

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Ucelená (re)habilitace u osob s autismem
Karolína Šilarová

Bakalářská práce
2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Karolína Šilarová**
Osobní číslo: **Z10229**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Ucelená rehabilitace u osob s autismem**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

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

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK. Dětský autismus: Přehled současných poznatků. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 206 s. ISBN 80-717-8813-9.
2. JESENSKÝ, Ján. Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995, 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
3. RICHMAN, Shira a Miroslava JELÍNKOVÁ. Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 127 s. ISBN 80-7367-102-6.
4. SCHOPLER, Eric, Miroslava JELÍNKOVÁ a Gary B. MESIBOV. Autistické chování. 1. vyd. Praha: Portál, 1997, 303 s. ISBN 80-7178-133-9.
5. THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 453 s. ISBN 80-7367-091-7.
6. VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. července 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 18. dubna 2013

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval/a samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena 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 15. 5. 2013

Karolína Šilarová

Poděkování:

Děkuji především PaedDr. Zdence Šándorové Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a připomínky, které mi poskytovala při jejím zpracování. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli ochotni vyplnit můj dotazník a tím dopomoci ke vzniku této bakalářské práce. Velké poděkování patří i mé rodině, která mi vytvářela vhodné podmínky a podporovala mne při psaní bakalářské práce. V neposlední řadě patří mé veliké poděkování kamarádce Bc. Anně Lierové, která mi pomohla s formálním zpracováním mé bakalářské práce.

ANOTACE

Tématem bakalářské práce je problematika ucelené (re)habilitace u osob s autismem předškolního a školního věku. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat názory rodičů na význam ucelené (re)habilitace u dítěte s poruchami autistického spektra (PAS) a odkrýt možné problémy a rezervy plynoucí ze vzájemné spolupráce rodiny a daného zařízení v kontextu ucelené (re)habilitace. Práce je teoreticko – výzkumná. Teoretická část se věnuje problematice ucelené (re)habilitace a přehledu o současném pojetí autismu. Dále zde shrnuji informace o klasifikaci, diagnostice a charakteristice poruch autistického spektra.

Ve výzkumné části jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření, které se uskutečnilo v devíti vybraných zařízeních.

KLÍČOVÁ SLOVA

ucelená (re)habilitace, poruchy autistického spektra (PAS), předškolní a školní věk

ANNOTATION

The topic of bachelor's thesis is issue comprehensive (re)habilitation of people with autism preschool and school age. The main aim of bachelor's thesis was to chart parents' views on the importance of comprehensive (re)habilitation of a child with autism spectrum disorders (ASD) and uncover potential problems and reserves resulting from the mutual cooperation between the family and the institution in the context of comprehensive (re)habilitation. The work is theoretical - research. The theoretical part deals with the issue of comprehensive (re)habilitation and an overview of current concepts of autism. Furthermore, there summarizes information on the classification, diagnosis and characteristics of autism spectrum disorders. The research section presents the results of the survey, which took place in nine selected facilities.

KEY WORDS

comprehensive (re)habilitation, autism spectrum disorders (ASD), preschool and school age

OBSAH

ÚVOD.....	9
CÍLE PRÁCE	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Ucelená (re)habilitace	11
1.1 Historický vývoj.....	11
1.2 Ucelená (re)habilitace ve strategických a mezinárodních dokumentech	12
1.2.1 Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014.....	12
1.2.2 Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením a o změně a doplnění některých dalších zákonů	13
1.3 Vymezení termínu ucelená (re)habilitace	15
1.4 Složky ucelené (re)habilitace	15
1.4.1 Léčebná rehabilitace.....	16
1.4.2 Sociální rehabilitace	16
1.4.3 Pracovní rehabilitace.....	17
1.4.4 Pedagogická rehabilitace.....	18
2 Poruchy autistického spektra (PAS).....	20
2.1 Historický vývoj.....	20
2.2 Pervazivní vývojová porucha	22
2.3 Uvedení do tří problémových oblastí u dětí s PAS	23
2.3.1 Sociální interakce	23
2.3.2 Komunikace	24
2.3.3 Představitivost	25
2.4 Komplexní diagnostika poruch autistického spektra	26
2.4.1 CARS - Škála dětského autistického chování	27
2.4.2 ADI – R.....	27
2.5 Nejčastější poruchy autistického spektra	28
2.5.1 Dětský autismus	28
2.5.2 Atypický autismus.....	29
2.5.3 Aspergerův syndrom	30
II VÝZKUMNÁ ČÁST	32
3 Výzkumné otázky	32
4 Metodika výzkumu.....	32
5 Prezentace výsledků.....	33
6 Diskuze	59
7 Závěr	66

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

„Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepřonikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emoci. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.“ Jim Sinclair

Od prvních momentů, kdy rodiče začnou pochybovat, zda je jejich dítě v pořádku, ještě netuší, jaký náročný koloběh jim začíná. Čeká je hodně překážek, ale i nadějí a úspěchů. Je zde mnoho faktorů, které souvisí s mírou informovanosti a profesní zdatnosti odborníků. Velkým faktorem je míra podpory celé rodiny a hlavně osobní zvládnutí situace rodiči. (Thorová, 2006, s. 16)

„Ucelená (nebo též komplexní) v současné době koordinovaná rehabilitace představuje vzájemně provázaný proces, jehož hlavním cílem je co nejvíce minimalizovat důsledky postižení jedince.“ (Bruthansová a Jeřábková, 2012, s. 17)

Je důležité v rámci ucelené rehabilitace, aby rodiče i odborníci měli veškeré informace týkající se problematiky autismu. Dítě s PAS může být chybně diagnostikováno, diagnostikováno příliš pozdě nebo není diagnostikováno vůbec. Poté vznikají problémy při zahájení léčebné, sociální, pedagogické a pracovní rehabilitace. V každém případě správné, pokud možno včasné, stanovení diagnózy přináší v mnoha případech úlevu rodičům, kteří trpí sociálním nezájmem svých dětí, protože je nechápou a nerozumí jim. Správná diagnostika přináší porozumění a možnost včasného zahájení ucelené (re)habilitace. (Thorová, 2006, s. 16)

Téma bakalářské práce jsem si zvolila pro to, abych se dozvěděla více o této diagnóze, se kterou jsem se setkala během školní praxe. Postupem času se rozšířila diagnostická kritéria a díky výzkumným závěrům se snižuje věk, kdy jsou děti diagnostikovány. Vzhledem ke skutečnosti, že v dnešní době existují různé diagnostické metody, přibývá dětí s diagnostikovanou poruchou autistického spektra. (Thorová, 2006, s. 421)

Práce se zaměřuje na význam ucelené (re)habilitace u dětí předškolního a školního věku s poruchami autistického spektra (PAS). Shrnuje informace o klasifikaci, diagnostice a charakteristice poruch autistického spektra.

CÍLE PRÁCE

HLAVNÍ CÍLE PRÁCE:

- 1) Zmapovat názory rodičů na význam ucelené (re)habilitace u dítěte s poruchami autistického spektra (PAS).
- 2) Odkrýt možné problémy a rezervy plynoucí ze vzájemné spolupráce rodiny a daného zařízení v kontextu ucelené (re)habilitace.

CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI:

- 1) Uvést do problematiky ucelené (re)habilitace.
- 2) Podat přehled o současném pojetí autismu.
- 3) Shrnout informace o klasifikaci, diagnostice a charakteristice poruch autistického spektra.
- 4) Uvést do problematiky cílové skupiny, tzn. děti předškolního a školního věku.

CÍLE VÝZKUMNÉ ČÁSTI:

- 1) Zjistit, jak jsou rodiče dětí s PAS spokojeni s ucelenou (re)habilitací dítěte v předškolním nebo školním zařízení z hlediska odborné péče a služeb.
- 2) Zjistit, zda funguje spolupráce mezi odbornými pracovníky daného zařízení v rámci léčebné (re)habilitace.
- 3) Zjistit, zda dané zařízení nabízí léčenou (re)habilitaci včetně léčebných terapií.
- 4) Zjistit, zda je v rámci daného zařízení nabízeno sociální poradenství a sociální podpora, pomoc.
- 5) Zjistit, do jaké míry jsou rodiče dětí s PAS spokojeni s průběhem vzdělávání a výchovy v daném zařízení v rámci pedagogické (re)habilitace.
- 6) Zjistit, zda je dětem s PAS umožněna předpracovní (re)habilitace v rámci ergoterapie v daném zařízení.
- 7) Zjistit, zda je spolupráce odborných pracovníků v daném zařízení efektivní a vzájemná.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Ucelená (re)habilitace

1.1 Historický vývoj

V 19. století vznikl pojem „rehabilitace“ (lat. *habilis* = *schopný*, *re* = *znovuopakování*). Tento pojem vystihoval léčebné postupy, které vedly k návratu do stavu funkční schopnosti. Je důležité odstranit následky nemoci nebo úrazu, které se mohou projevit ve všech oblastech člověka. Podle Lesného (1962) poprvé použil termín rehabilitace Buquem y Torro v polovině minulého století. Rehabilitace se ale vžila až ve třicátých letech našeho století a nejvíce se dostala do podvědomí po druhé světové válce. Rehabilitace vstoupila do společnosti a stala se nejvýznamnějším prostředkem integrace člověka s postižením. (Jesenský, 1995, s. 24)

U dětí bylo navrženo používat termín „*habilitace*“ z toho důvodu, že cílem je podporovat přirozený vývoj jak u zdravých, tak i postižených dětí. Největší snahou je dosáhnout vývoje fyziologického. Naopak termín „*rehabilitace*“ se používá u starých lidí, kteří ztrácí funkční zdatnost a rehabilitace by jim měla pomoci tento vývoj zpomalovat. (Votava, 2003, s. 10)

Porušená rovnováha lze obnovit léčením a rehabilitací člověka s porušenou funkcí. Je možná také podpora z vnějšku pomocí protetických, kompenzačních a rehabilitačních pomůcek. V mnoha případech vznikají problémy při vstupech do budov a různých staveb v důsledku architektonických bariér. (Jesenský, 1995, s. 11)

V roce 1951 ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZD) přejmenovalo fyziatrická oddělení na oddělení rehabilitační, což vyvolalo dojem, že je rehabilitace u nás dostatečně zajištěna. Dříve byla rehabilitace považována za lékařský obor. V roce 1991 vznikl Metodický návod k provádění léčebné rehabilitace a zajištění její návaznosti na pedagogickou, sociální a pracovní rehabilitaci. Od té doby vznikají rehabilitační centra. (Čevela a Čeledová, 2011, MPSV; Votava, 2003, s. 10)

„V roce 1997 vydalo MZD příručku Činnost center rehabilitace, která shrnula odborné názory na rehabilitaci, provoz, materiálně technické a personální vybavení rehabilitačních center. V roce 1999 byla založena Sekce pro rozvoj ucelené rehabilitace Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně, jejímž cílem bylo prosazování myšlenky moderního pojetí ucelené rehabilitace do širokého povědomí odborné i laické veřejnosti. V roce 2001 MZD schválilo koncepci oboru rehabilitační a fyzikální lékařství. Požadovaného cíle zavedení moderního pojetí rehabilitace však nebylo dosaženo ani po 12 letech.“ (Čevela a Čeledová, 2011, MPSV) (viz elektronické zdroje)

Dne 4. června 2003 byl usnesením vlády ČR č. 547 rozpracován tzv. „*Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením*“. Návrh věcného záměru zákona byl sice vládě předložen k projednání, ale pro jeho nedostatky byl z jednání vlády 13. října 2004 stažen k celkovému přepracování. (Čevela a Čeledová, 2011, MPSV)

V roce 1999 založil tehdejší ministr práce a sociálních věcí Dr. Vladimír Špidla resortní skupinu pro přípravu zákona o ucelené rehabilitaci (poslední její zasedání bylo v roce 2007), k přijetí tohoto zákona však v České republice dosud nedošlo. Evropská unie vyzvala své členské země, aby se ucelená (koordinovaná) rehabilitace stala součástí politiky státu. Česká republika se stále řadí mezi země, kde je ze složek ucelené rehabilitace právně upravena pouze pracovní rehabilitace, a to v zákoně o zaměstnanosti. U ostatních typů rehabilitace však komplexní právní úprava chybí. (Bruthansová a Jeřábková, 2012, s. 7)

1.2 Ucelená (re)habilitace ve strategických a mezinárodních dokumentech

1.2.1 Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014

Dne 29. března 2010 č. 253 byl vládou České republiky schválen „*Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014*“. (Kašíková, 2010, s. 1)

Tento plán obsahuje vhodná opatření, která umožňují osobám se zdravotním postižením zapojení do systému ucelené rehabilitace. Národní plán obsahuje úmluvy týkající se zajištění a rozšíření komplexních habilitačních a rehabilitačních služeb a programů. Tyto programy zahrnují: multidisciplinární posouzení individuálních potřeb, začlenění (integraci) do společnosti, rozvoj vstupního a soustavného vzdělávání odborníků a pracovníků habilitačních a rehabilitačních služeb, podporu dostupnosti a využívání kompenzačních pomůcek určených pro osoby se zdravotním postižením, které usnadňují habilitaci a rehabilitaci. (Kašíková, 2010, s. 5 – 38)

Průběžná opatření v rámci Národního plánu mají na starosti MZD, MŠMT, MPSV. Ministerstvo zdravotnictví (MZD) má za úkol rozvíjet oblast léčebné rehabilitace u osob se zdravotním postižením a vytvářet legislativní podmínky pro její lepší koordinaci s ostatními oblastmi komplexní rehabilitace. Ministerstvo školství (MŠMT) dle školského zákona číslo 561/2004 Sb., v platném znění, má v rámci opatření rozvíjet oblast vzdělávání žáků a studentů

se zdravotním postižením v kontextu podmínek komplexní rehabilitace. MŠMT také uvádí důležitou vyhlášku 147/2011 Sb., v platném znění, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) má rozvíjet oblast sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením a vytvářet legislativní podmínky pro její lepší koordinaci s ostatními oblastmi komplexní rehabilitace. Díky tomuto dokumentu proběhly významné pozitivní změny. Byl přijat zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., vyhláška 505/2006 Sb. a díky tomu byla zahájena reforma sociálních služeb. Vznikla nová sociální dávka, tzn. příspěvek na péči. Kladení rovného přístupu a nediskriminaci v oblasti vzdělávání dětí a vznik speciálního vzdělávání osob se zdravotním postižením (dále jen OZP). Postupná bezbariérovost v oblasti veřejné dopravy. Zlepšení přístupu k informačním systémům pro OZP. Stále ale přetrvávají témata, která je potřeba vyřešit. Mezi tato témata patří oblast zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Ke konci roku 2009 bylo na úřadech práce registrováno okolo 68 000 uchazečů se zdravotním postižením. Pokračovat v odstraňování bariér u veřejných budov a dopravních staveb. Dořešit podmínky vzdělávání studentů se zdravotním postižením v rámci terciárního stupně vzdělávání. (Kašíková, 2010, s. 39 – 44)

1.2.2 Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením a o změně a doplnění některých dalších zákonů

Dne 4. června 2003 vláda ČR projednala a schválila materiál „*Teze ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením*“. Teze se týkaly současného stavu poskytování jednotlivých složek ucelené rehabilitace a jejich financování. Dále popisovaly rozbor základních mezinárodních dokumentů, východiska pro vymezení obsahu rehabilitace, základní pojmy, cílové skupiny oprávněných osob a struktury orgánů poskytující ucelenou rehabilitaci.

Do 30. června 2004 měli ministři příslušných resortů předložit Vládě ČR návrh věcného záměru zákona o ucelené rehabilitaci osob se zdravotním postižením a do 31. prosince 2004 předložit Vládě ČR návrh zákona o ucelené rehabilitaci osob se zdravotním postižením, přičemž předpokládaná doba účinnosti tohoto zákona je 1. leden 2006.

(Čevela a Čeledová, 2011, MPSV) (viz elektronické zdroje)

MPSV v roce 2004 připravilo návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením, kde je vymezena rehabilitace OZP a jejich práv. Hlavním účelem

zavedení systému ucelené rehabilitace je poskytnout rehabilitační péči osobám s nepříznivým zdravotním stavem a působit na jejich adaptaci do sociálního prostředí. Zvolené rehabilitační orgány by měly za úkol kontrolovat dodržování základních zásad, sledovat návaznost rehabilitačních opatření a novelizaci právních předpisů, přijímat stížnosti ze strany OZP, poskytovat veškeré poradenství týkající se rehabilitace. (Čevela a Čeledová, 2001, MPSV)

V České republice neexistuje jednotný systém poskytování ucelené (komplexní) rehabilitace, ale u jednotlivých oblastí existují právní úpravy. V současné době je nevyhovující právní úprava některých složek rehabilitace. Proto není zajištěna dostatečná koordinace, provázanost a efektivní postupy.

Ve všech složkách, tzn. léčebné, pracovní, pedagogické a sociální, je potřeba včasné zahájení ucelené rehabilitace. Správné fungování ucelené rehabilitace je postaveno na koordinovanosti, komplexnosti a návaznosti. Při nefunkčnosti těchto základních rysů, může docházet k zbytečnému vynakládání financí. Systém ucelené rehabilitace by měl být dostupný a měl by být poskytován potřebným osobám. Poskytování ucelené rehabilitace osobám se zdravotním postižením by mělo být individuální. (NRZP, 2007, s. 11 – 12) (viz zdroje)

Je důležité vycházet z výsledků multidisciplinárního posouzení, které stanovuje vhodné a odpovídající rehabilitační opatření. Nutností je také spolupráce mezi OZP, příslušným orgánem a poskytovateli. Systém ucelené (koordinované, komplexní) rehabilitace by fungoval účelně, pokud by byly vymezeny právní úpravy pro OZP. V rámci systému by byly vyjmenovány základní pojmy, jednotlivé složky ucelené rehabilitace, instituce zajišťující koordinaci a působnost. Je třeba vytvořit podmínky pro poskytovatele rehabilitace, podpořit jejich dostupnost a provázanost.

Návrh věcného řešení se týká několika problémových okruhů. Prvním okruhem je zakotvení právního rámce rehabilitace, který bude vymezovat práva osob se zdravotním postižením. Druhým okruhem je institucionální zajištění rehabilitace, kde jde o stanovení instituce poskytující specializované poradenství a informace o možnostech rehabilitace osobám se zdravotním postižením. Posledním okruhem je rozvoj jednotlivých složek rehabilitace, který se opět týká právní úpravy, která není aktuální a ani vyhovující. Zvýšit kvalitu života osob se zdravotním postižením a jejich sociální začlenění bude možné tehdy, když bude systém rehabilitace vzájemně účinný a dostupný. (NRZP, 2007, s. 12 – 14)

Do budoucna lze uvažovat o principu přednosti rehabilitace před dávkou, tzn. že by byla povinná účast na rehabilitaci pro určitý druh klientů. Žadatelé ekonomicky aktivní by si zachovali i přes zdravotní postižení svoji samostatnost a finanční nezávislost. Vyhodnocení

výsledků rehabilitace by pomohlo v rozhodování při přiznání částečného či plného invalidního důchodu. V závěru by tedy správné fungování ucelené rehabilitace znamenalo snížení finančních výdajů různých pojistných plnění v rámci odškodňování při poškození zdraví. (NRZP, 2007, s. 14)

1.3 Vymezení termínu ucelená (re)habilitace

V současném pojetí je rehabilitace chápána jako interdisciplinární obor, který zahrnuje prostředky léčebné, sociální, pedagogické, pracovní. (Jankovský, 2001, s. 16)

J. Jesenský (1995, s. 26) použil pro ucelenou (re)habilitaci převzatý termín komprehensivní rehabilitace (z anglického *comprehensive rehabilitation*) a rozčlenil ji na čtyři složky – léčebnou, pracovní, sociální, pedagogickou. Cílem komprehensivní, též ucelené, (re)habilitace je snaha o co nejúplnější integraci osob se zdravotním postižením do společenského života.

Termín rehabilitace se týká zdravých jedinců, kteří v důsledku nemoci či úrazu byli vyřazeni z aktivního a společenského života. Termín habilitace se ale týká jedinců, kteří se s postižením narodili nebo s ním žijí od raného věku (lat. „*habilitas*“ = *schopnost*). (Jankovský, 2001, s. 16)

Rehabilitace je rozdělena do krátkodobých a dlouhodobých programů, jedná o proces, který probíhá v čase. Předpokládá se aktivní zapojení rehabilitované osoby a vychází se z pozitivních možností postiženého a ne z negativních stránek. (Jesenský, 1995, s. 26)

Dle definice WHO (1969) je rehabilitace: „*včasně, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků.*“

U každého jedince je individuální, zda se z izolovaného prostředí začlení zpět do společnosti a zda opět dosáhne optimální kvality života. Odborníci by měli v rámci ucelené (re)habilitace spolupracovat tak, aby se jednotlivé složky vzájemně propojovaly. Za každou složku ucelené (re)habilitace by měl být někdo zodpovědný a měl by být schopný poradit svým pacientům nebo klientům. (Votava a kol., 2003, s. 14)

1.4 Složky ucelené (re)habilitace

Jesenský (1995, s. 26) dělí rehabilitaci na krátkodobou (přechodnou) a dlouhodobou (permanentní). Krátkodobá rehabilitace je tzv. následná péče a poskytuje se na úrovni léčebné

rehabilitace ve zdravotnických či lázeňských zařízeních. Slouží k upevnění obnoveného zdraví. Zatímco rehabilitace dlouhodobá se týká osob s dlouhodobým či trvalým postižením. U této rehabilitace dochází k propojení všech složek ucelené (re)habilitace.

Ucelená (re)habilitace se rozděluje na čtyři hlavní složky, které mají být vzájemně propojeny. Jedná se o rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou. (Jesenský, 1995, s. 26; Votava a kol., 2003, s. 15 – 17)

1.4.1 Léčebná rehabilitace

Zabývá se obnovením původního stavu organismu, odstraňuje defekty a poruchy organismu. Využívá se především ve zdravotnických zařízeních a péče, která je poskytována pacientovi, je buď ústavní anebo ambulantní. (Bruthansová a Jeřábková, 2012, s. 18; Jesenský, 1995, s. 28)

Tým odborníků (lékař, zdravotní sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický psycholog, sociální pracovníce, logoped, speciální pedagog) se snaží odstranit či zmírnit následky nemoci či úrazu. Postupem času vznikly Kliniky rehabilitačního lékařství, které se věnují především pacientům s tělesným postižením a s nemocemi pohybového ústrojí.

(Votava a kol., 2003, s. 24)

Léčebné terapie a metody se nejčastěji aplikují u dětí s dětskou mozkovou obrnou (DMO) a jiným tělesným postižením. Existují různé postupy, mezi které můžeme zařadit např. ergoterapii, fyzikální terapii (masáže, elektroléčba, vodoléčba aj.), léčebnou tělesnou výchovu (Vojtova metoda, Bobathova metoda), animoterapii (hipoterapie, canisterapie), specifické terapie (arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie). Další možností v rámci léčebné rehabilitace je farmakoterapie, kam lze zařadit různá léčiva podle diagnózy pacienta, například se jedná o antiepileptika, sedativa. (Jankovský, 2001, s. 17)

1.4.2 Sociální rehabilitace

Dle Jesenského (1995, s. 28) tato rehabilitace usiluje o rozvoj osobnosti, prevenci vzniku nebo odstranění handicapů. Sociální rehabilitace podporuje integraci (začlenění), nezávislost a pracovní uplatnění postiženého.

