

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Specifika v přístupu k osobám s autismem

Michaela Vašíčková

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Vašíčková**
Osobní číslo: **Z13031**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Specifika v přístupu k osobám s autismem**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

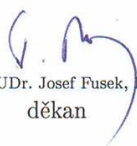
Seznam odborné literatury:

1. BRAGDON, Allen D. a David GAMON. Když mozek pracuje jinak. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-066-6.
2. ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. Metodika práce se žákem s poruchami autistického spektra. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3309-7.
3. SLOWÍK, Josef. Komunikace s lidmi s postižením. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.
4. VITÁSKOVÁ, Kateřina. Vybrané typy narušené komunikační schopnosti v interdisciplinárním přístupu: výsledky partikulárních výzkumných šetření. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3433-9.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Sabina Slavíčková**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **22. července 2016**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. dubna 2016

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 14. 07. 2016

.....
Michaela Vašíčková

PODĚKOVÁNÍ

Velké poděkování patří mé vedoucí bakalářské práce PhDr. Sabině Slavičkové za odborné vedení, trpělivost, čas, vstřícnost a cenné rady při psaní mé bakalářské práce. Dále můj dík patří všem respondentkám za jejich čas a ochotu k vyplnění mého výzkumného dotazníku. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat celé rodině a přátelům za jejich podporu během studia.

ANOTACE

Bakalářská práce na téma: Specifika v přístupu k osobám s autismem je rozdělena na dvě části. V teoretické části se zaměřuji na problematiku a všeobecné informace o poruchách autistického spektra a na specifické přístupy k osobám s autismem a to jak v nemocnici, tak v běžném životě. Ve výzkumné části jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření z dané nemocnice, které měly za cíl zjistit informovanost NLZP o problematice poruch autistického spektra.

KLÍČOVÁ SLOVA

Autismus, komunikace, piktogram, poruchy autistického spektra (PAS), specifika v přístupu

TITLE

Specifics of approach towards people with autism

ANNOTATION

This bachelor thesis *Specifics of an approach towards people with autism* is divided into two parts. The theoretical part is focused on general information about Autism spectrum disorders, issues involving this disease and a specific approach towards people with autism, both in a hospital and in an ordinary life. In the research part the results of a research survey made in a particular hospital are presented. This research survey was aimed to find out the level of awareness about Autism spectrum disorders issues among nurses.

KEYWORDS

Autism, communication, pictogram, Autism spectrum disorders (ASD), specifics of approach

OBSAH

ÚVOD	13
1 AUTISMUS.....	15
1.1 Definice autismu	15
1.2 Epidemiologie autismu.....	15
1.3 Počátky problematiky autismu	16
1.4 Poruchy autistického spektra.....	16
1.4.1 Dětský autismus	17
1.4.2 Atypický autismus	17
1.4.3 Rettův syndrom.....	18
1.4.4 Aspergerův syndrom.....	18
1.5 Symptomatologie autismu.....	19
1.6 Diagnostika a screening autismu.....	20
1.6.1 Screening	20
1.6.2 Diagnostika	21
1.7 Léčba autismu	22
1.7.1 Atypická antipsychotika	24
1.7.2 Stimulancia	24
1.7.3 Valproát	24
1.7.4 Melatonin.....	24
1.7.5 Alternativní metody léčby	24
1.8 Prognóza autismu	24
2 SPECIFIKA V PŘÍSTUPU K AUTISTŮM.....	25
2.1 Výchova a vzdělání autisty	25
2.1.1 Specifické přístupy	25
2.1.2 Vzdělání a zaměstnání	26

2.2	Výchovné a vzdělávací intervence.....	27
2.2.1	Druhy intervencí	27
2.2.2	Způsoby intervence.....	27
3	KOMUNIKACE S AUTISTY	30
3.1	Komunikace zdravotníků s autistickým pacientem.....	30
3.2	Pomůcky ke komunikaci	31
3.2.1	Piktogramy.....	31
3.2.2	Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)	32
4	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	33
5	METODIKA VÝZKUMU	34
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	36
7	DISKUZE.....	49
8	ZÁVĚR.....	55
9	ZDROJE	57
10	SEZNAM PŘÍLOH.....	61

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Graf kolik je Vám let.....	36
Obrázek 2 Graf pro dosažené vzdělání	37
Obrázek 3 Graf místo pracoviště	38
Obrázek 4 Graf setkání s dítětem s autismem.....	39
Obrázek 5 Graf vrozený autismus	40
Obrázek 6 Graf přítomnost psychologa u komunikace s autistou	43
Obrázek 7 Graf setkání s autisty za posledních 5 let	45
Obrázek 8 Graf možnosti dalšího vzdělávání o autistech.....	48
Obrázek 9 Komunikační systém- piktogram	62
Obrázek 10 Výměnný obrázkový systém	63

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Možnosti chování autisty	41
Tabulka 2 Pomůcky na oddělení pro autistu.....	42
Tabulka 3 Odpověď na otázku 7a).....	42
Tabulka 4 K čemu slouží piktogram.....	44
Tabulka 5 Informovanost autistického dítěte o výkonu.....	46
Tabulka 6 Jednání při záchvatu vzteku u autisty	47

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

PAS – Porucha autistického spektra

Tzv. – takzvané

USA - United States of America (Spojené státy americké)

DA – dětský autismus

PDD – pervazivní vývojové poruchy

Et al. – a kolektiv

MKN – 10 - Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

WHO - World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

X – římská 10

EEG – elektroencefalograf

IQ – inteligenční kvocient

ADOS – G - Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic

ADI- R - Autism Diagnostic Interview – R

ORL- Otorhinolaryngologie

TEACCH - Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children
(Léčebný a výchovně vzdělávací program pro děti s autismem a příbuznými závadami a poruchami komunikace)

MHD – městská hromadní doprava

VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém

Obr.–obrázek

Č. - číslo

NLZP – nelékařské zdravotní pracovníce

JIP – jednotka intenzivní péče

ÚVOD

Autismus, respektive poruchy autistického spektra (PAS) jsou definovány jako pervazivní (všepronikající) vývojové poruchy, které zasahují celou osobnost člověka. Nejvíce je postižena tzv. *triáda* oblastí, která postihuje oblasti, jako jsou komunikace, představivost a sociální interakce (Slowik, 2010).

Poruchy autistického spektra postihují více mužské pohlaví a to v poměru čtyř až pěti chlapců k jedné dívce. Uvádí se, že z 10 000 dětí jsou autismem postiženy dvě až čtyři děti (Bragdon, Gamon, 2006).

Podle posledních údajů Center for Disease Control je výskyt autismu u osmiletých dětí v USA 1 případ na 68 dětí. Z toho vyplývá, že autismus tvoří již 1,5 % populace (Baio, 2014 in Hrdlička, Komárek, 2014), oproti roku 2009, kdy prevalence této neurovývojové nemoci byla pouze 1 % (Baron-Cohen at al., 2009 in Hrdlička, Komárek, 2014).

Téma bakalářské práce „Specifika v přístupu k osobám s autismem“ jsem zvolila na základě již zmíněného postupně zvyšujícího se výskytu autismu v populaci a usoudila jsem, že by bylo vhodné vědět o tomto tématu více. Také mě zajímalo, zda ve zdravotnických zařízeních mají dostatečné informace k tomuto tématu a vědí, jak jednat s osobami s PAS, protože s rostoucím výskytem této nemoci roste i možnost výskytu osoby s autismem ve zdravotnických zařízeních a měli bychom být na to připraveni a znát specifika přístupu k těmto osobám. Tato práce byla rozdělena na dvě části. Teoretická část je zaměřená na tři kapitoly, z nichž první kapitola se věnuje epidemiologii, počátkům problematiky autismu, charakteristikám jednotlivých poruch autistického spektra, diagnostice a léčbě autismu. Druhá kapitola je věnována specifikům v přístupu k osobám s PAS, vzdělání a výchově autistů. Do třetí kapitoly jsem zařadila komunikaci zdravotníka s osobou s PAS a zmínila dvě možné pomůcky sloužící ke komunikaci.

Ve výzkumné části jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření, které byly vytvořeny na základě dotazníků, které byly rozdány v dané nemocnici. Dotazník byl zaměřený na nelékařské zdravotnické pracovníce (dále jen NLZP), kromě ošetřovatelek a sanitářek, s cílem zjistit, zda mají NLZP dostatečné znalosti o této problematice a vědí, jak se k dané osobě s PAS chovat.

CÍLE PRÁCE

Cíle teoretické části:

1. Shrnout informace o problematice autismu.
2. Popsat specifický přístup k autistům.
3. Shrnout komunikaci zdravotníka s autistou a možné pomůcky ke komunikaci.

Cíle výzkumné části:

1. Zjistit znalost přístupu k dětem/osobám s autismem od NLZP, které pracují na dětských odděleních.
2. Zjistit, kolik NLZP pracovalo v rámci své profese s dítětem/osobou s autismem.
3. Zjistit, zda mají na různých dětských odděleních v dané nemocnici pomůcky ke komunikaci s dítětem/osobou s autismem.

1 AUTISMUS

1.1 Definice autismu

„Dětský autismus (DA) je neurovývojová porucha charakterizovaná narušením sociální interakce, verbální i neverbální komunikace, repetitivním chováním a omezenými zájmy. Společně s Aspergerovým syndromem, atypickým autismem, Rettovým syndromem a jinou desintegrační poruchou v dětství se řadí mezi pervazivní vývojové poruchy (PDD) neboli poruchy autistického spektra (dále jen PAS)“ (Beranová, Hrdlička, 2012, str. 167).

1.2 Epidemiologie autismu

Autismus se řadí mezi relativně vzácná onemocnění, jak je patrné ze studií zabývajících se epidemiologií dětského autismu. Studie na toto téma probíhají již od roku 1966. Prevalence této neurovývojové poruchy v dnešní době mírně stoupá. Na přelomu 80. a 90. let byly provedeny tři studie, které měly stanovená kritéria a ta umožnila zapojit do výzkumu i jedince s atypickým autismem, Aspergerovým syndromem a nespecifickou pervazivní poruchou. Tyto studie udávaly prevalenci poruch autistického spektra v rozmezí 10 - 40/10 000 obyvatel (Tanguay, 2000 in Hrdlička, Komárek, 2014). Největší zlom této problematiky nastal v letech 2000-2001, kdy další tři studie, studie dle Bairda et al. (2000), práce Chakrabartiho a Fombonna (2001) a práce Bertranda et al. (2001), ukázaly významně vyšší prevalenci a to jak v oblasti dětského autismu, tak i v pervazivních vývojových poruchách celkově. Studie podle Bairda et al. (2000 in Hrdlička, Komárek, 2014) a hodnoty dle daných kritérií MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) poukazují na hodnotu 30,8 až 57,9/10 000 obyvatel.

Karen Weintraubová se pokusila o analýzu a vysvětlení zvýšeného výskytu autismu v populaci. V časopise Nature (Weintraub, 2011 in Hrdlička, 2014) Weintraubová uvedla, že 54 % nárůstu případů v oblasti PAS má vysvětlitelný faktor. Velký podíl, a to 25 %, je zapříčiněn zlepšením diagnostiky, protože oproti tehdejší době máme dnes k dispozici velké spektrum diagnostických nástrojů k vyšetření autismu. Také lidé v dnešní době mnohem více využívají internet a sociální sítě, kde se o problematice autismu mohou dozvědět nemalé množství informací. Je tedy patrné, že zvýšená informovanost o dané problematice je značně vysvětlitelný faktor k nárůstu autismu a tvoří 15 % z celkového počtu 54 %. Zvýšený věk jedinců při zakládání rodiny a možné shlukování rodin s postiženými dětmi patří do méně

výrazných faktorů, které ovlivňují nárůst dané nemoci. Bohužel je tu však ještě 46 %, u kterých neznáme příčinu nárůstu lidí s tímto onemocněním.

Je zvláštní, že dětský autismus se vyskytuje mnohem častěji u chlapců než u dívek. A to v poměru 4 až 5:1 (Cohen a Volkmar, 1997 in Hrdlička, Komárek, 2014).

1.3 Počátky problematiky autismu

Vídeňský pedagog Heller na počátku 20. století napsal práci, která se vztahovala k pervazivním vývojovým poruchám. I když tato práce nebyla příliš známá, je označována jako první publikace zabývající se problematikou poruch autistického spektra (Heller, 1908 in Hrdlička, Komárek, 2014). Druhá, zato nejznámější práce, která je považována za základní dílo v oblasti pervazivních vývojových poruch, je článek od amerického psychiatra Lea Kanner. Tento článek z roku 1943 nese jméno *Autistické poruchy afektivního kontaktu*. Kanner publikoval studii, a to na 11 dětech, které neuměly navazovat vzájemné vztahy, měly porušenou řeč a reagovaly abnormálně na určité podněty. Kanner chtěl tuto skupinu dětí odlišit a dokázat, že se nejedná o schizofrenii, a tak jejich diagnostiku uzavřel jako časný dětský autismus (Hrdlička, Komárek, 2014, Havlovicová, 2014).

Hrdlička a Komárek (2004) ve své knize uvádí, že jako první použil slovo autismus Eugen Bleuler v roce 1911.

Vídeňský pediatr Hans Asperger se zabýval poruchou autistického spektra, dnes známou jako Aspergerův syndrom. Bohužel tento syndrom nebyl dříve uznáván jako samostatná diagnóza. Až v roce 1981 došlo k pojmenování nové poruchy autistického spektra pod názvem Aspergerův syndrom (Havlovicová, 2014).

1.4 Poruchy autistického spektra

PAS se řadí mezi poruchy dětského mentálního vývoje. Dítě s touto poruchou je ve většině případů odlišné už od raného dětství. PAS ovlivňuje celou osobnost jedince a jedná se o poruchy celoživotní a vrozené (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007; Jelínková 1999 in Říhová, 2011).

Vývoj dítěte je hluboce narušen ve třech zásadních oblastech. Jsou postižené oblasti komunikační dovednosti, sociální oblasti a představivosti. Tyto oblasti byly souhrnně

označeny jako triáda příznaků (Vocilka, 1995; Pátá, 2007; Jelínková, 2000 et al. in Říhová, 2011).

