

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

**Ošetrovatelské postupy u pacienta
s Aspergerovým syndromem**

Autor práce: Nikola Čermáková

Vedoucí práce: Mgr. Marie Dočekalová

Jihlava 2021



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Nikola Čermáková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Ošetrovateľské postupy o pacienta s Aspergerovým syndromem
Cíl práce:	Zjistit specifika ošetrovateľské péče u dětských pacientů s Aspergerovým syndromem.

Mgr. Marie Dočekalová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce shrnuje dosavadní teoretické poznatky o Aspergerově syndromu na základě dostupných zdrojů. Shrnuje i základní fakta o komunikaci se zaměřením na specifika komunikace mezi dětským pacientem a ošetrovatelským personálem.

Výzkumná část rozebírá a analyzuje zkušenosti ošetrovatelského personálu s komunikací a ošetřováním v rámci ošetrovatelského procesu.

Praktická práce vymezuje témata, se kterými je potřeba dále pracovat v rámci teoretického zkoumání a zejména praktické zkušenosti.

Klíčová slova

Aspergerův syndrom, dětský pacient, komunikace, ošetrovatelský proces, ošetrovatelský personál

Abstract

This bachelor thesis summarises contemporary state of knowledge about Asperger syndrome. It summarises basic facts about communication focussed on specifics of communication between a child patient and tender personnel. Research part of this bachelor thesis analyses tender staff's experiences with communication and tending in tending process. Applocative part shows topics eligible for further theorethical research and for being used in tender process in the future.

Keywords

Asperger syndrome, child patient, communication, tending process, tender personnel

Poděkování

Zde bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Marii Dočekalové za odborné vedení práce, za vstřícné jednání, za podporu, čas a podnětné rady, které mi věnovala. Zároveň děkuji všem respondentům za spolupráci při výzkumném šetření.

Obsah

Seznam použitých zkratk.....	2
Úvod.....	1
Motivace.....	2
Cíl práce.....	2
Výzkumný cíl.....	2
1 Současný stav problematiky.....	3
1.1 Poruchy autistického spektra.....	3
1.1.1 Dětský autismus.....	3
1.1.2 Atypický autismus.....	4
1.1.3 Rettův syndrom.....	4
1.1.4 Dezintegrační porucha.....	5
1.1.5 Aspergerův syndrom.....	5
1.2 Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu.....	6
1.2.1 Etiologie.....	6
1.2.2 Aspergerův syndrom – diagnostická kritéria.....	7
1.2.3 Sociální chování.....	8
1.2.4 Chování a speciální zájmy.....	9
1.2.5 Vzdělávací proces.....	11
1.2.6 Vyjadřování.....	12
1.2.7 Pohybové schopnosti.....	13
1.3 Komunikace.....	14
1.3.1 Vymezení pojmů komunikace.....	14
1.3.2 Specifika komunikace s dítětem.....	15
1.4 Ošetrovatelské postupy – komunikace s nemocným dítětem.....	18
2 Výzkumná část.....	21
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	21
Výzkumné otázky.....	21
2.2 Metodika výzkumu.....	22
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	22
2.4 Průběh výzkumu.....	22
2.5 Statistické zpracování dat.....	23
2.6 Výsledky výzkumu.....	24
3 Diskuze.....	41
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	46

Závěr.....	47
Seznam použité literatury.....	48
Seznam grafů.....	51
Seznam příloh.....	52

Seznam použitých zkratek

AS Aspergerův syndrom

DSM diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

EQ zkratka pro emoční kvocient

IQ zkratka pro inteligenční kvocient

MKN – 10 mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

NT anglická zkratka označující osoby bez autistických poruch

Úvod

Aspergerův syndrom je v posledních letech často diskutovaným tématem, čemuž odpovídá i množství dostupné literatury a intenzita diskuze. Tato skutečnost nesouvisí s tím, že by počet pacientů stoupal, ale s tím, že se o daném tématu více mluví. Také tím, v rámci pacientů autistů, je řada řazena pod diagnózu Aspergerova syndromu. Dále souvisí s další diferenciací pacientů autistů, kdy je řada z nich řazena pod diagnózu AS.

Téma této bakalářské práce bylo vybráno, aby byla veřejnosti nastíněna specifika ošetrovatelské péče u této diagnózy, a to zejména v kontextu komunikace. Dále aby byl zhodnocen přístup ošetrovatelského personálu k pacientům s touto diagnózou a detailně vymezeno toto onemocnění v rámci poruch autistického spektra.

Teoretická část této bakalářské práce je zaměřena na poruchy autistického spektra s důrazem na Aspergerův syndrom. Teoretické poznatky byly čerpány z českých i zahraničních literárních zdrojů – knihy, články, internetové zdroje. V další kapitole teoretické části jsou vymezeny základní termíny a fakta vývojové psychologie a komunikace s pacienty se zaměřením na nemocné dětské pacienty. Z této koncepce vyplynula i struktura výzkumné práce.

