



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Realizování jógy u dětí s mentálním postižením v
kontextu koordinované rehabilitace

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Marie Láska

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Realizování jógy u dětí s mentálním postižením v kontextu koordinované rehabilitace“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 17.8.2017

Poděkování

Děkuji PhDr. Lence Motlové za odborné vedení mé práce, poskytování konzultací a její laskavý přístup. Vrchní sestře Lence Peckové děkuji za vstřícnost, poskytnutí důvěry a možnost praxe jógy s klienty zdravotního oddělení. Své rodině a svému manželovi děkuji za podporu, kterou mi během mých studií věnovali.

Abstrakt

Bakalářské práce se zabývá možnostmi využití jógy u dětí s mentálním postižením v kontextu rehabilitace. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole se věnuje obecně mentálnímu postižení, jeho kvalifikaci a vzniku. Druhá kapitola definuje koordinovanou rehabilitaci, její význam a použití. Třetí kapitola popisuje pojem jóga, její principy a historii. Zmínka je tu i o využití jógy v kontextu koordinované rehabilitace a její účinky na lidský organismus. Jsou zde přiblíženy jógové techniky a jejich využití. Výzkumná část byla zpracována formou kvalitativním výzkumu. Použitými technikami bylo zúčastněné pozorování, které bylo realizováno autorkou bakalářské práce u 3 dětí s mentálním postižením. Výzkum byl prováděn v Domově pro osoby se zdravotním postižením Nováček od září 2015 do května 2017. Dále případové studie, na jejichž základě byl získáván u jednotlivých zkoumaných případů hloubkový popis a byl sledován jejich vývoj s příslušnými procesy. Další technikou byla technika polostrukturovaného rozhovoru, který byl proveden s vrchní sestrou a fyzioterapeutkou zdravotního oddělení. Data získaná z polostrukturovaných rozhovorů pracovníků zdravotního oddělení, byla vyhodnocena metodou otevřeného kódování. Výsledkem výzkumu je detailně zpracovaná metodika jógového sezení, kterou lze využít pro všechny stupně mentálního postižení a může sloužit jako návod, jak jógu praktikovat v pobytových Sociálních službách. Podle mých zkušeností a za předpokladu pravidelného cvičení, jóga pozitivně ovlivňuje fyzický i psychický stav dítěte. Na základě provedených rozhovorů s pracovníky zdravotního oddělení, kde byl výzkum prováděn, vyplývá, že jóga má důležité místo v rehabilitačním programu.

Klíčová slova

Rehabilitace, koordinovaná rehabilitace, mentální postižení, jóga, manuál jógového sezení, pobytové sociální služby, kombinované postižení

Abstract

The thesis focus on any possibilities how to apply yoga for children with special needs into co-ordinated rehabilitation. It also notices the benefits of yoga to physical and mental conditions of the child with special needs.

The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter is generally dedicated to the mental disabilities, its classification and its genesis. The second chapter defines the co-operated rehabilitation itself and It describes the kinds of rehabilitation. The third chapter view the yoga in the context of the co-operated rehabilitation. There is a description of yoga history, the principles of yoga and its influence on the human body and also on the children's body. I also devote this chapter to the yoga techniques which can be apply in the co-ordinated rehabilitation.

The empirical part came from the quality research. The first tool of this research was the participating observation of three girls, which was done by the author of the thesis. The research was realized in the institution for disable people Nováček from September 2015 to May 2017. The second tool of research was the case study, which help to obtain deep characterization of the case studies and at the same time it was observed how the case studies were developing with own specific process. The last used tool was the half-structured interview with two employes of the health care department which was evaluated by the method Open coding. The result of the research is the detailed manual of the yoga session which is suitable for all levels of the mental disability and can be used as the instructions how to apply yoga in the context of the co-ordinated rehabilitation in all types of long stay institutions for children with special needs. The research proved the positive benefits of yoga to physical and mental conditions of the child with special needs. The employes acknowledge in the interview that yoga take an important part in the co-ordinated rehabilitation plan and should be ranked among standard tools of the rehabilitation.

Key words: Rehabilitation, co-ordinated rehabilitation, mental disability, yoga, handbook of yoga session, long stay welfare centre, welfare centre, combined disability

Obsah

Úvod	8
I Teoretická část	10
1 Mentální postižení	10
1.1 Klasifikace mentálního postižení	12
1.2 Zdravotní postižení kombinovaná	13
1.2.1 Charakteristika kombinovaného postižení	15
1.2.2 Vznik kombinovaného postižení	15
1.2.3 Klasifikace osob s kombinovaným postižením	16
2 Koordinovaná rehabilitace	17
2.1 Léčebná rehabilitace	18
2.2 Pedagogická rehabilitace	19
2.3 Sociální a pracovní rehabilitace	21
3 Jóga v kontextu koordinované rehabilitace	23
3.1 Historie jógy a její filozofie	23
3.3 Vliv jógy na dětský organismus	25
3.4 Jógové techniky využívané v koordinované rehabilitaci	26
3.4.1 Ásany	27
3.4.2 Pranajána	27
3.4.3 Relaxace	28
3.4.4 Mantra	29
II Výzkumná část	30
4 Metodologie	30
4.1 Cíl práce a výzkumné otázky	30
4.2 Metody kvalitativní výzkumné strategie	31
4.3 Metody a techniky sběru dat	31

4.4 Způsob zpracování dat	32
4.5 Realizace výzkumu	33
4. 6 Charakteristika zkoumaného vzorku	35
4.7 Etika výzkumu	36
5 Výsledky a jejich interpretace	37
5. 1 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č 1. Dívka 1	37
5.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 2 - Dívka 2	40
5. 3 PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 3 - Dívka 3	44
5.4 Jógová sestava vhodná pro děti se všemi stupni postižení	47
5.4.1 Zásady při cvičení jógy s dětmi s mentálním postižením	48
5.4.2 Manuál jógového sezení	48
Zdroj: Archiv autorky	68
5.5 Výsledky polořízených rozhovorů	68
5.6 Shrnutí výsledků s ohledem na HVO a DVO	71
5.7 Shrnutí výsledků výzkumného šetření	74
6 Diskuse	76
7 Závěr	81
Seznam literatury	83
Přílohy	89
Příloha 1- Polostrukturovaný rozhovor – VS a F – záznamový arch	89
Příloha 2 – Manuál jógových cviků	89

Úvod

Jóga je systém tělesných a duševních cvičení, jejímž cílem je pomoci každému z nás dosáhnout maxima svých možností a prožít trvalé zdraví a štěstí. Klasická jóga usiluje o ovlivnění stavu mysli, neboť do jaké míry dokážeme ovlivnit mysl, do takové míry dokážeme ovlivňovat celý organismus, a tedy i uzdravovat tělo. Proto jsem se již před 10 lety vydala cestou jógy, abych uzdravila své tělo i mysl. V roce 2011 jsem získala kvalifikaci cvičitelky jógy II. třídy a začala působit jako cvičitelka. V roce 2013 jsem v Londýně úspěšně absolvovala intenzivní kurz Yoga for children with special needs. Kurz probíhal pod vedením zkušené jógové terapeutky Sonia Sumar, která se specializuje na jógu pro mentálně postižené děti. Po návratu jsem začala působit jako dobrovolnice ve třídě Základní školy speciální v Plzni, kde jsem působila po dobu 2 let. Poté jsem se začala věnovat józe v domově pro osoby s postižením Nováček, Toto zařízení poskytuje sociální pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu mentálního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Výzkum jsem prováděla na oddělení zdravotní péče, kde jsou děti a osoby s těžkým mentálním postižením, a kde působím doposud.

Téma mé bakalářské Realizování jógy u dětí s mentálním postižením v kontextu koordinované rehabilitace práce jsem si zvolila proto, abych mohla propojit své jógové zkušenosti z praxe se získanými znalostmi ze studia na Zdravotně sociální fakultě JU a vytvořit manuál jógové terapie, která by byla vhodnou a účinnou součástí koordinované rehabilitace. Cvičení spočívá v práci s tělem na strukturní úrovni péči o správnou polohu obratlů, zvyšování ohebnosti a zpevněním svalů a šlach. Zároveň masíruje a regeneruje vnitřní orgány. Kožní, trávicí, lymfatická, kardiovaskulární a dýchací soustava jsou zbavovány odpadních látek a toxinů. Endokrinní nervová soustava se dostávají do rovnováhy a je harmonizována. Mozkové buňky jsou dobře vyživovány a stimulovány. Jógové cviky působí jako celek, uvádějí tělo, mysl, vědomí i duši do rovnováhy.

Jóga se dnes vyučuje celosvětově v jógových střediscích, na vysokých školách, ve zdravotnických zařízeních, sportovních klubech, rehabilitačních centrech a lázeňských domech. V zahraničí je jóga součástí koordinované rehabilitace a přikládá se i velkým

význam relaxaci a dechovému cvičení, což jsem měla možnost sama zažít v praxi při studiu v Londýně. Sama jsem byla svědkem, kdy při pravidelném cvičení jógy s dětmi s mentálním postižením docházelo již po krátké době k pozitivním účinkům jako eliminování tenze v těle, snížení spasmu, zkvalitnění spánku a zažívání a další. Celkově dítě bylo spokojenější a klidnější. V rámci koordinované rehabilitace v České republice se jóga dosud nepoužívá. Pouze ve fyzioterapii se z jógy využívají většinou průpravné cviky zvané sarva hita ásany, a to v rámci léčebné tělesné výchovy. Protože jóga je celostním systémem, můžeme velmi účinně pomoci klientům, jak na úrovni fyzické, tak i na úrovni mentální. Máme tak k dispozici po několik tisíc let používaný a časem prověřený komplexní integrální systém, který by mohl rozšířit pole působnosti koordinované rehabilitace. Člověka jako takového bychom měli vnímat především jako bytost, a nikoliv jen jako tělesnou schránku, kde sídlí mozek a další tělesné orgány. Jógu lze s úspěchem použít kromě jiného i jako velmi účinný individuální komunikační prostředek s mentálně postiženými lidmi. A právě proto vnímám jógu jako chybějící článek v koordinované rehabilitaci. Ve své práci jsem si dala za cíl na základě kvalitativního výzkumu a vlastních zkušeností s realizováním jógy u této cílové skupiny, navrhnout vhodné jógové sestavy u dětí s mentálním postižením. Dále chci zhodnotit výsledky svého výzkumu a poukázat na zjištěný vliv jógového cvičení na fyzický a psychický stav dítěte s mentálním postižením.

I Teoretická část

1 Mentální postižení

Podle Průchy (1998) lze tuto formu postižení charakterizovat jako opoždění ve vývoji rozumu. Přičemž slovo mentální je odvozeno z latinského *mens* = rozum a slovo retardace poté vzniklo z latinského *retardio* = opožďovat. Dle pedagogického slovníku lze mentální retardaci charakterizovat jako celkové snížení intelektových schopností „*kteřý vzniká v průběhu života jedince. Projevuje se sníženou schopností orientovat se v životním prostředí, omezenými možnostmi a sníženou sociální přizpůsobivostí*“ (Hartl, Hártlová, 2000, s. 442).

Osoba s mentálním postižením je, jak uvádí Kroufková (2007) v současné době z pohledu terminologie změněna na osobu, člověka s mentálním postižením. Pod osobou s mentálním postižením spatřuje autorka lidskou bytost, osobnost, individualita mající druhý stupeň postižení. Pojem osoby s mentálním postižením je dle autorky náhradou dříve používaného termínu mentální retardace, které bylo odvozeno z latinského *mens* – mysl a *retardio* – opoždění, zaostávání. Autorka dále dodává, že duševní zaostalost z pohledu minulosti a současnosti se nachází v mnohých rozporech a terminologické nejednotnosti. Česká i zahraniční odborná literatura proto poskytuje mnoho definic tohoto pojmu. Vítková (2004, s. 294) zmiňuje, že v terminologickém speciálně pedagogickém slovníku z roku 1983 byl pojem mentální retardace spojován s podprůměrným obecně intelektuálním fungováním osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování.

Další z autorů, kteří definuje mentální postižení je Pipeková (1998, s. 124), podle které jde o: „*stav charakterizovaný snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobit se požadavkům svého okolí. Jde o stav, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle provázen poruchami adaptace, tj. nižší schopností orientovat se v životním prostředí. Nedostatek v adaptaci na životní prostředí souvisí také se zpomaleným, zaostávajícím vývojem i s omezenými možnostmi vzdělávání a s nedostatečnou sociální přizpůsobivostí. Uvedené příznaky*

mohou mít různou intenzitu a mohou se projevovat samostatně nebo ve vzájemných kombinacích.“

Ještě starší definici podává Dolejší (1973, s. 38), který uvádí: *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některém z těchto činitelů: na nedostatečích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*“

Švarcová (2006) uvádí, že mentální postižení lze dělit podle období, ve kterém k postižení došlo, na vrozené a získané. Vrozené mentální postižení (dříve oligofrenie) – poškození či odchýlení ve vývoji nervového systému zhruba do dvou let dítěte. Získané mentální postižení (demence) – tato forma vzniká po druhém roce života dítěte, a to v důsledku poškození mozku nemocí či úrazem. Jedná se o proces, kdy dojde k narušení normálního mentálního vývoje.

Jestliže dojde k zaostávání schopností způsobených jinými důvody než je výše uvedené poškození centrálního nervového systému (dále jen CNS), je užíváno termínu pseudooligofrenie (Švarcová, 2006). Jankovský (2006) podotýká, že hlavní příčinou je nedostatečná stimulace dítěte jeho vnějším prostředím, v rozmezí 10 až 20 bodů se mohou na variaci inteligenčního koeficientu podílet i sociální faktory. Švarcová (2006) dále podotýká, že současnost nabízí nový trend v péči o postižené osoby, kterým je integrace, normalizace a humanizace. Slowik (2007) definuje sociální integraci jako proces rovnoprávného začleňování člověka do společnosti. Jedná se o vytváření optimálních podmínek pro začleňování těchto handicapovaných občanů do společnosti, umožnit jim v rámci možností žít normálním životem, kterým bezesporu není ústavní péče, ale naopak rodina, ve které jsou uspokojovány jejich potřeby (Švarcová, 2006). Respekt lidské svobody, důstojnosti a lidských práv těchto lidí by mělo být základem každého sociálního systému (Emerson, 2008).

1.1 Klasifikace mentálního postižení

Švarcová (2006) se také zabývá klasifikací mentálního postižení. K této problematice uvádí, že lidé s mentálním postižením mají výrazně sníženou inteligenci. Dále autorka čerpala informace ze Světová zdravotnické organizace se sídlem v Ženevě, která zpracovala pro klasifikaci mentálního postižení v současné době používanou 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN), která je platná od roku 1992. Podle ní se dělí mentální postižení do šesti kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace (Švarcová, 2006).

Zvolský (2001) se vyjadřuje k MKN – 10 charakterizující klinické znaky jednotlivých stupňů mentální retardace následovně:

a) Lehká mentální retardace (IQ 50-69, F – 10)

Charakteristickými znaky jsou opoždění řečového vývoje, kdy hlavní problémy se projevují až s nástupem do školy. Tito lidé jsou v sebeobsluze nezávislí, jsou schopni výkonu jednoduchých zaměstnání a v prostředí sociálně nenáročném se pohybují bez problémů a jakýchkoliv omezení. Velký význam má u těchto lidí výchovné prostředí. Organická etiologie se objevuje u klientů.

b) Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49, F 71)

Výrazné omezení se projevuje v oblastech myšlení a řeči, v oblasti sebeobsluhy potřebují pomoci, je nutné poskytnout jim chráněné prostředí po celý život (bydlení, zaměstnání). Edukace je omezena na trivium, řečové dovednosti jsou jednoduché a obsahově chudá, a to nejen u dětí, ale i u dospělých osob. V některých případech zůstává u nonverbální komunikace. Velmi často je toto postižení kombinováno s epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami. Etiologie je většinou na organické úrovni.

c) Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34, F 72)

Opoždění v psychomotorickém vývoji se projevuje již v předškolním věku. Sebeobsluha je silně a trvale limitována, v podstatě jí jedinci nejsou schopni. Potrava

musí být speciálně upravena. Vývoj řeči stagnoval již na předřečové úrovni. Nejčastěji je toto postižení kombinováno s motorickými poruchami a celkovým poškozením CNS. Poruchy chování jsou nejčastěji spatřovány v stereotypu pohybů, hraní s fekáliemi, sebepoškozování, afektivní a agresivní chování.

d) Hluboká mentální retardace (IQ méně než 20, F 73)

Tito pacienti vyžadují trvalou péči i v nezákladnějších úkonech. Často je spojeno s těžkým senzomotorickým postižením a neurologickými poruchami. V oblasti komunikace jsou schopni porozumět jednoduchým požadavkům, převažuje nonverbální komunikace. Etiologie je organická, spojená s nejtěžšími perverzními poruchami.

e) Jiná mentální retardace (F 78)

Pokud není možné stanovit jednoznačně jeden z výše uvedených stupňů postižení a jsou li přidruženy poškození sensorická nebo somatická jako např. nevidomí, neslyšící, nemluvící, těžké poruchy chování, autisti a těžce tělesně postižení.

f) Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)

Jak již název napovídá, jedná se o prokazatelnou retardaci, ale není možné ji jednoznačně zařadit do výše uvedených kategorií. Vše je tedy nejasné, není specifikována retardace, mentální abnormalita ani oligofrenie.

Švarcová (2006) ještě podotýká, že ve výše uvedené klasifikaci není uvedena mírná mentální retardace (IQ 85 – 69), která byla donedávna uváděna a v poradenské praxi je ještě někdy uváděna. Autorka dále podotýká, že snížené rozumové schopnosti obvykle nejsou způsobeny organickým poškozením mozku, ale jinými faktory, jako např. genetickými, sociálními a dalšími.

1.2 Zdravotní postižení kombinovaná

Termín postižení je v psychologickém slovníku (2000, s. 442) definován takto: „*jde o jakoukoli poruchu duševní nebo tělesnou, která může být dočasná, dlouhodobá nebo trvalá, která brání jedinci účinně se přizpůsobit běžným nárokům života*“.

„Za postiženého vícenásobným postižením se považuje dítě, respektive žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy

příslušného typu. Za provedení speciálně pedagogické diagnostiky odpovídá speciálně pedagogické centrum, příp. pedagogicko-psychologická poradna, zařazené do sítě škol, předškolních zařízení a školských zařízení MŠMT ČR“ (Opatřilová, s. 2008, s. 9)

Někteří autoři (Pipeková, 2006; Jankovský, 2006; Procházková, 2009; Pipeková, Vítková, 2010; Vítková, 2011a) uvádějí, že pojmem postižení se od roku 1980 zabývala Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) a v rámci toho přinesla jednotné řešení, které pojem postižení vymezuje. Dále podotýkají, že v mezinárodní klasifikaci poškození, omezení a postižení z roku 1980 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICDH, WHO 1980) rozlišuje tři následující oblasti:

- a) Impairment (poškození, vada), která zahrnuje jakoukoliv ztrátu nebo abnormalitu jedné z těchto funkcí – psychologické, fyziologické nebo anatomické. Nemoc se projevuje morfologicky a funkčně na úrovni orgánu poruchou.
- b) Disability (jde o znevýhodnění či omezení) – jedince ztratí či je omezen v oblasti provádění schopností určitým způsobem, který je pro jiné pokládán za normální. Pokud tedy jedinec nemůže některou z aktivit vykonávat, stává se disabilním.
- c) Handicap (postižení) – jedinec má jakousi nevýhodu, které vyplývá z jeho vady. Díky ní je omezena jeho role, které je pro jiné normální. Porucha se projevuje v procesu socializačním (Pipeková, 2006; Jankovský, 2006; Procházková, 2009; Pipeková, Vítková, 2010; Vítková, 2011a).

„Částečné nebo úplné omezení schopností vykonávat některou činnost nebo více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“ (Opatřilová, 2009, s. 26; Procházková, 2009, s. 11). Světová zdravotnická organizace vydala v roce 2001 Mezinárodní klasifikaci funkčnosti, postižení a zdraví Mezinárodní klasifikace poškození, omezení a postižení byla nahrazena Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví (IC IDH – International classification of functioning Disability and Health). V rámci tohoto pojetí je odstoupeno od pojmu omezení, který je nahrazen pojmem aktivita, dále je nahrazen pojem handicap pojmem participace. Zároveň je také zaveden faktor prostředí (Jankovský, 2006).

Jestliže je člověk omezen v některých oblastech svého života (pohybu, kvalitě života, role ve společnosti), je zdravotní postižení definováno jako odchylka ve zdravotním stavu, toto zdravotní postižení je Matějček (2001, s. 7) definováno: *„Zdravotním postižením myslíme nejen újmu na zdraví jako následek vrozené nebo získané poruchy struktury a funkce organismu, nýbrž všechna postižení vedoucí k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí a vyúsťující v handicap dotýkající se postavení takového jedince ve společnosti“*.

Zdravotní postižení je zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezeno jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, přičemž jsou osoby, které ho mají závislé na pomoci jiných osob. Jednotlivá zdravotní postižení mají své základy v omezeních zrakových, sluchových, komunikačních, podpůrných a pohybových, inteligenčních, emocionálních, která jsou viditelná v klinickém obrazu či se projevují určitým chronickým onemocněním (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

1.2.1 Charakteristika kombinovaného postižení

Podle Opatřilová (2008, s. 9) je možné za jedince s kombinovaným postižením považovat: *„Za postiženého vícenásobným postižením se považuje dítě, respektive žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu. Za provedení speciálně pedagogické diagnostiky odpovídá speciálně pedagogické centrum, příp. pedagogicko-psychologická poradna, zařazené do sítě škol, předškolních zařízení a školských zařízení MŠMT ČR“*.

Autorka Pipeková (2010, s. 343) definuje těžké postižení jako: *„Těžké postižení je komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech“*.

1.2.2 Vznik kombinovaného postižení

Důvody proč vůbec postižení kombinovaná vznikají, jsou dle Opatřilové (2013) často rozmanité a nejasné a nejčastěji lze tyto příčiny dělit podle období vzniku, tedy na prenatální, perinatální či postnatální.

Renot, Ludvíková (2013) uvádějí, že k těmto postižením dochází nejčastěji v období prenatálním, kdy k nejčastějším příčinám vzniku patří genetické vlivy, infekce a

intoxikace, chromozomální aberace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, metabolické a nutriční faktory, mechanické poškození, faktory psychické nebo vlivy sociálního a materiálního charakteru. Nejčastěji je kombinované postižení spojeno s poruchou mozku, CNS díky čemuž je možné vyvodit spojitost s mentálním poškozením, který je hlavním symptomem postižení, dalšími potvrzenými jsou poté kombinace mozkové obrny, porucha komunikace, chování, duševní a smyslové poruchy či epilepsie (Vančová, 2001).