Mezi PAS se dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10 , WHO, 2006), kromě dětského autismu, ještě řadí atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom a další méně významné poruchy autistického spektra. V minulosti bylo provedeno nespočetně výzkumů pro zjištění vyvolávající příčiny, bohužel však bez prokazatelných výsledků. Thorová (2006) uvádí, že poruchy nejsou způsobeny chybným rodičovským vedením. Nejedná se tedy o chybu na straně rodičů, ale udává se přítomnost vrozeného a neurobiologického podkladu.

1.4.1 Dětský autismus

Považuje se za nejzávažnější poruchu dětského vývoje, jehož porucha vzniká na neurobiologickém podkladě. Autistické dítě není schopno dobře vnímat to, co vidí, slyší a co prožívá. Stupeň závažnosti nemoci je různý, projevuje se od mírné formy až po formu těžkou. Aby se jednalo o dětský autismus, musí se problémy objevit ve všech částech diagnostické triády. Nejběžnější problémy v částech diagnostické triády jsou například, že dítě není schopno dostatečně komunikovat, má opožděný vývoj řeči, rádo si hraje o samotě, má časté záchvaty vzteku nebo se zabývá určitými věcmi stále dokola (Thorová, 2007).

1.4.2 Atypický autismus

Atypický autismus se vyznačuje tím, že má některé oblasti méně narušené než dítě s dětským autismem. U dítěte se mohou objevit lepší sociální a komunikační dovednosti, anebo naopak může postrádat například stereotypní chování. Dílčí dovednosti jsou však u těchto dětí velmi nerovnoměrné. Pokud bychom měli srovnat náročnost péče o dítě s autismem a o dítě s atypickým autismem, neshledáme žádný rozdíl, protože náročnost je zcela stejná (Thorová, 2007).

Rozdíl mezi atypickým autismem a autismem je doba vzniku příznaků. U atypického autismu se příznaky objevují až po třetím roce života dítěte. Je charakteristický také tím, že dítě nesplňuje všechna kritéria pro diagnostickou triádu. Jedna nebo více oblastí z diagnostické triády jsou výrazně méně narušeny na rozdíl od dětského autismu, kde jsou narušeny výrazně všechny složky diagnostických oblastí. Jsou ale jisté případy, kde se abnormální vývoj objeví u všech oblastí, ale způsob vyjádření a frekvence symptomů nesplňují diagnostická kritéria.

Pokud jsou přítomny některé z těchto příznaků, můžeme mluvit o atypickém autismu. V České republice se ročně narodí 100-150 dětí s atypickým autismem (Thorová, 2007).

1.4.3 Rettův syndrom

Tento syndrom postihuje dívky i chlapce, chlapci s tímto syndromem však trpí těžkou encefalopatií a na následky toho před porodem nebo ihned po porodu zemřou. Jelikož chlapci s tímto syndromem nejsou schopni přežít, hovoří se pouze o výskytu tohoto syndromu u dívek. V České republice se tak ročně s Rettovým syndromem narodí 5 až 6 dívek (Thorová, 2007; Thorová, 2006).

Tento syndrom doprovází těžké neurologické postižení postihující převážně somatické, motorické a psychické funkce. Příčina tohoto syndromu má genetický podklad, kdy je gen nacházející se na raménku X chromozomu schopný vyskytovat se v různých podobách a způsobuje typický klinický obraz tohoto syndromu (Thorová, 2007).

V prvních pěti měsících života se dítě vyvíjí zcela normálně. Po pátém měsíci věku následuje ztráta řeči a zpomalení růstu hlavičky. V oblasti motoriky se objevují změny v úchopových schopnostech a velmi často jsou doprovázeny závažnými poruchami hybnosti, které se projevují např. svíravými či tleskavými pohyby rukou. Dívky trpí i jinými závažnějšími problémy, jež se projevují až v pozdějším věku, jako je např. vyvíjející se skolióza nebo patologické nálezy na EEG, které se až u 75 % případů rozvíjí v epilepsii (Kaplan, Sadock, 1998 in Hrdlička, Komárek, 2014).

1.4.4 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom se vyskytuje mnohem častěji u chlapců než u dívek a to v poměru 8:1. U dětí postižených tímto syndromem se objevují lehké nebo i vážné poruchy řeči. V některých případech je tomu právě naopak, kdy artikulace dítěte v pěti letech může být na dobré úrovni, a dokonce může patřit mezi ty silnější stránky jedince. Někdy může i připomínat řeč dospělého člověka. Některé děti jsou i tak nadané, že jsou schopné se naučit samy číst, rozeznávat číslice či písmena (Říčan, Krejčíková a kol., 2006; Thorová, 2007).

Typickým znakem pro Aspergerův syndrom je porucha sociální interakce. Jedinec se projevuje jako samotář, nemá potřebu vyhledávat kontakt s druhými lidmi a nejeví ani zájem o hru s ostatními. Některé dítě je tak odlišné, že není vzato do kolektivu, nebo je často z kolektivu vytlačováno. Izolace od vrstevníků a ostatních lidí vyvolává potíže i v navazování

kontaktem s rodiči. Ve škole se objevují problémy spojené s hyperaktivitou, kdy dítě není schopno ovládat svoje emoce a udržet pozornost (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007). Většina lidí s Aspergerovým syndromem žije v dospělosti téměř normálním samostatným životem. Stále jsou ale považováni za podivíny, mívají méně přátel než jejich vrstevníci a velká část z nich navštěvuje psychiatrické ambulance (Říčan, Krejčíková a kol., 2006).

1.5 Symptomatologie autismu

Alexandra Trefilová ve svém článku uvedla, že v 90 % se symptomy autismu objeví mezi prvním a druhým rokem života dítěte. Trefilová rozdělila klinický obraz na čtyři nejčastější okruhy problémů autistického dítěte. Jeden z hlavních okruhů byl pojmenován jako narušení sociálních vztahů. Narušená sociální interakce a porucha emočního kontaktu je známá u lidí s autismem jako hlavní symptom postižení a projevuje se slabým zájmem či úplným nezájmem o kontakt s druhými lidmi. Nejdříve jde o vztah s rodiči a s postupem času o vztah s vrstevníky. Problémem pro autistické děti se stává i navázání očního kontaktu a objevuje se nesrozumitelné užívání mimik a gest (Trefilová, 2013).

Stejně jako byla mezi základní problémy autisty zařazena narušená sociální interakce, tak dalším častým problémem je porucha vývoje komunikace. Právě postižení vývoje řeči je dle Trefilové dalším okruhem klinického obrazu. Mluvená řeč je u autisty značně opožděna a u některých jedinců zcela vymizela. Většina autistů nedosáhne během svého života ani dobré úrovně řeči pro běžnou komunikaci. Také se vyskytují různé poruchy řeči, mezi které patří např. echolálie (chorobné opakování slyšeného) nebo porucha intonace. Jejich řeč je většinou stereotypní a často nepoužitelná k běžné komunikaci (Trefilová, 2013). Podle výpovědi rodičů autistických dětí se vyskytuje opožděný vývoj řeči až u 89,47 % případů a to již před prvním rokem dítěte (Vitásková, 2013).

Třetí okruh Trefilová popsala jako intelektový deficit. U dvou třetin autistů se jako komorbidní porucha vyskytuje mentální retardace. Jedná ve většině případů o postižení v pásmu středně těžké až těžké retardace s IQ 20-50. Míra mentální retardace je individuální. Co se týče IQ, pohybuje se od pásma průměrného, pokud se však jedná např. o Aspergerův syndrom, mluvíme dokonce o pásmu nadprůměrném. Asi u 5 % až 10 % lidí s autismem se může objevit tzv. „Autismus savant“, který se vyznačuje nadprůměrnými schopnostmi, jako je výtvarné nadání, průměrné matematické schopnosti nebo výborná mechanická paměť. Bohužel většina autistů tohoto nadání není schopná využít (Trefilová, 2013).

Jako poslední okruh klinického obrazu Trefilová uvádí stereotypní vzorce. Mezi stereotypní vzorce můžeme zařadit opakování motorických manýrů a také provozování stereotypních zájmů. Mezi příznaky tohoto okruhu klinického obrazu patří např. třepání rukama, upřený pohled do světla, zakrývání si uší, olizování hraček, očichávání předmětů a lidí nebo vypuzování hlasitých zvuků (Trefilová, 2013).

Další autorka, která ve svém článku popisuje chování a problémy autistů, je Lenka Groligová. Uvádí, že autistické dítě rádo opakuje fráze druhých, špatně vyslovuje osobní zájmena, otázky klade jen výjimečně a při komunikaci tón i přízvuk jeho řeči působí zvláště. Pro komunikaci s autistou lze využívat obrázky, gesta nebo předměty. Důležitým faktorem pro dobré psychické naladění autistů je příjemné prostředí a pomoc druhých lidí, protože jen tak se necítí být ohroženi a nemají důvod být ve stresu (Groligová, 2012).

Thorová (2006) uvedla pět základních typů narušeného chování autisty. Do těchto typů řadíme osamělou sociální integraci, pasivní sociální integraci, aktivní (zvláštní) sociální integraci, formální sociální integraci a smíšený typ narušeného chování. Osamělá sociální integrace je typ narušeného chování, který se vyznačuje osamělostí dítěte, kdy se dítě vyhýbá kontaktu s okolím a hraje si především samo. Typ pasivní sociální integrace znamená, že autista pasivně přijímá kontakt s lidmi, ale nemá zájem ho nijak rozvíjet. Pokud autista aktivně navozuje kontakt s lidmi, ale vzhledem k situaci je tento kontakt nepřiměřený, hovoříme o aktivní (zvláštní) sociální integraci. Jestliže se dítě nedokáže přizpůsobit měnícím se situacím, mluvíme o typu formální sociální integrace. Posledním typem je typ smíšený, kde chování záleží na prostředí a na osobě, se kterou je kontakt navázán.

Richman (2006) uvedl, že pokud se u dítěte objevují záchvaty vzteku či agresivity, není třeba dítě za tyto výstupy nijak trestat. I když mají často rodiče touhu dítě potrestat, nedoporučuje se to, jelikož samotný trest má určité nevýhody a u autistického dítěte není nijak účinný, protože dítě samo trestu většinou nerozumí.

1.6 Diagnostika a screening autismu

1.6.1 Screening

Asi polovina rodičů, kteří mají dítě s PAS, zpočátku nezpozorují příznaky autismu. Něčeho neobvyklého si začínají všimnout kolem 18. až 24. měsíce věku dítěte. V tomto věku by mělo být dítě více sledováno, ale definitivní diagnózu lze nejdříve určit až ve dvou letech věku

dítěte. Je velice důležité zajistit důkladné vyšetření co nejdříve od doby shledání prvních známek příznaků. Pokud se tak neučiní, dopady mohou být dlouhodobé. Rodiče pozorují různé abnormality a nepřírozené chování vzhledem k věku dítěte. Dítě ve 12. měsících není schopno žvatlání, chybí mu gesta, jako jsou mávání, ukazování, a ve dvou letech není schopno dvouslovných frází. Většinou tyto příznaky zaktivizují rodiče k návštěvě lékaře (Havlovicová, 2014; Thorová, 2007).

1.6.2 Diagnostika

Základem diagnostiky autismu je kvalitní pozorování. Abychom mohli provádět kvalitní pozorování, je důležité mít dobré znalosti projevů těchto poruch. Diagnostické nástroje jsou sice jako další možnost využívající se k diagnostice autismu, ale nikdy nemohou nahradit klinickou diagnostiku. Velmi významnou roli tu hraje také anamnéza, protože u velkého množství případů je prokazatelný genetický základ (Říčan, Krejčíková a kol., 2006).

Samostatné pozorování a anamnéza však k diagnostice nestačí. K upřesnění diagnostiky slouží řada standardizovaných diagnostických nástrojů. Mezi dva nejvíce používané patří ADI – R (Autism Diagnostic Interview – Revised) a ADOS – G (Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic). Oba tyto nástroje jsou označovány jako zlatý standard diagnostiky autismu (Beranová, Hrdlička, 2012).

ADI – R je standardizovaný, napůl strukturovaný pohovor, na kterém se podílí speciálně zaškolený pracovník s primárním pečovatelem dítěte, kdy se většinou jedná o rodiče. Dotazník k pohovoru obsahuje celkem 111 položek, jedná se tedy o poměrně časově náročný rozhovor, který trvá zhruba tři hodiny. Při vyhodnocení vycházíme z otázek ze základních oblastí, jako jsou narušená sociální interakce, narušená komunikace nebo vzorce chování a abnormalit, které jsou zaznamenány před 36. měsícem věku. Pokud jsou pozitivní všechny čtyři oblasti, můžeme mluvit o autismu. Jedná-li se o pozitivní 2-3 oblasti, diagnostikuje se atypický autismus či Aspergerův syndrom. Tato metoda se používá především u dětí ve věku 4 - 5 let (Beranová, Hrdlička, 2012; Havlovicová, 2014; Dudová, Hrdlička, 2013, Hrdlička, Komárek, 2014).

ADOS – G se používá v podobě observačního protokolu prováděném přímo s autistou. Tento protokol se skládá ze čtyř modulů a výběr modulu závisí na komunikační úrovni

pozorovaného. Cílem vyšetření je zjistit a posoudit schopnost sociální interakce, komunikace a chování při různých strukturovaných situacích. Oproti metodě ADI – R má tato metoda velkou výhodu, protože není tolik časově náročná. Hodnocení pomocí protokolu ADOS – G trvá pouze 30 – 45 minut. Metoda ADOS – G je zaměřena na nižší věkovou skupinu, především se využívá u dětí v 15. měsících života, nejedná se však o kalendářní úroveň, ale o úroveň vývojovou (Beranová, Hrdlička, 2012).

V České republice se nástroj ADI – R využívá již na mnoha místech, oproti nástroji ADOS – G, který se v současné době teprve zavádí (Beranová, Hrdlička, 2012).

K dosažení diagnózy potřebujeme nejen klinické vyšetření a dosažení potřebného skóre ve standardizovaných diagnostických nástrojích, ale také celkové laboratorní a lékařské vyšetření, aby došlo k vyloučení dalších poruch a nemocí. Jako vyšetřovací metody využíváme například ORL (Otorhinolaryngologie) a foniatrické vyšetření. Toto vyšetření využívají především děti, které mají závažné postižení řeči a u kterých je třeba vyloučit poškození hlasivek, či jiná onemocnění. Využívá se také vyšetření očního pozadí, které má vyloučit nitrolební procesy, dále pak vyšetření neurologické, genetické a v neposlední řadě vyšetření magnetickou rezonancí. Za konečné stanovení diagnózy PAS nese zodpovědnost dětský psychiatr (Hrdlička, Komárek, 2014).

