidarity. Cílem sociální práce je sociální začlenění nejen jednotlivce, ale i celých komunit do společenských celků a jejich uplatnění v nich (Matoušek, 2012).

Na akademické úrovni sociální práce hraničí s obory, jakými jsou psychologie, sociální pediatrie, právo, psychiatrie, pedagogika, politologie, filozofie, sociologie, religionistika, kriminologie a další vědecké disciplíny. V současných demokratických zemích se stala sociální práce nedílným celkem sociální politiky

---

<sup>1</sup> Starý zákon, Kniha Dt 24,17-21

a je důležitou sociální částí politiky. V ČR vznikaly první katedry na vysokých školách v devadesátých letech minulého století (Matoušek, 2012).

Jak uvádí Böhnisch (2017), v období normalizace a po rozpuštění hranic na počátku jednadvacátého století byla sociální práce znovuobjevena ve formě sociální politiky. Snahy o reformaci sociálního státu vedly přes koncepty identit k pojmům vyplývajícím z hraničních životních situací, jakými jsou potřebnost, zranitelnost, různé formy úzkostí, neúspěch v osobním či pracovním životě, vypořádání se se životem jako takovým. Vznikal koncept sociální pedagogiky, která udávala směr v osobní psychodynamické kultuře zvládání hraničních rodinných situací. Nástup internetu dal podnět ke vzniku novým socio-strukturálním kulturám, rozšířila se sociopolitická zóna v rámci konceptuálního zvládání životních situací. Nastaly nové situační dimenze v přístupu k sociální práci, kdy coping se stal prostředkem k řešení různých závislostí klienta, učení se nových přístupů ke klientům, kteří se ocitli v těžkých životních událostech, v nových přístupech založených na schopnostech klientů s ohledem i k jejich různým životním úrovním. Tyto nastalé dimenze zahájily i nové pohledy sociálně-etické, jako je genderová a sociálně-generační spravedlnost týkající se dětí, mládeže, dospělých a seniorů. V sociální práci, stejně tak v sociální politice se začala řešit i témata umožnit dětem dětství ve zdravém sociálním prostředí nebo seniorům umožnit důstojné stárnutí, aby lidé dospělí, v produktivním věku, měli možnost uplatnění ve svých profesích. Dalšími novými koncepty byly sociální důsledky z důvodu globalizace, kdy bylo nutné se začít zabývat regionálním rozvojem měst a obcí (Böhnisch, 2017).

Jak píše Toporková, v souvislosti s moderními zkušenostmi v oblasti sociálně pedagogické a vzdělávací činnosti se sociálně nechráněnými dospělými, včetně mládeže a starších lidí v Německu se zaměřila retrospektivní analýza na pozadí metod práce s těmito znevýhodněnými skupinami. Metodami indukce a dedukce, porovnáním a zobecněním teoretických, praktických a statistických údajů, které umožnily prozkoumat hlavní strategie metod sociální práce s mládeží v rizikových skupinách a naopak interpretačními metodami a technikami syntéz a analogií získaných údajů různých forem práce se staršími lidmi byla charakterizována smysluplná pouliční sociální práce s mladými lidmi. Jako vysoce účelné se ukázaly stejně tak preventivní programy pro rizikovou skupinu starších osob s cílem zajistit

jejich socializaci a adaptaci v moderní společnosti. Analyzovány byly i takové formy a metody, jako je mezigenerační, biografická a interaktivní práce, aby se starším lidem v osobních přechodech z předdůchodového věku na období po skončení pracovního poměru poskytl náležitý ohled na jejich zájmy a možnosti. Zjištění prokazují a zdůrazňují potřebu účelové sociální pedagogické a vzdělávací práce se sociálně nechráněnými dospělými v jakékoli společnosti jako jeden z předpokladů úspěšného vzdělávacího procesu i dalšího rozvoje společnosti jako celku. Současná sociální a charitativní práce se aktivně zabývá různými věkovými skupinami a jejich problémy. Cílená práce se sociálně znevýhodněnými dospělými je velmi důležitá. Je to jeden z předpokladů, jak pro úspěšný vzdělávací proces, tak pro další rozvoj společnosti obecně. Sociálně pedagogická a vzdělávací práce slouží různým účelům, ale nejdůležitějším cílem je socializovat a přizpůsobovat sociálně znevýhodněné dospělé, mládež a seniory v probíhajících sociálních a ekonomických změnách ve společnosti a zajistit jim vysokou úroveň jejich života. To je v nejvyšším zájmu sociální a charitativní práce, ale především by měla být i etickým cílem každého člověka na planetě (Toporková a kol., 2016).

Další z autorek, která se zabývá sociálně-pedagogickou prací s dětmi a mládeží opakovaně traumatizujícími ze zón vojenských konfliktů je Tsybulko (2016). Zdůrazňuje, že nejen profesionálové v oblasti vzdělávání, ale také zástupci státních institucí - orgány výkonné moci, zdravotnictví, městská centra sociální péče pro rodinu, děti a mládež, veřejné organizace, charitativní fondy a dobrovolníci, kteří mají odpovídající specializaci nebo speciální školení by měli být více aktivní při realizaci navrhovaných fází práce s dětmi a mládeží. Píše, že i přes existenci již organizované práce s rodinami, které jsou poznamenány jakýmkoliv traumatům, by měla být věnována větší pozornost práci s dětmi, protože tato generace vytváří budoucnost naší země (Tsybulko, 2016).

### **1.1.3 Sociální práce v dětských domovech (DD)**

Jak uvádí Matoušek, sociální práce v DD je realizována ve třech formách. Jednou z nich je forma sociální pomoci, další poradenská a v neposlední řadě administrativní činnost. Všechny tyto oblasti je nutné vykonávat na sobě závisle a souběžně. Nedají se od sebe oddělit. Hlavním cílem je umožnění a následné

udržení sociálního kontaktu svěřence DD s rodinou. Při výkonu sociální práce je nezbytné vést administraci všeho, co souvisí s touto činností. Ať se týká umístění dětských svěřenců, přemístění či propuštění z DD. Sociální pracovník spolupracuje s OSPOD, policií, soudy, zdravotnickými a jinými institucemi, pomáhá klientům při vyřizování s dokumentací, finančními příspěvky a doklady. Vede spisovou agendu dětí, aktualizuje ji, udržuje komplexnost zpráv o vývoji a rozvoji každého jednotlivého dětského klienta, jaké metody při práci s dítětem se osvědčily a jaké byly naopak kontraproduktivní. Sociální pracovník se také podílí na tvorbě plánu individuálního rozvoje klienta. Poskytuje mu sociální terapii formou diagnostiky, sociálního poradenství, intervence či rehabilitace. Další formou se podílí i na socializaci klienta, kdy mu zprostředkovává sociální kontakty s rodinou či s širším společenským prostředím, ve kterém se klient pohybuje. U dětí, které jsou na prahu dospělosti a připravují se na odchod z DD, jim sociální pracovník pomáhá při uplatňování právních postupů spojených s nástupem do zaměstnání, startovacích ubytování a dalších. Dále poskytuje odbornou sociální pomoc rodičům klientů v případech změn v nařízení ústavní výchovy. Sociální pracovník je povětšinou jeden z prvních, se kterým přichází nový klient DD do přímého kontaktu v den přijetí a stává se tak jakýmsi průvodcem ústavního zařízení. Vede s dětským klientem primární pohovor, který by se měl nést v duchu důvěry klienta k pracovníkovi potažmo k instituci DD. Komunikaci sociální pracovník přizpůsobí intelektu a věku klienta a následně provede sociální diagnostiku klienta, kterou zaznamená případné psychické poruchy a jiné defekty či kladné a stinné stránky jejich osobnosti. Také je důležité zjistit zájmy a koníčky klienta, jeho plány do budoucna, vztahy k rodině a vrstevníkům. Po té sociální pracovník klienta provede ústavem, seznámí ho s jeho obyvateli, pracovníky, vychovateli a ostatními členy zařízení. Také ho seznámí s řádem ústavu a s dodržováním bezpečnostních pravidel. Následně shrne u klienta sociální diagnostiku, ke které mu slouží výstupní dokumentace od specializovaných odborníků, kteří kdy s dítětem přišli do styku a vedli o něm záznamy. S těmito odborníky<sup>2</sup> pak vede, řídí a koordinuje veškerou odbornou činnost a spolupráci (Matoušek, 2008).

---

<sup>2</sup> Třídní učitel, etoped, lékař, psycholog, psychiatr.

## 1.2 Výchovně - vzdělávací ústavní péče v ČR

Výchovně – vzdělávací ústavní péči se v rámci České republiky zabývají orgány státní správy, kterými jsou Ministerstvo vnitra České republiky a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Ústavní výchova a ochranná výchova se řídí „Zákonem o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, viz níže<sup>3</sup>. Jednotlivé navazující vyhlášky potom upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních a organizacích výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče<sup>4</sup>.

Ústavní výchovu nařizuje soud v občansko-právním řízení v případě vážného narušení nebo ohrožení výchovy dítěte, nebo pokud nemohou rodiče výchovu zabezpečit. Ústavní výchova končí plnoletostí dítěte, ale prodloužena může být až do dovršení devatenácti let věku jedince. V případě vysokoškolského studia mohou děti zůstat bydlet přímo v dětském domově, nebo si najdou startovací bydlení, na které jim dětský domov přispívá do dovršení věku dvaceti šesti let. V tomto případě jim dětský domov přispívá i na stravné. Zařízeními pro výkon ústavní výchovy jsou diagnostické ústavy, výchovné ústavy pro mládež, ústavy sociální péče pro děti a mládež tělesně nebo mentálně postižené s jednou nebo více vadami, Dětské domovy pro děti od tří let do osmnácti, případně devatenácti let, dětské domovy se školou (MŠMT, 2019, dostupno z: [www.msmtcr.cz](http://www.msmtcr.cz)).

### 1.2.1 Dětské domovy

Jak uvádí Trnková (2018), dětské domovy se do roku 2002 rozdělovaly na dva typy: internátní a rodinný. Internátní typ dětského domova byl určen dětem, které byly do dětského domova umístěny jen na krátkou dobu a organizačně byla uzpůsobena pro maximální počet dětí pohybující se mezi osmi až deseti ve skupině. Po tomto roce zůstal pouze typ rodinný, který je typický pro svoji organizační strukturu

---

<sup>3</sup> ve znění Ústavního soudu č. 476/2004 Sb., zák. č. 562/2004 Sb., zák. č. 563/2004 Sb., zák. č. 383/2005 Sb., zák. č. 112/2006 Sb., zák. č. 189/2008, zák. č. 274/2008 Sb., zák. č. 7/2009 Sb., zák. č. 41/2009 Sb., zák. č. 281/2009 Sb., zák. č. 352/2011 Sb., zák. č. 375/2011 Sb., zák. č. 333/2012 Sb., zák. č. 401/2012 Sb., zák. č. 89/2012 Sb. a zák. č. 303/2012 Sb.

<sup>4</sup> Vyhláška č. 244/2011 Sb. č. 438/2006 Sb. č. 458/2005 Sb.



tvořenou rodinnými buňkami. Celkový počet těchto rodinných buněk může být v jednom dětském domově maximálně šest. Do každé takové rodinné buňky je umístěno maximálně osm dětí. Pokud přijdou do dětského domova sourozenci, upřednostňuje se, aby byly umístěny do stejné. Jsou vymezeny dětem bez závažných výchovných problémů ve věku od tří do osmnácti let, jimž byla ze sociálních důvodů soudem nařízena ústavní výchova. Jedná se také o děti, které z různých důvodů nemohou být vychovávány ve vlastní rodině ani v jiném typu náhradní rodinné péče. Do dětských domovů jsou také zařazovány nezletilé matky se svými dětmi. Vzdělávání probíhá ve školních zařízeních, které nejsou součástí těchto dětských ústavů (Trnková, 2018).

### **1.2.2 Dětské domovy se školním zařízením**

Tyto domovy se starají o děti s vážnými výchovnými problémy. Rozdělují se na:

- a) dětské domovy se školou (jde o dřívější dětské výchovné ústavy), které pečují o děti od šesti let do doby završení povinné školní docházky a mají soudem přikázanou ústavní či ochrannou výchovu,
- b) dětské domovy se školou se zvýšenou výchovnou péčí se týkají dětí ve věku od deseti do patnácti let v maximálním počtu základní výchovné jednotky dvanácti jedinců (tyto DD poskytují útočiště dětem s chováním antisociálním, kterým byla nařízena ústavní ochranná výchova). Tyto výchovné ústavy jsou také určeny mládeži, která byla převedena z dětských výchovných ústavů a převýchova v nich nebyla zdařilá,
- c) dětské domovy se školním zařízením v režimu výchovně-léčebném (jde o zařízení pro děti s výchovně-léčebnou péčí, u nichž byla identifikována trvalá nebo přechodná duševní choroba, která znemožňuje pobyt v předešlých zařízeních (MŠMT, 2019).

### **1.2.3 Výchovné ústavy pro mládež**

Jsou určeny mládeži starší patnácti let se závažnými nespécifickými poruchami chování s uloženou ochrannou nebo nařízenou ústavní výchovou:

- a) pro mladistvé je určen ústav pro mládež se zvýšenou výchovnou péčí. Týká se svěřenců s narušením vyššího stupně mravnosti a také z výchovných ústavů, kde nedošlo ke zdařilé převýchově svěřenců,
- b) pro mladistvé jedince s opakujícími se útekami a s výrazným antisociálním chováním je určen výchovný ústav pro mládež s ochranným režimem, při kterém se zřizují výchovně-pracovní skupiny v počtu maximálně deseti jedinců,
- c) čerstvým typem péče o mladistvé s nařízenou ústavní, ochrannou výchovou je výchovný ústav pro mládež s výchovně-léčebným režimem. Je určen pro mladistvé jedince s poruchami chování a nějakými dalšími vadami (zdravotní hendikep, návyková závislost, aj.) Pro svoji poruchu nemusejí být zařazeni do zdravotnických nebo sociálních institucí, ale do běžných školních zařízení nemohou být (pro nařízení ústavního nebo ochranného výkonu) začleněni (MŠMT, 2019, dostupno z: [www.msmtcr.cz](http://www.msmtcr.cz)).

#### **1.2.4 Výchovné ústavy pro nezletilé matky**

Výchovné ústavy pro nezletilé matky jsou vymezeny dívkám do završení jejich osmnácti let, kterým byla nařízena ústavní, ochranná výchova a pečují o svoje děti. Tyto ústavy se u dívek orientují na převýchovu a kladný vztah k sobě a k mateřství, učí dívky přebírat odpovědnost za život svůj i svého dítěte (MŠMT, 2019, dostupno z: [www.msmtcr.cz](http://www.msmtcr.cz)).

#### **1.2.5 Diagnostické ústavy**

Jedná se o vstupní diagnostické zařízení pro děti a mládež poskytující ucelenou pedagogicko-psychologickou a zdravotně-sociální analýzu jedince. Dělí se na základě věku dítěte a délka pobytu v nich je měřena na týdny, maximálně dosahujících osmi. Do tohoto ústavu bývají jedinci bráni na žádost rodičů nebo zákonných zástupců, stejně tak na základě soudního rozhodnutí (MŠMT, 2019, dostupno z: [www.msmtcr.cz](http://www.msmtcr.cz)).

### **1.2.6 Ústavy sociální péče pro děti a mládež s mentálním postižením a kombinovanými zdravotními vadami**

Jak uvádí Švarcová (2012), stacionáře, jako pobytová zařízení, poskytují denní, týdenní či celoroční formu ubytování pro děti s mentálním postižením a s kombinovanými zdravotními vadami. Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, upravuje činnosti denních stacionářů, kterými jsou mimo jiné, vzdělávací a výchovně aktivizační činnosti, zajišťování sociálně terapeutických aktivit, zajišťování a učení kontaktu ve společenském prostředí, aj. Denní stacionáře se orientují na výchovně vzdělávací činnosti a podporují děti a mládež v rozvíjení jejich sociálních kontaktů, dovedností, schopností (Švarcová, 2012).

Týdenní stacionáře jsou určitým kompromisem mezi ústavní a domácí péčí a představují nenahraditelnou výpomoc rodinám s dětmi<sup>5</sup> postiženými mentální retardací a kombinovanými zdravotními vadami. Tuto týdenní pobytovou sociální službu definuje Zákon o sociálních službách v § 47. Náplní služby je poskytnutí soustavné péče v týdenním režimu dětem se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Během víkendu o postižené děti pečují rodiče v jejich rodinném prostředí, díky tomu děti neztrácejí kontakt se svými rodinnými příslušníky a jsou v domácím prostředí. V týdenních stacionářích zažívají důležité sociální podněty s učiteli a vychovateli a s ostatními dětmi s podobným zdravotním postižením. Sociální kontakty tak mají široké a nestrádají v nich. Provoz týdenních stacionářů upravuje Zákon o sociálních službách<sup>6</sup>. Týdenní stacionáře zajišťují nejen dětem a mladistvým, ale i dospělým klientům vzdělávací programy, zajímavé okruhy činností, které v běžném provozu rodina nemůže poskytnout (Švarcová, 2012).

---

<sup>5</sup> Týká se dětí, mládeže a dospělých dětí, o které rodiny pečují i v jejich dospělosti.

<sup>6</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách: Poskytnutí stravy a ubytování, zajištění pomoci při osobní hygieně, potřeb a podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů spojených s péčí o vlastní osobu, zajištění aktivizačních, vzdělávacích a výchovných činností, zprostředkování sociálně terapeutických činností a zajištění kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

### 1.3 Etopedie v kontextu ústavní výchovy

Etopedie jako poměrně nový obor se začal tvarovat v nezávislou disciplínu speciální pedagogiky na konci šedesátých let dvacátého století. Její pojmenování vychází z řeckého ‚ethos‘ v překladu ‚mrav či zvyk‘ a ‚paideia‘ v překladu ‚výchova‘. Volně přeloženo tedy znamená „*výchova a vzdělávání směřující k nápravě chování a jeho zvyků, zvyklostí v chování*“ (Vojtová, 2008a, s. 7). Jak dále uvádí Vojtová, etopedie se vedle poruch chování jedince zabývá i studiem etiologie poruchy chování, tj. jejího vzniku a rovněž způsobů vedoucích k jedincově nápravě. Kromě pojmu etopedie se používá i pojem edukace jedinců s poruchami chování (Vojtová, 2008a).

Na základě vybrané definice Vojtové se „*etopedie zabývá edukací, reedukací a zkoumáním edukace jedinců s poruchami emocí a chování. Hledá a vyhodnocuje formy a prostředky edukačních aktivit pro ovlivňování jejich chování. Zabývá se systémy a podmínkami jejich edukace v prostředí škol hlavního proudu, školských zařízení pro jedince s ústavní a ochrannou výchovou a zařízení výchovně-preventivní péče*“ (Vojtová, 2008a, s. 8). Sovák (1980) definuje etopedii jako „*úsek speciální pedagogiky, který se zabývá rozvojem, výchovou a vzděláváním dětí a mládeže sociálně narušené*“. Vocilka v definici uvádí: „*Etopedie zkoumá morální formování osobnosti mravně narušeného jedince v obecné rovině, etiologii vzniku mravní narušenosti, otázky prevence a profylaxe poruch chování, terminologické otázky oboru, systém speciálních výchovných zařízení aj.*“ (Vocilka, 1994, s. 5).

Jak uvádí Slomek s Vojtovou, etopedie se zabývá diagnostikovaním poruch chování, jejich prevencí a předcházení poruch v sociálních vztazích. Dále etopedie zkoumá a řeší intervence edukačních procesů, převýchovu a přístup k jedincům s těmito poruchami v chování. Zajišťuje ústavně-ochrannou výchovu, hledá formy spolupráce mezi institucemi zajišťujícími reedukaci dětí a mladistvých (Vojtová, 2008a; Slomek, 2010).

Podle Fischera, cílovou skupinu etopedie představují jedinci s poruchami chování. Jak podle něj vyplývá z definice etopedie, cílovou skupinu tvoří jedinci s poruchami chování a emocí, kteří jsou neschopni se adaptovat a mají delikventně-kriminální sklony. Obor si všímá především školního prostředí, z něhož vychází možnost časně intervence spolu s předcházením rizikových faktorů. Jako efektivními metodami

v kompenzaci až útlumem rizikových faktorů se v posledních letech ukazují prevence a předcházení rozvoje poruch chování u dětí, raná eliminace a intervence rozvoje problémového chování, posilování sociálních kompetencí dětí a mládeže, zajišťování zdravého třídního/školního klima a další (Fischer, 2006). Sovák s Vojtovou také poukazují na prevenci u dětí, které netrpí výraznějšími problémy v chování a zároveň zdůrazňují ve shodě s pojetím prevence a časně intervence, na zaměřování etopedie především na děti a mladistvé (Sovák, 1980; Vojtová, 2008a).

#### 1.4 Etoped, jeho funkce a náplň práce

Edelsberger uvádí v definici: „*Etoped je profesionální označení pro speciálního pedagoga sociálně narušené mládeže, tzv. obtížně vychovatelné mládeže*“ (Sovák, Edelsberger, 2000, s. 1).

Podle Slomka (2010) se odbornost etopeda přisuzuje speciální pedagogice se specializací na poruchy chování. V DD se etoped zabývá speciálně-pedagogickou diagnostikou, jejíž závěry etoped následně zapracovává do individuálního plánu rozvoje jedince. Vede vstupní pohovory s dítětem, řeší vzniklé problémy, průběžně monitoruje chování jedince a účastní se i výstupních pohovorů. Pořizuje a vede dokumentaci pozorovaného dítěte, úzce spolupracuje s vychovateli DD, komunikuje s kurátory, s pracovníky OSPOD a dalšími úřady, kterými jsou mimo jiné policie, soudy. Ve výchovných a ústavních zařízeních koordinuje výchovně-resocializační aktivitu, je k dispozici školám, asistentům, učitelům, vychovatelům, v neposlední řadě i rodičům. S ohledem na širokou oblast pracovních aktivit a náplň práce etopeda je podstatné, aby měl vysoké, až expertní znalosti z oblasti psychologie, pedagogiky, speciální pedagogiky (etopedie a psychopedie), ale i znalosti sociální pedagogiky a práva (Slomek, 2010). Podle Lískovcové má etoped profesní uplatnění poměrně obšírné. Povolání etopeda může vykonávat jako diagnostik ve školství, jako učitel speciálních škol, vychovatel v ústavních zařízeních<sup>7</sup> pro děti. V pozici etopeda najde uplatnění i ve zdravotnictví<sup>8</sup> či ve výchovných ústavech pro mládež a dospělé delikventy, kdy resocializačně navrácí klienty do běžných životů jejich nápravou. Jak uvádí Lískovcová, „ideální role etopeda má dva úhly pohledu. Z jedné strany jde

---

<sup>7</sup> Výchovné ústavy, diagnostické ústavy, dětské domovy a dětské domovy se školou.

<sup>8</sup> Učitel ve školách zřízených při psychiatrických léčebnách a ústavech.

o *postavu rodiče*, jenž se do klienta vciťuje, určuje hranice jeho chování a koriguje výsledky učení. Na straně druhé je etoped autoritou, u něhož však převládá přátelský postoj ke klientovi, se kterým se chce jedinec nakonec identifikovat“ (Lískovcová, 2007).

#### **1.4.1 Osobnostní předpoklady a pedagogické vlastnosti etopeda**

Jak uvádí Matoušek s Kroftovou (2003) je pro etické profesní fungování etopeda podstatné, aby si během své činnosti byl vědom vlastních omezení a možností ve vztahu k dětským klientům. Podle Matouška není jednoduché, i přes zachování profesionálního přístupu navázat s klienty jakýkoliv vztah. Velká většina přichází do ústavního zařízení z rodin nefunkčních, kde rodiče svoje rodičovské povinnosti neplnili. Díky tomu děti nemají kladně koncipovaný vztah k žádné dospělé autoritě, pokud vůbec nějakou autoritu uznávají. Nemají zkušenost s dospělým, který by se k nim choval vstřícným způsobem. Když už se podaří etopedovi získat důvěru a navázat vztah s dítětem, může nastat situace, kdy se dětský klient začne chovat způsobem pro etopeda nepřijatelným a může tak dojít k negativnímu vnímání dítěte. Nelze se tedy domnívat, že výsledek a smysluplnost tohoto povolání lze odvozovat z chování klientů. Jako nežádoucí jev může zároveň docházet i k etopedově frustraci. Proto musí mít oporu nejen ve svém povolání, u svých kolegů, ale především kladné rodinné zázemí. (Matoušek, Kroftová, 2003) Podle Matouška je etoped ve výchovných a resocializačních ústavech funkce v pozici speciálního pedagoga – diagnostika. Tato pozice je charakterizována hodnověrným postojem k dětskému klientovi, bez autoritativních ambicí s vysokou dávkou tolerance a adekvátním psychoterapeutickým postojem. Aby mohl být v reedukaci úspěšný, měl by být obdarován specifickými pedagogickými vlastnostmi a osobnostními charakteristikami a rysy, jakými jsou citlivý přístup k dítěti, schopnost trpělivosti, tolerance, a akceptace, schopnost empatie, rozvážnost v každé situaci, především pak ve stresových momentech a v okamžicích rozhodování. Musí být psychicky i fyzicky odolný, flexibilní s pevnou vůlí a schopností sebeovládání, uvážlivý a rozvážný. Z pedagogických vlastností a schopností musí zvládat verbální i neverbální komunikaci, cítit úctu a prokazovat důvěru jedinci a jeho schopnostem, udržovat si pedagogický optimismus a takt (Matoušek, 2003).

### **1.4.2 Náplň práce etopeda v dětských domovech**

Jak uvádí Průcha (2013), etopedovou pracovní náplní, kterou vykonává individuálně s každým jednotlivcem, jsou činnosti diagnostické, prognostické, terapeutické, reedukační. Může též pracovat ve skupinové terapii nebo frontální metodou. Dalšími činnostmi etopeda jsou tvorby individuálních plánů rozvoje dětských klientů, vypracovávání vstupní a výstupních etopedických zpráv, v případě přestupů jedinců do jiných výchovných ústavů vypracovává návrhy dalších výchovných opatření a postupů pro návaznost správného reedukačního rozvoje, svolává diagnostické porady jejichž je hlavním koordinátem. Aktivně spolupracuje s dalšími státními institucemi jako jsou OSPOD, soudy, policie, lékaři. Etoped musí také být sám sobě oporou vzhledem k neustálé vysoké pozornosti, permanentní soustředěnosti a nutnosti rychlého úsudku a reakce. Jeho poslání je vysoce psychicky náročné, a tak se mnohdy stává, že se u něj projeví snížení až ztráta osobního zájmu či profesionálního zaujetí, pocity zklamání, tzv. syndrom vyhoření<sup>9</sup>. Etoped, tímto syndromem postižený, ztrácí zájem o osobní i profesionální růst, bez chutě do dalšího vzdělávání či vyhledávání nových podnětů pro kvalitně odvedenou práci (Průcha, 2013).