1.2.3 Klasifikace osob s kombinovaným postižením

Vzhledem k tomu, že osoby mající některé z kombinovaných postižení, tudíž jde o osoby patřící do rozmanité skupiny, je velmi obtížné určit kategorii těchto vad. Příkladem je Jesenský (2000), který kombinované postižení člení podle dominance na: slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení; mentální postižení s tělesným, zrakovým, sluchovým postižením, s obtížnou vychovatelností, s chorobou; dále smyslové postižení a tělesné postižení; a postižení řeči se smyslovým, mentálním, tělesným postižením a chronickou chorobou. Oproti tomu Opatřilové (2013) dělí kombinované postižení pouze do tří skupin podle společných znaků: skupina s mentálním postižením, druhá je kombinací smyslových, tělesných vad a řečových vad a třetí je tvořena jedinci mající poruchu autistického spektra.

Dělení osob mající kombinované postižení má i autorka Vančová (2001), rozdělené pouze do dvou skupin, první skupinou jsou lidé mající lehké vícenásobné postižení, přičemž jsou tyto osoby schopny integrace do společnosti sami nebo pouze s minimální oporou, čímž jsou schopni dosáhnout přiměřené kvality života. Druhou skupinou jsou dle autorky těžká vícenásobná postižení, tyto lidé se neobejdou bez pomoci druhých, jsou schopni vykonávat pouze základní praktické činnosti a vzhledem k tomu, že je jejich komunikační proces značně narušen, je nutné využívat alternativní a augmentativní komunikaci, speciální pomůcky a samozřejmě individuální přístup. V případě dětí je nezbytná spolupráce s rodinou.

2 Koordinovaná rehabilitace

Rehabilitation International připravila Chartu na osmdesátá léta, kde je v odstavci 16 definována rehabilitace jako: „*proces, při kterém kombinovaná a koordinovaná uplatnění lékařských, sociálních, výchovných a pracovních opatření má disabilním osobám umožnit pozvednout se na nejvyšší možnou funkční úroveň a plně se zařadit do společnosti*“ (Klinika oboru rehabilitace, 2017).

V rámci srovnání názorů autorů Votavy (1997) a Krhutové (2001) uvádím následující odstavec k problematice pojmu rehabilitace. Tento pojem vznikl z latinského slova „*habilis*“, znamenající způsobilý, vhodný a přidáním předpony „*re*“, kterou lze vysvětlit jako opakování, návrat. Autoři poukazují na starší literaturu, kde může být pojem rehabilitace podáván jako „*návratná léčba*“ či „*nápravné lékařství*“. Krhutová (2007) poukazuje na fakt, že ani jeden z těchto termínů se neujal, a proto se v současné době neužívá. Dále autorka uvádí, že již z minulosti zahrnoval pojem rehabilitace nápravu v oblasti sociální a pracovní problematiky, a to i přestože se jeho náplň lety měnila v závislosti na druhu emoci či úrazu, na který byla zaměřena. Autoři dále podotýkají, že název rehabilitace lze najít je někdy spojován i s oblastí, kde by ho člověk nečekal, jako příklad uvádějí rehabilitaci politickou. Autoři dále upozorňují, že v České republice je rehabilitace spojována s rehabilitací léčebnou, nazývanou fyzioterapií a z pohledu mezinárodního se naopak jedná o interdisciplinární obor, zahrnující všechna opatření zacílená na začlenění osob majících zdravotní postižení do běžného a aktivního života (Votava, 1997; Krhutová, 2011).

Kolář (2009, s. 1) uvádí širší pojem rehabilitace jako: „*koordinované a plynulé úsilí společnosti s cílem sociální integrace jedince. Tento proces zahrnuje zdravotnickou, vzdělávací, pracovní, sociální, technickou, kulturní, legislativní, ekonomickou, organizační a politickou problematiku.*“ Kolář (2009, s. 2) se vyjadřuje ke koordinované (ucelené) rehabilitaci jako k: „*vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jednotlivců s cílem jejich optimálního začlenění do společnosti.*“

Zeman (2014, s. 131) uvádí definici dle profesora Jandy: *Rehabilitace představuje soubor opatření, která vedou k co nejoptimálnější a nejrychlejší resocializaci člověka postiženého na zdraví následkem nemoci, úrazu nebo vrozené vady.* Pfeiffer a Švestková

(2012) jako hlavní cíle rehabilitace uvádí obnovu funkčních schopností jedinců po úrazech, onemocněních či s vrozenými vadami (sekundární prevence) a zmírnění trvalých následků úrazů, onemocnění či vrozených vad a usilování o důstojný život osob s postižením (terciární prevence). Jankovský (2006) upozorňuje na to, aby se pojem rehabilitace užíval v souvislosti se získaným postižením v průběhu života a pojem habilitace (schopnost) v souvislosti s vrozeným postižením. Tyto pojmy také upravuje článek 26 Úmluvy o právech osob s disabilitou, která byla schválena Valným shromážděním OSN (OSN, 2006).

Kolář (2009) uvádí, že osoby chronicky či trvale postižené nelze jednoznačně uvádět jako osoby mající zdravotní postižení, jelikož tyto osoby mají problémy i ve sféře sociální, pracovní a vzdělávací. Dále podotýká, že z tohoto důvodu je nutné na jejich rehabilitaci pohlížet jako na ucelenou a tedy mu zabezpečit rehabilitaci koordinovanou, vzájemně propojenou a navazující. Koordinovaná rehabilitace je tedy zaměřena na osoby se zdravotním postižením bez věkového omezení, u kterých se předpokládá omezení schopnosti výkonu činností a začleňování se do společnosti (Votava, 1997).

Neubauerová et. al. (2011) podotýká, že k procesu rehabilitace je zapotřebí rehabilitační tým, který se skládá z lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, klinického psychologa, sociálního pracovníka, logopeda a speciálního pedagoga a cílem tohoto týmu je co nejefektivnější dosažení rehabilitačního zaměření dané osoby. Votava (1997) dělí rehabilitaci na horizontální a vertikální, přičemž vertikální rehabilitace je zaměřena na léčbu vedoucí k navrácení do původního zdravotního stavu a horizontální je zaměřena na začlenění osoby s postižením do života a zároveň se snaží odstranit jeho subjektivní problémy a přičemž je podstatné propojení obou složek. Autoři Votava, 1997; Kolář, 2009; Krhutová, 2011; Neubaerová et. al., 2011 zabývající se problematikou rehabilitace se shodují, že se tato koordinovaná rehabilitace se dělí na základě využívaných prostředků a opatření potřebných k rehabilitační léčbě na léčebnou, sociální a pedagogicko-pracovní rehabilitaci. Krhutová (2011) ještě výše uvedené členění doplnila o rehabilitaci technickou a technologickou, dále ekonomickou a právní.

2.1 Léčebná rehabilitace

Kolář (2009, s. 2) k této problematice uvádí, právě léčebná rehabilitace je podstatnou částí zdravotní péče, tedy: *„Zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických,*

terapeutických a organizačních opatření směřujících k maximální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro její dosažení“.

K zákonům upravujícím tematiku léčebné rehabilitace patří č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Kolář, 2009).

Kolář (2009) dále podotýká, že léčebná rehabilitace je uplatňována v lůžkové části nemocnic, v ambulantní péči, ale i v odborných léčebných ústavech. Je podstatné, aby tato forma rehabilitace byla provozována co nejčastěji. Dále autor uvádí, že pokud je tato forma rehabilitace časná, je statisticky až 1/3 pacientů po nemocích a úrazech navrácena do běžného života a není třeba využívat ostatních složek rehabilitační péče. Součástí léčebné rehabilitace jsou také fyzioterapie, ergoterapie, expresivní terapie, animoterapie, logopedie a neuropsychologická terapie (Klusoňová, Pitnerová, 2005; Kolář, 2009; Neubauerová et. al. 2011).

Opět využijí názoru Koláře (2009), podle kterého lze dle časové působnosti v léčebné terapii stanovit léčebně-rehabilitační plán dlouhodobý a krátkodobý, přičemž krátkodobý se využívá v případech, kde léčba nepřekročí tři měsíce a odvíjí se od zdravotního stavu pacienta a její součástí jsou konkrétní léčebně-rehabilitační postupy, které probíhají ve vzájemné koordinaci. Naproti tomu dlouhodobý plán využívá delší medicínské postupy tak, aby byl průběh léčby co nejoptimálnější a součástí této léčby jsou i další složky koordinované rehabilitace (Pfeiffer, 2014).

2.2 Pedagogická rehabilitace

Doposud není žádný platný právní předpis, ve kterém by byl pojem pedagogické rehabilitace zakotven. Současný pohled na tuto problematiku zahrnuje děti všech věkových kategorií majících nějaký druh zdravotního postižení (Votava, 2003; Jesenský, 1995).

Pfeiffer (2014) podotýká, že pedagogické či také reedukační prostředky reedukace jsou rozsáhlé. Autor dále uvádí, že z pohledu pedagogické rehabilitace jsou využívány výukové programy, a to zejména o poruch zrakových, sluchových či mentálních. Podle autora je snahou programů propojení speciální výuky s výukou v normálních školách. Podle Jesenského (1995) lze v případě pedagogické rehabilitace rozlišit rehabilitaci působící na poruchy získané a vrozené. K získaným poruchám autor uvádí, že v těchto případech se pedagogická rehabilitace zaměřuje na návrat k původní linii cílevědomého rozvoje osobností. Pfeiffer (2014) se vyjadřuje k pedagogické rehabilitaci u vrozených vad, jako k reedukaci, při které jsou využívány speciální výukové a vzdělávací prostředky.

Autoři Votava (2003) a Kolář (2009) shodně uvádějí, hlavním cílem tohoto druhu rehabilitace je pedagogické působení a vzdělávání osob majících zdravotní postižení, přičemž je důraz kladen na dosažení nejvyššího stupně vzdělání a kvalifikaci tak, aby byly tyto osoby schopny samostatnosti a aktivního zapojení do běžného života. Autoři dále dodávají, že součástí této rehabilitace je složka vzdělávací i výchovná cílena zejména na ty, kteří by nebyli schopni dosáhnout vzdělání běžným způsobem a pedagogickými prostředky. Autoři zdůrazňují její provázanost s dalšími složkami koordinované rehabilitace.

Pokorná (2013, s. 33-34) k souhrnu problematiky koordinované rehabilitace uvádí: *„Koordinovaná rehabilitace je ucelený, navzájem propojený a cílený proces, který vede k sociální integraci jedince s postižením zdraví. Dle charakteru využívaných prostředků a rehabilitačních opatření se dělí na rehabilitaci léčebnou, sociální, pracovní a pedagogickou. Cílem léčebné rehabilitace je dosažení maximální funkční zdatnosti. Cílem sociální rehabilitace je získání samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti, ve smyslu integrace a resocializace, vedoucí k akceptaci vady, pocitu životní pohody a k aktivitě. Pracovní rehabilitace se zaměřuje na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Zahrnuje poradenství, teoretickou a praktickou přípravu, zprostředkování práce a utváření vhodných podmínek pro její výkon. Cílem pedagogické rehabilitace je vzdělávání osob se zdravotním postižením vedoucí k samostatnosti a aktivnímu zapojení do společenského života“.*

2.3 Sociální a pracovní rehabilitace

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje sociální rehabilitaci následovně: „soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“.

Dle Jesenského (1995, s. 39) „je sociální rehabilitace proces učení žít s vadou (defektem), proces překonávání neschopností (znovuuschopňování v individuální (osobně) i společensky významných činnostech, proces prevence i odstraňování defektivit a handicapů. Konečným výsledkem tohoto procesu je akceptace vady, životní pohoda a v nejvyšším stupni také integrace“.

Sociální rehabilitace je podle Klusoňové (2011) poskytovatelem ekonomického zajištění, péče a pomoci, ale i intergrace a resocializace osobám majících zdravotní postižení. Autorka také podotýká, že jejím hlavním cílem je akceptovat vady, pocit životní pohody a aktivity. Její výkon funguje v rámci spolupráce zdravotnických a školských zařízení, orgánů a zařízení sociálního zabezpečení státu, měst a obcí, dále nestátních organizací a občanských sdružení a rodin (Klusoňová, 2011).

Jesenský (1995) stanovuje v rámci sociální rehabilitace tři významné body, humanitární, ekonomický a sociální. V jednotlivých významech spatřuje autor následující:

- a) Humanitární význam – jedná se o vytváření předpokladů všestranného rozvoje osobnosti, seberealizace, růstu sebevědomí, socializace, společenská a občanská angažovanost, jejich samotný podíl na rehabilitaci jiných osob se zdravotním postižením, ale i životní pohody a spokojenosti.
- b) Ekonomický význam – zde autor spatřuje význam ve zkrácení pracovní neschopnosti, snižování počtu neaktivních osob, uvolnění pečovatelské kapacity, snižování nároků na služby, snadnější průběh pracovní rehabilitace a také pomoc začlenit se do pracovního procesu.

- c) Sociální význam – autor ho spatřuje v přispívání k celkové stabilizaci sociálních jistot, vzájemnému porozumění obyvatelstva, možnosti využití potenciálu u osob se zdravotním postižením z pohledu zabezpečení vlastního života, dále v celospolečenských zájmech a aktivitách, ale i ve vytváření užitečných společenských hodnot atd. (Jesenský, 1995).

„Jednotlivé aktivity, ale i celý průběh rehabilitace musíme vidět jako rozvoj různých schopností, vlastností, postojů, motivací, jednání a dalších rehabilitačních jevů, které se odvíjejí v čase“ (Jesenský, 1995, s. 42).

K závěru sociální rehabilitace, jejím cílem je integrace osob se zdravotním postižením do společnosti v rámci maximální možné míry. Její návaznost je na rehabilitaci léčebnou, ale i na ostatní složky koordinované rehabilitace, vše se tedy vzájemně prolíná. Na rozdíl od rehabilitace léčebné a pracovní má sociální rehabilitace charakter procesu celoživotního (Neubauerová et. al. ,2011, Jesenský, 1995).

3 Jóga v kontextu koordinované rehabilitace

Podle Mihulové a Svobody (1995, s. 8) je jóga považována za „*psychosomatický systém vedoucí k celkové harmonizaci osobnosti.*“ K otázce jógy dodávají Machač, Macháčová (1991, s. 61): „*Vše, co na člověka doléhá a co přijímá, má být v rovnováze s tím, co vytváří a odevzdává. Jakékoli trvalejší porušení této rovnováhy vede k poruše, je škodlivé.*“

3.1 Historie jógy a její filozofie

Jóga je pradávým stylem, který je lidmi využíván už po staletí, je životním stylem, způsobem harmonického bytí a je tedy součástí pradávne medicíny jelikož v harmonii se svým tělem i duší chce žít i člověk 21. století (Pohlodková, 2010). Současná populace možná najde právě v józe lék na všechny neduhy fyzické i psychické (Lysebeth, 2003). Podle Pohlodkové (2010) je hlavním strašákem stres, který právě díky propracovanosti cviků dokáže jóga zahnat, jelikož dojde k uvolnění a zklidnění po náročném dni, člověk nalezne sílu a energii k překonání překážek dalších dní.

Přestože doposud nejsou počátky jógy známi, domnívají se badatelé, že vznikla v Indii asi před 5 tisíci lety, nejsou ani známi lidé, kteří ji vymysleli, opět je pouze usuzováno, že jde o lid Indusů nebo o bojovný kmen Áryjů, jediná věc, která je známa, je, že národ, který jógu vymyslel, byl nejvyspělejším v antické době (Feuerstein, 2016).

Původ slova jóga hledejme podle Krejčíka (2003) ve slově sanskrt, který patří mezi starší indoevropské jazyky a znamená spojit či sjednotit. Nejbližším překladem slova Yog, dnes spíše používaném jako jóga, je spojení či souznění (Saraswati, 2013). Tímto spojením je dle významné hinduistické knihy Bhagavad Ghity myšleno i to, že existuje jedna „hluboká realita“, která je základem všech jevů, což je nejvyšší bytí. Jóga tedy znamená spojit se s nebo sloučit mysl s vnímáním jednotné všeprostopující energie (Maehle, 2007). Krejčí (2003) dále podotýká, že první zmínky o józe jsou zaznamenány zhruba 300 let před n. l. a nejstarším dochovaným dílem může být Pataňdžalio Jógasútra, ve kterém je jóga popisována formou tehdejší filozofie. Nora Isaacs (2014) se domnívá, že samotná jóga byla zpočátku ovlivněna východním náboženstvím a různorodé styly používané v józe byly vyminuty mysliteli neboli guruy, kdy každý guru se poté věnoval jednomu stylu, kterému dodával charakterovou stránku duchovní a i tělesnou.

Kuvalayananda (1990) podotýká, že jóga je sice dělena do různých stylů, ale jejich cíl je

stejný, tedy vypěstování značné imunity, umění dokázat klást odpor různým vnějším i vnitřním vlivům, působícím nejen na tělo, ale i mysl, díky čemuž dojde k vytvoření vyvážené a pevné osobnosti.

Historie jógy v České republice (dále jen ČR)

Jak se indologie postupně rozvíjela, a tento jazyk byl překládán, dostávaly se již od začátku minulého století do ČR informace o indických tradicích, dokonce některé knihy na téma jógy byly vydány již po první světové válce, ale samotné oživení jógy nastalo v 60. letech a její cvičení bylo zprostředkováváno různými organizacemi, např. RHO, Čs. svaz žen apod. (Votava, 1988). V roce 1977 byla jóga přijata jako součást do zdravotní výchovy ZRTV ČSTV a po roce 1989 začalo vznikat mnoho samostatných subjektů zakládaných skupinami cvičitelů jako Český svaz jógy, Sdružení učitelů jógy, společnost Jóga v denním životě (Bártová, Stuchlík 2007). Votava (1988) dále podotýká, že nelze oddělovat šíření jógy ve zdravotnictví a tělovýchově, jelikož jejich vývoj probíhal současně a ve vzájemné spolupráci.

3.2 Principy působení jógy na lidský organismus

Podle Mahešvaránanda (2000) je díky jógovým technikám nastaveným na vyšší stupeň homeostasy zvýšena schopnost organismu adaptace vůči desintegračním vlivům působícím z okolí. Kuvalayananda a Vinekar (1990) podotýkají, že kromě toho je dosahováno změn v adaptability tkání, díky čemuž nedochází v případě traumatu tak snadno k funkčním poruchám či patologickým změnám.

Následující informace jsou podle Repka (2002), který uvádí, že v případě působení na pohybový aparát, je důležité ovlivňovat všechny složky. Přičemž kvalita stavu pohybového aparátu je založena na harmonii složky výkonové (kostí, svalů, kloubů apod.), složky řídicí (CNS a periferní systém) a energetické složky (výživa). Autor dále podotýká, že jóga může ovlivnit i svalovou rovnováhu u výkonné složky, přičemž je značný důraz kladen na edukaci vnímání pohybu, nápravu stereotypní chování při pohybu, harmonizaci neurovegetativního systému a v neposlední řadě ovlivnění somestatického aparátu. Jóga podle Lysebetha (2003) také klade značný důraz na výživovou složku. Pohyby jógy jsou tedy uvolněné, pomalé, vědomé, aktivně řízené a probíhají v koordinaci s dechem. Jedná se tedy o reedukaci vadného pohybového vzorce.

Aktuální nemoci mohou v sobě zanechat také určitou nerovnováhu, jejíž nápravě potřebuje tělo také určitý čas a právě u těchto případů doporučují autoři Kuvalayananda a Vinekar (1990) využít rehabilitačních možností jógy, při kterých bude pacient zbaven všech pozůstatků chorobného procesu a tím bylo zamezeno k chronickému navrácení této nemoci či zhoršování stavu. Autoři dále uvádějí, že je důležité obnovit výkonnost orgánů buď přímým, nebo nepřímým výcvikem, ale je nutná obnova harmonie mezi jednotlivými částmi těla.

3.3 Vliv jógy na dětský organismus

Cvičení jógy u dětí již v ranném věku je dobrým základem do budoucího života, děti jsou při učení rychlejší než dospělí, mají totiž smysl pro rovnováhu a flexibilitu, čímž se mnohdy naučí ásány rychleji než dospělí (Kubrychtová Bártová, Stuchlík, 2007). Autoři dále upozorňují na nutnost přizpůsobit cvičení věku dítěte, kdy se v rámci jednotlivých cvičení zaměřujeme na tři věkové kategorie - předškolní období (4-6 let), období mladšího školního věku (6-11) a období staršího školního věku (11-15 let).

Podle autorů Kubrychtové Bártové a Stuchlíka (2007) je největším úskalím při cvičení jógy s dětmi udržení pozornosti, děti jsou živé, plné energie, kterou potřebují vybit dynamickou činností. Podle autorů je ideální zvolit vhodnou a poutavou motivaci, čímž by mělo být zaručeno udržení jejich pozornosti, tedy cviky provádět hravou formou, využívat různých povídek, písniček a pohádek. Autoři dále upozorňují, že lekce jógy pro děti by měla být zaměřena na celé tělo, cvičení jednotlivých ásán by se nemělo provádět s delší výdrží v pozicích a je vhodné měnit polohy častěji, než je tomu u dospělých.

Díky pravidelnému cvičení jógy je výrazně ovlivněna nejen fyzická, ale i psychická stránka osobnosti, jsou procvičovány nejen svaly, ale také je zlepšován stav páteře, kloubů, ale pozitiva jsou spatřována i ve zlepšování funkcí tělesných orgánů (Kubrychtová Bártová, Stuchlík, 2007). Tito autoři podotýkají, že cvičením jógy u dětí dochází k ovlivnění duševní rovnováhy, rozvoji koncentrace a zvýšení efektivity vzdělávacího procesu, také napomáhá při nápravě držení těla, jedná se o relaxační metodu, snižuje stres, svalovou úzkost atd. Dalším důvodem ke cvičení jógy je podle autorů snižování projevů únavy, čímž je zvýšena koncentrace, pravidelným cvičením jógy jsou zmírňovány projevy agresivity, bázlivost či zakřiknutost, nebo je naopak zvyšováno sebevědomí.

Nešpor (1998) uvádí vlivy jógy na různé druhy onemocnění, například při pravidelném cvičení jógy lze u dětí pozorovat zlepšení stavu při akutních onemocněních mandlí či astmatu, které je řazeno k tzv. psychosomatickým onemocněním, tedy nemocí, na které má vliv psychický stav pacienta. Autor dále uvádí, že jógou se dají ovlivňovat také nemoci kožní, a to zejména relaxačním a meditačním technikám, doporučovány jsou také procedury očištění, jakým je pozdrav Slunci.