Standardní diagnostický manuál duševních nemocí DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition) specifikoval několik souborů, které můžeme použít k diagnostice autismu. Rozdělil oblasti na narušené schopnosti sociální interakce, narušené schopnosti komunikace a neustále se opakující vzorce chování. Při narušené sociální interakci dítě není schopno pohledu do očí, není schopno navázat vztah s vrstevníky a okolím a nemá zájem o úspěch a radost ostatních. Narušená schopnost komunikace se projevuje opožděným vývojem řeči, narušenou schopností udržovat rozhovor nebo neustálým opakováním slov. Neustále se opakující vzorce chování se projevují stále tím samým zájmem o stejnou věc nebo opakující se pohyby těla (Bragdon, Gamon, 2006).

1.7 Léčba autismu

Havlovicová (2014) ve svém článku uvedla, že k dosažení cíle u léčby autismu je důležité snížit rodinný stres a zvýšit tak kvalitu života a funkční nezávislost. Léčba je obvykle individuálně přizpůsobená, nelze tedy označit obecnou léčbu, která by byla vhodná pro

všechny autisty. Intenzivní dlouhodobé programy speciálního vzdělávání a behaviorální terapie pomáhají dětem při studiu základních životních činností. Děti se naučí soběstačnosti a získají tak i dovednosti, které jim budou potřebné v zaměstnání.

Pokud behaviorální léčba selže, přichází na řadu léčba farmakologická. Existuje celá řada léků k léčbě symptomů PAS, avšak nejběžnějšími skupinami léků jsou antidepresiva, stimulancia nebo antipsychotika. Bohužel kromě léčby antipsychotiky existují jen málo spolehlivé studie, které by prokazovaly efektivitu a bezpečnost medikamentózní léčby. Léky mohou mít negativní účinky, přičemž žádné známé léky nedovedou zmírnit hlavní symptomy autismu, kterými jsou především sociální a komunikační postižení (Havlovicová, 2014).

Rapin (1997 in Hrdlička, Komárek 2014) sdílí stejný názor jako Havlovicová, považuje tedy farmakologickou léčbu pouze za doplňující a jako hlavní metodu léčby zdůrazňuje behaviorální léčbu.

Alexandra Trefilová (2013) se mimo jiné ve svém článku zabývala léčbou autistického spektra. Uvádí, že pokud jsou dobře stanové cílené intervence a speciální edukační strategie a to vše se nachází v dobré kombinaci s behaviorální terapií, lze dosáhnout u lidí s autismem výrazného zlepšení.

Cíle terapie Trefilová (2013) rozdělila do dvou hlavních kategorií. První kategorie byla zaměřená na rozvoj a posilování opožděných nebo nevyvinutých komunikačních, sociálních, adaptačních a sebeobslužných schopností. Druhá kategorie se zabývala nefarmakologickými a farmakologickými možnostmi ovlivnění různých maladaptivních syndromů a symptomů.

Pro mnoho rodin je léčba psychofarmaky podstatná pomoc při péči o postižené dítě. Je však třeba mít na paměti, že ne vždy je nutné naordinovat farmakologickou léčbu. Důvodem nasazení farmakologické léčby je těžší stupeň narušeného chování, jelikož se ale nejedná o kauzální, nýbrž symptomatologickou léčbu, musíme vždy vyhodnotit i možná rizika (Hrdlička, Dudová, 2012).

1.7.1 Atypická antipsychotika

Atypická antipsychotika tvoří v dnešní době skupinu psychofarmak. Jak už bylo zmíněno v článku Hrdličky a Dudové (2012), tato léčba je zaměřená na symptomatologii a je tedy užívána pro léčbu symptomů, jako jsou například agresivita, dráždivost, sebepoškozování nebo hyperaktivita. První atypické antipsychotikum registrované pro děti s dětským autismem a také jediné, které dosáhlo této registrace i v České republice, se nazývá Risperidon.

1.7.2 Stimulancia

Tyto léky se využívají především tam, kde je spojený dětský autismus s hyperaktivitou a impulzivitou (Hrdlička, Dudová, 2012).

1.7.3 Valproát

Valproát byl zatím nejvíce studován a využíván k ovlivnění agresivity a dráždivosti spojené s dětským autismem (Hrdlička, Dudová, 2012).

1.7.4 Melatonin

Melatonin řadíme mezi nejnovější lék zavedený farmakologií k léčbě PAS. Využívá se převážně pro svůj pozitivní efekt na spánek, který je u autistických dětí narušen častěji než u zdravých jedinců (Hrdlička, Dudová, 2012).

1.7.5 Alternativní metody léčby

Efektivnost a účinnost alternativních metod v léčbě autismu nebyla nikdy v rámci studií prokázána. Účinky se opírají pouze o vyléčené případy, nikoliv o studie. Mezi alternativní metody k léčbě autismu řadíme např. muzikoterapii, hipoterapii, aromaterapii nebo homeoterapii (Trefilová, 2013).

1.8 Prognóza autismu

Většina autistů, a to asi dvě třetiny, zůstává i v dospělém životě závažně handicapována a odkázána na pomoc rodiny, blízkých nebo institucí. Částečné samostatnosti v běžném životě dosáhne asi 5 až 20 % autistů, které označujeme jako vysoce funkční. Pacienti, kteří trpí Aspergerovým syndromem, jsou později detekováni za problémové, mají pak relativně lepší uplatnění než pacienti s dětským autismem. Oproti tomu prognóza ostatních pervazivních vývojových poruch není zdaleka tak dobrá a je třeba počítat s trvalým doživotním postižením (Trefilová, 2013).

2 SPECIFIKA V PŘÍSTUPU K AUTISTŮM

2.1 Výchova a vzdělání autisty

Výchova autistů bývá velmi náročným úkolem, a proto je velice důležitá emoční podpora rodičů a dobré vedení. Je důležité, aby se rodiče naučili používat jednodušší, a pro dítě srozumitelnější komunikaci, a nekladli na dítě nepřiměřené požadavky (Říčan, Krejčíková a kol., 2006).

2.1.1 Specifické přístupy

Pro oblast psychoterapie bylo vytvořeno mnoho specifických přístupů, které vycházejí z různých názorů na psychologickou povahu autismu. Terapeutické postupy zaměřené na děti s PAS lze obecně rozdělit do tří skupin (Říčan, Krejčíková a kol., 2006).

První přístup je označován jako přístup kognitivní, který vychází z předpokladu primárního kognitivního deficitu. Základem je především výukový přístup, který respektuje schopnostní profil dítěte. K tomuto přístupu byl vytvořen model *strukturovaného vyučování s vizuální oporou*, který vychází z programu TEACCH - Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children - Léčebný a výchovně vzdělávací program pro děti s autismem a příbuznými závadami a poruchami komunikace (Schopler et al., 1998 in Říčan, Krejčíková a kol., 2006). Hlavním cílem tohoto programu je celková adaptace dítěte, pro které je důležitá úprava domácího i školního prostředí. Důraz je kladen zejména na oblast strukturovaného učení, individualizace práce a na blízkou spolupráci rodiny a školy. Jsou stanovené podmínky, jež vedou ke zlepšení soběstačnosti postiženého člověka. Definované úkoly musí být dítěti zadané názorným vizuálním způsobem, vizualizována musí být i časová organizace. Maximálně jsou využívány kreslené a psané rozvrhy, kreslená konverzace nebo povídky. Prostředí, ve kterém se dítě nachází, by mělo být dokonale strukturované, aby se dítě cítilo v bezpečí a dokázalo se otevřít i pro sociální interakci. Obecně jsou tyto programy zaměřeny na poruchy porozumění a komunikace u dítěte (Říčan, Krejčíková a kol., 2006).

Motivačně a emočně zaměřené přístupy se využívají spíše u mladších dětí. Snahou těchto přístupů je dosažení toho, aby dítě ve vztahu s okolím a druhými lidmi pociťovalo radost a účastnilo se společných aktivit a tím se posílila jeho sociální interakce. Požadavky na dítě

v tomto přístupu jsou minimální, je třeba, aby terapeut nebo rodič přijímal veškerou spontánní aktivitu autisty. Jako příklad tohoto přístupu využíváme interakční muzikoterapii (Newson, 1987 in Říčan, Krejčíková a kol., 2006). Při interakční muzikoterapii se terapeut pomocí hudby zajímá o veškerou spontánní činnost dítěte, kterou využívá k „připisování významů“, neboť ke každé činnosti dítěte je připisován nějaký komunikační význam. Součástí tohoto přístupu bývá změna z pohledu rodičů na své dítě a opačně. Rodiče přijmou dítě takové, jaké je, dítě se poté díky tomu cítí přijato do společnosti a ze svého sociálního života už nemusí utíkat (Říčan, Krejčíková a kol., 2006).

Do přístupů biologických řadíme léky, vitamínové kúry, doplňky stravy nebo různé diety, které jsou mnohdy velmi drastické. Všechny tyto metody vedou bezesporu ke zlepšení některých aspektů chování autistického dítěte, mají však jednu nevýhodu a to tu, že se výsledky dostávají pozvolna (Říčan, Krejčíková a kol., 2006).

2.1.2 Vzdělání a zaměstnání

V oblasti vzdělávání dětí s autismem se objevují dva protichůdné proudy a to existence snahy začlenit autistické děti do běžných škol a společnosti, ale zároveň také vytvoření specializovaných škol pro děti s PAS. Pro začlenění autistického dítěte do běžné školy je třeba zajistit individuální výukový program, protože prostředí pro dítě musí být srozumitelné a přehledné a téměř vždy je třeba i přítomnost osobního či pedagogického asistenta. Obhájci, kteří podporují proud pro vytvoření specializovaných škol pro autisty, vychází ze skutečnosti, že autismus je především porucha sociálních vztahů. Je proto nezbytné zajistit speciální způsob komunikace a učení, které na běžných školách nenaleznou. Při učení musí být použity zcela jasné zrakové a konkrétní vzorce a je žádána i přítomnost a spolupráce mnoha osob (Říčan, Krejčíková a kol., 2006).

Thorová a Šporcová (2012) se ve svém článku zmínily o vzdělávání a zaměstnání autistů. Autističtí lidé absolvují základní vzdělání ve speciálních či praktických školách, někteří dokonce navštěvují běžné základní školy za pomoci svého asistenta. Po ukončení základní školy mohou nastoupit na jakoukoliv střední školu, někteří vyzkouší i školu vysokou. Bohužel však díky svému sociálnímu chování školu nedokončí. Bez dostatečné podpory rodiny a institucí mají problém i s nalezením práce a většina autistů zůstává nezaměstnaných.

2.2 Výchovné a vzdělávací intervence

2.2.1 Druhy intervencí

Intervence rozdělujeme dle níže uvedených linií, které se navzájem prolínají a ovlivňují. Jedná se o intervenci adaptivní, preventivní a následnou (Thorová, Jůn, Čadilová, 2007 in Hrdlička, Komárek, 2014).

Adaptivní intervence ovlivňuje vývoj oblastí, které jsou opožděné. Tuto intervenci je možné využít, když nemluvící dítě v raném věku naučíme alternativní komunikaci a tím se tak vyhneme rozvoji mentální retardace a jiným těžkým poruchám. Snižujeme riziko agresivity a hyperaktivity, pokud vedeme dítě k pravidelné fyzické aktivitě (Thorová, Jůn, Čadilová, 2007 in Hrdlička, Komárek, 2014).

U preventivní intervence je základním krokem vytvořit prostředí vhodné a bezpečné pro dítě s autismem. Postupujeme ale opačně, místo abychom přiměli dítě se adaptovat na prostředí, uzpůsobujeme hned od začátku prostředí dítěti. Dítě se pak cítí v bezpečí a je schopné přijímat nové informace. Při úpravě prostředí je třeba vycházet z charakteristiky dané poruchy autistického spektra (Thorová, Jůn, Čadilová, 2007 in Hrdlička, Komárek, 2014).

Společně s intervencí preventivní a adaptivní se vždy používá intervence následná. Cíl následné intervence je zaměřen k odstranění agresivity, stereotypního chování, ulpívavého a obsedantního dodržování rituálů nebo k odstranění odmítání sociálního kontaktu (Thorová, Jůn, Čadilová, 2007 in Hrdlička, Komárek, 2014).

2.2.2 Způsoby intervence

Strukturované učení

Jedním ze způsobů intervence je strukturované učení. Tuto metodu považujeme za velmi efektivní a používáme ji ve speciálních třídách pro děti s autismem nebo při individuálních terapiích s rodinou. Mezi strukturované učení patří například nácvik samostatnosti, sebeobsluhy nebo nácvik sociálních a pracovních dovedností (Thorová, Jůn, Čadilová, 2007 in Hrdlička, Komárek, 2014).

Thorová, Jůn, Čadilová (2007 in Hrdlička, Komárek, 2014) rozdělili specifika a obecné principy strukturovaného učení. Do specifických a obecných principů řadíme fyzickou strukturu, vizuální podporu, zajištění předvídatelnosti, individuální přístup a dokumentaci k zaznamenávání údajů. Do fyzické struktury řadíme organizaci prostoru, umísťujeme nábytek tak, aby jeho rozmístění usnadňovalo výuku a dítě se tak mohlo snadno orientovat. Důraz na předávání informací ve vizuální podobě spadá pod vizuální podporu, kam patří například piktogramy, obrázková schémata nebo barevné kódy, které umožňují pochopit pořadí či postup řešení situací. Tímto vedeme dítě k samostatnosti a pocitu bezpečí. Pomocí různých forem denních a pracovních režimů zajišťujeme předvídatelnost a tím zlepšujeme nácvik komunikace a snižujeme tak úzkost u autistického dítěte. U každého autisty bychom měli dbát především na individuální přístup, protože každé dítě je jiné a jinak vnímá své postižení a podle toho bychom k němu měli přistupovat. V neposlední řadě řadíme do strukturovaného učení dokumentaci, kam zaznamenáváme údaje o spontánní komunikaci, četnost splněných a nesplněných úkolů nebo výskyt problémového chování.

Nácvik komunikace

Porucha komunikace se u dětí s PAS objevuje v různých podobách a na různé úrovni. Projevuje se na úrovni porozumění, vyjadřování a to buď ve formě verbální, či neverbální. Pokud plánujeme intervenci, je potřeba zhodnotit celkový stav jazykové bariéry (Schopler, 1997 in Hrdlička, Komárek, 2014).