### **1.5 Psychika a psychický vývoj dětí umístěných v DD**

Edens (2019) definuje rozměr duševního zdraví jako způsob, jak lidé interagují s ostatními, jakou formou umí zvládat stres, jenž souvisí se životními situacemi, jak efektivně pracují s problémy a vhodně se s nimi vyrovnávají v běžném životě. Děti, podobně jako dospělí, čelí stejným problémům v každodenním životě. Poruchy duševního zdraví u dětí jsou obvykle způsobeny důsledkem prostředí, ve kterém se vyvíjejí, mohou být dané i genetikou, poškozením centrálního nervového systému kvůli špatnému zacházení (v případě vystavení toxických látek, jako jsou pesticidy, olovo) a také důsledkem chemických nerovnováh, kterými mohou být alkoholismus či drogová závislost matky v těhotenství. Kromě účinků životního prostředí způsobuje poruchy duševního zdraví časté vystavení násilí, fyzické nebo sexuální zneužívání (jak studie ukazují, i stres související s chudobou), dále šikanování nebo

---

<sup>9</sup> Burnout syndrome

ztráta rodiče či významného člena rodiny rozvodem nebo smrtí. Genetické faktory jsou evidentní u duševních poruch, jako jsou deprese, schizofrenie a poruchy spektra autismu. Například traumatická poranění mozku následkem zneužívání fyzické agrese nebo pádů mohou vést k fyzickému poškození a změnám v chování, včetně deprese, jednání a agresivity. Děti mohou také vykazovat známky posttraumatické stresové poruchy (PTSD) způsobené násilím, které v dětství zažily nebo prožívají doposud. Jak dále udává Edens (2019), dobré duševní zdraví umožňuje dětem zdárně postupovat očekávanými vývojovými stádii života, což umožňuje věkově přiměřené učení a sociální rozvoj. Dětství je časem rozvíjení sebedůvěry, sebevědomí a pocitu bezpečí. Dětský domov jako sociální komunita dětí, které do něj byly umístěny, hraje zásadní roli při podpoře duševního zdraví těchto dětí. Děti musí cítit pocit lásky a bezpečí, aby si vyzkoušely nové dovednosti a vyzkoušely hranice svého prostředí. Děti umístěné do ústavní péče neznají bezpodmínečnou lásku z rodiny, která umožňuje dětem zažít úspěch i neúspěch bez pocitu, že o lásku přijdou, pokud jejich úspěchy nebudou dokonalé. Stejně tak je pro dětský zdravý duševní rozvoj důležitá pozornost, pochvala a čestnost při hrách, což podpoří jejich zdravé sebevědomí. Poskytnutí bezpečného prostředí domova, denní péče a možnost hraní si a učení se podpoří dítě a povede jej k novým dovednostem. Pozitivní verbální povzbuzení a realistické stanovení cílů posílí požadované chování. Negativní nebo sarkastické poznámky děti odradí a mohou vést k jejich neúspěchu. Zvláště, pokud si děti všimnou, že nejsou dostatečně dobré v očích svých pečovatelů. Negativní komentáře by neměly být začleňovány do výuky a výchovy dětí, pokud je jejich chování nepřijatelné. Kritizování chování, nikoli dítěte, je pro uplatňování jakékoli nezbytné disciplíny klíčové. Při stanovování limitů přijatelného chování by měla vést pozitivní prohlášení a bezpodmínečná láska, což lze v dětském domově obtížně realizovat (Edens, 2019). Přestože všichni kolem dítěte mu budou poskytovat bezpodmínečnou lásku a úctu, poruchy duševního zdraví se i tak mohou objevit. Potom přiznání si potřeby včasného terapeutického zásahu je klíčové. Ať pěstounští rodiče, pečovatelé v dětských domovech, učitelé či ostatní poskytovatelé ústavní a zdravotní péče by měli být všichni citliví na změny schopností, chování nebo nálady dětí. Děti, které se vyvíjejí normálně a poté začínají ve vývoji zpomalovat, nebo děti, které vykazují pokles školní výkonnosti, projevují hyperaktivitu, trpí



záchvaty hněvu, bojují se sourozenci a vrstevníky nebo se vzdávají činností, které jsou obvykle považovány za zábavu, to vše mohou být příznaky počínajících psychických poruch. Nadměrné nebo nepřiměřené obavy, noční můry, slyšení hlasů, zabíjení zvířat a změny v stravovacích návycích jsou často patrné u dětí s problémy duševního zdraví, které vyžadují okamžitý zásah (Edens, 2019).

Dvě z nejčastějších duševních poruch u dětí, které se často překrývají, jsou porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)<sup>10</sup> a porucha pozornosti (ADD)<sup>11</sup>. Děti s těmito poruchami mají potíže s fungováním doma, ve školce nebo ve škole a ve vztazích s ostatními. Do symptomů ADHD a ADD patří hyperaktivita, impulzivita a nepozornost. Děti s ADHD nebo ADD často jednají bez přemýšlení, nemohou sedět ani se soustředit po dlouhou dobu, místo chůze běží, nepřetržitě mluví nebo přerušují ostatní, prostředí je rozptyluje, což vše vede k neschopnosti soustředit se na zadané úkoly. Diagnózu musí provést odborník, jako je dětský psychiatr, psycholog nebo lékař s výcvikem v diagnostikování a práci s dětmi s ADHD a ADD<sup>12</sup>.

Úzkostné poruchy u diagnostikovaných dětí jsou běžné a průvodním jevem jsou obavy, neklid nebo nerealistické obavy, které nejsou podloženy žádnou událostí; záchvaty paniky, které zahrnují fyzické projevy, jako je vysoká srdeční frekvence a závratě; a obsedantně-kompulzivní porucha. Děti, které jsou obětmi zneužívání nebo zanedbávání, nebo které byly vystaveny traumatu, jako je životní katastrofa, mohou vykazovat známky posttraumatické stresové poruchy. Separáční úzkostná porucha, která se běžně vyskytuje u kojenců a batolat, se stává problémem, když se starší děti nemohou oddělit od svých rodičů, bojí se spát samy nebo nemohou opustit domov do školy nebo na jiné události. Obsedantně-kompulzivní porucha zahrnuje opakující se kompulzivní chování, jako je mytí rukou, které je tak časově náročné, že narušuje každodenní činnosti. Sociální úzkostná porucha se vyskytuje, když má dítě strach či stud a rozpaky v sociálních nebo výkonnostních podmínkách. Léčba závisí na projevech chování a je zaměřena na jeho změny.

Poruchy autistického spektra (PAS) jsou vývojové poruchy funkce mozku, které sahají od autistických poruch v nejzávažnější formě, až po nespecifikované

---

<sup>10</sup> Z angl. Attention Deficit Hyperactivity Disorder

<sup>11</sup> Z angl. Attention Deficit Disorder

<sup>12</sup> Odborník používá lékařské a školní záznamy, rozhovory s pečovateli a / nebo rodiči a vylučuje další možné důvody projevů v chování. Léčba je obecně účinná a zahrnuje behaviorální terapii a léky.

pervazivní vývojové poruchy (PDD-NOS) v méně závažné formě autismu až po Aspergerův syndrom v mírné formě<sup>13</sup> (Edens, 2019). Jak dále Edens uvádí, dvě vzácné poruchy zahrnují dětskou dezintegrační poruchu a Rettův syndrom. Porucha je obvykle diagnostikována brzy v dětství, často když si rodiče všimnou, že jejich dítě vypadá jinak nebo neinteraguje s lidmi. Občas se může dítě normálně rozvinout do bodu a poté ustoupit. Batole, které přestane mluvit, nekomunikuje s ostatními, může vykazovat známky poruch autistického spektra. Klasická zjištění zahrnují poruchy v sociálních interakcích a verbální a neverbální komunikaci; omezení nebo přísně omezené zájmy; opakující se pohyby, jako je tahání vlasů, houpání nebo bouchání hlavou; a zvýšená citlivost na vnější podněty<sup>14</sup>. Příčiny deprese mohou zahrnovat řadu faktorů, jako je životní prostředí, životní události, rodinné změny, školní problémy, genetika a biochemické poruchy. Pokud se zdá, že je dítě smutné nebo ztratí zájem o činnosti, které jsou obvykle předmětem zájmu, straní se přátel a rodiny nebo se ve škole po dlouhou dobu špatně učí, to vše může být příčinou deprese. Deprese je často přehlížena a změny v chování jsou nevhodně zaměřovány z důvodů emočních a hormonálních změn v důsledku vývoje dítěte. Příznaky deprese u dětí mohou také zahrnovat hněv, změny chuti k jídlu nebo spánku, únavu a myšlenky na smrt a sebevraždu. Ačkoli sebevražda u dětí je vzácná, vyskytuje se. Diagnózu deprese stanoví lékař nebo odborník v oblasti duševního zdraví na základě délky a typu příznaků, rozhovorů s vychovateli či rodinou, dotazníků a jiných nelékařských testů<sup>15</sup> (Edens, 2019).

Bipolární porucha, známá také jako manicko-depresivní porucha, se projevuje rychlými změnami nálad, fungování a úrovně aktivity nebo energie. Dramatické změny nálady z vysoké nebo podrážděné na nízkou nebo smutnou jsou klasické příznaky bipolární poruchy a nazývají se období mánie nebo deprese. Tato období se mohou u dětí vyskytnout vícekrát za stejný den. Odlišení mánie od ADHD může

---

<sup>13</sup> Lidé s PAS jsou často velmi citliví na smyslové podněty a vyznačují se dvěma typy symptomů: problémy se sociální interakcí a v sociální komunikaci a také omezenými, opakujícími se vzorci chování, zájmů nebo činností. Dlouhodobě mohou mít obtíže při plnění každodenních úkolů, vytváření a udržování vztahů i udržení zaměstnání.

<sup>14</sup> Diagnóza se provádí hodnocením chování na základě souboru rozvinutých kritérií, která zahrnují pozorování hry, sociální interakce, jazyk, zájmy, rituály a interakci s objekty. Součástí diagnostického postupu může být také testování sluchu a inteligenčního kvocientu (IQ). Léčby jsou individualizované a mohou zahrnovat behaviorální, vzdělávací a lékařské intervence, ale lék doposud neexistuje.

<sup>15</sup> Léčba může zahrnovat psychoterapii a léky. Je známo, že antidepresiva u dětí mohou zvyšovat riziko sebevražedných myšlenek, proto je nutné jejich použití pečlivě sledovat.

představovat výzvu v diagnostice. Povznesená nálada, nedostatek spánku, expanzivní nebo grandiózní chování a pocit, že pravidla neplatí, jsou v manických epizodách běžné, zatímco v případě ADHD běžná nejsou<sup>16</sup>. Bipolární porucha u dětí je obvykle závažnější než u dospělých, s kratší dobou mezi manickými a depresivními obdobími. Dospělí mohou mít mezi epizodami delší období normální funkce (Edens, 2019).

Hraniční porucha osobnosti (BPD) způsobuje nestabilitu v chování, nestabilitu interakce s ostatními, změnu nálad, včetně emoční regulace, která trvá spíše hodiny než dny na rozdíl od jiných poruch. Jednotlivci s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti byli často jako malé děti fyzicky nebo sexuálně zneužíváni, zanedbáváni nebo odloučeni od rodiče nebo pro ně významné osoby. Předpokládá se, že genetické faktory hrají roli při hraniční poruše osobnosti. Počátkem onemocnění je obvykle pozdní dospívání nebo mladá dospělost a porucha je častější u dospívajících dívek a mladých žen. Hraniční porucha osobnosti může začít v souvislosti s dětskými problémy souvisejícími s prostředím a stresovými faktory. V některých případech mohou být diagnostikovány i mladší děti. Porucha bývá často příčinou k přijetí do psychiatrických léčen<sup>17</sup>.

Neurotické poruchy příjmu potravy, jimiž jsou mentální anorexie a bulimie a přejídání se, dříve uváděné u dospívajících dětí, v současnosti narůstají i u mladších dětí. Příčiny poruch příjmu potravy jsou různé a vyvinou se u dětí častěji během jejich dospívání. Obezita nebo naopak změny hmotnosti a neobvyklé chování jsou vodítky poruch příjmu potravy. Léčba je založena na závažnosti poruchy a zahrnuje psychoterapii, behaviorální terapii a hospitalizaci a lékařský zásah, jako je podávání elektrolytů a tekutin v závažnějších případech (Edens, 2019). Jak uvádí Langmeier s Matějčkem (2011), pojem psychická deprivace u dětí v ústavní péči a dětí pocházejících z nepříznivých rodinných poměrů se týká otázek psychického strádání v dětském věku a následných důsledků z toho plynoucích

---

<sup>16</sup> Diagnóza je založena na posouzení lékařem nebo odborníkem na duševní zdraví. Léčby jsou individualizované a mohou zahrnovat množství několika léků v kombinaci, doprovázené psychoterapií.

<sup>17</sup> Léčba zahrnuje psychoterapii a léky, včetně antidepresiv, antipsychotik a stabilizátorů nálady. Dialektická behaviorální terapie (DBT) byla vyvinuta k léčbě hraniční poruchy osobnosti a léčebnými výsledky se projevuje slibně. Neurovědní výzkum, včetně zobrazovacích technik mozku a studií změn mozkových chemických látek také ukazují slibný progres v léčbě.

v dospělosti. Jejich metodologie si klade za cíl humanistický přístup k dětem postiženým psychickou deprivací s nutností hájit v první řadě zájmy dítěte. Oba se v ČR významně zasadili o metodiku péče o opuštěné děti vhodně kombinovanou ústavní s péčí rodinnou či pěstounskou. Byli také u založení prvních SOS dětských vesniček. Psychickou deprivaci považují za určitou nedostatečnost vzájemné interakce mezi „dítětem a mateřskou osobou“. Upozorňují však také na významnou potřebu nezaměňovat pojem psychická deprivace s pojmem frustrace. Frustrace se týká krátkodobé nemožnosti uspokojit nějakou překážku, zatímco deprivace je dlouhodobé neuspokojování základních potřeb jedince. Může ovšem nastat situace, kdy dojde k přeměně frustrace na deprivaci z důvodu dlouhodobého či stálého neuspokojování. Jako příklad uvádějí dvouleté dítě, které je dlouhodobým pobytem v nemocničním zařízení odloučeno od rodičů. Bezprostřední reakcí dítěte na tuto skutečnost budou projevy frustrace, které přejdou v důsledku dlouhodobé rutinní monotonie, navíc bez rodičovských návštěv, do psychické deprivace. Autoři také upozorňují na nutnost odlišení pojmu zanedbanost, který se neváže na psychickou deprivaci. Zanedbané dítě, podle autorů, nemusí projevovat známky psychické deprivace. Pouze bude vychovávané v prostředí se známkami primitivnosti, bez potřebných výchovných vzorů a výchovných dohledů, s absencí hygienických návyků, ale naopak může ostatní děti převyšovat v sociálně-praktickém životě. Jak dále autoři ve své publikaci upozorňují, vedle opakovaných frustrací vedoucích k psychickým deprivacím je vhodné zmínit další pojmy, které se těchto psychogenních činitelů týkají. Jsou jimi poruchy chování a vývoje v důsledku zájmového přesycení, přetěžování mnoha podněty, dále různá organická poškození, poruchy a odchylky (Langmeier, Matějček, 2011).

### **1.5.1 Nejčastější psychické poruchy dětí umístěných v DD**

Nejčastější psychické poruchy dětí byly vydefinovány v předcházející kapitole. Navazující kapitola se zabývá problémem psychické deprivace dětí umístěných v dětských domovech v podání Langmeiera s Matějčkem. Oba autoři se ve své publikaci poměrně detailně věnují předcházení psychickým deprivacím u dětí v dětských domovech. Vypracovali metodiku zacházení s dětmi tak, aby co nejméně byly vystavené deprivacím a frustracím. Opírají se o letité výzkumy, které potvrdily

souvztažnost mezi délkou trvání pobytu v ústavu, věkem dítěte, jeho tělesným a duševním stavem a rodinnou situací v době, kdy je dítě odebráno z domova. Cílem je v co nejmenší míře dítě vystavovat negativním psychickým vlivům, které by je poškodily a dítě si je přeneslo do dospělosti v podobě různých psychických poruch chování, agresivity, LMP, neurotických stavů a úzkostí, syndromu poruchy pozornosti s hyperaktivitou a bez ní v rámci specifických poruch chování (ADHD/ADD) (Langmeier, Matějček, 2011).

Jak popisuje Retz (2009), narušené chování zahrnuje psychopatologické a behaviorální konstrukty, jako je agrese, impulzivita, násilí, antisociální chování a psychopatie, a často úzce souvisí s diagnostickými kategoriemi, jako je porucha chování spojená se syndromem (ADHD) a antisociální porucha osobnosti (ASP)<sup>18</sup> (Retz, 2009).

## **1.6 Sociální diskriminace dětí a mládeže**

Při psaní této diplomové práce a studia odborných článků a publikací jsem často narážela na výzkumy týkající se sociální diskriminace dětí a mládeže. Nejen u nás v České republice, ale i v zahraničí se touto problematikou sociální a charitativní práce aktivně zabývá a snaží se ji řešit mnoho odborníků. Problém se netýká pouze diskriminace z důvodu jiné rasy, ale i dětí a mládeže se zdravotním postižením, děti imigrantů, rozdílných přístupů ke vzdělávání, aj.

Jak popisuje Lane (2008) z prováděných výzkumů v Americe, u dětí a mládeže je nutné striktně dodržovat rasovou spravedlnost a rovnost pro jejich zvýšenou citlivost ve vnímání. Děti se učí od raného věku zaujímat svoje postoje vůči ostatním lidem, kteří se od sebe odlišují. Zároveň jsou děti citlivé na jakékoliv projevy předurčující předsudky a diskriminaci. Americká vládní politika se zabývá současnými a spornými otázkami jako je dodržování terminologie, stoupající terorismus, dodržování a možnosti soudržnosti společnosti, rozdílná barva kůže, život afroameričanů v převážně bílých oblastech a řešení rasistických incidentů. Případové studie ukazují, že děti a mládež jsou vystavovány díky těmto předsudkům

---

<sup>18</sup> Na základě výzkumů existují jasné důkazy, že k těmto fenotypům přispívají neurobiologické a environmentální faktory.

traumatizujícím následkům, které se pak často projevují v poruchách chování a v poruchách učení (Lane, 2008).

Bernard a Harris zdůrazňují, jak rozdílnost v rase a rasismus jako takový, stejně jako rozdílná kultura, víra či pohlaví, mohou nevratně ovlivnit způsoby životního přístupu dětí z těchto ohrožených, leckdy společností vyloučených sociálních skupin. Autoři na základě poznatků z výzkumných důkazů nastiňují řadu faktorů, které přispívají ke zranitelnosti černošských dětí a jak je důležité pracovat na vylepšování metodických technik, postupů a činnosti s etnickými rodinami sociálních menšin. Je také důležité se zabývat otázkami, které přímo souvisí s daným tématem. Tím jsou důsledky problémů duševního zdraví rodičů z těchto sociálně ohrožených skupin, život dětí v rodinách, kde dochází k domácímu násilí souvisejícímu se špatným zacházením s dětmi (Bernard, Harris, 2016).

Přestože Gheorghita (2017) popisuje sociální klima v Rumunsku, dá se převést do jakékoli země, protože o žádné se nemůže říci, že by měla plně vyřešen sociální stav týkající se dětí a mládeže. Nezbývá, než se s ním souhlasit, že všechny děti mají právo na poskytnutí pomoci v kvalitním rozvoji zdravého psychického růstu a k dosažení maximálního intelektuálního potenciálu. Ne všechny však mohou těžit z optimálního modelu vzdělávání, který vyhovuje jejich individuálním potřebám a dosahuje rovnováhy mezi nimi a společností. Je proto třeba se zabývat některými problémy, které vyžadují reflexi obtížné komunikace. Je potřebné vyvolávat a udržovat vzájemnou spolupráci mezi institucemi, mezi různými odborníky, zbavovat se stereotypů a staré mentality, diskriminace, rigidity a složitosti úřední byrokracie, odstraňovat rozdíly mezi vzdělávacími institucemi v městských a venkovských oblastech, školení v profesích, které nejsou vyžadovány na trhu práce atd. Rizikové faktory, které vedou k absenci a školní docházce, mohou být seskupeny podle řady proměnných, jakými jsou geografická oblast, komunitní život a s ním spojená i míra předčasného ukončování školní docházky, úroveň rozvoje infrastruktury, chudoba, nezaměstnanost, etnický původ, bydliště atd. Dalšími rizikovými faktory jsou faktory v rámci rodiny. Týkají se sociální a hospodářské situace, socio-demografických struktur a také úrovně vzdělání rodičů. Jako další zmiňuje Gheorghita (2017) vztahy a psychosociální klima v rodině a komunitě, které bývají také složité. Na úrovni vzdělání patří mezi rizikové faktory

nedostatečný výkon studenta v porovnání s požadovanými výsledky školy a různé situace a podmínky, ve kterých se každý student může učit. Gheorghita upozorňuje na problémy, kterým děti čelí a který může za jejich zhoršený vývoj vedoucí k poruchám chování a k poruchám učení. Poukazuje i na nutnost zvýšené podpory sociálních služeb pro znevýhodněné komunity, řešení nedostatku odborníků na problematiku dítěte zapojeného do prevence marginalizace a sociálního vyloučení vzdělávání. Rodina, zapojení komunity do činnosti vzdělávacích institucí a sociální pomoci, týmová práce odborníků (učitelé, psychologové, sociální pracovníci, lékaři atd.) jsou požadovaným interdisciplinárním faktorem k rostoucí sociální problematice dětí a mládeže (Gheorghita, 2017).

Stejně tak Mitchell a kol. (2009) se dotýkají tohoto citlivého tématu ve Velké Británii, kde se mezi odborníky hodně diskutuje o sociálním vyloučení a sociální práce se zde často zaměřuje na děti jako na klíčovou „ohroženou“ skupinu. Různé výzkumy však poukazují na skutečnost, že některým skupinám, například dětem se zdravotním postižením, se dostává daleko menší pozornosti. Podobně, i přes britskou a mezinárodní politiku, i přes pokyny podporující důsledné zapojení dětí se zdravotním postižením a jejich práva účastnit se rozhodovacích procesů, jsou jim tato práva často odepírána. Důkazy založené na studiích realizovaných ve Velké Británii naznačují, že účast dětí se zdravotním postižením zaostává v porovnání za účastí dětí bez zdravotního postižení, a to často kvůli nedostatku dovedností, odborných znalostí a znalostí o tom, jak usnadnit činnost pracovníkům v praktických složkách sociální práce. Vyloučení dětí se zdravotním postižením z rozhodování v procesech sociální péče odráží jejich vyloučení z účasti ve společnosti. Britská společnost se snaží řešit tuto situaci různými nástroji, které mohou pedagogové sociální práce zavést do předkvalifikačních a postkvalifikačních vzdělávacích programů, jakož i dalšího vzdělávání. Odborná veřejnost se obrací i k využívání netradičních metod kvalitativních výzkumů, které se zaměřují na metody používané při komunikaci s dětmi se zdravotním postižením s cílem zjistit, co dětem způsobuje překážky, které se vyskytují a zároveň nabyté zkušenosti předávat do sociální praxe. Stejně tak jsou i zkoumány způsoby komunikačních metod, jak oslovovat širokou veřejnost a informovat ji o sociální práci a o jejím začlenění do běžného života občanů (Mitchell a kol., 2009).

Raným imigrantům a jejich dospělým dětem se věnuje Chen (2010). Zabývá se třemi tématy, a sice oblastí dostupnosti vysokoškolského vzdělávání, kvalifikace a zaměstnání. V rozsahu vzdělávání mládež druhé generace všeobecně dosahuje vyššího vysokoškolského vzdělání než jejich rodiče, kteří byli dětmi původních imigrantů. Asimilace z hlediska vysokoškolského vzdělání je však u některých etnických skupin nižší kvůli sociálním, kulturním a strukturálním faktorům. V rodinném životě se ukazuje, že výchova v rodinách přistěhovalců chrání mládež před asimilací do alternativního životního stylu soužití a podporuje manželství. V oblasti zaměstnanosti jsou stavy narození a imigrací spojovány se segmentací trhu práce a ekonomickou stratifikací. Nedomestikovaní imigranti jsou soustředěni do etnických enkláv. Z většiny tito pracovníci obvykle vydělávají nižší plat a mají menší výhody než naturalizovaní přistěhovalci a rodáci (Chen, 2010).

Jak uvádí autoři studie Cakirpaloglu s Kořínkem, *„adaptabilita a úspěch ve škole u sociálně znevýhodněných dětí úzce souvisí s rozvojem kognitivních a sociálních dovedností, ale také, s vlivy primární rodiny, specifického, sociálně kulturního prostředí včetně zjevné či skryté diskriminace. Významnou podporou obecného psychosociálního vývoje a úspěšné adaptability dětí při zahájení povinné školní docházky je předškolní vzdělávání, zejména u dětí vyrůstajících v nepříznivých, sociálně ekonomických podmínkách. Zkušenosti a výzkumy potvrzují oprávněnost zájmu psychologie o předškolní vzdělávání dětí ze sociálně znevýhodněného prostředí. Kognitivní a sociální význam předškolního vzdělávání rovněž verifikuje komparativní psychologické šetření v průběhu zahájení a ukončení povinné školní docházky mezi skupinou dětí, které se účastnily nějaké formy předškolního vzdělávání a skupinou dětí bez uvedené zkušenosti“* (Cakirpaloglu, Kořínek, 2014).

Jak uvádí na svých stránkách Amnesty International (2015), kromě Evropského soudu pro lidská práva či Evropské komise přidává svou kritiku České republiky kvůli vzdělávání Romů i Výbor OSN za antisemitismus a projevy nenávisti. *„Pro odstranění rasové diskriminace při projednávání hodnotících zpráv týkajících se plnění závazků Mezinárodní úmluvy o odstranění všech forem rasové diskriminace ze strany České republiky se Výbor OSN dotkl řady témat, jako například přístupu Romů ke vzdělání, zaměstnání i adekvátnímu bydlení, stejně jako vzniku nových forem extremismu. Alexei S. Avtonomov, zpravodaj Výboru pro Českou republiku,*



ocenil úsilí země, ale také ostře odsoudil pokračující diskriminaci Romů<sup>19</sup>. V kontextu vzdělávání a diskriminace romských dětí čelí Česká republika kromě kritiky Výboru OSN také rozsudku Evropského soudu pro lidská práva<sup>20</sup>. Nyní se ve Štrasburku posuzuje, zda Česko svůj přístup změnilo nebo zda nerovný přístup pokračuje i nadále (Amnesty International, 2015). Další experti výboru OSN poukázali na to, že obce musí v současnosti nést velkou část zodpovědnosti za oblasti vzdělání či bydlení. Ptali se, zda by vláda zvážila zavedení celostátních afirmativních akcí (či pozitivních opatření) na podporu přístupu Romů k pracovním místům ve veřejném sektoru, zejména ve zdravotnictví. Dále připomněli, že ve zvláštních školách je vysoké procento romských dětí a roste též počet dětí, které předčasně ukončí školní docházku<sup>21</sup>. Zasedáním parlamentního výboru byl započat celý proces a nebylo možné říci, kdy bude ukončen a jaký bude výsledek“<sup>22</sup>. Stále však existují určité institucionální mezery, zejména absence národní instituce pro lidská práva v souladu s Pařížskými zásadami<sup>23</sup>. Mandát Veřejného ochránce práv je též omezený, protože nemůže podat veřejnou žalobu ani zastupovat osobu u soudu, uvedl zpravodaj výboru<sup>24</sup> (Amnesty International, 2015).

---

<sup>19</sup> „Často jsou zaměstnáváni na nízko placených pracovních pozicích v neformálních sektorech ekonomiky, žijí na segregovaných sídlištích, kde jim hrozí nucené vystěhování a počet romských dětí umístěných v bývalých tzv. zvláštních školách (dnes speciálních) je nepřiměřeně vysoký“ (ze zprávy Výboru OSN, 6.9.2019).

<sup>20</sup> Případ D. H., který v roce 2007 shledal, že česká vláda porušuje práva romských dětí, které jsou diskriminovány ve volném přístupu ke vzdělání. V září 2014 dokonce zahájila Evropská komise řízení proti České republice pro porušení právních předpisů EU proti diskriminaci (směrnice o rasové rovnosti) jako odpověď na slabou reakci na řešení situace ze strany českého státu.

<sup>21</sup> Odborníci dále požadovali informace o zastoupení romských žen v komisi, která zkoumá otázku nucených sterilizací romských žen. Podle Výboru je lhůta pro reparace související s nucenými sterilizacemi poměrně krátká. Navrhují vládě, aby sestavila účinný mechanismus, který by se konkrétně zabýval otázkou časové lhůty. Česká strana reagovala tím, že s doporučeními Výboru ohledně nucené sterilizace byla obeznamenána a bude se jimi zabývat.

<sup>22</sup> Experti poté upozornili delegaci na případ dvou romských žáků, kterým byl na základě jejich etnického původu odepřen nástup do školy; na nenávistné projevy či nemístné a nepravdivé komentáře o tom, že za zdražení masa může zrušení vepřína, který stál na místě bývalého koncentračního tábora

<sup>23</sup> Ředitelka odboru lidských práv a ochrany menšin ČR, Andrea Baršová, představila hodnotící zprávu země. Řekla, že v Česku je zákaz rasové a jiné diskriminace zakotven v Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku, zatímco antidiskriminační zákon upravuje podmínky ochrany před diskriminací v klíčových oblastech života. Zdůraznila taktéž, že posun důkazního břemene byl uplatněn ve všech případech rasové diskriminace.

<sup>24</sup> Experti též diskutovali o nárůstu antisemitských incidentů, včetně nenávistných projevů vůči Židům a vyjádřili znepokojení nad tím, jak nízký je počet vyšetřování těchto zločinů. Probírali také metody sběru dat o národnostních menšinách, zejména o nezaměstnanosti Romů a vzdělávání romských dětí. V souvislosti s tím zdůraznili nutnost přesnosti dat.