Praktická část pomocí kvantitativního výzkumu podává zprávu o tom, jak výzkum probíhal a za využití jaké metody byl prováděn. Dále shrnuje poznatky z jednotlivých dotazníků a v kapitole diskuze je analyzuje. Kvantitativní výzkum vychází z teorie a hypotéz a slouží k potvrzení či vyvrácení teoretických poznatků.

Zpracování tohoto tématu je důležité, protože v tuto chvíli je velmi složité dohledat publikace na toto téma, a právě proto bylo téma zaměřeno tímto směrem.

Motivace

Motivací pro zpracování této práce byla možnost praktické využitelnosti pro ošetrovatelský personál, kdy se v první části mohou seznámit se základními informacemi a posoudit vzhled do praktické zkušenosti v rámci výzkumné části.

Cíl práce

Výzkumný cíl

1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče u dětských pacientů s Aspergerovým syndromem

1 Současný stav problematiky

Aspergerův syndrom, patřící do poruch autistického spektra, je zároveň označován jako porucha pervazivní vývojová. Diagnózy patřící do této skupiny mají většinou společný základ. Takoví lidé pak mají problémy s adaptací do společnosti, což zapříčiňuje kvalitativní abnormality osobnosti a psychosociální úroveň jedince (Stehlíková, 2018).

1.1 Poruchy autistického spektra

Poruchami autistického spektra (PAS) označujeme takové poruchy, jejichž základem jsou vznikající abnormality v oblasti mozku. Kvůli těmto abnormalitám jsou tedy často nazývány jako neurovývojové poruchy a zároveň je řadíme mezi pervazivní vývojové poruchy. Tyto abnormality dělíme do tří oblastí a označujeme je jako tak zvanou „autistickou triádu“, do které zahrnujeme:

- narušenou sociální interakci,
- narušenou komunikaci,
- abnormality v chování.

Poruchami autistického spektra rozumíme – dětský autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, atypický autismus a dezintegrační poruchu (Žampachová, Čadilová a kolektiv, 2015).

1.1.1 Dětský autismus

Autismus je vrozená neurovývojová porucha, kterou poprvé popsal Leo Kanner v roce 1943. Jedná se o celoživotní a velmi devastující poruchu, která ovlivňuje každodenní činnosti pacienta v jeho běžném životě. Součástí tohoto onemocnění je i opoždění v oblasti komunikace, neschopnost pochopení, co se v danou chvíli děje a proč k celé situaci došlo. Dalším velmi důležitým bodem u této poruchy je právě neschopnost vyrovnat se se změnami a důležitost dodržování každodenních stereotypů, díky kterým je pacient schopen být v jakési rovnováze (Scarpa, Wells, Attwood, 2019).

Dítěti s touto diagnózou chybí především empatie a jakýkoliv zájem o kontakt s ostatními lidmi, ať už emoční či oční. Dalším velmi závažným příznakem této diagnózy je narušení v oblasti komunikace. Vývoj řeči může být opožděný nebo se řeč nemusí vyvinout vůbec. Mimika i gesta bývají velmi málo používána a dorozumívání probíhá spíše pomocí předmětů. Dalším typickým příznakem této nemoci jsou stereotypní vzorce v chování. Dítě lpí na svých každodenních rituálech a na jakoukoli sebemenší změnu může reagovat úzkostně a neklidně (Hrdlička, Komárek, 2014).

Dětský autismus, jakožto hlavní pojmenování všech dále zmíněných poruch, je výchozí onemocnění pro ostatní poruchy autistického spektra a nejčastěji se projeví do třetího roku dítěte, avšak nemusí to být nutně pravidlem. Ve výčtu důsledků tohoto onemocnění převažují zejména ty emoční. Dítě s touto poruchou nejčastěji bojuje s tím, že neumí přiměřeně zhodnotit společenské emoční situace, nedokáže odpovědět na emoce ostatních, vyhýbá se očnímu kontaktu a preferuje samotu (Šporclová, 2018).

1.1.2 Atypický autismus

Atypický autismus je další diagnóza patřící do poruch autistického spektra. Od samotného dětského autismu se však liší tím, že pacient nesplňuje všechna diagnostická kritéria pro tuto poruchu, ale pouze její část. Stejně jako u Aspergerova syndromu existuje i u autismu tak zvaná „autistická triáda“, a právě v tomto případě bývají většinou splněny pouze dvě položky ze tří. I přesto najdeme u těchto pacientů řadu symptomů, které se s dětským autismem shodují (Šporclová, 2018).

Dříve se pro tuto diagnózu dle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM-IV) používal termín nespecifikovaná pervazivní vývojová porucha (Thorová, 2016).