Tento typ rehabilitace se aplikuje dle zákona č. 100/1988 Sb., v platném znění, v zařízeních sociálního zabezpečení, v občanských sdruženích, v neziskových organizacích,

ve zdravotnických zařízeních, ve speciálních školách. Soustředí se na rozvoj poškozené funkce. (Bruthansová a Jeřábková, 2012, s. 18; Jesenský, 1995, s. 28)

Cílem sociální rehabilitace je podporovat postiženého jedince a jeho rodinu. Osoba se zdravotním postižením (dále OZP) má právo rozhodovat o svém životě a má právo na poradenství, které je součástí této rehabilitace. Služba osobní asistence je poskytována osobám s těžkým postižením. V rámci Usnesení o vyrovnávání příležitostí OZP schválené valným shromážděním OSN z r. 1993 má člověk s handicapem zvýhodnění v mnoha oblastech života. Týká se to invalidních důchodů, různých příspěvků, vzdělávání, cestování veřejnými prostředky, kulturních akcí a rekreačních pobytů. (Votava a kol., 2003, s. 70)

Mezi hlavní cíle sociální rehabilitace zahrnujeme finanční zajištění OZP, předpoklad pro samostatné bydlení, rozvoj zájmové činnosti, možnost získávat informace a předpoklad pro rozvoj osobnosti z hlediska vzdělávání. K těmto cílům dopomáhají odborníci, tzn. sociální pracovníci a posudkový lékař. (Votava a kol., 2003, s. 74)

Sociální rehabilitace uplatňuje metodu reedukace (úprava narušených schopností), kompenzace (náhrada postižené funkce), akceptace (přijetí postižení). (Jankovský, 2001, s. 23)

1.4.3 Pracovní rehabilitace

Uplatňuje se především u postižených osob v produktivním věku. Díky této rehabilitaci dochází k rozvoji různých dovedností a schopností, které OZP potřebuje ve zvolené profesi. Provádí se v chráněných dílnách, v podporovaném zaměstnávání, v občanských sdruženích, ve školských zařízeních. (Jesenský, 1995, s. 28)

„Jejím cílem je obnovit pracovní potenciál člověka, ať již pro jeho původní zaměstnání nebo prostřednictvím rekvalifikace nalézt jiné vhodné uplatnění na trhu práce.“ (Bruthansová a Jeřábková, 2012, s. 18)

Pracovní rehabilitaci upravuje zákon č. 1/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterým se mění zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, kde se popisuje zaměstnávání občanů se změněnou pracovní schopností. Podle § 21 je občanem se změněnou pracovní schopností ten, kdo pobírá důchod (částečný či plný), který je podmíněný dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Podle předpisů o zaměstnanosti se neuvádí pojem „osoba se zdravotním postižením“, ale uvádí se pojmy „občan se změněnou pracovní schopností“ (ZPS) a také

„občan se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením“ (ZPS s TZP). (Votava a kol., 2003, s. 106)

Pro OZP existuje možnost přechodného zaměstnání, tedy na přechodnou dobu. Také je zde možnost podporovaného zaměstnávání, kdy pracovníci úřadu práce vyhledají konkrétní pracovní místo pro konkrétního člověka. Jedná se o místo na otevřeném trhu práce. Je zde možnost kvalifikace (týkající se možnosti co nejvyššího vzdělání) a rekvalifikace (pro osoby mající vlastní kvalifikaci), kdy si cenu kurzů hradí sám účastník. Úřad práce občanovi tyto kurzy hradí jen v případě, že má předem zajištěné pracovní místo.

(Votava a kol., 2003, s. 109)

Předpracovní hodnocení zahrnuje ergodiagnostiku, která se snaží vytvořit předpoklady pro pracovní uplatnění OZP. Na tomto hodnocení se podílí tým odborníků. Důležitá je také předpracovní rehabilitace, kterou mají na starosti ergoterapeutové. Pomocí ergoterapeutů se mohou naučit už děti v raném věku denní činnosti, s kterými se budou setkávat v dospělosti. Ergoterapie probíhá skoro ve všech zařízeních pro děti s tělesným nebo mentálním postižením. (Votava a kol., 2003, s. 114)

Dle Jesenského (1995, s. 117) pracovní rehabilitace představuje především proces obnovy pracovního potenciálu a proces přípravy na produktivní práci. Hlavním cílem pracovní rehabilitace je návrat OZP do pracovního procesu, motivace OZP a jeho sociálně právní integrace.

1.4.4 Pedagogická rehabilitace

Výchova a vzdělávání je celoživotní proces, proto je důležité včasné zahájení této rehabilitace u osob s postižením. Stejně jako ostatní rehabilitace má i tato velký vliv na integraci postiženého člověka do společnosti. (Bruthansová a Jeřábková, 2012, s. 18)

Cílem pedagogické rehabilitace je obnovení původního stavu (redukace), jedná se tedy o návratný proces. Je zde snaha o socializaci, enkulturaci a také o pracovní zařazení OZP. Nejčastěji v této oblasti působí speciální pedagogové, kteří se snaží obnovit kontinuitu relativně normálního vývoje člověka s postižením. Tito odborníci využívají pedagogických, psychologických, enkulturačních, ergonomických, technických, léčebně rehabilitačních prostředků a hlavně speciálně pedagogických prostředků. (Jesenský, 1995, s. 112)

Pedagogická rehabilitace má největší význam během dětství a dospívání. Jinak dochází ke vzdělávání u osob se získaným postižením, kde je úsilí zaměřeno na obnovu normálního

vývoje osobnosti. A jiná situace je u člověka, který se se zdravotním postižením narodil. V obou případech je nutná speciální výchova a vzdělávání.

(Jankovský, 2001, s. 25; Jesenský, 1995, s. 112)

Speciální pedagogika se podle druhu postižení dělí na somatopedii (zaměření na tělesné postižení), psychopedii (zabývající se edukací mentálně či jinak duševně postižených jedinců), etopedii (týkající se sociálně narušených jedinců), tyflopédie či oftalmopedii (týkající se zrakového postižení), surdopedii (týkající se osob s postižením sluchu) a logopedii (nauka o nápravě poruch a vad řeči či výslovnosti). Důležitou součástí je raná péče, školní edukace a profesní příprava na budoucí zaměstnání. Proto je tedy hlavním cílem pedagogické rehabilitace dosažení co nejvyššího stupně vzdělání. (Jankovský, 2001, s. 25)

Existují různé formy vzdělávání OZP. Pedagogická rehabilitace je realizována v rámci speciálních škol, v rámci specializované třídy při běžných školách nebo při školách speciálních, v rámci individuálního vzdělávacího programu (individuální integrace). V systému výchovy a vzdělávání zaujímá hlavní roli speciální pedagog, který působí v mateřských školách, základních školách, ve školských zařízeních, v pedagogicko-psychologických poradnách, ve speciálně pedagogických centrech a střediscích výchovné péče. Důležitou úlohu mají i vychovatelé se speciálně pedagogickým vzděláním, pedagogičtí asistenti, osobní asistenti a nezastupitelnými zprostředkovateli pedagogické rehabilitace jsou rodiče. (Votava a kol., 2003, s. 129)

2 Poruchy autistického spektra (PAS)

2.1 Historický vývoj

Americký dětský psychiatr Leo Kanner, jako první člověk, popsal zvláštní projevy ve skupině dětí a poté sledované symptomy nazval časný dětský autismus. Tento pojem autismus (z řec. *autos* – sám, *ismus* – orientace) poprvé použil švýcarský psychiatr Eugen Bleuler a to v roce 1911, když popisoval symptomy u schizofrenních pacientů. (Thorová, 2006, s. 34)

V roce 1908 byl popsán termín tzv. Hellerův syndrom či infantilní demence, který nazval vídeňský pedagog Theodor Heller u dětí s poruchami v oblasti intelektu, řeči, chování. V současnosti se tato porucha nazývá poruchou dezintegrační.

(Hrdlička a Komárek, 2004, s. 11)

Gessel v roce 1941 považoval poruchu za specifický druh mentální retardace. V roce 1943 vyšel článek psychiatra Leo Kanner *„Autistic Disturbances of Affective Contact“* („Autistické poruchy afektivního kontaktu“), kde uveřejnil výsledky svého pětiletého pozorování u 11 dětí, které vykazovaly společné znaky, ale nezapadaly do žádné známé kategorie psychických onemocnění. (Thorová, 2006, s. 35)

V roce 1944 se vídeňský pediater Hans Asperger věnoval studiu čtyř chlapců, jejichž chování popsal v článku *„Autistische Psychopathen im Kindersalter“* („Autistická psychopatologie v dětství“). Dle Aspergera nebyla skupina pacientů schopna navazovat sociální vztahy a chyběla jim empatie. Jeho pacienti byli nemotorní, upřednostňovali monolog a lpěli na stereotypních zájmech. Myslel si, že by tito pacienti měli svých zvláštních zájmů využít v dospělosti. (Patrick, 2011, s. 14)

Zatímco Hans Asperger se zabýval dětmi s mírnějšími formami poruchy, tak Kanner popisoval děti s těžší formou autismu. Po smrti Hanse Aspergera se začal používat termín Aspergerův syndrom, který v roce 1981 poprvé použila britská lékařka Lorna Wingová. Kvůli narození její autistické dcery, ale i díky profesionálnímu zájmu o autismus se Wingová zasloužila o rozšíření poznatků v oblasti poruch autistického spektra. (Thorová, 2006, s. 37)

Kanner nejprve popisoval autismus jako geneticky podmíněnou poruchu, ale vlivem psychoanalytického hnutí obrátil a zaměřil se na zkoumání charakteristik rodičů. S novými informacemi také vznikaly nové názory. V roce 1952 Margaret Mahlerová zařadila autismus mezi vývojové poruchy a její teorie patřila ke skupině názorů, že za stav dítěte může matka.

Také podle dětského psychiatra Bruna Bettelheima způsobují autismus faktory, za které jsou viněni rodiče. Proto chtěl rodičům dítě odebrat a vychovávat v terapeutickém zařízení.

Podle Bettelheima si všichni rodiče autistických dětí přejí neexistenci svého dítěte. Jeho kniha byla velmi kritizována, ale bohužel ovlivnila myšlení širokého spektra lidí. V sedmdesátých letech se ještě objevovaly chybné názory o vině rodičů, ale již byly akceptovány i vědecky podložené teorie o organickém poškození mozku. Do této doby se řadí i Frances Tustinová, která došla k závěru, že autismus je porucha vrozená. (Thorová, 2006, s. 38)

Vědecky podložené výsledky dokázaly, že na vznik autismu mají vliv genetické dispozice, rizikové faktory během těhotenství a porodu, vlivy prostředí a různé genetické mutace. Autismus se projevuje bez ohledu na rasu, etnikum, zeměpisnou polohu a tedy po celém světě. (Richman, 2006, s. 11)

V sedmdesátých letech vznikl multidisciplinární program při univerzitě v Severní Karolíně, tzv. TEACCH program, který umožňuje získat komplexní služby v problematice autismu. V roce 1983 vznikla mezinárodní nezisková organizace IAAE („*International Association Autism Europe*“) se sídlem v Bruselu a má za úkol sdružovat národní a regionální sdružení zabývající se péčí o osoby s autismem v Evropě. (Thorová, 2006, s. 45)

V osmdesátých a devadesátých letech se prohloubily znalosti o neurochemických procesech v mozku díky laboratorním výzkumům. Na přelomu století vzniká tzv. vývojový neurobiologický model příčiny vzniku autismu. (Thorová, 2006, s. 47)

Po roce 2000 vznikla APLA („*Asociace pomáhající lidem s autismem*“), kterou založili Kateřina Thorová, Zuzana Žampachová a Martin Polenský. Organizace vznikla v důsledku zvýšení počtu dětí, kterým byl diagnostikován autismus. V rámci této organizace se vzdělávají odborníci a rodiče. V současné době má APLA šest poboček v různých regionech. (Čadilová a Žampachová, 2008, s. 23 – 24) (viz příloha A)

Dnešní koncept pervazivní vývojové poruchy se dostal do Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) v roce 1993. Termín „porucha autistického spektra“ se používá od roku 1988. (Hrdlička a Komárek, 2004, s. 13)

V roce 2002 proběhlo shromáždění WAO („*Světová autistická organizace*“), která se snaží lidem přiblížit problematiku autismu. Mimo jiné pořádá mezinárodní kongresy pro organizace z celého světa. Světový den autismu byl schválen Valnou hromadou OSN a to na 2. dubna. (Čadilová a Žampachová, 2008, s. 19 – 20) (viz příloha B)

Ze současných vědeckých studií vyplývá, že autismu vzniká jako důsledek geneticky podmíněných změn v mozkovém vývoji, tudíž je to porucha vrozená. Jedná se o poruchu na neurobiologickém základě, proto bylo mylné označit rodiče jako viníky. (Thorová, 2006, s. 51)

V dnešní době mají děti s autismem právo na výchovu a vzdělání, také mají právo na integraci do běžných škol. Odborní pracovníci ve spolupráci s rodiči, v důsledku jiných výukových a výchovných potřeb, sestavují pro děti individuální učební plány. (Schopler, Reichler a Lansingová, 1998, s. 13) (viz příloha A)

2.2 Pervazivní vývojová porucha

Pro člověka s autismem je nejtěžší porozumět jiným lidem, porozumět jejich chování, zacházení s předměty. Nedokáže se orientovat v situacích a jednat tvořivě. Slovo pervazivní zasahuje hluboko do člověka s autismem a prostupuje celou jeho osobnost. (Peeters, 1998, s. 11)

Autismus je pervazivní (pronikavá) vývojová porucha a je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí. Důsledkem je podle Lorny Wingové tzv. triáda poškození v oblasti komunikace (řeč, mimika), sociální interakce (vztahy s blízkými osobami) a představivosti (fantazie, hra). Autismus doprovází specifické vzorce chování a může být spojen s jakoukoliv jinou nemocí či poruchou. (Thorová, 2006, s. 58)

Autisté mají dysfunkční limbický systém, proto lze u nich pozorovat tzv. ustrnutí (neoténii) na nižších úrovních. Z tohoto důvodu si neuvědomují svoji vlastní existenci. (Hrdlička a Komárek, 2004, s. 23)

Jedná se o velmi devastující postižení ve všech oblastech života daného jedince. Každodenní život je pro postiženého chaotický a znepokojivý, proto je potřeba si vytvořit pevné stereotypy, aby byli schopni se vyrovnat se změnami v okolí. (Howlin, 2005, s. 9)

První symptomy autismu se projeví do dvou let dítěte, kdy dojde k poruše ve vývoji řeči. Autismus se častěji vyskytuje u chlapců než u dívek. V české republice se při diagnóze vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), přičemž pacient trpící autismem nemusí vykazovat všechny znaky uvedené v tabulce, ale musí splňovat určitá diagnostická kritéria podle kategorií. U každého dítěte jsou projevy autismu individuální. (Richman, 2006, s. 7)

Podle MKN-10 (2009) zahrnujeme do pervazivních vývojových poruch tyto diagnózy: dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, jiná dezintegrační porucha v dětství, hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací se stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, jiné pervazivní vývojové poruchy, nespecifikovaná pervazivní vývojová porucha.

(viz příloha C). Díky zlepšení v oblasti psychologie, lékařství, speciální pedagogiky se mohou děti s PAS vzdělávat jak ve speciálních školách, tak se mohou zařadit do běžných základních škol. (Lechta, 2010, s. 267)

Autistické děti mají stereotypní a rutinní chování z toho důvodu, že nerozumí svému okolí a nechápou běžná komunikační sdělení. Mají své rituály jako např. houpání, točení předmětů, opakování stejných frází stále dokola apod. Pokud dojde k přerušení těchto stereotypů, tak to dítě může zneklidnit. (Bondy a Frost, 2007, s. 32)

V minulosti se dětem místo autistických rysů přisuzovaly různé chybné diagnózy. Tyto rysy mohou zahrnovat různé stupně mozkového poškození a mentální retardace. (Schopler, Reichler a Lansingová, 1998, s. 17)

Děti s autismem vyjadřují své emoce zvláštním způsobem, proto je třeba mít podrobné znalosti a speciální zkušenosti už od jejich raného vývoje. Velkou úlohu zde hrají rodiče, kteří mají s dítětem nejužší vztah. (Beyer a Gammeltoft, 2006, s. 17)

2.3 Uvedení do tří problémových oblastí u dětí s PAS

2.3.1 Sociální interakce

Problémy v sociální interakci se projevují nekontrolovatelným vztekem, kousáním, bitím, sebepoškozováním, křikem apod. Autistické děti vyžadují stereotyp, proto pokud není narušena jejich denní rutina, tak se chovají velmi dobře. Do sociální uzavřenosti lze zahrnout např. netečnost ke změnám v okolí, malý zájem o společenský a fyzický kontakt, chudý oční kontakt. (Peeters, 1998, s. 87 – 89)

Dítě s autismem nedokáže navázat přiměřený kontakt s jinými osobami a to z důvodu narušené sociální interakce. Projevuje se to nezájmem, nezapojením se do skupinových her, neukazováním na předměty, minimálním reagováním na bolest apod. (Lechta, 2010, s. 268)

Sociální chování u dětí s PAS není přiměřené jejich věku, sociální vývoj je opožděný. V raném věku u nich pozorujeme chybějící sociální úsměv, oční kontakt, sociální broukání, radost z fyzického kontaktu s rodiči. Porucha sociální interakce je u dětí s PAS individuální. Buď může být dítě osamělé, kdy nestojí o sociální kontakt nebo se dítě snaží navázat sociální kontakt s každým a kdekoliv a může cizí okolí obtěžovat. (Thorová, 2006, s. 61)

Děti s autismem mohou mít problém s výrazy v obličeji, nerozumí neverbálnímu chování. Sociální kontakty s ostatními dětmi nejsou schopny navazovat. Herní dovednosti jsou také téměř nulové. Nemají strach z cizích lidí, protože je nezajímají.

(Richman, 2006, s. 8)

Většinou jsou děti s autismem netečné, nenavazují vztahy s ostatními, vyhýbají se kontaktu s vrstevníky. Nízká úroveň interakcí s ostatními dětmi negativně ovlivňuje normální vývoj a možnost nahodilého vzdělávání. Pro normální vývoj je důležitý velký počet podnětů po celý den. (Schopler a Mesibov, 1997, s. 101)

2.3.2 Komunikace

„Komunikační dovednosti jsou soubor schopností, které využíváme k jasné a přesné výměně informací, myšlenek, stanovisek, nápadů a pocitů. Pomocí komunikace získáváme informace, které potřebujeme k přežití.“ (Patrick, 2011, s. 41)

Komunikaci lze dělit na expresivní, kdy se jazyk používá za účelem sdělení. Druhou variantou je komunikace receptivní, kdy se člověk snaží porozumět sdělením druhých. Prostřednictvím komunikace se sdělují myšlenky a pocity. U dětí s autismem se využívají augmentativní a alternativní komunikační systémy (AAK) a výměnný obrázkový komunikační systém (PECS). (Bondy a Frost, 2007, s. 15)

Narušení komunikační schopnosti se týká verbální i neverbální oblasti. Řeč je u dětí buď opožděná anebo se nevyvine vůbec, a v tomto případě se objevuje snaha nahradit řečový deficit gesty či mimikou. (Lechta, 2010, s. 269)

Dítě s autismem nemusí pochopit funkci z důvodu nižší vývojové úrovně nebo z důvodu specifického narušení vývoje jazyka (řeči), projevující se sníženou schopností až neschopností verbálně komunikovat. Existují však výjimky, kdy se vytvoří řeč a slovní zásoba. Ovšem problémy s dialogem přetrvávají, protože dítě s autismem nedokáže sdílet svoje zkušenosti a emoce. (Beyer a Gammeltoft, 2006, s. 25)

Echolálie, tedy doslovné opakování slov nebo vět, je častým projevem autismu. Verbální komunikace je hodně abstraktní, proto se používají vizuální komunikační systémy. Je důležité naučit děti s autismem, že slovo nebo obrázek je prostředek k ovlivnění prostředí. Ovšem musí si také uvědomit, že jsou to prostředky, které vyjadřují lidské city a myšlenky. (Peeters, 1998, s. 49 – 65)

Postižení řeči u dětí s autismem se projevuje echolálií, monotónní řečí bez intonace, neschopností chápat abstraktní pojmy, nesprávným používáním zájmen atd. Buď je řeč u dětí s autismem zpožděná anebo se nevyvine vůbec. V raném věku se komunikace projevuje odlišným způsobem. Dítě nepláče, nebrouká si, nenapodobuje slova nebo zvuky a chová se tiše. (Richman, 2006, s. 8)

Autistické děti mají problémy i v neverbální komunikaci, která se vyznačuje gesty, mimikou, výrazem obličeje, úsměvem, tělesným postojem, očním kontaktem, fyzickou manipulací, sebepoškozováním s komunikačním záměrem a znakovým jazykem. (Thorová, 2006, s. 99)

Pro zlepšení komunikačních dovedností existuje celá řada systémů, které využívají obrázky nebo fotografie. Obrázky a fotografie mohou být umístovány na podklad pomocí suchého zipu. Podle toho dítě s PAS ví, co bude náplní jeho dne. Každé dítě má své komunikační karty, kterými vyjadřuje své potřeby a přání. Identické komunikační karty se vyfotí podle potřeby tak, aby je měl klient i speciální pedagog k dispozici. Karty se chrání proti poškození a znečištění pomocí laminování. (Howlin, 2005, s. 69)

2.3.3 Představivost

Pokud dojde u dítěte s PAS k narušení představivosti (imaginace), tak není schopno symbolického myšlení a tím pádem se u něj nerozvíjí hra. Standardní hry děti s PAS nezajímají. To souvisí s neschopností plánovat a učit se. Dítě s autismem upřednostňuje stereotypní (neměnné) a repetitivně (opakující se v čase) činnosti, proto o nové činnosti či hry nejeví zájem. Důsledkem přerušování jeho činnosti je křik, agresivita, sebepoškozování, nespolupráce. (Thorová, 2006, s. 117)

Dítě s autismem nedokáže napodobovat, tedy nechápe smysl funkční hry. U zdravého dítěte funkční hra volně přerůstá v hru symbolickou. V této hře převládají schopnosti jít za doslovnou realitu a to činí lidem s autismem problémy po celý život. (Peeters, 1998, s. 140 – 141)

Typickým příznakem narušení představivosti je nepřítomnost imaginativní hry. (Lechta, 2010, s. 269)

Aktivity a zájmy u dětí s PAS se projevují neobvyklým zacházením s hračkami. Při hře se projevují typické vzorce chování. Může se jednat o poklepávání, grimasy, kolébání, otáčení se, plácání, tleskání, verbální stereotypy, čichovou a chuťovou přecitlivělost, rovnání

předmětů do řady, reakci či nereagování na různé podněty. Každé dítě s diagnózou autismus má jiné symptomy, proto se zvláštnosti při hře projevují individuálně. (Richman, 2006, s. 9)

Autisté lpí na neměnnosti života a prostředí. Děti si nedokáží hrát, chybí jim fantazie v myšlení a tvořivost. Jejich reakce na běžné zvuky jsou nepřiměřené a chybějící odolnost vůči bolesti může vést k sebepoškozování. (Hrdlička a Komárek, 2004, s. 37)

Hra u dětí s autismem je mechanická, nezajímá je okolní svět. Důležitá je úprava herního prostoru a příprava herních posloupností. Díky tomu se u dítěte zlepšují sociální interakce a snáz se přizpůsobí spontánní hře. (Beyer a Gammeltoft, 2006, s. 85) (viz příloha D)

2.4 Komplexní diagnostika poruch autistického spektra

V rámci klinického vyšetření jsou důležité údaje rodiny a nástupu příznaků a vývoji onemocnění. Klinické hodnocení není tak přesné a opírá se o pozorování dítěte. Diagnostická kritéria MKN-10 a specifické diagnostické metody doplňují a zpřesňují diagnózu. Diagnostická kritéria MKN-10 pro dětský autismus (F84.0) popisuje abnormální nebo narušený vývoj před věkem tří let. Dále musí být přítomno nejméně šest symptomů z oblasti sociální komunikace, sociální interakce a funkční nebo symbolické hry.