Současný životní styl má za následek, že stav pohybového systému mnoha dětí i dospívajících není nijak příznivý, z tohoto důvodu jsou jógová cvičení používána i na pracovištích rehabilitačního lékařství (Nešpor, 1998). Tento autor podotýká, že vhodně zvolenými cviky dochází k posílení zádových a břišních svalů, které mají významnou roli v prevenci a léčbě. Jestliže děti nejsou schopny zvládat duševní zátěž, trpí často bolestmi hlavy a břicha, jestliže nedojde k zjištění tělesné příčiny, je vhodné uvažovat o možných vlivech okolí, které je vhodné odstranit, příkladem jsou relaxační techniky, které dokáží mírnit bolestivé stavy nejrůznějších typů (Nešpor, 1998). Tento autor k relaxaci podotýká, že je vhodná i pro rodiče, kdy se stává vhodným prostředkem k navození klidné nálady u dětí, je také vhodným prostředkem ke zklidnění násilného chování u dětí, ze strany rodičů jde poté o snížení negativních vlivů, které mají na děti sdělovací prostředky, či násilné počítačové hry. Nešpor (1998) dále spatřuje důležitost v tělesných cvicích, dechových cvičeních i již zmíněné relaxaci, v józe lze spatřovat i prevenci v užívání návykových látek, kdy se za pomoci jógových relaxačních technik dají mírnit různé bolestivé stavy či duševní problémy spojené s užíváním návykových látek. Ztotožňují se s Nešporem (1998), kdy pravidelnost ve cvičení jógy příznivě ovlivňuje životní styl a skupinová cvičení mohou vést k tomu, že dítě nalezne kvalitnější přátele, prvky jógy se využívají také v léčbě závislostí, což již bylo výše zmíněno.

3.4 Jógové techniky využívané v koordinované rehabilitaci

Poslední kapitola teoretické části práce je věnována samotným jógovým technikám, každá je zvlášť charakterizována. Uváděné techniky lze využívat v rámci koordinované rehabilitace.

3.4.1 Ásany

„Jóga dává zdraví a dlouhověkost svými ásanami, které vracejí pružnost páteři, skutečné životní ose, uklidňují předrážděné nervy, uvolňují svaly, oživují orgány a nervová centra“ (Lysebeth, 2003).

Lamb (2004) uvádí, že většinové chápání jógy spočívá v pochopení tělesných poloh a jejich cvičení. Jedná se o protažení svalů a jejich následné uvolnění. Lysebeth (2003) podotýká, že většina známých tělesných cviků je zaměřena na výkony a fyzickou, ale není v nich řešeno odstranění vnitřního napětí. Z tohoto autorova tvrzení lze odvodit fakt, že z pohledu jógy se nejedná o běžné cviky známé z tělesné výchovy, naopak k tomu aby jóga byla účinná a přinášela prospěch tělesný i duševní, musí dojít ke spolupráci obou složek.

Ásany i další jógové techniky nejsou založeny na vnějším efektu, ale na správném provedení, na vnitřním účinku a vyvolaných pocitech (Lysebeth, 2003). K dosažení těchto účinků je podle Mihulové a Svobody (1995) důležité dodržovat tyto zásady:

- a) cviky provádíme bez násilí, vyloučíme stavy napětí a bolesti;
- b) jestliže se objeví pocity napětí a bolesti, je třeba toto cvičení vynechat, či jej cvičit náznakově a postupným nacvičením je po určité době zvládnout;
- c) pohyby provádět plynule, pomalu a sladit je s dýcháním, pozornost je věnována těm částem těla, na které je cvik zaměřen;
- d) ideální je cvičit s prázdným žaludkem;
- e) mezi cviky se vkládají krátká uvolnění a na konci je relaxace.

3.4.2 Pranajána

„Dechová cvičení pranajámy přinášejí kyslík a energii každé buňce, pročišťují organismus spalováním zbytků, vypuzují toxiny, přičemž uvolnění celého těla pomáhá zachovat celistvost nervového systému, obrňuje proti neurózám a zbavuje člověka nespavosti“ (Lysebeth, 2003).

Cílem dechových cvičení je prohlubování a zkvalitňování dechu, navýšení kapacity plic, pročišťování dechových cest, aktivaci nebo naopak zklidnění nervové soustavy, ale i obnovení fyzické a psychické síly (Brown, Gerbarg, 2005).

Dle Krejčího (1995) v pranajánách platí podobné zásady jako u asán, většina z nich je určena pokročilým cvičencům, kteří jsou schopni zvládnout plný jógový dech, asány i relaxační postupy. Autor také zmiňuje i výsledky výzkumů, dle kterých většina lidí dýchá povrchně, správně dýchají malé děti a lidé všeobecně během spánku.

Způsob jakým dýcháme je podle Mihulové, Svobody (1995) ovlivněn nervozitou, vztekem či stresem, v těchto situacích dýcháme krátce a povrchně a naopak ve stavu uvolnění je náš dech klidný a hluboký. Za pomoci dechových cvičení a správnosti v jejich provádění, můžeme uklidňovat psychiku a připravovat ji ne lepší snášení zátěže (Brown, Gerbarg, 2005). U dětí je lepší začít nacvičovat plný jógový dech, tedy dýchat do všech třech částí trupu (břišní, hrudní a podklíčkové) a tím spojit toto dýchání v jedno (Mihulová, Svoboda, 2008).

3.4.3 Relaxace

Potřeba uvolnit se, potřeba relaxace, zažít pocit pohody a klidu je nezbytnou protiváhou aktivit, které přinášejí člověku do těla i mysli napětí (Knaislovi, Kučera 2007). Dle Lokšové, Lokši (1999) je v současné době termín relaxace vysvětlován jako nácvik tělesného i duševního uvolnění. *„Uvolněním svalového napětí, regulací rytmu dýchání dosahujeme i uvolnění psychického napětí. Proto o relaxaci hovoříme jako o technice psychofyzického uvolňování. Techniky psychofyzického uvolňování představují umělé, tzv. autoregulační prostředky, jejichž pomocí může člověk regulovat a lépe ovládat své duševní stavy, svůj citový život. Lze o nich hovořit jako o různých druzích koncentrovaného odpočinku.“*

Relaxační techniky jsou nejvýznamnějším prostředkem jógy, jelikož schopnost fyzické a psychické uvolněnosti je nezbytná k smysluplné realizaci dalších jógových technik, komplexní regeneraci sil a zejména pro hlubší prožitek duševní pohody (Lysbeth, 2003).

„Relaxační postupy, i když bývají svou formou odlišné, mají většinou společné dvě fáze. Uvolnění tělesné, které bývá charakterizováno pocitem tíhy, a uvolnění mentální, doprovázené pocitem lehkosti...obě fáze mají svůj význam a většinou po uvolnění v oblasti tělesné dochází k prohloubení relaxace přechodem na uvolnění v oblasti mentální.“ (Mihulová, Svoboda, 1995, s. 119).

Jak uvádí Nešpor (1998), jestliže jsou relaxační techniky prováděny správně, dochází ke změně některých tělesných i psychických pochodů, příkladem je snížení svalového napětí, tepové i dechové frekvence, krevního tlaku, metabolismu atd. Lysebeth (2003) upozorňuje, že by nikdy neměla být relaxace ukončena náhle, mělo by se z ní opět navrátit k předchozí aktivní činnosti, proto v józe je relaxace často ukončena přechodem na dech, jeho prohlubováním, ke kterému se připojují malé pohyby prstů na ruku, pohnutí hlavy, protažení celého těla a nakonec otevření očí.

3.4.4 Mantra

Překlad slova mantra je „nástroj pro myšlení“ a v mnoha duchovních tradicích se opakování slova, zvuku nebo posvátného výrazu používá jako kotva pozornosti, tím se může kultivovat hlubší, více vyrovnaný stav vědomí (Knaislovi, Kučera 2007). Často, se použitím mantry dává mysli něco více „pevného“, čeho se může přidržet a to může být užitečné v praxi nebo kdykoliv, když chceme prohloubit svou pozornost a koncentraci (Isaacs 2014). Knaislovi, Kučera (2007) uvádějí, že jazykem jógových manter je sanskrt, kterému jogíni připisují velký duchovní význam, přičemž nejznámější mantrou je „óm“ prapůvodní zvuk stvoření. V křesťanské tradici je nejužívanější mantrou „amen“ (Knaislovi, Kučera 2007). K základním principům jógy podle Mahéšvaránanda (2006) je vážit si slov, která vyslovujeme, jelikož slovo má velikou moc, může léčit, ale i ubližovat a ničit, slovo, které je vyřčené nelze vzít zpět.

Hudební a zvuková terapie využívá rytmus a melodii spojené s pohyby rukou a kombinování zvuků k rozvíjení koncentrace, dechové koordinace, komunikačních a pohybových dovedností stejně jako procítění tónů a harmonie. Navíc studie ukázaly, že opakování určitého souboru zvuků může mít zklidňující a ozdravné účinky na nervový systém a duši (Isaccs, 2014).

II Výzkumná část

4 Metodologie

Následující kapitola představuje jakýsi vstup do celé praktické části práce. Jsou zde stanoveny cíle práce a výzkumné otázky. Definovány metody, které byly v rámci výzkumu použity. Dále způsoby zpracování získaných dat a také popis toho, jakým způsobem byl výzkum realizován. V neposlední řadě nechybí ani charakteristika zkoumaného vzorku a samozřejmě výsledky a interpretace získaných dat.

4.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Navrhnout vhodné jógové sestavy u dětí s mentálním postižením, a to na základě provedeného kvalitativního výzkumu a vlastních zkušeností s realizováním jógy u této cílové skupiny. Cílem mé práce je validace výsledků a zkušeností, které jsem získala během dvou let práce s dětmi s těžkým mentálním postižením a poukázat na skutečnost, že jóga by měla mít místo v koordinované rehabilitaci.

Hlavní výzkumná otázka

HVO: Jaký vliv má jógové cvičení na fyzický a psychický stav dítěte s mentálním postižením?

Dílčí výzkumné otázky

DVO1: Jaké aktivity se osvědčily před zahájením jógového cvičení?

DVO2: Jak působí zpívání manter na dítě s mentálním postižením?

DVO3: Jaké dechové cvičení lze využít u dětí s mentálním postižením?

DVO4: Jaká jsou vhodná ásány a funkční sestava ásán u dětí s mentálním postižením?

DVO5: Jaký je přínos relaxace u dětí s mentálním postižením?

DVO6: Jaké je uplatnění jógy v kontextu koordinované rehabilitace?

DVO7: Jaký je vliv jógy na zmírnění svalového tonu?

DVO 8: Jaký je vliv jógy na psychický stav dítěte s mentálním postižením?

4.2 Metody kvalitativní výzkumné strategie

V bakalářské práci byly využity principy a strategie kvalitativního výzkumu. Tato metoda je přínosná pro hlubší prozkoumání dané problematiky a možné odkrytí nových, nepřepokládaných témat, přičemž výhodou je bezesporu osobní kontakt výzkumníka a informanta v daný okamžik. (Hendl, 2005). Kutnohorská (2009) uvádí, že se jedná o nematematický analytický postup, který se může týkat života lidí, příběhů, chování, chodu organizací, ale také společenského hnutí nebo vzájemných vztahů. Stěžejní metodou výzkumu je případové studie. Kvalitativní výzkumnou strategií byl získáván u jednotlivých zkoumaných případů jejich hloubkový popis a byl sledován jejich vývoj s příslušnými procesy. Výzkum bakalářské práce byl realizován v přirozených podmínkách dítěte (zařízení Nováček) a ve známém sociálním prostředí, čímž bylo umožněno získat hloubkový popis případů. Jedná se o výzkum aplikovaný a předpokládám, že bude možné na základě získaných dat a případových studií, vytvořit pracovní postupy jógové terapie u dětí s mentálním postižením. Nízká reliabilita kvalitativního výzkumu je v bakalářské práci vyvážena širokým časovým rozpětím výzkumu, intenzivním a pravidelným kontaktem s daným prostředím, teoretickými i praktickými zkušenostmi v oblasti jógové terapie.

4.3 Metody a techniky sběru dat

a) Případová studie (mnohopřípadová studie)

Případová studie je stěžejním východiskem praktické části bakalářské práce. Techniky sběru dat použité v průběhu výzkumu měly především za cíl shromáždit velké množství dat od 3 jedinců a na jejich základě vytvořit 3 případové studie, které prezentují aplikaci, postupy a zisky jógové terapie u dětí s mentálním postižením. V případových studiích je především zachycen celý průběh případu a popis jednotlivých vztahů a podobnosti mezi případy navzájem. V průběhu sestavování případových studií vycházím z publikace Hendl (2005), která předpokládá, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme případu podobnému.

b) Pozorování zúčastněné, přímé

Jako přímé pozorování označujeme techniku, kterou si provádí výzkumník sám a týká se přímého a systematického pozorování sociálních jevů, procesů či činností, podle stanoveného plánu, bez jakéhokoliv ovlivňování pozorovaného objektu (Kutnohorská,

2009). Zúčastněné pozorování bylo mnou realizováno v průběhu celého výzkumu u vybraných jedinců (případové studie 1, 2, 3) v daném zařízení. V určitých časových intervalech byla pozorovatelem i vrchní sestra, s níž byl průběh jógových terapií konzultován.

c) Sekundární analýza dat

Představuje další využívání údajů, které byly již dříve zpracovány, čímž dochází k reanalýze, již použitého empirického materiálu (Reichel, 2009). V rámci výzkumu bakalářské práce se souhlasem ředitele cílového zařízení Ing. Vladimíra Chuchlera, byla prozkoumána data a dokumenty týkající se práce s klientem v zařízení, rehabilitační a individuální plány klientů a jejich anamnézy.

d) Dotazování s použitím techniky polostrukturovaného rozhovoru

Tato technika se vyznačuje tím, že výzkumník má připravený určitý soubor témat či otázek, které jsou pro výzkumníka závazné a chce je během rozhovoru probrat (Miovský, 2006). Při polostrukturovaném rozhovoru má výzkumník možnost se odklonit od připravených otázek nebo dát prostor informantům pro vyjádření vlastního pohledu a zkušeností nebo se může změnit pořadí otázek, ale téma rozhovoru musí být zachováno (Hendl, 2005).

Polostrukturovaný rozhovor je tvořen okruhem otázek viz (příloha 1) záznamový arch, který se týká čtyř otázek na téma hodnocení vlivu jógy na dítě, z pohledu chování, zdravotního a psychického stavu a o postavení jógy v koordinované rehabilitaci. Polostrukturovaný rozhovor byl proveden s pracovnicemi (vrchní sestrou a fyzioterapeutkou) zařízení Nováček.

4.4 Způsob zpracování dat

Při zpracování dat získaných prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru byla použita metoda otevřeného kódování. Jak uvádí Kutnohorská (2009), jedná se o analýzu, která se zabývá kategorizací a označováním pojmů. Stejná autorka dále uvádí, že pomocí studia získaných údajů (prozkoumáváním, rozebíráním, porovnáváním a kategorizací údajů) jsou určité události seskupeny a označeny do jednotlivých kategorií, kde se rozpoznávají rozdíly a podobnosti. V rámci přehlednějšího zpracování svých získaných dat jsem využila tabulek, ve kterých jsou výsledky přehlednější.

4.5 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován u dětí s těžkým mentálním postižením od září 2015 do května 2017, konkrétně u vybraných klientů Domova pro osoby se zdravotním postižením Nováček (dále jen DOPZ Nováček) se sídlem v Plzni, Rabštejnská 29. Toto zařízení poskytuje pobytové sociální služby od roku 2007. Sociální služby jsou realizovány v souladu se zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, vyhláškou 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění a na základě schválené registrace sociální služby. Poskytuje pobytové sociální služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu mentálního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Sociální služby jsou poskytovány DOZP Nováček na základě uzavřené Smlouvy o poskytování sociálních služeb mezi klientem a poskytovatelem v nepřetržitém provozu.

Objekt zařízení je rozdělen do 5 pavilónů, které jsou vzájemně propojeny spojovací chodbou. Tři pavilóny jsou ubytovací s velkými terasami, které jsou částečně zastíněny. Pavilon A je určen pro klienty dětského věku, které se zúčastnily výzkumu. Jedná se o jednopodlažní, zcela bezbariérový pavilón, kde je umístěno Oddělení „Zdravotní péče“. Jsou zde čtyři třílůžkové pokoje vybavené moderním nábytkem, polohovacími lůžky a lůžky vyrobenými na míru uživatelům v majetku provozovatele. Součástí oddělení je sesterna, prostorná koupelna s hydromasážní a pojízdnou vanou, s perličkovou koupelí, kuchyňka, čistící místnost a herna. Herna je vybavena vodním vyhřívaným lůžkem, televizorem, DVD přehrávačem, moderním nábytkem, hračkami, stěny jsou vyzdobeny plastickými dekoracemi a prvky pro rozvoj jemné motoriky uživatelů. Celkový dojem těchto prostor je podle mého názoru příjemný, moderní a světlý.

Vzdělávání v rámci povinné školní docházky je zabezpečeno přímo v prostorách DOPZ Nováček na detašovaném pracovišti Základní školy speciální Plzeň (Skupova 15, Plzeň), kde pracují speciální pedagogové a asistenti. Zřizovatelem Základní školy speciální (Plzeň) je Krajský úřad Plzeňského kraje. Ošetrovatelská péče je uživatelům DOPZ Nováček poskytována středními zdravotnickými pracovníky, rehabilitační péči poskytuje fyzioterapeut, výchovnou péči zajišťují pracovníci v sociálních službách pro výchovnou nepedagogickou péči a přímou obslužnou péči vykonávají pracovníci v sociálních službách. Terapeutické a aktivizační činnosti zahrnují práce ve specializovaných terapeutických dílnách, kde jsou uživatelé rozmanitými druhy,

formami a technikami motivování k aktivní činnosti pod vedením kvalifikovaného a zkušeného personálu. Pravidelností se staly ozdravné pobyty, které jsou pořádány 1x rok a návštěva canisterapeutických psů, aj. V zařízení se také konají různá kulturní vystoupení dětí a mládeže z mateřských a základních škol. Vždy je na všech aktivitách umožněna účast imobilních uživatelů, dovoluje-li jim to jejich zdravotní stav.

Před započítáním realizace jógové terapie v tomto zařízení předcházela ukázková hodina jógy pro zaměstnance a přiblížení filozofie účinků a principů jógy. Tato terapie se uskutečnila v září 2015. Po vybrání výzkumného vzorku, který tvořily 3 dívky s těžkým mentálním postižením ve věku 4 až 11 let a byly v ústavní péči pobytového zařízení DOPZ Nováček, následovala zkušební sezení, kde jsme společně s vrchní sestrou Lenkou Peckovou sledovaly, jak mě dívky budou reagovat a jestli bude možné v sezeních pokračovat. DOPZ Nováček jsem navštěvovala pravidelně od září 2015 do května 2017, v intervalu 1x týdně nebo 1x za čtrnáct dní, vždy záleželo na předešlém projednání termínů s vrchní sestrou, která byla schopna posoudit vhodnost dítěte na jógovém cvičení s ohledem na jeho zdravotní stav. Jógu jsem cvičila s každým dítětem vždy individuálně, a to průměrně 15 minut. Průběh jógového cvičení současně s pozorováním a evaluací výsledků jsem si pravidelně zapisovala, vždy po každém individuálním sezení.

Při cvičení jógy s dětmi s mentálním bylo sledováno:

- a) reakce na zpívání manter;
- b) schopnost dítěte naladit se na dechové cvičení;
- c) provedení jednotlivých pohybů;
- d) prožívání jednotlivých cviků;
- e) změny kloubního a svalového rozsahu (pohyblivost);
- f) uvolnění svalového napětí;
- g) zklidnění při relaxaci;
- h) nálada před, během a po cvičení.

Po určitém časovém úseku, zpravidla po třech měsících, jsme s vrchní sestrou a

fyzioterapeutkou Zdravotnického oddělení hodnotily především vliv jógy na zmírnění svalového tonu, celkového uvolnění a psychický stav dítěte. V červnu 2017 jsem prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s vrchní sestrou Lenkou Peckovou a fyzioterapeutkou Václavou Minovou, pro doplnění případových studií a z důvodu uceleného pohledu na zkoumanou problematiku, jsem zjišťovala jejich osobní zkušenost a pohled na jógovou sezení. Dotazování se uskutečnilo prostřednictvím okruh otázek viz (příloha 1) - záznamový arch. Vrchní sestra i fyzioterapeutka odpovídaly na čtyři otázky hodnotící vliv jógy na dítě, z pohledu chování, zdravotního a psychického stavu a o postavení jógy v koordinované rehabilitaci.

Během prvních devíti měsících, od září 2015 do června 2016, jsem vybírala vhodné ásany a postupně sestavovala jógovou sestavu, která byla vhodná pro všechny tři klienty. Po každé terapii jsem si zapisovala zjištěné výsledky s ohledem na stanovené dílčí výzkumné otázky. Kvalitativní výzkum byl zaměřen především na vytvoření univerzální jógové sestavy, která by byla vhodná a aplikovatelná pro děti s těžkým mentálním postižením, tak aby samotné cvičení s dítětem zvládl kdokoliv bez znalostí jógy a jógových ásán. Pro účely bakalářské práce byly celkově zhodnoceny a následně interpretovány výsledky výzkumu k měsíci květen 2017. Domnívám se, že přesah mnou provedeného kvantitativního výzkumného šetření spočívá v jeho kontinuitě a longitudinalitě. Jóga, neboť je mou i nadále poskytovaná v DOPZ Nováček, dívkám, které byly zahrnuty do mého výzkumu.

4. 6 Charakteristika zkoumaného vzorku

V případě výzkumného souboru byla použita metoda účelového (záměrného) výběru. Podle Miovského (2006) výběr výzkumného souboru patří mezi jednu z obtížných fází studie. Hendl (2008) uvádí, že tento způsob vzorkování se používá v případě, kdy výzkumník potřebuje informačně bohaté případy. Základní soubor byl tvořen všemi klienty (10 osob) oddělení zdravotní péče DOZP Nováček, pavilon A. Na základě stanovených kritériích jsem ve spolupráci s VS a F sestavila výzkumný soubor. Výzkumný soubor tvoří tři klienti, kteří splňovali následující kritéria:

- a) jednalo se o děti s těžkým mentálním postižením;
- b) byly ve věku 4 - 11 let;
- c) děti jsou v pobytové sociální službě ústavní péče.

Důvodem pro nastavení věku bylo, abych byla fyzicky sama schopna s dítětem bezpečně manipulovat.

Základním souborem pro položený rozhovor byl zdravotnický personál oddělení zdravotní péče, což je 9 zaměstnanců. Z tohoto souboru jsem pro svůj výzkum zvolila dva informanty (VS a F), které vzhledem ke svým profesním zkušenostem vytvořily ideální výzkumný soubor. Z níže uvedených důvodů:

- a) Vrchní sestra, která zná detailně všechny klienty;
- b) Fyzioterapeutka, který sestavuje společně s vrchní sestrou individuální plán pro každého klienta na Oddělení zdravotní péče;
- c) Obě výše uvedené informantky se mnou spolupracovaly v rámci probíhajícího výzkumu. Obě pracují DOZP Nováček déle než 15 let. Obě byly přítomny mého výzkumu po celou dobu dvou let.