1.1.3 Rettův syndrom

Rettův syndrom je neurovývojovým onemocněním, které postihuje zejména dívky, zatímco u chlapců se vyskytuje velmi vzácně, a to proto, že dochází k poruchám na chromozomu X. První symptomy tohoto syndromu se začínají objevovat až okolo šestého až osmnáctého měsíce věku dítěte, kdy se začíná zpomalovat jeho vývoj. Dítě je hypotonické, nedokáže se soustředit, většinou neseď ani nechodí, nenavazuje oční kontakt a může docházet i k opoždění vývoje řeči. Ve věku prvního až čtvrtého roku

přichází období regrese, kdy postupně dochází k útlumu verbální i neverbální komunikace. Dochází i k regresi v oblasti motorického vývoje, nápadnými jsou především příznaky jako je třes rukou, stereotypní pohyby horních končetin, klepání, tleskání až nakonec úplná ztráta úchopové schopnosti. V oblasti obličeje se pak jedná o nekoordinované pohyby jazyka a skřípání zubů. U 80% těchto případů jsou přítomny i epileptické záchvaty a tyto pacientky se dožívají přibližně 40 – 50let (Thorová, 2016).

1.1.4 Dezintegrační porucha

Dezintegrační porucha je porucha patřící do skupiny pervazivních vývojových poruch, kdy do třetího až čtvrtého roku věku probíhá vývoj jedince zcela normálně a až poté dochází ke značným odlišnostem a nástupu těžké mentální retardace. Tuto poruchu poprvé popsal speciální pedagog Theodore Heller v roce 1908. Součástí této poruchy jsou příznaky jako: emoční labilita, záchvaty vzteku, potíže se spánkem, hyperaktivita, úzkostné stavy, agresivita, abnormální reakce na sluchové podněty (Thorová, 2016).

1.1.5 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom patří do jedné z poruch autistického spektra, při které jsou kvalitativně narušeny sociální interakce, což pak zpravidla má dopad na sociální a profesní fungování nemocného jedince. Aspergerův syndrom můžeme rozdělit do dvou skupin – na vysokofunkční a nízkofunkční. *Vysokofunkční AS* má lepší prognózu do budoucna, vzhledem k tomu, tito jedinci často ochotní ke spolupráci, nelpí na svých vyhraněných zájmech a dokážou se věnovat i jiným činnostem. Od svých NT vrstevníků se zpravidla liší pouze mírně a to především v emočních reakcích. *Nízkofunkční AS* poznáme podle častého problémového opakujícího chování, které je těžko ovlivnitelné a podle nízké frustrační tolerance. Nedokážou ovládat své emoce a neberou v potaz základy sociálního chování (Thorová, 2016).

1.2 Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu

Pro stanovení diagnózy Aspergerova syndromu doposud neexistují jednoznačná kritéria. Existují však čtyři postupy, ze kterých se v dané době vychází. Jedná se o postup Světové zdravotnické organizace v desátém vydání, který obsahuje nejprísnejší kritéria. Další postupy pak vytvořila Americká psychiatrická asociace ve čtvrté revizi, Peter Szatmari s kolegy a Christopher a Corina Gillbergovi, jejichž kritéria jsou považována za nejmírnější. Není tedy přesně stanoveno, kterým z postupů se musí lékař řídit při stanovení diagnózy, vždy si může sám zvolit, jak bude postupovat (Attwood, 2012).

Nynější kritéria pro stanovení diagnózy zahrnují postižení v oblasti sociálního chování, problémy s užíváním jazyka a celkově s vedením rozhovoru, problémy s vyjadřováním pocitů, lpění na svých vyhraněných zájmech, stereotypní vzorce chování, opoždění motorického vývoje. Zkoumání daných kritérií bývá doplněno o testovací dotazníky, diagnostické rozhovory nebo měření kognitivních schopností (Aspergerův syndrom: diagnóza a léčba)

1.2.1 Etiologie

Aspergerův syndrom řadíme mezi poruchy autistického spektra. Jedná se o vrozenou a trvalou poruchu, která doprovází pacienta od raného dětství po celý jeho život. Z hlediska etiologie je to poměrně mladé onemocnění ve smyslu vymezení jeho diagnostických kritérií. Vzhledem k této skutečnosti je i historie zkoumání této problematiky zakotvená v 1. polovině 20. století. Název této poruchy je odvozen od rakouského pediatra Hanse Aspergera, který ve svém habilitačním spise poprvé definoval osoby s tímto omezením (Preissmann, 2010).

Pokud bychom tuto poruchu měli zobrazit v číslech, tak dle Peška z roku 2014 se odhaduje, že v populaci je asi 0,5% lidí s touto poruchou, což je ve výsledku asi 50 000 osob v naší republice. Každý rok se narodí až 400 dětí s touto poruchou na 100 000 obyvatel (Pešek, 2014, s. 9).

Aspergerův syndrom se stal klinickou diagnózou v devadesátých letech minulého století. Od této doby ho zároveň řadíme, podle MKN-10 (mezinárodní klasifikace nemocí), do kategorie pervazivních vývojových poruch. Toto onemocnění můžeme

rozdělit do kategorií na: nízkofunkční a vysokofunkční podle toho, jak zvládají fungovat v každodenním životě (Pešek, 2014).

Pro nízkofunkční AS je typický negativismus, nutnost dodržování denních rituálů, a to nejen vlastních ale vyžadují to i od svého okolí. Často nedokážou usměrnit své emoce, proto se mohou chovat destruktivně. V oblasti sociálních vztahů se pak jedná o odmítání spolupráce, ignorace, sociální izolovanost, odmítání kontaktu s ostatními lidmi, držení si odstupů od ostatních, snaha o testování hranic. Děti se často vyznačují problémovým chováním, proto i usměrnění jejich výchovy není jednoduché. (Thorová, 2016).