(Hrdlička a Komárek, 2004, s. 39 – 42)

Nejprve je fáze podezření, kdy jsou rodiče znepokojeni vývojem dítěte a obrací se na pediatra. Poté je fáze diagnostická, která obsahuje velké množství vyšetření na základě doporučení dětského psychiatra. Třetí fází je fáze postdiagnostická, která zahrnuje následnou péči o dítě. Rodiče vyhledávají všechny dostupné informace o autismu z literatury a hledají speciální zařízení pro děti s autismem. (Thorová, 2006, s. 263 – 264)

V České republice se nejvíce používají dvě škály: CARS („*Childhood Autism Rating Scale*“) a diagnostický rozhovor s rodiči ADI-R („*Autism Diagnostic Interview – Revised*“). Konečné stanovení diagnózy musí rozhodnout dětský psychiatr, který kromě kritérií MKN-10 a diagnostických nástrojů naordinuje komplexní lékařské i laboratorní vyšetření. Do komplexního lékařského vyšetření zahrnujeme laboratorní screening, screening vrozených metabolických vad, genetické vyšetření, ORL vyšetření, foniatrii, neurologické vyšetření, EEG vyšetření, vyšetření očního pozadí, magnetickou rezonanci mozku. Dětský autismus se dělí na vysoce funkční (tzn. bez přítomnosti mentální retardace), středně funkční (tzn. lehká

nebo středně těžká mentální retardace) a nízko funkční (tzn. těžká a hluboká mentální retardace). (Hrdlička a Komárek, 2004, s. 40 – 43)

Z prognózy vyplývá, že dvě třetiny dospělých autistů zůstává závislých na pomoci druhých a pouze třetina vysoce funkčních autistů je schopna částečně samostatně žít. Důležitou roli pro zlepšení sociální prognózy zde hraje časná diagnostika a speciální programy (edukace, rehabilitace apod.). Rozhodující pro dobrou prognózu je použitelná komunikace v pěti letech a intelekt. (Hrdlička a Komárek, 2004, s. 44)

2.4.1 CARS - Škála dětského autistického chování

V rámci programu TEACCH („*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children*“) na univerzitě v Severní Karolíně vznikla stupnice CARS. Tento celostátní program obsahuje unikátní klinická a výzkumná data. TEACCH program zahrnuje služby pro autistické děti od předškolního věku až do dospělosti. Díky tomuto programu je postaráno o klientovu domácí péči, vzdělávání a společenské uplatnění. (Schopler a Mesibov, 1997, s. 73 – 75)

CARS má 15 položek a podle frekvence a intenzity abnormních projevů v dané oblasti se hodnotí položky na stupnici 1 až 4. Její použití je jednoduché, trvá přibližně hodinu. Výsledek rozhoduje o tom, v jakém stupni je porucha závažná. Při dosažení výsledku do 30 bodů se nejedná o autismus, v rozpětí 30 – 36 bodů jsou příznaky lehké až středně těžké a při dosažení více než 36 bodů jsou příznaky těžké. CARS je pouze screeningovou metodou, protože není příliš spolehlivá. Je nutné při používání této metody projít školením, aby nedocházelo ke zkreslování výsledků. (Thorová, 2006, s. 270)

V metodě CARS se hodnotí vztah k lidem, imitace (napodobování), emocionální reakce, motorika, užívání předmětů a hra, schopnost přizpůsobit se změnám, zrakové vnímání, sluchové vnímání, reakce na bolestivé podněty, čichová a chuťová reakce, úzkost, verbální komunikace, mimoslovní komunikace, hyperaktivita nebo výrazná lenivost, intelektový profil schopností, frekvence symptomů svědčících pro autismus. (Hrdlička a Komárek, 2004, s. 93 – 94)

2.4.2 ADI – R

Jedná se o metodu založenou na diagnostickém rozhovoru s rodiči dítěte s projevy autismu. Tato metoda je spolehlivější než metoda CARS, ale trvá až tři hodiny. Hodnotí se

stejně oblasti jako u kritérií MKN-10, tedy sociální interakce, sociální komunikace a chování se stereotypními tendencemi. Škála je vhodná při diagnostice autistických dětí v předškolním věku. (Thorová, 2006, s. 264 – 265)

Mezi další screeningové metody, posuzovací škály a složitější dotazníky patří: ADOS (*„Autism Diagnostic Observation Schedule“*), dále TPBA (*„Transdisciplinary Play-Based Assessment“*), DACH (*„Dětské autistické chování“*), CHAT (*„Checklist for Autism in Toddlers“*), ABC (*„Autism Behavior Checklist“*), A.S.A.S (*„The Australian Scale for Asperger's syndrome“*), ASSQ (*„Asperger Syndrome Screening Questionnaire“*), CAST (*„Childhood Asperger Syndrome Test“*), DISCO (*„Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders“*), PDDST (*„Pervasive Developmental Disorder Screening Test“*), E-2 Form (*„Diagnostic Checklist“*), GARS (*„Gilliam Autism Rating Scale“*), HBS (*„Schedule of Handicaps and Behavior and Skills“*). Zatímco screeningové metody jsou nenáročné na administraci a není nutný výcvik, tak u posuzovacích škál a dotazníků se vyžaduje absolvování tréninku. (Hrdlička a Komárek, 2004, s. 95 – 105)

2.5 Nejčastější poruchy autistického spektra

2.5.1 Dětský autismus

Dětský autismus je nejvíce probádanou pervazivní vývojovou poruchou. Viktor Lotter v 1966 provedl první epidemiologickou studii autismu. Do poloviny osmdesátých let byla nízká prevalence poruchy a to v rozmezí 2,3 – 4,8/10 000 obyvatel. V roce 1999 byla prevalence dětského autismu v rozmezí 5,2/10 000 obyvatel. Podle kritérií MKN-10 došlo od roku 2000 ke zvýšení prevalence pervazivních vývojových poruch na 30,8 a 57,9/10 000 obyvatel. Tato porucha je v poměru 4 – 5:1 častější u chlapců než u dívek.

(Hrdlička a Komárek, 2004, s. 34 – 35)

V oblasti psychopatologie se symptomy u dětského autismu projevují do třetího roku života a to abnormalitami v chování, sociálních vztazích a komunikace. Často ale bývají rodiče znepokojeni s vývojem dítěte už mezi 12. – 18. měsícem, kdy děti nejeví žádný zájem o kontakt. Ve dvou letech dítěte si rodiče uvědomují psychomotorické abnormality a rozdíl ve vývoji. Buď je nástup dětského autismu pozvolný anebo vzniká tzv. autistická regrese, kdy se u dítěte částečně nebo úplně ztrácejí dovednosti, které se doteď naučilo.

(Hrdlička a Komárek, 2004, s. 35 – 36)

Autistické děti mají opožděný motorický vývoj, stereotypní pohyby, problémy s rovnováhou, abnormality chůze a pohybové imitace. Zhruba 10 % autistů disponuje tzv. ostrůvky speciálních schopností, které se projevují tím, že jsou schopni si zapamatovat např. telefonní čísla z telefonního seznamu, zastávky jízdního řádu, složité matematické výpočty. Díky těmto schopnostem, které byly zobrazeny v různých filmech, se dostali autisté do podvědomí široké veřejnosti. Bohužel u autistů může být současný výskyt více nemocí. Nejčastější přidruženou psychiatrickou nemocí je mentální retardace a to až 75 % případů. Z hlediska neurologie je nejčastější přidruženou nemocí epilepsie.

(Hrdlička a Komárek, 2004, s. 38 - 39)

Dětský autismus má různé množství symptomů, které se projevují v každé oblasti diagnostické triády. Symptomy u dětí s autismem jsou variabilní a mění se s věkem. Diagnostická kritéria pro dětský autismus jsou rozdělena podle MKN-10. Mezi nespecifické rysy patří strach, poruchy spánku a příjmu potravy, agrese a sebepoškozování.

(Thorová, 2006, s. 177- 178)

2.5.2 Atypický autismus

Atypický autismus se od dětského autismu odlišuje tím, že splňuje jen některá kritéria při diagnostice. Děti s atypickým autismem mají lepší komunikační a sociální dovednosti, nemají stereotypní zájmy a jsou přecitlivělé na vnější podněty. Neexistuje speciální škála, která by stanovila přesný klinický obraz této poruchy. Prvotní symptomy se diagnostikují po třetím roce života. Diagnostická triáda (sociální interakce, komunikace, představitost) není naplněna, i když je v této oblasti abnormální vývoj zaznamenán. Často se k atypickému autismu přidružuje těžká mentální retardace. (Thorová, 2006, s. 182 – 184)

Thorová (2006, s. 183) popisuje příběh dítěte, které se narodilo před termínem. Zpočátku se holčička vyvíjela v pořádku, poté ale dostala epileptický záchvat a rodiče s ní začali cvičit Vojtovu metodu. Dívka nejprve nejevila zájem o žádnou aktivitu, ale ve dvou letech se začala mazlit a z hlediska sociální interakce je ráda ve společnosti. Dožaduje se pozornosti pomocí štipání, vyžaduje pozornost a nerozumí základním pokynům. S diagnózou atypický autismus je pro ni typické, že je přecitlivělá na hluk domácích spotřebičů. Je pro ni typické stereotypní kývání těla, mnoucí pohyby rukou, skřípání zubů. V mentálních schopnostech a jemné motorice zaostává.

2.5.3 Aspergerův syndrom

„Abyste se stali vynikajícím vědcem nebo skvělým umělcem, musíte mít alespoň nějaké znaky Aspergerova syndromu, které vám umožní odpoutat se od tohoto světa.“ Hans Asperger

Tento syndrom patří do skupiny neurovývojových postižení a spadá do poruch autistického spektra. (Patrick, 2011, s. 13)

Aspergerův syndrom je vnímán jako mírnější forma autismu, protože zde chybí sociální uzavřenost a gramatické vyjadřování je správné. (Howlin, 2005, s. 16)

Prevalence výskytu Aspergerova syndromu je v rozmezí 36 – 71/ 10 000 dětí. Intelektové schopnosti, tedy IQ, jsou u těchto pacientů celkově vyšší než u pacientů s vysoce funkčním autismem. Řeč bývá u lidí s Aspergerovým syndromem intaktní, nápadná, egocentrická a převažují dlouhé monology. Často shromažďují faktické informace o nějakém problému, který je zajímá. Kvůli svým zájmům nejsou schopni navázat vztahy se svými vrstevníky a dostávají se do sociální izolace. (Hrdlička a Komárek, 2004, s. 50 - 51)

Je velmi těžké určit, zda se u dítěte jedná o Aspergerův syndrom nebo jen o sociální neobratnost. Buď se dokážou začlenit do společnosti bez problémů a vedou zcela běžný život nebo jsou společností považováni za zvláštní a introvertní. Poměr výskytu u chlapců k dívkám je 8:1. Podle diagnostických kritérií je u dětí s Aspergerovým syndromem narušena sociální interakce a objevují se stereotypní způsoby chování, zájmy, aktivity.

Není zde opožděný vývoj řeči, takže děti s Aspergerovým syndromem začínají mluvit před druhým rokem života. V pěti letech již mluví plynule, ale jejich řeč je mechanická, šroubovitá a formální, takže se podobá řeči dospělých lidí. Intelektuální vývoj a sebeobslužné dovednosti jsou v normě, ale může se objevit nemotornost (dyspraxie). Děti s Aspergerovým syndromem nechápou pravidla společenského chování, proto nezapadají do kolektivu vrstevníků v mateřské škole. (Thorová, 2006, s. 185 – 186)

Děti s Aspergerovým syndromem jsou bohužel diagnostikovány až v pozdějším věku, někdy je dokonce zjištěna tato porucha až v dospělosti. Než dojde k zjištění správné diagnózy, může být pacient chybně terapeuticky veden. Pacientům jsou přisuzovány diagnózy jako např. atypická schizofrenie, paranoidní porucha, deprese, obsedantně – kompulzivní porucha, schizoidní nebo schizotypní poruchy. (Hrdlička a Komárek, 2004, s. 51 – 52)

Aspergerův syndrom se dělí na nízko funkční a vysoce funkční. U nízko funkčního se objevuje negativismus, dodržování rituálů, repetitivně chování, destruktivní chování, agresivita, sociální izolovanost, emoční chlad, podprůměrný intelekt, hyperaktivita, dyspraxie.

Vysoce funkční Aspergerův syndrom se týká dětí se sociální naivitou, pasivitou, schopností spolupracovat a dále s průměrným až nadprůměrným intelektem.

(Thorová, 2006, s. 191)

Dva známí géniové Isaac Newton a Albert Einstein měli podle studií mnohé rysy charakteristické pro Aspergerův syndrom. Podstatou této poruchy je neporozumění. Lidé s Aspergerovým syndromem jsou osvobozeni od konvencí společnosti, proto nejsou schopni se orientovat v sociálním světě. To vede k trvalé úzkosti a stažení se do sebe.

(Patrick, 2011, s. 35 - 36)

Bohužel děti s Aspergerovým syndromem jsou snadným terčem šikany. Podle jedné studie zažívá 94 % lidí s autismem opakovanou šikanu od svých vrstevníků. Tyto děti jsou častým cílem šikany kvůli charakteristickým rysům, tzn. jednosměrné myšlení, obtíže v motorice, důvěřivost, zvláštní zájmy, nedostatek představitosti. (Dubin, 2009, s. 35 - 49)

V dospělosti jsou lidé s Aspergerovým syndromem nadáni v mnoha oblastech. Vynikají např. v oblasti literární, v oblasti matematiky a logiky. Díky těmto dovednostem mají lidé s vysoce funkčním Aspergerovým syndromem lepší prognózu do budoucna. Záleží na množství symptomů, celkové adaptabilitě, speciální péči získané v dětství. Mohou získat zaměstnání, mít děti a rodinu, ale přesto zůstávají nepraktičtí, introvertní a naivní. Je to daň za jejich genialitu, která je dána jejich nadprůměrnou inteligencí. Mohou se u nich objevit psychiatrické diagnózy, proto nemohou samostatně žít a obstarávat domácnost. Vhodná by pro ně byla forma podporovaného zaměstnávání a možnost chráněného bydlení.

(Thorová, 2006, s. 191- 193)

Lidé s Aspergerovým syndromem nikdy nelžou, jsou extrémně důvěřiví. V jejich černobílém myšlení platí vztah příčina – následek, tzn. pokud platí „X“, tak platí i „Y“. Z toho vnímání světa vyplývá, že lidé s Aspergerovým syndromem chápou s velkými obtížemi, že v lidském chování existují i různé výjimky a nic není striktně dáno. (Dubin, 2009, s. 34)

II VÝZKUMNÁ ČÁST

3 Výzkumné otázky

1. Jsou rodiče dětí s PAS spokojeni se spoluprací s odbornými pracovníky v rámci léčebné (re)habilitace?
2. Nabízí dané zařízení dětem s PAS léčebné terapie v rámci léčebné (re)habilitace?
3. Umožňuje předškolní nebo školní zařízení rodinám s dětmi s PAS sociální poradenství?
4. Jsou rodiče dětí s PAS spokojeni s průběhem vzdělávání v daném zařízení?
5. Je dětem s PAS umožněna předpracovní (re)habilitace v daném zařízení?
6. Je týmová spolupráce odborných pracovníků v daném zařízení efektivní?

4 Metodika výzkumu

Tato bakalářská práce je zpracována teoreticko - výzkumnou formou. Výzkumné šetření proběhlo v období od listopadu 2012 do ledna 2013. Výzkum byl prováděn prostřednictvím elektronické pošty a osobními schůzkami se zvolenými zařízeními. Pro dosažení stanovených cílů byla zvolena kvantitativní metoda dotazníkového šetření. Metoda byla anonymní, obsahovala 25 otázek. Dotazník byl určen rodinným příslušníkům, kteří navštěvovali daná zařízení se svým dítětem s poruchou autistického spektra. V dotazníku byly použity otázky otevřené, v kterých respondent mohl vyjádřit své myšlenky a názory. Dále otázky uzavřené (dichotomické, polytomické) a polouzavřené, v kterých mohli uvést jinou odpověď. (Olecká a Ivanová, 2010, s. 23 – 24) (viz příloha E)

Oslovila jsem 15 zařízení zabývajících se problematikou autismu v předškolním a školním věku. Odpovědělo mi všech 15 oslovených zařízení, ale pouze 9 z nich mi umožnilo v jejich zařízení provést výzkum. Bylo rozdáno 84 dotazníků, zpět se jich vrátilo 52 a všechny dotazníky byly použity k vyhodnocení. Návratnost byla 62 %. Výzkumný soubor tvořil tedy 52 respondentů. Pro analýzu výsledků byl použit program Microsoft Office Excel, ve kterém byly získané údaje zpracovány a vyhodnoceny v tabulkách a grafech. Ke každému grafu je uvedena krátká poznámka o zjištěných datech. K procentuálnímu vyjádření byl použit statistický vzorec: $f_i (\%) = n_i / n \times 100$. Relativní četnost je f_i , kterou udáváme v procentech, absolutní četnost je n_i a celkový počet respondentů je n .

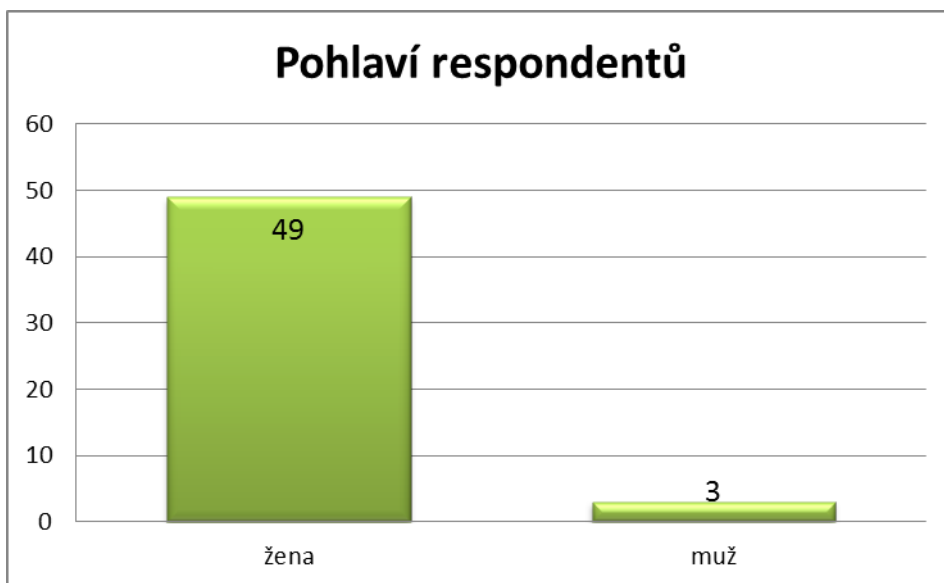
5 Prezentace výsledků

Otázka č. 1: Pohlaví respondentů

Možnosti:

a) žena

b) muž



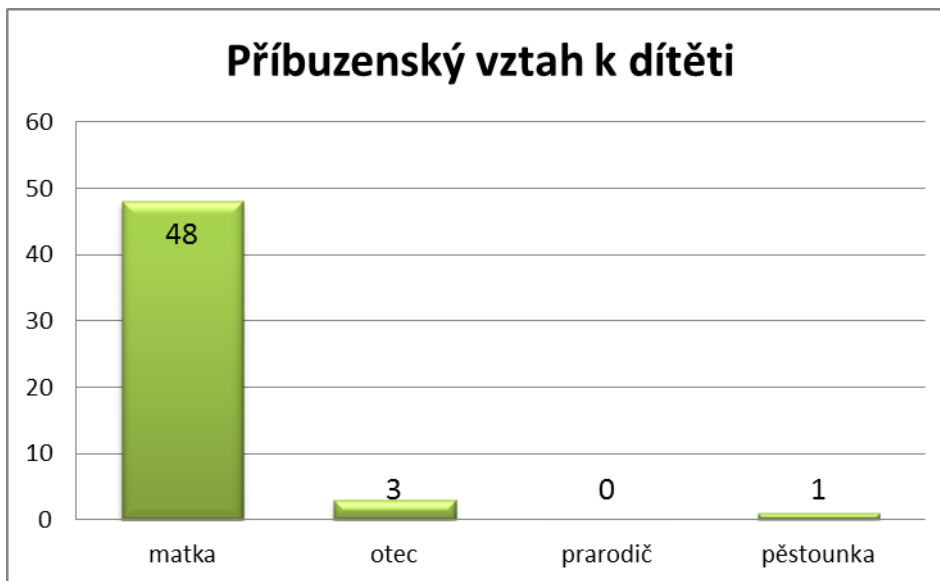
Obr. 1 Graf ukazující pohlaví respondentů

Cílem první otázky bylo rozdělit respondenty dle pohlaví. Z Obr. 1 je patrné, že z celkového počtu respondentů silně převažují ženy nad muži. Výzkumného šetření se zúčastnilo 49 žen (94 %) a 3 muži (6 %). Očekávala jsem, že bude větší účast žen (matek) při vyplňování dotazníku a to z toho důvodu, že by rády z mého výzkumného šetření zjistily více informací o problematice autismu a že jsou to především ony, které doprovázejí své děti do vzdělávacího a výchovného zařízení.

Otázka č. 2: V jakém jste vztahu k dítěti?

Možnosti:

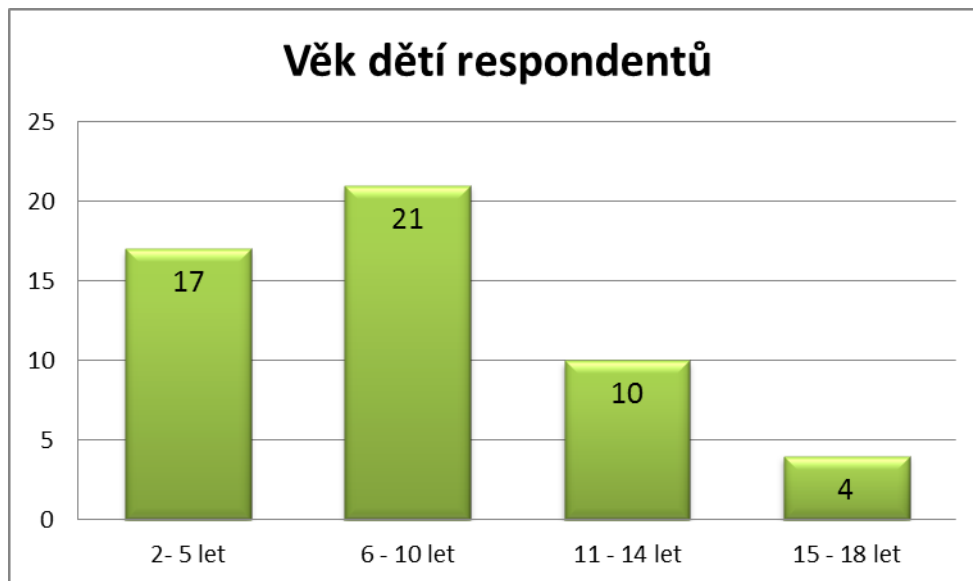
- a) matka
- b) otec
- c) prarodič
- d) jiný, uveďte kdo....



Obr. 2 Graf příbuzenského vztahu k dítěti

Na tomto grafu vidíme, v jakém příbuzenském vztahu jsou respondenti s dítětem s PAS. Z celkového počtu 52 (100 %) dotazovaných převládalo 48 matek (92,3 %), otcové byli pouze 3 (5,8 %). Zástupci ze strany prarodičů nebyli žádní. Jiný příbuzenský vztah k dítěti uvedl pouze jeden člověk a to pěstounka dítěte.

Otázka č. 3: Jaký je věk Vašeho dítěte?