I v době jednadvacátého století je stále velmi ožehavým tématem popírání lidských práv v České republice týkající se vedle diskriminace osob se zdravotním postižením, seniorů, národnostních menšin či genderové diskriminace žen a matek i sociální diskriminace Romů a romských dětí. V České republice se v rámci omezování lidských práv a zasahování do nich hovoří podle Šmarhovyčové o „nezměněné podobě diskriminace romských dětí v českých školách, která je stejná jako před deseti lety, kdy Evropský soud pro lidská práva v roce 2007 odsoudil Českou republiku za to, že přeřazením 18 romských dětí do zvláštních škol porušila jejich právo na vzdělání. Prošetřením stížnosti osmnácti romských aktivistů bylo zjištěno, že více než polovina dětí ve speciálních školách pro děti s lehkým mentálním postižením v Ostravě v České republice byli Romové a že více než polovina všech romských dětí v ČR chodila do stejného typu speciálních škol. Stejně tak bylo prokázáno, že romské děti měly v Ostravě 27krát vyšší pravděpodobnost, že skončí v odděleném vzdělávacím zařízení, než děti, které nebyly romského původu. Dále bylo prokázáno, že zhruba 16 722 ostravských dětí z celkového počtu 33 372, které navštěvovaly školu k únoru 1999, přestože chodily denně do školy, nepotkaly jediného romského spolužáka. Evropský soud použil důkazy poskytnuté poradním výborem pro Rámcovou úmluvu, Výborem pro odstranění rasové diskriminace a velký senát Evropského soudu pro lidská práva o ní nakonec rozhodl 13. listopadu 2007“<sup>25</sup> (Šmarhovyčová, 2017, dostupno z: [www.romea.cz](http://www.romea.cz)).

Z výše uvedeného vyplývá, že sociální diskriminace, která se týká i dětí z DD negativně ovlivňuje jejich zdravý psychický vývoj a jejich psychiku celkově, působí i na vznik poruch chování a učení, což opět způsobuje jejich možné sociální vyloučení. A proto je pozitivní ovlivňování psychiky u dětí v DD velmi důležité a využívání jógových cvičení a meditací může být jedním z podpůrných činitelů, který ovlivní pozitivně jejich psychiku.

---

<sup>25</sup> Evropský soud pro lidská práva od té doby vynesl rozsudky v několika případech týkajících se segregace ve vzdělávání v řadě dalších evropských zemí. Dále rozhodl, že zvláštní zacházení pro romské děti pod záminkou jazykových problémů je rovněž nezákonné, stejně jako odmítnutí děti zapsat i jiné formy tolerovaného nechození do školy. Vnitrostátní soudy shledaly nezákonnými i další formy odděleného vzdělávání pro Romy. Evropská komise také zahájila řízení proti členským státům Evropské unie za segregaci Romů ve vzdělávání. Evropská příručka pro údaje v oblasti rovnosti vydaná Evropskou komisí doporučuje členským státům monitorovat stav rovných příležitostí a nediskriminace budováním vnitrostátních znalostních základů, a to konkrétně shromažďováním údajů o rovnosti a diskriminaci.

## 1.7 Jóga

Jóga se považuje za dávné indické filosofické učení, které vzniklo před více než dvěma tisíci lety. Svými přesně vyhraněnými osmi stupni je nejryzejší podstatou s uceleným, pro všechny lidské potřeby podporujícím systémem. Jóga je považována za umění, zároveň vědu i filozofii. Pojmenování vychází z duchovního jazyka vyšších bráhmanských kast – sanskrtu a v doslovném významu znamená disciplínu a sebeovládání. Principem tohoto učení je přesvědčení, že lidská bytost může daným systémem meditací, koncentrací a asketických posilování dosáhnout nejhlubšího a naprostého poznání, vytržení a spasení (Mehta, 1996).

Jak uvádí Matoušek (2012), bráhmánská víra „*má hluboké důsledky pro život jedince i celé společnosti, protože člověk se jejím prostřednictvím učí chápat, že je součástí přírody, rozvíjí svůj smysl pro zákony říše živočišné i rostlinné a snaží se neubližovat jakýmkoli projevům života. Podobně působí i nauka o odplatě činů. Poskytuje naprosto uspokojuvém vysvětlení jednoho z nejpálčivějších problémů všech dob; otázka po původu zla a utrpení ve světě. Vše, co člověk prožívá v tomto životě, je výsledkem jeho vlastního chování v dřívějších životech. Nemá nad sebou žádného soudce mimo sebe. Sám je původcem svého současného údělu, sám rozhoduje o své budoucnosti. Je-li jeho současný úděl zlý, má naději, že v příštím životě se bude mít lépe, bude-li v tomto životě správně žít*“ (Matoušek, 2012, s. 20).

Ze svého vlastního výcviku jógovým instruktorem jsem se v rámci definice jógy učila, že učení jógy je pouze jedno, kdy při jejím praktikování jde o sjednocení duše, těla, a mysli s podstatou vesmíru. Rozličné druhy jógy se liší pouze svými pojetími, kterými docházejí k daným cílům sladění těla s duší. Jóga je cestou k sobě sama, způsobem sebepoznání, jak proniknout do vlastního těla a souznít nejen s ním, ale poskytnout prostor pro souznění i mysli, duši s okolním světem. Jinými slovy je jóga také propojením tělesných technik (ásan) s duševními a meditačními cvičeními vedoucími k psychohygieně.

Polášek popisuje jógu jako uspořádanou holistickou snahu, která má za cíl dosáhnout absolutního tělesného a duševního zdraví. Jógou se praktikující zaměřuje na dokonalý soulad orgánových celků a jejich vzájemných funkcí a naopak nezabývá se léčením nemocí. Cílem je vrcholné nabytí nejvyšší možné zdatnosti jak tělesné, tak

i duševní. Vše, co tomuto napomáhá, je součástí jógových praktik. Jóga se snaží soustavným úsilím na sobě samém k pravidelné očistě organismu, ale zároveň díky tomu dochází i k úpravě až změně životního stylu. Vytrvalé provozování jógových technik přináší katarzi duše, těla, myslí jako neoddělitelného celku lidské bytosti. V životním ději člověka nastávají momenty, které vedou ke znečišťování Nádí kanálů. V jógové terminologii jde o dvaasedmdesát tisíc vodivých esenciálních spojů v těle, jež se během života každého člověka stávají neprůchodnými. Principem a hlavním cílem jogínů je tyto Nádí kanály zprůchodnit. Hatha jóga, jakožto jedna z hlavních jóginských technik a systému fyzických cvičení, tyto principy zprostředkovává. Pravým východiskem jógy je propojování tělesných cvičení s dechovými technikami (Polášek, 1985).

Jóga se dualistickou koncepcí filozofie rozděluje do dvou výchozích pojmů. Jedním je prapůvodní vesmírný zdroj energie a točna věčné hmoty s názvem Prakrti. Jedná se o substanci, prapůvodní pramen energie, ze které vzniklo veškerenstvo. Jde o jakousi tvořivou kreativní sílu, jež si sebe sama není schopná uvědomovat. Naprosto zjednodušeně ji také můžeme označit Přírodou. K ní se vztahují tři guny, které můžeme také označit jako schopnosti či vlastnosti mysli. Tyto tři guny se dále štěpí na Radžas (pohyb, vášně, činnost), Sattva (moudrost, světlo, harmonie), a Tamas (temnota, lenost, nevědomost).

Pojetím nehmotného prostředí je duch, neboli duše, pojmenovaný Puruša. Ten si, na rozdíl od Prakrti, sám sebe uvědomuje, je kosmickým duchem, neměnným, čistým vědomím. Purušů může být obrovské množství a „jsou zachyceni v prakrti síti a v čase procházejí vývojem. Jedním z nich je neměnný a věčný Íšvara. Vyjádřit ho lze nejlépe slovním spojením Vyšší princip (Pán). Ostatním purušům je nápomocen na cestě k osvobození ze sítě Prakrti na základě poznání svého Átmana, pravého Já“ (Steiner, 2011).

### **1.7.1 Rozvoj jógy v západní civilizaci po druhé světové válce**

Steiner se ve své publikaci dotýká důvodů, proč došlo k rozvoji jógy v západním světě. Ve druhé polovině dvacátého století se mezi západní civilizací začala jóga rozvíjet z důvodu poklesu duchovních statků a hodnot euroatlantické kultury a civilizace. Po sociálních přeměnách souvisejícími s důsledky druhé světové války

a s rozvojem totalitních systémů, fašismu a komunismu, po pohromách jakými bylo katastrofické vyhlazování lidstva v osvětimských plynových komorách či ruských gulazích, si člověk kladl otázky, kde je Bůh, proč člověka opustil, proč dopustil takové pohromy, které vyhladily častokrát celé rody. Z duchovních učení člověka se vytrousily víry a pravdy v náboženství a Boha staré tisíce let. Lidé, do té doby přesvědčení o iluzi osvícenectví přinášející rozvoj lidstva v podobě významných technických výdobytků, byli zdeptáni realitou, kdy význačné průmyslové výtvořiny lidstva vedly k jeho vyvražďování. V oprávnění začali pátrat po útěše v jiných alternativách náboženství, jež by jim ulevila v jejich bolesti zraněných a poničených duší a začala je hojit a uzdravovat. Silný poválečný vzestup dopravních a komunikačních technologií byl mocným faktorem, který nejen podporoval rychlé přemísťování do lokalit, kde se jóga přednášela i prakticky vyučovala, ale zároveň i umožňoval přenos výukových hodin zprostředkovanými komunikačními médii (Steiner, 2011).

Stejně tak důležitým aspektem pro rozvoj jógy (a toto se týká sportu všeobecně), byla a do současnosti přetrvává, stále se snižující potřeba fyzické, manuální práce k uživení se. Nástup rozvoje automobilového průmyslu spolu s mechanizací a robotizací v zemědělství a průmyslu vedou k nevyužití lidského fyzického potenciálu, což vede ke chřadnutí a onemocnění těla i mysli (Steiner, 2011). Dnes se józe věnuje již mnoho lidí. Příčinou zájmu jsou kladné účinky jógy a její pozitivní vliv na zdraví ať duševní, duchovní, tak i tělesné a sociální. „*Jóga vede k integraci osobnosti, což můžeme pocítovat jako stav určité spokojenosti a vyváženosti*“ (Krejčí, 2003).

### **1.7.2 Rozvoj jógy v Čechách**

První zmínky, které se vážou k józe v Čechách jak popisuje Steiner, bylo období středověku, kdy papežův vyslanec, františkánský mnich Oldřich Čech z Furlánska, jinak také Odorik de Pordenone, cestoval po Asii (někdy v letech 1316-1330), kde se setkal s jogíny a tyto zážitky popsal v *Itinerarium Orientalis*. Další českou historickou zmínkou věnovanou józe je v teozofickém časopise jménem *Lotus* otištěný článek z roku 1904 o Šrí Rámakrišnovi.

Významnou osobností konce 19. století až do okupace Československa nacistickou armádou byl bezesporu spisovatel, překladatel, mystik a s největší pravděpodobností první český jogín Karel Weinfurter. Napsal nejen mnoho publikací věnujících se praktikám jógy, byl i u zrodu časopisu *Psyché* a stejnojmenného spolku praktických mystiků. Za svoji činnost byl gestapem pronásledován, často krutě vyslýchán a nakonec svým rozsáhlým zraněním při výslechu podlehl a zemřel. K dalším významným osobnostem české jógy a buddhismu patřil uznávaný malíř a především fotograf František Drtikol. Jako člen Teozofické společnosti obohatil naši literaturu nejen svými originálními duchovními myšlenkami, ale také překlady budhistických a jógových textů, které vycházely hlavně z němčiny.

Naprosto odlišnou autoritou na rozdíl od Drtikola a Weinfurtera byl Květoslav Minařík, který s praktikováním jógy začal v jinošském věku. Osvícení dosáhl v osmnácti letech při každodenním osmihodinovém praktikování jógy. S Antonínem Bajerem, předním neurologem se podílel na úspěšném výzkumu svého mozku, kdy za pomoci různých metod (EEG a dalších) se pokusili rigorózně vysvětlit a popsat okamžiky a stavy jogína v hlubinné meditaci.

Historii české jógy uzavřu dvěma významnými nežijícími legendami, které se podílely na vývoji a šíření jógy u nás. První z nich byli manželé Eduard a Míla Tomášovi, kteří se zasloužili o obohacení české duchovní a křesťanské literatury mimo jiné svými díly „Jóga Velikého symbolu“, „Milarepa“, „Poselství“ a „Praxe jógové filozofie“. Druhou byla Milada Bartoňová, která propagovala každodenní praktikování jógy jako nástroj k nalezení duchovna a s největší pravděpodobností přivedla ke cvičení jógy nejzásadnější počet praktikujících žáků v sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století.

Ač se mohlo zdát, že komunistický režim rozkvětu jógy v Československu nepřál, nebylo tomu tak. V té době vycházely různé publikace o józe, hathajóze, mimo těchto publikací vyšel i Miltner (1990) „Jóga pro děti“, Vojáček (1988) „Autogenní trénink“, jóga se cvičila i v rámci tělovýchovných jednot. Ovšem k explozivnímu rozmachu různých jógových forem v Čechách došlo až po událostech v roce 1989 (Steiner, 2011).

### 1.7.3 Duchovní rozměr jógy

Téma této diplomové práce se zabývá jógou a jejím vlivem na psychiku dětí pohledem charity. Jóga stejně jako sociální a charitativní práce vychází z lásky a oddanosti k člověku, z respektu a úctě ke všem živým tvorům, stejně tak i k přírodě. Všichni lidé a živí tvorové potřebují zažívat lásku, cítit se šťastní a prožívat duchovní sjednocení. Podobně jako sociální a charitativní práce i jóga využívá k naplnění svého potenciálu vybrané nástroje a techniky. Týkají se, ostatně jako filozofie celkového významu jógy, duchovních cest a nauk s cílem osvobodit se. Bhaghtjóga je cestou oddanosti a lásky k Bohu a jeho dílu. Karmajóga je jógou pohybu. Týká se tedy každého skutku i činnosti. Tím je i dech, myšlenka, slovo či vesmírný zákon příčin a následků. Džanánajóga je jógou moudrosti, poznání, zvědavosti a intelektu. Tradice mluví o cestě nejtěžší. Poslední duchovní cestou k osvobození je Rádžajóga (Steiner, 2011).

### 1.7.4 Rádžajóga

Rádžajóga je královská jóga využívající vůli a meditační techniky ke zlepšení koncentrace, dosažení jednoty a zklidnění mysli. Rádža v překladu znamená král. Král vládne sebejistě, sebevědomě, samostatně. Stejně tak Rádžajogín je neohrožený, nezávislý, samostatný. Rádžajóze se také říká Asthangajóga a vychází z učení historické, částečně i bájně postavy mudrce jménem Pataňdžali. Historie ho považuje za autora spisů o józe, medicíně a gramatice. Tyto spisy souběžně pokrývají části ducha, těla a intelektu. Tato pojednání se nazývají Jóga aforismy, známěji jóga sútry, a jsou i dnes stále stejně závažné a velmi důležité. Pataňdžali je nazývá osmidílnou cestou, do které jsou zahrnuty a systematizovány všechny články jógy. Steiner ve své publikaci o józe představuje Pataňdžaliho Osmistupňovou cestu a popisuje ji jako doporučení následovně (Steiner, 2011):

- I. „Jama můžeme přeložit jako pět příkazů či doporučení sebeovládání, které si kladou za cíl vytvoření lepšího světa. Jsou jimi:
  1. Ahimsá – (neubližování, nenásilí, nepůsobení škody ani bolesti žádnému tvorů či bytosti, ani skutky, slovy nebo myšlenkou). Znamená to i nezabíjení. Jogín se proto stravuje zásadně vegetariánsky. Pokud jíme maso, musí být usmrcen živočich. Zvíře instinktivně předem cítí,

má-li být zabito. Vlivem strachu ze smrti začne vylučovat hormony stresu a strachu. Ty v poraženém zvířeti zůstávají a člověk je tak s masem konzumuje.

2. Satja – (pravdivost, pravda). Žít v pravdě je správné, ale důležitější je jí umět sdělovat. Pravdu můžeme sdělit milými slovy nebo ji procedit skrze zuby, sdělit ji tak, že druhému ublíží. Maháprabhuďži řekl, že slova by měla padat z úst jako květiny. Být pravdivý znamená nevymlouvat se, žít bez přetvářky. Pravou tvář na okamžik skryjeme před ostatními, ale vždy bude alespoň jeden člověk - my sami - znát vnitřní pravdu. Naše vlastní vědomí je všeho svědkem.
3. Astéja – (nekradení, nebrat nic, co patří druhým dle práva). Myslí se tím nejen hmotné věci, ale i duševní vlastnictví, nemařit druhým příležitosti, nepřipravovat je o naději nebo radost. Drancování životního prostředí a ničení přírody je porušování astéja principu.
4. Brahmačárja – (čistý, zbožný způsob života). Překládá se jako sexuální zdrženlivost, ale tento pojem je daleko širší. Jde o stálé obracení se k Bohu. Znamená to plnit své povinnosti s větší péčí, doslovně zbožně.
5. Aparigraha – (nehromadění majetku). Měli bychom si brát jen to, co potřebujeme k životu. Nehromadění také znamená nechat ostatním lidem svobodu, nelpět na věcech, ani na lidech“ (Steiner, 2011).

II. „Nijama znamená pět doporučujících principů osobní kázně a disciplíny:

1. Sauča – čistota (tím se myslí nejen vnější čistota, ale hlavně vnitřní). Nejen naše tělo, šaty, myšlenky, city, chování bychom měli udržovat čisté. Stejně důležité je však i obklopovat se společností osob, které mají na nás pozitivní vliv, jsou přínosem pro náš rozvoj, podporují náš potenciál svojí moudrostí.
2. Santóša – (spokojenost). Spokojenosti můžeme dosáhnout jen tehdy, když nalezneme bohatství uvnitř sebe. Santóša, čili spokojenost znamená největší bohatství, které můžeme vlastnit.
3. Tapas – (sebekázeň, sebeovládání). Symbolem k úspěchu je neustálé cvičení sebekázně, výdrže a trpělivosti.



4. Svadhjája – (studium všeobecně, studium svatých spisů). Studium jógové filosofie, například Bhagavadgíty, upanišády, jógasútry, přináší cenné poznání, které pomáhá na cestě pomoci druhým.
  5. Íšvarapranidhána – (oddanost Bohu). Odevzdání se v čisté oddanosti Božskému Já. Vira v Boha, který chrání každého, kdo se mu oddá v důvěře“ (Steiner, 2011).
- III. Ásana má význam polohy. Jde o svědomitě uskutečňovaná fyzická cvičení, jež jsou realizována přesně danými tělesnými technikami (Steiner, 2011).
- IV. Pranájama se týká precizně prováděných dechových technik. Považuje se za asketickou techniku, jež pracuje s aktivní dechovou zádrží, čímž dochází k vědomému vedení energie. Díky této technice kooperující se třemi plicními laloky, dochází k životně nejen prospěšnému, ale především důležitému okysličování řídicího orgánu těla, a sice mozku. Jak uvádí Zikešová (2005), z pohledu těchto tří laloků pranájama rozděluje dech člověka na:
1. „Spodní dech břišní vychází z nejspodnějších plicních laloků. Tento abdominální dech pozitivně ovlivňuje spodní část těla, tzn. pánev s jejími vnitřními orgány a nohy včetně krevního oběhu spodních končetin.
  2. Střední dech hrudní vychází ze střední části plicních laloků. Tento interkostální dech blahodárně ovlivňuje horní končetiny, žaludek a krevní oběh těchto orgánů.
  3. Horní dech klíčkový vychází z horních hrotů plic uloženými pod kostmi klíčními. Jedná se o claviculární, protiastmatický dech, který zásobuje kyslíkem a pozitivně tak ovlivňuje mozek, celkově hlavu a její další orgány. Spojením předchozích tří dechů dostáváme plný dech jógový. Pro jeho zvládnutí si můžeme představit, že dýcháme v rytmu mořské vlny nebo přílivu“ (Zikešová, 2005).

Praktikováním pranájamy jogín získává a posiluje kontrolu své mysli, zároveň podněcuje a ovládá vnitřní moc, kterou potřebuje na cestě duchovním světem. Vědomých zádrží nádechu a výdechu se dosahuje po praktikované ásaně. Na dechu je závislé zdravé fungování všech

tělesných orgánů a jak uvádí Eliade, v rámci dechu a vědomí existuje trvalé spojení, jako mezi psychickými a duševními stavy a dechem (Eliade, 1999). Jak dále uvádí Krejčí, hypokinéza u dětí, čili nedostatek pohybu vede k jejich iritaci, neschopnosti vlastní sebekontroly, k impulzivnosti a ke snížené či až nemožnosti koncentrace. Aby se těmto stavům dalo předejít, mírnit je a optimalizovat emoční vypětí vyplývající z nich, je důležité umožnit dětem zažívat pozitivní prožitky z fyzických cvičení. Z toho můžeme dojít k naléhavosti začít u dětí co nejdříve s návyky vědomého, pranájamického dýchání a předcházet tak vzrůstajícímu psychickému napětí a podrážděnosti u nich (Krejčí in Stuchlíková, 2005).

- V. Pradžahára je doslovné oprostění od smyslů či od mysli i těla. Jedná se o znehybnění těla, kdy se zpomaluje rytmus dechu, dochází až k embryonálnímu vědomému magickému dýchání přirovnávajícímu se též k rostlinné metodě bytí, která nabývá až náboženské hodnoty (Eliade, 1999).
- VI. Dhárana znamená koncentrace. Jde o dovednost duševního soustředění se tak koncentrovaně, že jógin v okamžiku koncentrace prožije čistou Boží záři srdce (Eliade, 1999).
- VII. Dhjána je soubor meditačních technik, při nichž jógin rozvíjí již tak poklidný stav, do kterého se dostal prodloužením předešlé ásany. Dochází u něj k novému prožitku, jakémusi prozření za obzor vesmírného prolnutí esence bytí (Eliade, 1999).
- VIII. Samádhi znamená absolutní blažený stav osvícení, spasení, sebevzezření, schopnost zážitku plnosti, absolutní celistvosti, poznání v ontologickém významu. Jógin se v tomto nejvyšším stavu praktikování dokáže zcela odpoutat od vnějšího, fyzického světa nadosobním zrcadlením vlastního Já (Eliade, 1999).

### **1.7.5 Hathajóga**

Steiner (2011) uvádí hathajógu do struktury praktikování královské Rádžajógy, kdy hatha popisuje význam průrazné intervence do lidského organismu, čímž dochází k jeho katarzi. Překlad vyjadřuje doslovně represi, násilí, nátlak. Základ

hathajógy spočívá v tantrickém pohnutí těla a spatřuje jej jako vykonavatele k esenciálnímu zkoumání a vnímání. Hathajóga je nástrojem o očistě mysli, duše a těla. Vhodným a náležitým cvičením vzniká sjednocování jednotlivých složek lidského bytí, jakými jsou duše, mysl, emoce, intelekt, smysly a tělo do jediného celku. Hathajóga tedy vede k harmonii těchto komponent lidského života. Hatha je kombinací ham, jenž zastupuje mužský, světelný, tvořivý, sluneční, jang princip a tham ve významu ženský, temný, energetický, měsíční, jin princip. Jeden bez druhého nemůže existovat, vzájemné splynutí a propojení obou znamená důležitost rovnovážného vlivu těchto prolínajících se aspektů.

Steiner zmiňuje nádí jako kanály prostupující lidským organismem. Pravou stranu páteře těla ovíjí nádí pingalá, zastupující mužský, sluneční princip. Levou část páteře obtáčí nádí idá, zastupující ženskou, měsíční energii. Pokud jógin praktikuje hatha-jógu, nastává u něj ve třetím kanále nazývaným sušumná, propojování těchto energií. Tím dochází k uvolnění žádané tělesné energie nesoucí název kundaliní. Pokud k tomu dojde a kundaliní se rozvine po čakrách, je toto uvolnění energie jogíny vnímané jako náraz. Zde tedy počátek výrazu hatha-jóga, jinak také silová nebo prudká jóga (Steiner, 2011).

## **2 Jóga a její uplatnění v procesu resocializace marginálních skupin dětí a mládeže**

Krejčí upozorňuje na současný digitální věk a s ním spojený hektický a rychlý životní styl, jež pokládají na psyché moderního člověka obrovské nároky. „*Celkový příklon ke konzumnímu životnímu stylu společně se zvýšením dynamiky společnosti vedou k určitým negativním změnám. V této souvislosti je odbornou i laickou veřejností velmi negativně vnímáno šíření sociálně patologických jevů u dětí a mladistvých. Jedná se o celou škálu patologických jevů od drobných problémů v chování přes závažnější delikty až po delikvenci a kriminalitu dětí a mladistvých, patologické hráčství a toxikomanii. Děti a mladiství tvoří sociální skupinu nejméně odolnou vůči nežádoucím vlivům. S kriminalitou a dalšími sociálně patologickými jevy nezletilých se proto setkáváme v menší či větší míře v každé společnosti, a lze říci, že představují trvalý problém, v jehož rámci byly uplatňovány různé historické přístupy, umožňující sledovat genezi řešení tohoto problému*“ (Krejčí, 1998, s. 7).

Vzrůstající psychické napětí a jeho dynamické výrazy jsou typické pro soudobý životní styl. Následky hromadících se stresorů se odrážejí v projevech různých poruch učení u dětí a mládeže, jejichž důsledkem posléze bývají poruchy chování, které přes prvky asociální, antisociální vedou k delikventním až sociálně patologickým změnám v chování neplnoleté bytosti. To se posléze projeví v nežádoucím působení v mezilidských vztazích. Východiska resocializace těchto okrajových skupin se nalézají v inovačních výchovných procesech vycházejících z výzkumů možného využití různorodých pohybových aktivit a praktik. Výzkumy pochází se z vědeckých znalostí centrálního nervového systému a screeningových metod výzkumu mozku člověka. Výsledky podpořily skutečnost, že člověk se nejlépe aktivizuje ovládaným pohybem. Ukázalo se, že řízený pohyb je významnou terapeutickou složkou, která udává stupeň a stav rozvoje centrálního nervového systému. Jak uvádí Krejčí: „*Pohybová aktivita a řízený pohyb reagují v rámci terapie a prevence asociálního až sociálně patologického chování u dětí a mládeže příznivě na proces jejich resocializace. Jóga jako psychosomatický systém příznivě ovlivňuje psychický, fyzický i sociální rozvoj jedince*“ (Krejčí, 1998, s. 121).

## 2.1 Sociálně patologické jevy

Jak vyplývá z Hodnocení MVČR (2019), u „mnoha dětí se díky umístění v institucionální péči povede jejich sociálně patologický vývoj zbrzdit, nebo dokonce zcela zastavit. Dítě prožije umístění v ústavu vcelku bezkonfliktně. Poté, když ústav opustí, přichází nedostatečně připraveno na normální život do zcela nepřípraveného prostředí, které s ním nepočítá a s nímž ono neumí zacházet a v němž nedošlo od vyjmutí dítěte k žádné podstatné změně k lepšímu. Toto zjištění jednoznačně vypovídá o tom, že umístění dítěte do institucionální péče v mnoha případech znamená jen jeho detenci a pouhé přerušování sociálně patologického vývoje, který po opuštění ústavu buď dále pokračuje, nebo se díky nevhodným podmínkám, do nichž se vrací, teprve nastartuje. Příčin selhání mladých lidí po opuštění ústavní péče je více a bezesporu k nim patří i prostředí ústavů a jejich režim, ve kterých mnohé děti prožijí řadu let. Trvale je kritizován vysoký počet dětí v některých zařízeních, která neumožňují individuální práci s nimi a tedy ani nevytváří podmínky pro individuální rozvoj osobnosti“ (MVČR, 2019, dostupno z: [www.msmtcr.cz](http://www.msmtcr.cz)).