Vysokofunkční AS je charakteristický zejména sociální naivitou, pasivitou, mírně odlišnou emoční aktivitou s chybějícím problémovým chováním, proto mají lidé s vysokofunkčním AS lepší prognózu do budoucího života. Tyto děti tolik nelpí na svých rituálech, dokážou se odtrhnout od své činnosti a věnovat se jiné a lépe spolupracují s ostatními (Thorová, 2016).

1.2.2 Aspergerův syndrom - diagnostická kritéria

Aspergerův syndrom je poruchou, která má hluboký přesah v rámci integrity jedince. Jedinci s touto diagnózou se potýkají s řadou problémů v běžném životě. Počínaje sociálních interakcí s okolím, přes problémy s motorikou až k celkovému začlenění do běžné společnosti, což samozřejmě souvisí s mírou poruchy daného jedince. Dle MKN-10 (2021) jsou základními diagnostickými kritérii právě určitá omezení už od útlého věku v komunikaci s běžnou populací, dále lpění na specifických zájmech a rituálech. Tuto vrozenou poruchu dále může provázet vrozená nemotornost a jiná motorická omezení (Aspergerův syndrom, 2021)

Samotný Aspergerův syndrom je rozšířenější než samotný autismus a trpí jím zhruba 30 - 70 z 10 000 lidí, častěji se pak vyskytuje u chlapců. Ačkoli se nemoc často uvádí jako spíše dětská, u mnoha jedinců přetrvávají komplikace během celého života (ZAM – Zdravotnictví a medicína, 7-8/2018).

Dalšími příznaky Aspergerova syndromu bývají neschopnost dostatečného vcítění se do druhých a silné zaměření na svou osobu a své zájmy. Což má samozřejmě za důsledek neschopnost navazovat přátelské vztahy a trvale je udržovat. Ve většině případů však jedinec vztahy ke svému životu, tak silně jako ostatní, nepotřebuje a ani je nevyhledává.

V kontextu komunikace je zajímavé přesné užívání jazyka, ale omezená schopnost vyjadřování v rámci nonverbální komunikace – mimika, gestikulace, tón hlasu, dikce a podobně. Často můžeme lidi s touto poruchou vidět s knihou v ruce, a díky tomu jsou schopni přesného užívání jazyka (Thorová, 2006).

Dle DSM-IV je Aspergerův syndrom charakteristický stejnými body jako u MKN-10. Mezi další kritéria navíc řadí emoční plochost nebo i neschopnost empatie vůči ostatním lidem. Můžeme jmenovat například prožívání obdobných emocí, jako jsou radost, smutek a mnoho dalších. Dále manuál definuje jejich lpění na vyhraněných zájmech a rutinních úkonech. Z toho vyplývá, že pro stanovení diagnózy Aspergerova syndromu jsou důležitá zejména tato kritéria:

- specifika ve verbální a neverbální složce komunikace,
- specifika sociální interakce s okolím (prožívání empatie, sdílení, reakce na změny, zhoršená schopnost se adaptovat),
- specifika v zájmové struktuře jedince (oblast zájmů, až odbornost ve svém zájmu – téměř vyhraněnost),
- specifika v denním a životním režimu (rutinní a stereotypní vzorce chování).

1.2.3 Sociální chování

Pro pochopení jednání osob s Aspergerovým syndromem je důležité si vymezit jejich reakce na okolí a běžné situace. Základní schopností každého fyzicky a mentálně vývojově zdravého a zralého jedince je, v různé míře, vcítění se neboli empatie do dalších osob. Jedná se o tzv. „*soft skills*“, které má každý jedinec vyvinuté v jiné míře a je schopen je jinak využívat. U jedinců s Aspergerovým syndromem je tato schopnost výrazně narušena nebo téměř chybí. Může se to projevovat například neschopností udržet oční kontakt, nedodržováním osobního prostoru u ostatních osob, což můžeme pojmenovat jako narušení osobní a intimní zóny (Attwood, 2012).

Osoby s Aspergerovým syndromem mají výrazný problém s rozporuplností (ambivalentností) v rámci verbální komunikace, kdy je jim sdělován určitý obsah, který je ale popírán neverbální složkou, např. mimika, postoj a intonace. Je pro ně velmi složité přečíst obsah tohoto sdělení, protože jsou tyto dvě složky protichůdné a může pro ně být velmi složité pochopit, jak je to celé myšleno. Pro osoby s poruchou

autistického spektra je zřejmá určitá senzitivita na zvukové podněty. Toto vysvětluje skutečnost, že zejména děti s touto poruchou nerady tráví čas ve větší skupině jedinců, či vrstevníků, kde je síla a četnost zvukových podnětů vyšší, takzvané mluvení jeden přes druhého, a raději vyhledají místo, kde se této skupině a chování mohou vyhnout. Toto silně ovlivňuje možnost navazování přátelských vztahů, a proto jsou většinou tito jedinci samotáři. Tato specifika by měl mít na zřeteli každý, kdo s někým s Aspergerovým syndromem přijde do styku, a zejména pak ošetrovatelský personál v rámci sociálního styku s těmito osobami (Attwood, 2012).