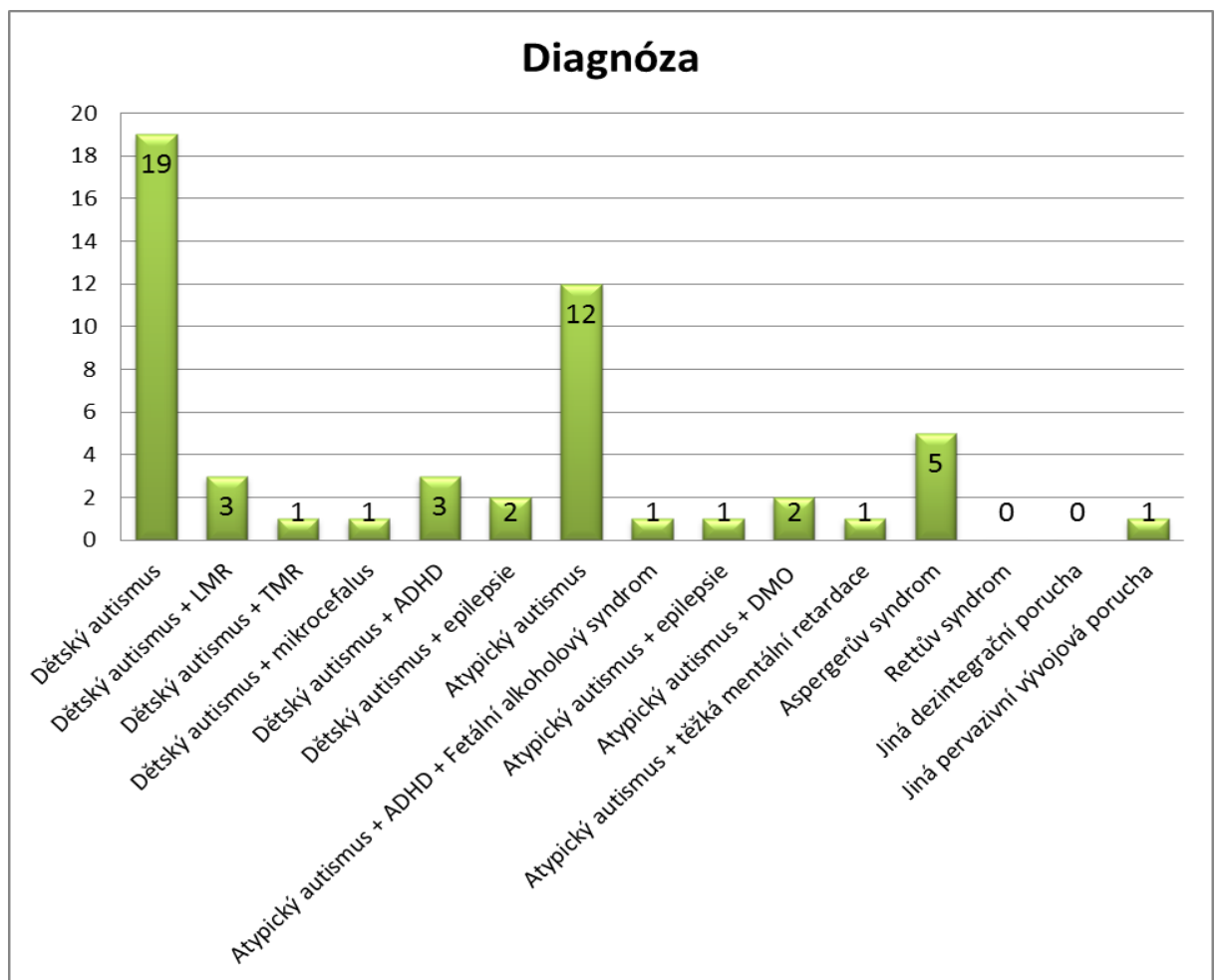
Obr. 3 Graf ukazující věk dětí respondentů

Pomocí otázky č. 3 jsem zjišťovala věk dětí respondentů, které jsem rozdělila do skupin na předškolní věk, mladší školní věk a starší školní věk. Starší školní věk se dělí na období puberty a adolescence. Do první skupiny 2 – 5 let se zařadilo 17 předškolních dětí (32,7 %), ve druhé skupině 6 – 10 let bylo nejvíce dětí a to 21 (40,4 %). Ve třetí skupině 11 - 14 let bylo 10 pubescentů (19,2 %). Poslední skupinou byla skupina adolescentů, kterých bylo v mém výzkumu nejméně a to pouze 4 (7,7 %).

Otázka č. 4: Jakou má Vaše dítě stanovenou diagnózu?

Možnosti:

- a) dětský autismus
- b) atypický autismus
- c) Aspergerův syndrom
- d) Rettův syndrom
- e) jiná dezintegrační porucha
- f) jiná pervazivní vývojová porucha
- g) jiná diagnóza, uveďte....



Obr. 4 Graf stanovení diagnózy dítěte

Z celkového počtu 52 (100 %) respondentů jich uvedlo 19 (36,5 %), že jejich dítě má stanovenou diagnózu dětský autismus. Poté se odpovědi také týkaly dětského autismu, ale s přidruženou nemocí. Dětský autismus a lehkou mentální retardaci uvedli 3 (5,8 %) respondenti, dále s přidruženou těžkou mentální retardací a poté s mikrocefalem se shodl vždy

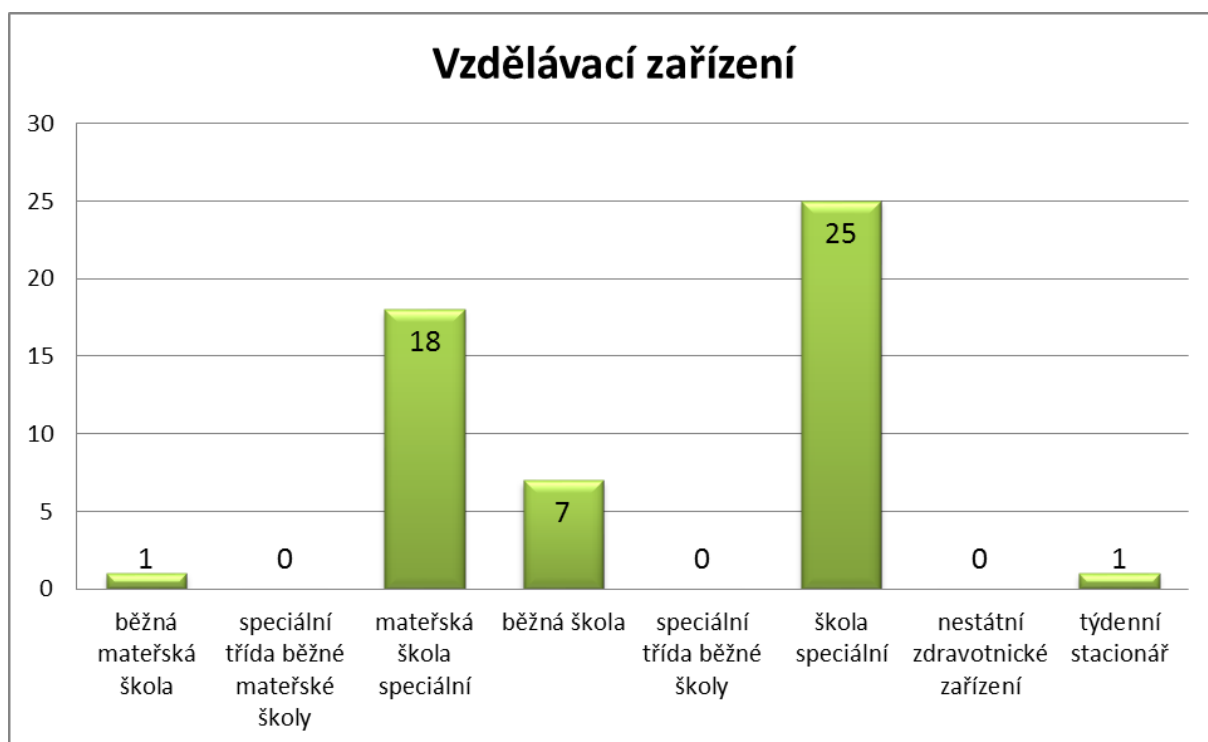
1 (1,9 %) respondent. Diagnózu dětský autismus a ADHD uvedli 3 (5,8 %) respondenti. Poslední přidruženou nemoc, epilepsii, u dětského autismu uvedli 2 (3,8 %) respondenti.

Poté uvedlo 12 (23,1 %) respondentů, že jejich dítě má atypický autismus. K atypickému autismu respondenti uváděli přidružené nemoci stejně jako k dětskému autismu. Atypický autismus a ADHD a fetální alkoholový syndrom uvedl 1 (1,9 %) respondent, stejně jako u přidružené epilepsie a těžké mentální retardace, tedy 1 (1,9 %). Diagnózu atypický autismus a DMO zaznamenali 2 (3,8 %) respondenti. Aspergerův syndrom u dětí byla třetí nejčastější diagnóza, ten uvedlo 5 (9,6 %) respondentů. Rettův syndrom a ani jinou dezintegrační poruchu nikdo z respondentů neuvedl. Poslední jinou pervazivní vývojovou poruchu uvedl 1 respondent (1,9 %).

Otázka č. 5: Jaký typ předškolního, školního nebo jiného zařízení Vaše dítě navštěvuje?

Možnosti:

- a) běžná mateřská škola
- b) speciální třída běžné mateřské školy
- c) mateřská škola speciální
- d) běžná škola
- e) speciální třída běžné školy
- f) škola speciální
- g) nestátní zdravotnické zařízení
- h) jiný typ zařízení, uveďte....



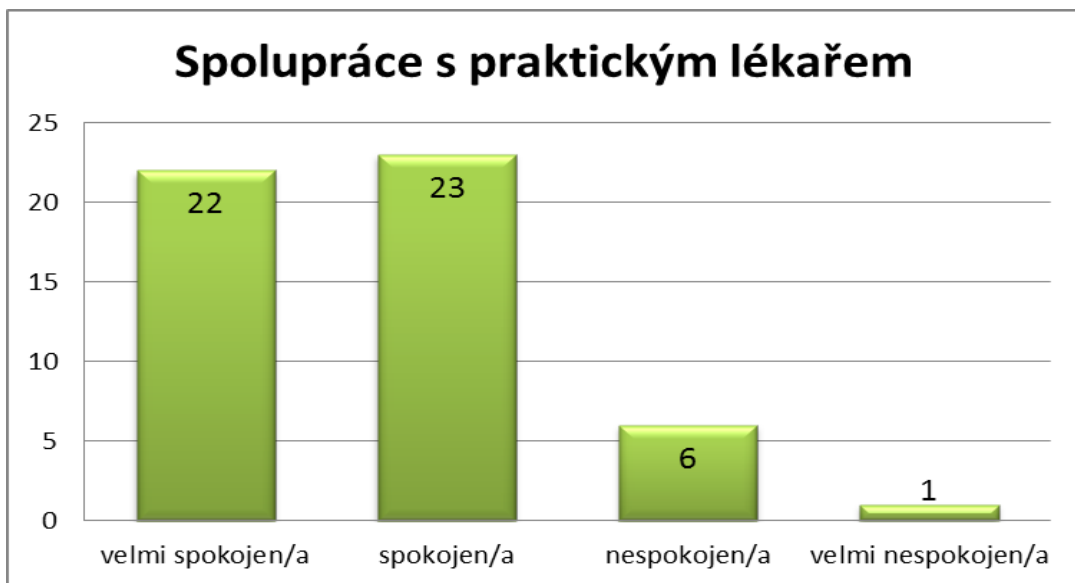
Obr. 5 Graf navštěvovaných vzdělávacích zařízení

Tato otázka zjišťovala, jaký typ zařízení navštěvují děti respondentů. Z obr. 5 je patrné, že běžnou mateřskou školu navštěvuje pouze 1 (1,9 %) dítě respondenta. Speciální třídu běžné mateřské školy a nestátní zdravotnické zařízení podle dotazovaných nenavštěvuje žádné jejich dítě, tedy 0 (0 %). Do mateřské školy speciální dochází 18 (34,6 %) dětí. V běžné škole je integrováno 7 (13,5 %) dětí či mladistvých s PAS. Do speciální třídy běžné školy nedochází žádné dítě respondenta. Ze všech výše uvedených typů zařízení nejvíce dětí navštěvuje škola speciální a to 25 (48,1 %). Jako jiný typ zařízení uvedl 1 (1,9 %) respondent dítěte s PAS a to týdenní stacionář.

Otázka č. 6: Do jaké míry jste spokojen/a se vzájemnou spoluprací daného zařízení, praktickým lékařem a Vámi?

Možnosti:

- a) velmi spokojen/a
- b) spokojen/a
- c) nespokojen/a
- d) velmi nespokojen/a



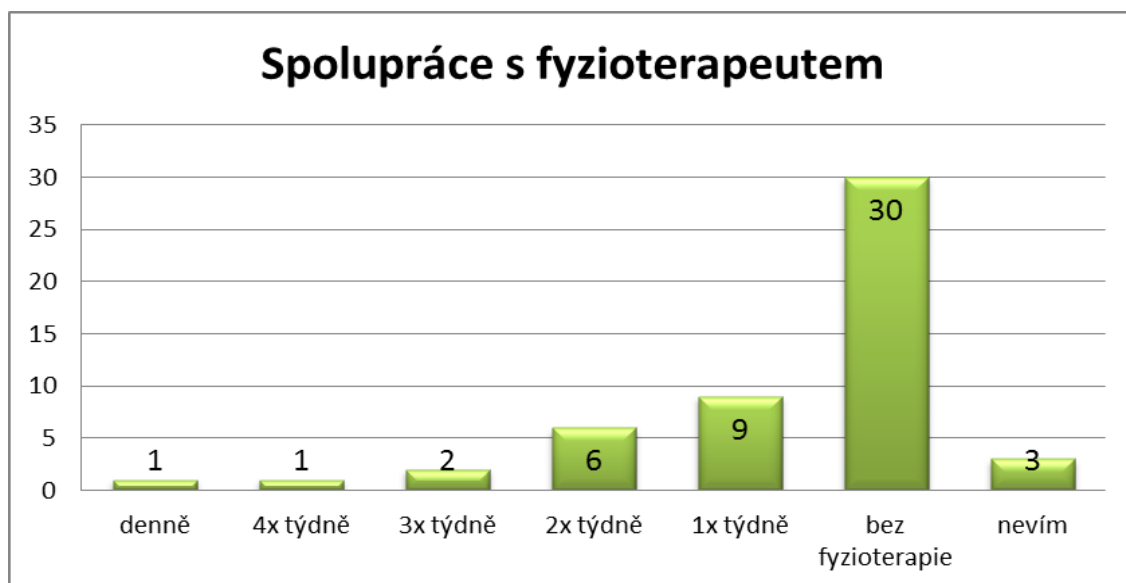
Obr. 6 Graf spokojenosti se spoluprací s praktickým lékařem

V otázce č. 6 jsem zjišťovala, jak jsou dotazovaní respondenti spokojeni či nespokojeni se spoluprací s praktickým lékařem. Velmi spokojeno se spoluprací daného zařízení a praktického lékaře bylo 22 (42,3 %) dotazovaných. Dalších 23 (44,2 %) respondentů bylo spokojeno se spoluprací. U další možnosti 6 (11,5 %) respondentů odpovědělo, že jsou nespokojeni se vzájemnou spoluprací mezi daným zařízením s praktickým lékařem. Velmi nespokojen byl 1 (1,9 %) respondent dítěte s PAS. Z tohoto grafu lze tedy usuzovat, že vzájemná spolupráce mezi respondenty, daným zařízením a praktickým lékařem je v převážné míře kladná.

Otázka č. 7: Navštěvuje Vaše dítě v rámci daného zařízení fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka?

Možnosti:

- a) ano, uveďte jak často....
- b) ne
- c) nevím



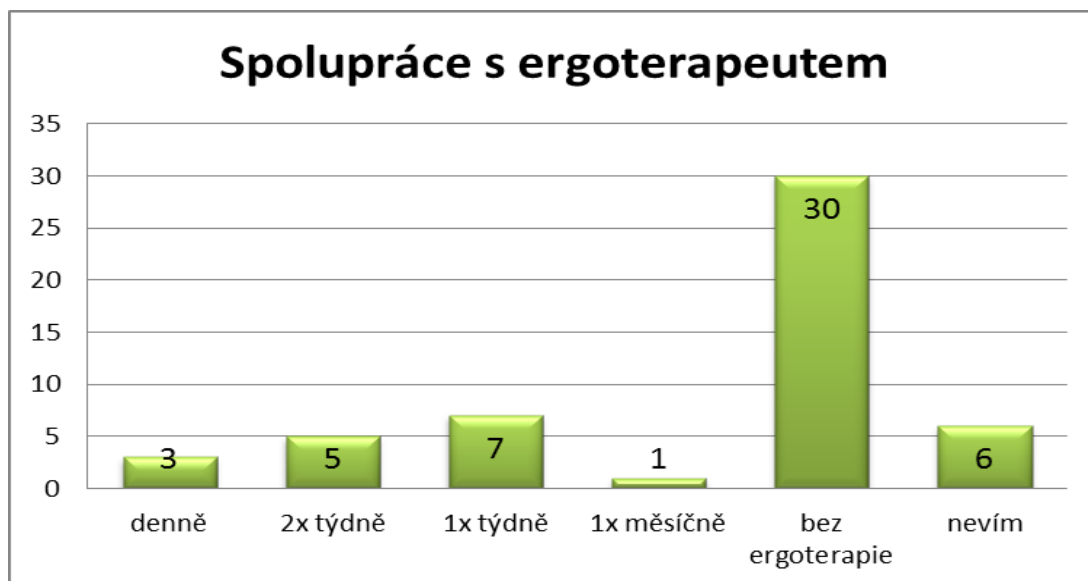
Obr. 7 Graf spolupráce s fyzioterapeutem

Na obr. 7 prezentují, jak často a jestli vůbec má dítě respondenta možnost docházet na fyzioterapii či jinou léčebnou rehabilitaci. Pouze 1 (1,9 %) respondent uvedl, že jeho dítě dochází v daném zařízení denně na fyzioterapii. 4x týdně podle odpovědi respondenta dochází na fyzioterapii také pouze 1 (1,9 %) dítě. 2 (3,8 %) respondenti uvedli, že jejich dítě spolupracuje v rámci daného zařízení s fyzioterapeutem 3x týdně. Na fyzioterapii dochází 2x týdně 6 (11,5 %) dětí dotazovaných. Druhá nejčastější odpověď byla, že 9 (17,3 %) dětí chodí k fyzioterapeutovi 1x týdně. Bohužel nejčastější odpovědí respondentů bylo, že 30 (57,7 %) dětí nemá žádnou možnost v rámci daného zařízení docházet na fyzioterapii. 3 (5,8 %) respondentů nevědělo, zda je v zařízení, které jejich dítě navštěvuje, fyzioterapie. Z uvedených odpovědí lze vyčíst, že fyzioterapie je v daných zařízeních z více jak poloviny nedostupná. V rámci ucelené (re)habilitace je proto tato spolupráce nevyhovující.

Otázka č. 8: Navštěvuje Vaše dítě v rámci daného zařízení ergoterapeuta?

Možnosti:

- a) ano, uveďte jak často....
- b) ne
- c) nevím



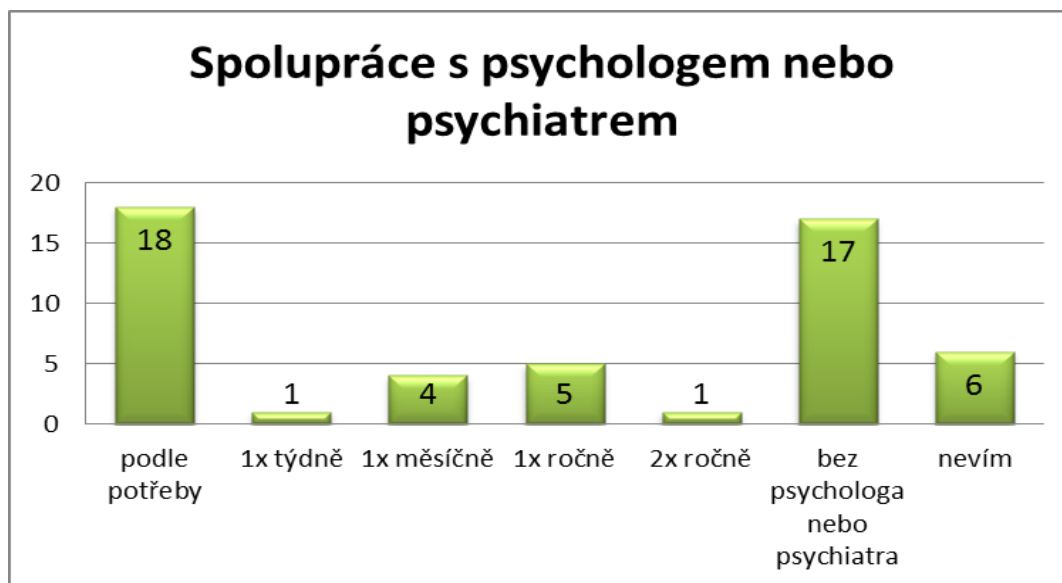
Obr. 8 Graf spolupráce s ergoterapeutem

Z celkového počtu 52 (100 %) respondentů odpověděli 3 (5,8 %) dotazovaní, že jejich děti dochází v rámci daného zařízení denně k ergoterapeutovi. 2x týdně navštěvuje ergoterapeuta 5 (9,6 %) dětí. Více dětí, tedy 7 (13,5 %), podle respondentů navštěvuje ergoterapeuta 1x týdně. 1 (1,9 %) dítě spolupracuje s ergoterapeutem 1x měsíčně. Stejně jako u předchozí otázky č. 7 je, podle odpovědí respondentů, 30 (57,7 %) dětí bez ergoterapie. Podle uvedeného grafu se domnívám, že nabídka ergoterapie je v rámci daných zařízení nedostačující.

Otázka č. 9: Zajišťuje zařízení, které Vaše dítě navštěvuje, služby poradenského pracoviště (psycholog, psychiatr)?

Možnosti:

- a) ano, jak často....
- b) ne
- c) nevím



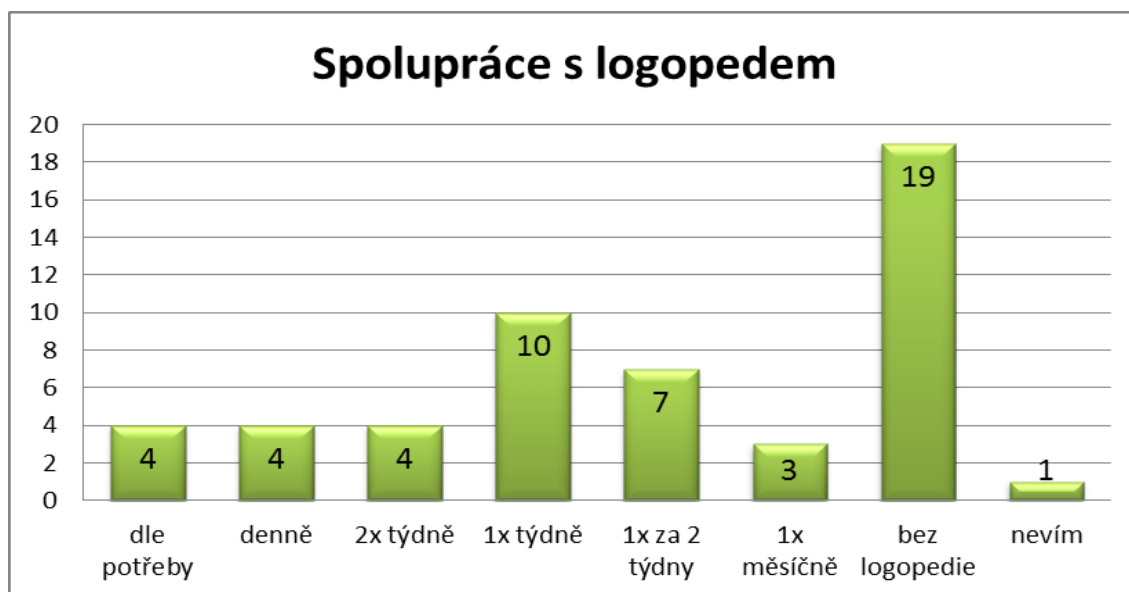
Obr. 9 Graf spolupráce s poradenským pracovištěm (psycholog, psychiatr)

Tento graf nám ukazuje, že 18 (34,6 %) dotazovaných využívá služby poradenského pracoviště, tedy psychologa či psychiatra, podle potřeby jejich dítěte. 1 (1,9 %) respondent uvedl možnost návštěvy poradenského pracoviště 1x týdně. Psychologa či psychiatra navštěvují v rámci daného zařízení 4 (7,7 %) respondenti se svým dítětem. 1x ročně má možnost spolupracovat s poradenským pracovištěm 5 (9,6 %) dotazovaných. Další 1 (1,9 %) respondent odpověděl, že se svým dítětem navštěvuje v rámci daného zařízení psychologa či psychiatra 2x ročně. Podle obr. 9 odpovědělo 17 (32,7 %) respondentů, že v rámci zařízení nemá možnost s dítětem docházet k psychologovi či psychiatrovi, tedy že zařízení nenabízí poradenské služby. 6 (11,5 %) respondentů nevědělo, zda má jejich dítě možnost v zařízení docházet do poradenského pracoviště psychologa či psychiatra.