### 2.1.1 Neschopnost adaptace, útěky, oběti trestné činnosti

Režim dní je koncipován jako absolutní dohled vychovatelů nad činností dětí a podporuje tak pouze jejich pasivitu a manipuluje s nimi. Děti jsou takovými striktními pravidla trvale formovány, a tak pouze pasivně přijímají rozhodnutí jiných bez toho, aby se naučili samostatnému myšlení a rozhodování. Stát tak požaduje absolutní respekt k režimu, čímž učí děti vynucování z pozice silnějšího a stává se tak vzorem pro jejich samostatný vývoj nepřijatelným. „Zároveň jednou z dalších příčin selhání dětí po odchodu z institucionální péče je neschopnost adaptovat se na běžný život, který se diametrálně liší od maximálně zrežimovaného zažitého modelu života v zařízení“. Jak se dále ve zprávě uvádí, pokud na některé mladé lidi, kteří opustili institucionální péči, působí negativně jejich původní rodina, pak selhání těch, kteří odešli do zařízení služeb sociální prevence -Domů, na půl cesty-, lze přičíst nekonceptnímu rozvoji těchto zařízení a nedostatečné systémové podpoře ze strany státu. Dalším velkým problémem jsou časté útěky dětí z institucionální péče. Na útěku se děti dopouštějí opakované trestné činnosti, parazitují na

*příbuzných a kamarádech, provozují prostituci, zneužívají drogy a jiné návykové látky, stávají se závislými nejen na hracích automatech. Stávají se bezdomovci a oběťmi trestné činnosti. Je obvyklou praxí, že ústavy nejeví zájem o návrat problémových dětí a že ani nejsou zainteresovány na zabránění jim v útěku. Je to z důvodu systému financování, kdy dotace získávají na počet lůžek bez ohledu, zda jsou na nich děti přítomny<sup>26</sup>. Stejně tak policie i OSPOD se staví k útěku dítěte jen formálně. Postoje, špatná koordinace a nečinnost nebo obcházení právních předpisů ze strany ústavních zařízení popírají smysl k umístování dětí do ústavní péče a naopak vedou k pokračování sociálně patologického vývoje a vzrůstající kriminalitě dítěte. Situace je paradoxně mnohdy horší, než před umístěním dítěte do ústavní péče. Děti, které jsou dlouhodobě na útěku, se ocitají v naprostém vakuu, mimo dosah systému sociální péče a tedy i mimo možnost uspokojovat svoje základní životní potřeby legálním způsobem“ (MVČR, 2019, dostupno z: www.msmtcr.cz).*

### **2.1.2 Alkoholismus, drogová závislost, demoralizace**

S podobnými či stejnými problémy se potýkají i naši sousedé v Polsku. Jak uvádí Kaźmierczak, v době dynamických civilizačních změn se objevují nové patologické jevy, jakými jsou alkoholismus, drogová závislost, demoralizace a zločinné jednání u dětí a mládeže, jehož intenzifikace se stává jednou z nejzávažnějších hrozeb pro společenský život. Důsledkem destruktivních jevů je měnící se model výchovy, který je přirozenou reakcí na fenomén sociálního špatného přizpůsobení, jenž tyto změny doprovází spolu s agresivním chováním. Ve vzdělávacím procesu, s odvoláním na návrat studenta na správnou cestu společenské existence, hraje sportovní aktivita důležitou roli. Tvoří aktivní životní styl, ovlivňuje potlačování a odstraňování agresivního chování, učí fair play, poctivosti v osobním životě, spolupráci a přátelskému přístupu k ostatním lidem. Různé výzkumné experimenty a bádání provedené mnoha psychology a pedagogy ukazují, že sport umožňuje asociálně

---

<sup>26</sup> V současné době se pohybuje dotace na jedno lůžko na rok provozu (tzn. jednotka výkonu v rozmezí od 190 000 Kč (dětský domov) do 303 000 Kč (diagnostický ústav pro mládež).

nastaveným dětem a mládeži plnit různé sociální role, rozvíjet tak odpovědnost za svěřené úkoly a otevírat cestu k normálnímu životu (Kaźmierczak 2018).

Nad progresivními sociálními a ekonomickými změnami, ke kterým dochází v Polsku v období posledních dvaceti let, se zamýšlí Dorota (2016). Uvádí, že tyto změny jsou doprovázeny prohlubováním destruktivních jevů, a to jak v oblasti celé společnosti, tak v oblasti jednotlivce. Kriminologické statistiky ukazují na existenci trestné činnosti, delikvence a různých forem patologického chování, které neustále přetrvávají na vysoké úrovni. Mělo by se s nimi zacházet jako s příznakem dezorganizace společnosti spojené se stále probíhající strukturální transformací. Tyto jevy zahrnují v rámci své působnosti různé sociální kategorie a děti a mládež navštěvující školy nezůstávají nedotčeny.

### **2.1.3 Sebedestrukce**

Dorota se pokouší představit makro-sociální podmínky vzdělávacích problémů, které by měly být považovány za vnější důvody patologického chování studentů, jakož i za vnitřní determinanty tohoto typu jevů, které jsou důsledkem nesprávné organizace školní práce. Poukazuje na výraznou intenzifikaci různých forem destruktivního chování považovaného za substituční formu uspokojování psychosociálních potřeb zanedbaných ve školním prostředí. Podle ní je současná škola prostředím, které je nelidské a extrémně formalizované, ve kterém školák často zůstává anonymní, odcizený, zbavený možnosti navázat individuální osobní kontakty jak se svými vrstevníky, tak s učiteli. Společensky destruktivní chování se proto stává náhradním způsobem přizpůsobením dysfunkčnímu prostředí školy. Bezmocnost školy, která čelí narůstajícím jevům patologického chování, se projevuje ve formě reakce obranných systémů charakteristických pro ‚syndrom obětí‘ popisovanou v této publikaci. V tomto případě se však jedná o neúčinnou instituci, která se stává obětí, je v situaci, ve které čelí protichůdným očekáváním, jedná za podmínek, které nepřispívají k dosažení jejích zákonných cílů. Dorota se tvrdě vymezuje vůči současné polské škole, kdy ji viní, že nejenže nedokázala vyvinout účinný systém boje proti ničivým jevům, ale sama se stala jedním z patogenních faktorů. Zdá se, že jediným účinným způsobem, jak působit na patologii ve škole, je restituce její činnosti v oblasti výchovy založené na demokratických (nikoli liberálních)

mezilidských vztazích, jasně stanoveném systému požadavků, cílů a hodnot. Díky značné míře rozdílů v názorech, které jsou v současných trendech v pedagogické vědě rozšířeny, konkurence konzervativních a postmodernisticko-liberálních tendencí znemožňuje vyvinout homogenní systém výchovy založený na společných ideologických předpokladech. Proto se stává reformátorem polského vzdělávání výzva, která vytváří podmínky pro rozvoj pluralistických vzdělávacích osnov umožňujících vytvářet prosociální demokratické postoje a současně zohledňovat diverzifikované sociální potřeby a očekávání v rámci činnosti v oblasti výchovy (Dorota, 2016).

V českém školství se projevují podobné či stejné problémy jaké popisuje Dorota. České školství od dob Marie Terezie neprošlo žádnou výraznou změnou. Učí se stále stejně, jen pravomoce učitelů vzaly za své. Jako pedagog a zároveň výchovný poradce na střední škole se setkávám se stejnými patologickými jevy ze stran studentů, ale i s rolí oběti ze stran pedagogů. Učitel se stal bezmocným a žák si je toho velmi dobře vědom. Reformace školství je stejně důležitá, jako je důležité vrátit pedagogovi jeho úctu a učitelskému povolání jeho vážnost.

#### **2.1.4 Agresivita, subdeprivace, nepřizpůsobivost, nekázeň**

Jak uvádí Krejčí, český školský systém je z hlediska historického neustále ovlivňován společenskými normami, politickým vývojem a jeho změnami včetně vládnoucích systémů. Nejen v současném školství, ale i ve společnosti jako takové se klade vysoký důraz na soutěživost, rozvoj intelektuálních schopností a výkon žáků, kteří jsou hodnoceni známkami. Vzhledem k rychle dostupným informacím všeho druhu se současní žáci cítí mnohem více přetěžováni, než tomu bylo u předešlých generací. Mezi dětmi vzrůstá násilí, šikana, ale stejně tak i stresem podmíněná a vyvolávající psychická onemocnění. Svoji účast na tom má i nárůst rozvodovosti mezi rodiči a měnící se rodinné role, kdy místo, aby byly v centru pozornosti dospívající děti, stávají se jimi rodiče. Právě v těchto souvislostech se u dětí rozvíjí agresivita, kdy se rozvodem rodičů cítí zrazeny a ony bývají často samy na vyrovnání se s těmito skutečnostmi. Po psychické stránce se děti cítí odmítané, musí se přizpůsobovat nově vzniklé situaci a často viní rodiče ze sobectví. Tyto děti pak mohou ztrácet a často i ztrácí kázeň, nemají v rodičích autoritu, mnohdy se obrací



i role a děti přebírají odpovědnost za rodiče. Tím se zužuje i rozdíl mezigenerační. Z pohledu následků bývá rozvod rodičů v období dospívání dětí tím nejzávažnějším, nejtěžším. Dětem v tomto období hrozí sebepoškozování, jsou ohrožené návykovými látkami, jako je alkohol či drogová závislost, nelegální chování a nárůst předčasných sexuálních aktivit. Tyto traumatizující zážitky jsou pro děti predisponující k psychickým poruchám, jež jsou často dané vrozenou emoční a vegetativní labilitou. Pro takové děti někdy může být východiskem a záchranou ústavní péče. Stále trvající a nekončící konflikty mezi rodiči a dětmi vedou u dětí k subdeprivaci, která zahrnuje citové strádání způsobené rozchodem či rozvodem rodičů, nezájmem ze strany rodičů či jejich neschopností projevovat dítěti lásku, v mezní situaci i zneužíváním nebo až týráním dětí. V konečném důsledku takového negativního zážitku můžeme hovořit o tělesném či psychickém postižení dítěte. Jak Krejčí popisuje dále, agresivitu a impulsivní jednání může vedle špatného rodinného nebo školního zázemí zapříčiňovat také televize, film, knihy, rozhlas a další vlivy společensky negativní (Krejčí, 2008).

### **2.1.5 Sociálně aberantní chování**

Jak uvádí Lawler a kol. (2014), nejčastěji hlášeným sociálně aberantním chováním u postinstitucionalizovaných (PI) dětí je disinhibovaná sociální angažovanost, také známá jako nerozlišující přátelskost. Podle něj neexistuje žádný zlatý standard pro měření tohoto jevu, jak jej odlišit od normativního chování. Na základě vývojového psychopatologického přístupu porovnával tento jev s normativním sociálním vývojem a studováním vzorců u nově adoptovaných dětí PI, které byly šestnáct až třicet šest měsíců v adopci a ve srovnání s dětmi adoptovanými brzy v pěstounské péči, došel na základě kódovaných behaviorálních pozorování interakcí dětí s neznámými dospělými k závěru, že se jejich atypické chování odlišilo od normativního chování sociálně disinhibovanou angažovaností (Lawler a kol., 2014). S tím jsem měla možnost potkat se i já za svého působení v dětském domově, kdy jsem s dětmi praktikovala jógu. Děti vykazovaly stejné symptomy sociálně disinhibované angažovanosti, které se projevovaly, nejen nefyzikálním sociálním rozměrem, např. iniciací či blízkostí, ale i neustálými doteky až polibky směrem ke mně od samého počátku, kdy jsem nově do domova přišla. Již ke konci prvn

hodiny začaly být bez zábran, byly „odvázané“ a začaly i mluvit vulgárně, což mě hodně překvapilo u tak malých dětí. V této souvislosti zmíním ještě článek Zeanaha a Foxe, kteří se zabývali výzkumem dětí s reaktivní poruchou vazby (RAD), které vykazují specifické vzorce společensky aberantního chování, jež jsou výsledkem špatného zacházení nebo mají omezené možnosti. V té době zjistili, že neexistují žádná data, která by vysvětlovala, proč z různých aberantních prostředí vznikají dva různé vzorce poruchy, kdy prvním je jedinec emocionálně stažený, potlačený a druhým vzorcem poruchy je naopak jedinec nerozlišující sociální chování a v sociální či komunikační oblasti málo uměřený až neuměřený a vulgární - disinhibovaný vzor. Autoři popisují, jak a zda temperamentní rozdíly mohou přispět k různým projevům reaktivní vazebné poruchy v kontextu nepříznivých prostředí. Zmiňují, že ačkoli souvislosti mezi připoutaností a temperamentem byla intenzivně studována a byla i předmětem mnoha debat v oblasti vývoje dítěte, neexistují žádné existující údaje o vlivu temperamentu na vývoj poruch adheze (Zeanah, Fox, 2004).

## 2.2 Duševní poruchy

Střídající se prostředí neustále ovlivňuje lidský organismus. Psychobiologické nastavení člověka je nachystané těmto transformacím vzdorovat a různými způsoby na ně reagovat, a to se děje v realitě běžných životů neustále. Stres lidé považují jako určitou přítěž organismu, kdy jde v podstatě o nespecifikovanou tělesnou reakci na ohrožení lidského organismu. *„Tato nespecifická reakce pak vede k obranné reakci, která může vést až k onemocnění. Je důležité si ale uvědomit, že co je pro jednoho stresovým faktorem, pro druhého může být naprosto běžná, bezproblémová událost. Proto je důležité rozšiřování vědomého stavu jedince. Pokud bude tělo a mysl v pořádku, je možné čelit problémům, které do života vstupují. K tomu je zapotřebí trénovat aktivní bdělost, soustředění se a péči o duševní klid“* (Doležalová, 1993, s. 42).

V současné době největší zastoupení v duševních poruchách zaujímají neurotické a stresové poruchy s celými 68 %. Nejvyšší částka za dílčí duševní poruchy byla zaplácena za léčbu schizofrenie, což činilo celkem 1 miliardu 93 miliónů korun českých za 38 266 klientů VZP. Průměrná částka za jednoho klienta činila kolem

28 500 korun českých. Stresové a neurotické poruchy byly diagnostikovány 178 844 pacientům a náklady dosáhly astronomické částky 593 milionů 960 tisíc korun českých. Klientů s duševními poruchami způsobených vlivem užívání psychoaktivních látek bylo více než 43 tisíc a jejich léčba si vyžádala přes půl miliardy korun. Všeobecná zdravotní pojišťovna ročně zaplatí téměř 6,5 miliardy korun za léčbu duševních poruch svých klientů. „V roce 2012 evidovala 479 254 pacientů s diagnózou poruchy chování nebo jinou duševní poruchou. Každoročně narůstá počet duševně nemocných klientů o několik tisíc. Více než dvě miliardy korun, které největší česká zdravotní pojišťovna vynaložila na péči o duševní zdraví svých klientů, si vyžádaly náklady na recepty. Více než 4,3 miliardy korun stály náklady na lékařskou péči a výkony a necelých 19 milionů stály lázně“ (VZP ČR, 2013, dostupno z: [www.vzpcr.cz](http://www.vzpcr.cz)).

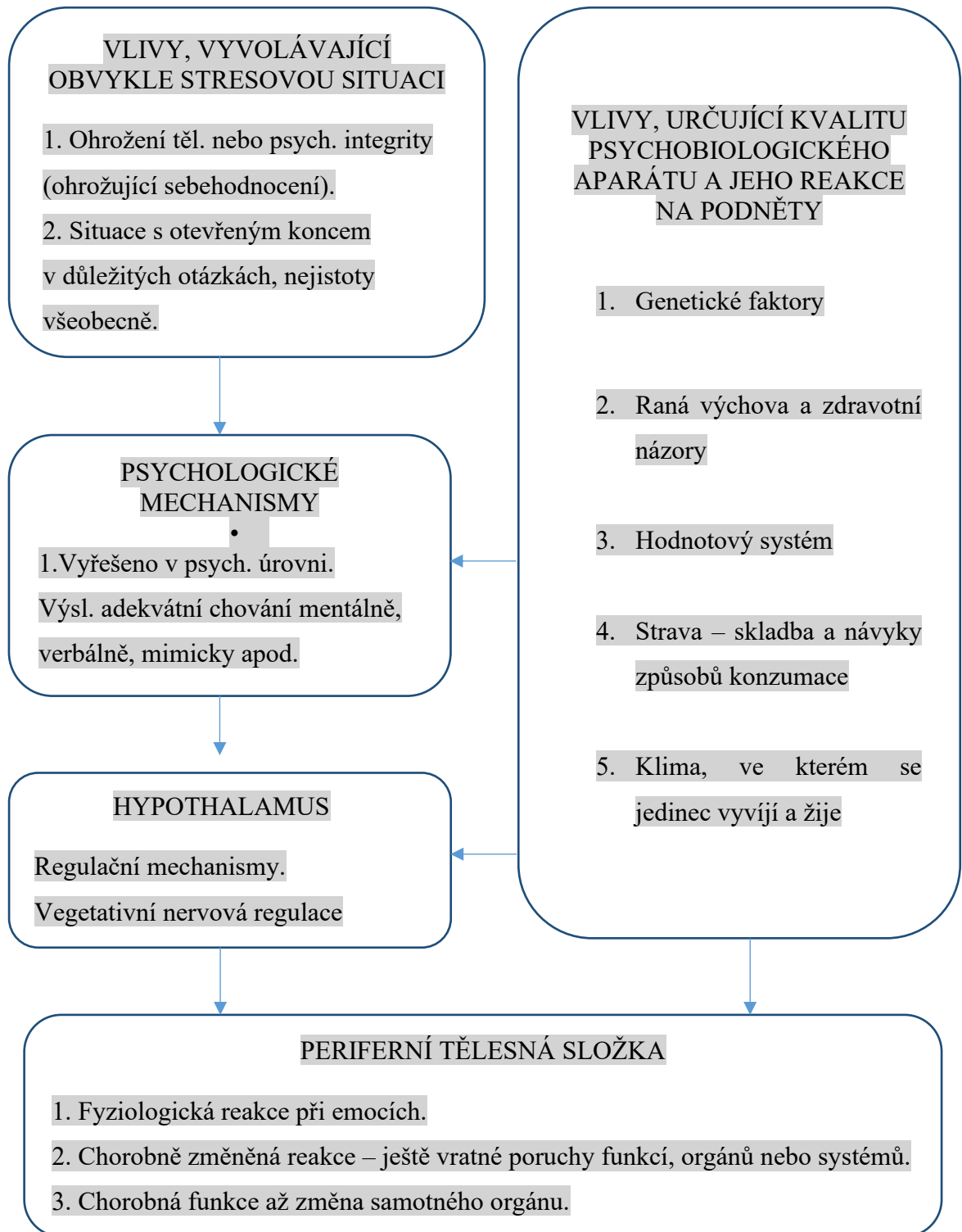
Na stav ohrožení reaguje lidský organismus obrannými emocemi na úrovni psychiky společně s fyziologickým projevem. Pokud dojde k psychosomatickému onemocnění, dochází na jeho základě ke změnám v organismu nejen vnějším, ale i vnitřním. Jak Doležalová uvádí, v okamžiku, kdy mozek zaregistruje pocit ohrožení, začne vysílat impulsy do hypothalamu sídlícího v podkorové části mozkového centra, jehož úlohou je skrze hormonální a nervovou soustavu zabezpečovat řídicí systémy organismu. Jde o autonomní vegetativní nervový systém, který ovládá činnost vnitřních orgánů, kterými jsou cévy a žlázy s vnitřní sekrecí. Nejedná se tedy o vědomé volní procesy (Doležalová, 1993).

Bigelow (2006) se ve své publikaci dotýká významu chudoby na mentální rozvoj dítěte. Sama se nemohu o tento jeho výzkum zcela opřít, neboť v tomto se nepovažuji za odborníka a na toto téma jsem jinou studii nenašla, která by pomohla jeho tvrzení podpořit. Nicméně zde uvádím pro dokreslení celkové situace této diplomové práce, která právě upozorňuje na nutnost cvičení a meditace jako významného nástroje pro navození klidu a pohody, což zajisté pro správný vývoj mozku a CNS je nutností. Jak Bigelow poznamenává, neustálá rodiči zmiňovaná chudoba před dětmi a zároveň jejich zanedbávání jsou možnými významnými faktory působícími na zhoršování projevů poruch učení u dětí a dospívajících. Včasný a správný vývoj mozku tvoří základ učení, chování a zdraví po celou dobu života. Díky nashromážděným stresorům a nedostatku podpory rodičů, jimi často

zmiňovaná chudoba a zanedbávání péče o děti, může podkopávat kompetentnost rodičů, což může vést ke zhoršení učení u dětí. Nedostatek funkčního sociálního přístupu k rodinným, mimomanželským a komunitním zdrojům pro chudé může narušovat jejich přizpůsobení se poruchám učení svých dětí. Stejně tak se vedou debaty o nutnosti včasné identifikace ohrožených kojenců a poskytování stimulační péče, kognitivního tréninku a především je v těchto situacích potřebné dodat podporu i rodičům (Bigelow, 2006).

Vegetativní nervový systém je rozdělen na dva celky. Jsou jimi sympatikus (zajišťující povzbuzovací činnost orgánů) a parasympatikus (tlumící). Obecně řečeno, sympatikus katalyzuje skryté rezervy organismu, parasympatikus jej regeneruje. Dnešní člověk je ohrožen jinými vlivy, než byl pračlověk. Přesto nemá jinou genetickou výbavu, jak s nimi bojovat, než měl člověk v prehistorii. O to více je situace alarmující. Jak dále uvádí Doležalová, pračlověk měl možnost útekem ze situace spálit chemické reakce v těle a po biologické vlastnosti by vše proběhlo v pořádku až do konce. Spálil by tedy ony špatné chemické reakce, a pakliže by před predátorem utekl, byl by v pořádku bez jakéhokoli dopadu na psychosomatiku. Současného moderního člověka však predátoři ohrožují v podobě psychologických, ekonomických a sociálních ataků, kdy se do popředí tělesná aktivita, tzn., „útek“ nebo „boj“ nedostává. Mozkový systém ohrožení či nebezpečí signalizuje, což aktivizuje biologické dopady, nenastává však fyzická aktivita, čím nedochází k potřebnému odreagování se, následně nenastane reakce formou zpracování prožitku a díky tomu k uzavření celého cyklu. Proto dnešní člověk trpí různými psychickými poruchami a postupně u něj dochází k poškozování či degeneraci orgánů (Doležalová, 1993).

**Obrázek 2: Schéma rozvoje psychosomatického onemocnění**



Zdroj: Doležalová, 1993

Nesouladem sympatiku a parasympatiku dochází ke vzniku různých nemocí ohrožujících lidský organismus. V případě úniku z dané situace se jedinec doslovně stáhne do sebe, kdy bezmocně rezignuje a jeho organismus v reakci na to začne chřádnout vlivem chronických onemocnění jako je diabetes, vleklá plicní onemocnění, zhoubné nádory a jiné civilizační choroby odolávající moderní léčbě (Doležalová, 1993). Z těchto důvodů a na základě výzkumných tezí popisuje Doležalová jógu jako celistvý systém tělesných a meditačních cvičení, který zharmonizováním těla způsobuje pozitivní chemické reakce v těle a tím zahajuje posilování psychiky změnami fyziologické tkáně hypofýzy, hypothalamu a přes neurovegetativní systém i hormonálně. Nejen praktikováním fyzických ásan tak dochází k celkovému a blahodárnému prokrvování nervového systému, cév, tkání, svalů, kloubů, orgánů, žláz s vnitřní sekrecí. Jóga ve všech směrech působí nespécificky, avšak víc než účelně. Tělo i psychika díky posílení zdatnosti se stávají schopnými snášet fyzickou i psychickou zátěž odolněji a snadněji bez neblahých ničivých následků než před zahájením praktikování jógových pozic (Doležalová, 1993).

Hogenová (2002) uvádí, že kvalita života je úzce spjata s kvalitou pohybu. Připustíme-li, že nejen pohyb naší planety, ale i lidské pohyby jsou obsahem života, pak člověk a kvalita jeho psychiky bude patrně na pohybu závislá. „Pohybem se člověk rodí na svět a pohybem z něj i odchází. Tím posledním pohybem člověka je jeho výdech“. V dnešním světě podle Hogenové je tělo čím dál více považováno za věc a mohlo by se stát, že zanedlouho začne být považováno za pouhý stroj k udržení kvality života. Přitom kvalita života je dána tvořivostí, je závislá na přesahu, vychází z celku a celek je složen z pohybu. Člověk je závislý na pohybu. Život člověka je závislý na pohybu stejně jako planeta Země se otáčí kolem své osy. V rámci životních pohybů setkáváme s objekty i událostmi, kterým díky pohybu rozumíme. Pohybem vstupujeme do jevů, objekty se člověku zjevují v souvislostech jeho zájmu. Dochází k lidskému porozumění, jež hýbe souvislostmi světa...“ (Hogenová, 2002).

### 2.2.1 Duševní poruchy u dětí z DD

*„Děti umístované do dětských domovů jsou vždy stigmatizované svou dysfunkční kmenovou rodinou. Mají geneticky predisponované své povahové vlastnosti po jednom z rodičů. Jejich negativní životní zkušenost, nemožnost zakotvení, ztráta rodičovské jistoty a opory, negativní vzory rodičů a emočně ploché nebo agresivní vzorce chování vedou celkově ke snížené schopnosti adaptace na nové životní situace, zátěž. Každé umístění do dětského domova, každé zklamání z nesplněného slibu rodičů, nezájem rodičů o dítě v domově, odloučení od sourozenců, odloučení od širší rodiny je traumatizující ale taky i u některých osvobozující. Děti trpí úzkostnými a depresivními stavy“ (Kvic, 2019, dostupno z: [www.kvic.cz](http://www.kvic.cz)).*

Níže uvedený odborný článek České a Slovenské psychiatrie (2020) se zabývá problematikou duševních poruch dětí v institucionálním zařízení, kdy jsou děti k pedopsychiatrovi přiváděny až při vyhocení obtíží. Jak se v něm uvádí, „základem je včasné pedopsychiatrické vyšetření, tedy ve věku 3-6 let. Pokud není zahájena včasná adekvátní léčba, zmenšuje se šance na pozdější zvládnutí školní docházky a puberty. Zvláště pro diagnostikování PAS platí, že v 11 letech dítěte je už velmi pozdě. Diskutující lékaři se shodli na tom, že poruchy autistického spektra jsou v dětské a dorostové psychiatrii nové a složité téma, každopádně děti s PAS přibývá. Když je dítě přivedeno k lékaři, je tomu tak někdy pro projevy, jež napoprvé vedou k diagnóze ADHD. Rovněž projevy mentálního postižení mohou PAS překrýt. Až později - při podrobnějším sledování dítěte nebo úspěšném zaléčení ADHD, může dojít k upřesnění diagnózy na PAS. Když je známa diagnóza, lze zajistit i na úrovni dětského domova řada režimových opatření. Stabilizovat stav, zajistit předvídatelnost režimu, posílit personál<sup>27</sup>. Existují dětské domovy, kde "fungují" děti s autismem. Ovšem opět se dostáváme k podmínce včasného vyhledání pomoci pedopsychiatra a motivaci dětského domova pro dítě vydobýt například personální posílení rodinné skupiny. Vzhledem k zaměření příspěvku na děti s institucionální výchovou je na tomto místě pominut závažný problém, že u některých dětí je nezvládnuté ADHD (s poruchami chování) příčinou nařízení ústavní výchovy. Selhávání dítěte ve škole nepřinese podporu do rodiny ani školní třídy, takže

---

<sup>27</sup> Možnosti například prevence šikany skrze vhodně nastavený individuální plán popisuje Dubin.

s dospíváním a přidružením výchovných problémů se dítěti dostane 24hodinové podpory v podobě ústavní výchovy. K personálnímu vybavení lze uvést, že je předepsáno, že o rodinnou skupinu zpravidla pečují tři pedagogičtí pracovníci, zpravidla s odborností vychovatel nebo asistent pedagoga. Ve dvou z 12 dětských domovů působil etoped, v jednom na částečný úvazek psycholog<sup>28</sup>. Mírně jiná je situace v zařízeních typu dětský domov se školou a výchovný ústav<sup>29</sup>.

Zatímco moderní pedopsychiatrie posouvá své diagnostické a terapeutické možnosti do raného dětského věku, podle zkušeností odborníků je častou realitou, že u dětí z dětských domovů je kontakt s pedopsychiatrem navázán, až když jsou projevy dítěte neúnosné v kolektivu domova nebo ve škole. V takových případech se vlastně hledá pomoc ne pro dítě, ale pro narušené soužití, a v představách některých ředitelů dětských domovů má hned podobu hospitalizace<sup>30</sup>. Jedním z mýtů o dětských domovech je názor, že jsou určeny pouze pro zdravé děti. Není tomu tak. Podle současného systému zajištění ústavní výchovy, jak vyplývá z právních předpisů, které jej konstituují a popisují, dětský domov je základním zařízením, dalo by se říci určeným pro běžné děti. Jestliže je tedy v dětské populaci určitá prevalence duševních poruch, je třeba je očekávat i mezi dětmi z dětských domovů (respektive jsou častější vzhledem k tomu, že mezi důvody pro odnětí z rodiny jsou často nevyhovující rodinné prostředí, agresivita rodičů, alkoholismus, citová deprivace dětí a podobně). Ostatně představitelé dětských domovů hlásí nárůst dětí s potřebou psychiatrické péče. A ještě existuje argumentační východisko vycházející z práva osob se zdravotním postižením žít v komunitě, kdy na začlenění do společnosti plyne právní nárok, aby zdravotní postižení (jako zastřešující pojem zahrnující i duševní poruchu) zvládnutelné s asistencí v rodině nevedlo v systému ústavní výchovy

---

<sup>28</sup> Tím se vyvrací mýtus, nadneseně řečeno, o zvláštní odbornosti péče ve školském zařízení typu dětský domov: standardně je přímá péče zajištěna vychovateli. Zákon předpokládá metodické vedení místně příslušným diagnostickým ústavem, které má ovšem v realu podobu krátké návštěvy etopeda či psychologa v zařízení jednou za půl roku.