V rámci jazykového tréninku bylo stanoveno osm dílčích programů, při kterých postupujeme od nejnižší úrovně jazyka po nejsložitější jazykové funkce. Začínáme imitací verbálních projevů, kterou můžeme přiřadit k úrovni echolálie. Dostáváme se k základnímu jazyku, kde se dítě učí pojmenovat různé předměty a události denního života. Ze základního jazyka přecházíme ke stádiu vztahů, kde si autistické dítě osvojuje abstraktní pojmy, poznává barvy, velikosti a zkouší pochopit pojem času. Postupujeme do stádia konverzace, kde se učí formou otázek a odpovědí. V dalším kroku se již dítě ptá na otázky za účelem získání informací, postupně získává gramatické znalosti a dovednosti k sdělování zážitků ostatním nebo k popisování různých událostí. Poslední dílčím programem je tedy spontaneita projevu, kdy dítě komunikuje samo bez pomoci druhých osob (Lovaas, 1977 in Hrdlička, Komárek, 2014).

Nácvik sociálních dovedností

Než se dostaneme k samotnému nácviku sociálních dovedností, upřesníme si pojem „sociální chování.“ Je to chování, které nám slouží k dosažení určitého cíle. Pod tímto pojmem si můžeme představit mnoho věcí, např. jízdu v autobuse, nakupování, správné telefonování či zvládnutí stolování v restauraci (Thorová, Jůn, Čadilová, 2007 in Hrdlička, Komárek, 2014).

Thorová, Jůn a Čadilová (2007 in Hrdlička, Komárek, 2014) popsali konkrétní příklad nácviku používání městské hromadné dopravy (MHD). Důležité při nácviku je, aby autista během výcviku postupoval krok za krokem. Nácviku se vždy zúčastní pacient s PAS a dva terapeuti, přičemž jednoho terapeuta pacient s PAS nezná. Nácvik se nejdřív provádí v terapeutické místnosti, kdy si postup užívání městské hromadné dopravy ukáží pomocí hraní či kreslených příběhů. Pokud to autista zvládne, čeká ho si to vyzkoušet i v reálném životě. Aby mohli tento nácvik uzavřít za úspěšný, je třeba, aby autista zvládl situace, jako je samostatná jízda v MHD, orientace v jízdních řádech, bezpečnost na ulici nebo řešení možných situacích, které mohou nastat v MHD či na ulici. Do nácviku je poté zapojen již zmíněný neznámý terapeut, který během nácviku navazuje komunikaci s autistou. Táže se autisty například kolik je hodin, nebo jak se dostane na Václavské náměstí, a tím tak zjišťuje schopnost autisty zvládnout situaci v běžném životě.

Co se týká aktivity a volného času u lidí s autismem, aktivita u autistů se liší od zdravých lidí zvýšeným zájmem o danou aktivitu a četností opakování. U volnočasových aktivit vydrží děti s PAS dlouhé hodiny, protože jsou pro ně nepředvídatelné a pocítují v nich úspěch (Čadilová, Žampachová, 2012).

3 KOMUNIKACE S AUTISTY

3.1 Komunikace zdravotníků s autistickým pacientem

Tak jako pro každého jiného pacienta, tak i pro autistu je hospitalizace v nemocnici velká zátěž. Objevuje se strach z neznámého prostředí, z vyšetření, prognózy nebo léčby. Nástupem autisty k hospitalizaci vzniká náročná situace nejen pro autistu, ale i pro zdravotnický personál. Proto je důležité znát specifika v přístupu k těmto osobám a jejich poruchám a vědět, jak se v dané situaci zachovat (Říhová, 2010).

Říhová (2010) ve svém článku uvádí zásady komunikace zdravotníka s autistickým pacientem.

- Zdravotníci by měli s autistickým pacientem pracovat pouze s pomocí podnětů unisenzoriální, to znamená, zaměření se pouze na jeden smyslový kanál. Pokud se bude jednat o podněty multisenzoriální, může to vést k přetížení pacienta a ztrátě pozornosti.
- Za jakýkoliv pokrok či snahu o komunikaci by měl být autista odměněn. Dáváme však přednost odměnám verbálním, jako je například pochvala, před odměnou v podobě cukrovinek či jiných dobrot.
- Dlouhodobou hospitalizací a dlouhodobým pozorováním zjišťujeme silné stránky jedince, které nám slouží k navázání komunikace nebo k získání spolupráce při nějaké aktivitě.
- Při požadování určitého úkolu postupujeme vždy od jednoduchých úkolů po ty složitější.
- Získání pozornosti docílíme změnou tónu či zabarvením hlasu, ale musíme si dát pozor na pacienty s hyperakuzí (přecitlivělost na zvuk), u kterých bychom měli upřednostnit hlas tišší.
- Snažíme se komunikovat pomocí předmětů. Přiložením předmětu na ústa získáme pozornost a navázání zrakového kontaktu autisty. Pomocí gest a pohybů navážeme též kontakt, na kterém se dá postupně stavět.
- Snažíme se stanovit pouze krátkodobé plány a úkoly, nepřetěžujeme pacienta, snažíme se navodit klidné prostředí bez zbytečného stresu.
- Pokud pacienta čeká nějaký výkon či vyšetření, snažíme se stále komentovat situaci a popisovat aktuální činnost, čímž zabraňujeme vzniku strachu a úzkosti.

- Měli bychom mluvit jasně, stručně, vyvarovat se dlouhým složitým souvětím. Též není vhodné používat dvojsmysly. Je potřeba jednoduchá spojení opakovat stále dokola a zdůrazňovat klíčová slova. Pokud pacient stále nerozumí, musíme větu rozdělit na části a rozebrat jednotlivá slova.
- Pokud jednou označíme předmět daným názvem, nesmíme podruhé pro tento předmět použít jiné slovo.
- Je třeba pacientovi dopřát dostatek času na verbální či neverbální komunikaci, protože reakce na naši otázku dochází k autistovi s dlouhodobým zpožděním.
- Velkým pomocníkem při komunikaci je znázornění pomocí obrázků, fotografií. Pro pacienta s PAS je vizualizace mnohem bližší než verbální projev.
- Při přijetí autisty k hospitalizaci je v první řadě důležité získat o něm co nejvíce informací od rodiny.
- Zajímáme se o jeho rituály, oblíbené hračky, oblíbené činnosti nebo zájmy a poté se seznámíme s jeho komunikačními dovednostmi. Je třeba respektovat jeho systém.
- Umožníme autistickému pacientovi seznámit se s prostředním, personálem, pokojem, vyšetřovnou a okolím.
- Pokud to je jen trošku možné, vyhýbáme se dlouhému čekání v čekárnách, autista se cítí v cizím prostředí nejistě a může reagovat agresivně.
- Měli bychom dovolit osobě s PAS, aby si vzala na pokoj svojí oblíbenou hračku, předmět či věc a tím docílíme toho, že se bude cítit v bezpečí a umírní se tak její strach a nejistota (Říhová, 2011).

3.2 Pomůcky ke komunikaci

3.2.1 Piktogramy

Mezinárodní normy definovaly piktogramy jako „*Vnímatelný útvar, který je vytvořený psaním, kresleným tiskem nebo jinými postupy.*“ (Kubová, 1996, str. 26)

Tento systém komunikace je v České republice nejvíce rozšířen a to pro svoji jednoduchost a srozumitelnost. Využití piktogramů u autismu, či ve světě, jako neverbální způsob komunikace je čím dál častější, jedná se totiž o zjednodušení různých situací, kde je cílem přenést informace a umožnit jedinci rychlou orientaci všude tam, kde by verbální komunikace mohla být překážkou v porozumění. Je nutné, aby při užívání piktogramů byla vždy doplněná

mluvená řeč, popřípadě znaky. Pomocí piktogramů lze předávat různé instrukce, příkazy, a dokonce i při jeho řazení je možné vytvořit jednoduché věty jako například režim dne. Piktogramy jsou srozumitelné pro všechny a i nemluvící lidé jimi mohou vyjádřit svůj názor a nepotřebují k tomu speciální znalosti nebo dovednosti (Kubová, 1996). Příklad piktogramu naleznete v příloze A.

Postiženým lidem piktogramy pomůžou navázat kontakt s okolím, vyrovnat se s prostředím nebo jim usnadnit orientaci v běžném životě. Pokud se v počátku vyskytne problém s chápáním piktogramu, doporučuje se spojit piktogram s obrázkem či fotografií pro lepší pochopení. Výuka komunikace se zaměřuje zpočátku na jednoduché a známé předměty a až později se pomocí piktogramů skládají věty (Kubová, 1996).

3.2.2 Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)

System, který byl původně vytvořen v USA, byl v České republice zaveden a upraven Margitou Knapcovou. System VOKS je vytvořen ze 7 lekcí a dítě postupuje od motivační výměny obrázků za daný předmět přes tvorbu tabulek s odnímatelnými obrázky až po vytvoření smysluplných vět. Osvojitelnost a praktická akceptovatelnost jsou jedny z výhod systému VOKS. Než začne samotná výuka, je potřeba zjistit oblíbené pochutiny a předměty daného jedince a seřadit je dle oblíbenosti. Poté se děti postupně učí spontánně požádat o oblíbenou věc za výměnu obrázku, dojit si pro obrázek a vrátit se k partnerovi, požádat cizí lidi a okolí o pomoc, nebo se učí odpověď na otázku „co chceš?“ (Kubová, 1996). Grafickou ukázkou VOKS naleznete v příloze B.

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Znájí NLZP z dětských oddělení komunikační přístup k dětem/osobám s autismem?
2. Kolik NLZP se setkalo při své práci s autistou?
3. Mají na dětských odděleních dané nemocnice pomůcky ke komunikaci s dítětem/osobou s autismem?

5 METODIKA VÝZKUMU

Bakalářská práce má průzkumně - výzkumný charakter. Pro tuto bakalářskou práci bylo zvoleno výzkumné šetření formou nestandardizovaného dotazníku. V rámci mé bakalářské práce bylo provedeno výzkumné šetření, kdy data pro výzkumnou část práce byly získány pomocí kvantitativní metody sběru dat a to anonymním dotazníkem.

Výzkumný vzorek byl tvořen celkem 32 respondentkami. Všechny respondentky byly z jedné nemocnice krajského typu. Do výzkumného šetření byla zahrnuta standardní dětská oddělení, oddělení dětské JIP (jednotka intenzivní péče) a oddělení dětské chirurgie. Výzkumný vzorek byl tedy zaměřen pouze na nelékařské zdravotní pracovníce mimo ošetřovatele a sanitářek z dětského oddělení. Rozhodla jsem se pro tento výzkumný vzorek, protože si myslím, že se častěji s autistou setkáme na dětských odděleních, než na standardních odděleních pro dospělé. Také se domnívám, že přístup k autistickým dětem je v rámci praktického hlediska důležitější a zajímavější než k dospělým autistům a NLZP na dětských odděleních by měly znát specifika přístupu k malému autistovi.

Výzkumný nástroj

Cílem dotazníku bylo zjistit znalost přístupu a komunikace k autistům v jedné nejmenované nemocnici. Jednotlivé otázky anonymního dotazníku jsem vytvořila na základě předem vytvořených cílů a výzkumných otázek.

Dotazník obsahuje celkem 13 otázek. V úvodu dotazníku se nacházely tři identifikační otázky, dále jsem zjišťovala, jaké má kdo zkušenosti s autistou, jak by se zachoval v určité situaci a v neposlední řadě, zda mají NLZP možnost dalšího vzdělání o této problematice. Dotazované byly seznámeny s mou osobou, tématem a cílem bakalářské práce a byly poproseny o pravdivé vyplnění. Bylo jim vysvětleno, že dotazník je zcela anonymní a v následně jim bylo poděkováno za jeho vyplnění a za jejich čas. Na závěr bylo dodáno, že pouze u jedné otázky je možno zakroužkovat více odpovědí. U zbylých je možné zakroužkovat vždy pouze jednu odpověď.

Pro výzkumné šetření byl vytvořen záměrně menší počet otázek a to z toho důvodu, aby se NLZP na jeho vyplnění dostatečně soustředily a nebyly omrzelé z jeho vyplňování. Dotazník se skládal z otázek otevřených, polouzavřených ale i uzavřených, kde byla respondentkám nabídnuta jedna a více možných odpovědí.

Výzkumné šetření bylo zahájeno v prosinci 2015 a skončilo v polovině ledna 2016. Pro výzkum byla vybrána tři dětská oddělení v jedné nemocnici krajského typu.

Než byl zahájen samotný sběr dat, navštívila jsem vybraná oddělení dané nemocnice a seznámila jsem staniční sestru s tématem bakalářské práce a s dotazníkem a sjednala jsem si s ní a s dalšími pracovníky, zda je možné provést sběr dat pro výzkumné šetření na jejich oddělení. Když souhlasily, byl stanoven datum, kdy bylo možné vyplněné dotazníky vyzvednout. Ke každému dotazníku byla přiložena obálka, do které mohly NLZP vyplněný dotazník vložit a tím si zachovat svou anonymitu. Všechny dotazníky byly ve stejnou dobu rozdány na všechna oddělení a následně ve stejnou dobu ze všech oddělení vybrány.

Celkem jsem rozdala 33 dotazníků. Na dětském standardním oddělení bylo rozdáno 17 dotazníků, na dětskou JIP 7 dotazníků a na dětskou chirurgii 9 dotazníků. Návratnost byla 100%. Kvůli nesprávnému vyplnění jsem byla, bohužel, nucena jeden dotazník vyřadit, tudíž bylo nakonec získáno z dětského standardního oddělení pouze 16 dotazníků.