4.7 Etika výzkumu

Výzkum je v souladu s etickými pravidly práce s dětmi s mentálním postižením, kdy základním aspektem je dodržení důvěrnosti, to znamená, že ve výzkumu nejsou zveřejňována data, která by umožnila identifikovat účastníky. Celý výzkum probíhal se souhlasem pana ředitele DOZP Nováček Ing. Vladimíra Chuchlera a pod dohledem vrchní sestry Lenky Peckové na Oddělení zdravotní péče. Výstupem kvalitativního výzkumu je Manuál jógových cvičení, na kterých je pro ilustraci zobrazen můj syn, a to samozřejmě s jeho ústním souhlasem a ústním souhlasem jeho otce.

5 Výsledky a jejich interpretace

5.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č 1. Dívka 1

Osobní anamnéza

Dívka se narodila jako úplně zdravé dítě. Na následky subarachnoidálního krvácení (malárie, hematoma), vznikla u dívky těžká psychomotorická porucha retardace. Byl diagnostikován syndrom týraného dítěte. Její vývoj pokračuje jen velice pozvolna a ve svém věku jedenácti let, odpovídá její mentální úroveň kojenci mezi 3. a 6. měsícem věku. Do budoucna se vzhledem k těžkému poškození mozkové tkáně nedá očekávat vývoj zásadnější. Dívka není schopna fixovat zrakem předměty. Slyší a na hlasité sluchové podněty reaguje úlekem. Brouká si a prohlíží si hračky. Na taktilní kontakt reaguje většinou úsměvem a na bolestivé podněty pláčem. Dívka neumí chodit, plazí se a přetáčí se ze zad na břicho a zpět. Je inkontinentní.

Rodinná anamnéza

Matka narozena 1982, byla bez prenatální péče o dítě a přišla až k porodu do porodnice. Otec narozen 1982. Dvojče - sestra narozena 2006, syndrom CAN po zlomené lebce a po mozkovém krvácení byla odebrána z rodiny. Následkem týrání je středně těžké postižení. Je také v ústavní péči DOZP Nováček. Druhá sestra narozena 2003 žije v Dětském domově v Trnové. Je zdráva.

Zdravotní anamnéza

Po těžkém úrazu hlavy a subarachnoidálního krvácení, které způsobilo atrofii mozku, dívka získala těžké psychomotorické retardaci - kvadruparalýza s pravostrannou převahou. Má centrální postižení zraku na podkladě organické léze. Objevuje se u ní sekundární epilepsie.

První setkání - Před prvním jógovým sezením s dívkou, mi vrchní sestra popsala povahu dívky, její reakce na různé podněty, jak snáší změny, co se jí líbí a co nemá ráda. Díky tomu jsem si mohla utvořit určitý rámec, jak s dívkou pracovat i když instruktor by si neměl vytvářet žádný určitý cíl ani výsledek, který by pak vytvářel tlak na instruktora a i na dítě. Vrchní sestra vyndala dívku z postýlky, chvíli ji pochovala a pak ji položila na připravenou podložku. Dívku jsem oslovila, pohládila a chtěla pochovat, což ji naštvalo a začala křičet. K dívce jsem promlouvala klidným hlasem a

vnitřně jsem zůstala klidná. Snažila jsem se dívku posadit zády k mému hrudníku. Dýchala jsem pomalu a hluboce a prostřednictvím svého klidného dechu jsem se snažila ji uklidnit. To ale bylo nemožné, dívka křičela, kousala a byla opravdu rozzlobená. Já i vrchní sestra jsme věděly, že nemá smysl pokračovat. Terapii jsme ukončily a já jsem se rozloučila s dívkou, která se v náručí vrchní sestry pomalu začala zklidňovat. Již na začátku jsem věděla, že dívka bude potřebovat delší dobu na adaptaci, že je agresivní chování potřebuje více času na uklidnění. Vrchní sestra uvedla, že se dívka samopoškozuje a je velmi negativní.

První období - Září 2015 - listopad 2015

Po celou dobu prvního hodnoceného období (září - listopad 2015) sezení probíhalo za přítomnosti vrchní sestry. První měsíc jsme se s dívkou ke cvičení vůbec nedostaly. Zvykala si na moji přítomnost. Upustila jsem o všech možných očekáváních, připomínala jsem si, že není kam pospíchat a připustila jsem si i možnost, že dalších několik měsíců situace zůstane stejná. První malé změny jsem cítila v druhém měsíci, kdy už jsem si dívku z postýlky mohla vzít sama, aniž by začala křičet nebo mě chtěla kousnout. Zvládly jsme spolu první dechové cvičení a jednu nebo dvě pozice. Během cvičení byla ztuhlá, vystrašená a bála se každého nového pohybu. Třetí měsíc jsme já i vrchní sestra pozorovaly, že dívka začíná reagovat na můj klidný hlas uvolněním a agrese začíná pozvolna ustupovat. V této fázi naší jógové terapie obsahovalo zpívání mantry Óm, dechové cvičení jedné či dvou ásan a krátká relaxace.

Druhé období - prosinec 2015 - květen 2016

V tomto období jsme se s vrchní sestrou domluvily, že již na sezení budu sama s dívkou. Dívky agresivní reakce se viditelně zmírnily. Stále byla ostražitá a křečovitá při změnách poloh, ale vymizely její tendence kousat. Až teď jsem cítila, že mohu začít dívku více polohovat do pozic a doba, kdy je v ní ochotná zůstat, se pozvolna prodlužovala. V tomto časovém rozpětí jsem měla možnost monitorovat, jaké pozice jsou pro dívku přijatelné, příjemné a naopak, které není schopna provést nebo se jí daná pozice nelíbí. V tomto okamžiku jsem začala formovat jógovou sestavu a pozorovala změny v chování dívky během našeho sezení. Na můj pozdrav začala postupem času reagovat úsměvem. Při zpívání mantry Óm vždy zpozorněla, vnímala vibrace vycházející z mého hrudníku. Bylo zjevné, že se jí zpívání líbí. Dívka byla schopná zacvičit tři až čtyři pozice, lépe spolupracovala během polohování. Její tělo se

adaptovalo na změnu pohybu rychleji. Během relaxace byla schopná se více uvolnit. Ležela déle v klidu a věnovala pozornost mému hlasu, pozorovala a naslouchala. Toto období šesti měsíců bych charakterizovala jako objevování a hledání hranic a limitů. Pro mě osobně bylo toto období velice obohacující, nejen co se týče jógové praxe, ale i co se týče mě samotné. Práce s dětmi s mentálním postižením mi umožnila nahlédnout na své vlastní limity a schopnosti, Jak jsem schopná udržet pozornost na jógové terapii, jak jsem schopná vcítit se do dítěte a také jak jsem schopná dítě bez podmínky milovat.

Třetí období - červen 2016 - listopad 2016

Náš vztah s dívkou se prohloubil. Dívka mě již poznává podle hlasu a projevuje štěstí a radost. Z našeho sezení se pro dívku stává rituál, nejistota v jejich očích vymizela a cítím, že se mezi námi vytvořil prostor důvěry. Při změnách poloh reaguje přirozeně a nemá již tendence se lekat, jako v minulosti, když se ocitla v nové situaci. Naše terapie začíná mít zažitý postup a přechod z jednoho bodu do druhého je plynulejší. Při zpívání mantry se dívka snaží napodobovat můj zpěv a někdy se jí podaří vydat ze sebe zvuk, který ji rozesměje. Během dechového cvičení se dívka uklidní a vnímá můj dech. Co se týče pozic, je schopná zacvičit již všechny pozice, někdy se nám podaří zvládnout celou sestavu, někdy jen 6 pozic. Každá hodina je specifická, záleží na psychickém rozpoložení dívky a jejím aktuálním zdravotním stavu. Po zdravotní stránce se dívce zlepšilo zažívání, snížilo se svalové napětí. Začíná se objevovat zlepšení pružnosti svalů a kloubů. Dívka je klidnější a při cvičení projevuje emoce radosti a štěstí. Co se týče chování dívky, její agrese se výrazně zmírnila a celkově i její negativní postoj k aktivitám, které zařízení nabízí. Začala lépe spolu pracovat.

4 čtvrté období – prosinec 2016 - květen 2017

Během posledního hodnoceného období nedochází k žádné výrazné změně. Co se týče jejího fyzického stavu jsou její svaly jsou protaženější a tělo je viditelně uvolněnější. Prodlužují se okamžiky, kdy je její tělo bez záškubů a obranného stažení. Polohování do pozic je pro mě snadnější a ze strany dívky vnímám větší spolupráci. Neklade při cvičení odpor, pozice cvičíme důkladněji a doba výdrže v jógových polohách se prodloužila na doporučený čas (viz jógový manuál). Po zdravotní stránce se její tělo viditelně zpevnilo. Svaly podél páteře jsou posílené, svaly a klouby pružnější. Hrudník se více otevřel a došlo i ke zkvalitnění dýchání, kdy z povrchového dýchání přešla na hlubší hrudní dech. Její psychický stav je stejný. Převážně je pozitivně naladěná. Je více

interaktivní a více se zajímá o své okolí. Během sezení se směje a cvičení je jí příjemné. Dívky chování je klidné, bez výrazných propadů a výkyvů. Největší přínos vidím po stránce emocionální. Dívce chybí fyzický kontakt, pohlazení, pochování a mazlení. Dívka se v mé náruči vždy zklidní a z výrazu v jejím obličejí lze vyčíst spokojenost. Vidím, jak si dívka užívá fyzický kontakt a pozornost, kterou jí věnuji. Je více kontaktní, sama mě objímá a hladí a je zřejmé, že ji to velice prospívá.

Nyní si stručně shrneme, jaký byl tedy stav dívky na začátku jógové terapie a poté na jejím konci.

Tabulka 1 Zdravotní stav dívky 1 na začátku a na konci jógové terapie

	Fyzický stav dítěte	Chování dítěte
<u>Začátek jógové terapie</u>	<ul style="list-style-type: none"> ● ztuhlost a ochablost svalů ● nemožnost dítě polohovat v pozicích ● tenze v těle při pohybu ● povrchový dech ● svalové křeče 	<ul style="list-style-type: none"> ● agrese - zloba ● strach ● negativní přístup ● plačtivá ● uzavřenost ● nespolupráce
<u>Konec jógové terapie</u>	<ul style="list-style-type: none"> ● radost ● smích ● spokojenost ● spolupráce ● zájem o okolní svět ● uvolněnost 	<ul style="list-style-type: none"> ● radost ● smích ● spokojenost ● spolupráce ● zájem o okolní svět ● uvolněnost

Zdroj: Archiv autorky

5.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 2 - Dívka 2

Osobní anamnéza

Dívka s těžkou psychomotorickou retardací a vývojovými vadami. Jedná se o imobilní

dívku, která nekomunikuje. Reaguje pouze nesrozumitelnými zvuky. Výzvě nevyhoví. Krmena mletou stravou, a to s obtížemi a zaujímá většinou negativní postoj ke všem aktivitám. Ležící dívka, která není schopna navodit oční kontakt, bloudivý pohled. Na oslovení nereaguje. Její pohyb jsou nekoordinované Ráda si chrastí chrastítkem. Je hypotonická.

Zdravotní anamnéza

Dívka je dítětem z 1. fyziologické gravidity. Porod byl předčasný ve 36. týdnu. Dle dokumentace subependymální hemorhagie bilat., VCC - defekt síň septa, faciální dysmorfie, těžká psychická mentální retardace, centrální hypotonický syndrom – svalová ochablost a syndrom Rubinstein Taybi.

Rodinná anamnéza

Matka narozena 1985, byla u ní diagnostikována simplexní osobnost. Otec se narodil 1969, tělesně i psychicky zdrav. Je nezaměstnaný. Dívka má dva sourozence, kteří jsou v péči rodičů. Nikde v záznamech není uveden jejich zdravotní stav a ani věk.

První setkání

Naše první setkání bylo velice příjemné. Dívka byla přátelská, necítila se nijak nejistě, když jsem si ji vzala do náruče. Po nějakou dobu jsem ji chovala a mluvila na ni klidným hlasem. Bylo vidět, že naslouchá a že se cítí spokojeně. Dívka 2 je většinu času v jedné pozici, schoulená do klubíčka. Ruce drží podél hlavy. Není schopna se otáčet ani lézt. Její tělo je většinu času ve svalovém napětí. Záda má dívka hodně ztuhlá, trpí kyfózou. Když jsem ji poprvé položila na zem na podložku a snažila jsem se jí narovnat do lehu na zádech, reagovala vystrašeně a její záškuby se staly intenzivnějšími. Byla nejistá a cítila se nepříjemně.

První období - září 2015 - listopad 2015

Od našeho prvního setkání, dívka neprojevovala žádné známky agrese. Zaujala neutrální postoj, bez projevení emocí. Po domluvě s vrchní sestrou, jsem začala s dívkou cvičit sama. Během tohoto období, jsem zjišťovala, do jakých pozic mohu dívku polohovat. Ze začátku jsem bojovala se zvýšeným svalovým napětím při každé změně pozice. Někdy toto svalové napětí bylo tak velké, že nebylo možné dívce natáhnout ani ruku ani nohu. Různě jsem improvizovala a hledala cesty, jak toto napětí eliminovat, tak

aby dívka nabíla pocit jistoty a dovolila mi ji v pozicích polohovat. Někdy jsem byla až překvapená, jakou silou disponuje. Zkoušela jsem zpívat, pochovat ji nebo hladit. Někdy jsem držela její tělo jemně v určité pozici a čekala jsem, jestli napětí povolí. Časem jsem zjistila, že pokud nespěchám a poslouchám její tělo, je schopna mě pomalu pouštět v pozicích dál. Toto období bych charakterizovala jako objevování limitů, možností a cest společné spolupráce. Pozorně jsem monitorovala výrazy v dívčině tváři při určitých pozicích a snažila se neustále vnímat její tělo. Na základě toho jsem vybírala a sestavovala jógovou sestavu.

Druhé období – prosinec 2015 - květen 2016

Během tohoto období jsem s dívkou zkoušela různé pozice a postupy, které jsem při našem sezení vždy stejně opakovala, aby dívka měla možnost si zvykat na systém cvičení. Sledovala jsem reakce dívky na jednotlivé pozice a změny. Volila jsem jemný a citlivý přístup tak, aby dívka neztrácela pocit bezpečí, který jsme si postupně společně vytvářely. Stále jsem se potýkala s velkým svalovým napětím, které dívka měla. Uvědomovala jsem si, že potřebuje více času na adaptaci a nic se nesmí uspěchat. Co se týče reakcí jejího fyzického těla na cvičení, nejsou nijak výrazné. Zdá má dívka stále velice ztuhlá a celkově celé tělo není pružné a je těžko poddajné v pozicích. Jóga ji pomáhá od plynatosti a četnost střevních kolik se snížila. Co se týče dechu, zůstává povrchový. Nezaznamenala jsem žádné výraznější zlepšení. Po psychické stránce vidím zlepšení, a to ve zmírnění strachu a nejistoty. Dívka reaguje více pozitivně na jednotlivé ásany. Je dobře naladěná a někdy reaguje na cvičení smíchem. Dívka začala více pozorovat okolí. Její chování je klidné.

Třetí období – červen 2016 - listopad 2016

Dívka reaguje na můj hlas, když ji vítám, přesto neprojevuje žádné emoce a neusmívá se. Cítím, že je v mé přítomnosti spokojená. Rituál našeho jógového cvičení již dostává pevnější rámeček a polohování do určitých pozic je mnohem snadnější, i přes svalové napětí, které je u dívky stále velmi výrazné. Na dechové cvičení reaguje pozitivně, zklidní se a naslouchá mému dechu. Na zpívání mantry Óm reaguje zvědavě, zpozorní, rozhlíží se kolem sebe a otáčí se za zvukem. Dívka se začíná cítit pohodlněji v lehu na zádech. Zdá povolila a je vidět posílení svalů podél páteře. Tělo začíná být pružnější. Došlo ke zlepšení v jednotlivých pozicích. Psychická stránka zůstává stejná jako v předešlém hodnoceném období. Dívka reaguje více pozitivně na jednotlivé ásany. Je

dobře naladěná a někdy reaguje na cvičení smíchem. Dívka začala více pozorovat okolí. Její chování je klidné.

Období čtvrté – prosinec 2016 - květen 2017

Během posledního hodnoceného období nedochází k žádné výrazné změně. Cvičení má svůj pevný rámec a postup, který se každé sezení opakuje. Sleduji, jestli je provedení pozice jednodušší a hlubší. Hlubší ve smyslu protažení a délce výdrže v pozici. Dívka si velmi oblíbila zpívání mantry. Při dechovém cvičení cítím její dech výrazněji než na začátku našich setkání. Dech se prohloubil a došlo ke zmírnění napětí ve svalech. Dívka je schopna zacvičit všechny pozice, některé lépe a některé jsou stále pro její tělo těžko zvladatelné. Při relaxaci dívka pozorně naslouchá mému hlasu a dokáže postupně uvolnit svalový tonus ve svém těle. Každé naše sezení ovlivňuje nálada dívky a její aktuální zdravotní stav, což se odráží v provedení jednotlivých pozic i výdrži v jednotlivých ásanách. Psychický stav zůstává stejný, dívka je pozitivní, veselá a klidná. Dívka reaguje velmi pozitivně na fyzický kontakt, na pohlazení a pochování.

Tabulka 2 Zdravotní stav dívky 2 na začátku a na konci jógové terapie

	Fyzický stav dítěte	Chování dítěte
<u>Začátek jógové terapie</u>	<ul style="list-style-type: none"> ● ztuhlost a ochablost svalů a kloubů ● nemožnost dítě polohovat v pozicích ● kyfóza 3. stupeň ● neschopnost ležet na zádech ● tenze v těle při pohybu ● povrchový dech ● svalové záškuby 	<ul style="list-style-type: none"> ● nezájem ● strach ● odmítání vnímat okolní svět ● bez reakce na můj hlas ● bez emocí

<p><u>Konec jógové terapie</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● posílení celého těla ● získání pružnosti svalů a kloubů ● bez tenze v těle při pohybu ● výdrž v pozicích ● harmonizace zažívání ● prohloubení dechu ● zmírnění svalových záškubů ● schopnost ležet na zádech 	<ul style="list-style-type: none"> ● zpozorní při mluvení ● důvěra beze strachu ● usmívá se ● spokojenost
---	---	---

Zdroj: Archiv autorky

5. 3 PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 3 - Dívka 3

Osobní anamnéza

Dívka narozena 2011 má těžkou vývojovou retardaci (PMR) z důvodu kvadraparetické formy dětské mozkové obrny. Samostatně nechodí, jen leze a přetočí se na břicho a zpět. Umí se posadit, stát s oporou a obejít nábytek. Dívka je inkontinentní, trvale na plenkách. Její řeč není rozvinuta. Není schopna porozumět ani základním pokynům. Je krmena tekutou stravou prostřednictvím PEG. Sama není schopna polykat ani sliny. Je velmi živá a temperamentní, proto musí být trvale pod dozorem, protože hrozí riziko úrazu, pádu nebo vytažení katetru.

Zdravotní anamnéza

Dívka s posthemorhagickým hydrocefalem s drenáží (mozkomíšní mok), která má rozštěp tvrdého i měkkého patra. Projevují se u ní epilepsie. Dále má refrakční poruchou zraku se strabismem, středně těžkou poruchu sluchu bilaterálně a zavedenou perkutánní gastrostomii. Hypotonická forma DMO,

Rodinná anamnéza

Matka je narozena 1978. Byla u ní diagnostikována lehká mentální retardace a epilepsie. Nepracuje a je v částečném invalidním důchodu. Otec není uveden v

rodném listě. Dívka má čtyři sourozence, sestru narozenou 1997, která je v péči u tety. Jeden z bratrů narozen 2010 a druhý bratr narozen 2012 jsou údajně zdraví. Sestry dvojčata narozeny 2014, nikde není uveden jejich zdravotní stav a ani kde žijí.

První setkání

Vrchní sestra mi před prvním setkáním nastínila, jaké je dívka povahy a jaké jsou její pohybové dispozice. Dívka 3 jako jediná je schopna chodit, buď za pomoci chodítka, anebo za pomoci nějaké opory. Leze, sedí a je velice zvědavá. Naše první setkání bylo velice příjemné. Dívka byla hned od prvního okamžiku velice kontaktní a přátelská. Neustále mě chytala kolem krku a chtěla, abych ji chovala. Byla veselá a usměvavá. Na všechny podněty reagovala pozitivně.

První období – září 2015 - listopad 2016

Setkávání s dívkou 3 bylo úplně jiné než s Dívkou 1 a 2. Hlavní rozdíl byl v tom, že dívka 3 byla velmi živá a byl problém ji polohovat do jakékoliv pozice. Jejím jediným zájmem bylo chodit a hýbat se. Vůbec ji nezajímali klidné pozice, kde by měla ležet nebo po nějakou dobu setrvat. V tomto období jsem dívku spíše pozorovala a snažila jsem se jí dát prostor. Naše sezení nijak pevně neuchopovala a více než cvičení jsme chodily po pokoji, zpívaly, objímaly se a dívku jsem hodně chovala. Co se mi podařilo skoro vždy bylo dechové cvičení, kdy dívka seděla na mém klíně a já k ní promlouvala klidným hlasem a zhluboka jsem dýchala. Moc je líbilo zpívání mantry ÓM, při které se smála a vyžadovala, ať zpívání opakuji.

Druhé období – prosinec 2015 - květen 2016

Během této doby jsem se snažila více dívku polohovat do pozic a nastavit našemu sezení určitý pravidelný rámec. Začátek našeho vztahu už se začínal upevňovat. Při dechovém cvičení a zpívání mantru ÓM, dívka dokázala v klidu sedět a pozorovat, co se děje. Poté většinou chtěla chodit nebo lézt. Vždy jsem ji chvíli poskytla prostor, aby se mohla svobodně a neřízeně pohybovat. Seděla jsem ve zkříženém sedu a čekala, až se dívka ke mně vrátí a budeme moci pokračovat ve našem cvičení. Někdy přišla sama a někdy jsem ji vzala do náruče a posadila zpět na podložku. Při cvičení ásán se dívka kroutila a vadil jí řízený pohyb a polohování. Někdy se i rozčílila. Hledala jsem způsoby, jak dívku zaujmout, tak abych ji v pozici mohla správně upravit, a aby v pozici vydržela po nějakou dobu. Nakonec se osvědčilo, že jsem na dívku hodně

mluvila a někdy jsem i zpívala. Přesto naše jógové sezení bylo nesoustředěné a často utíkala z pozic prozkoumávat okolí. Pozorované změny na fyzickém těle dívky jsou posílení svalového tonusu a pružnější svaly i klouby. Začíná se měnit dechový vzorec dívky. Dech se prohlubuje a při dechovém cvičení zapojujeme všechny tři části dechu - břicho, hrudník, podklíčkovou oblast. Dívka je během cvičení veselá a spokojená. Její chování se mění podle její nálady, jsou hodiny, kdy se rozčiluje a nechce spolupracovat a jindy je pozorná a klidná.