1.2.4 Chování a speciální zájmy

Aspergerův syndrom je onemocnění, které se vyznačuje řadou specifických znaků, a to zejména v sociální interakci s okolím. Jedinci trpící tímto onemocněním se v určitých základních ohledech chovají jinak, což je, ne vždy, pochopeno jejich okolím. Tito jedinci mají problém v komunikaci a styku se svými vrstevníky, neumí navazovat nová přátelství, vzhledem k jejich neschopnosti správně identifikovat to, proč druhí jednají nějakým způsobem, se objevují jejich neadekvátní reakce na chování ostatních. Pro jejich okolí je, i přes znalost jejich diagnózy, složité být s nimi v sociální interakci (Attwood, 2012).

Je prokázáno, že právě nepřiměřené chování osob s Aspergerovým syndromem vede k problémům s jejich adaptací. Pro ostatní jedince jsou tedy tyto osoby až nečitelné a je těžké je pochopit, což plyne i z jejich omezeného používání neverbální komunikace (Vosmik, Bělohávková 2010).

Uvádí se, že v rámci sociální interakce je možné tyto osoby rozřadit do pěti skupin – osamělý typ, pasivní, formální, smíšený a aktivní typ, který se projevuje přehnanou aktivitou a komunikací, kdy tato osoba je schopná druhým lidem na příklad vstupovat do osobního prostoru, dotýkat se jich a podobně (Thorová, 2006).

Osamělý typ neprojevuje zájem o kontakt s vrstevníky, upřednostňuje především své zájmy a nemá rád, pokud mu někdo zasahuje do činnosti. *Pasivní typ* se vyznačuje svou vážností a klidem. Ani tento typ příliš netouží po společnosti ostatních. Tyto děti jsou spíše pozorovateli, než aby se samy zapojili do konkrétní činnosti. *Formální typ* připomíná svým chováním spíše dospělého jedince. Má dobře vyvinuté vyjadřovací schopnosti, jeho řeč ale působí strojeně. Na své okolí působí chladně a odtažitě a velmi

dbá na dodržování svých denních rituálů, norem a pravidel. *Aktivní typ* často na své okolí působí nevychovaně. Oslovuje cizí lidi, skáče ostatním do rozhovoru, vstupuje lidem do osobního prostoru, dotýká se jich a může působit až agresivně. *Smíšený typ* nese známky všech předchozích (Thorová, 2016).

Je důležité zmínit přístup těchto osob ke společenským pravidlům a normám, protože mají své vlastní vnímání světa, reality a pravidel. Často nejsou schopni akceptovat společenské normy a tzv. nepsaná pravidla. Tito lidé jsou často společností a okolím vnímáni jako nevychovaní, drzí a rozmazlení (Attwood, 2012).

Společenské normy určují, jaké chování se v dané situaci očekává. Tyto normy dělíme na formální a neformální. Do formálních patří právní do neformálních morální, obyčejové, náboženské a estetické (Kraus, 2014).

Z výše uvedeného tedy plyne, že pochopit jedince s Aspergerovým syndromem, po stránce sociální interakce, je náročný proces a je třeba přihlížet k jeho osobnostním rysům, protože míra projevů a jejich typologie se liší.

Z dostupné literatury a provedených výzkumů tedy vyplývají dva základní aspekty, které ovlivňují sociální interakci:

- neschopnost vnímání sociálních norem,
- častá izolace těchto osob, do které se dostávají zejména svou neschopností adaptability a svou odlišností od sociální skupiny, ve které se pohybují (Evidence of increased PTSD..., 2018).

U dětí tyto problémy krystalizují zejména v prostředí školy.

Toto souvisí i s jejich zájmy. Jedinci s Aspergerovým syndromem mají často velmi striktně vyhraněné zájmy. To znamená, že se svému koníčku či oblíbené aktivitě věnují často a dlouhodobě. Danou věc, která je velmi zajímavá, znají do hloubky a chtějí o ní stále mluvit. Zjednodušeně by se dalo říct, že v dané oblasti jsou odborníky. Naopak činnostem a oblastem, které je nezajímají, se nevěnují, ale současně o nich ani nechtějí mluvit s ostatními. Toto souvisí právě se sociální interakcí, kdy nechtějí konverzovat o něčem, co je nebaví a nezajímá. Na druhou stranu se však dá tato jejich schopnost konstruktivně využít v rámci budoucího uplatnění. Ideálním stavem je to, když je možné se jejich vyhraněným zájmem živit, nebo spojit své budoucí povolání s oblíbenou

činností, protože právě díky jejich zájmu dokáží v daném oboru mnoho věcí (Pešek, 2012).