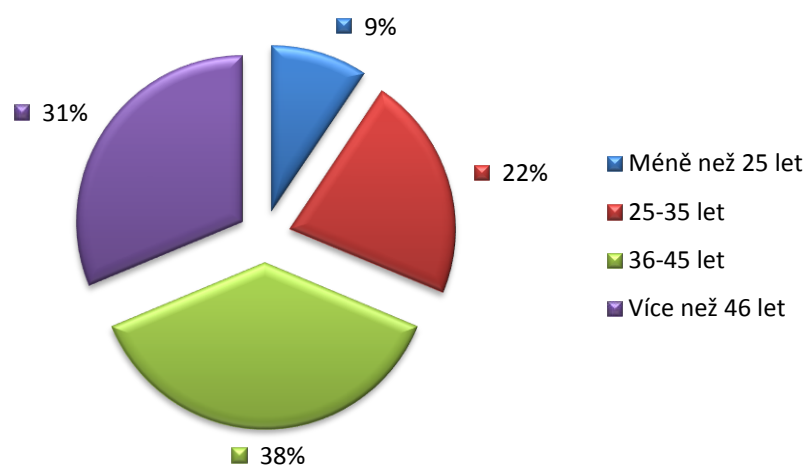
Metodika analýzy dat

Pro zpracování výsledků byly použity programy Microsoft Excel 2010 a Microsoft Word 2010. Výsledky byly vyhodnoceny a zaznamenány buď v podobě tabulek, nebo pomocí výšečových grafů. Jednotlivá zjištěná data byla doplněna krátkým komentářem.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Otázka č. 1: Kolik Vám je let?

- a) Méně než 25 let
- b) 25 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 let a více

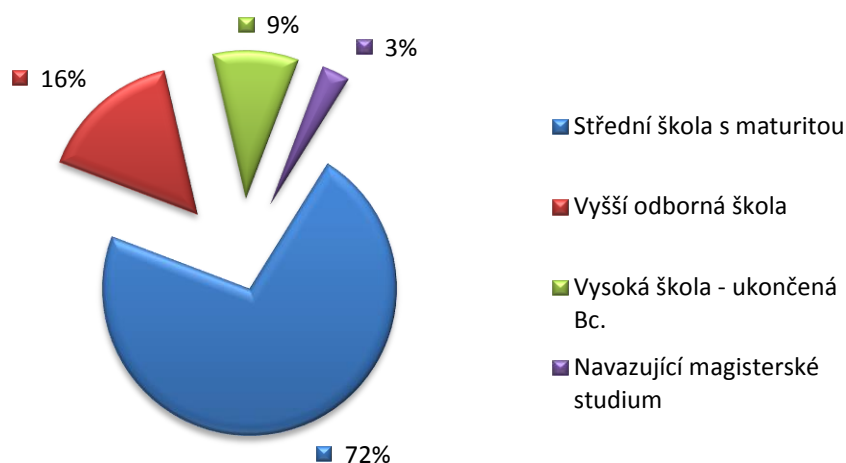


Obrázek 1 Graf kolik je Vám let

Jak můžeme vidět na obrázku 1, nejvíce respondentek se pohybovalo ve věku 36 - 45 let a to 38 %. To je 12 respondentek z celkového počtu 32. Celkem 31 % (10) respondentek bylo ve věku více než 46 let a 22 % (7) respondentek se pohybovalo ve věku 25-35 let. Nejmenší počet respondentek se pohybovalo ve věku méně než 25 let a to pouhých 9 %, tedy tři respondentky. Byly obsazené všechny věkové kategorie.

Otázka č. 2: Jaké je Vaše dosažené vzdělání ve zdravotnictví?

- a) Střední škola s maturitou
- b) Vyšší odborná škola
- c) Vysoká škola – ukončená Bc.
- d) Navazující magisterské studium

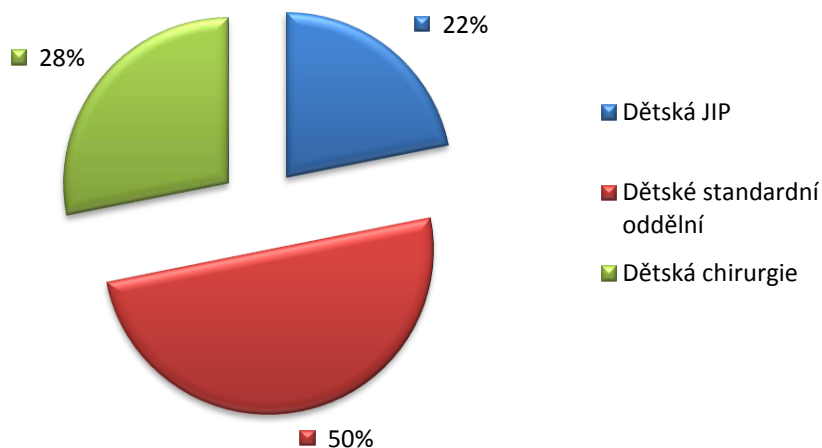


Obrázek 2 Graf pro dosažené vzdělání

Na obrázku 2 můžeme vidět dosažené vzdělání respondentek. Nejčastější dosažené vzdělání mezi respondentkami v mém průzkumné šetření byla střední škola s maturitou a to celkem 70 % respondentek (23). Domnívám se, že tato nejčastější odpověď souvisí s otázkou 1, která poukazuje na jejich nejčastější věk, který je v rozmezí 36-45 let. Vyšší odbornou školu má vystudováno 16 % (5) respondentek a vysokoškolské vzdělání ukončené Bc. mají pouze 9 % (3) z dotazovaných. Nejméně respondentek, a to pouze jedna, má vystudované magisterské studium.

Otázka č. 3: Na jakém oddělení pracujete?

- a) Dětská JIP
- b) Dětské standardní oddělení
- c) Dětská chirurgie

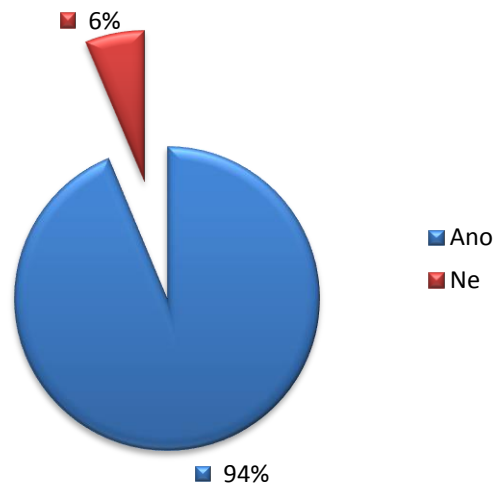


Obrázek 3 Graf místo pracoviště

Na obrázku 3 vidíme, na jakých pracovištích se výzkumné šetření provádělo. Jednalo se o dětskou chirurgii, dětské standardní oddělení a dětskou JIP. Nejvíce respondentek ve výzkumném šetření pracuje na standardním oddělení a to celá polovina, tedy 50 %. Druhá polovina patří pod chirurgickou JIP a dětskou chirurgii. Pod dětskou chirurgii je zařazeno celkem 28 % (9) respondentek a nejméně respondentek dotazník vyplnilo na dětské JIP a to 22 % (7).

Otázka č. 4: Setkala jste se někdy na svém pracovišti s autistickým dítětem?

- a) Ano
- b) Ne

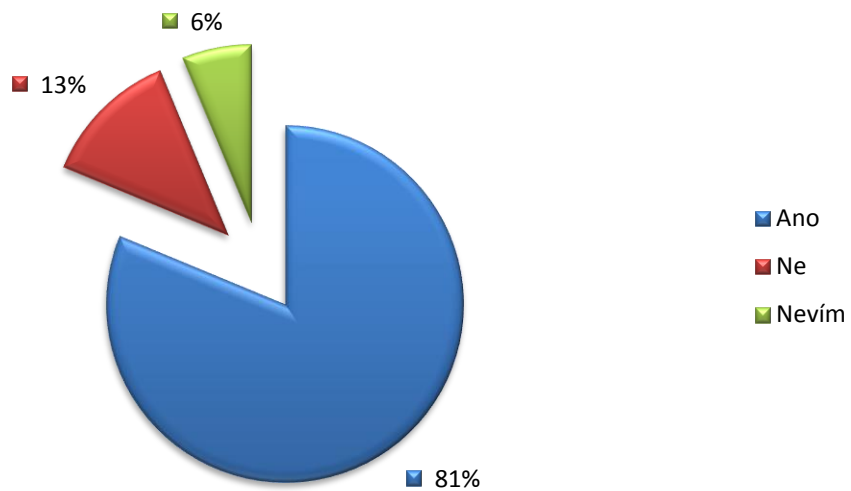


Obrázek 4 Graf setkání s dítětem s autismem

Na obrázku 4 vidíme, kolik respondentek se setkalo za svojí praxi s dítětem s autismem. Jak je zcela evidentní z grafu, většina ve své praxi už na dítě s autismem narazila a to celkem 94 %, (30) respondentek. Pouze 6 % (2) respondentek z celkového počtu uvedlo, že se ještě nikdy neseťkalo na svém pracovišti s dítětem s autismem.

Otázka č. 5: Je autismus vrozený?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím



Obrázek 5 Graf vrozený autismus

Odpovědi respondentek na otázku, zda si myslí, že je autismus vrozený, se liší. Jak je už ale patrné z obrázku 5, 81 % (26) respondentek zvolilo možnost, že autismus je vrozený a 13 % (4) respondentek z celkového počtu říká, že autismus vrozený není. Nepatrných 6 % (2) označily, že neví, zdali je autismus vrozený.

Otázka č. 6: Vyberte správné tvrzení (je možné více odpovědí):

- a) Dítě nedokáže přiměřeně komunikovat
- b) Autistické dítě často vyhledává společnost
- c) Nedokáže rozvíjet fantazii a kreativitu
- d) Špatně vyhodnocuje informace, které k němu přicházejí

Tabulka 1 Možnosti chování autisty

Možnosti	Absolutní četnost
Dítě nedokáže přiměřeně komunikovat	30
Autistické dítě často vyhledává společnost	0
Nedokáže rozvíjet fantazii a kreativitu	6
Špatně vyhodnocuje informace, které k němu přicházejí	27

V tabulce 1 jsou znázorněny četnosti zvolených odpovědí na otázku č. 6. Respondentky měly na výběr ze čtyř daných možností. V této jediné otázce z celého výzkumného dotazníku bylo možno označit více odpovědí. Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondentky mají ponětí o tom, jaké je typické chování a prožívání autisty. První možnost a to, že dítě nedokáže přiměřeně komunikovat, označilo celkem 30 respondentek. Druhá nejčastější označená možnost byla, že dítě špatně vyhodnocuje informace, které k němu přicházejí. Tuto odpověď označilo celkem 27 respondentek. Pouze 6 respondentek označilo možnost, že dítě nedokáže rozvíjet fantazii a kreativitu. Poslední možnost v nabídce nikdo z dotazovaných neoznačil. Tato možnost zněla, že dítě s autismem často vyhledává společnost. Tato možnost má absolutní četnost 0. Za správná tvrzení měly respondentky označit odpověď a) Dítě nedokáže přiměřeně komunikovat, c) Nedokáže rozvíjet fantazii a kreativitu a odpověď d) Špatně vyhodnocuje informace, které k němu přicházejí. Jako jediné nesprávné tvrzení byla odpověď za b) Autistické dítě často vyhledává společnost (Jelínková, 1999).

Otázka č. 7: Máte nějaké pomůcky na oddělení ke komunikaci s autistickým dítětem?

a) Ano

b) Ne

Pokud jste odpověděli ano, vypište jaké.

.....

Tabulka 2 Pomůcky na oddělení pro autistu

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	2	6%
Ne	30	94%
Celkem	32	100%

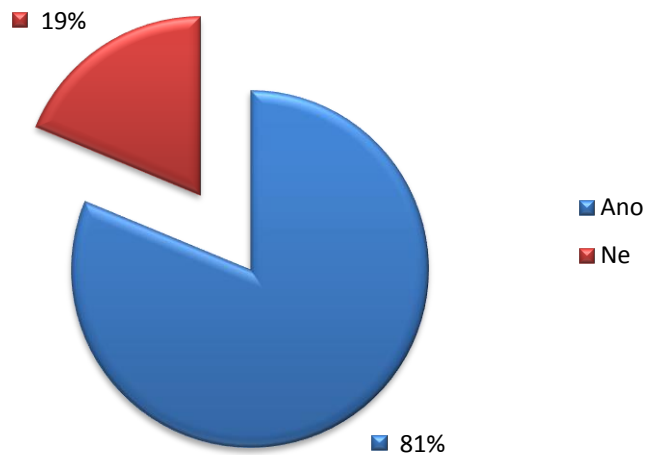
Tabulka 3 Odpověď na otázku 7a)

Odpověď na otázku 7a)	Absolutní četnost
Hračka	2
Celkem	2

V rámci této otázky mě zajímalo, jaké vybavení ke komunikaci s autistou má nemocnice z mého výzkumného šetření. Jak je v tabulce 2 zřetelné, většina, a to 94 % (30) respondentek označilo, že na jejich oddělení nejsou žádné pomůcky ke komunikaci s autistou. Pouze 6 % (2) respondentek označilo, že na svém oddělení pomůcky ke komunikaci s autistou mají. Otázka tedy dále pokračovala. Pokud dotazované odpověděly ano, měly napsat, o jaké pomůcky se jedná. Jak můžeme vidět v tabulce 3, obě respondentky uvedly, že na oddělení ke komunikaci s autistou používají hračku.

Otázka č. 8: Myslíte si, že je nutná při komunikaci s takovým dítětem přítomnost psychologa nebo rodičů?

- a) Ano
- b) Ne



Obrázek 6 Graf přítomnost psychologa u komunikace s autistou

Na obrázku 6 je zobrazený názor respondentek na otázku, zda si myslí, že při komunikaci s autistou je potřeba přítomnost psychologa nebo rodičů. Z výzkumného šetření vyplynulo, že 81 % (26) respondentek z celkového počtu označilo, že je nutná přítomnost psychologa nebo rodiče u komunikace s autistou. Zbylá část respondentek, 19 % (6), si však myslí, že tato přítomnost není nutná.

Otázka č. 9: K čemu slouží piktogram?