Třetí období – červen 2016 - listopad 2016

V tomto okamžiku se s dívkou známe již 15 měsíců. Když mě dívka vidí je šťastná a větší se mi kolem krku. Vždy se chvilku pomazlíme. Mluvím na ní a chovám ji. Začátek našeho cvičení má již pevný rámec. Dívka se těší na zpívání mantry a při dechovém cvičení klidně sedí zády ke mně a naslouchá mému hlasu. V této fázi je dívka schopna zacvičit bez problémů dvě až tři pozice za sebou, pak již ztrácí zájem a pozornost. Začne lézt po pokoji a prozkoumává okolí. Dopřeju jí prostor, a pak se ji snažím přivést zpět ke cvičení. Někdy se sama vrátí na podložku, někdy vstanu vezmu ji do náruče, chvilku ji pochovám a pak pokračujeme ve cvičení. A po nějaké době se celá situace opakuje. Nikdy dívku nenutím, aby pokračovala ve cvičení a osvědčilo se mi, dát jí prostor, který vyžaduje a po určité době zase pokračovat. Většinou zacvičíme 10 pozic. Během relaxace dívka odmítala ležet na zádech a neustále se zvedala z lehu. Zjistila jsem, že když si ji vezmu do náruče a relaxace probíhá tak, že dívku chovám, je schopná se zklidnit, uvolnit a nechat své tělo odpočinout. Záda, břicho a celý střed těla se zpevnily. Jednotlivé pozice jsou snadněji proveditelné a dochází k jejich prohlubování. Dívka je pozitivně naladěna a již nedochází tak k častému střídání nálad.

Čtvrté období – prosinec 2016 - květen 2017

V tomto období se náš rituál jógového sezení ustálil. Hodina je specifická tím, že několikrát během cvičení dívka vyžaduje svůj prostor, kdy se chce svobodně pohybovat. Dívka už si také zvykla, že vždy po jejím prozkoumávání se opět vrací na podložku a my spolu pokračujeme ve cvičení. Během dechového cvičení a zpívání mantry ÓM dívka udrží pozornost a je v klidu. Co se týče jógového cvičení je pro dívku stále obtížné udržet pozornost a vydržet delší dobu v asánách. Tuto část jógové terapie rozdělujeme krátkými úseky, kdy si dívka odpočine tak, jak sama chce. V této fázi se doba odpočinku zkrátila a doba cvičení prodloužila. Po celou dobu sezení je dívka

pozitivně naladěná a přátelská. Je velice otevřená a vyžaduje fyzický kontakt. Dívka na pozice reaguje přirozeně, neklade žádný odpor a díky tomu pozice provádíme důkladně. Tělo je v nich uvolněné a doba výdrže v pozicích se prodloužila a tím se účinky jednotlivých pozic na tělo prohloubily. Pro dívku je důležitý fyzický kontakt, pomazlení a pohlazení, které sama během cvičení vyžaduje.

Tabulka 3 Zdravotní stav dívky 3 na začátku a na konci jógové terapie

	Fyzický stav dítěte	Chování dítěte
<u>Začátek jógové terapie</u>	<ul style="list-style-type: none"> ● ochablost svalů ● zkrácené svaly na horních a dolních končetinách ● ztuhlá krční páteř ● povrchový dech 	<ul style="list-style-type: none"> ● veselá ● přátelská ● impulsivní ● nesoustředěná ● neochota spolupracovat
<u>Konec jógové terapie</u>	<ul style="list-style-type: none"> ● posílení celého těla ● získání pružnosti svalů a kloubů ● uvolněná krční páteř ● výdrž v pozicích ● harmonizace zažívání ● prohloubení dech 	<ul style="list-style-type: none"> ● veselá ● přátelská ● projevy radosti, smích ● zlepšení koncentrace ● adaptace na pravidla cvičení ● zlepšení komunikace

Zdroj: Archiv autorky

5.4 Jógová sestava vhodná pro děti se všemi stupni postižení

Jógová sestava vznikla na základě mé pětileté praxe, během které jsem různé pozice zkoušela cvičit s dětmi s různými stupni postižení a sledovala, jak na danou pozici reagují a jak jsou schopni ji zvládnout. Všechny vybrané pozice jsou vhodné i pro děti, které nejsou schopny během cvičení spolupracovat a instruktor je musí sám vlastní silou

do každé pozice polohovat.

5.4.1 Zásady při cvičení jógy s dětmi s mentálním postižením

Na základě svých zkušeností s praktikováním jógy u dětí s mentálním postižením, uvádím zásady, který je nutné při cvičení jógy dodržovat.

a) K dítěti přistupujeme jemně a láskyplně. Vyhýbáme se prudkým a nečekaným pohybům. Vše se děje v souladu s dítětem.

b) Na dítě neustále mluvíme. Popisujeme mu každý následující krok. Ráda popisuji u dítěte cvičení například takto: „*Tvoji krásnou ručičku natáhneme, protáhneme. Koukej, to je tvoje nožička a tu takto skrčíme. Ty jsi šikovný, takto se tvé tělíčko parádně protáhne.*”

c) Jestliže vnímáme, že při cviku dítě klade odpor, zastavíme se v místě, kde odpor vznikl a chvíli vyčkáme. Zpravidla nastávají dvě věci. Po určité chvíli napětí povolí a my můžeme pozici prohloubit, do okamžiku dalšího napětí a takto pokračujeme krok po kroku. Anebo se ani po určité době napětí neztrácí či naopak narůstá, v tomto případě se vrátíme do výchozí pozice.

d) Mezi jednotlivými cviky zařadíme vždy relaxační pozici, tak aby si tělo odpočinulo a uvolnilo, před novým následujícím cvikem.

e) Z vlastní zkušenosti mohu říct, že je dobré, zachovat pořadí jógové sestavy, i co se týče ásan, je určitě možné nějaké ásany vynechat, ale pořadí by mělo být dodrženo.

f) S dítětem udržujeme fyzický kontakt. Hladíme ho a neustále vytváříme pocit bezpečí.

5.4.2 Manuál jógového sezení

Díky 10 letým zkušenostem se cvičením jógy dospělých, těhotných a dětí a na základě provedeného kvalitativního výzkumu jsem sestavila následující Manuál jógového cvičení, který se skládá z těchto oblastí – příprava, přivítání, zpívání Mantry Hari óm, dechová cvičení, sestava cviků, relaxace a rozloučení.

1. Příprava před jógovou terapií

Vyvětráme místnost a vytvoříme si dostatečný prostor na podlaze, kam umístíme deku či podložku. Nepřipravuje se pouze místnost, ale i osoba, která s dítětem bude cvičit, neboť její emoční naladění se promítne do celého jógového cvičení. Je dobré si uvědomit, proč s dítětem cvičíme, být empatický a milující. Dítě je schopno vycítit, jakoukoliv nejistotu či strach.

2. Přivítání se s dítětem

V tváři tvář pozdravíme dítě a snažíme se zachytit oční kontakt. Pak dítě pochováme a oznámíme mu, že je čas cvičit jógu. Každý chystaný úkon dítěti předem popíšeme, tím vytváříme bezpečné prostředí. Ze své dlouholeté zkušenosti vím, že je v obecném podvědomí lidí domnívat se, že těžce postižené dítě nevnímá, co se mu říká. Ano, není schopno zachytit význam slov, ale je schopno vycítit energii obsaženou ve slovech, proto sdělujeme dítěti vše, co se chystáme dělat. Mluvíme klidně, jemně a vyrovnaně. Na děti nešíšláme a ani nemluvíme lítostivě. Snažíme se vytvořit láskyplné a bezpečné prostředí.

3. Zpívání mantry Hari óm

Dítě si posadíme zády k sobě a pokud to dítěti jeho tělo dovolí, pokrčíme mu nohy do zkříženého sedu, zády se opírá a hrudník instruktora. Matra Hari óm, je veselý uvítací zpěv, které dítě zaujme, zpíváme ji vesele a pomáháme dítěti do rytmu tleskat rukama. Délka zpěvu je individuální, záleží na atmosféře, optimální délka je 2 minuty.

3. Dechové cvičení

Dechové cvičení provádíme, pokud možno v sedě, kdy je dítě opřeno zády o instruktora. Tělo na tělo, tak aby dítě cítilo dech instruktora. Z vlastní dlouholeté zkušenosti vím, že je dítě schopno kopírovat dechový vzorec osoby, která s ním cvičí. Tímto způsobem může instruktor ovlivňovat dech dítěte. Účel dechového cvičení je prodloužení a zklidnění dechu. Instruktor pomalu, klidně a plynule střídá nádech a výdech.

Provádíme čtyři dechové cvičení:

- a) Břišní dech - kdy nádech a výdech vedeme do abdominální oblasti. Soustředíme se na dech. Jedná se o práci instruktora s jeho dechem. Pozorujeme, jak dech plní celou abdominální oblast, jak se tato oblast

naplňuje a s výdechem vyprazdňuje. Soustředíme se i na dítěte a pozorujeme, jestli zaregistroval změnu dechového vzorce. Tento dechový cvik provádíme 1-2 minuty.

b) Hrudní dech - přeneseme nádech a výdech do hrudní oblasti. Pozorujeme, jak dech plní oblast hrudníku, jak se tato oblast plynule naplňuje a s výdechem vyprazdňuje. Soustředíme se i na dítěte a pozorujeme, jestli zaregistrovalo změnu dechového vzorce. Tento dechový cvik provádíme 1-2 minuty.

c) Podklíčkový dech - vedeme nádech, až pod ramena do podklíčkové oblasti. Pozorujeme, jak dech plní celou podklíčkovou oblast, jak se tato oblast plynule naplňuje a s výdechem vyprazdňuje. Soustředíme se i na dítěte a pozorujeme, jestli zaregistroval změnu dechového vzorce. Tento dechový cvik provádíme 1-2 minuty.

d) Plný jógový dech - kdy všechny tři předešlé cviky spojíme v jeden, což znamená, že jeden nádech vedeme do abdominální oblasti, pak do hrudní a nakonec do podklíčkové oblasti. Pozorujeme, jak se dech prolíná z jedné oblasti do té následující, jak se tato oblast postupně a plynule naplňuje a s výdechem vyprazdňuje. Soustředíme se i na dítěte a pozorujeme, jestli zaregistroval změnu dechového vzorce. Tento dechový cvik provádíme 1-2 minuty.

Před každým cvikem dítěti popíšeme, jaké dechové cvičení se bude provádět. Je dobré položit dlaň na oblast, kam dech vedeme, aby dítě cítilo, o jakou oblast se jedná.

4. Sestava cviků (všechny jsou součástí přílohy 2)

Po dechovém cvičení dítě položíme do lehu na záda a snažíme se mu narovnat tělo do pozice šavansány - pozice mrtvoly.

Obrázek 1 Pozice mrtvoly



Zdroj: Archiv autorky

Cvik 1. rotace chodidla

Technika: Dlaň umístíme na patičku, tak aby se kotník nemohl pohybovat. Druhou rukou chytíme chodidlo za prsty a palec a horní polovinou chodidla kroužíme několikrát ve směru a proti směru hodinových ručiček.

Obrázek 2 Ukázka rotace chodidla



Zdroj: Archiv autorky

Poté posuneme dlaň z paty nad kotník tak, aby bylo možné druhou rukou odtlačovat a přitahovat chodidlo od našeho těla. To samé opakujeme s levým chodidlem.

Účinky: Skrze reflexní plosky na nohou uvolňujeme krční páteř.

Cvik 2. Přitahování kolene v lehu na zádech

Technika: posadíme se k chodidlům dítěte. Pravou rukou položíme na levé stehno a levou rukou chytíme pravou nohu dítěte pod kolenem. Pomalu zvedáme pravou nohu z podložky a v ten samý okamžik pokrčujeme dítěti jemně nohu. Koleno jemně tlačíme směrem k hrudníku, dokud neucítíme rezistenci. V tomto okamžiku začneme nohu vracet pomalu na podložku. Po celou tuto dobu pravou rukou stabilizujeme tělo dítěte a

přidržíme jeho nataženou levou nohu stále na podložce. Takto opakujeme 2-3 krát na jednu i druhou stranu.

Obrázek 3 Přitahování kolene v lehu na zádech



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tímto cvičení zvyšujeme pružnost kyčelního a kolenního kloubu. Uvolňuje napětí v oblasti beder. Posiluje svaly, šlachy a nervy v dolních končetinách.

Cvik č. 3 Šlapání na kole

Technika: Uchopíme obě paty dítěte a zvedneme obě natažené nohy 20 cm nad zemi. Pravou nohu odtlačujeme od sebe až se koleno dítěte pokrčí opět začneme nohu natahovat a vracet do výchozí pozice. V tom samém okamžiku, začneme pokrčovat levou nohu, až dostaneme souvislý a plynulý pohyb, jako by dítě šlapalo na kole. Provádíme po dobu 30 sekund.

Obrázek 4 Šlapání na kole



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tento cvik posiluje svaly na stehnech a na celé noze. Svižný pohyb příznivě působí na klouby a také pomáhá rozproudřit krevní oběh. Uvolňuje plynatost a rozproudří preristaltiku střev.

Cvik 4. Zvedání natažených nohou

Technika: Obě nohy chytíme ze spodu pod kolena, takto zůstanou po dobu cvičení. Postupně zvedáme a pokládáme pravou a pak levou nohu do výšky, tak, jak nám tělo dítěte umožní. Zopakujeme 4 krát na každou nohu.

Obrázek 5 Zvedání natažených nohou



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tento cvik posiluje hýžděvé a stehenní svaly. Protahuje podkolení šlachy.

Cvik 5. Pozice loďky

Technika: Posadíme se vedle dítěte ke středu jeho těla. Jednu dlaň umístíme pod oba kotníky dítěte a druhou dlaň na zadní část krku. Pomalu a jemně začneme současně zvedat horní i dolní polovinu těla, až do tvaru písmene V, pokud nám to tělo dítěte dovolí, pozici držíme 10 až 20 sekund, a poté pomalu vracíme dítě do výchozí pozice. Tento cvik může zopakovat ještě jednou.

Obrázek 6 Pozice loďky



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tento cvik je výborný pro rozvoj stability a na posílení hýžďových svalů. Také zesilují svaly v hrudní oblasti, ramen a krku. Celá páteř se protáhne a dojde i ke stimulaci orgánů v břiše.

Cvik 6. Sed a leh

Technika: Pod ramena, krk a hlavu dítěte umístíme polštář, který bude podpírat jeho tělo. Sedneme si k chodidlům dítěte a kolena budeme přidržovat jeho nohy tak, aby během provádění cviku zůstaly na podložce. Oběma rukama chytíme dítě za předloktí a pomalu ho zvedáme z polštáře. Dítěti jen pomáháme a vedeme pohyb nahoru. Snažíme se mu dát prostor, aby se co nejvíce zapojilo do cviku samo. Když cítíme, že je dítě na vrcholu pozice, opět mu pomáháme plynule a bezpečně se vracet do lehu na polštář. Opakuje 5 až 10 krát.

Obrázek 7 Sed a leh



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tento cvik je obzvláště účinný na posílení břicha a paží. Dítěti se tento cvik líbí, protože ze sedu má možnost jiného výhledu, což ho stimuluje a motivuje. Baví ho i houpavý pohyb nahoru a dolů.

Cvik 7. Pozice mostu

Technika: Posadíme se k chodidlům dítěte. Pokrčíme mu nohy a ujistíme se, že obě chodidla jsou plnou plochou na podložce. Jednou dlaní budeme přidržovat nártu, tak aby se chodidla nezvedala a druhou dlaň dáme pod zadek dítěte. Pomáháme dítěti zvednout zadek od podložky. Pohyb vedeme, tak vysoko, jak nám jeho tělo dovolí. V nejkrajnějším bodě držíme pozici 5 až 10 sekund. Cvik můžeme opakovat 2 až 3 krát.

Obrázek 8 Pozice mostu



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice protahuje kyčelní klouby a oblast beder. Také svaly na bedrech, stehnech a zadku se posilují.

Cvik 8. Pozice Labuť

Technika: Jemně a pomalu otočíme dítě do lehu na břicho. Posadíme se klekneme si obkročmo podél nohou dítěte. Chytíme obě dlaně dítěte, protáhneme jeho paže a lehce nadzvedneme hrudník od podložky, tak že se zvedá hlava, krk, hrudník a břicho nad podložku. Držíme 3 - 6 sekund, pak opatrně a jemně podkládáme dítě zpět na podložku. Tento cvik můžeme opakovat.

Obrázek 9 Pozice Labuť



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice uvolňuje napětí v oblasti beder. Posiluje horní polovinu zad, svaly na krku a otevírá celou oblast hrudníku. Uvolňuje plynatost a působí proti zácpě.

Cvik č. 9 Pozice kobry

Technika: Dítě leží na břiše. Posadíme se obkročmo - dítě mezi koleny. Umístíme dlaně dítěte pod jeho ramena a držíme je svými dlaněmi. Koukáme na dítě ze shora a voláním jména dítěte se ho snažíme motivovat, aby se nás podívalo. Jestliže dítě není schopno hlavu od podložky zvednout, posuneme svoje dlaně pod jeho ramena a tahem ho začneme pomalu nadzvedávat od podložky, tak že se jeho hrudník otevírá. Držíme pozici 3 - 30 sekund, podle dítěti jeho tělo umožní.

Obrázek 10 Pozice kobry



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice otevírá hrudní koš, tím stimuluje svaly podél obratlů. Posiluje svaly v oblasti ramen, krku, horní poloviny zad. Protahuje páteř a stimuluje nervová vlákna podél páteře. Uvolňuje napětí v solaru plexu a v oblasti beder. Příznivě ovlivňuje srdce a plíce, prohlubuje hrudní dech.

Cvik č. 10 - Pozice lotosu

Technika: Dítě leží na břiše s nataženýma nohama u sebe a čelem se opírá o podložku. Posadíme se podél dolních končetin dítěte. Jednu dlaň umístíme na oblast beder a druhou dlaní chytíme nárt dítěte. Pomalu začneme zvedat jeho nataženou nohu, tak, aby kyčle dítěte zůstaly na podložce. Zastavíme zvedání nohu v bodě, kdy cítíme rezistenci a držíme pozici 5 - 10 sekund. Pak pomalu vrátíme nohu zpět na podložku. To samé provedeme i s druhou nohou dítěte.

Obrázek 11 Pozice lotos



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice posiluje hýžd'ové a bederní svaly. Protahuje svaly v abdominální oblasti a tónuje orgány v dutině břišní.

Cvik č. 11- Pozice dítěte

Tato pozice se řadí do relaxačních pozic. Lze zařadit po jakékoliv pozici a kdykoliv, kdy bychom cítili, že si dítě potřebuje odpočinout nebo zklidnit. Tato pozice je také velmi vhodná na praktikování dechového cvičení.

Technika: Posadíme se vedle dítěte, které je v lehu na břiše. Pomalinku dítě otočíme na bok. Pokrčíme mu obě nohy a kolena přitáhneme co nejvíce k jeho tělu, pak dítě pomalu vracíme zpět na podložku. Tak, aby měl nohy skrčené pod tělem, čelo na podložce a paže podél těla.

Obrázek 12 Pozice dítěte



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice protahuje páteř a uvolňuje napětí v oblasti beder a krční páteře. Také snižuje napětí v oblasti plotének. Pomáhá uvolňovat střevní koliku a plynatost. Celkově je tato pozice velmi harmonizující a relaxační.

Cvik č. 12 Rotační pozice A

Technika: Posadíme dítě do zkříženého sedu. My se posadíme za dítě nohy rozkročené. Jemně chytíme dítě za ruce, které visí podél jeho těla a vedeme pohyb jeho horní polovinu těla nejprve doprava, tak až dítě svou levou dlaní dosáhne na své pravé koleno a jeho pravá paže bude za jeho zády. Oslovujeme dítě jeho jménem, což ho motivuje kouknout se více doprava a tím se pozice prohlubuje. Pozici držíme 3 - 6 sekund. Pak se pomalu vracíme na střed a celý cvik zopakujeme na druhou stranu doleva. Můžeme tento cvik zopakovat ještě jednou na každou stranu.

Obrázek 13 Rotační pozice A



Zdroj: Archiv autora

Účinky: Tato pozice protahuje hrudní koš, snižuje napětí v oblasti plotýnek a stimuluje, prokrvuje svaly a nervy podél páteře. Rotací vytváříme v dutině břišní tlak, čím stimuluje akupresně činnost vnitřních orgánů v dané oblasti. Uvolňuje napětí v oblasti zad a kyčlí. Tónuje svaly v oblasti ramen, krční páteře a pažích. Tento cvik cvičíme nejprve na pravou stranu a tím podporujeme činnost střev v jejich přirozeném směru. Velmi dobrý cvik podporující zažívání a činnost peristaltiku střev.

Cvik č. 13 Rotační pozice B

Technika: Dítě posadíme zády k našemu hrudníku, tak, aby jeho záda byla rovná. Natáhneme dítěti obě dolní končetiny, obě paty jsou u sebe. Pokrčíme dítěti pravou nohu a zkusíme jeho pravé chodidlo umístit na vnější stranu levého kolene. Jemně chytíme dítě za paže a začneme ho vytáčet doprava, ve stejném okamžiku vedeme

levou paži dítěte k jeho pravému kolenu a jeho pravou paži za záda, až jeho levá paže je na vnější straně jeho kolene a hrudník vytočený co nejvíce doprava. Pozici držíme 3 - 6 sekund a poté pomalu vracíme do výchozí pozice. Prohodíme nohy a celý cvik zopakujeme na druhou stranu.

Obrázek 14 Rotační pozice B



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice má stejné účinky jako rotační pozice A.

Cvik č. 14 Hluboký předklon A

Technika: Dítě sedí zády k nám a obě jeho nohy jsou natažené. Paty má u sebe a paže podél těla. Položíme dlaň na záda dítěte a jemně ho tlačíme do zad, tak, aby se začalo uklánět ke svým nataženým nohám, až do okamžiku, kdy cítíme rezistenci. Pozici držíme 5 - 15 sekund. Pokud dítě není schopno se samo předklonit. Přitiskneme jeho záda na náš hrudník a pomalu se společně předklání k nataženým nohám dítěte.