Pokud se na tuto problematiku podíváme z pohledu dítěte, tak takové děti pak můžeme vídat už od jejich útlého věku doma, ve školkách či díky integraci i na stupních základní školy. A samozřejmě v tomto období je možné si povšimnout o to více, kdy tyto děti jsou většinou v kolektivu samotáři. Jejich přítomnost nikomu nevádí, ale naopak je to větší problém, protože právě děti s Aspergerovým syndromem vyhledávají samotu a mají rady svůj klid, který jim nikdo nenarušuje (Lechta, 2010).

1.2.5 Vzdělávací proces

Děti s Aspergerovým syndromem bývají průměrně, většinou až nadprůměrně intelektově vybaveny, proto nemívají problémy s výukou. Jejich často se vyskytující formální styl řeči připomíná mluvu dospělých jedinců. Zaostávají však v oblasti sociální interakce, kdy se neumí vcítit do myšlení a pocitů ostatních jedinců. V komunikaci s ostatními pak dochází k problémům z důvodu nechápání ironie, metafor a nadsázky. Tyto děti většinou patří mezi samotáře a nevyhledávají společnost svých vrstevníků (Thorová, 2015).

Překážkou v jejich vzdělávání často bývá jejich nesoustředěnost na činnosti, které je nezajímají, agresivita v případě nezdaru, hlučnost těchto jedinců nebo přecitlivělost. U takových jedinců je pak velmi důležitá motivace a logické a racionální vysvětlení toho, proč mají konkrétní činnost dělat. Neočekávané věci (změna vyučujícího, náhlé změny v rozvrhu) a věci neznámé v nich mohou vyvolávat pocity strachu, úzkosti a stres. Proto je důležité vždy předem vysvětlit kdy, kde, co a jak dlouho se bude dít (Pešek, 2012).

Zejména zkoušení může být pro dítě velmi stresující záležitost, proto je vhodné pro zkoušení vytvořit vhodné podmínky (procházení se po třídě, držení uklidňujícího předmětu, apod.). Je nutné pokládat otázky jasně a srozumitelně a vzhledem k častým problémům v komunikaci je vhodné dítě zkoušet písemnou formou (Pešek, 2014).

1.2.6 Vyjadřování

U dětí s poruchou autistického spektra dochází k opožděnému vývoji řeči. Ve vývojové fázi, kdy už jsou schopné komunikovat aktivně i pasivně, pak mají jejich vyjadřovací schopnosti určité zvláštnosti (Bazalová, 2012).

Jedná se zejména o některé charakteristické znaky od neverbálního vyjadřování přes intonaci, plynulost komunikace, až ke slovní zásobě. Výše uvedená specifika plynou opět z neschopnosti porozumět svému okolí. Jedinec s Aspergerovým syndromem může oscilovat mezi extrémem hyperkorektního způsobu mluvy, až k nadměrnému využívání vulgarismů (Thorová, 2006).

Na jedné straně se objevuje jejich neschopnost porozumění, například neschopnost porozumění metaforám, metonymiím, nesoulad verbálního a neverbálního projevu, pauzy a důrazy ve slovním projevu, ale na druhé straně jsou prvky, které znesnadňují porozumění a komunikaci posluchačům – rodiče, vrstevníci, cizí osoby. Jedná se například o zmiňovanou hyperkorektnost, časté opakování otázek, důraz a neustálé vracení se k tématu, které je pro ně zajímavé. Často hovoří o tématech, která jsou společensky nepřiměřená nebo nevhodná, což může ostatní přivádět až do rozpaků, a tím se plynulost a spontánnost komunikace značně oslabuje (Vosmik, Bělohlávková, 2010).

Pokud tedy budeme komunikovat s osobou s Aspergerovým syndromem, měli bychom mít na paměti to, že naše sdělení by měla být jasná, k věci a neměla by obsahovat věty a vyjádření, které mají několik významů a pro jedince s touto diagnózou jsou neprůhledná a nepochopitelná. Je těžké, aby v rámci běžné komunikace byla dodržována tato pravidla, proto je třeba volit laskavý a vysvětlující přístup. Pokud je zřejmé, že naše sdělení nebylo pochopeno dostatečně nebo vůbec, je vhodné je vysvětlit nebo zkusit říct jinak.

1.2.7 Pohybové schopnosti

K úplnému vysvětlení charakteristických rysů osob s Aspergerovým syndromem patří i osvětlení jejich pohybových schopností a dovedností.

V motorickém vývoji, ať už se jedná o jemnou či hrubou motoriku, dochází k opoždění a tyto děti většinou neexcelují v jakýchkoli pohybových aktivitách. Toto opoždění se objevuje v celé škále motorických dovedností. Od zavazování tkaničky, tance, rytmických dovedností až právě ke sportovním aktivitám (Boyd, 2011).

Zejména omezení motorických schopností s přesahem do běžného života přináší těmto jedincům řadu problémů, se kterými se musí vypořádat. Jejich chůze bývá prkenná a mívají problémy s jemnou motorikou, proto se u nich vyskytují problémy se psaním nebo kreslením. Děti s AS často působí nemotorně a neohrabaně (Pešek, 2014).