<sup>29</sup> Ovšem z diskuse vyplynulo, že v problematice dětské a dorostové psychiatrie jsou i vysokoškoláci (pedagogové) velmi málo vzdělání a jejich doškolení přináší plody, jak ukazují konkrétní zkušenosti. Potřebné je doškolení v tématech povahy a příznaků onemocnění, která se nejčastěji dětí s ústavní výchovou týkají, a v mechanismu působení psychofarmak. Roli přitom může hrát i místní pedopsychiatr.

<sup>30</sup> Ačkoli se jedná o odborné téma, jemuž navíc na citlivosti dodává permanentní strašák v podobě neproplacení neodůvodněné péče zdravotní pojišťovnou, v obecné diskusi někteří přítomní dosvědčovali velký tlak některých dětských domovů na vystavení doporučení k hospitalizaci.



k segregaci ve zvláštních zařízeních<sup>31</sup>. Život v dětských domovech je ze zákona organizován po rodinných skupinách, které sdružují šest až osm dětí, na které připadá přes den zpravidla jeden vychovatel. Není myslitelné, aby v takové skupině bylo více dětí náročných z důvodu zdravotních specifik, personální posílení je nezbytné<sup>32</sup>. Dětské domovy mnohdy kladou požadavky na psychiatrickou hospitalizaci dětí z důvodu útěku, záškoláctví či experimentování s drogami. To však odmítají zástupci obce pedagogické i lékařské<sup>33</sup>. Dítě v institucionální výchově je pacient a pojištěnec se stejnými právy a povinnostmi, jaké mají jeho vrstevníci. Jak již bylo v této práci zmíněno, každé dítě v ústavní výchovné péči musí mít vypracovaný a pravidelně hodnocený program rozvoje osobnosti. Úroveň dokumentace vedené o dítěti se různí. Ideálem jsou informační systémy umožňující například pro lékaře vyselektovat přehledné záznamy o chování dítěte či efektu medikace. Naopak zcela nedostatečné poselství pro lékaře představují dvouřádkové informace od vychovatele, které lze bohužel rovněž nalézt ve zdravotnické dokumentaci plánovaně hospitalizovaných dětí (Česká a slovenská psychiatrie, 2020, dostupno z: [www.cspsychiatr.cz](http://www.cspsychiatr.cz)).

### 2.2.2 Hyperkinetická porucha chování (ADHD)

Jak je rovněž ve výše jmenovaném článku uvedené, diagnóza ADHD bývá často přisuzovaná školním dětem. Napříč dětskou populací narůstá i počet diagnostikovaných případů poruch autistického spektra. Proto je namístě položit si otázky, zda děti v institucionální výchově se zmíněnými zdravotními diagnózami dostávají potřebnou léčbu a zda je jim poskytována náležitá podpora i od domovského zařízení? Oběma poruchám je společný prvek jak v adekvátní odezvě,

---

<sup>31</sup> S názorem, že ani dítě s lehčím stupněm postižení do dětského domova nepatří, se veřejný ochránce práv opakovaně setkal z úst samotných ředitelů domovů. Opírali se přitom o smutnou realitu nepochopení, se kterým se setkali, když žádali u zřizovatelů (jsou to převážně kraje) o finanční zajištění posílení personálu k dětem se speciálními potřebami.

<sup>32</sup> Zákon přitom stanoví, že do školských zařízení jsou umístovány i děti s postižením s tím, že se upraví režim a vybavenost zařízení. Dále zákon umožňuje, aby zřizovatel zařízení v odůvodněném případě stanovil nižší počet dětí v rodinné skupině (dříve udělovalo výjimky ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy), a to za předpokladu, že uhradí zvýšené výdaje na činnost zařízení, jak doslova zákon stanoví. Zde se rovněž otevírá prostor pro ambulantního lékaře pro děti a dorost a dětského psychiatra, který může svým odborným vyjádřením ke specifickým potřebám dítěte dát řediteli domova odborné argumenty a podpořit jej tak v tlaku na zřizovatele.

<sup>33</sup> Lékař použije argument, že útěk sám o sobě není indikací pro hospitalizaci. Pedagog zase doplní, že útěk je přirozená reakce dítěte na nevhodně nastavený režim, tedy "výzva pro vychovatele, aby hledali, kde se splekli".

tak i v nastavení péče ve školském zařízení. Zprvu je dítě vnímáno jako výchovně náročnější, se kterým "se to musí nějak vydržet". Postupem dospívání se ve škole zpravidla situace vyhrocuje, časté jsou stížnosti na chování, vzrůstající tlak i na odmítání dítěte s argumentem hospitalizace a potřebou speciální péče. Vedení dětského domova často využije zmíněných argumentů. Nakonec, po sérii hospitalizací, jejichž efekt není z hlediska účinnosti dlouhodobý, se přikloní ke konstatování, že do dětského domova takové dítě nepatří<sup>34</sup>. Hraniční a všehoschopné děti, děti s vážnými poruchami chování (anglicky někdy uváděno *with challenging behaviour*), tak a podobně jsou nazývány děti (obvykle mladiství), jež jsou přehazovány školskými a zdravotnickými zařízeními. „*Zájem na zachování práva dítěte na pomoc v běžných podmínkách, kde žije, a ostatně i přísná kontrola a regulace hospitalizací ze strany zdravotních pojišťoven, směřují tyto děti do "domovských" zařízení. Tam opakovaně selhávají, putují ze zařízení do zařízení a mezitím na různá psychiatrická pracoviště. Profesionálové si vzájemně vysvětlují svou nepříslušnost k trvalejšímu řešení, případně se shodují na potřebě zřízení zařízení smíšeného typu. Čím více je porucha chování, v osobnosti dítěte, tím více je v kompetenci výchovných ústavů. Čím více je porucha chování v oblasti duševní poruchy (deprese nebo anxiety), tím více je v kompetenci (pedo) psychiatrie. A jsou jedinci s psychickou poruchou, kteří spadají do léčebné i detenční péče. Máme však v České republice pro děti nějaká smíšená zařízení“?*<sup>35</sup> (Česká a slovenská psychiatrie, 2020, dostupno z: [www.cspychiatr.cz](http://www.cspychiatr.cz)).

---

<sup>34</sup> Diskutující profesionálové přitom nedoporučují v těchto případech na názor školy dát, protože jejich zkušenost je taková, že problémové děti jsou vytlačovány, aniž by byly vyčerpány pokusy pro zajištění asistence či jiných nástrojů integrace. Veřejný ochránce práv zase přidává zkušenost z návštěv dětských domovů - u řady dětí je žádáno o hospitalizaci (pracovníky zařízení; souhlas zákonného zástupce je zpravidla administrativní záležitost, kterou obstarává sociální pracovník), aniž by nejprve proběhla úvaha, zda jeho případná psychická porucha není zvládnutelná v domácím prostředí, respektive jaká opatření by to umožnila.

<sup>35</sup> Realita je taková, že zákon o výkonu ústavní a ochranné výchovy sice u některých dětských domovů se školou a výchovných ústavů předpokládá "výchovně léčebnou péči", ovšem její obsah a úroveň nejsou ani stanoveny, ani zajištěny. Zařízení nezaměstnávají ani sestry, ani lékaře (ačkoliv tomu tak dříve bylo) a pracují pouze s výchovnými nástroji. Takže vlastně o existenci léčebné péče ve školském zařízení nelze v současnosti hovořit. Dále je fakt, že zařízení zamýšlených jako s výchovně léčebnou péčí je velmi málo. Zdá se, že za stávajícího stavu věcí nelze než uzavřít, že je třeba pracovat s tím, co je, ovšem stále při modelu ambulantní lékař (pedopsychiatr) - výchovný personál, pokud možno posílený o vliv psychologa.

## 2.3 Zdravotní účinky jógy a sportu na děti

Podle Lalitha hrají důležitou roli při plánování léčebných postupů u dětí perspektivy jejich rodičů, protože právě rodiče jsou jedinými konečnými tvůrci rozhodnutí. S ohledem na tuto skutečnost byla provedena studie s cílem posoudit názory rodičů na účinky jógy na děti s psychiatrickými problémy. Byla přijata smíšená metoda výzkumu metod k posouzení názorů rodičů na účinky jógy na děti s psychiatrickými problémy. Badatelští odborníci vytvořili dotazník, který byl složen ze dvou sekcí. První zahrnovala socio-demografické údaje o účastnících a druhá názory rodičů ohledně účinků jógy. Rodiče dětí s psychiatrickými problémy, které byly přijaty na lůžkové oddělení, byli vybráni metodou náhodného výběru. Výzkumné šetření bylo provedeno polostrukturovaným rozhovorem. Data byla získána od rodičů až poté, kdy jejich dítě praktikovalo jógu po dobu 7 dnů. Data byla analyzována pomocí deskriptivních statistik pro základní socio-demografická data, zatímco získaná kvalitativní data byla kódována, kategorizována a zjištění byla interpretována. Tato studie podle rodičů zjistila, že jóga má významný příznivý dopad na dětské psychiatrické problémy a měla by být použita při léčbě. Závěrem studie ukazuje, že jóga podle rodičů přispěla k odstranění několika problémů u dětí s psychiatrickými problémy, jako je pravidelnost každodenního života, zvýšená samoorganizace, omezení různých problémových chování atd. Proto by měla být použita v pravidelném ošetření dětí s psychiatrickými problémy (Lalitha, 2017).

Jacksonův článek se týká implementace meditace, vnímavosti a jógy do vzdělávání. Témata článku se zabývají zvažovanými praktikami zvýšené vnímavosti, včetně meditace, jógy a souvisejících technik. Posláním článku je u dětí udržovat kognitivní zaměření na mysl nebo tělo, na mentální obsah konkrétních objektů, jako je dech, zvuk nebo vizuální vnímání. Článek není badatelským, nicméně se o výzkumné práce opírá a potvrzuje, že jóga jako celek pozitivně a blahodárně působí na dětský a všeobecně lidský organismus (Jackson, 2020).

Jak popisuje Stephens ve svém článku, otázky duševního zdraví jsou dnes mezi mládeží ve Spojených státech podobné epidemii. Nedávné studie naznačují, že až 50% všech teenagerů má potíže související se stresem, úzkostí a / nebo depresí. Tento problém je doprovázen bezprecedentním nárůstem počtu sebevražd u dětí

a dospívajících ve Spojených státech. V reakci na tuto epidemii doporučuje Americká pediatrická akademie univerzální screening deprese pro všechny dospívající. K dispozici jsou léky ke zmírnění poruch duševního zdraví a mnoho z nich lze bezpečně použít v prostředí primární péče. Mnohé z těchto léků však mají nežádoucí vedlejší účinky nebo nemusí být lékaři primární péče známy. Z těchto důvodů a dalších vyžadují lékaři primární péče další přístupy k řešení problémů, které kladou rostoucí počet pacientů vyžadujících podporu duševního zdraví. Zdravotní terapeutická jóga předepsaná lékařem se speciálním tréninkem jógové terapie, nabízí bezpečný a efektivní způsob, jak pacientovi pomoci s tělesnými nebo duševními poruchami. Léčba jógou přináší individualizovaný a osobní přístup k pacientovi a může být integrována do jakékoli současné terapie nebo lékařského režimu. Článek přináší důkaz pozitivního zhodnocení lékařské jógy v souvislosti s adolescentním pacientem s běžnou psychickou poruchou. Jak uvádí Stephens, cvičení jógy se zvláštním zaměřením na vnímavost nabízí bezpečný a účinný zásah rostoucímu počtu dětských pacientů (Stephens, 2017). V dalším článku Stephens definuje lékařskou jógu jako používání jógových postupů při prevenci a léčbě zdravotních stavů. Kromě fyzických prvků jógy, které jsou důležité a účinné pro posílení těla, zahrnuje lékařská jóga také vhodné dýchací techniky, vnímavost a meditaci, aby se dosáhlo maximálních výhod. Opírá se o několik studií, které ukázaly, že jóga může pozitivně ovlivnit tělo mnoha způsoby, včetně pomoci regulovat hladinu glukózy v krvi, zlepšovat muskuloskeletární onemocnění a udržovat kardiovaskulární systém ve vyladěním. Potvrdilo se v nich také, že jóga má důležité psychologické přínosy, protože cvičení jógy může pomoci zvýšit duševní energii a pozitivní pocity a snížit negativní pocity agresivity, deprese a úzkosti (Stephens, 2019). Rashedi popisuje, jak v průběhu několika let byly ve školách široce prováděny meditační a jógové intervence a prokázaly slibné výsledky. Cílem této studie bylo prozkoumat zkušenosti dětí předškolních a mateřských škol s jógou kvalitativně-průzkumným přístupem. Tato kvalitativně-průzkumná studie se formou rozhovorů zaměřila na samoregulaci a regulaci emocí u dětí. Praktikování jógy přinášelo dětem pozitivní a radostné emoce a jejich znalost o vlastnostech jógy byla vysoká. Děti byly aktivními ve sdílení svých znalostí a pocitů a dychtivě a radostně předváděly ztělesněné dovednosti a vlastnosti týkající se svých emocí a tělesných

praktik. Svoji aktivitou posloužily výzkumnému procesu. Rashedi vyzdvihuje závěrem přispění kvalitativně-průzkumné studie k dalšímu bádání kognitivních, emocionálních a fyzických výhod jógy pro malé děti. Poukazuje také, že navzdory výhodám jógy stále existuje omezená literatura o jejích účincích na malé děti. Nabádá budoucí vědce k porozumění technikám jógy, aby podporovala vývoj dětí v již raném věku (Rashedi, 2019).

I Folleto a kol. popisuje, jak v posledních letech byly ve školách implementovány jógové programy na podporu rozvoje dětí. Cílem bylo prozkoumat vlivy programu jógy ve třídách tělesné výchovy na motorické schopnosti a parametry sociálního chování šesti až osmiletých dětí. Do studie bylo zařazeno šestnáct dětí z prvního ročníku veřejné základní školy na jihu Brazílie. Děti se zúčastnily dvanácti týdenní intervence, dvakrát týdně, po pětáctyřiceti minutách. Pro hodnocení výkonnosti dětí byl použit test motorické způsobilosti a test flexibility (Bruininks-Oseretsky test, Eurofit, 1988). Polostrukturované rozhovory s dětmi, rodiči a učiteli ve třídě obsahovaly obrazové škály, vnímané kompetence a sociální přijatelnost. Data byla analyzována Wilcoxonovým testem a hladina významnosti byla 5%. Výsledky ukázaly na kvalitu jógového programu, který byl dětmi dobře přijat, děti také prokázaly významné a pozitivní změny v celkovém skóre motorických schopností (rovnováha, síla a flexibilita). Kromě toho rozhovory uváděly změnu v sociálním chování a využití znalostí získaných v programu v kontextech mimo školu. Závěrem tato studie prokázala, že implementace jógových technik a praktikování ve výuce tělesné výchovy přispěla k rozvoji dětí (Folleto, 2016).

Chimiklis a kol. (2018) ve své publikaci popisují poruchu pozornosti hyperaktivity (ADHD) jako chronickou vývojovou poruchu postihující 3–7% dětí. Studii rostoucího využívání jógy, vnímavosti a meditace napříč populacemi s ADHD a jejich potenciálních výhod, které má na symptomy ADHD a takéž deficity výkonných funkcí a sociálního fungování mládeže s ADHD, se pokusili tyto intervence vyhodnotit. Primárním cílem bylo zjistit účinnost těchto programů pro léčbu mládeže s ADHD prostřednictvím systematického přezkumu a metaanalýzy. Pro svou studii vycházeli z elektronických medicínských databází. Studie se týkala účastníků ve věku 5-17 let s diagnózou ADHD nebo pokud splnili prahovou hodnotu symptomů na psychometricky ověřené míře symptomů ADHD. Velikost účinku

jedenácti studií prokázala, že jóga, intervence založené na vnímavosti a / nebo meditaci měly statisticky významný vliv na výsledky symptomů ADHD, hyperaktivity a nepozornosti (vycházejí ze zpráv rodičů a učitelů), jakož i na vztahy mezi rodiči a dětmi, výkonové fungování ve škole, zodpovědnosti ke splnění úkolů, snížení stresu rodičů a vnímavost rodičů. Studie však poukázala na fakt, že došlo ve studiích i k riziku zkreslení dat. V závěru studie upozorňuje, že vzhledem k významným metodologickým omezením by měly být velikosti pozitivních účinků zjištěné ve studiích interpretovány s patřičnou opatrností a tyto intervence by neměly být považovány za intervence první linie pro ADHD. Předběžná zjištění však naznačily, že jóga, meditace a vnímavost mohou být pro mládež s ADHD prospěšné, ale k ověření účinnosti těchto intervencí je nutný ještě rozsáhlý výzkum (Chimiklis a kol., 2018).

Jak uvádí ve své badatelské práci Razza, přestože se intervence založené na jógové vnímavosti u dětí stále více používají jako strategie na podporu sociálně emocionálního učení, zkoumání těchto praktik u předškoláků je omezené. Pilotní studie zkoumala proveditelnost a účinnost osmitýdenního vědomého programu jógy pro předškoláky žijící v komunitách s vysokou mírou traumatu. Zvláště zajímavé bylo, že účast na intervenci byla spojena se zisky v samoregulaci dětí, pokud šlo o jejich pozornost a chování. Souvisejícím cílem bylo prozkoumat přijatelnost a potřebu profesního rozvoje informovaného učitele o traumatech. Studie se týkala devětaosmdesáti náhodně vybraných předškolních dětí. Analýzy odhalily významné zvýšení chování dětí a regulace pozornosti v době, kdy se zúčastnily intervence. Neočekávaným potenciálně vlivným nálezem byla vysoká prevalence (převládání) posttraumatického stresu mezi zaměstnanci; většina zkušených pracovníků byla nad prahem pro civilní posttraumatickou stresovou poruchu. Závěry ukázaly, že meditace a vnímavost jógy může být slibnou strategií na podporu regulace chování a regulace pozornosti u ekonomicky znevýhodněných předškoláků. Zaměstnanci mohou také těžit z praktik založených na traumatech vzhledem k jejich vysoké míře expozice traumatickými událostmi a nadprůměrným úrovním posttraumatického syndromu (Razza, 2020).

V době důsledku dynamických civilizačních změn, jak uvádí Kaźmierczak, se objevují nové patologické jevy - alkoholismus, drogová závislost, demoralizace

a zločin dětí a mládeže, jejichž intenzifikace se stává jednou z nejzávažnějších hrozeb pro společenský život. Důsledkem destruktivních jevů je měnící se model výchovy, který je přirozenou reakcí na fenomén sociálního špatného přizpůsobení, který tyto změny doprovází spolu s agresivním chováním. Ve vzdělávacím procesu, s odvoláním na návrat studenta na ‚správnou cestu‘ sociální existence, hraje sportovní aktivita důležitou roli. Tvoří aktivní životní styl, ovlivňuje ničení agresivního chování, učí fair play, poctivost v osobním životě, spolupráci a přátelský přístup k ostatním lidem. Výzkumný experiment provedený mnoha pedagogy ukazuje, že sport umožňuje sociálně nemocným lidem plnit různé sociální role, rozvíjí odpovědnost za svěřené úkoly a otevírá cestu k normálnímu životu (Kaźmierczak, 2018).

Sport se v naší době stává součástí aktivního a zdravého životního stylu u navyšujících se populace v různých sociálních skupinách a této aktivity se účastní lidé v každém věku, zdůrazňuje Wiśniewska. Pro lidi s mentálním postižením je sport bezpochyby jednou z mála disciplín, ve kterých mohou vyniknout jako jednotlivci. Díky tomu jejich víra v sebe sama, sebeúcta a sebeurčení roste, mohou se učit plánování a plnění malých úkolů a také dosahovat svých cílů nebo realizovat svou vlastní subjektivitu. Wiśniewska poukazuje na hodnotu sportu z hlediska pohlaví, rekreačního hnutí, resocializace a procesu habilitačních metod a materiálů. Její závěry jsou založeny na kvalitativních výzkumných šetřeních. V článku jsou analyzovány názory a studie týkající se otázek důležitosti sportovního vyžití osob s mentálním postižením. Využití pohybu vnímá jako léčiva i rehabilitační praxí. Pohyb zlepšuje jejich motorické dovednosti, zvyšuje fyzický výkon a ovlivňuje zvýšení efektivity. V procesu revitalizace osob se zdravotním postižením (handicapovaných) jsou sport, tělesná výchova a další formy pohybového pohybu velmi důležitými aspekty. Vlády by měly pomáhat při vytváření vhodných podmínek pro tuto činnost a formovat pro-zdravotně-sportovní postoje. Dále uvádí, že správně vytvořený vzdělávací program je užitečný pro zdravý organismus. Rehabilitace má především terapeutickou hodnotu. Fyzická rekreace není jen podpora zdravého chování, ale také užitečná k naplnění volného času a prostor pro duševní relaxaci. Resocializační chování prostřednictvím sportovních aktivit pomáhá žákům

s mentálním postižením naučit se novým chováním a způsob reakce a povzbuzuje je k pozitivnímu myšlení (Wiśniewska, 2015).

Z českých významných autorek uvádím Žáčkovou a Jucovičovou (2010). U emočních poruch a poruch chování můžeme u dětí pozorovat časté výkyvy nálad, kdy se projeví i silná emoční labilita, bývají citově nezralé až infantilní, na podněty reagují neadekvátně, trpí nízkou frustrační tolerancí. Jakékoliv změny u nich vyvolají podrážděnost, neochotu až hněv. Neumí být empatičtí, protože trpí sníženou schopností se vcítovat. Obtížně se orientují v tom, co vhodné či nevhodné, mají sklony k agresi a k afektivním výbušným projevům v chování. Jak uvádí Žáčková, dětem s poruchami chování pomáhá pravidelnost a režim. *„Nácvik sebeovládání je pro ně náročnou a dlouhodobou záležitostí, která však při systematickém zpevnování vhodného chování pochvalou a oceněním přináší postupně své plody“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 46). Jak dále autorky uvádějí, zvýšená úzkostnost je u těchto dětí běžným projevem frustrace, stejně tak pro tlak, který zažívají každodenně z náročných situací přicházejících z běžného života. Navíc ke všemu si nezvládnuté situace uvědomují. Z těchto důvodů si vytvářejí obranné strategie, kterými si kompenzují strach z nezvládnutí a frustraci. Tím se dostávají do začarovaného kruhu, kdy jim nahromadí nezvládnuté problémy a ony tak upadají do ještě hlubších psychických problémů. Nejčastější takovou strategií je útěk, kdy například formou úniku do nemoci si nevědomě vytváří pocity bolesti hlavy, břicha, někdy i dokonce zvrací. Vědomě pak utíkají z neoblíbené školy či předmětů nebo si vytvářejí svůj vnitřní svět, ve kterém bývají úspěšné, ale pouze ve svých představách. Další strategií, kterou zmiňují autorky je regrese neboli krok zpátky. V tomto případě si nacházejí mladší spolužáky, případně se ony samy staví do role věkově mladší, kdy očekávají od rodičů a blízkého okolí menší nároky a více pochopení a lásky. Nevědomé popírání neúspěchu či jeho vědomé zlehčování je další strategie, kterou děti s ADHD volí, stejně tak jako strategie poutání pozornosti, kdy šaškováním, předváděním se nebo vytahováním se poutá pozornost druhých ke své osobě. Další zvolenou strategií může pro dítě být útok, kdy se také dožaduje pozornosti povětšinou slovním, občas ale i fyzickým napadením, které nemusí směřovat jen ke druhé osobě, ale i k sobě samému. Jak bylo popsáno, děti s ADHD a dalšími poruchami chování se ztrácejí samy v sobě a je na dospělých a odbornících,



aby takovému dítěti podali pomocnou ruku a ukázali mu, že na svoje problémy není samo. je potřeba dítěti pomáhat pozitivním přístupem, soustředit se a podporovat ho v jeho silných stránkách, usměrňovat jej a formou přiměřených podnětů jej vést k jeho úspěchům. Jak dále uvádějí autorky, je důležité pro dítě s ADHD i dodržovat zdravou stravu s pitným režimem. Ke zklidnění a relaxaci využívat moderní nástroje a techniky, jakými jsou muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie a jakékoli relaxační a pohybové techniky, které však nebudou zaměřeny na soutěživost. Jak uvádí Jucovičová a Žáčková, z průzkumů ADHD dětí vyplynulo, „že optimální výchovný styl pro vedení hyperaktivního dítěte je kombinace pevnější a důsledné výchovné vedení s udáním hranic dítěti, ale zároveň s citlivým, pozitivním přístupem k dítěti, kdy vnímá a prožívá lásku rodičů a přijímá samo sebe takové, jaké je. Děti vedené tímto způsobem měly nejméně výchovných problémů, víceméně téměř žádné. Naopak nejvíce výchovných potíží měly děti vedené ve výchově příliš volně, liberálně a bez nastavených hranic, přestože byly přijímané a milované (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 63).

### **2.3.1 Relaxační techniky jako nástroj pozitivního ovlivnění projevů ADHD**

Relaxační techniky pomáhají děti zklidnit, zvyšují jejich výkonnost, sebekontrolu a vedou je k sebeovládání. Stejně tak fungují nejen u dětí s ADHD, ale u mládeže všeobecně jako prevence před návykovými látkami (alkohol, drogy). Relaxační techniky pomáhají v útlumu agrese a afektivity, úzkostného prožívání a depresivních stavů. Snížením svalového napětí dochází k fyzickému uvolnění a to přispívá k uvolnění psychickému, neméně důležitá jsou i dechová cvičení, uvádí Jucovičová a Žáčková (2008). Výdech tlumí a uvolňuje napětí, nádech naopak aktivizuje a nabuzuje. Nádech drážděním aktivizuje vegetativní systém CNS, zvyšuje tep a vzniká napětí v cévách a kosterních svalech. Naproti tomu výdech způsobuje dráždění parasymptiku CNS, snižuje tep, navozuje útlum, a zklidnění. Jóga, jako jediné cvičení, pracuje se zádržemi dechu a s dechovými technikami jako takovými. Pokud techniky dechu spojíme s pohybem, s ásanami, umocní se účinek dechových cvičení. Pokud chceme dítě uvolnit, zbavit ho zlosti a napětí, naučíme ho lví pozici, má za následek i rozesmáté děti, a proto ho mají rády. Další z vyhledávaných relaxačních poloh je pozice zajíce, kdy učíme dítě i sledovat svůj dech a zaměřovat

se na něj. Dalšími pozicemi jsou kobra a ryba, které tonizují a aktivizují. Velmi vhodná pro navození klidu je poloha velblouda. Pomáhá uvolňovat a otevírat hrudník a tím navozuje uklidnění. Pro odstranění únavy očí a bolesti hlavy je vhodná oční relaxace. Dnes se využívá nejen v józe, byť z ní pochází, ale i v jiných terapiích. Pravidelným cvičením může docházet i k zlepšování zraku. „*Jóga byla vždy doporučována jako vhodné zklidňující a harmonizující cvičení pro děti s ADHD*“ (Žáčková, 2008, s. 41).

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 3 Vědecký výzkum

Hendl (2017) cituje ve své publikaci Hustákovou: „*Věda je naučná technika, již si člověk zprostředkovává ve vidění obsažené vědění o bytí do podoby vědomostí o jsoucnu. Člověk je jsoucnu takové povahy, které ví, že jest, avšak v tomto vědění sám nevidí, čím a kým jest*“<sup>36</sup> a pokračuje přesvědčením, že „*sociální vědy jsou pro člověka nejdůležitější oblastí zkoumání.*“ (Hustáková in Hendl, 2017, s. 21).