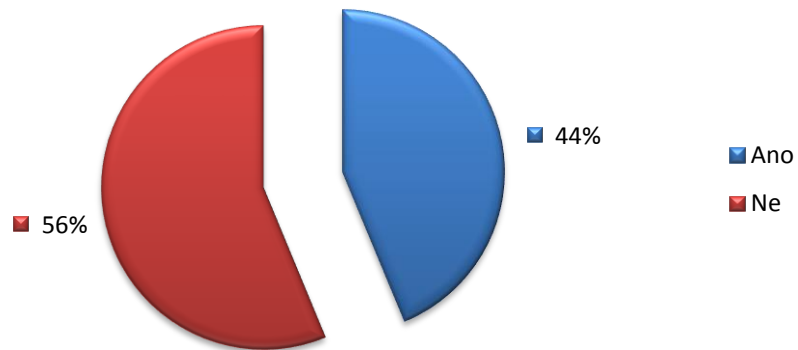
Tabulka 4 K čemu slouží piktogram

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ke komunikaci	18	56 %
Obrázkové sdělení	13	41 %
Nevím	1	3 %
Celkem	32	100 %

Cílem otázky č. 9 bylo zjistit, zda jsou respondentky informovány o tom, co je to piktogram. Tato otázka byla otevřená a každá z respondentek měla možnost odpovědět vlastními slovy. K porovnání výsledků nám slouží tabulka 4, na které máme znázorněny odpovědi tázaných. Jejich odpovědi se nijak výrazně nelišily. Nejčastější odpověď na otázku, k čemu slouží piktogram, byla, že slouží ke komunikaci. Tuto odpověď zapsalo celkem 56 % (18) respondentek z celkového počtu. Druhou nejčastější odpovědí na tuto otázku bylo, že piktogram slouží jako obrázkové sdělení. Tuto odpověď napsalo 41 % (13) respondentek. Pouze jedna respondentka uvedla, že neví, k čemu slouží piktogram.

Otázka č. 10: Setkáváte se v dnešní době s autisty více než za posledních 5 let?

- a) Ano
- b) Ne



Obrázek 7 Graf setkání s autisty za posledních 5 let

V rámci této otázky se respondentky zamyslely nad tím, zda se v dnešní době setkávají s autisty více než za posledních pět let. Jak je na obrázku 7 graficky znázorněné, více respondentek odpovědělo na tuto otázku ne. Domnívám se tedy, že se s autisty setkávají za posledních pět let méně, nebo stejně často. Tuto odpověď označilo 56 % (18) respondentek. To může být následkem toho, že mladé NLZP nemají ještě tolik praxe a neměly možnost se v dřívější době s autistou setkat. 44 % (14) respondentek označilo, že se s autisty setkává v dnešní době více než za posledních 5 let.

Otázka č. 11: Jak byste informovala autistické dítě, které má jít na výkon?

- a) Podala bych mu informace ústně
- b) Vysvětlila bych mu to pomocí obrázků
- c) Předvedla bych to na panence/hračce
- d) Požádala bych rodiče, aby to dítěti vysvětlili

Tabulka 5 Informovanost autistického dítěte o výkonu

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Podala bych mu informace ústně	0	0 %
Vysvětlila bych mu to pomocí obrázků	13	41 %
Předvedla bych to na panence/hračce	8	25 %
Požádala bych rodiče, aby to dítěti vysvětlili	11	34 %
Celkem	32	100 %

Otázkou 11 jsem se chtěla dozvědět, jak by respondentky informovaly dítě s autismem, které má jít na výkon. V nabídce byly 4 možnosti. Respondentky měly označit pouze jednu možnost. Jak nám ukazuje tabulka 5, 41 % (13) respondentek označilo, že by to dítěti s autismem vysvětlily pomocí obrázků. Celkem 34 % (11) respondentek by požádalo rodiče dětí s autismem, aby dítěti výkon vysvětlili. 20 % (8) respondentek z celkového počtu by volilo možnost vysvětlování pomocí hračky. Žádná z dotazovaných respondentek by nevybrala možnost informovat o výkonu dítě s autismem ústně.

Otázka č. 12: Jak byste jednala při záchvatu vzteku u autisty?

- a) Nechala bych ho být
- b) Uklidňovala bych ho
- a) Okřikla bych ho
- a) Požádám o pomoc lékaře a víc se do toho nebudu zapojovat

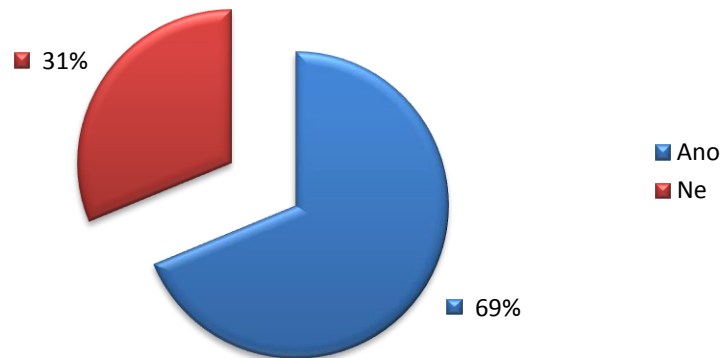
Tabulka 6 Jednání při záchvatu vzteku u autisty

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Nechala bych ho být	22	69 %
Uklidňovala bych ho	10	31 %
Okřikla bych ho	0	0 %
Požádám o pomoc lékaře a víc se do toho nebudu zapojovat	0	0 %
Celkem	32	100 %

Tabulka 6 prezentuje, jak by zareagovaly NLZP při záchvatu vzteku u dítěte s autismem. Byly dané 4 možnosti. Respondentky měly možnost označit pouze jednu odpověď a to tu, podle které by se zachovaly ony. Téměř většina, 69 % (22) respondentek označilo, že by dítě nechalo být. Zbytek respondentek, a to celkem 31 % (10), uvedlo, že by dítě při záchvatu vzteku začalo uklidňovat. Ani jedna z dotazovaných neoznačila zbylé dvě možnosti, tedy by žádná z respondentek dítě ve vzteku neokřikla a ani by nepožádala o pomoc lékaře.

Otázka č. 13: Máte možnost dalšího vzdělávání se o autistech (odborné knihy, články, semináře aj.)?

- a) Ano
- b) Ne



Obrázek 8 Graf možnosti dalšího vzdělávání o autistech

V poslední otázce mého výzkumného šetření mě zajímalo, zda respondentky mají možnost dalšího vzdělávání o autistech, jestli se mohou dále rozvíjet v rámci tohoto tématu, ať už pomocí knih, seminářů, článků a podobně. Na obrázku 8 je graficky znázorněno, že většina respondentek 69 % (22) má možnost se dále rozvíjet a vzdělávat v této problematice. Zbytek respondentek 31 % (10) nemá možnost se dále vzdělávat v této problematice.

7 DISKUZE

Ve výzkumném šetření jsem pracovala s výsledky dvaatřiceti dotazníků. První tři otázky v dotazníku byly považovány za identifikační. Byl zjišťován věk (obr. 1), dosažené vzdělání (obr. 2) a oddělení, kde respondentky pracují (obr. 3). Z výzkumného šetření se ukázalo, že nejvíce respondentek (72 %) má nejvyšší dosažené vzdělání střední s maturitou, mohu se pouze domnívat, že vzdělání souvisí s nejčastějším věkem respondentek, který je v rozmezí 36 – 45 let.

Pro porovnání výsledků jsem si vybrala práce, které jsou nejvíce podobné obsahem mé bakalářské práci. Marková (2011) se ve své práci zajímala o autismus a jeho komunikační metody v zařízeních, kde se metody využívají. Andrea Schönbauerová napsala svoji diplomovou práci na téma „*Specifika ošetrovatelské péče u dětí hospitalizovaných s autismem*“ (2012). Svůj výzkum prováděla v rámci rozhovoru se zdravotními sestrami a matkami autistických dětí. Jako poslední práci, se kterou budu srovnávat výsledky mého výzkumu je Sodomková (2006), která se ve své diplomové práci zabývala edukací žáků s poruchami autistického spektra. Ve své práci uvedla 6 kazuistik dětí s autismem, které vedla jako učitelka s cílem dokázat, že i lidé s poruchou s PAS jsou schopni se učit, pokud je respektována základní triáda a pracuje se dle metody strukturovaného učení.

Výzkumná otázka č. 1: Znájí NLZP z dětských oddělení komunikační přístup k dětem/osobám s autismem?

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, zda mají, NLZP všeobecný přehled o dané problematice a přístup komunikace k autistickým dětem.

Odpověď na tuto výzkumnou otázku vyplývá z vyhodnocení dotazníkových otázek č. 5,6,8,9,11,12.

Na obrázku 5 je zobrazeno, kolik respondentek odpovědělo správně na otázku č. 5 a to, že autismus je nemoc vrozená, jak nám potvrdila Thorová (2006) ve své knize. 81 % (26) respondentek na tuto otázku odpovědělo ano. 13 % (4) respondentek označilo jako odpověď ne a zbylé 2 respondentky si nebyly jisté, a tak označily odpověď nevím. Z odpovědí na tuto

otázku jsem si potvrdila, že 81 % respondentek již někdy o autismu slyšelo a vědí tak, že se jedná o nemoc vrozenou.

U otázky č. 6 bylo cílem zjistit, zda respondentky znají typické chování autisty. Respondentky měly na výběr ze 4 daných možností a jako u jediné otázky v celém dotazníku mohly označit více možných odpovědí. Jak nám potvrdila Trefilová (2013), dítě nedokáže přiměřeně komunikovat, jeho řeč je opožděná a mnohdy není dítě schopné běžné komunikace. Jelínková (1999) uvedla, že autistické dítě špatně přenáší informace z jednoho místa na druhé a špatně vyhodnocuje informace přicházející k němu. Např. pokud má autista jedno slovo spojené s danou situací, rozumí tomu slovu pouze v té dané situaci, v jiné situaci se mu zdá toto slovo cizí. Nedostatek kreativity a fantazie nedovoluje autistovi vytvářet gesta a to ani v případě, kdy gestům rozumí. Thorová (2006 in Říhová, 2011) potvrdila, že autismus vyznačuje dítě osamělostí, autista nemá potřebu vyhledávat společnost a hraje si především sám.

Z výše uvedeného vyplývá, že jako správné odpovědi mohly být označeny u otázky č. 6 všechny možnosti s výjimkou odpovědi b), tedy že autistické dítě vyhledává často společnost. Z tabulky 1 je patrné, že nejčastěji označenou odpovědí byla možnost, že autistické dítě nedokáže přiměřeně komunikovat, kdy tuto otázku označilo celkem 30 respondentek. Domnívám se, že tato nejčastější odpověď souvisí s obrázkem 4, který nám ukazuje, že většina respondentek se již s autistou setkala, tudíž mají nějaké zkušenosti s chováním těchto lidí a komunikací s nimi. Z výzkumu Schönbauerové (2012) též vychází, že největší problém u hospitalizovaného autisty je právě komunikace a to se zdravotnickým personálem a především se zdravotní sestrou. Potěšilo mě, že ani jedna z respondentek neoznačila špatnou možnost a to možnost b).

Dále mě zajímalo, co si myslí respondentky o přítomnosti psychologa nebo rodiče při komunikaci s autistickým dítětem, zda by přítomnost doporučily či nikoliv. Na obrázku 6 je zobrazený názor respondentek na tuto otázku. Většina respondentek 81 % (26) si myslí, že přítomnost psychologa nebo rodičů při komunikaci s autistou je nutná. Mohu se tedy pouze domnívat, že je to ze stejného důvodu jako ve výsledcích výzkumu Schönbauerové (2012). Schönbauerová (2012) ve svém výzkumu v diplomové práci při rozhovoru se zdravotními sestrami zjistila, že největší problém při styku s autistou je komunikace, některé sestry však nemají dostatek zkušeností nebo informací a nejsou tak schopné se s autistou domluvit, a proto vyžadují přítomnost rodičů. Proto si myslím, že v mém výzkumu 81 % respondentek

označilo odpověď ano právě z tohoto důvodu. Naopak některé sestry ve stejném výzkumu uvedly, že přítomnost plačtivé, rozrušené matky je pro komunikaci s autistou přítěží. V tomto případě si myslím, že takto odpovídaly zdravotní sestry, které již měly zkušenosti a vědí, jak se s autistou domluvit, tudíž nepotřebují přítomnost matky nebo psychologa. 19 % respondentek v mém výzkumu si také myslí, že přítomnost psychologa či rodiče není nutná. Můžu se tedy opět domnívat, že je to ze stejného důvodu jako uvádějí zdravotní sestry v práci Schönbauerové (2012). Groligová (2012) uvedla, že důležitým faktorem pro dobré naladění autistického dítěte je příjemné prostředí a přítomnost druhých lidí. Dítě se tak cítí v bezpečí a nemá důvod ke stresu. Říčan, Krejčíková a kol. (2006) uvádí ve své knize, že prostředí, ve kterém se dítě nachází, by mělo být dokonale strukturované, dítě se pak necítí být ve stresu a dokáže rozvíjet sociální interakci. Moje domněnka se dle článku Říčana a Krejčíkové potvrdila. Pokud pro dítě vytvoříme vhodné a příjemné prostředí, dítě se dokáže uvolnit, nezažívá stres a pak, dle mého názoru, není zapotřebí přítomnost rodiny či psychologa, protože dítě se bude cítit v bezpečí a otevře se sociální interakci. Pokud se dítě otevře sociální interakci a je schopno komunikovat, je důležité, aby NLZP dokázal umět komunikovat s autistou, pokud tomu tak není, je zapotřebí přítomnost rodičů či psychologa.

Piktogram je v České republice jeden z nejrozšířenějších neverbálních komunikačních systémů (Kubová, 1996). Zajímalo mě tedy, zda ho NLZP znají a vědí, k čemu se používá. Tato otázka byla položena volně a každá respondentka mohla otevřeně projevit svůj názor. K porovnání výsledků slouží tabulka 4, která znázorňuje odpovědi respondentek. Většina respondentek odpovídala stejně nebo podobně. Nejčastější odpověď byla, že piktogram slouží ke komunikaci. Tuto odpověď označilo celkem 56 % (18) respondentek. Pouze jedna respondentka neměla zdání, co to piktogram je. Tuto odpověď mohl ovlivnit věk respondentky, nesetkání se s autistou nebo nepřítomnost piktogramu na oddělení. Mé domněnky se potvrdilo dle dotazníku této respondentky, kde uvádí věk 25-35 let a také nepřítomnost piktogramu na oddělení, tyto faktory tedy mohou ovlivňovat neznalost piktogramu. Sodomková (2006) ve své diplomové práci chtěla pomocí výzkumu poukázat na to, jak díky strukturovanému učení pomocí piktogramů, fotografií a dalších lze dosáhnout velkých pokroků. Dle Sodomkové (2006) je dokázané, že využití piktogramů je velmi důležité a to jak při neverbální komunikaci, tak ve vzdělání, a to i v rámci nemocničního prostředí. Stejně tak jako piktogram je další, podstatně mladší způsob neverbální komunikace, systém VOKS. Z dat výzkumného šetření Markové (2011), která se svých respondentů ptala, kdo by měl nejvíce využívat metodu VOKS, uvedla 25 z celkového počtu 54 respondentů, že

metodu VOKS by měly využívat především řadové zdravotní sestry a 21 respondentů uvedlo sestry vrchní a staniční. Nejvíce však uváděli pedagogické pracovníky a to celkem 49 respondentů. Jelikož byl výzkum prováděn ve speciálních zařízeních, mohu se pouze domnívat, že pod pedagogické pracovníky byly zařazeny i nemocniční pedagogičtí pracovníci. Z práce Sodomkové (2006) a Markové (2011) vyplývá, jak je důležité užívání piktogramů. Pomocí piktogramů lze dosáhnout velkých pokroků a jejich využití v rámci nemocničního prostředí je značné. Proto si myslím, že piktogram by měly NLZP znát, umět s ním zacházet a měl by být součástí každého oddělení a to především oddělení dětského. Dle mého názoru je to významná a nezbytná pomůcka při hospitalizaci autisty.