Obrázek 15 Hluboký předklon A



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice uvolňuje napětí v oblasti beder, podporuje činnost střev a tím působí preventivně proti zácpě. Protahuje a stimuluje svaly i nervy podél celé páteře. Akupresně stimuluje orgány v dutině břišní.

Cvik č. 15 Hluboký předklon B

Technika: Dítě sedí zády k nám a obě jeho nohy jsou natažené. Pokrčíme jeho levou nohu a jeho levé chodidlo umístíme na vnitřní stranu jeho pravého chodidla. Pravou dlaň položíme na záda dítěte a lehce ho zatlačíme zad a snažíme se mu pomoci, aby se co nejvíce uklonil k jeho pravé natažené noze, která po celou dobu zůstává natažená. Zastavíme se v okamžiku, kdy cítíme resistanci. Pozici držíme 5 - 15 sekund a pak dítě pomalu vrátíme do výchozí pozice. Celý cvik zopakujeme na druhou stranu.

Obrázek 16 Hluboký předklon B



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: jsou stejné jako u pozice hluboký předklon A.

Cvik č. 16 Pozice ryby

Technika: Dítě leží na zádech, ruce podél těla a natažené dolní končetiny. Posadíme se vedle dítěte a jednu dlaň umístíme pod tělo dítěte do oblasti lopatek. Druhá dlaň je položená na dolních končetinách dítěte tak, aby jsme během pozice drželi jeho nohy natažené. Pomalu začneme odlepovat lopatky dítěte od podložky. Hlava dítěte jde pomalu do záklonu, až se temeno jeho hlavy dotýká podložky. Pozici držíme 5 - 10 sekund a pak pomalu vracíme dítě zpět na podložku. V případě, že je dítě v oblasti hrudníku hodně ztuhlé, můžeme použít malý overball, a nebo polohovací polštář. Tato pozice není vhodná pro děti, které mají problémy s atlasem.

Obrázek 17 Pozice ryby



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice otevírá hrudní koš, tím se protahují svaly celé oblasti hrudníku. Uvolňuje napětí v hrudníku a pomáhá prohloubit hrudní dech a tím se zvyšuje kapacitu plic.

5. Relaxace

Relaxaci provádí dítě v lehu na zádech. Pokusíme se ho na podložce uložit tak, aby se cítilo bezpečně. Někdy nám může pomoci polohovací polštář proto, aby si dítě mohlo co nejvíce odpočinout. Buď v pozici Mrtvolky viz. foto 1, anebo v lehu na boku či bříše. Na dítě mluvíme pomalým a jemným hlasem, tak abychom navodili klidnou atmosféru. Je důležité, abychom i my sami byli klidní a uvolnění a tím ten klid přenášíme na dítě. Dýcháme pomalu a jemně, soustředíme se na svůj dech a tělo dítěte. Pohladíme celou pravou dolní končetinu dítěte od kyčle až k prstům u nohy, jako bychom stáhli napětí z celé nohy. To samé provedeme na levou nohu. Při tom se snažíme pozorovat, jestli je dítě schopno se uvolnit. Tímto způsobem pokračujeme v oblasti horních končetin, horní poloviny těla, jemně pohladíme obličej a vlasatou část hlavy. Můžeme při tom jemně pobroukávat podobně jako když uspáváme dítě. Snažíme se uvolnit co největší část těla dítěte. Pozorujeme pocity dítěte a reakce na relaxaci. Doba relaxace není nijak omezena, jde nám o co nejdelší možné uvolnění a zklidnění dítěte.

Obrázek 18 Relaxace



Zdroj: Archiv autorky

6. Rozloučení

Po relaxaci, když již dítě není schopno být v klidu, nastává čas se rozloučit. Pomalu z lehu dítě přesuneme do pozice zkříženého sedu. Narovnáme mu záda a pomůžeme mu spojit dlaně před svým hrudníkem. Rozloučíme se pozdravem NAMASTE a ukloníme se.

Obrázek 19 Rozloučení



Zdroj: Archiv autorky

5.5 Výsledky polořízených rozhovorů

Následující podkapitola obsahuje výsledky a interpretaci dat získaných rozhovorem s pracovníci zařízení (vrchní sestra a fyzioterapeutka). Postupně jsou tedy uváděny otázky, na které pracovnice odpovídaly. Pokud byla otázka shodná pro obě, je interpretována v rámci jednoho vyhodnocení.

Rozhovor č.1 i 2- Vrchní sestra zdravotního oddělení (dále jen VS) a fyzioterapeutka (dále jen F)

Otázka 1: Pozorovala jste u dětí (u nichž je jóga praktikována) nějaké účinky na jejich zdravotní stav?

První ze čtyř otázek pokládaných VS a F byla zaměřena na případné změny zdravotního stavu u dětí s mentálním postižením, které mohly vyvstat v rámci účinnosti jógových cvičení. Ztotožňuji se z odpovědí VS, která uvedla: *„Zřejmé je uvolnění svalové napětí, zlepšení pružnosti svalů a kloubů. Cvičení má pozitivní účinek na peristaltiku střev,*

uvolňuje plynatost ve střevech a pomáhá při střevní kolice. Dochází k prokrvování končetin, zkvalitnění dechu a celkově přispívá k posílení těla a stability“.

I F zařízení zastává stejný názor, v rámci rozhovoru podotkla, že: *„Začala jsem si všimnout zlepšení pružnosti svalů a kloubů. Došlo také ke zpevnění těla a zároveň k eliminaci napětí ve svalech, což dívkám přináší úlevu. Když dívky měli koliku či nafouklé břicho polohovala jsem je do pozic uvolňující plynatost a úleva přišla skoro okamžitě. Co se týče psychického naladění, dívky jsou klidnější a mají lepší náladu“.* Jak je patrné z odpovědi F, je aplikace jógových cviků velmi prospěšná i na funkčnost lidských orgánů.

Otázka 2: Pozorovala jste u dětí, jež se účastní jógové terapie, změny v chování?

Sama mohu potvrdit a souhlasím s odpovědí VS, že u všech tří dívek došlo k viditelným změnám v chování. VS *„U všech tří dívek došlo ke zklidnění. Nejvýraznější změna chování je u dívky 1, která bývala velice agresivní, plačtivá a měla výrazné negativní chování. Nyní dívka 1 reaguje pozitivně, nebrání se a velmi hezky spolupracuje. Všechny dívky jsou během i po jógovém sezení veselé, spokojené a reagují pozitivně na podměty, které jim sezení přináší“.*

Fyzioterapeutka zastává stejný názor jako VS, i ona vidí posun v psychickém stavu u všech tří dívek *„Co se týče psychického naladění, dívky jsou klidnější a mají lepší náladu“.*

Otázka 3: Ovlivňuje dle vašeho názoru praktikování jógy nějakým způsobem psychický stav dítěte?

Další z otázek rozhovoru navazuje úzce na předchozí otázku a byla položena pouze VS. Sama jsem mohla vidět, že se dívky na naše cvičení opravu těšily a po mém příchodu se dožadovaly mé přítomnosti. Z odpovědi VS: *„U všech dívek se zlepšilo kognitivní vnímání. Když slyší Marušku, ví, že je čeká něco příjemného a projevují radost. Jsou více adaptabilní. Na změny poloh během cvičení již nereagují ustrašeně. Strach v nich vyvolával zatuhlost a svalové napětí. Dívky jsou více uvolněné a klidné“.* Odbourání strachu a navození klidné a pohodové atmosféry je velmi důležitým krokem vedoucím k posunům ve zdravotním stavu dívek.

Otázka 4: Doporučila byste zařadit jógovou terapii do rehabilitačního programu?

Odpověď na tuto je stěžejní pro doporučení, která z práce v závěru vyplynou. Můj názor potvrzuje i VS: „*Jistě, moc nás samotné cvičení zaujalo vedle basální stimulace a canisterapie, je jóga dalším vhodným prostředkem rehabilitace pro zlepšení bio-psycho-sociálních potřeb uživatele, zpestření a změna denního režimu. Jóga děti stimuluje a ony jsou více interaktivní, pozorují u nich větší zájem o vnější svět*“.

Fyzioterapeutka se v názorech shoduje: „*Určitě ano, je to výborné doplnění rehabilitačních cviků. Nejen, že se stimuluje fyzické tělo dítěte, ale jóga ovlivňuje i psychiku dítěte. Jemný a citlivý přístup paní Lásky, byl pro dívky jako pohlazení. Většina našich klientů je citově vyprahlá a fyzický kontakt, který jógové sezení poskytuje, jím velmi prospívá. Jóga pomáhá svým specifickým způsobem, který doplňuje standartní rehabilitační program a tím jsme schopni nabídnout klientům komplexnější přístup a péči. V našem zařízení s jógou budeme pokračovat a bude své pevné místo v rehabilitačním programu*“.

Na následující dvě otázky odpovídala už je fyzioterapeutka.

Otázka 5: Přispělo cvičení jógy k celkovému rozvoji dítěte?

Opět jako první uvádím svůj názor, kdy se domnívám, že mnou prováděná jógová cvičení přispěla bezpochyby k celkovému rozvoji dívek. U všech došlo ke zlepšení v oblastech pohyby, funkčnosti orgánů, ale i v oblasti psychiky. Stejný názor sdílí i F: „*Ano, každá stimulace dítěte s mentálním postižením je důležitá a přínosná. Jógové pozice rozproudí krev v těle a dochází k prokrvení svalů a nervů, což má pozitivní dopad na celé tělo a jejich zdraví. Všimla jsem si také, že dříve dívky dýchaly jen povrchově. Jejich dech byl rychlý a mělký. Nyní se jejich dech prodloužil a tím jsou dívky schopni vdechnout do těla více kyslíku. Po psychické stránce jsou dívky pozitivnější a jeví větší zájem o okolí*“.

Otázka 6: Měla jógová terapie nějaký význam pro návazný rehabilitační program?

V zařízení se samozřejmě rehabilitace jako taková, vzhledem k postižení pacientů, provádí každý den. Z pohledu jógové terapie, šlo tedy o navázání, přidání dalšího prvku v rámci rehabilitace. Fyzioterapeutka uvedla: „*Ano, byl to další nástroj, jak uvolnit*

svalové napětí, které všechny dívky mají a způsobuje jim velké nepohodlí a stres. Díky větší pružnosti svalů, se mi s dívkami cvičilo lépe a začaly se prohlubovat účinky návazná rehabilitace. Dívky lépe spolupracovaly a bylo na nich vidět, že je pohyb baví. Každý bod v rehabilitační programu ovlivňuje ten následující a čím komplexnější je přístup, tím je účinek větší“. S jejím názorem plně souhlasím, nic se nedělá zbytečně, vše na sebe navazuje a tím dochází k zesílení zamýšleného účinky dané činnosti.

5.6 Shrnutí výsledků s ohledem na HVO a DVO

Tato podkapitola je shrnutím odpovědí získaných z případových studií

HVO: Jaký má vliv jógové cvičení na fyzický a psychický stav dítěte s mentálním postižením?

Odpovědi na tuto otázku jsou v podstatě shrnuty v kapitole 5.5. Jógové cviky, které jsou v rámci svého výzkumu s dětmi prováděla měly pozitivní vliv na fyzický stav, zejména na zvýšení pružnosti svalů a kloubů, ale i na celkový stav pohybového aparátu. Dále mělo pozitivní dopad na funkčnost vnitřních orgánů, zejména na peristaltiku střev, jejichž funkčnost je u ležících dívek značně omezena. Byly minimalizovány koliky atd. Z pohledu psychického se dívky uklidnily, přestala se u nich projevovat agresivita či neklid. Začaly mě rozpoznávat a při setkání projevovaly radost veselé. Podařilo se mi vytvořit si s nimi rituál, kterým jsem jim vytvořila pevný rámec, ve kterém se dívky cítily bezpečně. Vymizel strach při změnách poloh a dívky se dokázaly v pozicích uvolnit. Také začaly projevovat větší zájem o okolní svět. Bylo zjevné, že je jóga stimuluje, což potvrdila vrchní sestra i fyzioterapeutka.

Je zapotřebí si uvědomit, že uvedené výsledky se vztahují ke 3 dětem s mentálním postižením, u kterých byla po dobu výzkumu prováděna jógová terapie. Pro zjištění odpovědi na HVO bude zapotřebí ověřit mnou získané výsledky na větším počtu klientů dětského věku s mentálním postižením a provést tedy širší studii.

DVO1: Co se osvědčilo před zahájením jógových sezeních?

Tato otázka byla částečně zodpovězena v kapitole zabývající se zásadami při cvičení jógových technik. Je tedy zapotřebí přistupovat k dítěti jemně a láskyplně. Vyhýbat se prudkým a nečekaným pohybům. Vše se děje v souladu s dítětem. Na dítě neustále mluvíme. Popisujeme mu každý následující krok.

První sezení by mělo vždy začít seznámením s dítětem, myšleno z pohledu sester, které o dětech vědí nejvíce. Tedy zjistit jaká je povaha dítěte, jak reagují na podněty, změny, co se jim líbí a co mají rádi, či naopak čemu se spíše vyhýbat a předcházet jejich stresování. Během zahájení každého sezení s dětmi se vždy osvědčil klidný a láskyplný přístup. U Dívky 1 bylo navázání kontaktu a získání důvěry největším problémem, naopak Dívka 3 byla okamžitě vstřícná a ochotná komunikovat. Vždy bylo nutné začínat stejně, v podstatě se vytvořil jakýsi rituál, na který si dívky zvykly a těšily se na další průběh. Je nutné dodržovat pořadí cviků, zejména u dětí s mentálním postižením.

DVO 2: Jak působí zpěv manter na dítě s mentálním postižením?

U všech tří dívek se zpěv manter vždy osvědčil, pokaždé došlo k upoutání pozornosti, vnímání zvuku. Dívka 2, která byla nepohyblivá se při zpěvu za zvukem otáčela a bylo vidět, že ji zvuk dělá dobře, uklidňuje ji. Dívka 3, která byla naopak velmi živá a neustále v pohybu, se při zpěvu uklidnila, seděla a poslouchala, smála se a vyžadovala opakování.

DVO 3: Jaká dechová cvičení lze využívat?

Jak uvádí Lysebeth (2003) dech je hlavní zdroj výživy pro všechny buňky těla, přičemž průměrná osoba využívá asi jednu sedminu své celkové plicní kapacity. Skrze dechové cvičení jsem se snažila u dívek zvýšit tuto kapacitu hlubokým jógovým dechem. Vždy jsem se soustředila na břišním dech, hrudním dech, podklíčkový dech a na plný jógový dech, který vede nádech do všech oblastí horní poloviny těla. Bylo zajímavé pozorovat, jak je dítě schopno naladit se na můj dech a opakovat můj vzorec dýchání. Přiložením dlaně na oblast, kam se dech vedl, zesílil účinek dechového cvičení. Dítě více vnímalo, kam proudí nádech. Souhlasím s jogínem Dr. svámí Gítánanda Giri (1999), který tvrdí, že díky dechovému cvičení se zvyšuje přísun vitální energie do rozličných orgánů našeho těla, posiluje imunitu, pozitivně ovlivňuje a stimuluje nervový systém. Dále uvádí, že prokysličováním mozkových buněk, ke kterému při dechovém cvičení dochází, pomáháme zesílit a oživit autonomní i vůlí ovládané nervstvo. Jako velký přínos vidím v prohloubení dechu, ke kterému došlo u všech dívek a ke zklidnění během tohoto cvičení.

DVO 4: Jaké jsou vhodné asány a funkční sestava asán?

Jógou sestavu jsem tvořila postupně během zhruba během první roku, kdy jsem vybírala z 30 ásan, které jsem si předem vytýčila. Volila jsem takové pozice, do kterých bylo možno dívky lehce polohovat a zároveň tak, aby posloupnost ásan procvičila celé tělo. Ásany příznivě působí na anatomii i fyziologii lidského těla, na svaly, klouby, dech, oběhový, nervový i lymfatický systém, orgány i žlázy s vnitřní sekrecí. (Knaislovi, 2007) Dívky se postupem času naučily v ásanách vydržet a zklidnit tak, že doházelo k povolení svalového tonusu a záškubů. Dívky zpozorněly, vnímaly moji osobu a můj hlas. Cítila jsem z dívek klid a spokojenost. Každá vybraná pozice je unikátní a rozvíjí určitou část těla. Dohromady tyto ásany vytváří ucelenou jógovou sestavu, která umožňuje zapojit svaly celého těla a postupně protahuje a stimuluje všechny části těla. Délka cvičení a množství zacvičených ásan je individuální a odpovídá schopnostem dítěte, jeho zdravotnímu stavu a momentálnímu psychickému naladění.

Zjistila jsem, že je důležitá pravidelnost cvičení alespoň jedenkrát týdně. Díky tomu si tělo vytváří svalovou paměť a dítě si utváří návyk.

DVO 5: Jaký je přínos relaxace?

Relaxace je v dnešní době jeden z nejlepších způsobů, jak se zbavit negativních vlivů stresu (E. Drotárová, L. Drotárová, 2003). „Člověk, který ovládá relaxaci, mívá pevnější duševní i tělesné zdraví a celkově bývá se svým životem spokojenější“ (Blahutková, Matějková, Brůžková, 2010, s. 105).

Nadeau (2003) ve své knize popisuje, jaký vliv má relaxace na děti. Kromě uvolnění celého organismu a snížení jak svalového, tak i mentálního stresu, slouží relaxace také k tomu, že děti nemají takový problém zapojovat se do hry, jsou pozornější a vnímavější.

Sama během cvičení s dětmi vnímám relaxaci jako nezbytnou součást každého cvičení. Není zařazována pouze na konci ásan, ale často je pro uklidnění dítěte, zejména dítěte s mentálním postižením, nutné zařadit ho i mezi jednotlivé ásany. Dítě se uklidní, uvolní a opět je schopno vnímat a provádět další cviky. Já sama zakončuji cvičení hlazením a uvolňováním dolních končetin, poté horních a horní části těla. Tento prvek není omezen časově, vždy je přizpůsoben potřebám konkrétního dítěte.

DVO 6: Jaká je možné uplatnění jógy v rámci koordinované rehabilitace?

K odpovědi na tuto otázku využiji znovu odpovědi dotazované fyzioterapeutky a vrchní

sestry, které jsou k odpovědi bezesporu těmi pravými osobami. Fyzioterapeutka uvedla, že jóga pomáhá svým specifickým způsobem, který doplňuje standartní rehabilitační program a tím jsme schopni nabídnou klientům komplexnější přístup a péči. V našem zařízení s jógou budeme pokračovat a bude své pevné místo v rehabilitačním programu.

Vrchní sestra uvedla, že jóga je dalším vhodným prostředkem rehabilitace pro zlepšení bio-psycho-sociálních potřeb uživatele, zpestření a změna denního režimu. Jóga děti stimuluje a ony jsou více interaktivní, pozorují u nich větší zájem o vnější svět.

DVO 7: Jaký je vliv jógy na zmírnění svalového tonu?

Z mé dlouholeté jógové praxe vím, že pokud se sval natáhne a pak následně povolí, dochází v něm k uvolnění napětí, proto flexibilita hraje důležitou roli v uvolňování svalového napětí. Podle Suchomela (2006) udržení adekvátní flexibility je důležité z hlediska zdraví pro správné držení těla a rozvíjení funkčnosti a stupně volnosti kloubu, protaženost svalů a šlach, zlepšení schopnosti svalů silově se rozvíjet. Relaxace je další významný prvek k účinnému uvolnění svalového napětí. U dětí s mentálním postižením jsem se snažila můj vnitřní klid přenést na dítě během relaxace v lehu na zádech anebo v mém náručí. Dýchala jsem pomalým a hlubokým dechem, děti jsem hladila a utěšovala svým hlasem. Po určité době začala docházet k uvolnění svalů a dítě začalo relaxovat.

DVO 8: Jaký je vliv jógy na psychický stav dítěte s mentálním postižením?

Výzkum ukázal, že po 21 měsících pravidelného cvičení jógy, došlo u všech dívek ke zklidnění. Největší změna nastala u dívky 1, kdy díky józe se zmírnilo její agresivní chování. Relaxace, mantry, dechové cvičení a ásany působí celostně na tělo i psychiku dítěte s postižením a příznivě ovlivňují psychiku dítěte. Dívky byly schopny projevat emoce radosti, smály se a bylo zřejmé, že je jóga těší. Vrchní sestra v rozhovoru uvedla, že dívky mají pozitivnější přístup k aktivitám a více spolupracují.

5.7 Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Na závěr této celé kapitoly zbývá už jen stručné shrnutí informací, získaných během mého šetření v zařízení DOZP Nováček.

Jak jednoznačně vyplývá z předešlých kapitol, působení jógové terapie mělo na všechny tři dívky pozitivní vliv. Přestože dívka 1 byla z počátku hodně zatvrzelá, došlo u ní

k postupnému uvolnění, navázání důvěry, čímž jsem mohla začít provádět jednotlivé cviky důkladněji, a tedy s vyšším efektem. Naopak u dívky 3 došlo k uklidnění, tato dívka jako jediná byla pohyblivá, a to velmi, bylo nutné udržet pozornost, což se dařilo právě díky zpěvu ÓM a dechovým cvičením.

Z mého pohledu byla jógová terapie velkým přínosem, nejen pro samotné dívky, ale celkově pro zařízení DOZP Nováček, kde v těchto praktikách budou i nadále pokračovat, což vyllynulo z odpovědí v kapitole výše.

Jednoznačně lze tedy říci, že nebyly nalezeny žádné negativní dopady jógy, naopak díky jejímu působení došlo ke zlepšení jak fyzické, tak psychické stránky všech tří dívek.

6 Diskuse

Následující kapitola je shrnutím poznatků autorky této práce, které jsou porovnány s autory zabývající se touto problematikou.

V rámci svého výzkumu jsem se dostala do kontaktu s dětmi s mentálním postižením (od roku 2015 do roku 2017), čímž jsem nabyla neopakovatelných zkušeností. Účinků jógy na lidský organismus jsem si plně vědoma, což je samozřejmě důvodem, proč se této filozofii věnuji a své poznatky a zkušenosti předávám dál. Jóga má obrovské účinky na lidský organismus, zde se ztotožňuji s Repkou (2009), který uvádí, že kvalita stavu pohybového aparátu je založena na harmonii složky výkonové (kostí, svalů, kloubů apod.), složky řídicí (CNS a periferní systém) a energetické složky (výživa). Z tohoto důvodu je nezbytné, aby se v rámci jednotlivých cviků působilo na všechny Repkou zmiňované složky. Dále Repka (2002) podotýká, že jóga může ovlivnit i svalovou rovnováhu u výkonné složky, přičemž je značný důraz kladen na edukaci vnímání pohybu, nápravu stereotypní chování při pohybu, harmonizaci neurovegetativního systému a v neposlední řadě ovlivnění somestatického aparátu. Dle Lysebetha (2003) by tedy měly být cviky uvolněné, pomalé, vědomé, aktivně řízené a probíhají v koordinaci s dechem. Jedná se tedy o reedukaci vadného pohybového vzorce.