K určení narušeného motorického vývoje existují standardizované testy, konkrétně Griffithsův test, Bruininks-Oseretskyho test motorické zdatnosti a Test of Motor Impairment (test poškození motorických zdatností). Chůze těchto jedinců působí těžkopádně s nedostatečnou koordinací končetin. Vyskytuje se i problém s udržením rovnováhy a manuální zručností (oblékání, zavazování tkaniček, jedení příborem,...) (Attwood, 2005).

Dalším znakem Aspergerova syndromu je neschopnost udržet oční kontakt. Problém nastává, pokud se dítě musí soustředit na více věcí najednou, na příklad pokud s někým konverzuje, soustředí se na daná sdělení a nestíhá se zároveň soustředit i na udržení očního kontaktu (Attwood, 2005).

1.3 Komunikace

Komunikace je základním nástrojem sociální interakce. Komunikace je vymezena místem, časem a okolnostmi. Důležitou složkou je tedy i její sémantický rozměr. Tento fakt je důležitý právě v rámci komunikace s pacienty s Aspergerovým syndromem (Vybíral, 2005).

1.3.1 Vymezení pojmů komunikace

Verbální část komunikace je založena právě na sémantické úrovni, což lze definovat tak, že důležitý je obsah sdělení. Přesto je nutné pracovat i s dalšími složkami verbálního projevu. Jedná se o prvky, jako jsou například rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, přítomnost slovních parazitů, délka projevu či intonace. U pacientů s Aspergerovým syndromem může dojít ke komunikační kolizi na základě používání nadbytečných slov nebo použití slov s jiným záměrem než jejich primární. Toto platí i v přímé vazbě na intonaci např. sdělení „*Ty jsi hodný chlapeček.*“ Primární význam této věty je kladný, pozitivní ale intonací mu můžeme dát i jiné obsahové zbarvení. Může pak docházet k nepochopení v rámci rozhovoru (Venglářová, Mahrová, 2006).

Nasloucháme ušima, očima a srdcem. Naslouchání srdcem je emočního charakteru a právě s touto dimenzí mohou mít pacienti s Aspergerovým syndromem zásadní problém. Z těchto skutečností plyne, že komunikace mezi personálem a pacientem s AS by měla být jednoduchá, přímá a průhledná. Jedná se o komunikaci s dětskými pacienty, kde by neměla chybět právě emoční složka. Ta ale musí být dostatečně transparentní (Křivohlavý, 2008).

Neverbální komunikace zahrnuje celou škálu projevů, kterými doplňujeme význam svého slovního vyjadřování. V daných letech se množily výzkumy, které pracují s tím, že neverbální složka komunikace může sdělovat příjemci mnohem více než její verbální část. Mezi způsoby neverbální komunikace řadíme například mimiku a výraz obličeje, gestikulaci, celkový postoj a držení těla, udržování či neudržování osobního prostoru, pohled do očí, tělesný kontakt a vzájemné dotyky, tzv. haptika, ale může to být i způsob a styl oblékání či vlastní sebe prezentace. Neverbální komunikace signalizuje zejména emoční rovinu, o které mnohdy mluvčí ani neví, např. při některém sdělení může výraz tváře prozradit nejistotu mluvčího. A právě toto by se nemělo dít v rámci profesionální

komunikace mezi ošetrovatelským personálem a pacientem. V rámci ošetrovatelských postupů je důležité zmínit složku neverbální komunikace jako je právě hranice tělesného kontaktu (Venglářová, Mahrová, 2006).

V rámci teorie osobních zón pracujeme s tímto členěním: intimní zóna, osobní zóna, společenská zóna a veřejná zóna. Tato teorie nabývá jiného rozměru právě při kontaktu ošetrovatelského personálu s pacientem. V rámci péče vstupuje ošetrovatelský personál často právě do intimní a osobní zóny pacienta. I přesto, že se toto děje většinou s jasným záměrem, např. při hygieně, měl by mít ošetrovatelský personál na zřeteli fakt, že se stále jedná o lidskou bytost, a proto je třeba v rámci těchto postupů komunikovat s pacientem verbálně i neverbálně a být dostatečně empatičtí (Vybíral, 2005).

Abychom obsáhli celou šíři termínu komunikace, je potřeba ještě zmínit pojem *emoční inteligence*. Jedná se o fenomén, o jehož rozšíření se zasloužil zejména Daniel Goleman. Emoční inteligence, tzv. EQ, zahrnuje komplex emočních schopností. Nevěnuje se tedy hodnocení kognitivních schopností, ale schopností jako jsou: empatie, přátelskost, laskavost, oblíbenost či vyjadřování emocí a jejich chápání (Shapiro, 2011).

Pojem EQ (emoční inteligence) popisuje emoční vlastnosti jedinců, mezi které patří - úcta, laskavost, přátelskost, vytrvalost, schopnost řešení mezilidských problémů, oblíbenost, přizpůsobivost, nezávislost, ovládání nálady, vyjadřování a chápání pocitů a vcítění. Poprvé o ní promluvili v roce 1990 psychologové Peter Salovey a John Mayer. EQ je významná v několika směrech, především ve výchově a vzdělávání dětí a mnohdy je pokládána za důležitější ukazatel než IQ (Shapiro, 2011).