Hendl (2017) považuje výzkum za důležitou oblast působící v rozpoznávání lidských hranic, jejich posunu, čímž dochází k rozšiřování a rozvoji vědeckých znalostí sloužících ke zlepšování sociálních podmínek lidstva. Vědu chápe jako řízený systém postupů a vědeckých znalostí za předpokladu dosažení praktického a/nebo teoretického porozumění zkoumaného předmětu. Znalost vědeckou můžeme vytěžit podle Hendla buď teoretickým zjišťováním, nebo empirickým výzkumem. Exaktním cílem výzkumu je pak formulace vědeckých teorií a odkrytí zákonitostí, jež mohou vést k objasnění sociálních nebo přírodních jevů. Průvodním jevem je tvorba a zakotvení vědeckých znalostí, které však nemusí být dokonalé, ale ani konečné a bývají časoprostorově omezené. Typickým vědním procesem pak je snaha vědeckých pracovníků a komunit tyto nabyté znalosti prověřovat, zlepšovat či dokonce nahrazovat novějšími názory. Stejně tak je ve výzkumu důležité dodržování již zavedených strategií (Hendl, 2017).

#### 3.1 Strategie výzkumu

Jak uvádí Hendl (2017), abychom dospěli ke správně zvolené metodologii empirického výzkumu, je zapotřebí jeho jasného vytyčení. Tím je zvolení výzkumné strategie, vytvoření plánu výzkumu a navození výzkumných metod. Výzkumných metod je mnoho a liší se v závislosti od vybrané výzkumné strategie. Do jedné skupiny patří testování; škála; měření. Další skupinou jsou dotazníková šetření; dále pak pozorování; individuální rozhovor; skupinový rozhovor. Pozorování se dělí ještě na strukturované kvantitativní a nestrukturované kvalitativní. Další samostatnou

---

<sup>36</sup> Hustáková, V.: *Kudy k řeči. S Martinem Heideggerem k tématu řeči*. Magisterská Práce, Praha: FHS UK, 2016, s. 1.

položkou výzkumných metod jsou sekundární data a dokumenty; big data. Plánem výzkumu chápeme zvolení cesty k dosažení získání potřebných dat badatelské činnosti. Výzkumník si může zvolit cestu experimentu; statistického šetření; obsahové analýzy; analýzy dokumentů; etnografie; případové studie; akčního výzkumu; evaluačního výzkumu; či systematického přehledu. Pokud se výzkumník rozhodne pro kombinace několika výzkumných plánů, dostane smíšený výzkumný plán. K výzkumné strategii Hendl uvádí, cituji: „...výzkumná strategie je množina filosofických a teoretických přesvědčení výzkumníka, která mohou ovlivnit rozhodnutí o plánu výzkumu a výběru specifických metod získání dat a jejich analýzy“ (Hendl, 2017, s. 27). Hlavními dvěma strategiemi podle Hendla jsou výzkumy kvalitativní a kvantitativní. Dále poukazuje i na možnost smíšeného výzkumu kombinací obou strategií. Kvalitativní výzkum se orientuje na podrobný popis sociálně kulturních významů a kvantitativní se zaměřuje na popis sociálních proměnných a jejich vztahovosti.

Z výše uvedených důvodů jsem v diplomové práci pro ověření cíle zadané práce použila formu dotazníkového šetření. Ukázka dotazníku je uvedena v příloze č. 1.

### **3.2 Použitá metoda výzkumu a výběr respondentů**

Obecně lze o kvantitativní metodě strategie výzkumného šetření prostřednictvím dotazníkového zjišťování říci, že jejím cílem je kvantitativní popsání zkoumané oblasti výzkumu. Jedná se o statistický sběr informací s cílem popsat znalosti a povědomí vybraných jedinců o dané problematice, v případě této diplomové práce o józe a jejich účincích na lidský organismus. Statistická dotazníková metoda je zaměřena na větší množství respondentů, což je bezesporu největší výhodou takového sběru dat. Sběr dat je jednodušší, o to však náročnější je tato metoda na správnou formulaci otázek vedoucích k relevantním výzkumným datům. Nevýhodou je naopak nemožnost vstoupit do děje prostřednictvím doplňujících otázek, jak by tomu bylo možno u nestrukturovaného sběru dat formou rozhovoru (Hendl, 2017).

V této diplomové práci bylo použito anonymní evaluační dotazníkové šetření, které disponovalo níže uvedenými typy otázek. V tabulce č. 2 jsou otázky uvedeny pouze pod čísly z důvodů nedostatku místa. Otázka první až osmá byla povinná a týkala se demografického šetření. Otázky devět až patnáct se týkaly již každého respondenta

jednotlivě a měly zjistit úroveň povědomí a znalostí o dané problematice. Měly za cíl přimět respondenty k zamyšlení se nad problematikou účinků jógy na lidský organismus. Otázky dvanáct až patnáct měly za úkol znovu přimět respondenty se více zhloubat nad nimi a pokusit se rozvést odpovědi detailněji.

- **Otázky 1.-4. se týkaly osobních dat dotazovaných respondentů**

Otázka č. 1: Pohlaví respondenta

Otázka č. 2: Věk respondenta

Otázka č. 3: Pracovní zařazení

Otázka č. 4: Dokončené vzdělání

- **Otázky 5.-8. se týkaly cvičících dětí a jejich zdravotních postižení**

Otázka č. 5: Počet cvičících svěřenců

Otázka č. 6: Věkový průměr cvičících svěřenců

Otázka č. 7: Z toho počet dětí se zdravotním postižením/poruchou chování

Otázka č. 8: O jaký druh zdravotního postižení se jedná

- **Otázky 9.-10. byly zaměřeny na zkušenost respondentů s jógou a jejich představy o józe**

Otázka č. 9: Měli jste/máte svěřence, který cvičil jógu

Otázka č. 10: Jakou máte osobní zkušenost s jógou

Otázka č. 11: Jakou přidanou hodnotu může jóga přinést dětem z dětských domovů

- **Otázky 12.-13. směřovaly na osobní zkušenost s jógou**

Otázka č. 12: Už jste se setkal/a s dítětem, které má s jógou zkušenosti

Otázka č. 13: Jaký na něj měla vliv

- **Otázky 14.-15. byly zaměřeny na očekávání vlivu jógy na děti**

Otázka č. 14: Co očekáváte od cvičení jógy s vašimi svěřenci/jaký vliv na dítě má podle Vás jóga mít

Otázka č. 15: Co myslíte, že jóga obnáší

Respondenti byli vychovatelé a pedagogové dětského domova, jejichž výběr jsem nemohla ovlivnit a byl určen ředitelkou dětského domova. Stejně tak cvičenci byli vytipováni vedením dětského domova a do výběru jsem neměla možnost nijak zasáhnout. Vše podrobněji popisují v následné kapitole č. 4.

#### **4 Místo šetření a respondenti**

V rámci zpracování této diplomové práce a naplnění charitativního projektu jsem v dětském domově pracovala dobrovolnický a veškerou činnost spojenou s praktikováním jógy s dětskými svěřenci prováděla zcela zdarma po dobu tří měsíců. Na místo jsem se dopravovala několik desítek kilometrů vlastním automobilem bez nároku na proplacení cestovného.

Místem šetření byl dětský domov ve Středočeském kraji. Zřizovatelem dětských domovů je Středočeský kraj sídlící v Praze. Dětské domovy se řídí Zákonem 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů (Trnková, 2018). Na základě tohoto zákona působí vybraný dětský domov jako dětský domov rodinného typu, což znamená, že počet svěřenců nepřesahuje počet čtyřiceti osmi dětí. Tomu je i přizpůsobena kapacita domova. Děti jsou zde rozděleny do šesti rodinných skupin maximálně po osmi. V jedné skupině jsou chlapci i děvčata různého věku, při zachování sourozeneckých vazeb. V dětském domově žijí děti zpravidla ve věku od tří do osmnácti let. V případě, že ještě studují, zůstávají v něm až do ukončení studia. Vychovatele děti oslovují ‚teto‘ a ‚strejdo‘ a ti se jim snaží co nejláskyplněji přiblížit a naplnit rodinný život. Dětský domov nedisponuje vlastní školou, proto děti docházejí na výuku do běžných škol v blízkém okolí. Dětský domov se rozkládá v krásném areálu, ve kterém se mimo něj nachází také domov seniorský. V travnatém terénu, který je obklopen vzrostlými stromy, jsou pro děti zbudovány hřiště, pěstovaný sad a zelinářská zahrada, kde se mohou potkávat a sdílet se seniory. Interiér skýtá v přízemí kancelářské zázemí pro provoz dětského domova. Je vybaven nejen jídelnou, ale i tělocvičnou a dalšími prostory, v nichž si děti hrají nebo si vypracovávají domácí úkoly. Zájmová činnost a kroužky dětí se odehrávají v suterénních prostorách, kde je výtvarná či keramická dílna

a vyšší patra slouží pro ubytování malých svěřenců. V nejvyšším patře je také ubytovna pro zaměstnance, kteří pečují o svěřené děti.

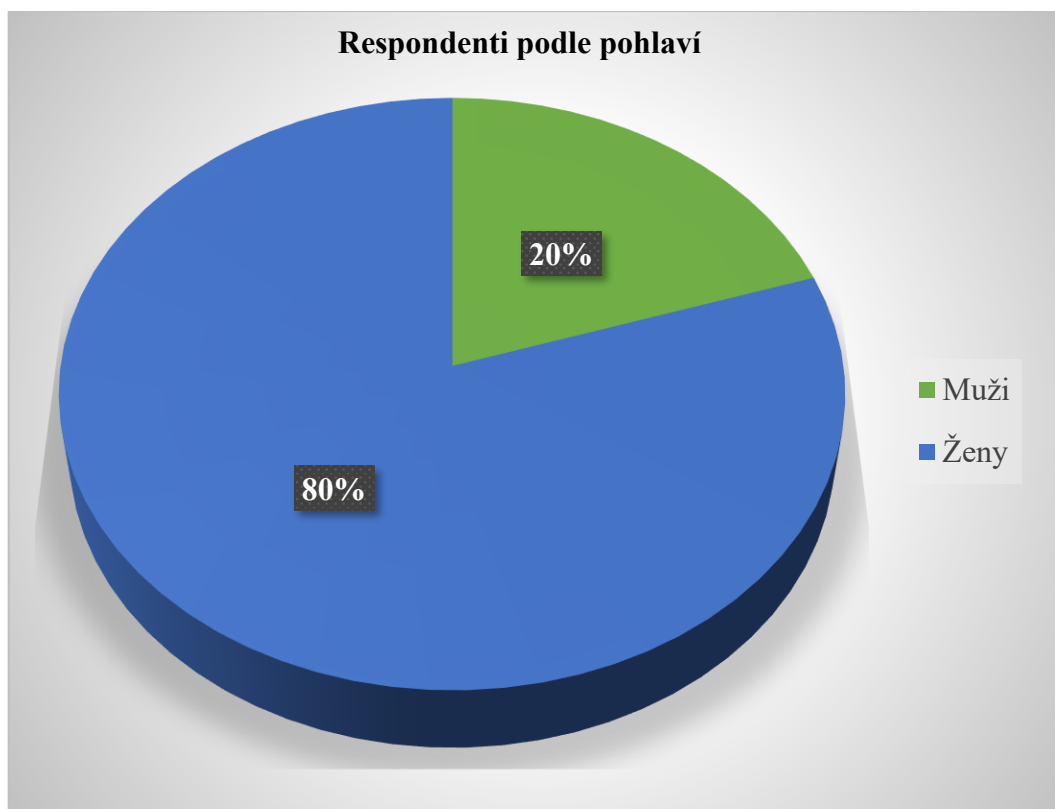
Respondenti byli vychovatelé a pedagogové dětského domova určení ředitelkou stejného zařízení, jejich výběr jsem nemohla ovlivnit. Nejnižší dosažené vzdělání těchto respondentů bylo u pedagogických pracovníků a vychovatelů středoškolské a nejvyšší dosažené vzdělání bylo magisterské. Jejich věkový průměr byl 40,5 roku. Nevím ani, zda dětský domov disponoval vlastním psychologem či etopedem. Zahrnout do výzkumu jsem je neměla možnost, neboť ředitelka domova striktně určila pracovníky do pozice respondentů. Skutečností také je fakt, že jsem se sama s respondenty do kontaktu nedostala. Dotazníky jsem musela zaslat ředitelce dětského domova a ta mi je poté již vyplněné předala zpět.

Stejně tak cvičenci byli vytipováni vedením dětského domova a do výběru jsem neměla možnost nijak zasáhnout. Při projednání s ředitelkou dětského domova jsem jógu s dětmi praktikovala ve večerních hodinách těsně před uložením dětí ke spaní. Ředitelka předpokládala, že jóga děti zharmonizuje a zklidní po celém dni a ony tak budou lépe usínat a celkově i klidněji spát. Cvičícími svěřenci byli chlapci a dívky ve věkovém průměru osmi let. Pět z nich trpělo ADHD, což se projevovalo na celkové kvalitě cvičení. Bylo nutné se jim více věnovat. Občas měly projevy agrese, melancholie, neústupnosti, občas přišly do hodiny jógy už frustrované. Projevovaly se ukřivděně, plačtivě, vztahovačně, sebestředně, afektivně, ale i hrubě, ostatní děti napadaly fyzicky i slovně, bylo těžké s nimi pracovat a držet je v pozornosti alespoň krátkodobě. Dost často jsem je musela uklidňovat už při příchodu do hodiny, občas byly přecitlivělé a přišly do hodiny už s pláčem nebo naopak na sebe poutaly pozornost různým „šáskováním“ či zlobením a vulgárními výrazy. Když jsem je však chtěla poslat z hodiny pryč, dokázaly se uklidnit a kontinuálně cvičit. Svoje chování si uvědomovaly. Nakonec nejlépe zabírala mnou jasně nastavená pravidla, kdy jsem určila mantinely jejich chování, které jsem byla ochotna akceptovat, ale zároveň dala hranice toho, co si můžou dovolit v chování k ostatním dětem. Zároveň jsem k nim vysílala lásku a uznání a především svůj vnitřní klid, který na ně působil nejlépe. Ostatní děti byly velice trpělivé a vstřícné, nicméně bylo znát, že v momentě, kdy jsem se více věnovala dětem s postižením, se nudily a přestávalo je cvičení bavit. I tak ale bylo znát, že si uvědomovaly, že jóga má na jejich postižené

kamarády blahodárný vliv, protože se nechtěly vzdát možnosti s nimi dál cvičit. A to i přes opakující se dotazy, zda chtějí praktikovat jógu bez dětí s postižením. Bylo hezké pozorovat tu zvláštní solidaritu mezi nimi.

#### 4.1 Grafické vyjádření

**Graf č. 1: Respondenti podle pohlaví**



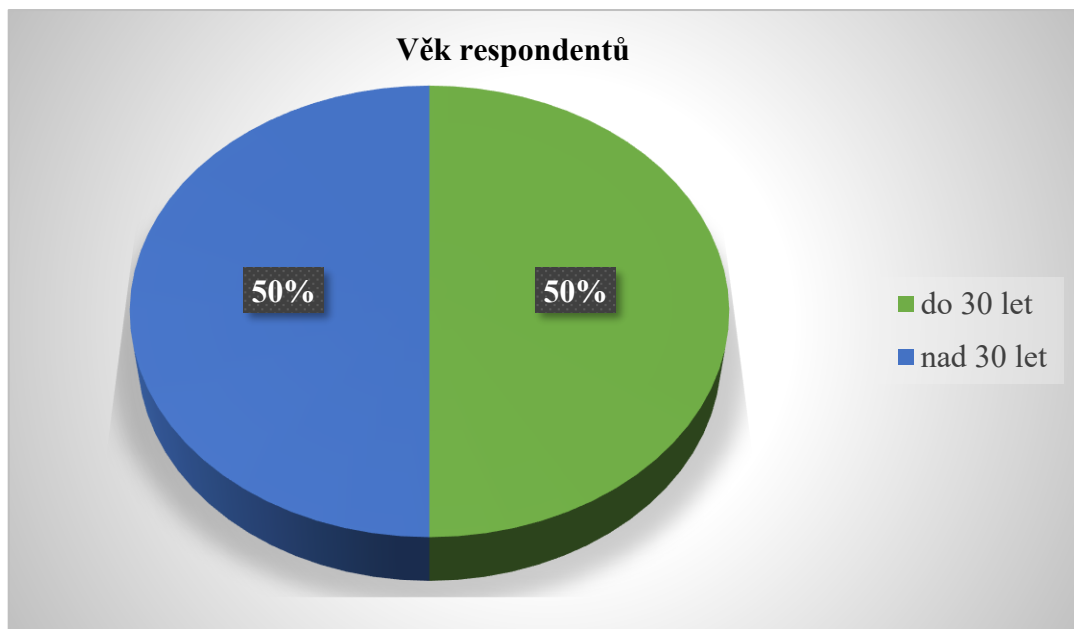
Zdroj: vlastní zpracování

Jak z grafu č. 1 vyplývá, v dětském domově pracuje, podobně jako v jiných pomáhajících profesích, převážná většina žen.

Následující graf č. 2 ukazuje na věkové zastoupení, kdy průměrný věk respondentů byl 40,5 let.

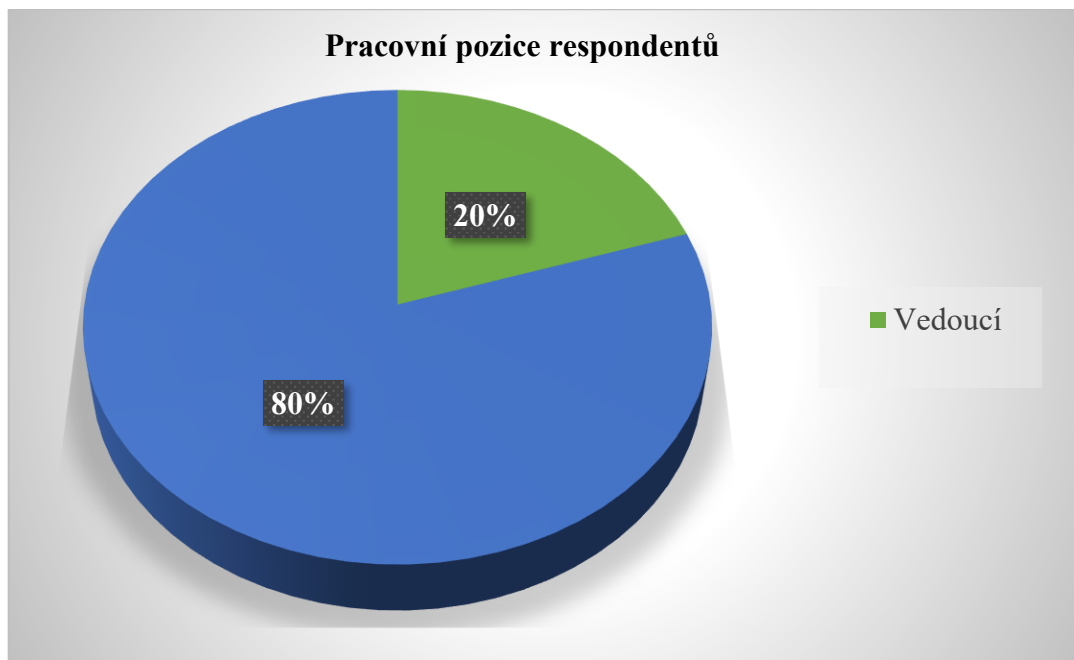


**Graf č. 2: Věk respondentů**



Zdroj: vlastní zpracování

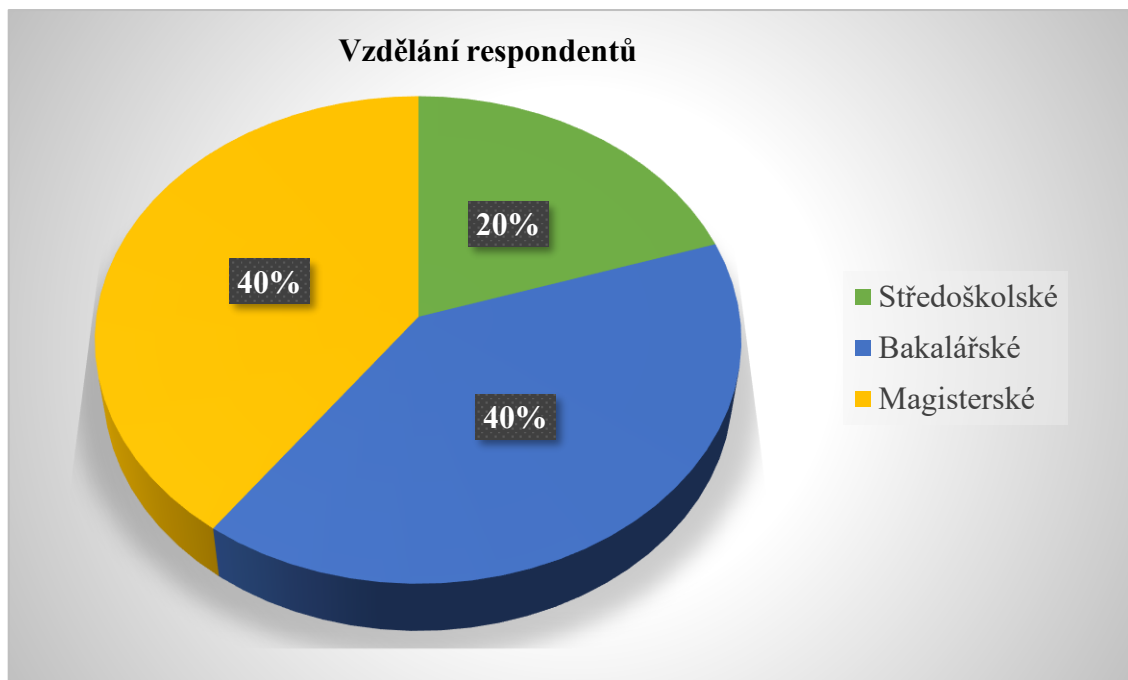
**Graf č. 3: Pracovní pozice respondentů**



Zdroj: vlastní zpracování

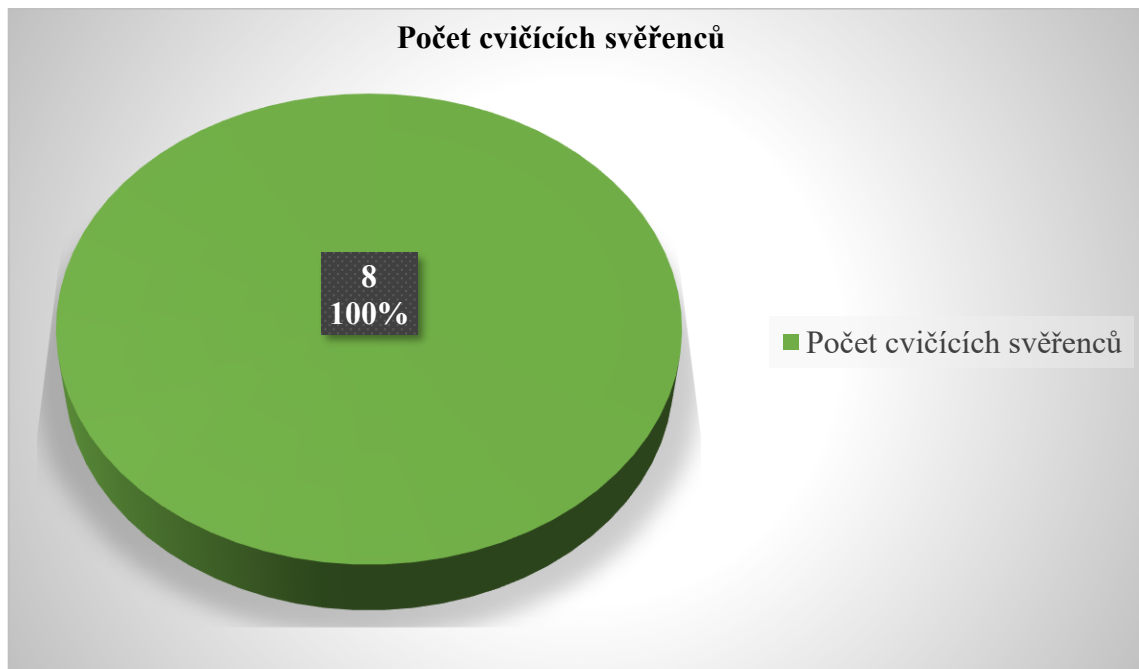
Jak z grafu č. 3 vyplývá, v dětském domově jsou zastoupeny výkonné funkce ve stejném rozložení jako v jiných běžných profesích. Graf č. 4 ukazuje na edukativní zastoupení respondentů, kdy vyšší podíl činí vysokoškolsky vzdělaní pracovníci.

**Graf č. 4: Vzdělání respondentů**



Zdroj: vlastní zpracování

**Graf č. 5: Počet cvičících svěřenců**



Zdroj: vlastní zpracování

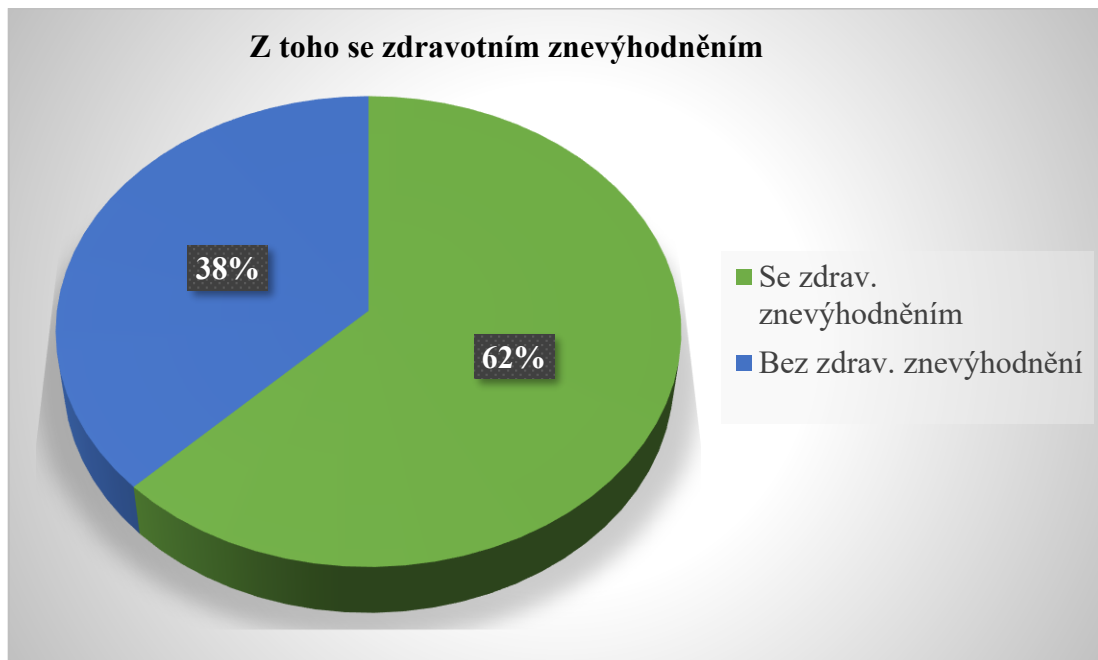
Graf č. 5 vykazuje celkový počet cvičících dětí v dětském domově a následující graf č. 6 poukazuje na jejich věkový průměr.

**Graf č. 6: Věkový průměr cvičících svěřenců**



Zdroj: vlastní zpracování

**Graf č. 7: Z toho se zdravotním znevýhodněním**



Zdroj: vlastní zpracování

Jak z grafu č. 7 vyplývá, většina cvičících svěřenců měla nějaké zdravotní znevýhodnění. Část jich byla s ADHD a část s LMP. U jednoho dítěte byla diagnostikována kombinace ADHD a LMP.

## 5 Formulace výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka a následně i dílčí výzkumné otázky je potřeba správně formulovat již při plánování výzkumu. Otázky by měly splňovat popisnost problematiky se zaměřením na užší specifikaci v dalším kroku (Hendl, 2017).

### 5.1 Hlavní výzkumná (HVO) otázka

HVO byla zaměřena na zjišťování informací souvisejících s cílem práce, který se týkal zjišťování vlivu jógy na psychiku dětí žijících v dětském domově.

**HVO stanovena:** Mohou jógová cvičení působit na zklidnění a relaxaci dětí z dětských domovů

K hlavní výzkumné otázce směřovaly dotazníkové otázky č. 14 a 15.

### 5.2 Dílčí výzkumná otázka (DVO)

DVO byla zaměřena na zjišťování informací souvisejících se zkušenostmi respondentů se cvičením jógy, ať osobní nebo s jejich dětskými klienty a jaký měly pro děti z DD význam.