Jóga má blahodárné účinky na psychický stav jedince, což bylo prokázáno i v rámci šetření. Případové studie v mnou provedeném výzkumu ukázaly, že opakování určitého souboru zvuků může mít zklidňující a ozdravné účinky na nervový systém. Toto tvrzení se přímo v rámci prováděných cviků u dívek potvrdilo, dívka 3 vyžadovala opakování zpěvu a sama se snažila zvuky opakovat. Během jednotlivých návštěv docházelo postupně k odbourání strachu a paniky, které nakonec přešlo v těšení se na naše cvičení a radost z mé přítomnosti. Kubrychtová Bártová, Stuchlík (2007) podotýkají, že cvičením jógy u dětí dochází k ovlivnění duševní rovnováhy, rozvoji koncentrace a zvýšení efektivity vzdělávacího procesu, také napomáhá při nápravě držení těla, jedná se o relaxační metodu, snižuje stres, svalovou úzkost atd.

Z rozhovorů, které byly provedeny s VS a F jasně vyplynulo, že jóga měla pozitivní účinky na celkový stav dětského organismu, ne tedy pouze na stránky fyzickou, kdy došlo k uvolnění svalového napětí a zlepšení hybnosti kloubů a pružnosti svalů, ale

pozitivní vliv měla cvičení i na orgány, zkvalitnilo se dýchání, zlepšila se peristaltika střeva apod. V tomto zjištění se tyto informantky shodují s autory Kubrychtovou Bártovou a Stuchlíkem (2007), podle kterých je díky pravidelnému cvičení jógy je výrazně ovlivněna nejen fyzická, ale i psychická stránka osobnosti, jsou procvičovány nejen svaly, ale také je zlepšován stav páteře, kloubů, ale pozitiva jsou spatřována i ve zlepšování funkcí tělesných orgánů.

Na rehabilitaci jako takovou, je dle Koláře (2009) u osob chronicky či trvale postižených nutné pohlížet jako na ucelenou, a tedy jim zabezpečit rehabilitaci koordinovanou, vzájemně propojenou a navazující. Koordinovaná rehabilitace je tedy zaměřena na osoby se zdravotním postižením bez věkového omezení, u kterých se předpokládá omezení schopnosti výkonu činností a začleňování se do společnosti (Votava, 1997). Právě z výše uvedených důvodů se domnívám, že je vhodné do rehabilitačního programu zařadit jógovou terapii, která má také vliv na celkový zdravotní stav pacientů.

Stěžejní otázkou položenou informantkám z řad zaměstnanců DOZP Nováček bylo, zda by doporučily zařadit jógovou terapii do rehabilitačního programu, obě se shodly, že jógové cvičení je dalším vhodným prostředkem rehabilitace pro zlepšení bio-psycho-sociálních potřeb klientů, zpestření a změna denního režimu. Jóga děti stimuluje a ony jsou více interaktivní, pozorují u nich větší zájem o vnější svět. Zde korespondují jejich názory s Nešporem (1996), který podotýká, že jóga má vliv na různé druhy onemocnění, například při pravidelném cvičení jógy lze u dětí pozorovat zlepšení stavu při akutních onemocněních mandlí či astmatu, které je řazeno k tzv. psychosomatickým onemocněním, tedy nemoci, na které má vliv psychický stav pacienta.

Podle fyzioterapeutky, která se zúčastnila výzkumu *„pomáhá jóga svým specifickým způsobem, který doplňuje standartní rehabilitační program a tím jsme schopní nabídnou klientům komplexnější přístup a péči.“* Ztotožňuji se s jejím názorem, jóga je opravdu specifickým druhem cvičení, zejména proto, že svým působením neovlivňuje pouze fyzickou schránku osobnosti, ale ve větší míře i psychickou, což se samozřejmě pozitivně projevuje na stránce fyzické. Tedy rozšíření rehabilitačního programu o jógové prvky je bezesporu správným krokem vpřed.

Se všemi odpověďmi obou informantek z řad zaměstnanců DOZP Nováček plně souhlasím. Jsem ráda, že jógová cvičení dosáhla u dětí s mentální postižením takových

výsledků a že bude možno v rámci navázání na mou práci i nadále pozitivně na dívky působit. Z vlastního pohledu mohu říci, že bezpochyby došlo k výrazným změnám, nejen co se hybnosti a pružnosti pohybového aparátu týče, ale i po stránce psychické, došlo k výrazným změnám, které byly patrné zejména u dívky 1.

HVO: Jaký má vliv jógové cvičení na fyzický a psychický stav dítěte s mentálním postižením? Z pohledu na tuto hlavní otázku, mohu, jak již bylo výše několikrát uvedeno pouze dodat, že vliv jógové terapie, kterou jsme prováděla v DOZP Nováček, měl na všechny dětské pacienty, u kterých byl výzkum prováděn, pouze pozitivní vliv. Bohužel nelze v rámci tohoto výzkumu tvrdit, že pozitivní vliv bude na všechny pacienty. Bude nutné aplikovat cviky i na další dětské pacienty s mentálním postižením a na základě výsledků provést novou studii, na základě, které bude možné odpovědět na HVO s jistotou.

DVO1: Co se osvědčilo před zahájením jógových sezeních? Na začátku seznámení s dívkami byla vždy zapotřebí přítomnost VS, kterou dívky důvěrně znají a plně jí věří. U dívky 1 byl největší problém s důvěrou, který se ale postupně změnil na radost z našich setkání. Děti s mentálním postižením mají „svůj svět“, který je velmi křehký a vstoupit do něj je nutné s maximální opatrností. Důvěra, která se mezi mnou a dívkami vytvořila byla silným poutem, díky kterému jsme se v rámci jednotlivých jógových terapií pomalu posouvali dál a dospěli k výborným výsledkům, což potvrdily i VS a F.

DVO 2: Jak působí zpěv manter na dítě s mentálním postižením? Zpěv všeobecně má velmi pozitivní dopad na lidskou mysl. Zpěv manter byl pro dívky něčím zcela novým, jakmile si na tento rituál přivykly, vyžadovaly zpěv pokaždé a častěji. Domnívám se, že zpěv manter má pouze pozitivní dopad na psychiku těchto dívek a lidí všeobecně.

DVO 3: Jaká dechová cvičení lze využívat? V rámci jednotlivých terapií jsem využívala všechny typy dechů, tedy břišní, hrudní, podklíčkový a nakonec celkový jógový dech. U dívek došlo k prokysličení organismu a svalů, naučily se správně dýchat a dech využívat ve svůj prospěch.

DVO 4: Jaké jsou vhodné ásány a funkční sestava asán? Jógou sestavu jsem tvořila postupně během zhruba během prvního roku, kdy jsem vybírala z 30 ásán, které jsem si předem vytýčila. Volila jsem takové pozice, do kterých bylo možno dívky lehce

polohovat a zároveň tak, aby posloupnost ásan procvičila celé tělo. Dívky se postupem času naučily v ásanách vydržet a zklidnit tak, že doházelo k povolení svalového tonusu a záškubů. Dívky zpozorněly, vnímaly moji osobu a můj hlas. Cítila jsem z dívek klid a spokojenost. Každá vybraná pozice je unikátní a rozvíjí určitou část těla. Dohromady tyto ásany vytváří ucelenou jógovou sestavu, která umožňuje zapojit svaly celého těla a postupně protahuje a stimuluje všechny části těla. Zjistila jsem, že je důležitá pravidelnost cvičení alespoň jedenkrát týdně. Díky tomu si tělo vytváří svalovou paměť a dítě si utváří návyk.

DVO 5: Jaký je přínos relaxace? Sama během cvičení s dětmi vnímám relaxaci jako nezbytnou součást každého cvičení. Není zařazována pouze na konci asán, ale často je pro uklidnění dítěte, zejména dítěte s mentálním postižením, nutné zařadit ho i mezi jednotlivé ásany. Dítě se uklidní, uvolní a opět je schopno vnímat a provádět další cviky. Já sama zakončuji cvičení hlazením a uvolňováním dolních končetin, poté horních a horní části těla. Tento prvek není omezen časově, vždy je přizpůsoben potřebám konkrétního dítěte.

DVO 6: Jaká je možné uplatnění jógy v rámci koordinované rehabilitace? Fyzioterapeutka uvedla, že jóga pomáhá svým specifickým způsobem, který doplňuje standartní rehabilitační program a tím jsme schopni nabídnou klientům komplexnější přístup a péči. V našem zařízení s jógou budeme pokračovat a bude své pevné místo v rehabilitačním programu. Vrchní sestra uvedla, že jóga je dalším vhodným prostředkem rehabilitace pro zlepšení bio-psycho-sociálních potřeb uživatele, zpestření a změna denního režimu. Jóga děti stimuluje a ony jsou více interaktivní, pozorují u nich větší zájem o vnější svět. S odpověďmi obou souhlasím, pokud by se jógové cvičení stalo nedílnou součástí rehabilitace nejen v DOZP Nováček, ale bylo by uplatňováno v rámci rehabilitací ve všech zařízeních, jistě by byly výsledky daleko lepší.

DVO 7: Jaký je vliv jógy na zmírnění svalového tonu? Z mé dlouholeté jógové praxe vím, že pokud se sval natáhne a pak následně povolí, dochází v něm k uvolnění napětí, proto flexibilita hraje důležitou roli v uvolňování svalového napětí. Relaxace je další významný prvek k účinnému uvolnění svalového napětí. U dětí s mentálním postižením jsem se snažila můj vnitřní klid přenést na dítě během relaxace v lehu na zádech anebo v mém náručí. Dýchala jsem pomalým a hlubokým dechem, děti jsem hladila a utěšovala svým hlasem. Po určité době začala docházet k uvolnění svalů a dítě začalo

relaxovat.

DVO 8: Jaký je vliv jógy na psychický stav dítěte s mentálním postižením?

Výzkum ukázal, že po 21 měsících pravidelného cvičení jógy, došlo u všech dívek ke zklidnění. Největší změna nastala u dívky 1, kdy díky józe se zmírnilo její agresivní chování. Relaxace, mantry, dechové cvičení a ásany působí celostně na tělo i psychiku dítěte s postižením a příznivě ovlivňují psychiku dítěte. Dívky byly schopny projevat emoce radosti, smály se a bylo zřejmé, že je jóga těší. Vrchní sestra v rozhovoru uvedla, že dívky mají pozitivnější přístup k aktivitám a více spolupracují.

Domnívám se, že jógová terapie, kterou jsme v rámci výzkumu provedla měla pouze pozitivní dopad na všechny tři dívky, a to i pře jejich odlišnou anamnézu. Plně doufám, že Manuál jógových cviků bude i nadále používán, a to u dalších pacientů dětského věku s mentálním postižením a i u nich dojde k viditelným pozitivním dopadům jógové terapie na jejich zdraví.

7 Závěr

Cílem teoretické části práce bylo zmapovat problematiku úzce související s tématem práce, tedy s realizací jógy u dětí s mentálním postižením v kontextu koordinované rehabilitace. Praktická část práce si kladla za cíl navrhnout vhodné jógové sestavy u dětí s mentálním postižením, a to na základě provedeného kvalitativního výzkumu a vlastních zkušeností s realizováním jógy u této cílové skupiny. V souvislosti s cílem bylo stanoveno šest výzkumných otázek. První výzkumná otázka hledala odpověď na otázku, co se osvědčilo před zahájením jógových cvičení. Druhá zkoumala, jaký má vliv zpěv manter na děti s mentálním postižením. Třetí byla zaměřena na druhy dechových cvičení, která se dají při cvičení praktikovat. Čtvrtá byla zaměřena na vhodné ásány a jejich sestavy. Pátá se snažila nalézt odpověď na přínos relaxace a poslední šestá si kladla za cíl nalézt odpověď na možnosti uplatnění jógy v rámci koordinované rehabilitace.

K realizaci samotného výzkumu byl osloven tým oddělení zdravotní péče DOZP Nováček. V rámci rozhovoru byla oslovena vrchní sestra a fyzioterapeutka tohoto oddělení. K samotné realizaci jógového cvičení byly vybrány 3 dívky, jejich diagnóza a další informace byly uvedeny v kapitole 5 Interpretace získaných dat. Zkoumaný vzorek byl vybrán metodou účelovou, tedy výběrem záměrným.

Jedno se mi neustále potvrzuje, a to, že pokud chceme pomáhat komukoli s nějakým problémem, či chceme-li, s postižením, pak je naprosto nezbytné, abychom s takovými lidmi nejednali jako s postiženými či nemocnými. To je dle mého názoru zásadní omyl, který vede na scestí účinné pomoci. Takový postoj brání toku pozitivní energie a vytváří prostředí, které s pozitivními výsledky pomoci zásadně nerezonuje. Současně těmto lidem výrazně omezujeme možnosti a příležitosti k vlastnímu rozvoji, kreativitě a být sami sebou.

Člověka jako takového bychom měli vnímat především jako bytost, a nikoliv jen jako tělesnou schránku, kde sídlí mozek a další tělesné orgány. A protože jóga je celostním systémem, lze jí s úspěchem použít kromě jiného i jako velmi účinný individuální komunikační prostředek s mentálně postiženými dětmi. Může velmi účinně pomoci jak na úrovni fyzické, tak především na úrovni mentální. Máme tak k dispozici po několik tisíc let používaný a časem prověřený komplexní integrální systém.

Prostřednictvím jógových cvičení, relaxací a zpívání manter, lze s dětmi s mentálním postižením komunikovat a porozumět jejich světu. Jistěže jóga a další používané techniky nejsou v těchto případech léčebnou metodou ve smyslu, jak chápeme léčebný proces, ale dokáže nabídnout takové možnosti, které jsou uzavřeny jinak velmi prospěšné klasické medicíně či psychiatrii, terapeutickým programům, sociálnímu zázemí a materiální pomoci, či aktivní integraci těchto lidí. Jóga v tomto ohledu působí jako účinná nadstavba, jež „pokračuje“ v práci klasických léčebných a rehabilitačních metod. Dá se i s určitostí říci, že klasická jóga má neomezené možnosti. Jediným omezujícím aspektem tvořivého pokroku nás samých je naše mysl a intelekt.

Výstupem mé práce je Manuál jógových cvičení, který je zároveň přínosem mé práce. Další přínos shledávám nejen v získání nových zkušeností, jelikož jsem doposud jógu praktikovala jen mezi „zdravou populací“, ale zejména v samých pozitivěch, které měla jógová terapie na klienty dětského věku. Ohlas této terapie byl shledán i u informantek z řad pracovníků zařízení DOZP Nováček s tím, že budou v této terapii nadále pokračovat a stane se součástí jejich rehabilitačního programu, a to i u dalších klientů.

Seznam literatury

1. ANDRÉ VAN LYSEBETH, 2003. *Učím se jógu*. Praha: Kosmas, ISBN 80-7203-073-6
2. ANGEROVÁ, Y., ŠVESTKOVÁ, O., 2010. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. In: Kalvach, P., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přeprac. vyd. Praha: Grada, s. 359-380. ISBN 978-80-247-2765-3.
3. BĚŤÁKOVÁ. 2005. *Jóga pro děti*. Pracovní materiál vzniklý pro potřebu semináře učitele – Středisko služeb školám Brnu. (Podle indického pramene JÓGALINGA: Bálajógapradípika – Kahan jógy dětem a jeho překladu, Liberec 1990).
4. DAVIESOVÁ. K. 2008. *Jóga v 10 lekcích*. Praha: Svojk & Co., s. r. o. s.6-10. ISBN 978-80-7352-933-8. s.
5. DOLEJŠÍ, M. 1973. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum.
6. ERIC EMERSON, LANCASTER UNIVERSITY STEWART L. EINFELD, 2011. University of Sydney Date Published: February, availability: Available ISBN 9780521728935.
7. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
8. ISACCS, N. 2014. *The little book od yoga*. Chronicle Books LLC. ISBN 978-1-4521-2920-4
9. JANKOVSKÝ, J. 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-730-5.
10. JESENSKÝ, J. 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum. 159 s. ISBN 80-7066-941-1
11. JESENSKÝ, J. 2000. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-196-1.
12. KOLÁŘ, P. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 713 s. ISBN 97-8807-

262-657-1

13. KRHUTOVÁ, L. 2011. *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. Ostrava. 151s.

ISBN 978-80-7368-957-5

14. KREJČÍ, M. 1995. *Jóga v praxi pedagoga*. České Budějovice: Pedagogická fakulta jihočeské univerzity. ISBN 80-7040-129-X.

15. KREJČÍK, V. 2003. *Power jóga. Dynamické cvičení budoucnosti. Fitness pro ženy a muže každého věku*. Praha: Euromedia Group, k. s. ISBN 80-249-0205

16. KLUSOŇOVÁ, E. 2011. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 264s. ISBN 978-80-7013-535-8

17. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. 2005. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 117 s. ISBN 80-7013-423-2

18. KUVALAYANANDA, S.;VINEKAR, S.L. *Jógová terapie*. Bratislava: Cad press, 1990.1.vyd.164 s. ISBN 80-85349-04-3

19. LIDELLOVÁ, L. 2002. *Kniha o józe*. Praha: Vašut. 190 s. ISBN 80-7236-294-1.

20. LOKŠOVÁ, I., LOKŠA, J. 1999. *Pozornost, motivace, relaxace a tvořivost dětí ve škole: cvičení pro rozvoj soustředění a motivace žáků*. Praha: Portál.

21. LYSEBETH, A., 1984. *Jóga*. Praha: Olympia. ISBN: 27-014-84.

22. LYSEBETH, A. (2002). *Lekce jógy*. Praha: Argo.

23. MAHESHWARANANDA, S. *Systém jóga v denním životě*. Vídeň: Ibera Verlag, 2000.1.vyd. 448 s.

24. MAHESHWARANANDA, S. 2006. *Jóga v denním životě*. Praha: Mladá Fronta.

ISBN 80-204-1277-8.

25. MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H. 1991. *Psychické rezervy výkonnosti: Stres, hypnosugesce, autoregulace*. Praha: Karolinum.

26. MAEHLE, G. 2007. *Ashtanga yoga: practice and philosophy : a comprehensive description of the primary series of Ashtanga yoga, following the traditional Vinyasa count, and an authentic explanation of the Yoga Sutra of Patanjali* (1st New World Library ed.). Novato, Calif.: New World Library.
27. MATĚJČEK, Z. 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha: H & H Vyšehradská. ISBN 80-86022-92-7.
28. MEHTA, M. 1996. *Co je to jóga*. Praha: Svojtka a Vašu. ISBN 80-7180-058-9.
29. MIHULOVÁ, M., SVOBODA, M. 1995. *Abeceda jógy*. Liberec: Santal
30. NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K. 2011. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus. 133s. ISBN 978-80-7435-109-9
31. NEŠPOR, K. 1998. *Uvolněně a s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka*. Praha: Portál.
32. NEŠPOR, K. 1998. *Jóga pro děti: relaxace, příběhy, cvičení*. Praha: Velryba. ISBN 8085860-09-0.
33. OPATŘILOVÁ, D. 2008. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-3819-6.
34. OPATŘILOVÁ, D. 2009. *Analýza současného stavu inkluzivního vzdělávání v České republice u jedinců s tělesným postižením v předškolním a základním vzdělávání*. Brno MU. ISBN 978-80-210-5030-3.
35. OPATŘILOVÁ, D. 2013. *Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6221-4.
36. PFIFFER, J. 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích – Zdravotně sociální fakulta. 1. vydání. ISBN 978-80-7394-461-2
37. PIPEKOVÁ, J. (ed.). 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80- 85931-68-6.

38. PIPEKOVÁ, J. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, spol. s r. o. ISBN 80-86633-40-3.
39. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. 2010. *Uvedení do speciální pedagogiky*. In PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.
40. POHLODKOVÁ, E. 2010. *Jóga pro děti předškolního věku*. Brno: Pavel Křepelka. ISBN 978-80-86669-14-4.
41. PROCHÁZKOVÁ, L. 2009. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, spol. s r. o. ISBN 978-80-7392-094-4.
42. PRŮCHA, J., MAREŠ, J., & WALTEROVÁ, E. 1998. *Pedagogický slovník*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál.
43. RENOTIÉROVÁ, M. Speciální pedagogika osob s postižením hybnosti. In RENOTIÉROVÁ, Marie, Libuše LUDÍKOVÁ a kol. 2004. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0873-2.
44. SARASWATI, S. 2013. *Asana pranayama mudra bandha*. (Paperback, 3rd rev. ed.) Bihar: Yoga Publications Trust.
45. STUHLÍK, R., KUBRYCHTOVÁ BÁRTOVÁ, H. 2007. *Jóga jak si vybrat tu pravou*. Praha: Grada publishing, a. s. ISBN 978-80-247-2071-5
46. SUCHOMEL, A., 2006. *Tělesně nezdatné děti školního věku (motorické hodnocení, hlavní činitelé výskytu, kondiční programy)*. Liberec: TUL. ISBN: 80-7083- 140-6.
47. ŠVARCOVÁ, I. 2006. *Mentální retardace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.
48. Teze právní úpravy koordinace rehabilitace osob se zdravotním postižením.
49. VANČOVÁ, A. 2001. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapienta. ISBN 80-967108-7-X.
50. VÍTKOVÁ, M. (ed.). 2004. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.

51. VÍTKOVÁ, M. Vzdělávání a terapie žáků s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami. In PIPEKOVÁ, Jarmila et al. 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.
52. VÍTKOVÁ, M. 2011. *Speciálně pedagogická podpora dětí a mládeže se speciálními vzdělávacími potřebami mimo školu*. Brno: MU. ISBN 978-80-5693-0.
53. VOTAVA, J. a kol. 1997. *Základy rehabilitace*. Praha: Karolinum. 139 s. ISBN 80-7184-385-7
54. VOTAVA, J. a kol. 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5
55. ZEMAN, M., 2014. *Fyzioterapie v systému zdravotnické rehabilitace*. In: PFEIFFER, J. et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 131-148. ISBN 978-80-7394-461-2.
56. ZVOLSKÝ, P. a kol. 2001. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-494-2.