Otázka č. 10: Nabízí dané zařízení Vašemu dítěti logopedickou péči a služby?

Možnosti:

- a) ano, uveďte jak často....
- b) ne
- c) nevím



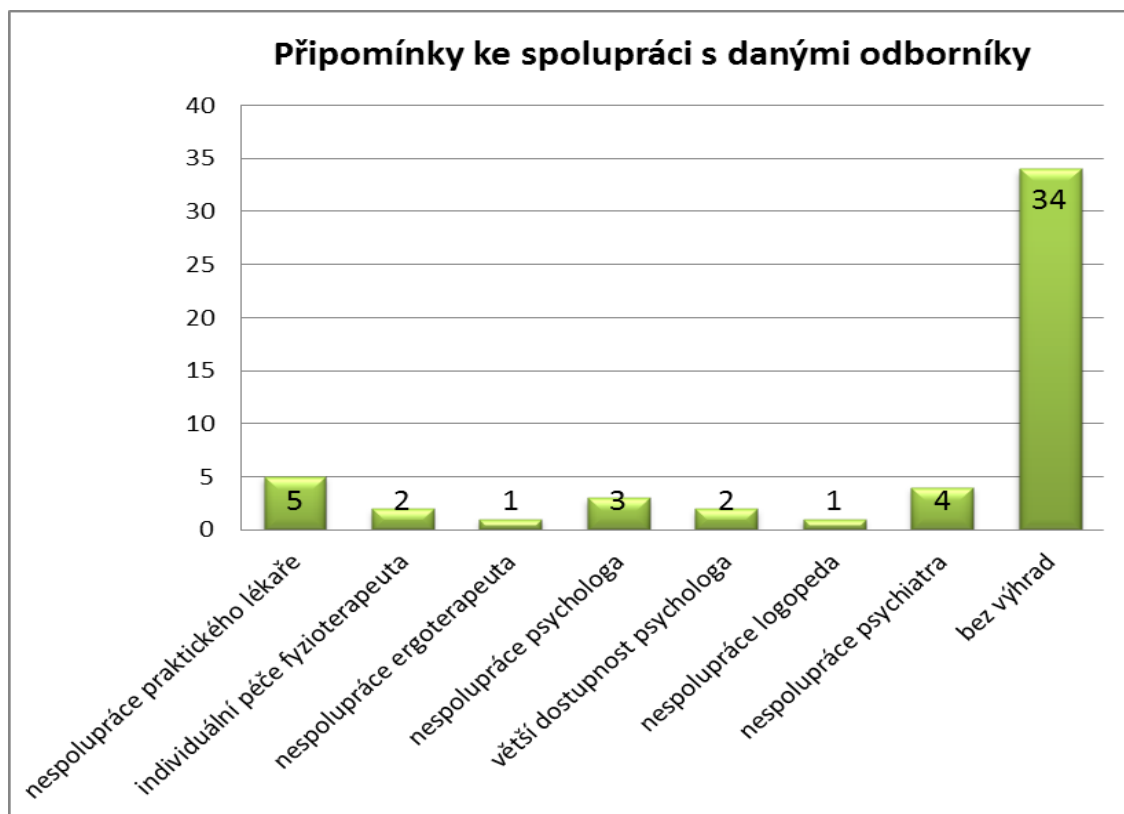
Obr. 10 Graf spolupráce s logopedem

Tento graf znázorňuje shodu prvních tří odpovědí. 4 (7,7 %) respondenti uvedli, že dané zařízení nabízí jejich dítěti s PAS logopedickou péči podle potřeby, další 4 (7,7 %) uvedli denní logopedickou péči a také 4 (7,7 %) dotazovaní uvedli možnost logopedické péče 2x týdně. Druhou nejčastější odpověď uvedlo 10 (19,2 %) respondentů a tou byla možnost docházet k logopedovi 1x týdně. 1x za 2 týdny nabízí své logopedické služby dané zařízení u 7 (13,5 %) dotazovaných. 3 (5,8 %) děti respondentů dochází k logopedovi 1x měsíčně. 19 (36,5 %) dětí respondentů bohužel nemá možnost v rámci daného zařízení využívat logopedickou péči. Pouze 1 (1,9 %) respondent nevěděl, zda jsou logopedické služby v zařízení k dispozici pro jeho dítě s PAS.

Otázka č. 11: Máte nějaké výhrady, připomínky či náměty pro efektivní spolupráci s danými odborníky? (Možnost více zaškrtnout více odpovědí.)

Možnosti:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| a) praktický lékař, uveďte.... | d) psycholog, uveďte.... |
| b) fyzioterapeut, uveďte.... | e) logoped, uveďte.... |
| c) ergoterapeut, uveďte... | f) psychiatr, uveďte.... |



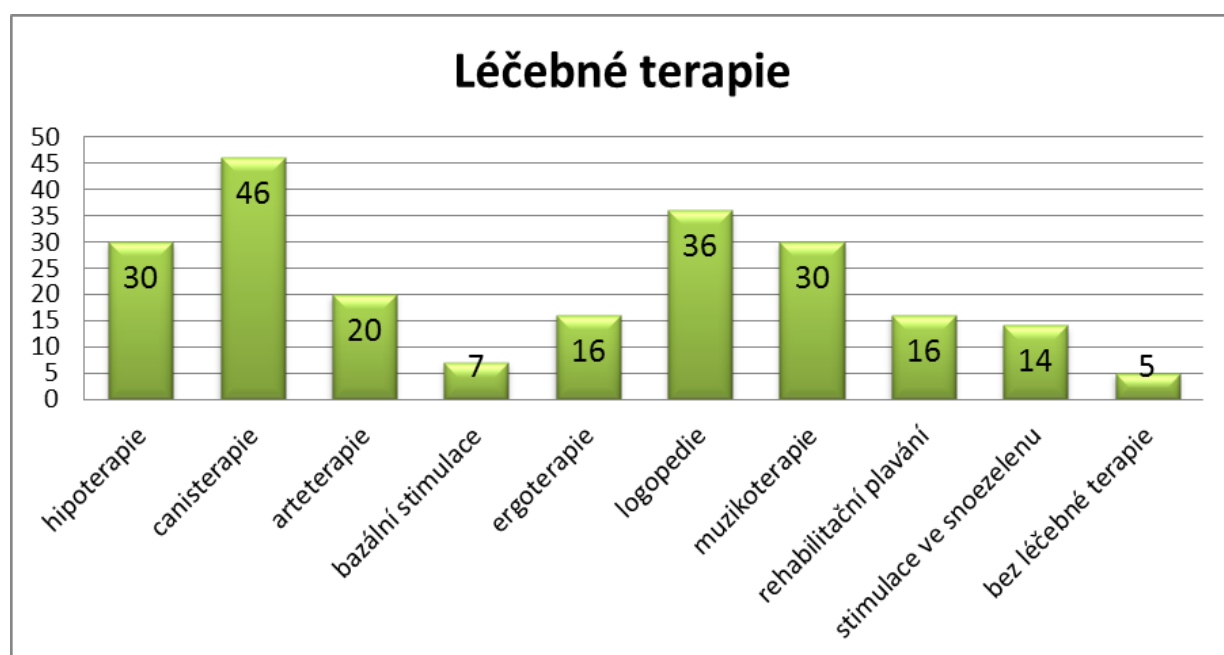
Obr. 11 Graf výhrad a připomínek ke spolupráci s danými odborníky

U otevřené otázky 5 (9,6 %) respondentů uvedlo nespolupráci praktického lékaře. U 2 dotazovaných respondentů (3,8 %) je důležitá individuální péče fyzioterapeuta. Nespolupráci s ergoterapeutem zhodnotil 1 respondent (1,9 %) jako svoji výhradu vůči efektivní spolupráci. 3 (5,8 %) dotazovaní jsou nespokojeni se spoluprací psychologa a 2 (3,8 %) respondenti mají připomínku ke vzdálenosti psychologa, chtějí jeho služby dostupnější. 1 respondent (1,9 %) uvedl nespolupráci logopeda. Výhrada byla i k psychiatrovi, kde odpověděli 4 (7,7 %) respondenti, že nemají možnost s ním spolupracovat. Ve většině, tedy 34 (65,4 %) dotazovaných, byly odpovědi bez připomínek a výhrad. Z tohoto grafu můžeme usuzovat, že spolupráce s danými odborníky je pro respondenty efektivní.

Otázka č. 12: Jako součást léčebné péče dané zařízení nabízí (Možnost zaškrtnout více odpovědí.)

Možnosti:

- a) hipoterapii
- b) canisterapii
- c) arteterapii
- d) bazální stimulaci
- e) ergoterapii
- f) logopedii
- g) muzikoterapii
- h) rehabilitační plavání
- i) stimulaci ve snoezelenu
- j) jiné, uveďte....



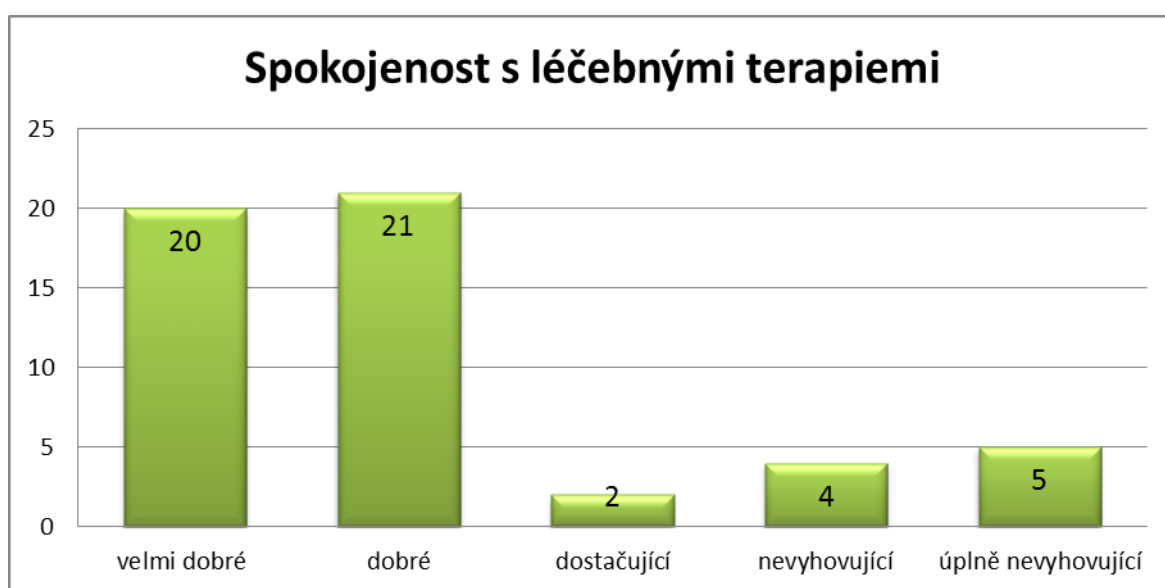
Obr. 12 Graf nabízených léčebných terapií

Respondenti na tuto otázku měli možnost vybrat více odpovědí. 30 (13,6 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě má možnost v daném zařízení vyzkoušet hipoterapii. Nejčastější léčebnou terapií podle 46 (20,9 %) respondentů je canisterapie. Arteterapii nabízí dané zařízení podle 20 (9,1 %) dotazovaných. 7 (3,2 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě dochází na bazální stimulaci. Ergoterapii umožňuje dané zařízení 16 (7,3 %) dětem respondentů. Další nabízenou terapií je podle 36 (16,4 %) respondentů logopedie. Muzikoterapii navštěvuje 30 (13,6 %) dětí dotazovaných. Rehabilitační plavání umožňuje dané zařízení 16 (7,3 %) dětem respondentů. 14 (6,4 %) dětí respondentů navštěvuje místnost určenou k vnímání smyslů, tzn. snoezelen. 5 (2,3 %) dětí respondentů je bez léčebné terapie.

Otázka č. 13: Zhodnoťte celkově, jaká je Vaše spokojenost s výše uvedenými terapiemi?

Možnosti:

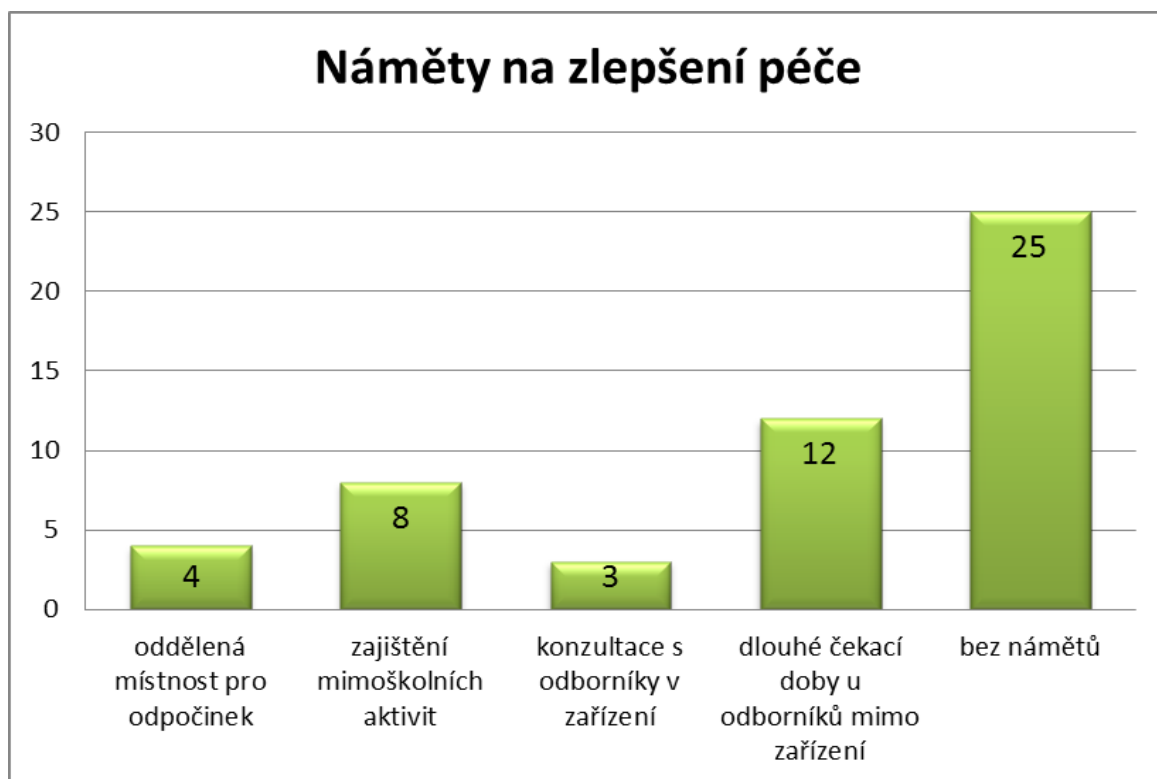
- a) velmi dobré
- b) dobré
- c) dostačující
- d) nevyhovující
- e) úplně nevyhovující



Obr. 13 Graf spokojenosti s výše uvedenými terapiemi

Tento graf znázorňuje spokojenost s uvedenými terapiemi v otázce č. 12. 20 (38,5 %) respondentů je velmi spokojeno s výše uvedenými léčebnými terapiemi. Dobré hodnocení uvedlo 21 (40,4 %) dotazovaných. Pouze 2 (3,8 %) respondenti odpověděli, že jsou pro ně výše uvedené léčebné rehabilitace dostačující. Léčebné terapie v daném zařízení zhodnotili 4 (7,7 %) respondenti pro své dítě jako nevyhovující. Úplně nespokojeno bylo 5 (9,6 %) respondentů. V rámci léčebné (re)habilitace lze zhodnotit z obr. 13 významnost léčebných terapií. Podle odpovědí respondentů je velký výběr terapií v zařízení a jejich hodnocení je převážně kladné.

Otázka č. 14: Prostor pro Vaše náměty na zlepšení péče a služeb v rámci daného zařízení



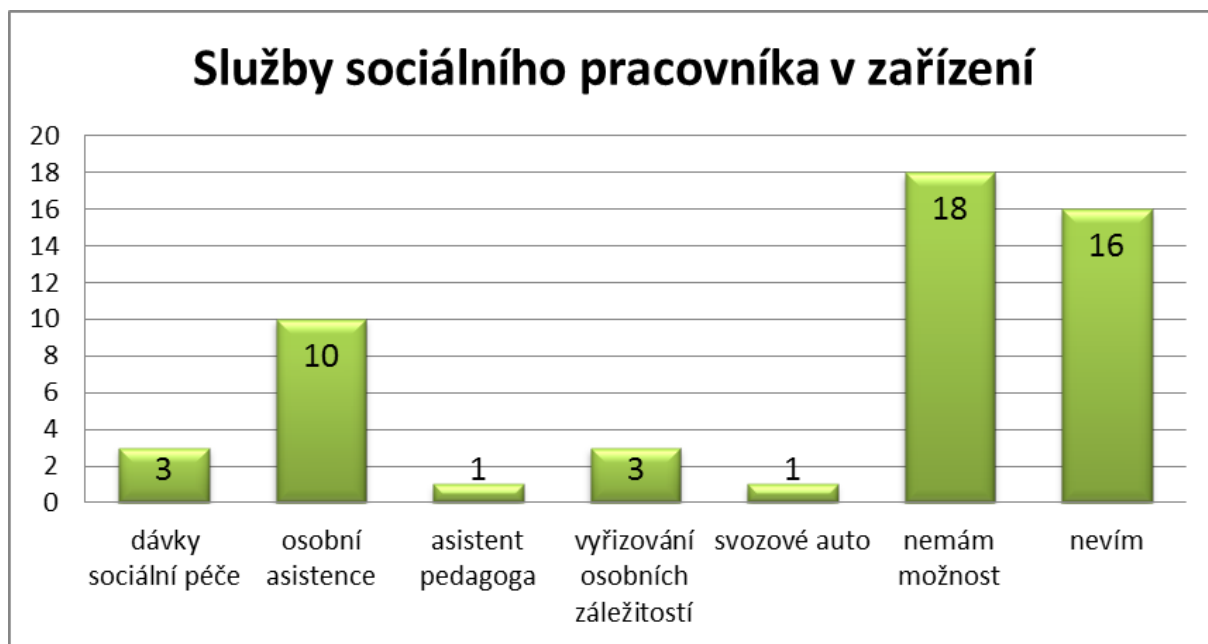
Obr. 14 Graf námětů na zlepšení péče a služeb daného zařízení

Cílem další otázky bylo zjistit, jaké další náměty na zlepšení péče a služeb mají respondenti. Jednalo se o otevřenou otázku, kde byl prostor pro vyjádření k dané otázce. 4 (7,7 %) respondenti by si v daném zařízení přáli oddělenou místnost pro odpočinek dítěte, kde by mohlo individuálně relaxovat. Zajištění různých sportovních aktivit, výletů a jiných činností mimo školu či zařízení by uvítalo 8 (15,4 %) dotazovaných. Námětem k zlepšení péče pro 3 (5,8 %) respondenty je možnost konzultace se všemi odborníky v daném zařízení. Druhou nejčastější odpovědí byly dlouhé čekací doby u odborníků mimo zařízení a to především u dětského psychologa. Takto odpovědělo 12 (23,1 %) dotazovaných. Většina, tedy 25 (48,1 %) dotazovaných, neměla žádné náměty na zlepšení péče a služeb pro děti s PAS.

Otázka č. 15: Máte možnost využívat v rámci daného zařízení služeb sociálního pracovníka?

Možnosti:

- a) ano, uveďte jaké....
- b) ne
- c) nevím



Obr. 15 Graf služeb sociálního pracovníka v daném zařízení

Z celkového počtu 52 (100 %) respondentů odpověděli 3 (5,8 %), že v rámci daného zařízení jim sociální pracovník pomohl zařídit dávky sociální péče. U 10 (19,2 %) respondentů sociální pracovník pomohl zajistit osobního asistenta pro jejich dítě. Asistenta pedagoga pomohl zajistit sociální pracovník 1 (1,9 %) dítěti respondenta. 3 (5,8 %) respondenti uvedli, že jim sociální pracovník pomohl v rámci daného zařízení s vyřizováním osobních záležitostí. Jako pomoc při zajištění svozového auta pro dítě do školy a ze školy uvedl 1 (1,9 %) dotazovaný. Nejvíce respondentů, tedy 18 (34,6 %), odpovědělo, že nemá žádnou možnost spolupracovat v rámci daného zařízení se sociálním pracovníkem. 16 respondentů (30,8 %) nevědělo, jestli má možnost v daném zařízení využívat služeb sociálního pracovníka. Proto se domnívám, že by byla vhodná větší informovanost se strany daných zařízení.

Otázka č. 16: Zhodnoťte celkově význam aktivit sociálního pracovníka a jeho služeb v daném zařízení

Možnosti:

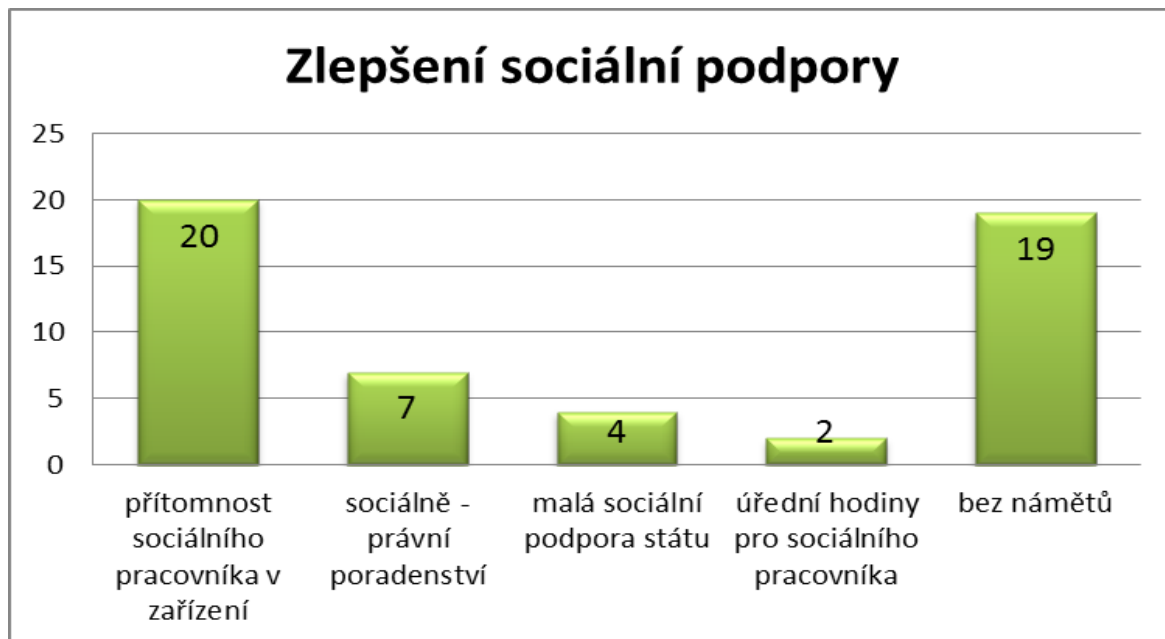
- a) vysoký význam
- b) má význam
- c) nepatrný význam
- d) nemá význam



Obr. 16 Graf hodnocení významu aktivit sociálního pracovníka v zařízení

Podle obr. 16 mají aktivity sociálního pracovníka podle 12 (23,1 %) dotazovaných vysoký význam. Nejvýše hodnotilo 38 (73,1 %) respondentů aktivity sociálního pracovníka v daném zařízení. Pro dotazované a jejich dítě s PAS mají jeho služby a poradenství význam. Nepatrný význam sociálního pracovníka v daném zařízení uvedli pouze 2 (3,8 %) respondenti. Žádný (0 %) respondent neuvěděl, že by sociální pracovník neměl v daném zařízení význam. Z tohoto grafu vyplývá, že jsou služby, pomoc, podpora a poradenství v sociálně – právní oblasti pro respondenty žádané. V rámci sociální rehabilitace by tedy neměly v žádném zařízení pro děti předškolního a školního věku s PAS chybět služby sociálního pracovníka.