**DVO stanovena:** Mají zaměstnanci DD nějaké zkušenosti s cvičením jógy?

K dílčí výzkumné otázce směřovaly dotazníkové otázky č. 9 a 10; 12 a 13.

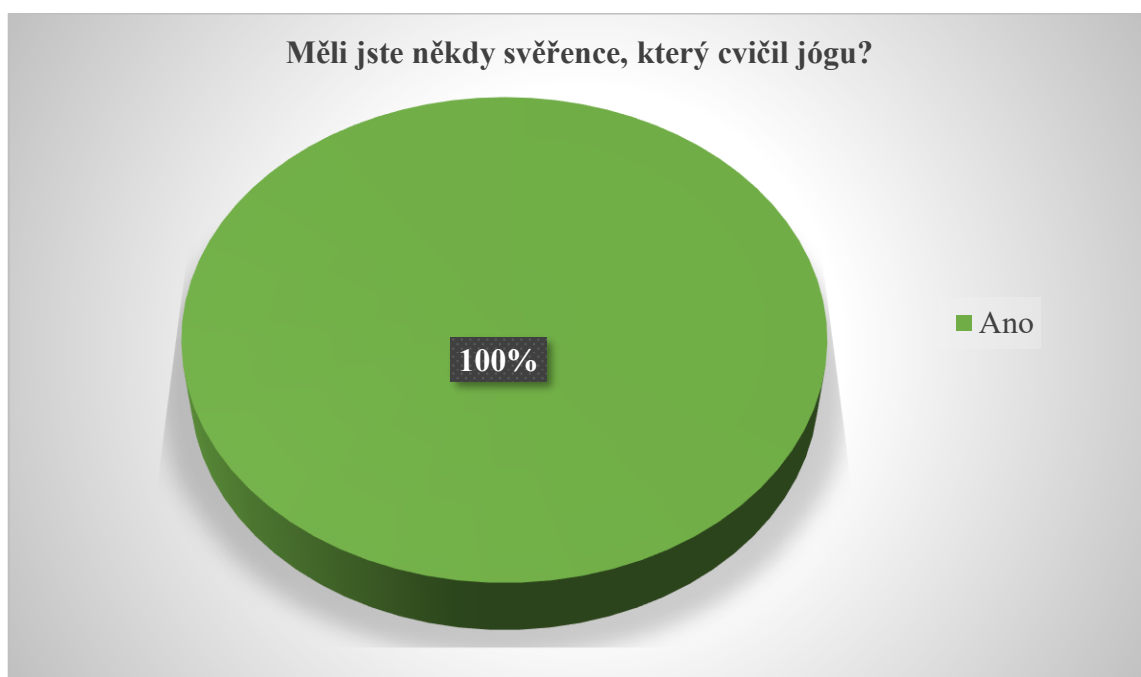
## 6 Metoda zpracování dat

### 6.1 Metoda komparace

Komparativní, též srovnávací metoda výzkumu má za cíl porovnat jednotlivosti v nasbíraných datech. Jde o metodu přímého statistického porovnání kvantifikovaných údajů, která vzájemným přiřazováním k sobě zkoumaných jevů uvažuje, připouští nebo vylučuje jejich podobnost či rozdíly (Hendl, 2017).

Následující data získaná z otázek dotazníku jsem zpracovávala metodou komparace a níže jsem je převedla do uvedených grafů.

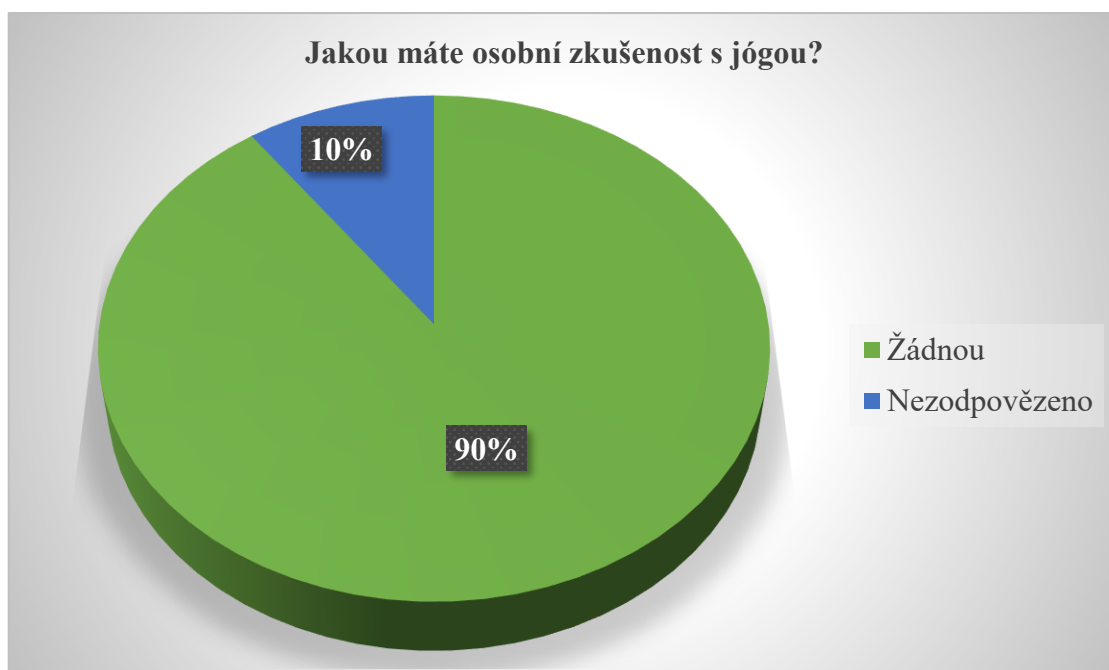
**Graf č. 8: Měli jste někdy svěřence, který cvičil jógu**



Zdroj: vlastní zpracování

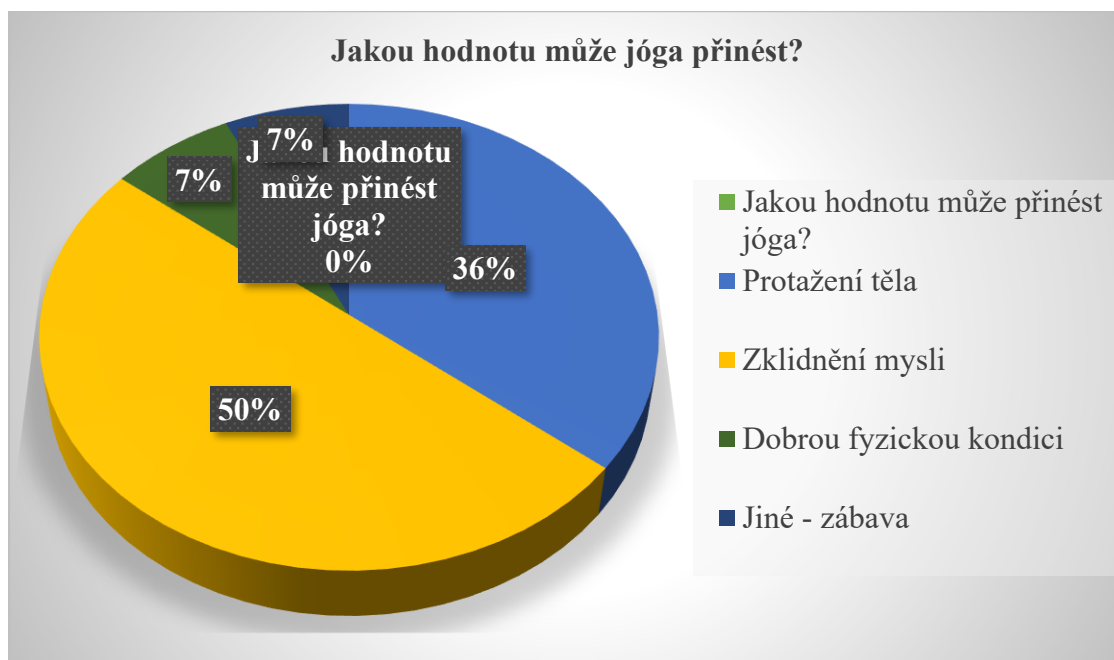
Graf č. 8 ukazuje, že všichni respondenti se někdy setkali se svěřencem praktikujícím jógu. Graf č. 9 vypovídá o tom, že respondenti neměli doposud žádnou osobní zkušenost s jógou.

**Graf č. 9: Jakou máte osobní zkušenost s jógou**



Zdroj: vlastní zpracování

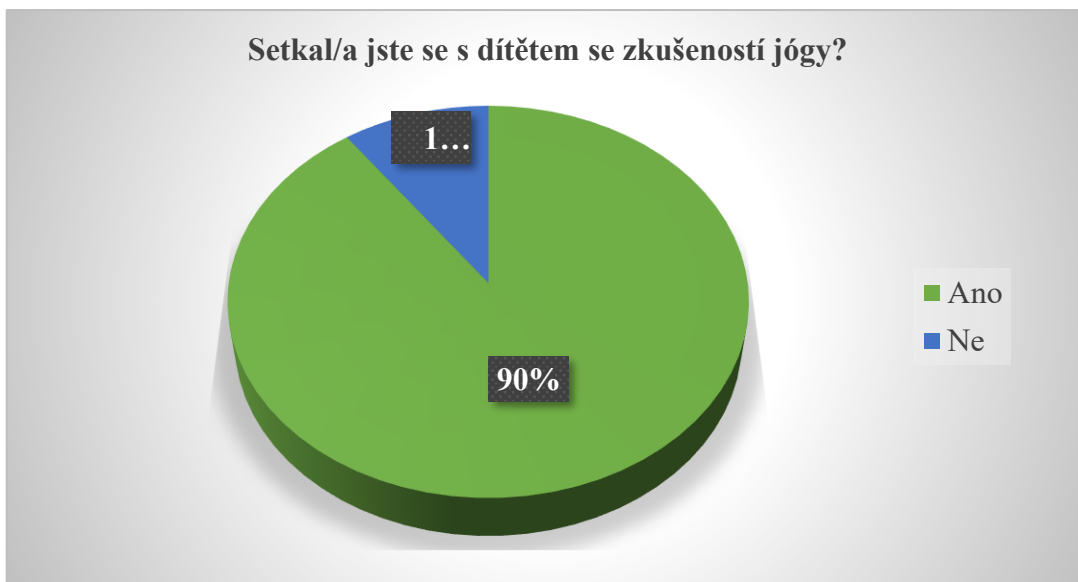
**Graf č. 10: Jakou hodnotu může jóga přinést**



Zdroj: vlastní zpracování

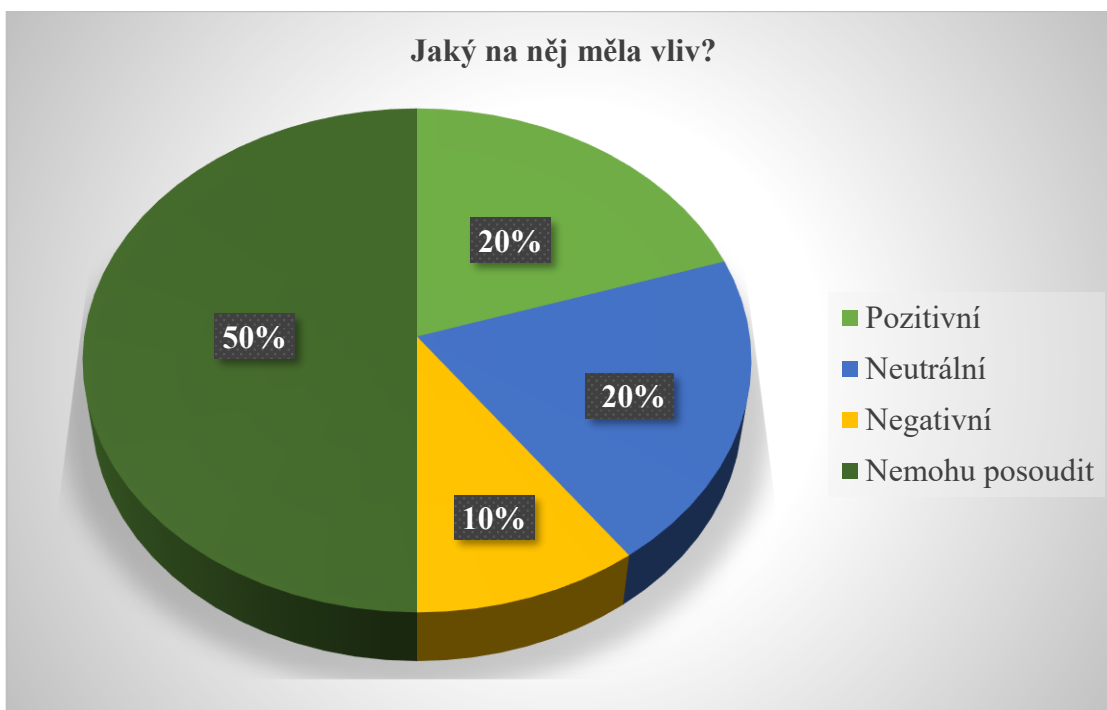
Jak z grafu č. 10 vyplývá, respondenti mají vysoké mínění o meditační hodnotě jógy pro člověka. Graf č. 11 na následující straně ukazuje, že většina respondentů se setkala s dítětem, které má nějakou zkušenost s jógou.

**Graf č. 11: Setkal/a jste se s dítětem se zkušeností jógy**



Zdroj: vlastní zpracování

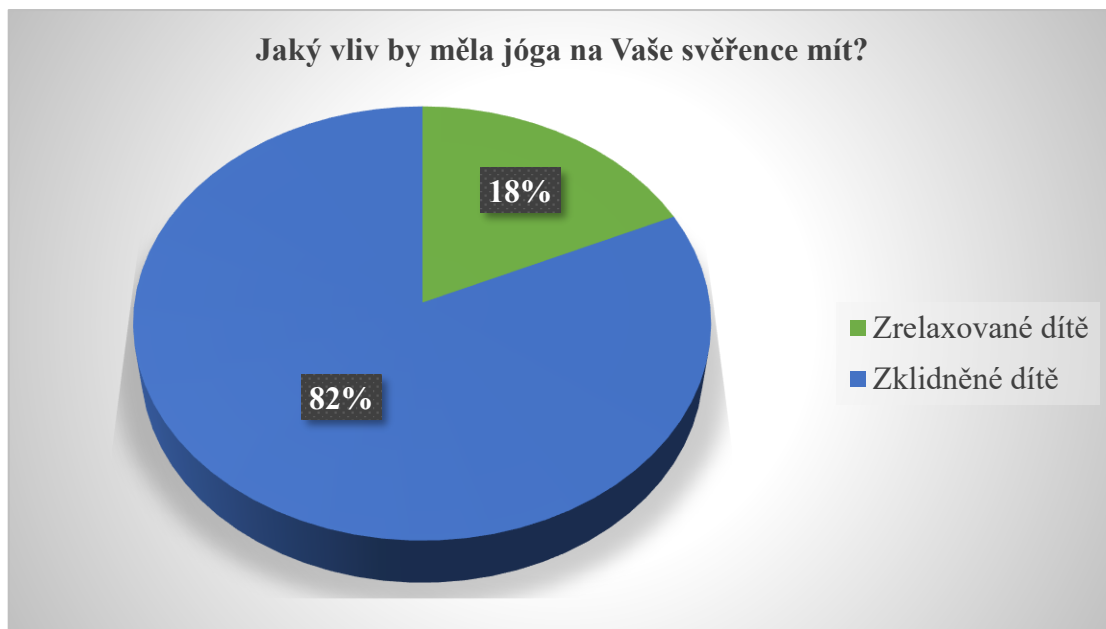
**Graf č. 12: Jaký na něj měla vliv**



Zdroj: vlastní zpracování

Jak z grafu č. 12 vyplývá, že polovina respondentů nedokáže posoudit, jaký vliv jóga na dítě se zkušeností s jógou, měla.

**Graf č. 13: Jaký vliv by měla jóga na Vaše svěřence mít**



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 13 ukazuje na předpoklad respondentů, že jóga by měla dítě zklidnit.

**Graf č. 14: Co si myslíte, že jóga obnáší**



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 14 vyplývá, že převážná většina respondentů dokáže posoudit, co jóga obnáší.



### **6.1.1 Komparace názorů všech zúčastněných respondentů**

#### **Otázka č. 9: Měli jste někdy svěřence, který cvičil jógu?**

Komparací odpovědí respondentů na otázku č. 9 v odvolání se na graf č. 8 zjistíme, že všichni respondenti (100 %) měli někdy nějakého svěřence, který jógu cvičil. Nutno dodat, že respondenti měli i určité povědomí o jógových cvičeních.

#### **Otázka č. 10: Jakou máte osobní zkušenost s jógou?**

Komparací odpovědí respondentů na otázku č. 10 v odvolání se na graf č. 9 zjistíme, že nejvíce respondentů (90 %) nemělo žádnou osobní zkušenost, nicméně při dotazování tito respondenti uvedly, že o józe slyšeli od svých blízkých a uvažují, že ji někdy vyzkouší. Pouze jeden respondent neodpověděl

#### **Otázka č. 11: Jakou hodnotu může jóga přinést dětem z DD?**

Komparací odpovědí respondentů na otázku č. 11 v odvolání se na graf č. 10 zjistíme, že nejvíce respondentů (86 %) považuje za přínos jógy protažení těla (36 %) a zklidnění mysli (50 %), ostatní výpovědi se mírně lišily, ale v podstatě vyjádřily pozitivní vliv na tělo nebo mysl.

#### **Otázka č. 12: Setkal/a jste se s dítětem se zkušeností jógy?**

Komparací odpovědí respondentů na otázku č. 12 v odvolání se na graf č. 11 zjistíme, že nejvíce respondentů (90 %) se setkala s dítětem, které zkušenost s jógou mělo, bližším zjištěním vyšlo najevo, že v dětském domově i dříve probíhalo praktikování jógy, ale z finančních důvodů bylo ukončeno.

#### **Otázka č. 13: Jaký na něj měla vliv?**

Komparací odpovědí respondentů na otázku č. 13 v odvolání se na graf č. 12 zjistíme, že při snaze zhodnocení vlivu jógy na konkrétní dítě z dětského domova, většina respondentů neměla vyhraněný názor (50 %), respektive nedovedlo posoudit, 20% respondentů mělo názor neutrální, pouhých 20 % respondentů spatřovalo v konkrétní aplikaci jógy pozitivní vliv a 10% názor byl negativní.

**Otázka č. 14: Co očekáváte od cvičení jógy s vašimi svěřenci/jaký vliv by měla jóga na Vaše svěřence mít?**

Komparací odpovědí respondentů na otázku č. 14 v odvolání se na graf č. 13 zjistíme, že 100% respondentů má představu, jaký vliv by jóga měla na jejich svěřence mít, nejvíce respondentů (82 %) je přesvědčena, že by výsledkem mělo být zklidněné dítě, 18 % vidí vliv na dítě, které je zrelaxované.

**Otázka č. 15: Co si myslíte, že jóga obnáší?**

Komparací odpovědí respondentů na otázku č. 15 v odvolání se na graf č. 14 zjistíme, že 93 % všech respondentů předpokládá pozitivní dopad jógy na tělo i psychiku.

## 6.2 Metoda analýzy dat

Jak popisuje Hendl (2017), cílem analýzy je formou redukce, organizace, syntézy a sumarizace docílit vyhodnocení validního významu badatelského zkoumání. U kvalitativního výzkumu se většinou v případě strukturovaných studií analyzuje již v průběhu výzkumu, zatímco u kvantitativních studií typu experimentu či statistického šetření dochází k analýze až po sběru dat. Zpracování dat zahrnuje také proces kódování, který byl použit v této diplomové práci (Hendl, 2017).

**Tabulka č. 1: Přehled odpovědí dotazníkového šetření**

Otázka / číslo	Odpověď								
1.	žena 8x	muž 2x							
2.	55 let 1x	47 let 1x	64 let 1x	57 let 1x	23 let 1x	29 let 1x	24 let 1x	26 let 2x	54 let 1x
3.	Vedoucí pracovník 2x	Vychovatel 8x							
4.	Středoškolské 2x	Vyšší odborné 0x		Bakalářské 4x		Magisterské 4x		Doktorandské 0x	
5.	10x								
6.	8 let 10x								
7.									
8.	ADHD, LMP 10x								

9.	Ano 10x	NE 0x						
10.	Cvičím občas 0x	Cvičím pravidelně 0x	Žádnou 9x	Nezodpovězeno 1x				
11.	Protažení těla 5x	Zklidnění mysli 7x	Dobrou fyzickou kondici 1x		Vše 0x	Jiné – zábava 1x		
12.	Ano 9x	Ne 1x						
13.	Pozitivní 2x	Negativní 1x	Neutrální 2x					
14.	Zrelaxované dítě 2x		D. s lepší fyz. kond. 0x		Zklidněné dítě 9x	Jiné 0x		
15.	Relax, zklid. mysli, protažení těla 4x	Odpověď v podobě namalované ho ovoce 1x	Dech. cvičení 1x	Otevřená mysl 1x	Radost z pohybu, učení se zacházení s tělem, myslí, emocemi 2x	Nezodpověz. 1x		

Zdroj: vlastní zpracování

### 6.2.1 Analýza dotazníkového šetření

Kvantitativní metoda šetření prostřednictvím dotazníkového zkoumání měla za cíl popsat zkoumané oblasti výzkumu. Metoda se zaměřila na respondenty z řad pedagogických pracovníků a vychovatelů. Dotazníkové šetření disponovalo následujícími typy otázek a v tabulce jsou uvedeny pouze pod čísly z důvodů nedostatku místa. Otázka první až osmá byla povinná, patnáctá otázka byla otevřená, kdy se respondenti mohli rozepsat vlastními slovy.

### 6.2.2 Analytické shrnutí odpovědí:

- mužů byla pětina 2/10, oba vychovatelé, jeden měl středoškolské a jeden bakalářský stupeň VŠ vzdělání, ten se středoškolským vzděláním patřil do mladší skupiny (do 30 let) a ten s VŠ do starší (nad 30 let)
- Žen byly čtyři pětiny 8/10, obě vedoucí byly ženy magisterského vzdělání a oběma bylo nad 30 let; většina žen měla vysokoškolské vzdělání 7/8, polovina žen byla starší 30 let (4/8)
- Cvičenci měli buď ADHD a nebo LMP a všichni cvičili jógu
- Drtivá většina respondentů nemá žádnou zkušenost s jógou (9/10), jeden neodpověděl (1/10)
- Většina respondentů se domnívá, že jóga může děti zklidnit (7/10), polovina

- respondentů také vnímá jako přínos protažení těla (5/10) a výhody nového zájmu a dobré fyzické kondice vnímá pouze jeden respondent (vždy po 1/10)
- Většina respondentů nemá vyhraněný názor na to, jaký vliv mělo cvičení jógy na jejich svěřence (5/10 nemůže posoudit, 2/10 neutrální postoj); pětina respondentů vnímá vliv jógy jako pozitivní (2/10), jeden jako negativní (1/10)
  - Na dotaz jaký by měla jóga vliv na svěřence respondentů, drtivá většina (9/10) uvedla, že by se dítě zklidnilo; pětina respondentů (2/10) uvedla, že by dítě bylo zrelaxované; nikdo neuvedl, že by došlo k zlepšení fyzické kondice svěřence ani nevymyslel další výhodu (vždy 0/10)
  - Na obecnou otázku, co jóga obnáší, nejvíce respondentů (4/10) odpovědělo, že protažení těla (jako protažení těla jsem zde interpretovala výpovědi: relax, protažení těla; pohyb; klid; protažení těla; protažení, zrelaxování), stejný počet respondentů (4/10) také odpověděl, že jóga přináší zklidnění mysli (jako zklidnění mysli jsem interpretovala výpovědi: zklidnění mysli; uklidnění; klid; v souvislosti se zklidněním mysli; zklidnění); pětina respondentů považuje za přínos jógy dosažení harmonie (jako dosažení harmonie jsem interpretovala výpovědi: odpověď v podobě namalovaného ovoce; soulad); desetina respondentů (1/10) má za to, že jóga obnáší otevřenou mysl (výpověď: otevřená mysl), stejný počet (1/10) také uvedl, že považuje za vliv jógy radost z pohybu (výpověď: radost z pohybu); desetina respondentů uvedla, že jóga obnáší dechová cvičení (výpověď: dechová cvičení) a stejný počet (1/10) uvádí, že během jógy se má člověk učit správně pracovat s emocemi i vlastním tělem (výpověď: učit se správně zacházet s tělem a emocemi); jeden respondent (1/10) neodpověděl na otázku.

### 6.2.3 Analýza grafického znázornění

Výzkum probíhal dotazováním se vedoucích pracovníků a vychovatelek na možný vliv jógy na jejich svěřence. Otázky číslo 1 – 8 byly povinné a týkaly se demografického zjištění, kdy byly zjišťovány náležitosti, jako bylo pohlaví respondentů, jejich věk, pracovní zařazení, výše dokončeného vzdělání. Dále se

zjišťování týkalo počtu cvičících svěřenců, jejich věkový průměr, případné zdravotní postižení či porucha chování, a popis zdravotního postižení nebo poruchy chování. Otázky 1 – 4 řešily osobní data dotazovaných respondentů, otázky 5 – 8 se týkaly cvičících dětí a jejich zdravotního postižení. K hlavní výzkumné otázce (HVO) směřovaly otázky č. 14 – 15, k dílčí výzkumné otázce (DVO) směřovaly otázky č. 9 – 10 a č. 12 – 13. Jak bylo zjištěno, výzkumu se účastnilo výrazně více žen (80 %). Věk respondentů do 30 let a nad 30 let byl vyrovnaný. V rámci personálního zastoupení převažovalo více pracovníků středního managementu (80 %). Dosažené vzdělání bylo z 80 % vysokoškolské, z toho 40 % magisterské. Počet cvičících svěřenců byl při každém praktikování jógy naplněn ze 100 %. Věkový průměr cvičících svěřenců byl osm let, z toho se zdravotním postižením/poruchou chování 62 %.

#### **6.2.4 Zodpovězení HVO a DVO**

Znění HVO: Mohou jógová cvičení působit na zklidnění a relaxaci dětí z dětských domovů? Směřovaly k ní dotazníkové otázky č. 14 a 15.

**VÝSLEDEK:** Všichni respondenti měli jasnou představu o účincích jógy, více jak dvě třetiny dokázali zformulovat, že výsledkem je zklidněné dítě, méně jak čtvrtina dotázaných vnímá dítě zrelaxované. Téměř všichni respondenti vnímají pozitivní vliv jógy na tělesný i psychický stav.

Znění HVO: Mají zaměstnanci DD nějaké zkušenosti s cvičením jógy? Směřovaly k ní dotazníkové otázky č. 9 a 10; 12 a 13.

**VÝSLEDEK:** Přestože všichni respondenti o józe měli zprostředkované povědomí, nikdy se o ni z osobní potřeby nezajímali. I když se většina respondentů setkala s dítětem s jógovou zkušeností, většina z nich neměla na očekávaný výsledek plynoucí z jógy vyhraněný názor.

### 6.3 Shrnutí výsledků výzkumu

Vzhledem k výše popsaným výsledkům lze konstatovat, že přestože v dětském domově probíhala cvičení jógy již v minulosti, pracovníci dětského domova se blíže a určitěji o praktikování jógy nezajímali. Mužů pracujících jako vychovatelé s vysokoškolským vzděláním byla pětina, čtyři pětiny tvořily ženy, převážně s vysokoškolským vzděláním a ve vedoucích pozicích. Většinou nikdo z pracovníků neměl s jógou žádné zkušenosti, a to i přesto, že se v zařízení již jóga praktikovala dříve. Oproti tomu ale věděli, co jóga přináší a jaký vliv na děti může mít. Respondenti dokázali přesně formulovat, jaké přínosy má jóga na tělo a na mysl, stejně tak, jako očekávali, že děti praktikování jógy zharmonizuje a připraví je na klidný spánek.

Na konci šetření jsem chtěla všem respondentům rozdat dotazníky znovu s doplňující otázkou, zda děti byly po praktikování jógy zklidněné a zharmonizované před spaním, bohužel již ředitelka dětského domova k tomuto nepřistoupila z časových důvodů, kdy nechtěla již více obírat o čas zaměstnance dětského domova, kteří jsou už tak dost vytížení. Sama mi však sdělila, že děti zklidněné a zharmonizované byly a oproti jiným svěřencům i lépe a klidněji spaly po celou noc.