Elektronické zdroje

57. BROWN, R. P., GERBARG, P.L. 2005. [on line] *Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part II—Clinical Applications and Guidelines*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. Vol. 11 (4); 711 – 717. [on line] [cit.2017-06-12]
Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=6&hid=3&sid=9385ff14-870c-42a7-a29ecfdf9584e189%40sessionmgr4>
58. FEUERSTEIN, Georg. *Původ jógy* [online]. Brno: Duchovní škola rezonance, 2016, [cit. 27. prosince 2016]. Dostupné z: <http://www.jogin.cz/puvod-jogy/>
59. HISTORIE OBORU REHABILITACE [online]. [cit. 2014-06-05]. Dostupný na WWW: <http://rehabilitace.lf1.cuni.cz/node/11>

60. KROUFKOVÁ, J. 2007. [online] *Využití jógy a relaxačních cvičení na základní škole praktické se zaměřením na jedince ze sociokulturně znevýhodněného prostředí*. Diplomová práce, Brno. [cit. 2017-06-15] Dostupné z: https://is.muni.cz/th/69537/pedf_m/JOGA.pdf
61. LAMB, T. 2004. *Health benefits of yoga*. [on line] [cit. 2017-06-13] Dostupné z: <http://www.philmilgrom.com/pdf/BenefitsYoga.pdf>
62. OSN. 2006. *Convention on the rights of persons with disabilities*. Dostupné na World Wide Web: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
- PIŠKUR
63. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2012. *Připravovaný zákon o koordinované rehabilitaci občanů s disabilitou (zdravotním postižením)*. In: *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR* [online]. Praha: MPSV, 2012, 16-17 [cit. 2017-06-07]. ISBN 978-80-7421-052-5. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13505/publikace_ZD.pdf
64. POKORNÁ, T. 2013 [online] *Koordinované rehabilitace u osob po cévní mozkové příhodě*. Diplomová práce, Brno. [cit. 2017-06-15] Dostupné z: https://is.muni.cz/th/258372/pedf_m/DP_htcbx.pdf
65. MPSV. [online] WHO [cit. 2017-06-12] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/>

Zákony

66. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2016. In. *Sbírka zákonů České republiky, částka 72, s. 3064. ISSN 1211-1244*

Přílohy

Příloha 1- Polostrukturovaný rozhovor – VS a F – záznamový arch

Záznamový arch

Rozhovor č.1 Vrchní sestra zdravotního oddělení

1. Pozorovala jste u dětí (u nichž je jóga praktikována) nějaké účinky na jejich zdravotní stav?
2. Pozorovala jste u dětí, jež se účastní jógové sezení, změny v chování?
3. Ovlivňuje dle vašeho názoru praktikování jógy nějakým způsobem psychický stav dítěte?
4. Doporučila byste zařadit jógové sezení do rehabilitačního programu?

Rozhovor č. 2: fyzioterapeut oddělení zdravotní péče

1. Pozorovala jste u dětí jakékoliv změny po jógovém sezení?
2. Přispělo cvičení jógy k celkovému rozvoji dítěte?
3. Měla jógové sezení nějaký význam pro návazný rehabilitační program?
4. Doporučila byste zařadit jógové sezení do rehabilitačního programu?

Příloha 2 – Manuál jógových cviků

1. Příprava před jógovou terapií

Vyvětráme místnost a vytvoříme si dostatečný prostor na podlaze, kam umístíme deku či podložku. Nepřipravuje se pouze místnost, ale i osoba, která s dítětem bude cvičit, neboť její emoční naladění se promítne do celého jógového cvičení. Je dobré si uvědomit, proč s dítětem cvičíme, být empatický a milující. Dítě je schopno vycítit, jakoukoliv nejistotu či strach.

2. Přivítání se s dítětem

V tváři tvář pozdravíme dítě a snažíme se zachytit oční kontakt. Pak dítě pochováme a oznámíme mu, že je čas cvičit jógu. Každý chystaný úkon dítěti předem popíšeme, tím vytváříme bezpečné prostředí. Ze své dlouholeté zkušenosti vím, že je v obecném podvědomí lidí domnívat se, že těžce postižené dítě nevnímá, co se mu říká. Ano, není

schopno zachytit význam slov, ale je schopno vycítit energii obsaženou ve slovech, proto sdělujeme dítěti vše, co se chystáme dělat. Mluvíme klidně, jemně a vyrovnaně. Na děti nešíšláme a ani nemluvíme lítostivě. Snažíme se vytvořit láskyplné a bezpečné prostředí.

3. Zpívání mantry Hari óm

Dítě si posadíme zády k sobě a pokud to dítěti jeho tělo dovolí, pokrčíme mu nohy do zkříženého sedu, zády se opírá a hrudník instruktora. Matra Hari óm, je veselý uvítací zpěv, které dítě zaujme, zpíváme ji vesele a pomáháme dítěti do rytmu tleskat rukama. Délka zpěvu je individuální, záleží na atmosféře, optimální délka je 2 minuty.

3. Dechové cvičení

Dechové cvičení provádíme, pokud možno v sedě, kdy je dítě opřeno zády o instruktora. Tělo na tělo, tak aby dítě cítilo dech instruktora. Z vlastní dlouholeté zkušenosti vím, že je dítě schopno kopírovat dechový vzorec osoby, která s ním cvičí. Tímto způsobem může instruktor ovlivňovat dech dítěte. Účel dechového cvičení je prodloužení a zklidnění dechu. Instruktor pomalu, klidně a plynule střídá nádech a výdech.

Provádíme čtyři dechové cvičení:

a) Břišní dech - kdy nádech a výdech vedeme do abdominální oblasti. Soustředíme se na dech. Jedná se o práci instruktora s jeho dechem. Pozorujeme, jak dech plní celou abdominální oblast, jak se tato oblast naplňuje a s výdechem vyprazdňuje. Soustředíme se i na dítěte a pozorujeme, jestli zaregistroval změnu dechového vzorce. Tento dechový cvik provádíme 1-2 minuty.

b) Hrudní dech - přeneseme nádech a výdech do hrudní oblasti. Pozorujeme, jak dech plní oblast hrudníku, jak se tato oblast plynule naplňuje a s výdechem vyprazdňuje. Soustředíme se i na dítěte a pozorujeme, jestli zaregistrovalo změnu dechového vzorce. Tento dechový cvik provádíme 1-2 minuty.

c) Podklíčkový dech - vedeme nádech, až pod ramena do podklíčkové oblasti. Pozorujeme, jak dech plní celou podklíčkovou oblast, jak se tato oblast plynule naplňuje

a s výdechem vyprazdňuje. Soustředíme se i na dítěte a pozorujeme, jestli zaregistroval změnu dechového vzorce. Tento dechový cvik provádíme 1-2 minuty.

d) Plný jógový dech - kdy všechny tři předešlé cviky spojíme v jeden, což znamená, že jeden nádech vedeme do abdominální oblasti, pak do hrudní a nakonec do podklíčkové oblasti. Pozorujeme, jak se dech prolíná z jedné oblasti do té následující, jak se tato oblast postupně a plynule naplňuje a s výdechem vyprazdňuje. Soustředíme se i na dítěte a pozorujeme, jestli zaregistroval změnu dechového vzorce. Tento dechový cvik provádíme 1-2 minuty.

Před každým cvikem dítěti popíšeme, jaké dechové cvičení se bude provádět. Je dobré položit dlaň na oblast, kam dech vedeme, aby dítě cítilo, o jakou oblast se jedná.

4. Sestava cviků (všechny jsou součástí přílohy 2)

Po dechovém cvičení dítě položíme do lehu na záda a snažíme se mu narovnat tělo do pozice šavansány - pozice mrtvolky.

Obrázek 1 Pozice mrtvolky



Zdroj: Archiv autorky

Cvik 1. rotace chodidla

Technika: Dlaň umístíme na patičku, tak aby se kotník nemohl pohybovat. Druhou rukou chytíme chodidlo za prsty a palec a horní polovinou chodidla kroužíme několikrát ve směru a proti směru hodinových ručiček.

Obrázek 2 Ukázka rotace chodidla



Zdroj: Archiv autorky

Poté posuneme dlaň z paty nad kotník tak, aby bylo možné druhou rukou odtlačovat a přitahovat chodidlo od našeho těla. To samé opakujeme s levým chodidlem.

Účinky: Skrze reflexní plosky na nohou uvolňujeme krční páteř.

Cvik 2. Přitahování kolene v lehu na zádech

Technika: posadíme se k chodidlům dítěte. Pravou ruku položíme na levé stehno a levou rukou chytíme pravou nohu dítěte pod kolenem. Pomalu zvedáme pravou nohu z podložky a v ten samý okamžik pokrčujeme dítěti jemně nohu. Kolenem jemně tlačíme směrem k hrudníku, dokud neucítíme rezistenci. V tomto okamžiku začneme nohu vracet pomalu na podložku. Po celou tuto dobu pravou rukou stabilizujeme tělo dítěte a přidržujeme jeho nataženou levou nohu stále na podložce. Takto opakujeme 2-3 krát na jednu i druhou stranu.

Obrázek 3 Přitahování kolene v lehu na zádech



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tímto cvičení zvyšujeme pružnost kyčelního a kolenního kloubu. Uvolňuje napětí v oblasti beder. Posiluje svaly, šlachy a nervi v dolních končetinách.

Cvik č. 3 Šlapání na kole

Technika: Uchopíme obě paty dítěte a zvedneme obě natažené nohy 20 cm nad zemi. Pravou nohu odtlačujeme od sebe až se koleno dítěte pokrčí opět začneme nohu natahovat a vracet do výchozí pozice. V tom samém okamžiku, začneme pokrčovat levou nohu, až dostaneme souvislý a plynulý pohyb, jako by dítě šlapalo na kole. Provádíme po dobu 30 sekund.

Obrázek 4 Šlapání na kole



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tento cvik posiluje svaly na stehnech a na celé noze. Svižný pohyb příznivě působí na klouby a také pomáhá rozproudit krevní oběh. Uvolňuje plynatost a rozproudí preristaltiku střev.

Cvik 4. Zvedání natažených nohou

Technika: Obě nohy chytíme ze spodu pod kolena, takto zůstanou po dobu cvičení. Postupně zvedáme a pokládáme pravou a pak levou nohu do výšky, tak, jak nám tělo dítěte umožní. Zopakujeme 4 krát na každou nohu.

Obrázek 5 Zvedání natažených nohou



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tento cvik posiluje hýžděvé a stehenní svaly. Protahuje podkolení šlachy.

Cvik 5. Pozice loďky

Technika: Posadíme se vedle dítěte ke středu jeho těla. Jednu dlaň umístíme pod oba kotníky dítěte a druhou dlaň na zadní část krku. Pomalu a jemně začneme současně zvedat horní i dolní polovinu těla, až do tvaru písmene V, pokud nám to tělo dítěte dovolí, pozici držíme 10 až 20 sekund, a poté pomalu vracíme dítě do výchozí pozice. Tento cvik může zopakovat ještě jednou.

Obrázek 6 Pozice loďky



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tento cvik je výborný pro rozvoj stability a na posílení hýžďových svalů. Také zesilují svaly v hrudní oblasti, ramen a krku. Celá páteř se protáhne a dojde i ke stimulaci orgánů v břiše.

Cvik 6. Sed a leh

Technika: Pod ramena, krk a hlavu dítěte umístíme polštář, který bude podpírat jeho tělo. Sedneme si k chodidlům dítěte a koleny budeme přidržovat jeho nohy tak, aby během provádění cviku zůstaly na podložce. Oběma rukama chytíme dítě za předloktí a pomalu ho zvedáme z polštáře. Dítěti jen pomáháme a vedeme pohyb nahoru. Snažíme se mu dát prostor, aby se co nejvíce zapojilo do cviku samo. Když cítíme, že je dítě na vrcholu pozice, opět mu pomáháme plynule a bezpečně se vracet do lehu na polštář. Opakuje 5 až 10 krát.

Obrázek 7 Sed a leh





Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tento cvik je obzvláště účinný na posílení břicha a paží. Dítěti se tento cvik líbí, protože ze sedu má možnost jiného výhledu, což ho stimuluje a motivuje. Baví ho i houpavý pohyb nahoru a dolů.

Cvik 7. Pozice mostu

Technika: Posadíme se k chodidlům dítěte. Pokrčíme mu nohy a ujistíme se, že obě chodidla jsou plnou plochou na podložce. Jednou dlaní budeme přidržovat nártu, tak aby se chodidlo nezvedalo a druhou dlaň dáme pod zadek dítěte. Pomáháme dítěti zvednout zadek od podložky. Pohyb vedeme, tak vysoko, jak nám jeho tělo dovolí. V nejkrajnějším bodě držíme pozici 5 až 10 sekund. Cvik můžeme opakovat 2 až 3 krát.

Obrázek 8 Pozice mostu



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice protahuje kyčelní klouby a oblast beder. Také svaly na bedrech, stehnech a zadku se posilují.

Cvik 8. Pozice Labuť

Technika: Jemně a pomalu otočíme dítě do lehu na břicho. Posadíme se klekneme si obkročmo podél nohou dítěte. Chytíme obě dlaně dítěte, protáhneme jeho paže a lehce nadzvedneme hrudník od podložky, tak že se zvedá hlava, krk, hrudník a břicho nad podložku. Držíme 3 - 6 sekund, pak opatrně a jemně podkládáme dítě zpět na podložku. Tento cvik můžeme opakovat.

Obrázek 9 Pozice Labuť



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice uvolňuje napětí v oblasti beder. Posiluje horní polovinu zad, svaly na krku a otevírá celou oblast hrudníku. Uvolňuje plynatost a působí proti zácpě.

Cvik č. 9 Pozice kobry

Technika: Dítě leží na břichu. Posadíme se obkročmo - dítě mezi kolena. Umístíme dlaně dítěte pod jeho ramena a držíme je svými dlaněmi. Koukáme na dítě ze shora a voláním jména dítěte se ho snažíme motivovat, aby se nás podívalo. Jestliže dítě není schopno hlavu od podložky zvednout, posuneme svoje dlaně pod jeho ramena a tahem ho začneme pomalu nadzvedávat od podložky, tak že se jeho hrudník otevírá. Držíme pozici 3 - 30 sekund, podle dítěti jeho tělo umožní.

Obrázek 10 Pozice kobry



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice otevírá hrudní koš, tím stimuluje svaly podél obratlů. Posiluje svaly v oblasti ramen, krku, horní poloviny zad. Protahuje páteř a stimuluje nervová vlákna podél páteře. Uvolňuje napětí v solaru plexu a v oblasti beder. Příznivě ovlivňuje srdce a plíce, prohlubuje hrudní dech.

Cvik č. 10 - Pozice lotosu

Technika: Dítě leží na břiše s nataženýma nohama u sebe a čelem se opírá o podložku. Posadíme se podél dolních končetin dítěte. Jednu dlaň umístíme na oblast beder a druhou dlaní chytíme nárt dítěte. Pomalu začneme zvedat jeho nataženou nohu, tak, aby kyčle dítěte zůstaly na podložce. Zastavíme zvedání nohu v bodě, kdy cítíme rezistenci a držíme pozici 5 - 10 sekund. Pak pomalu vracíme nohu zpět na podložku. To samé provedeme i s druhou nohou dítěte.

Obrázek 11 Pozice lotosu



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice posiluje hýžd'ové a bederní svaly. Protahuje svaly v abdominální oblasti a tónuje orgány v dutině břišní.

Cvik č. 11- Pozice dítěte

Tato pozice se řadí do relaxačních pozic. Lze zařadit po jakékoliv pozici a kdykoliv, kdy bychom cítili, že si dítě potřebuje odpočinout nebo zklidnit. Tato pozice je také velmi vhodná na praktikování dechového cvičení.

Technika: Posadíme se vedle dítěte, které je v lehu na břiše. Pomalinku dítě otočíme na bok. Pokrčíme mu obě nohy a kolena přitáhneme co nejvíce k jeho tělu, pak dítě pomalu vracíme zpět na podložku. Tak, aby měl nohy skrčené pod tělem, čelo na podložce a paže podél těla.

Obrázek 12 Pozice dítěte



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice protahuje páteř a uvolňuje napětí v oblasti beder a krční páteře. Také snižuje napětí v oblasti plotének. Pomáhá uvolňovat střevní koliku a plynatost. Celkově je tato pozice velmi harmonizující a relaxační.

Cvik č. 12 Rotační pozice A

Technika: Posadíme dítě do zkříženého sedu. My se posadíme za dítě nohy rozkročené. Jemně chytíme dítě za ruce, které visí podél jeho těla a vedeme pohyb jeho horní polovinu těla nejprve doprava, tak až dítě svou levou dlaní dosáhne na své pravé koleno a jeho pravá paže bude za jeho zády. Oslovujeme dítě jeho jménem, což ho motivuje kouknout se více doprava a tím se pozice prohlubuje. Pozici držíme 3 - 6 sekund. Pak se pomalu vracíme na střed a celý cvik zopakujeme na druhou stranu doleva. Můžeme tento cvik zopakovat ještě jednou na každou stranu.

Obrázek 13 Rotační pozice A



Zdroj: Archiv autora

Účinky: Tato pozice protahuje hrudní koš, snižuje napětí v oblasti plotýnek a stimuluje, prokrvuje svaly a nervy podél páteře. Rotací vytváříme v dutině břišní tlak, čím stimuluje akupresně činnost vnitřních orgánů v dané oblasti. Uvolňuje napětí v oblasti zad a kyčlí. Tónuje svaly v oblasti ramen, krční páteře a pažích. Tento cvik cvičíme nejprve na pravou stranu a tím podporujeme činnost střev v jejich přirozeném směru. Velmi dobrý cvik podporující zažívání a činnost peristaltiku střev.

Cvik č. 13 Rotační pozice B

Technika: Dítě posadíme zády k našemu hrudníku, tak, aby jeho záda byla rovná. Natáhneme dítěti obě dolní končetiny, obě paty jsou u sebe. Pokrčíme dítěti pravou nohu a zkusíme jeho pravé chodidlo umístit na vnější stranu levého kolene. Jemně chytíme dítě za paže a začneme ho vytáčet doprava, ve stejném okamžiku vedeme levou paži dítěte k jeho pravému kolenu a jeho pravou paži za záda, až jeho levá paže je na vnější straně jeho kolene a hrudník vytočený co nejvíce doprava. Pozici držíme 3 - 6

sekund a poté pomalu vracíme do výchozí pozice. Prohodíme nohy a celý cvik zopakujeme na druhou stranu.

Obrázek 14 Rotační pozice B



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice má stejné účinky jako rotační pozice A.

Cvik č. 14 Hluboký předklon A

Technika: Dítě sedí zády k nám a obě jeho nohy jsou natažené. Paty má u sebe a paže podél těla. Položíme dlaň na záda dítěte a jemně ho tlačíme do zad, tak, aby se začalo uklánět ke svým nataženým nohám, až do okamžiku, kdy cítíme rezistenci. Pozici držíme 5 - 15 sekund. Pokud dítě není schopno se samo předklonit. Přitiskneme jeho záda na náš hrudník a pomalu se společně předklání k nataženým nohám dítěte.

Obrázek 15 Hluboký předklon A



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice uvolňuje napětí v oblasti beder, podporuje činnost střev a tím působí preventivně proti zácpě. Protahuje a stimuluje svaly i nervy podél celé páteře. Akupresně stimuluje orgány v dutině břišní.

Cvik č. 15 Hluboký předklon B

Technika: Dítě sedí zády k nám a obě jeho nohy jsou natažené. Pokrčíme jeho levou nohu a jeho levé chodidlo umístíme na vnitřní stranu jeho pravého chodidla. Pravou dlaň položíme na záda dítěte a lehce ho zatlačíme zad a snažíme se mu pomoci, aby se co nejvíce uklonil k jeho pravé natažené noze, která po celou dobu zůstává natažená. Zastavíme se v okamžiku, kdy cítíme resistanci. Pozici držíme 5 - 15 sekund a pak dítě pomalu vracíme do výchozí pozice. Celý cvik zopakujeme na druhou stranu.

Obrázek 16 Hluboký předklon B



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: jsou stejné jako u pozice hluboký předklon A.

Cvik č. 16 Pozice ryby

Technika: Dítě leží na zádech, ruce podél těla a natažené dolní končetiny. Posadíme se vedle dítěte a jednu dlaň umístíme pod tělo dítěte do oblasti lopatek. Druhá dlaň je položená na dolních končetinách dítěte tak, abysme během pozice drželi jeho nohy natažené. Pomalu začneme odlepovat lopatky dítěte od podložky. Hlava dítěte jde pomalu do záklonu, až se temeno jeho hlavy dotýká podložky. Pozici držíme 5 - 10 sekund a pak pomalu vracíme dítě zpět na podložku. V případě, že je dítě v oblasti hrudníku hodně ztuhlé, můžeme použít malý overball, anebo polohovací polštář. Tato pozice není vhodná pro děti, které mají problémy s atlasem.

Obrázek 17 Pozice ryby



Zdroj: Archiv autorky

Účinky: Tato pozice otevírá hrudní koš, tím se protahují svaly celé oblasti hrudníku. Uvolňuje napětí v hrudníku a pomáhá prohloubit hrudní dech a tím se zvyšuje kapacitu plic.

5. Relaxace

Relaxaci provádí dítě v lehu na zádech. Pokusíme se ho na podložce uložit tak, aby se cítilo bezpečně. Někdy nám může pomoci polohovací polštář proto, aby si dítě mohlo co nejvíce odpočinout. Buď v pozici Mrtvolky viz. foto 1, anebo v lehu na boku či břiše. Na dítě mluvíme pomalým a jemným hlasem, tak abychom navodili klidnou atmosféru. Je důležité, abychom i my sami byli klidní a uvolnění a tím ten klid přenášíme na dítě. Dýcháme pomalu a jemně, soustředíme se na svůj dech a tělo dítěte. Pohladíme celou pravou dolní končetinu dítěte od kyčle až k prstům u nohy, jako bychom stáhli napětí z celé nohy. To samé provedeme na levou nohu. Při tom se snažíme pozorovat, jestli je dítě schopno se uvolnit. Tímto způsobem pokračujeme v oblasti horních končetin, horní poloviny těla, jemně pohladíme obličej a vlasatou část hlavy. Můžeme při tom jemně pobroukávat podobně jako když uspáváme dítě. Snažíme se uvolnit co největší část těla dítěte. Pozorujeme pocity dítěte a reakce na relaxaci. Doba relaxace není nijak omezena, jde nám o co nejdelší možné uvolnění a zklidnění dítěte.

Obrázek 18 Relaxace



Zdroj: Archiv autorky

6. Rozloučení

Po relaxaci, když již dítě není schopno být v klidu, nastává čas se rozloučit. Pomalu z lehu dítě přesuneme do pozice zkříženého sedu. Narovnáme mu záda a pomůžeme mu spojit dlaně před svým hrudníkem. Rozloučíme se pozdravem NAMASTE a ukloníme se.

Obrázek 19 Rozloučení



Zdroj: Archiv autorky

Seznam zkratek

WHO – Světová zdravotnická organizace

OSN – Organizace spojených národů

CNS – Centrální nervová soustava

CAN - Child abuse and neglect

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

ČR – Česká republika

VS – Vrchní sestra

F - Fyzioterapeut