Otázka č. 17: Prostor pro Vaše náměty pro zlepšení sociální podpory



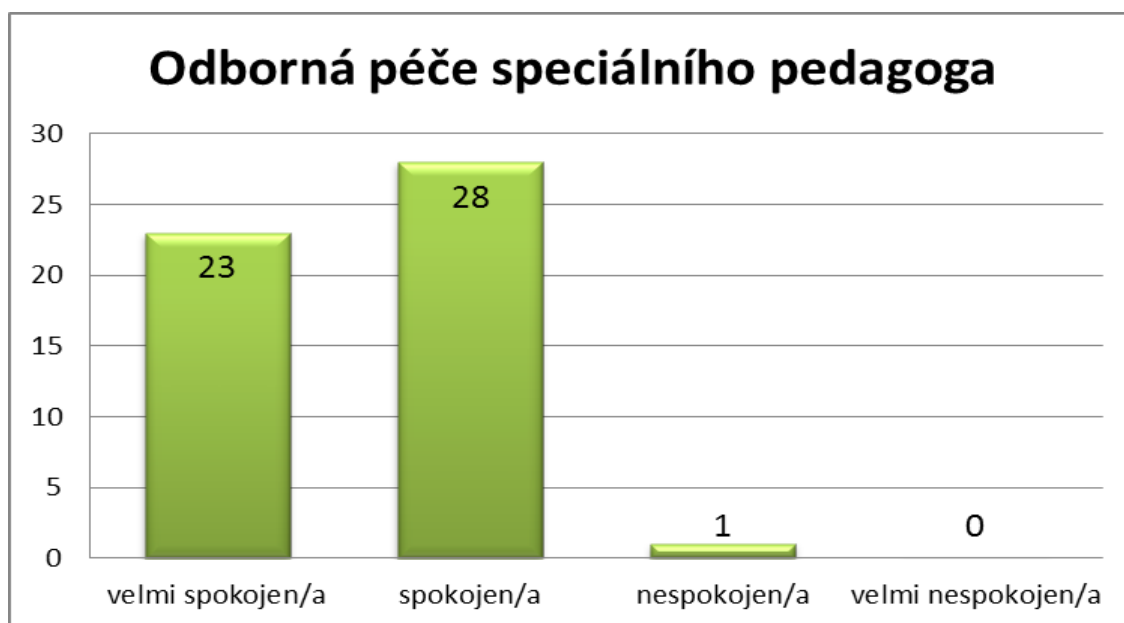
Obr. 17 Graf námětů pro zlepšení sociální podpory

Respondenti u této otevřené otázky měli prostor k vyjádření vlastního námětu pro zlepšení sociální podpory. 20 (38,5 %) respondentů by uvítalo přítomnost sociálního pracovníka v daném zařízení. Podle 7 (13,5 %) dotazovaných chybí v daném zařízení sociálně právní poradenství, chtěli by podpořit při uplatňování práv. Malou sociální podporu státu v oblasti finančního zajištění rodiny s handicapovaným dítětem uvedli 4 (7,7 %) respondenti. Nepravidelnou pracovní dobu u sociálního pracovníka v daném zařízení uvedli 2 (3,8 %) dotazovaní. Respondenti by tedy uvítali pevně stanovené úřední hodiny. Možnost vyjádření vlastního názoru ke zlepšení sociální podpory nevyužilo 19 (36,5 %) respondentů, neměli žádné podněty k této otázce.

Otázka č. 18: Do jaké míry jste spokojen/a s odbornou péčí speciálního pedagoga v daném zařízení?

Možnosti:

- a) velmi spokojen/a
- b) spokojen/a
- c) nespokojen/a
- d) velmi nespokojen/a



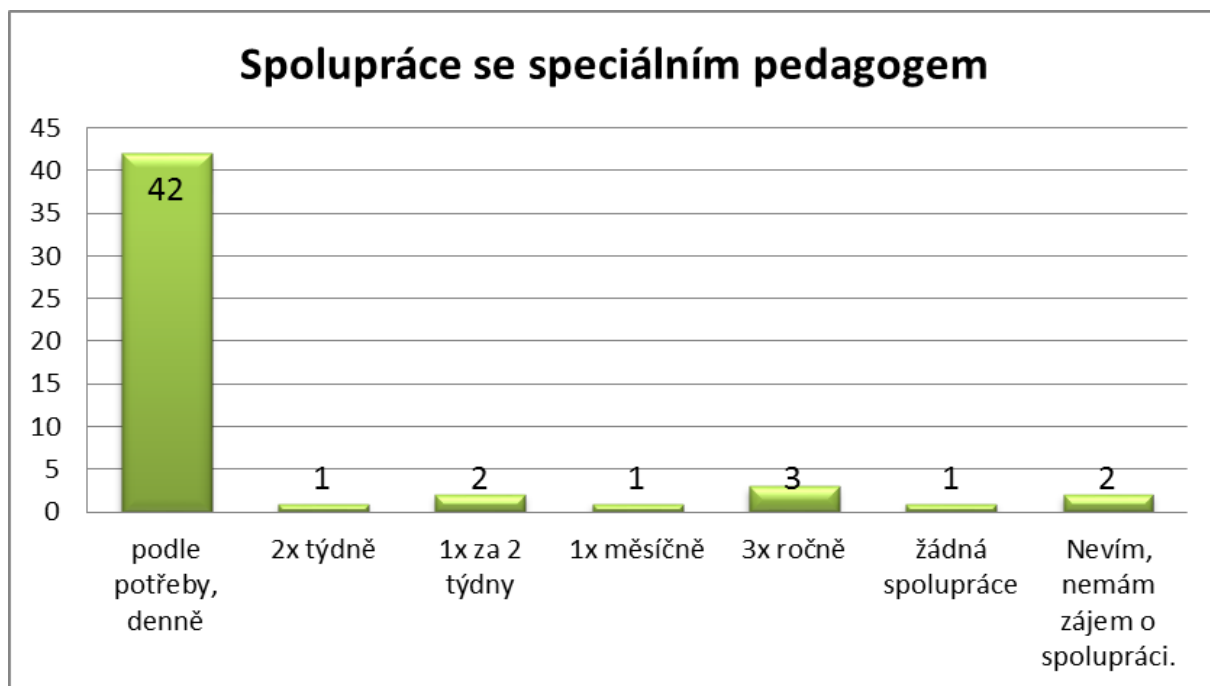
Obr. 18 Graf spokojenosti s odbornou péčí speciální pedagoga

Z celkového počtu 52 (100 %) respondentů bylo velmi spokojeno s odbornou péčí speciálního pedagoga v daném zařízení 23 (44,2 %) respondentů. Nejvíce dotazovaných, tedy 28 (53,8 %), bylo s odbornou péčí speciálního pedagoga spokojeno. Pouze 1 (1,9 %) dotazovaný byl s prací speciálního pedagoga nespokojen. Velmi nespokojen nebyl žádný respondent. Z tohoto grafu lze usuzovat, že vzdělávací postupy, techniky a individuální přístup speciálního pedagoga jsou v rámci pedagogické rehabilitace respondenty hodnoceny velmi kladně. Speciální pedagog je tedy v daných zařízeních jeden z nedůležitějších odborníků se zaměřením na vzdělávání osob s postižením.

Otázka č. 19: Máte možnost spolupracovat se speciálním pedagogem a konzultovat s ním průběh výchovy a vzdělávání Vašeho dítěte?

Možnosti:

- a) ano, mám možnost; uveďte jak často....
- b) ne, nemám možnost
- c) nevím, nemám o spolupráci a konzultace zájem



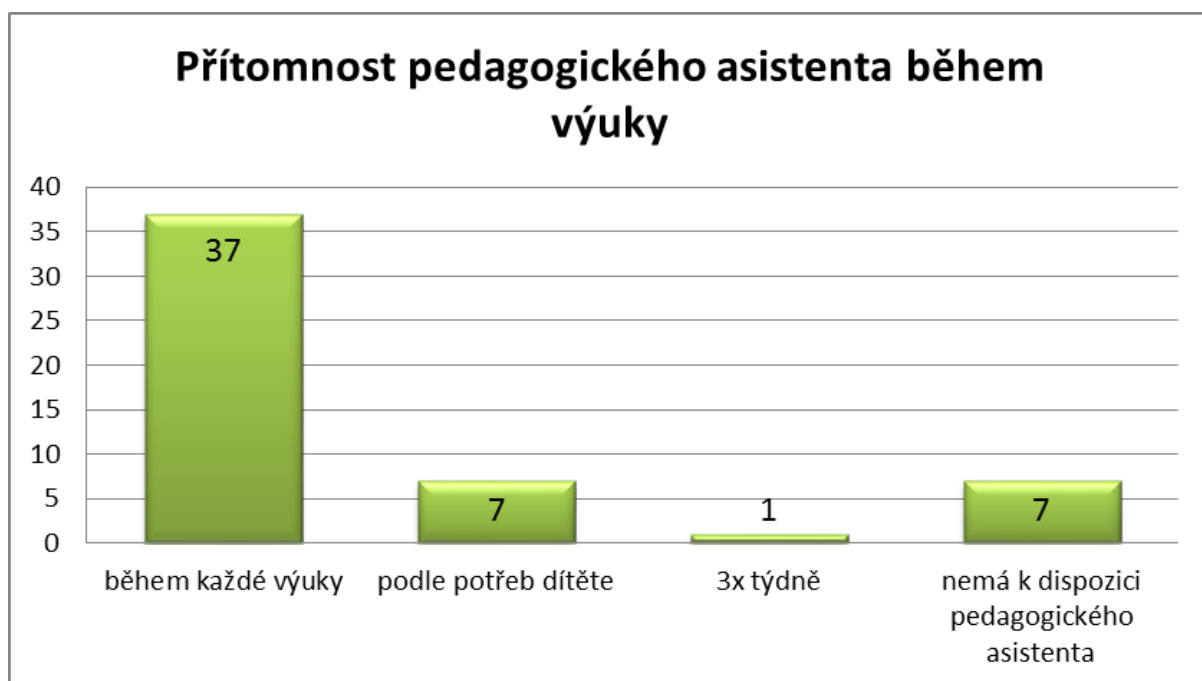
Obr. 19 Graf spolupráce se speciálním pedagogem

Podle 42 (80,8 %) respondentů mohou se speciálním pedagogem spolupracovat podle potřeby nebo denně. Spolupráci 2x týdně uvedl 1 (1,9 %) respondent. 2 (3,8 %) dotazovaní mají možnost spolupráce se speciálním pedagogem 1x za 2 týdny. Konzultace 1x měsíčně uvedl pouze 1 (1,9 %) respondent. U 3 (5,8 %) dotazovaných je spolupráce se speciálním pedagogem v daném zařízení 3x do roka. Žádnou spolupráci ze strany speciálního pedagoga uvedl 1 (1,9 %) respondent. O spolupráci a konzultace se speciálním pedagogem nemají zájem 2 (3,8 %) dotazovaní. Z obr. 19 vyplývá, že respondenti mají o spolupráci a konzultace o průběhu vzdělávání jejich dítěte zájem. Ve většině případů je speciální pedagog v daném zařízení kdykoliv k dispozici jak pro dítě s PAS, tak pro jejich rodiče či pěstouny.

Otázka č. 20: Má Vaše dítě během vyučování k dispozici pedagogického asistenta, který mu pomáhá při výchovných a vzdělávacích činnostech?

Možnosti:

- a) ano, během každé výuky
- b) ano, ale jen někdy; uveďte jak často....
- c) ne, nemá k dispozici pedagogického asistenta



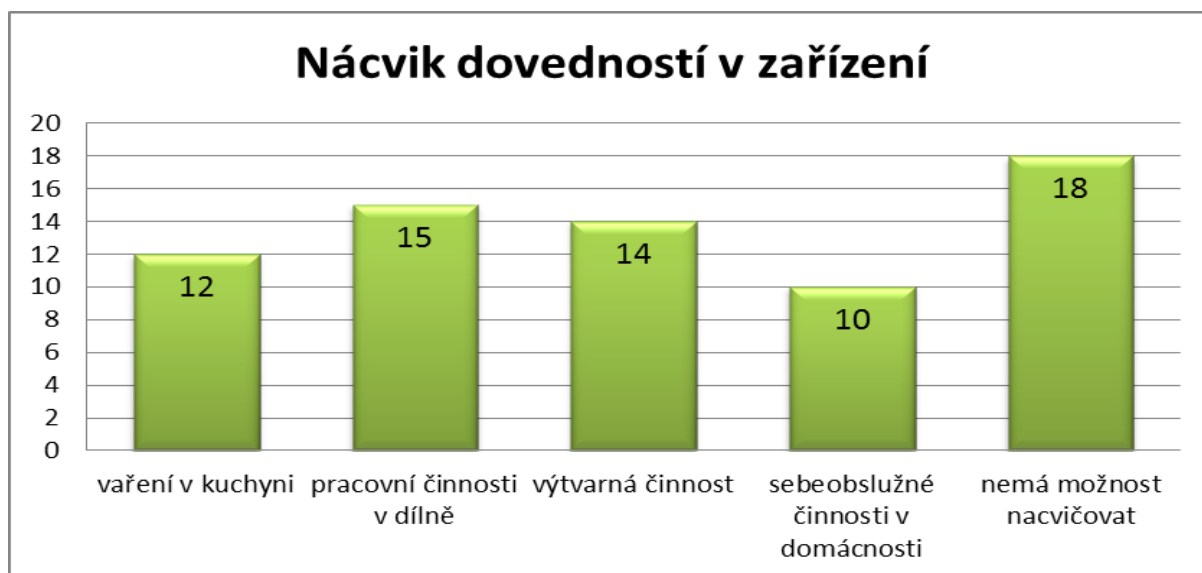
Obr. 20 Graf přítomnosti pedagogického asistenta během vyučování

Tento graf ukazuje, že 37 (71,2 %) dětí respondentů má k dispozici pedagogického asistenta během každé výuky. 7 (13,5 %) respondentů uvedlo, že pedagogický asistent je přítomen během výuky podle potřeb dítěte, tedy individuálně. 3x týdně je k dispozici pedagogický asistent během výuky 1 (1,9 %) dítěti respondentů. Pedagogického asistenta během výuky nemá k dispozici 7 (13,5 %) dětí dotazovaných. V rámci pedagogické rehabilitace je podle odpovědí respondentů kladné, že má většina žáků v předškolním či školním věku pedagogického asistenta během každé výuky.

Otázka č. 21: Má Vaše dítě možnost v daném zařízení trénovat pracovní dovednosti a návyky?

Možnosti:

- a) ano, uveďte jaké....
- b) ne



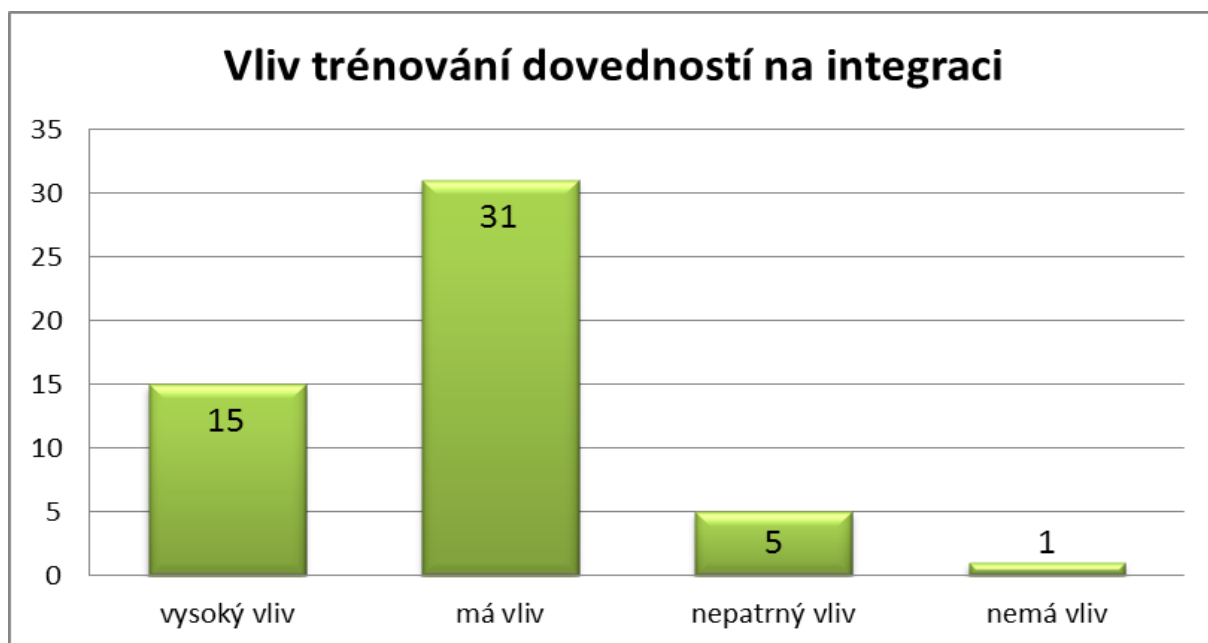
Obr. 21 Graf pracovních dovedností a návyků

Z celkového počtu 52 (100 %) respondentů jich uvedlo 12 (17,4 %), že jejich dítě má možnost v daném zařízení nacvičovat vaření pokrmů v přípravné kuchyni. 15 (21,7 %) dětí respondentů může vykonávat pracovní činnosti v dílně. Výtvarnou činnost v daném zařízení trénuje 14 (20,3 %) dětí dotazovaných. Nácvik sebeobslužných činností v domácnosti trénuje v daném zařízení 10 (14,5 %) dětí dotazovaných. Bohužel 18 (26,1 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě s PAS nemá možnost nacvičovat v daném zařízení pracovní dovednosti a návyky. Z hlediska předpracovní rehabilitace je důležité u předškolních a školních dětí s PAS nacvičovat základní sebeobslužné úkony v domácnosti a to z důvodu integrace do běžné společnosti a zapojení se pracovního procesu.

Otázka č. 22: Zhodnoťte celkově vliv trénování pracovních dovedností v daném zařízení na integraci Vašeho dítěte do běžného života:

Možnosti:

- a) vysoký vliv
- b) má vliv
- c) nepatrný vliv
- d) nemá vliv



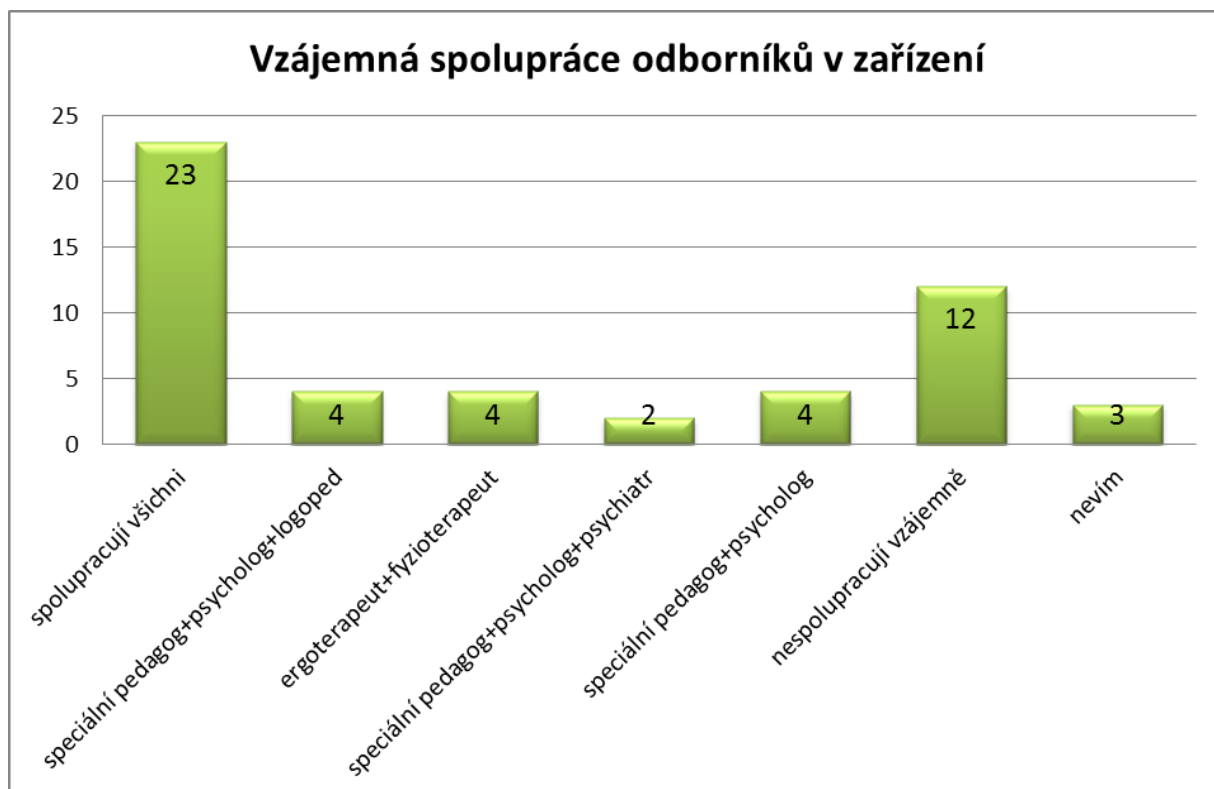
Obr. 22 Graf trénování pracovních dovedností na integraci do společnosti

Podle obr. 22 a odpovědí respondentů lze usoudit, jaký vliv má trénování pracovních dovedností v daném zařízení na integraci jejich dítěte do běžné společnosti. 15 (28,8 %) dotazovaných odpovědělo, že má nácvik pracovních dovedností u jejich dítěte vysoký vliv. Nejvíce, tedy 31 (59,6 %) dotazovaných, uvedlo, že pracovní dovednosti a návyky trénované v daném zařízení má vliv na integraci jejich dítěte do běžného života. Nepatrný vliv pracovních dovedností na integraci do společnosti uvedlo 5 (9,6 %) respondentů. Pouze 1 (1,9 %) respondent uvedl, že pracovní dovednosti a návyky nemají vliv na integraci do společnosti. Z tohoto grafu lze tedy usuzovat, že pro respondenty je důležité, aby se jejich dítě s PAS umělo zapojit do pracovních a sebeobslužných činností. Je nutné v rámci integrace do běžného života, aby tyto dovednosti děti mohly trénovat v každém zařízení.

Otázka č. 23: Spolupracují vzájemně všichni odborní pracovníci v rámci daného zařízení, které Vaše dítě navštěvuje?

Možnosti:

- a) ano, spolupracují všichni
- b) ano, spolupracují vzájemně pouze někteří z nich; uveďte....
- c) ne, nespolupracují vzájemně
- d) nevím



Obr. 23 Graf vzájemné spolupráce všech odborných pracovníků

Výsledky průzkumu podle 23 (44,2 %) respondentů ukazují, že všichni odborní pracovníci vzájemně spolupracují. Ve vzájemné shodě jsou dvě odpovědi respondentů, tedy 4 (7,7 %). První odpovědí byla spolupráce speciálního pedagoga, psychologa a logopeda. Druhou odpověď uvedl stejný počet 4 (7,7 %) respondentů a to spolupráci ergoterapeuta s fyzioterapeutem. Spolupráci speciálního pedagoga, psychologa a psychiatra uvedli 2 (3,8 %) respondenti. Vzájemnou spolupráci speciálního pedagoga a psychologa uvedli 4 (7,7 %) dotazovaní. 12 (23,1 %) respondentů odpovědělo, že odborníci v daném zařízení vzájemně nespolupracují. 3 (5,8 %) dotazovaní nic o vzájemné spolupráci odborných pracovníků nevědělo.