Výzkum byl prováděn v jedné nejmenované nemocnici, a proto moje další otázka zněla: „Jak byste informovala autistické dítě, které má jít na výkon?“ Pro tuto otázku jsem stanovila čtyři možné odpovědi, které jsou uvedeny v tabulce 5. Dle mého názoru, záleží na daném oddělení, na jejich možnostech, vybavení a přístupu NLZP. Proto jsem porovnávala výzkumné šetření ze všech třech dětských oddělení. Informování o výkonu pomocí obrázků by nejvíce využilo standardní oddělení a to celkem 6 respondentek, informování o výkonu pomocí hračky by též nejvíce využilo standardní oddělení, celkem 5 respondentek. Domnívám se však, že tento výsledek může být zkreslený, jelikož nejvíce respondentek bylo právě ze standardních oddělení. Co je ovšem zvláštní, je fakt, že 66 % (21) respondentek označilo, že na výkon by autistu připravilo pomocí hračky či obrázků, ale pokud se podíváme na tabulku 2, vidíme, že 94 % respondentek uvedlo, že na oddělení nemají žádnou pomůcku ke komunikaci s autistou. Můžu se tak pouze domnívat, že NLZP vědí, jak správně připravit autistu na výkon, ale nemají možné prostředky k tomu, aby to vykonaly. To může mít velký dopad na to, že autista bude špatně a nedostatečně informovaný o výkonu, bude zmatený, bude se cítit ve stresu a můžou se u něho projevit záchvaty vzteku a nespolupráce.

V tabulce 6 je znázorněno, jak by se NLZP zachovaly při záchvatu vzteku u autistického dítěte. I když mají rodiče někdy pocit, že jejich autista musí být za záchvaty vzteku a agresivitu potrestán, nedoporučuje se to. Trest má svoje nevýhody a u autistického dítěte je zcela neúčinný, protože dítě někdy trestu ani nerozumí, uvedl Richman (2006). Zdravotní sestry v rozhovorech ve výzkumu Schönbauerová (2012) uvádějí, že se s agresivitou u autistů setkávají poměrně často. Agresivní chování však chápou jako obranou reakci na nesouhlas s činností, strach, úzkost či nejistotu. Jako pohotovou reakci na tuto situaci uvádějí zabezpečení okolí a vybavení oddělení, ale dokonce i zafixování dítěte. V mém průzkumném

šetření 69 % (22) respondentek označilo, že by dítě nechaly být. Zbylá část respondentek a to 31 % (10) by reagovalo tak, že by dítě uklidňovalo. Rozdílnost chování sester v této situaci mezi mým průzkumným šetřením a šetřením Schönbauerová (2012) může být v nedostatku informací, nedostatku zkušeností či špatnou připraveností a informovaností NLZP na tento druh nemoci. To se samozřejmě odráží v celkové ošetrovatelské péči o nemocného s poruchou PAS a má to tak dopad i na kvalitu poskytované péče. V neposlední řadě mě v rámci této výzkumné otázky zajímalo, zda mají respondentky možnost dalšího vzdělávání o autistech. Na obrázku 8 je znázorněno, že rozvíjet se dále ve vzdělání v problematice autismu může 69 % (22) respondentek. Bohužel však 31 % (10) respondentek nemá možnost se dále v této problematice vzdělávat. To nám potvrzuje značné nedostatky v této problematice, které mají dopad na kvalitu ošetrovatelské péče.

Výzkumná otázka č. 2: Kolik NLZP se setkalo při své práci s autistou?

Odpoověď na výzkumnou otázku vychází z dotazníkových otázek č. 4 a 10.

Je dokázáno, že neustále stoupá počet lidí s autismem. Touto otázkou č. 4 jsem si chtěla ověřit, zda to vnímají i NLZP v nemocničních zařízeních. Z obrázku 4 je patrné, že většina 94 % (30) respondentek se již při své práci setkala s autistickým člověkem. Pouze 6 % (2) respondentek se s autistou nikdy v životě ve své práci neseťkalo. Příčinou neseťkání se s autistou může být věk, a proto jsem porovnála tyto dvě respondentky a oběma je méně než 25 let. Podle toho se domnívám, že příčinou může být nízký věk a málo zkušeností z praxe.

S touto výzkumnou otázkou souvisí také otázka č. 10, ve které se ptám, zda se v dnešní době respondentky s autistou setkávají více než za posledních pět let. Jak je z obrázku 7 patrné 56 % (18) NLZP nezaznamenalo žádné zvýšení výskytu autistů, domnívám se tedy, že se setkávají s autisty stejně často nebo méně často. Menšina a to 44 % (14) však označila, že se s autisty setkávají více než za posledních pět let. Dle výzkumu, (Baio, 2014 in Hrdlička, Komárek, 2014) by však měl být výskyt značně vyšší než v minulých letech. Je tedy možné, že vyšší výskyt autismu závisí také na oblasti, kde je výzkum prováděn. Výskyt autismu nelze nijak ovlivnit, jelikož se nejedná o přenosné ale o vrozené onemocnění a je tak otázkou v jaké oblasti NLZP pracovaly a kde pracují nyní.

Výzkumná otázka č. 3: Mají na dětských odděleních dané nemocnice pomůcky ke komunikaci s dítětem/osobou s autismem?

V této otázce jsem chtěla zjistit, zda mají v dané nemocnici na dětských odděleních alespoň nějaké pomůcky ke komunikaci s autistou. V tabulce 2 můžeme spatřit téměř stejné odpovědi. Celkem 94 % (30) respondentek uvedlo, že na svém oddělení nemají žádnou pomůcku ke komunikaci s autistou. Pouze 6 % (2) respondentek uvedlo, že ano, a uvedlo, že jako pomůcky využívají hračku. Většina respondentek nemá na oddělení žádné pomůcky ke komunikaci s autistou, a proto nejsou schopny zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči u dětí s autismem. Jak už bylo zmíněno v diplomové práci Sodomkové, speciální pomůcky ke komunikaci a výuce k lidem s PAS, jsou potřebné a důležité (2006). Součástí hospitalizace je i vzdělávání školních dětí, pro které jsou pomůcky stejně důležité jako pro děti, které ještě do školy nechodí. Dle mého názoru jsou pomůcky ke komunikaci s autistou značně opomenuty z důvodu ne příliš časté hospitalizace autisty. To však může ovlivnit celkovou hospitalizaci autisty a jeho spolupráci. Zásadou pomůcek ke komunikaci s autistou a dostatečného vzdělání v oblasti této problematiky by byly NLZP lépe připraveny a měly dostatečné znalosti ke komunikaci s autistickým dítětem, byla by vyřešena situace v nepřítomnosti matky, dítě by bylo dostatečně informováno o zdravotních výkonech a cítilo by se tak v bezpečí.

8 ZÁVĚR

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma specifika v přístupu k osobám s autismem. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Stanovila jsem si cíle a výzkumné otázky, na jejichž základě byl vytvořen dotazník.

Při zpracování teoretické části bylo získáno mnoho informací o této neurovývojové poruše. Byla shrnuta historie autismu, epidemiologie a problematika počátku autismu. Dále byly nastíněny jednotlivé poruchy autistického spektra jako je atypický autismus, dětský autismus, Aspergerův syndrom nebo Rettův syndrom. V rámci diagnostiky byly popsány nezákladnější diagnostické nástroje a jejich využití. V oblasti léčby jsem se snažila upozornit na to, že léčba autismu není jednotná, jedná se o individuální přístup ke každému jedinci a že farmakologická léčba se využívá pouze v případě, pokud selže léčba behaviorální. V teoretické části dále uvádím zásady pro komunikaci, jak by měl zdravotník správně komunikovat s osobou s PAS nebo jaké metody lze využít i v rámci zdravotnického zařízení ke komunikaci s autistou.

Ke sběru informací k praktické části jsem vytvořila anonymní dotazník, který měl za cíl zjistit informovanost NLZP na dětských odděleních dané nemocnice o problematice autismu a specifického přístupu. Dotazník jsem rozdala na všech třech dětských oddělení v dané nemocnici. Záměrně jsem si vybrala dětské oddělení, protože si myslím, že častěji se s osobou s PAS setkáme na dětském oddělení než na oddělení pro dospělé. Také si myslím, že péče o malé dítě s autismem je náročnější než péče o dospělého člověka. Proto je důležité, aby zdravotníci a především NLZP, které o takového člověka pečují, znaly charakteristiku jednotlivých poruch v PAS a zároveň i specifika v přístupu k těmto osobám.

Z mého výzkumného šetření vyplývá spousta poznatků. Ačkoliv se téměř všechny, kromě dvou respondentek, již setkaly s autistou a měly tak praktické srovnání, našlo se mnoho nedostatků. Je možné se domnívat, že nedostatky jsou způsobené nemožností dalšího vzdělávání, či z nedostatku pomůcek ke komunikaci s autistou na oddělení. Potěšila mě informovanost respondentek o správné přípravě pacienta k výkonu, i když téměř žádná respondentka díky nedostatku pomůcek na oddělení takto připravovat pacienta nemůže, teoreticky by situaci zvládla. Výsledky otázky č. 7, kde mě zajímaly pomůcky ke komunikaci s autistou na daném oddělení, mě nepříjemně překvapily. Jak je viditelné z výzkumu, 94 %

(30) respondentek z celkového počtu 32 označilo, že na svém oddělení nemají žádnou pomůcku ke komunikaci s autistou. Myslím si, že tento problém značně komplikuje hospitalizaci autisty. Dle mého názoru, by na každém oddělení měli být připraveni na hospitalizaci autisty. Dále mě pak zarazilo to, že 31 % (10) respondentek označilo, že nemají možnost se dále vzdělávat v rámci časopisů, přednášek a jiného. Nemyslím si však, že toto je problém pouze ze strany nemocnice, nýbrž i ze strany NLZP, které nemají zájem se dále rozvíjet a vzdělávat se v této problematice. Bylo by vhodné v rámci pracoviště zajistit povinné přednášky či semináře na tuto problematiku.

Přesto musím hodnotit výsledky výzkumného šetření za překvapivé, informovanost NLZP jsou na dobré úrovni a příjemně mě překvapily, na druhé straně mě dle očekávání nepřekvapila vybavenost dané nemocnice.

Přínosem mé bakalářské práce je shrnutí poznatků o problematice a specifických přístupů v autismu jako celku. Přínosem také bylo samotné výzkumné šetření, díky kterému byla zhodnocena informovanost NLZP o problematice PAS a také vybavenost nemocnice pro komunikaci s pacienty s PAS.

9 ZDROJE

KNIHY:

- 1) BRAGDON, Allen D a David GAMON. *Když mozek pracuje jinak*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-066-6.
- 2) ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- 3) ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. *Metodika práce se žákem s poruchami autistického spektra*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3309-7.
- 4) HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK (eds.). *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., dopl. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0686-6.
- 5) ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.
- 6) JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Autismus I.: Problémy komunikace dětí s autismem*. 1. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 1999.
- 7) JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Autismus IV. Péče o dospělé klienty s autismem*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2000
- 8) KUBOVÁ, Libuše. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí: [metodická příručka pro učitele speciálních škol a vychovatele ústavů sociální péče pro mentálně postiženou mládež]*. Praha: Tech-market, 1996. ISBN 80-902134-1-3.
- 9) PÁTÁ, Perchta Kazi. *Mé dítě má autismus*. Praha: Grada, 2007. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2185-9.
- 10) RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-102-6.
- 11) SCHOPLER, Eric a Gary B. MESIBOV. *Autistické chování*. Praha: Portál, 1997. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-133-9.
- 12) SCHOPLER, Eric, Robert Jay REICHLER a Margaret LANSING. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami: příručka pro učitele i rodiče*. Praha: Portál, 1998. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-199-1.

- 13) SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.
- 14) THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.
- 15) VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Vybrané typy narušené komunikační schopnosti v interdisciplinárním přístupu: výsledky partikulárních výzkumných šetření*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3433-9.
- 16) VOCILKA, Miroslav. *Autismus a možnosti výchovné praxe*. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-58-2.