Uvědomuji si, že zkoumaný vzorek byl příliš malý. Dále, nejenže jsem neměla možnost výběru respondentů, neměla jsem ani možnost zadat evaluační dotazník na závěr výzkumu. Z těchto důvodů nejsou moje zjištění zobecnitelná, nicméně se domnívám, že mnou zjištěné poznatky jsou zajímavé a zasloužily by si další zkoumání. Důležitý je zejména poznatek, že cvičení jógy působí na děti z dětských domovů relaxačně, zklidňuje je, což je nejen důležité při večerním cvičení před ukládáním k spánku, ale může mít vliv i na zmírnění výchovných problémů a problémů plynoucích celkově z poruch chování a zejména specifických poruch chování (ADHD).

## 6.4 Diskuse

Od tohoto výzkumu jsem očekávala, že prokáže všeobecně pozitivní vliv jógy na děti a jejich psychiku. Což se v podstatě prokázalo i v malém časovém úseku a na malém vzorku výzkumu. Jak mohu sama posoudit z působení v dětském domově, děti, i ty s poruchou chování, byly nakonec zaujaté cvičením natolik, že během praktikování byly disciplinované, zajímaly se o to, zda jednotlivé ásany praktikují správně a před spaním byly zklidněné a zharmonizované, což mi potvrdila i sama ředitelka domova. Před zahájením výzkumu bylo s ředitelkou dětského domova domluveno, že budu praktikovat jógu s dětmi ve večerních hodinách těsně před uložením dětí ke spaní. Ředitelka, stejně jako ostatní respondenti, předpokládala, že jóga děti zharmonizuje a zklidní po celém dni a ony tak budou lépe usínat a celkově i klidněji spát. Přestože přetrvává můj názor, že ředitelka využila možnosti nabídky zdarma praktikovat s dětmi jógu pro obohacení a rozličnost denních aktivit dětí, chápu ji a nedivím se ani příliš jejímu dalšímu nevyhovění v případě následného vyplnění druhého dotazníku, který měl potvrdit či vyvrátit, zda a případně jaký vliv na malé svěřence jóga měla. Nechtěla své zaměstnance již více časově zatěžovat.

Přestože pracovníci dětského domova uvítali možnost charitativní nabídky s dětmi jógu cvičit, blíže a určitěji se o praktikování jógy nezajímali. Je to škoda nejen pro ně samotné, ale i pro jejich svěřence, protože, jak uvádí i Krejčí a další autoři zmiňovaní v této diplomové práci. Cvičení a pohyb děti milují a zároveň pozitivně působí na jejich tělesný i psychický systém. Dnes již existuje o józe dostatek odborné i kvalitní literatury, která je určena také pedagogickým pracovníkům a poskytuje jim mnoho námětů, jak cvičit s dětmi a učit je relaxaci, zklidnění mysli, ale prohlubovat i jejich fyzickou kondici. Obětavost pracovníků dětského domova je obrovská a jejich přístup k dětem je víc než příkladný. Často pracují nad rámec svých povinností a těžko tedy po nich ještě chtějí, aby se vzdělávali v praktikování jógy. Práce s malými dětskými klienty je pro ně posláním, milují ji, jinak by ji ani nemohli dělat. Pro svoje malé klienty pořádají různé aktivity od maškarního plesu počínaje, přes sportovní akce až divadelními představeními konče. Nemůžeme se divit, že přestože uvítali cvičení s dětmi v rámci charitativního projektu, nemohou v této aktivitě pokračovat sami. Museli by projít trenérským výcvikem a ten je náročný nejen na

peníze, ale především na čas. Je to tedy spíš na systému, který by jógu mohl začlenit do běžné základní výuky a tím umožnil i dětem z dětských domovů se jí věnovat.



## ZÁVĚR

Diplomová práce na téma **Jóga a její vliv na psychiku dětí a mládeže v rámci charitativního projektu** se týkala zhodnocení, jaký vliv na psychiku může jóga mít u dětí žijících v dětském domově.

V teoretické části byly charakterizovány obecné pojmy, východiska a definice týkající se charity, sociální práce a jógy a charakterizovány pojmy s tématem související. Jako hlavní metodu jsem použila anonymní dotazníkové kvantitativní šetření s pedagogy a vychovateli v dětském domově ve Středočeském kraji, kde jsem v rámci charitativního projektu trávila čas s dětmi a prakticovala s nimi jógu po dobu třech měsíců. Po ukončení jsem provedla komparaci odpovědí a na základě jejich analýzy a následné syntézy navrhla vlastní doporučení. Teoretická část práce byla zpracována na základě analýzy informací z odborné literatury. Byly charakterizovány základní pojmy z dané oblasti, které poskytly teoretický základ pro část praktickou a umožnily čtenáři orientaci v problematice. V závěru práce byly shrnuty poznatky z vlastního šetření.

Šetření bylo v dětském domově prvotní a přineslo zajímavá data. Týkala se pracovníků domova, kteří vesměs neměli ani zkušenosti s jógou, ale ani požadavky, které by od ní očekávali. U dětí bylo patrné, že je cvičení bavilo, byla tam i děvčata, která měla s jógou již určité zkušenosti. Děti s postižením byly při cvičení zklidněné, zdárně prakticovaly jednotlivé ásany. Celkově děti působily uvolněně a spokojeně, což potvrzovali i pracovníci dětského domova. Na základě zjištěných dat by bylo vhodné pokračovat s výzkumem obšírněji a déle. Zajímavé by bylo rozdělit cvičence na tři skupiny, kdy první by byly pedagogičtí a výchovní pracovníci. Druhou skupinu by tvořily děti zdravé a třetí skupinu děti se zdravotním postižením či poruchou chování.

Bylo konstatováno, že přestože se pedagogičtí pracovníci domnívali, že nemají žádná nebo mají minimální povědomí o tom, co jóga představuje, přináší, nakonec se v datech ukázalo, že si uvědomovali pozitivní vlivy na dětské klienty. Pro nedostatek času již nebyla zpracována následná studie, která by detailněji zkoumala výpovědi pracovníků dětského domova po ukončení prakticování jógy. Během tří měsíců, kdy cvičení probíhalo, jsem prováděla sondy mezi zaměstnanci dětského domova formou

krátkých dotazů, které jsem si zapisovala. Z nich vyplynulo, že i takto relativně krátké cvičení dětem prospívalo, lépe usínaly, byly zharmonizované a méně plačtivé. Cílem diplomové práce bylo pokusit se zjistit a případně dokázat, že jóga jako kvalitní tělesné cvičení má vliv na psychiku dětí a zároveň je nápomocná při jejich resocializaci. Jak prokázaly v diplomové práci citované odborné články a publikace podložené výzkumnou činností, jógou a jejím využitím v resocializaci dětí a mládeže se zabývají renomovaní odborníci z řad lékařů, sociálních pracovníků, sociálních pedagogů a dalších, kteří svými výzkumy již mnohokrát prokázali, že jóga vedle účinků na fyzické tělo má i blahodárné účinky na psychiku. Domnívám se, že jsem alespoň částečně prokázala, že jóga u dětí v DD svými meditačními ásanami zklidňuje a relaxuje mysl u dětí a mládeže a dosahuje jejich harmonizaci a vyladění se v běžném životě. Už z praktikování jógy v dětském domově jsem měla možnost na dětech vidět, že jsou klidné a pozitivní, když měly cvičit jednotlivé ásany. I forma šetření prokázala v rámci možností naplnění cíle této diplomové práce. Jak jsem již prokázala i v jiné diplomové práci, touto oblastí se zabývají i odborníci na dospělou, zdravou i zdravotně postiženou populaci, kde výzkum blahodárné účinky jógy prokázal rovněž. Je tedy načase začít vyvolávat celospolečenskou odbornou i veřejnou diskuzi, jak by se dalo toto cvičení efektivně začlenit do běžné pravidelné výuky ve školách, např. v rámci relaxačních chviliek nebo tělesné výchovy, a tím se stalo stálou součástí edukace moderního člověka.

Dovoluji si závěrem také podotknout, že práce s dětmi v rámci charitativního projektu byla pro mě obrovským přínosem. Zářivé oči a šťastné výrazy ve tvářičkách těch malých dětí vždy, když jsem na cvičení dorazila, byly obrovskou odměnou. Bylo krásné, když se přitulily a chtěly pohlazení. Když se snažily cvičit a byly šťastné, že jim ásany jdou. Práce zaměstnanců domova je, stejně jako jiná práce v sociálních službách, nedostatečně ohodnocena. Přitom je to práce pro společnost. Těším se, až ukončím školu a budu v tomto dětském domově ve své dobrovolnické charitativní činnosti moci dál pokračovat a přinášet tak radost těmto malým klientům.

Domnívám se, že jóga si zaslouží mnohem větší zájem a prosazování, než je tomu doposud. Na její propagaci se podílejí pouze soukromá zařízení, která ji využívají především k obchodním aktivitám, což není určitě na škodu. Na to, aby se jednotlivé

jógové ásany staly běžnou součástí zdravého životního stylu každého jedince, bych doporučovala ještě větší informovanost, propagaci a výzkum tohoto cvičení, aby oslovil širší obec nejen veřejnou, ale především odbornou z řad lékařů, pedagogů, psychologů, etopedů, sociálních pracovníků a všech dalších, kteří by projevili zájem o jógu a společnými silami se pokusili o prosazení tohoto blahodárného cvičení a meditace do každodenních aktivit dětí ve školních třídách i tělocvičnách. Žijeme ve společnosti, která potřebuje transformaci, aby se mohla vrátit ke své lidskosti, proto si dovoluji diplomovou práci zakončit citátem:

*„Jóga nejen mění způsob, jakým vidíme věci, ale transformuje člověka, který vidí.“*  
(B.K.S. Lyengar)

## **Abstrakt**

Diplomová práce na téma „**Jóga a její vliv na psychiku dětí a mládeže v rámci charitativního projektu**“ se věnovala aktuálnímu a společensky významnému tématu. V úvodu byla vysvětlena důležitost tohoto tématu a motivace autorky k jeho zpracování.

První část práce se zabývala teoretickými východisky, významem charitativní a sociální práce, její historií i současností. Další kapitola v teoretické části se věnovala pojmům z oblasti jógy. Popsány zde byly historické souvislosti jógy jak v zahraničí, tak i její rozvoj v České republice. Zdůrazněné byly různé techniky a druhy jógy, včetně jejího příznivého působení na tělesnost i psychiku. Samostatná kapitola se pak věnovala procesu resocializace marginálních skupin dětí a mládeže a vysvětlovala uplatnění jógy v tomto procesu. V praktické části bylo představeno místo šetření a respondenti. V rámci charitativního projektu autorka diplomové práce prováděla s dětskými svěřenci v mladším školním věku jógová a meditační cvičení. Pro vlastní výzkum byla použita metoda kvantitativního šetření dotazníkovou formou s deseti respondenty z řad pedagogických a výchovných pracovníků dětského domova. Jejich odpovědi byly vyhodnoceny s využitím metody analýzy a komparace. Na základě zjištěných faktů bylo vysloveno shrnutí výsledků výzkumu s vlastním doporučením.

## **Klíčová slova**

Sociální práce, etopedie, ústavní péče - dětský domov, jóga, psychická deprivace dětí, resocializace mládeže.

## **Abstract**

The diploma thesis "Yoga and its impact on the psyche of children and youth in the scope of a charity project" dealt with a current and socially important topic. The introduction explained the importance of this topic and the author's motivation for its elaboration.

The first part of the thesis deals with the theoretical background, the importance of charity and social work, its history and present. The next chapter in the theoretical part was devoted to the concepts of yoga. The historical context of yoga in the Czech Republic as well as abroad was described there. Various techniques and types of yoga were emphasized, including its beneficial effects on physicality and psyche. A separate chapter was then devoted to the processes of re-socialization of marginal groups of children and youth along with an explanation of how to use the yoga in this process. In the practical part, the survey has been placed and the respondents were introduced. As part of the charity project, the author of the thesis performed yoga and meditation exercises with children at younger school age. A quantitative survey method with ten respondents from the ranks of pedagogical and educational workers of the children's home was used for the research itself. Their responses were evaluated using the method of analysis and comparison. Based on the findings, a summary of the research results with its recommendations was made.

## **Keywords**

Social work, etopedy, institutional care - children's home, yoga, psychological deprivation of children, resocialization of youth.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### MONOTEMATICKÉ PUBLIKACE

BERNARD, Claudia, HARRIS, Perlita. *Safeguarding Black Children: Good Practice in Child Protection*. 2016. ISBN 9781849055697.

BIGELOW, Brian J. There's an Elephant in the Room: The Impact of Early Poverty and Neglect on Intelligence and Common Learning Disorders in Children, Adolescents, and Their Parents. *Developmental Disabilities Bulletin*[online]. 2006. ISSN 11840412.

BÖHNISCH, Lothar. *Social work: a problem-oriented introduction / Lothar Böhnisch, Wolfgang Schröer ; translation by Anne Ellen Koth*. 2017. ISBN 9783110431322.

CAKIRPALOGLU, Panajotis a Richard KOŘÍNEK. Předškolní vzdělávání a školní zralost dětí ze sociálně znevýhodněného prostředí. *Psychologie a Její Kontexty / Psychology* [online]. 2014. ISSN 18039278.

DOLEŽALOVÁ, Věra. *Jóga pomáhá léčit: poznatky z indických středisek léčby jógy*. Praha: Stratos, ©1993. 74 s. ISBN 80-901472-0-8.

DOROTA, Pstrąg. Transformations in social space and the functioning of school. *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Гуманитарные науки* [online]. 2016. ISSN 20723024.

EDENS, Patricia Stanfill. Children's mental health. *Salem Press Encyclopedia of Health* [online]. 2019.

ELIADE, Mircea. *Jóga, nesmrtelnost a svoboda*. Překlad Jiří Našinec a Jiří Vízner. Vyd. 1. Praha: Argo, 1999, ©1998. 325 s. ISBN 80-7203-092-2.

FISCHER, Slavomil. *Etopedie v penitenciární praxi*. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2006, 183 s. ISBN 80-7044-772-9.

FOLLETO, J. The effects of yoga practice in school physical education on children's motor abilities and social behavior. *International Journal of Yoga* [online]. 2016. ISSN 09736131.

GHEORGHİȚA, Nistor. Education Of Children: Access To Services, Factors And Conditions Of Exclusion. *Sociology and Social Work Review* [online]. 2017. ISSN edsrep.

HENDL, Jan a REMR, Jiří. *Metody výzkumu a evaluace*. Vydání první. Praha: Portál, 2017. 372 stran. ISBN 978-80-262-1192-1.

CHEN, Ping. *Assimilation of Immigrants and Their Adult Children: College Education, Cohabitation, and Work*. 2010. ISBN 9781593323912.

CHIMIKLIS, Alyssa L., Victoria DAHL, Angela P. SPEARS, Kelly GOSS, Katie FOGARTY a Anil CHACKO. Yoga, Mindfulness, and Meditation Interventions for Youth with ADHD: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Child* [online]. 2018. ISSN 10621024.

JACKSON, Liz. Must children sit still? The dark biopolitics of mindfulness and yoga in education. *Educational Philosophy* [online]. 2020. ISSN 00131857.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a ŽÁČKOVÁ, Hana. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 238 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2697-7.

KAŹMIERCZAK, Arkadiusz. Resocializing values of sport. *Journal of Education, Health and Sport* [online]. 2018. ISSN 23918306.

KREJČÍ, Milada. *Uplatnění jógy v resocializačním procesu dětí a mládeže*. Vyd. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1998. 205 s. ISBN 80-7040-311-X.

KREJČÍ, Milada. *Setkání s jógou: jóga jako prostředek rozvoje zdraví dětí na 1. stupni ZŠ*. 2. vyd. České Budějovice: EM Grafika, 2003. 115 s. ISBN 80-239-2052-9.

LALITHA, Krishnasamy. Effectiveness of Yoga on Children with Psychiatric Problems. *International Journal of Child Development and Mental Health*. 2017. ISSN 22867481.

LANE Jane. *Young Children and Racial Justice: Taking Action for Racial Equality in the Early Years 13 Understanding the Past, Thinking About the Present, Planning for the Future*. 2008. ISBN 9781905818259.

LANGMEIER, Josef a MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. Vyd. 4., dopl., V nakl. Karolinum 1. Praha: Karolinum, 2011. 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.

LAWLER, Jamie M., Camelia E. HOSTINAR, Shanna B. MLINER a Megan R. GUNNAR. *Disinhibited social engagement in postinstitutionalized children: Differentiating normal from atypical behavior. Development* [online]. 2014. ISSN 09545794.

LÍSKOVCOVÁ, Ilona. Analýza výchovných problémů u klientů z hlediska výchovné péče z hlediska zdravotního, psychologického a sociálního. 2007. 120 s. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071785490.

MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 807178771X.

MATOUŠEK, Oldřich, PAZLAROVÁ, Hana a BALDOVÁ, Lenka. *Individuální plánování služeb u ohrožených dětí a mladistvých s důrazem na děti odcházející z ústavní výchovy*. 1. vyd. Praha: Člověk hledá člověka, 2008. 34 s. ISBN 978-80-254-2756-9.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. 309 s. ISBN 978-80-262-0211-0.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. 395 s. ISBN 978-80-262-0213-4.

MEHTA, Mira. *Co je to jóga: systematický průvodce po Iyengarově metodě jógy pro relaxaci, zdraví a duševní a tělesnou pohodu*. Překlad Markéta Řapková. Čes. vyd. 1. Praha: Svojtka a Vašut, 1996. 95 s. ISBN 80-7180-058-9.

MITCHELL, Wendy, Anita FRANKLIN, Veronica GRECO a Margaret BELL. *Working with Children with Learning Disabilities and/or who Communicate Non-verbally: Research Experiences and their Implications for Social Work Education, Increased Participation and Social Inclusion. Social Work Education* [online]. 2009. ISSN 02615479.

POLÁŠEK, Milan. *Joga*. 1. vyd. Bratislava: Šport, 1985. 176 s.

PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 5., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2013. ISBN 9788026204565.



RASHEDI, Roxanne N., Mil WAJANAKUNAKORN a Christine J. HU. Young Children's Embodied Experiences: A Classroom-Based Yoga Intervention. *Journal of Child* [online]. 2019. ISSN 10621024.

RAZZA, Rachel A., Rachel Uveges LINSNER, Dessa BERGEN-CICO, Emily CARLSON a Staceyann REID. The Feasibility and Effectiveness of Mindful Yoga for Preschoolers Exposed to High Levels of Trauma. *Journal of Child* [online]. 2020. ISSN 10621024.

RETZ, Wolfgang a Michael ROSLER. The Relation of ADHD and Violent Aggression: What Can We Learn from Epidemiological and Genetic Studies? *International Journal of Law* [online]. 2009. ISSN 01602527.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie]: přepracované vydání*. 3. vyd. Praha: Portál, 2014. 390 s. ISBN 978-80-262-0772-6.

SLOMEK, Zdeněk. *Etopedie*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. 96 s. ISBN 978-80-86723-84-6.

SOVÁK, Miloš, Ludvík EDELSBERGER a Tomáš EDELSBERGER. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000. ISBN 8086022765.

STEINER, Vojtěch. *Dějiny jógy*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 115 s. ISBN 978-80-204-2392-4.

STEPHENS, Ina. Medical Yoga Therapy. *Children* [online]. 2017. ISSN 22279067.

STEPHENS, Ina. Case report: The use of medical yoga for adolescent mental health. *Complementary Therapies in Medicine* [online]. 2019. ISSN 09652299.

STEPHENS, Mark. *Vyučujeme jógu: nezbytné základy a techniky*. 1. vyd. Brno: CPress, 2014. 352 s. ISBN 978-80-264-0190-2.

STEINER, Vojtěch. *Dějiny jógy*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 115 s. ISBN 978-80-204-2392-4.

STUHLÍKOVÁ, Iva a PROKEŠOVÁ, Ludmila. *Zvládání emočních problémů školáků*. Vyd.1. Praha: Portál, 2005.170 s. Pedagogická praxe. ISBN 80-7178-534-2.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Parta, 2012. 219 s. ISBN 978-80-7320-176-0.

TOPORKOVA, Olga, Ekaterina GLEBOVA, Inna V. VYSOTSKAIA a Victoria V. TIKHAEVA. Social Pedagogical Work with Different Age Groups in Germany. *International Journal of Environmental and Science Education* [online]. 2016. ISSN 13063065.

TRNKOVÁ, Lucie. *Náhradní péče o dítě*. Vydání první. Praha: Wolters Kluwer, 2018. xiv, 151 stran. Právo prakticky. ISBN 978-80-7552-864-3.

TSYBULKO, Liudmila. *Social-pedagogical work with children who are forcedly resettled from the zone of military conflict to the specially created settlements. Profesionalizm Pedagoga: Teoretični j Metodični Aspekti* [online]. 2016. ISSN 24149292.

VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008a. 136 s. ISBN 978-80-210-4573-6.

WIŚNIEWSKA, Anna. *Wartość sportu ze względu na pleć, rekreacje ruchową, resocjalizację i proces rehabilitacji. The value of sport in the aspect of sex, recreation movement, resocialization and the process of rehabilitation. Journal of Education, Health and Sport* [online]. 2015. ISSN 23918306.

ZEANAH, Charles H. a Nathan A. FOX. Temperament and Attachment Disorders. *Journal of Clinical Child* [online]. 2004. ISSN 15374416.

ZIKEŠOVÁ, Marcela. *Jóga nejen pro děti, aneb, Jak sluníčko pozdravit a dušičku pohladit*. Vyd. 1. Praha: Erika, 2005. 141 s. ISBN 80-7190-662-X.

ŽÁČKOVÁ, Hana a JUCOVIČOVÁ, Drahomíra. *Relaxace nejen pro děti s ADHD: máte neklidné, nesoustředěné dítě?*. 4. vyd. Praha: D + H, 2008. 62 s., [15] s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-903869-8-3.

## SERIÁLOVÉ PUBLIKACE

Sborník z konference „Bez bariér - bez hranic = Wolumen z konferencji Bez barier - bez granic“. Český Těšín: Trianon, z. s. 2003.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky: vysokošk. učebnice pro pedagog. fakulty*. 6. vyd. Praha: SPN, 1986. 231 s. Knižnice speciální pedagogiky. Učebnice pro vys. školy.

VOCILKA, Miroslav a kol. *Vybrané statě z etopedie*. Vyd. 1. Most: Regionální středisko výchovy a vzdělávání, 1994. 91 s.

## ELEKTRONICKÉ ZDROJE

AMNESTY INTERNATIONAL. *Amnesty International kritizuje ČR za diskriminaci Romů v školách*. [online]. 2015. ISSN edsano.

Dostupné z: <https://www.amnesty.cz/news/4631/romove-antisemitismus-i-projevy-nenavisti-vybor-osn-kritizuje-cesko>

ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE. *Zpráva o aktuálních problémech společných dětské a dorostové psychiatrii a institucionální výchově. Integrovaný portál*. 2020. Dostupné z <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=858>

KVIC. *Duševní poruchy dětí v podmínkách DD. Integrovaný portál*. 2020.

Dostupné z <https://www.kvic.cz/Dusevni-poruchy-deti-v-podminkach-detskych-domovu-v-adaptacnim-obdobi>

MŠMT ČR. *Integrovaný portál MŠMT Databáze ústavní výchovy*. 2019. [online].

Dostupné z <https://dbuv.msmt.cz>

MVČR. *Integrovaný portál MVČR Hodnocení systému péče o ohrožené děti*. 2019.

Dostupné z <https://www.mvcr.cz/clanek/hodnoceni-systemu-pecce-o-ohrozene-deti.aspx>

ŠMARHOVYČOVÁ, Jolana. *Romové jsou demotivováni, i když vystudují, tak je pro ně složité najít práci* [online]. 2017. ISSN edsano.

Dostupné z: <https://www.romea.cz/cz/zpravodajstvi/domaci/jolana-smarhovycova-romove-jsou-demotivovani-i-kdyz-vystuduji-tak-je-pro-ne-slozite-najit-praci>

CITÁTY NET. *Webové stránky Citáty.net*. Dostupné z <https://citaty.net/temata/joga/>

## SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf č. 1: Respondenti podle pohlaví.....	72
Graf č. 2: Věk respondentů.....	73
Graf č. 3: Pracovní pozice respondentů.....	73
Graf č. 4: Vzdělání respondentů.....	74
Graf č. 5: Počet cvičících svěřenců.....	74
Graf č. 6: Věkový průměr cvičících svěřenců.....	75
Graf č. 7: Z toho se zdravotním znevýhodněním.....	75
Graf č. 8: Měli jste někdy svěřence, který cvičil jógu.....	77
Graf č. 9: Jakou máte osobní zkušenost s jógou.....	78
Graf č. 10: Jakou hodnotu může jóga přinést.....	78
Graf č. 11: Setkal/a jste se s dítětem se zkušeností jógy.....	79
Graf č. 12: Jaký na něj měla vliv.....	79
Graf č. 13: Jaký vliv by měla jóga na Vaše svěřence mít.....	80
Graf č. 14: Co si myslíte, že jóga obnáší.....	80
Obrázek 1: Součinnost sociální práce s dalšími obory.....	10
Obrázek 2: Schéma rozvoje psychosomatického onemocnění.....	53
Tabulka č. 2: Přehled odpovědí dotazníkového šetření.....	82

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1: Anonymní evaluační dotazník**

## Příloha č.1: Anonymní evaluační dotazník

# Anonymní evaluační dotazník

DIPLOMOVÁ PRÁCE NA TÉMA: " JÓGA A JEJÍ VLIV NA DĚTI A MLÁDEŽ V RÁMCI CHARITATIVNÍHO PROJEKTU".

*\*Povinné pole*

### 1. POHLAVÍ RESPONDENTA \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- ŽENA
- MUŽ

### 2. VĚK

.....

### 3. PRACOVNÍ ZAŘAZENÍ

*Označte jen jednu elipsu.*

- VEDOUCÍ PRACOVNÍK/PRACOVNICE
- VYCHOVATEL/KA

### 4. DOKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

*Označte jen jednu elipsu.*

- STŘEDOŠKOLSKÉ
- VYŠŠÍ ODBORNÉ DIS.
- VYSOKOŠKOLSKÉ BC.
- VYSOKOŠKOLSKÉ MGR.
- VYSOKOŠKOLSKÉ DOKTORANDSKÉ

### 5. POČET CVIČÍCÍCH SVĚŘENCŮ

.....

### 6. VĚKOVÝ PRŮMĚR CVIČÍCÍCH SVĚŘENCŮ

.....

### 7. Z TOHO ZDRAVOTNÍ POČET DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM/PORUCHOU CHOVÁNÍ

.....

### 8. O JAKÝ DRUH ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ SE JEDNÁ

.....

**9. MĚLI JSTE/MÁTE SVĚŘENCE, KTERÝ CVIČIL JÓGU?**

*Označte jen jednu elipsu.*

- ANO
- Ne

**10. JAKOU MÁTE OSOBNÍ ZKUŠENOST S JÓGOU?**

*Označte jen jednu elipsu.*

- CVIČÍM PRAVIDELNĚ
- CVIČÍM OBČAS
- ŽÁDNÉ

**11. JAKOU PŘIDANOU HODNOTU MŮŽE JÓGA PŘINĚST DĚTEM Z DĚTSKÝCH DOMOVŮ?**

*Označte jen jednu elipsu.*

- PROTAŽENÍ TĚLA
- ZKLIDNĚNÍ MYSLI
- DOBROU FYZICKOU KONDICI
- VŠE
- Jiné:

**12. UŽ JSTE SE SETKAL/A S DÍTĚTEM, KTERÉ MÁ S JÓGOU ZKUŠENOST?**

*Označte jen jednu elipsu.*

- ANO
- Ne

**13. JAKÝ NA NĚJ MĚLA VLIV?**

*Označte jen jednu elipsu.*

- POZITIVNÍ
- NEGATIVNÍ
- NEUTRÁLNÍ
- NEDOKÁŽU POSOUDIT

**14. CO OČEKÁVÁTE OD CVIČENÍ JÓGY S VAŠIMI SVĚŘENCI/JAKÝ VLIV NA DÍTĚ MÁ PODLE VÁS JÓGA MÍT?**

*Označte jen jednu elipsu.*

- ZRELAXOVANÉ DÍTĚ
- DÍTĚ S LEPŠÍ FYZICKOU KONDICÍ
- ZKLIDNĚNÉ DÍTĚ
- Jiné: .....

**15. CO MYSLÍTE, ŽE JÓGA OBNÁŠÍ?**

.....  
.....