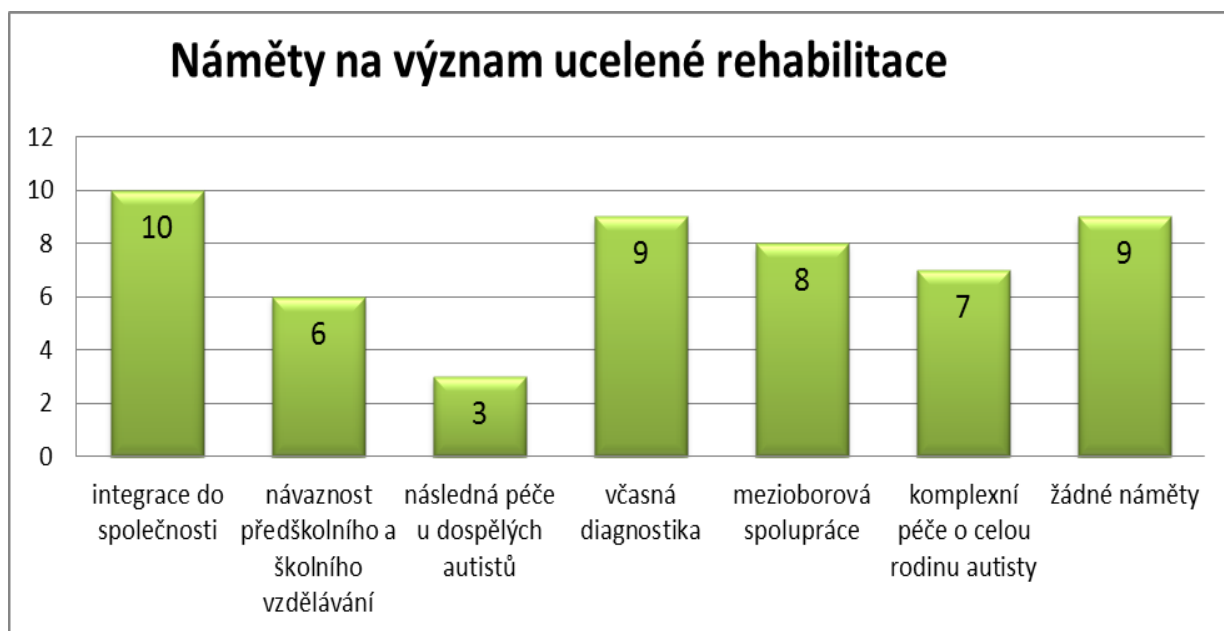
Otázka č. 24: Prostor pro Vaše názory, zkušenosti nebo připomínky, které by vedly k efektivní spolupráci s odbornými pracovníky daného zařízení:



Obr. 24 Graf názorů či zkušeností vedoucí k efektivní spolupráci s odborníky

U otázky č. 24 měli respondenti prostor k volné odpovědi. Mohli se vyjádřit k tématu spolupráce s odbornými pracovníky v daném zařízení, zda mají nějaké připomínky či zkušenosti. Z celkového počtu 52 (100 %) dotazovaných jich 12 (23,1 %) uvedlo, že mají problém s dostupností daného zařízení. Připomínku k individuálnímu přístupu k dítěti ze strany odborných pracovníků mělo 13 (25 %) dotazovaných. Názor, že by se měly konat pravidelné rodičovské schůzky uvedlo 9 (17,3 %) respondentů. 2 (3,8 %) respondentům chybí přítomnost příslušných odborníků v oblasti PAS. U 16 (30,8 %) respondentů převládala odpověď, že nemají žádné připomínky ani názory k danému zařízení či odborným pracovníkům.

Otázka č. 25: Prostor pro Vaše náměty na význam ucelené rehabilitace pro dítě s autismem:



Obr. 25 Graf námětů na význam ucelené rehabilitace

Na tomto grafu jsou znázorněny odpovědi dotazovaných, které ukazují, že 10 (19,2 %) z nich uvedlo význam ucelené rehabilitace v integraci jejich dítěte do společnosti. Dalších 6 respondentů (11,5 %) odpovědělo, že má ucelená rehabilitace význam v návaznosti předškolního a školního vzdělávání. Díky ucelené rehabilitaci je vzdělávání dětí s PAS propojeno. 3 (5,8 %) respondenti dětí s PAS chápou význam ucelené (re)habilitace v následné péči u autistů v dospělém věku. V rámci ucelené rehabilitace pro ně zajistit chráněné bydlení a chráněné pracovní místo. Podle 9 (17,3 %) respondentů je díky ucelené rehabilitaci možná včasná diagnostika PAS u dětí v raném věku. 8 (15,4 %) dotazovaných uvedlo, že ucelená rehabilitace pomáhá v mezioborové spolupráci mezi jednotlivými odborníky. Komplexní péči o celou rodinu autisty si představovalo 7 (13,5 %) respondentů. V rámci ucelené rehabilitace by u trvalé péče měla fungovat pro rodinné příslušníky a opatrovníky respitní péče, tedy krátkodobá úlevová péče. 9 (17,3 %) dotazovaných nemělo žádné náměty na význam ucelené rehabilitace pro jejich dítě s autismem.

6 Diskuze

V této části bakalářské práce se věnuji zodpovězení výzkumných otázek, které byly stanoveny na začátku výzkumné části. Po vyhodnocení dotazníkového šetření jsem odpovědi porovнала s výzkumnými otázkami a dospěla jsem k následujícím výsledkům.

V dotazníku určeném rodičům či zástupcům dětí s PAS v daném zařízení bylo pět otázek identifikačních. Zjišťovalo se pohlaví respondentů (viz obr. 1), příbuzenský vztah k dítěti (viz obr. 2), věk dětí respondentů (viz obr. 3), stanovená diagnóza dítěte (viz obr. 4), zařazení do daného vzdělávacího zařízení (viz obr. 5). U první otázky bylo zjištěno, že nejvíce odpovědi uvedlo 49 žen (94,2 %) a pouze 3 (5,8 %) muži z celkového počtu 52 (100 %) respondentů.

48 (92,3 %) dotazovaných označilo, že jsou matkami dětí s PAS a 3 (5,8 %) respondenti byli otcové. Jako pěstounka se uvedla 1 (1,9 %) dotazovaná, ale zástupce ze strany prarodičů nebyli žádní. Byl zjišťován věk dětí respondentů, kde bylo uvedeno nejvíce u 21 (40,4 %) respondentů, že jejich dítě s PAS je ve věkovém rozmezí 6 – 10 let. Druhou nejčastější odpovědí bylo věkové rozmezí 2 – 5 let u 17 (32,7 %) respondentů. U další otázky byla zjišťována stanovená diagnóza dítěte, kde převažovala odpověď u 19 (36,5 %) dotazovaných s diagnózou dětský autismus. Atypický autismus byl uveden 12 (23,1 %) respondenty jako druhá nejčastější diagnóza u dítěte. Poslední identifikační otázka se vztahovala ke vzdělávacímu zařízení, které dítě s PAS navštěvuje. Nejvíce, tedy 25 (48,1 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě s PAS dochází do školy speciální a 18 (34,6 %) dotazovaných zařadilo svoje dítě do mateřské školy speciální.

Výzkumná otázka č. 1: Jsou rodiče dětí s PAS spokojeni se spoluprací s odbornými pracovníky v rámci léčebné (re)habilitace?

K této výzkumné otázce se vztahuje 6 položek z dotazníkového šetření – otázka č. 6, 7, 8, 9, 10 a 11. Cílem 6. dotazníkové otázky bylo zjistit, zda jsou respondenti spokojeni či nespokojeni se spoluprací s praktickým lékařem. Nejvíce, tedy 23 (44,2 %) respondentů bylo spokojeno se spoluprací s praktickým lékařem a pouze o jednu odpověď méně měla druhá nejčastější odpověď a tou byla velká spokojenost u 22 (42,3 %) dotazovaných (viz obr. 6). Výsledky výzkumu u otázky č. 6 ukazují, že praktický lékař pro děti a dorost funguje velice dobře a že rodiče či zástupci dětí s PAS se mohou na tuto spolupráci spolehnout. Domnívám

se, že díky této spolupráci se zlepšila raná diagnostika u dětí s PAS a rodiče (zástupci) mají možnost podniknout veškeré důležité kroky k zapojení svého dítěte do systému ucelené (re)habilitace.

Dotazníková otázka č. 7 poukazuje, jaká je spolupráce s fyzioterapeutem v rámci léčebné rehabilitace. Zarážející je výsledek výzkumu, ve kterém 30 (57,7 %) respondentů uvedlo, že jejich děti s PAS nemají možnost fyzioterapie. Z předchozího výzkumu (viz obr. 5) jsme zjistili, že děti respondentů nejvíce navštěvují školy speciální a mateřské školy speciální, proto se domnívám, že by právě v těchto vzdělávacích zařízeních neměla fyzioterapie a ani jiné metody (např. Vojtova) chybět. V rámci rehabilitace je důležité u dětí podporovat jejich přirozený vývoj a největší snahou je dosáhnout vývoje fyziologického, proto je pro daná zařízení tento výsledek výzkumu varující.

V otázce týkající se spolupráce s ergoterapeutem v daném zařízení uvedlo 30 (57,7 %) respondentů, že jejich dítě je bez ergoterapie (viz obr. 8). Výsledek výzkumu je totožný s předchozím výsledkem týkající se fyzioterapie, proto se domnívám, že také nepřítomnost ergoterapie v zařízeních pro děti s PAS je chybná. Ergoterapie je důležitou součástí ucelené (re)habilitace u dětí s PAS. Má vliv na jejich integraci do společnosti a proto by měla být zařazena do každého vzdělávacího programu. Domnívám se, že díky ergoterapii si dítě může osvojit základní pracovní činnosti a dovednosti a díky tomu být v dospělosti samostatnější, popřípadě se může zařadit do pracovního procesu.

U výzkumné otázky č. 9 graf poukazuje na to, že spolupráce s psychologem či psychiatrem v rámci poradenského pracoviště je u 18 (34,6 %) respondentů podle potřeby jejich dítěte. Bohužel 17 (32,7 %) dotazovaných nemá možnost docházet s dítětem s PAS k psychologovi či psychiatrovi. U této otázky se domnívám, že někteří rodiče dochází s dítětem k externímu psychologovi či psychiatrovi, proto nevyužívají možnosti spolupráce s poradenským pracovištěm v daném zařízení. Z mého hlediska má dětský psycholog nezastupitelnou roli v životě dítěte s PAS a jeho rodiny. Pokud tedy rodič dítěte nemá možnost docházet k externímu psychologovi, měly by být jeho služby dostupné v daném zařízení, kam dítě dochází.

19 (36,5 %) respondentů uvedlo u otázky č. 10, že nemá možnost spolupracovat s logopedem. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že logoped s dítětem s PAS spolupracuje 1x týdně, tak to uvedlo 10 (19,2 %) respondentů. Tato spolupráce je z mého hlediska také nedostačující, protože logopedie je součástí speciální pedagogiky a mnoho dětí s PAS má

problémy s dorozumíváním. V rámci ucelené (re)habilitace by logoped neměl chybět v žádném vzdělávacím zařízení pro děti s PAS.

Výzkum u otevřené otázky č. 11 ukazuje, jaké výhrady či připomínky měli respondenti ke spolupráci s danými odborníky. Více jak polovina, 34 (65,4 %), dotazovaných neměla žádné výhrady ani připomínky. Z grafu lze tedy usoudit, že spolupráce s danými odborníky je efektivní a vzájemná.

Výzkumná otázka č. 2: Nabízí dané zařízení dětem s PAS léčebné terapie v rámci léčebné (re)habilitace?

K této výzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 12 a 13. U otázky č. 12 výzkum u vybraného vzorku respondentů ukazuje, že nejčastější léčebnou terapií je, podle 46 (20,9 %) dotazovaných, canisterapie. Poté podle 36 (16,4 %) respondentů následuje logopedie a třetí nejčastější odpovědí byla podle 30 (13,6 %) dotazovaných hipoterapie. Rodiče (pěstounka) měli u této otázky možnost vybrat více odpovědí. Je patrné, že daná zařízení nabízejí velké množství léčebných terapií, takže si rodiče mohou vybrat takovou terapii, která má na jejich dítě pozitivní vliv. Ale i u této otázky se objevilo 5 (2,3 %) respondentů, kteří uvedli, že jejich dítě nemá v daném zařízení žádnou nabídku léčebných terapií. Myslím si, že léčebné terapie by měly být součástí ucelené (re)habilitace a vzdělávacího programu z toho důvodu, že umožňují dětem s PAS rozšířit si obzory, uvolnit se, naučit se vnímat své tělo, přivyknout si na svět, který je pro ně cizí.

U otázky č. 13 jsem zjišťovala, jaká je spokojenost respondentů s výše uvedenými léčebnými terapiemi. Z obr. 13 vyplývá, že díky velké nabídce těchto terapií 21 (40,4 %) respondentů zhodnotilo nabízené terapie jako dobré a 20 (38,5 %) respondentů jako velmi dobré.

Otázka č. 14 se nevztahuje k žádné výzkumné otázce. Jedná se o otevřenou (doplňkovou) otázku k danému zařízení. Zajímalo mne, jestli respondenti měli nějaké náměty na zlepšení péče a služeb v rámci daného zařízení. Nejvíce, tedy 25 (48,1 %), respondentů nemělo žádné náměty a z toho vyvozují závěr, že jsou dotazovaní spokojeni s péčí a službami daného zařízení. Druhá nejčastější odpověď se týkala u 12 (23,1 %) respondentů dlouhé čekací doby u externích odborníků. Touto odpovědí respondenti nejspíše chtěli uvést, že je málo odborníků zaměřených na problematiku s PAS. Proto mnoho pacientů musí dlouho čekat na spolupráci. Týká se to zejména dětských psychologů. 8 (15,4 %) respondentů

požadovalo, aby dané zařízení umožnilo jejich dítěti s PAS mimoškolní aktivity. Především aktivity sportovní, různé výlety a činnosti v zájmových kroužcích. 4 (7,7 %) respondenti by chtěli v daném zařízení pro své dítě oddělenou relaxační místnost a 3 (5,8 %) dotazovaní by rádi využívali konzultační hodiny s odborníky v daném zařízení.

Výzkumná otázka č. 3: Umožňuje předškolní nebo školní zařízení rodinám s dětmi s PAS sociální poradenství?

K výzkumné otázce č. 3 se vztahují dotazníkové otázky č. 15, 16, 17. Na otázku č. 15, kde jsem se respondentů dotazovala, zda mají možnost využívat v rámci daného zařízení služeb sociálního pracovníka mi 18 (34,6 %) dotazovaných odpovědělo, že nemá možnost těchto služeb využívat. V rámci ucelené (re)habilitace by měl být v každém speciálně zaměřeném zařízení sociální pracovník, který je odborným rádcem v sociální oblasti. Sociální pracovník informuje rodiče o různých oblastech: o dávkách sociální péče, o možnostech bezbariérového bydlení, o službách osobních asistentů pro dítě s PAS, o odlehčovacích službách pro rodinu dítěte. Sociální pracovník pomáhá při vyřizování osobních záležitostí (úřady apod.) a podporuje při uplatňování práv dítěte s PAS a jeho rodiny. Proto mě tedy překvapuje, že 16 (30,8 %) respondentů neví, zda je v daném zařízení sociální pracovník, který by jim v případě potřeby mohl pomoci. Ze strany daných zařízení je v této oblasti nízká informovanost.

10 (19,2 %) dotazovaných uvedlo, že jim sociální pracovník pomohl zařídit osobní asistenci pro jejich dítě s PAS. Se stejným počtem odpovědí, tedy 3 (5,8 %), respondenti uvedli, že sociální pracovník jim pomohl zařídit dávky sociální péče a také jim pomohl při vyřizování osobních záležitostí. Také u posledních dvou bodů byla totožná odpověď. 1 respondent (1,9 %) uvedl, že díky službám sociálního pracovníka má jeho dítě k dispozici asistenta pedagoga a další 1 (1,9 %) dotazovaný má možnost díky sociálnímu pracovníkovi využívat k dopravě do zařízení a zpět svozové auto (viz obr. 15).

U otázky č. 16, kde jsem se respondentů ptala, zda mají aktivity sociálního pracovníka význam, tak mi odpovědělo 38 (73,1 %) dotazovaných, že jeho služby mají v daném zařízení význam. 12 (23,1 %) respondentů vidělo vysoký význam v aktivitách sociálního pracovníka v daném zařízení. 2 (3,8 %) dotazovaní uvedli nepatrný význam při poskytování jeho služeb. Žádný respondent si nemyslel, že by aktivity sociálního pracovníka neměly v daném zařízení

význam. Z toho grafu usuzuji, že sociální pracovník je pro respondenty důležitou součástí odborného týmu pracovníků v daném zařízení.

Poslední otázka, vztahující se k výzkumné otázce č. 3, byla otázkou otevřenou. Respondenti měli prostor k vyjádření svých názorů pro zlepšení sociální podpory v daném zařízení (viz obr. 17). 20 (38,5 %) dotazovaných by chtělo využívat služeb sociálního pracovníka v daném zařízení, ale nemá tu možnost. 19 (36,5 %) respondentů nemělo k otázce zlepšení sociální podpory žádné náměty. Z toho vyvozují závěr, že jsou se službami sociálního pracovníka v daném zařízení spokojeni. 7 (13,5 %) respondentů by uvítalo poradenství v sociálně – právní oblasti. Odpověď, že je malá sociální podpora státu uvedli 4 (7,7 %) respondenti. Bohužel v rámci daného zařízení není v silách sociálního pracovníka na základě tohoto námětu změnit problém týkající se státní sociální podpory. Je pouze schopen poradit rodičům, jak se v problematice dávek a příspěvků orientovat. 2 (3,8 %) dotazovaní uvedli, že sociální pracovník v daném zařízení nemá pevně stanovenou pracovní dobu. Z této odpovědi mi vyplývá, že sociální pracovník je v daném zařízení přítomen, ale není pro rodiče dětí k zastížení, proto vyžadují stanovené úřední hodiny.

Výzkumná otázka č. 4: Jsou rodiče dětí s PAS spokojeni s průběhem vzdělávání v daném zařízení?

Na výzkumnou otázku si odpovídám na základě grafů, které jsou označeny číslem 18 až 20. Otázkou č. 18 jsem zjišťovala, do jaké míry jsou respondenti spokojeni s odbornou péčí speciálního pedagoga. Speciální pedagog má důležitou funkci při vzdělávání a výchově dětí s PAS, proto je nedílnou součástí každého speciálního zařízení. 28 (53,8 %) dotazovaných uvedlo spokojenost se vzdělávacími postupy, metodami a individuálním přístupem speciálního pedagoga. 23 (44,2 %) dotazovaných uvedlo velkou spokojenost s odbornou speciálně – pedagogickou péčí. Nespokojen byl pouze 1 (1,9 %) respondent a velmi nespokojen nebyl žádný respondent.

U dotazníkové otázky č. 19 bylo cílem zjistit, zda má respondent možnost spolupracovat se speciálním pedagogem a konzultovat s ním průběh výchovy a vzdělávání dítěte s PAS. V nadpoloviční většině, tedy 42 (80,8 %) respondentů, byly odpovědi takové, že záleží na potřebách dítěte, zda v daný moment vyžaduje pomoc speciálního pedagoga. V rámci ucelené (re)habilitace a dle zjištění z mého výzkumu je zřejmé, že speciální pedagog spolupracuje s rodiči dítěte nejvíce ze všech odborníků z daného zařízení. Na otázku č. 20,

zda má dítě respondenta během vyučování k dispozici pedagogického asistenta, odpovědělo 37 (71,2 %) dotazovaných, že je přítomen u dítěte během každé výuky. Z tohoto zjištění usuzují, že pedagogický asistent funguje jako důležitý člen při výchovných a vzdělávacích činnostech. 7 (13,5 %) respondentů se shodlo ve dvou odpovědích a to že je pedagogický asistent přítomen během výuky podle potřeb dítěte anebo není během výuky dítěti k dispozici. 1 (1,9 %) respondent uvedl přítomnost pedagogického asistenta 3x týdně.

Výzkumná otázka č. 5: Je dětem s PAS umožněna předpracovní (re)habilitace v daném zařízení?

Do této výzkumné otázky spadají dotazníkové otázky č. 21 a 22. U otázky č. 22 jsem zjišťovala, zda má dítě respondenta možnost trénovat pracovní dovednosti a návyky. Z mého hlediska je trénování domácích činností u dětí s PAS (např. vaření pokrmů, péče o vlastní osobu, výroba předmětů) velmi důležité z toho důvodu, že díky těmto dovednostem mohou samostatněji fungovat a snadněji se zařadí do společnosti svých vrstevníků. Proto mne nemile překvapilo, že 18 (26,1 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě s PAS nemá možnost nacvičovat pracovní dovednosti. 15 (21,7 %) dotazovaných odpovědělo, že jejich dítě vytváří produkty v dílně. Poté 14 (20,3 %) dětí respondentů trénuje výtvarnou činnost. Důležitou součástí života je příprava a také vaření pokrmů. Tuto možnost, v přípravné kuchyni daného zařízení, uvedlo 12 (17,4 %) respondentů a 10 (14,5 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě má možnost nacvičovat v daném zařízení sebeobslužné činnosti v domácnosti. Dotazníková otázka č. 22 se týkala celkového zhodnocení vlivu trénování pracovních dovedností na integraci dítěte s PAS do společnosti. 31 (59,6 %), tedy více jak polovina, respondentů uvedlo, že trénování pracovních dovedností má vliv na integraci dětí s PAS do běžného života. Pouze 1 (1,9 %) respondent odpověděl, že procvičování pracovních dovedností nemá vliv na integraci do společnosti.

Výzkumná otázka č. 6: Je týmová spolupráce odborných pracovníků v daném zařízení efektivní?

Dotazníková otázka č. 23 se zabývala vzájemnou spoluprací všech odborníků v daném zařízení, do kterého dítě dochází. 23 (44,2 %) respondentů uvedlo, že spolupracují všichni odborní pracovníci v rámci daného zařízení. V rámci ucelené (re)habilitace je tato vzájemná

spolupráce v daném zařízení důležitá jak pro děti s PAS, tak pro jejich rodiče. 12 (23,1 %) respondentů uvedlo, že odborníci v daném zařízení vzájemně nespolupracují. Poté se odpovědi týkaly spolupráce jednotlivých odborníků. Návaznost péče a služeb hraje důležitou roli v životě dětí s PAS. V otevřené otázce č. 23 měli respondenti možnost vyslovit svoje názory, zkušenosti nebo připomínky, které by vedli k efektivní spolupráci s odbornými pracovníky. 16 (30,8 %) respondentů nemělo žádné připomínky ani náměty, proto se domnívám, že jsou se spoluprací s danými odborníky v zařízení spokojeni. 13 (25 %) dotazovaných požadovalo individuální přístup k dítěti. Podle mého názoru by každé dítě s PAS mělo mít svého osobního asistenta a tak by byla vyslyšena tato připomínka. V daných zařízeních je větší počet dětí, proto si myslím, že pracovníci nemají tolik možností se individuálně věnovat každému dítěti. 12 (23,1 %) respondentů uvedlo problém v dostupnosti zařízení. Tento problém zřejmě vyplývá z nedostatku vzdělávacích zařízení, které se věnují problematice autismu. 9 (17,3 %) respondentů by uvítalo pravidelné rodičovské schůzky. Dle mého názoru takto rodiče odpověděli, protože chtějí získat více informací o vzdělávání (výchově) svého dítěte. 2 (3,8 %) respondenti uvedli, že by chtěli příslušné odborníky v daném zařízení, ale neuvedli, jaké odborníky mají konkrétně na mysli.

Poslední dotazníková otázka č. 25 se nevztahuje k žádné výzkumné otázce, ale vztahuje se k hlavnímu cíli mé bakalářské práce. U této otázky měli dotazovaní volný prostor k vyjádření názoru na význam ucelené (re)habilitace u dítěte s PAS. 10 (19,2 %) respondentů vidělo význam v integraci jejich dítěte do společnosti. Pro 9 (17,3 %) respondentů je důležitá včasná diagnostika a stejný počet dotazovaných, tedy také 9 (17,3 %), nemělo k mému dotazu žádné náměty. 8 (15,4 %) respondentů uvedlo, že díky ucelené (re)habilitaci dochází ke spolupráci mezi jednotlivými odborníky z různých oborů. 7 (13,5 %) dotazovaných by si přálo v rámci ucelené rehabilitace komplexní péči o celou rodinu.