ČLÁNKY A ČASOPISY:

- 17) BERANOVÁ, Štěpánka a Michal HRDLIČKA. Časná diagnostika a screening dětského autismu. *Československá psychologie*. 2012, **56**(2), 167-177.
- 18) DUDOVÁ, Iva a Michal HRDLIČKA. Použití diagnostického interview ADI - R a observační metody ADOS v diagnostice autismu. *Československá psychologie*. 2013, **57**(5), 488-495.
- 19) GROLIGOVÁ, Lenka. Komunikace s handicapovanými dětmi v nemocniční péči. *Sestra*. 2012, **22**(7-8), 31-32.
- 20) HAVLOVICOVÁ, Markéta. Autismus- poruchy autistického spektra. *Postgraduální medicína*. 2014, **16**(1), 45-51.
- 21) HRDLIČKA, Michal a Iva DUDOVÁ. Pokroky ve farmakologii dětského autismu. *Postgraduální medicína*. 2012, **14**(1), 34-37.
- 22) ŘÍHOVÁ, Alena. Co by měl zdravotník vědět o PAS. *Sestra*. 2011, (4), 23-24.
- 23) THOROVÁ, Kateřina a Veronika ŠPORCLOVÁ. Poruchy autistického spektra v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*. 2012, **13**(3), 116-119.
- 24) TREFILOVÁ, Alexandra. Infantivní autismus. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. 2013, **23**(1), 38-47.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

- 25) DUDOVÁ, Iva, Štěpánka BERANOVÁ a Michal HRDLIČKA. Screening a diagnostika dětského autismu v raném dětství. *Pediatr.praxi* [online]. 2013, **14**(3), 153-156 [cit. 2016-06-22]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/02.pdf>
- 26) ŘÍHOVÁ, Alena. Komunikace zdravotníků s klientem s poruchou autistického spektra. *Sestra* [online]. 2010, (6) [cit. 2016-06-24]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-zdravotniku-s-klientem-s-poruchou-autistickeho-spektra-452654>
- 27) THOROVÁ, Kateřina. *Dětský autismus* [online]. 2007 [cit. 2016-06-23]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/popis-poruch-autistickeho-spektra/detsky-autismus.html>
- 28) THOROVÁ, Kateřina. *Aspergerův syndrom* [online]. 2007 [cit. 2016-06-23]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/popis-poruch-autistickeho-spektra/aspergeruv-syndrom.html>
- 29) THOROVÁ, Kateřina. *Atypický autismus* [online]. 2007 [cit. 2016-06-15]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/popis-poruch-autistickeho-spektra/atypicky-autismus.html>
- 30) THOROVÁ, Kateřina. *Rettův syndrom* [online]. 2007 [cit. 2016-06-23]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/popis-poruch-autistickeho-spektra/rettuv-syndrom.html>

CIZÍ ZDROJE:

- 1) BAIJO, Jon. Prevalence of autism spectrum disorders among children aged 8 years- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States 2010. *MMWR*. 2014, **63**(2), 1-21.
- 2) BAIRD, Gillian et al. A screening instrument for autism at 18 months of age: a six-year follow-up study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2000, **39**, 694-702
- 3) BERTRAND, Jacquelyn et al. Prevalence of autism in a United States population: The Brick Township, New Jersey, investigation. *Pediatrics*. 2001, **108**, 1155-1161.
- 4) COHEN, Baron et al. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *Br. J. Psychiatry*. 2009, **194**, 411-422.
- 5) COHEN, Donald Jay a Fred VOLKMAR. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. 2. New York: John Wiley and Sons, 1997.
- 6) HELLER, Teodor. Über Dementia Infantilis. *Z. Erforsch. Behandl. Jug. Schwachsinn.* 1908, (2), 141-165.

- 7) CHAKRABARTI, Suniti a Eric FOMBONNE. Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA*. 2001, **285**, 3039-3099.
- 8) LOVAAS, Ole Ivar. *The autistic Child, Language Development through Behavior Modification*. New York: Irrington, 1977.
- 9) NEWSON, Elizabeth. The education, treatment, and handling of autistic children. *Children and Society*. 1987, **1**, 34-50.
- 10) RAPIN, Isabelle. *Autism. N. Engl. J. Med.* 1997, **337**, 97-104.
- 11) SADOCK, Benjamin James a H.I. KAPLAN. *Synopsis of Psychiatry*. 8. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 1998.
- 12) TANGUAY, P.E. Pervasive developmental disorders: a 10-year review. *J.Am.Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2000, **39**, 1079-1109.

BAKALÁŘSKÉ A DIPLOMOVÉ PRÁCE:

- 1) MARKOVÁ, Kamila. *Autismus-Komunikační metody*. Pardubice, 2011. Dostupné také z: http://dspace.upce.cz/bitstream/handle/10195/38983/MarkovaK_AutismusMetody_MJ_2011.pdf?sequence=1. Univerzita Pardubice.
- 2) SCHÖNBAUEROVÁ, Bc. Andrea. *Specifika ošetrovatelské péče u dětí hospitalizovaných s autismem*. České Budějovice, 2012. Dostupné také z: http://theses.cz/id/phac1x/Diplomov_prce_Andrea_Schnbauerov.pdf. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích.
- 3) SODOMKOVÁ, Mgr. Renata. *Edukace žáků s poruchami autistického spektra*. Brno, 2006. Masarykova univerzita v Brně.

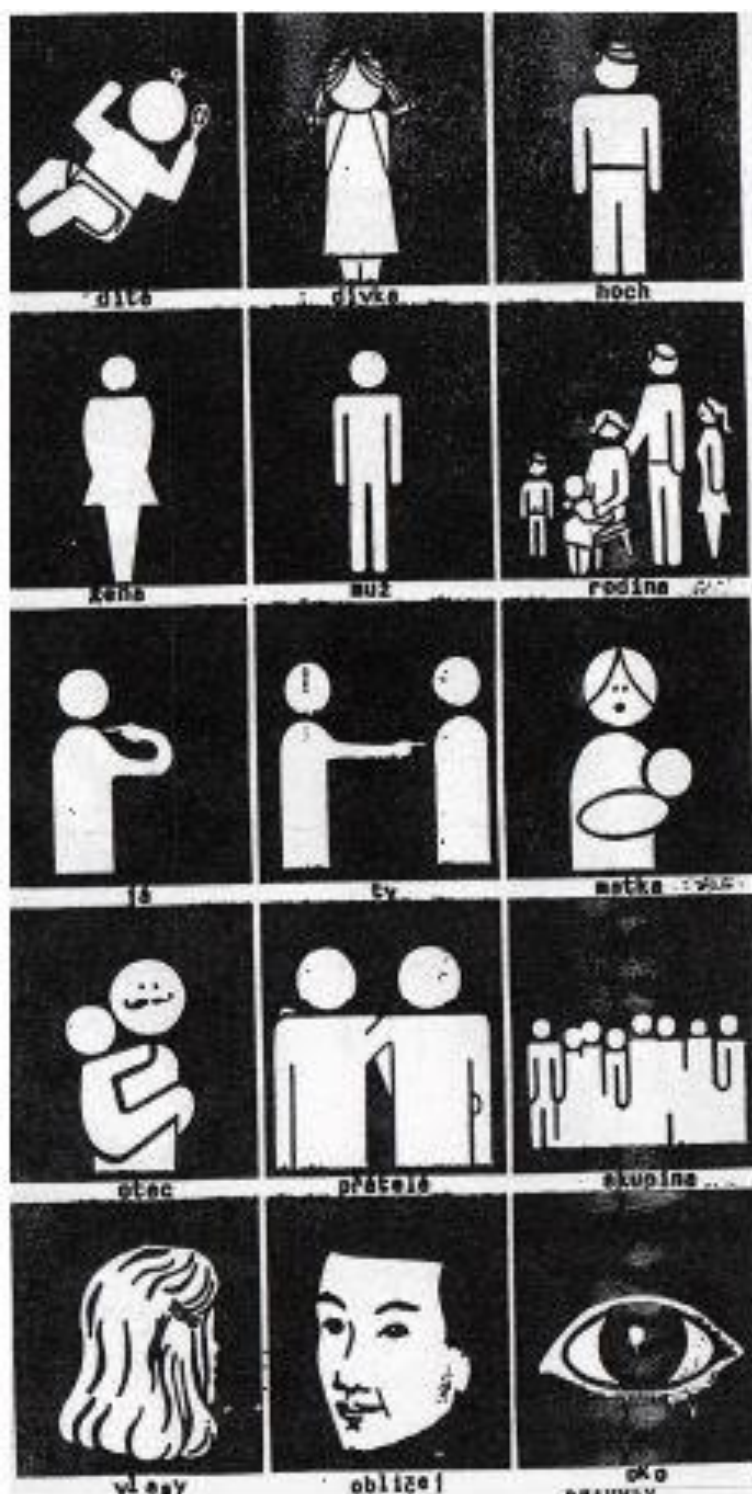
10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Komunikační systém s piktogramy

Příloha B - Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)

Příloha C – Dotazník

Příloha A - Komunikační systém s piktogramy

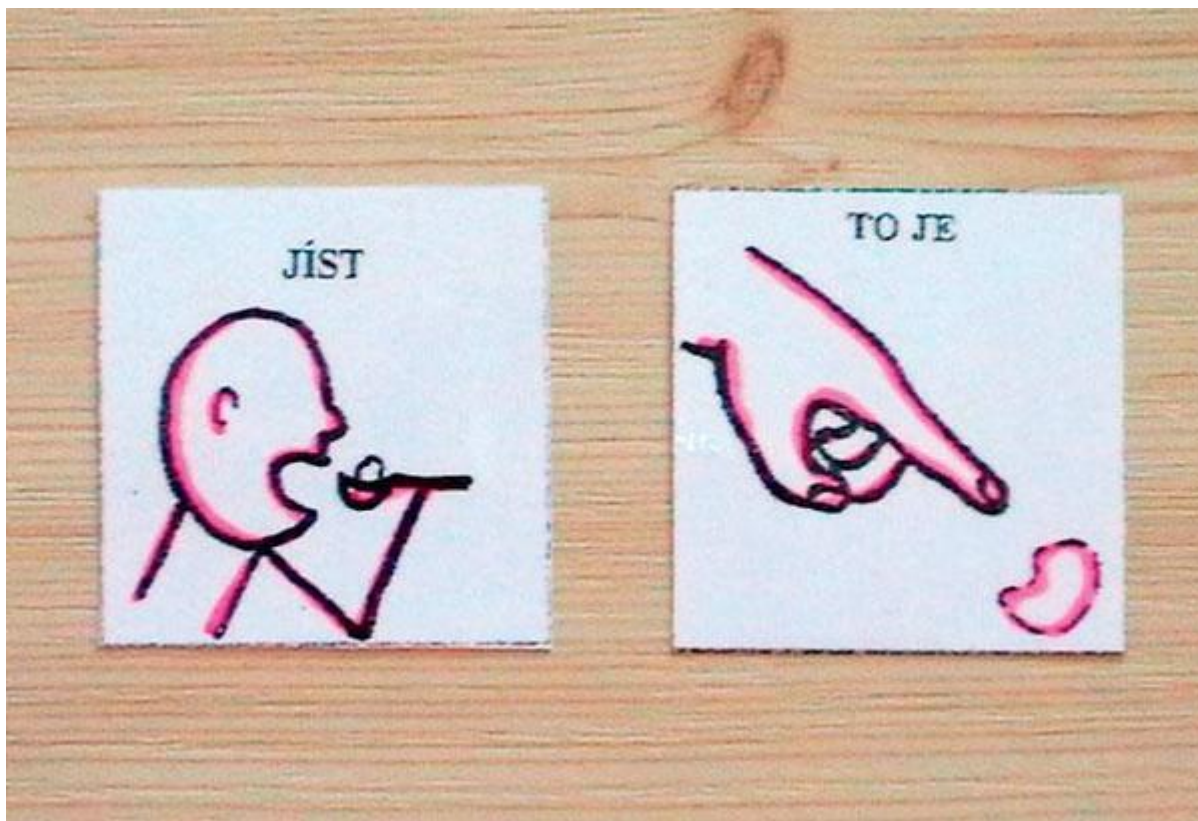


Obrázek 9 Komunikační systém- piktogram

(ZDROJ: KUBOVÁ, Libuše. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí: [metodická příručka pro učitele speciálních škol a vychovatele ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež]*. Praha: Tech-market, 1996. ISBN 80-902134-1-3.)

Příloha B

Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)



Obrázek 10 Výměnný obrázkový systém

(ZDROJ: ŘÍHOVÁ, Alena. Komunikace zdravotníků s klientem s poruchou autistického spektra. *Sestra* [online].2010,(6)[cit.2016-06-24]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-zdravotniku-s-klientem-s-poruchou-autistickeho-spektra-452654>)

Příloha C – Dotazník



Univerzita
Pardubice
Fakulta
zdravotnických studií

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Vašíčková a studuji na Univerzitě v Pardubicích - Fakultu zdravotnických studií. Právě jste obdržela do ruky dotazník, který slouží k vypracování mé bakalářské práce na téma: Specifika v přístupu k osobám s autismem. Cílem práce je zjistit znalost zdravotních sester o specifikách přístupu k autistickým dětem. Dotazník je naprosto anonymní. Tímto Vás prosím o pravdivé vyplnění. Předem moc děkuji.

Odpovědi prosím zakroužkujte, popřípadě vypište. U každé otázky je možná pouze jedna odpověď. U otázky číslo 6 je možno více odpovědí.

1) Kolik Vám je let?

- a) Méně než 25 let
- b) 25 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 let a více

2) Jaké je Vaše dosažené vzdělání ve zdravotnictví?

- e) Střední škola s maturitou
- f) Vyšší odborná škola
- g) Vysoká škola – ukončená Bc.
- h) Navazující magisterské studium

3) Na jakém oddělení pracujete?

- d) Dětská JIP
- e) Dětské standardní oddělení
- f) Dětská chirurgie

4) Setkala jste se někdy na svém pracovišti s autistickým dítětem?

- c) Ano
- d) Ne

5) Je autismus vrozený?

- d) Ano
- e) Ne
- f) Nevím

6) Vyberte správné tvrzení (je možné více odpovědí):

- e) Dítě nedokáže přiměřeně komunikovat
- f) Autistické dítě často vyhledává společnost
- g) Nedokáže rozvíjet fantazii a kreativitu
- h) Špatně vyhodnocuje informace, které k němu přicházejí

7) Máte nějaké pomůcky na oddělení ke komunikaci s autistickým dítětem?

- c) Ano
- d) Ne

Pokud jste odpověděli ano, vypište jaké.

.....
.....

8) Myslíte si, že je nutná při komunikaci s takovým dítětem přítomnost psychologa nebo rodičů?

- c) Ano
- d) Ne

9) K čemu slouží piktogram?

.....
.....

10) Setkáváte se v dnešní době s autisty více než za posledních 5 let?

- a) Ano
- b) Ne

11) Jak byste informovala autistické dítě, které má jít na výkon?

- e) Podala bych mu informace ústně
- f) Vysvětlila bych mu to pomocí obrázků
- g) Předvedla bych to na panence/hračce
- h) Požádala bych rodiče, aby to dítěti vysvětlili

12) Jak byste jednala při záchvatu vzteku u autisty?

- c) Nechala bych ho být
- d) Uklidňovala bych ho
- e) Okřikla bych ho
- f) Požádám o pomoc lékaře a víc se do toho nebudu zapojovat

13) Máte možnost dalšího vzdělávání se o autistech (odborné knihy, články, semináře aj.)?

- c) Ano
- d) Ne

V případě nějakých dotazů, mě prosím kontaktujte na email: Milachiii@seznam.cz

Děkuji za Váš čas a odpovědi.