Myslím si, že v daných zařízeních by měla fungovat informovanost o možnostech pomoci od různých odborníků (např. psycholog) a také možnost respitní péče. 3 (5,8 %) respondenti se obávají budoucnosti u svého potomka s PAS, proto doufají, že v rámci ucelené rehabilitace by bylo možné vypracovat návrh, který by vyřešil problém následné péče u dospělých autistů. Mělo by být podporováno chráněné bydlení a chráněná pracovní místa. Pro mnoho autistů by byla důležitá pomoc při zajištění osobní asistence. Dle mého názoru je v dnešní době velké množství informací pro rodiče dětí s PAS. Mají možnost získávat nové poznatky z literatury, internetových zdrojů, letáků a masmédií (rozhlas, televize, tisk).

7 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat názory rodičů na význam ucelené (re)habilitace u dítěte s poruchami autistického spektra (PAS) a odhalit možné problémy a rezervy plynoucí ze vzájemné spolupráce rodiny a daného zařízení v kontextu ucelené (re)habilitace. Hlavním důvodem, proč jsem si téma ucelené (re)habilitace u osob s autismem zvolila, bylo to, že jsem sama během školních praxí neviděla dostatečnou koordinaci a provázanost léčebné, předpracovní, sociální a pedagogické (re)habilitace. Zajímalo mne tedy názor rodičů (zástupců) dětí s PAS, jestli můj názor v dotazníku potvrdí či vyvrátí.

V teoretické části byly naplněny hned čtyři cíle práce. Byla představena problematika ucelené (re)habilitace, její historický vývoj, kde je patrné, že od 19. století proběhl značný posun směrem vpřed. Bohužel v České republice je ze složek ucelené rehabilitace právně upravena pouze pracovní rehabilitace, a to v zákoně o zaměstnanosti. Je také nutné uzákonit ostatní složky ucelené (re)habilitace, aby bylo dosaženo komplexnosti. Zachytila jsem zde v rámci ucelené (re)habilitace i *„Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014“* a *„Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením a o změně a doplnění některých dalších zákonů“*. Jedná se o strategické a mezinárodní dokumenty, proto mi přišlo důležité se o nich zmínit. V druhé části teorie jsem nastínila přehled vývoje autismu od minulosti po současnost.

Podpora a pomoc rodinám od začátku vývoje dítěte vede ke zmírnění rituálního chování. Pokud je dítě vzděláváno dříve, než se začnou objevovat problémy, může dojít k lepšímu začlenění do společnosti. Důležitá je u autistů raná intervence, které je potřeba finančně podpořit. Preventivní kroky v raném dětství jsou mnohem účinnější, než-li pozdější řešení vzniklých problémů a hledání nákladné léčby. (Howlin, 2005, s. 270)

Byly shrnuty základní informace o klasifikaci, diagnostice a charakteristice poruch autistického spektra. Zaměřovala jsem se na problematiku cílové skupiny, tzn. děti od předškolního věku až po ukončení povinné školní docházky.

Výzkum přinesl mnoho poznatků, které přispívají odborným pracovníkům ve speciálních zařízeních, rodičům dětí s PAS, ale i laikům zabývajících se touto problematikou. Z průzkumu vyplývá, že vzájemná propojenost v daných zařízeních chybí. Stále je nedostatek odborníků, zejména dětských psychologů. Velmi záleží na mezioborovém proškolení v oblasti

komplexnosti ucelené (re)habilitace u osob s autismem. Dle výsledků dotazníkového šetření se domnívám, že je velice dobrá spolupráce s praktickým lékařem, proto se i zřejmě zlepšila včasná diagnostika u dětí v raném věku. K zamyšlení je nespolečná spolupráce fyzioterapeuta, ergoterapeuta a logopeda. Právě tito odborníci mají zásadní vliv na psychomotorický vývoj dítěte s PAS.

V dnešní době je široká povědomost o problematice autismu, ale stále je potřeba, zejména rodičům dětí s PAS, v rámci ucelené (re)habilitace zajistit podporu a pomoc během vývoje života jejich dítěte. Důležité je proškolení a informovanost personálu v zařízeních specializujících se na problematiku PAS.

Soupis bibliografických citací

1. BEYER, Jannik a Lone GAMMELTOFT a [z anglického originálu ... přeložila Miroslava JELÍNKOVÁ]. *Autismus a hra: příprava herních aktivit pro děti s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7157-3.
2. BONDY, Andy a Lori FROST. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 129 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4720-531.
3. BRUTHANSOVÁ, Daniela a Věra JEŘÁBKOVÁ. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2012, 73 s. ISBN 978-807-4161-025.
4. ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ. *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 405 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-807-3674-755.
5. DUBIN, Nick a [z anglického originálu ... přeložila Miroslava JELÍNKOVÁ]. *Šikana dětí s poruchami autistického spektra*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 178 s. ISBN 978-807-3675-530.
6. HOWLIN, Patricia a [z anglického originálu ... přeložila Miroslava JELÍNKOVÁ]. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 295 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7041-0.
7. HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 206 s. ISBN 80-717-8813-9.
8. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001, 158 s. ISBN 80-725-4192-7.
9. JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995, 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
10. KAŠÍKOVÁ, Martina. *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014: schválený usnesením vlády České republiky ze dne 29. března 2010 č. 253*. Praha: Úřad vlády České republiky,

sekretariát Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, 2010, 55 s. ISBN 978-80-7440-024-7.

11. LECHTA, Viktor (ed.). *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. 1 vyd. Praha: Portál, 2010, 435 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
12. OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010, 44 s. ISBN 978-808-7240-335.
13. PATRICK, Nancy J. a [z anglického originálu ... přeložila Miroslava JELÍNKOVÁ]. *Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra: tipy a strategie pro každodenní život*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 157 s. ISBN 978-807-3678-678.
14. PEETERS, Theo a [z anglického originálu ... přeložila Miroslava JELÍNKOVÁ]. *Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. 1. vyd. Praha: Scientia, 1998, 169 s. ISBN 80-718-3114-X.
15. RICHMAN, Shira a [z anglického originálu ... přeložila Miroslava JELÍNKOVÁ]. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 127 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7102-6.
16. SCHOPLER, Eric a Gary B. MESIBOV a [z anglického originálu ... přeložila Miroslava JELÍNKOVÁ]. *Autistické chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997, 303 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8133-9.
17. SCHOPLER, Eric, Robert J. REICHLER, Margaret LANSING a [z anglického originálu ... přeložily Miroslava JELÍNKOVÁ a Věra POKORNÁ]. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami: příručka pro učitele i rodiče*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 271 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8199-1.
18. THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 453 s. ISBN 80-736-7091-7.
19. VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

Elektronické zdroje:

1. ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Osud koordinované rehabilitace* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 17. 10. 2011 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z WWW: <[http:// www.mpsv.cz/cs/11618](http://www.mpsv.cz/cs/11618) >.
2. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením a o změně a doplnění některých dalších zákonů* [online]. 4. 6. 2003 [cit. 2013-05-18]. Dostupné z WWW: <[http:// www.nrzp.cz/dokumenty/vzz-o-rehabilitaci-ozp.pdf](http://www.nrzp.cz/dokumenty/vzz-o-rehabilitaci-ozp.pdf) >.

Seznam příloh

- A. Občanská sdružení, zdravotnická zařízení, vzdělávací zařízení a internetové zdroje zabývající se problematikou PAS
- B. Charta práv osob trpících autismem
- C. Diagnostické kategorie pervazivních vývojových poruch podle MKN-10 (2009)
- D. Obecné rysy raného vývoje u zdravých dětí – hra, komunikace a sociální vztahy
- E. Dotazník

Příloha A

Občanská sdružení

1. Asociace pomáhající lidem s autismem – APLA ČR – www.apla.cz (APLA Praha, APLA Severní Čechy, APLA Hradec Králové, APLA Jižní Morava, APLA Vysočina)
2. Autistik, Občanské sdružení pro pomoc postiženým autismem, Praha (www.volny.cz/autistik)
3. Rainman, sdružení rodičů a přátel dětí s autismem, Tichá 718, Ostrava – Svinov
4. V sobě, Olomoucká iniciativa rodičů a přátel dětí s autismem, Rumunská 11, Olomouc
5. Máme otevřeno, občanské sdružení pro integraci lidí s mentálním postižením do společnosti, Praha – www.mameotevreno.cz
6. Rytmus, Občanské sdružení pro integraci lidí s postižením do společnosti, Praha (www.rytmus.cz) (Thorová, 2006, s. 439)

Zdravotnická zařízení

1. Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty, FN Motol, Praha 5
2. Dětská neurologická klinika 2. lékařské fakulty, FN Motol, Praha 5
3. Fakultní Thomayerova nemocnice, ambulance klinické psychologie, Praha 4 – Krč
4. Dětská neurologická klinika, FN Brno
5. Fakultní nemocnice Hradec Králové, ambulance dětské psychiatrie
(Thorová, 2006, s. 445)

Vzdělávací zařízení – výběr z jednotlivých krajů ČR

1. Mateřská škola, Základní škola a Praktická škola České Budějovice, Štítného 3 – třída pro děti s autismem
2. Základní a Praktická škola, Nové Město 228, Trhové Sviny – třída s kombinovaným postižením vzdělává děti s autismem
3. Základní škola, Kaplická 151, Český Krumlov – třída s kombinovaným postižením vzdělává i žáky s autismem

4. Mateřská škola speciální, Základní škola speciální a Praktická škola ELPIS, Koperníkova 2/4, Brno
5. Mateřská škola a Základní škola, Sídliště Osvobození 55, Vyškov
6. Mateřská škola, Základní škola a Praktická škola, Horní Česká 15, Znojmo
7. Sluneční domov, týdenní domov pro děti s autismem, Jahodnická 66, Praha 9
8. Speciální mateřská škola, Štíbrova 1691, Praha 8
9. Speciální mateřská škola Sluníčko, Deylova 3, Praha 5
10. Třída pro děti s autismem při Speciální škole, Hradecká 1231, Hradec Králové
11. Speciální mateřská škola při dětském centru, Kosmonautů 1641, Turnov – možnost vzdělávání v rámci třídy pro děti s autismem
12. Praktická škola při dětském centru, Kosmonautů 1621, Turnov – 2 třídy pro děti s autismem
13. Speciální mateřská škola při dětském centru, Na Olešce 433, Semily – možnost individuálního zařazení dítěte
14. Třídy pro děti s autismem při Základní škole, Jesenická 10, Bruntál
15. Speciální škola, Komenského ul., Karviná
16. Speciálně pedagogické centrum Svítání, Speciální škola Svítání, o. p. s., Stavbařů 304, Pardubice
17. Speciálně pedagogické centrum Kamínek, Lázeňská 206, Ústí nad Orlicí
18. Zvláštní škola Artura Krause 2344, Pardubice
19. Speciální základní škola a Speciální mateřská škola, Trnovanská 1331, Teplice
20. Třída pro děti s autismem při Praktické škole pro žáky s více vadami, Březinova 31, Jihlava (Thorová, 2006, s. 440 – 444)

Internetové zdroje

1. www.autism.com
2. www.autism.org
3. www.autism-info.com
4. www.dobromysl.cz
5. www.rodina.cz
6. www.autismus.cz
7. www.apla.cz (Richman, 2006, s. 122)

Příloha B

Charta práv osob trpících autismem

Deklarace lidských práv osob s mentálním postižením byla vyhlášena na Valném Shromáždění OSN dne 20. 12. 1971 společně s Právy lidí s postižením (OSN, 1975) a dalšími významnými deklaracemi, týkajícími se lidských práv. Předneseno na 4. evropském kongresu o autismu v Haagu 10. 5. 1992. Uvedená práva je nutno rozvíjet, ochraňovat a prosazovat:

1. Právo osob s autismem na nezávislý a plnohodnotný život podle schopnosti postiženého.
2. Právo osob s autismem na dostupnou, objektivní a přesnou klinickou diagnózu.
3. Právo osob s autismem na dostupné a specializované vzdělávání.
4. Právo osob s autismem a jejich zástupců účastnit se jakéhokoliv rozhodování o jejich budoucnosti, přání jedince musí být respektována.
5. Právo osob s autismem na dostupné a vhodné bydlení.
6. Právo osob s autismem na veškeré pomůcky, asistenci a podpůrné služby, které jsou nutné k zajištění nezávislého života.
7. Právo osob s autismem na mzdu nebo jiný příjem, který zabezpečí v dostačující míře stravu, bydlení, oblečení a jiné životní potřeby.
8. Právo osob s autismem účastnit se odpovídajícím způsobem na rozvoji a řízení služeb, které jim poskytují tělesné a duševní blaho.
9. Právo osob s autismem na odborné poradenství a péči nutnou pro jejich fyzické, mentální a duševní zdraví, včetně vhodné léčby a medikace, která je podávána v zájmu klienta a při které jsou respektována všechna nutná bezpečnostní opatření a zvažována všechna možná rizika.
10. Právo osob s autismem na vhodné pracovní zařazení a na vhodnou přípravu na povolání s vyloučením jakékoliv diskriminace a stereotypů. Výcvik i pracovní zařazení musí vycházet z individuálních schopností, zájmů a přání klienta.
11. Právo osob s autismem na dostupnou dopravu a svobodnou možnost cestování.
12. Právo osob s autismem účastnit se kulturních, zábavných, sportovních a jiných aktivit pro volný čas.

13. Právo osob s autismem rovnocenně využívat všech zařízení, služeb a společenských aktivit.
 14. Právo osob s autismem na partnerské, sexuální a jiné vztahy včetně manželství s vyloučením vykořisťování nebo donucovacích praktik.
 15. Právo osob s autismem a jejich zástupců na účasti při tvorbě zákonů a legislativních opatření a účasti při ochraně dodržování těchto legislativních norem.
 16. Právo osob s autismem být osvobozen od strachu nebo hrozby uzavření v psychiatrické léčebně nebo jiných podobných zařízeních omezujících svobodu.
 17. Právo osob s autismem na ochranu před zneužíváním, fyzickým týráním a zanedbáváním.
 18. Právo osob s autismem na ochranu před zneužíváním a nesprávným podáváním léčiv a jiných farmakologických prostředků.
 19. Právo přístupu osob s autismem a jejich zástupců k veškeré osobní, psychologické, lékařské, pedagogické, psychiatrické dokumentaci.
- (Čadilová a Žampachová, 2008, s. 393 – 394)

Příloha C

Diagnostické kategorie pervazivních vývojových poruch podle MKN-10 (2009)

- F84.0 dětský autismus
- F84.1 atypický autismus
- F84.2 Rettův syndrom
- F84.3 jiná dezintegrační porucha v dětství
- F84.4 hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- F84.5 Aspergerův syndrom
- F84.8 jiné pervazivní vývojové poruchy
- F84.0 nespecifikovaná pervazivní vývojová porucha (Lechta, 2010, s. 267)

Příloha D

Obecné rysy raného vývoje u zdravých dětí – hra, komunikace a sociální vztahy

0 měsíců: vrozené reakce, pozornost, vnímavost a reflexní pohyby

2 měsíce: dítě jasně odlišuje chování k jiným lidem a k věcem, oční kontakt, sociální úsměv

6 měsíců: všímá si reakcí druhých, chce se chovat v náruči, natahuje se, napodobuje, hraje si s hračkami, vnímá vlastní obraz v zrcadle

9 měsíců: sdílí pozornost, emočně naladěno, úsměv, kombinační hra – hra s více hračkami najednou

13 měsíců: kombinační hra přechází v hru funkční, umí dělat „paci, paci, pacičky“, střídavá hra s jinou osobou, zná své jméno

18 měsíců: předstíraná hra (hračka je živá), paralelní hra s jinými dětmi, ukazuje, bere si hračky

24 měsíců: hra ukazuje rutinní každodenní činnosti (přebaluje a krmí panenku)

36 měsíců: dítě rozpoznává, že každý člověk má jiné potřeby a touhy (vybírá si mezi kakaem a mlékem)

48 měsíců: hračky mají různé role, hra obsahuje vnitřní drama, dítě má schopnost vytvářet si mentální představy (Beyer a Gammeltoft, 2006, s. 91 – 93)

Příloha E

„Dotazník je snad nejrozšířenější a nejpropracovanější technikou získávání dat. Ze všech technik je rozhodně nejméně náročný na čas. Zároveň snadno a také poměrně levně zasáhne velký počet i velmi prostorově vzdálených zkoumaných osob. Jeho příprava i zpracování je rychlá. Klade malé požadavky na počet výzkumníků a malé požadavky na zaškolení spolupracovníků. Dotazník je také vstřícný směrem k respondentům. Poskytuje větší čas na rozmyšlení pro respondenta a poměrně přesvědčivou anonymitu. Dotazník má však i své nevýhody. Především umožňuje přeskočení otázky, zodpovězení jiným člověkem nebo rodinným týmem. Největší problém dotazníkového šetření však spočívá v nízké návratnosti.“ (Olecká a Ivanová, 2010, s. 23 – 24)

DOTAZNÍK

Vážení rodiče,

jmenuji se Karolína Šilarová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Zdravotně – sociální pracovník na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Pracuji na bakalářské práci s tématem **Ucelená (re)habilitace u osob s autismem**, což znamená propojení léčebné, sociální, pracovní a pedagogické péče a služeb. Cílem ucelené rehabilitace je snaha o co možná největší návrat k původnímu zdravotnímu stavu a u dětí je snahou podporovat jejich celkový vývoj. Za cílovou skupinu jsem si zvolila děti předškolního a školního věku, která navštěvují různá zařízení.

Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který použiji jako podklad pro svoji bakalářskou práci. Vámi svěřené informace budou anonymní a budou využity pouze pro potřeby mého výzkumu. Některé odpovědi zakroužkujte, u jiných Vás prosím o slovní vyjádření. U některých otázek můžete zvolit více odpovědí. Předem Vám velice děkuji za Váš čas věnovaný tomuto dotazníku.

1. Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. V jakém jste vztahu k dítěti?

- a) matka
- b) otec

- c) prarodič
 - d) jiný, napište kdo:.....
3. Věk Vašeho dítěte.....
4. Vaše dítě má stanovenou diagnózu:
- a) dětský autismus
 - b) atypický autismus
 - c) Aspergerův syndrom
 - d) Rettův syndrom
 - e) jiná dezintegrační porucha
 - f) jiná pervazivní vývojová porucha
 - g) jiná diagnóza, uveďte.....
5. Jaký typ předškolního, školního nebo jiného zařízení Vaše dítě navštěvuje?
- a) běžná mateřská škola
 - b) speciální třída běžné mateřské školy
 - c) mateřská škola speciální
 - d) běžná škola
 - e) speciální třída běžné školy
 - f) škola speciální
 - g) nestátní zdravotnické zařízení
 - h) jiný typ zařízení, uveďte jaký.....
6. Do jaké míry jste spokojen/a se vzájemnou spoluprací daného zařízení, praktickým lékařem (= lékař pro děti a dorost) a Vámi?
- a) velmi spokojen/a

- b) spokojen/a
 - c) nespokojen/a
 - d) velmi nespokojen/a
7. Navštěvuje Vaše dítě v rámci daného zařízení fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka? (Fyzioterapie se zabývá prevencí, diagnostikou a terapií poruch funkce pohybového systému, např. Vojtova metoda, Kabatova metoda.)
- a) ano, uveďte jak často.....
 - b) ne
 - c) nevím
8. Navštěvuje Vaše dítě v rámci daného zařízení ergoterapeuta? (Ergoterapie je léčebná metoda zaměřená na práci, např. cvičení v určité poloze, práce s papírem, sportovní aktivity, herní činnosti aj.)
- a) ano, jak často.....
 - b) ne
 - c) nevím
9. Zajišťuje zařízení, které Vaše dítě navštěvuje, služby poradenského pracoviště (tzn. psychologické nebo psychiatrické služby)?
- a) ano, jak často.....
 - b) ne
 - c) nevím
10. Nabízí dané zařízení Vašemu dítěti logopedickou péči a služby? (Logopedie se zabývá poruchami řeči, např. chybná výslovnost, naprostá nemluvnost aj.)
- a) ano, uveďte jak často.....
 - b) ne
 - c) nevím
11. Máte nějaké výhrady, připomínky, náměty pro efektivní spolupráci s danými odborníky? (Možnost zaškrtnout více odpovědí.)
- a) praktický lékař, uveďte.....
 - b) fyzioterapeut, uveďte.....
 - c) ergoterapeut, uveďte.....
 - d) psycholog, uveďte.....
 - e) logoped, uveďte.....
 - f) psychiatr, uveďte.....

12. Jako součást léčebné péče dané zařízení nabízí: *(Možnost zaškrtnout více odpovědí.)*

- a) hipoterapii (terapie pomocí koně)
- b) canisterapii (terapie pomocí psa)
- c) arteterapii (terapie uměním)
- d) bazální stimulaci (stimulace chuti, čichu, zraku, hmatu)
- e) ergoterapii (keramická dílna, práce na školním pozemku, pracovní dílna apod.)
- f) logopedii (poruchy řeči)
- g) muzikoterapii (terapie pomocí hudby)
- h) rehabilitační plavání
- i) stimulaci ve snoezelenu (místnost určená k vnímání smyslů)
- j) jiné, uveďte.....

13. Zhodnoťte celkově, jaká je Vaše spokojenost s výše uvedenými terapiemi:

- a) velmi dobré
- b) dobré
- c) dostačující
- d) nevyhovující
- e) úplně nevyhovující

14. Prostor pro Vaše náměty na zlepšení péče a služeb v rámci daného zařízení:

.....

15. Máte možnost využívat v rámci daného zařízení služeb sociálního pracovníka? (např.

dávky sociální péče, zajištění bezbariérovosti Vašeho bydlení, osobní asistence, odlehčovací služby, pomoc na úřadech, pomoc při vyřizování osobních záležitostí, podpora při uplatňování práv apod.)

- a) ano, uveďte jaké.....
- b) ne
- c) nevím

16. Zhodnoťte celkově význam aktivit sociálního pracovníka a jeho služeb (pomoc, podpora, poradenství) v daném zařízení:

- a) vysoký význam
- b) má význam
- c) nepatrný význam
- d) nemá význam

17. Prostor pro Vaše náměty pro zlepšení sociální podpory:
.....
18. Do jaké míry jste spokojen/a s odbornou péčí (vzdělávací postupy, metody, techniky, individuální přístup) speciálního pedagoga v daném zařízení? (Speciální pedagog je odborník se zaměřením na problematiku vzdělávání osob se zdravotním postižením.)
- a) velmi spokojen/a
 - b) spokojen/a
 - c) nespokojen/a
 - d) velmi nespokojen/a
19. Máte možnost spolupracovat se speciálním pedagogem a konzultovat s ním průběh výchovy a vzdělávání Vašeho dítěte?
- a) ano, mám možnost; uveďte jak často.....
 - b) ne, nemám možnost
 - c) nevím, nemám o spolupráci a konzultace zájem
20. Má Vaše dítě během vyučování k dispozici pedagogického asistenta, který mu pomáhá při výchovných a vzdělávacích činnostech?
- a) ano, během každé výuky
 - b) ano, ale jen někdy; uveďte jak často.....
 - c) ne, nemá k dispozici pedagogického asistenta
21. Má Vaše dítě možnost v daném zařízení trénovat pracovní dovednosti a návyky? (např. výroba produktů v dílně, vaření pokrmů v kuchyni, výroba papíru v rámci ergoterapie apod.)
- a) ano, uveďte jaké.....
 - b) ne
22. Zhodnoťte celkově vliv trénování pracovních dovedností v daném zařízení na integraci (začlenění) Vašeho dítěte do běžného života:
- a) vysoký vliv
 - b) má vliv
 - c) nepatrný vliv
 - d) nemá vliv
23. Spolupracují vzájemně všichni odborní pracovníci v rámci daného zařízení, které Vaše dítě navštěvuje? (např. praktický lékař, logoped, ergoterapeut, fyzioterapeut, psycholog, speciální pedagog, psychiatr aj.)

- a) ano, spolupracují všichni
- b) ano, ale spolupracují vzájemně pouze někteří z nich; uveďte.....
- c) ne, nespolupracují vzájemně
- d) nevím

24. Prostor pro Vaše názory, zkušenosti nebo připomínky, které by vedly k efektivní spolupráci s odbornými pracovníky daného zařízení:

.....

25. Prostor pro Vaše náměty na význam ucelené rehabilitace pro dítě s autismem:

.....

.....