1.3.2 Specifika komunikace s dítětem

S ohledem na vymezení specifík komunikace s dítětem je nutné vyčlenit si jednotlivá vývojová stádia z hlediska vývojové psychologie a charakteristiku komunikačních schopností a dovedností u zdravého jedince v jednotlivých vývojových etapách.

Tyto etapy se začínají členit od prenatálního věku. Pro potřeby této práce je vhodné začít od *kojeneckého období*. Komunikace je široký pojem, proto se do ní řadí i první, neverbální projevy v novorozeneckém a kojeneckém období jako je mimika dítěte, pláč, úsměv, broukání (Vágnerová, 2000).

Přelomovým okamžikem ve vývoji kojence je devátý měsíc. Komunikuje pasivně, tedy můžeme říct, že rozumí jednoduchým pokynům, zejména pak v podobě citoslovcí, například „pápá“. Komunikace tedy probíhá tak, že se na dítě hodně mluví a zpětnou vazbou jsou krátké odpovědi či zvuky. Porozumění je vázáno na kontext situace. V tomto období hraje zásadní roli neverbální komunikace (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Na počátku *batolecího období* stále převládá pasivní komunikační složka, ale zhruba od druhého roku dítěte dochází k rozšíření jeho slovní zásoby. Právě ta probíhá na dvou úrovních, a to pasivní – pochopení významu slova jako symbolu, a dále aktivní – aktivně používaná slova. Důležitou vývojovou fází batolecího období je první odpoutání se od matky. Někdy je toto také nazýváno jako první období vzdoru. To ale souvisí s potřebou dítěte poznávat okolní svět, proto je možné tuto vývojovou fázi jednoduše popsat dětskou otázkou „A proč?“. Batole prožívá první včleňování do širšího okolí, protože je schopné jednoduchým způsobem vyjádřit své požadavky a prožitky a současně se jeho komunikační schopnosti posilují, protože dostává zpětnou vazbu (Vágnerová, 2000).

Zhruba ve věku tří let hovoříme o *předškolním věku*, který trvá právě do zahájení školní docházky. V tomto období dochází k tzv. rozmluvení se. Jedná o tzv. egocentrickou řeč, což znamená, že pro dítě není důležitý posluchač, ale vlastní schopnost vyjádřit se a komentovat okolní jevy. Proto dochází k velkému zdokonalení řeči a celkové komunikace. Po jedné z prvních otázek „A proč?“ přichází období řady dalších, což souvisí s dalším poznáváním světa. Zpětná vazba je, stejně jako v každém jiném období, velmi důležitá. Morální chování dětí v tomto období se odvíjí od autorit, tedy většinou od rodičů. Za správné tedy dítě považuje to, co je mu sdělováno jeho okolím. V předškolním období vznikají první vrstevnické vztahy, které jsou zatím mělké (Vágnerová, 2000).

Období mladšího školního věku (6-11 let) je obdobím velkého počtu vývojových změn v rámci jazyka. Dochází k rozšíření slovní zásoby pasivní i aktivní, rozvíjení vyjadřovacích schopností. Dítě je schopné používat složitější věty a souvětí. Každé dítě je individualitou, a proto u jednotlivců mohou být značné rozdíly, jmenovitě třeba logopedické vady. Rozdíly mohou být i ve složitosti a barvitosti vyjadřování, protože toto je podmíněno i rodinou a sociálním okolím, ve kterém dítě vyrůstá. Tyto faktory

můžeme shrnout do několika bodů, jako je úplnost rodiny, počet dětí v rodině (jedináček či více dětí), sociální postavení rodičů a jejich finanční zajištění a v neposlední řadě dokončené vzdělání rodičů. Dochází k prohloubení sociálních vztahů s vrstevníky a navazování hlubších přátelství (Průcha, 2011).

Toto prohloubení je zřetelnější v *období středního školního věku* (8-12 let), kdy má dítě potřebu identifikovat se s vrstevníky stejného pohlaví. V rámci sociální psychologie můžeme hovořit o prvním samostatném vytváření sociálních skupin. Dítě se dostává do nových sociálních rolí – školáka, žáka, kamaráda (Vágnerová, 2000).

Poslední vývojovou fází, kterou je nutno zmínit, je *období pubescence* neboli puberty. Ačkoliv je nejzřetelnější tělesná proměna z dítěte na dospělého jedince, probíhá současně celková osobnostní změna a vyzrávání. Tato fáze velkých změn je provázena emoční nestabilitou, podrážděností až precitlivělostí. Dospívající jedinec znovu hledá své místo na světě, hledá své samostatné postavení ke vztahu k rodině, přátelům a ostatním vrstevníkům. Objevuje se tendence sebekritiky ale i kritiky vnějšího světa. Jedná se o období, kdy se mohou v komunikaci s rodiči často objevovat znaky napětí a nepochopení. Toto nepochopení by mělo být přechodným obdobím. Po přechodu jedince do období adolescence většinou dochází k uklidnění a urovnání vztahů (Vágnerová, 2000).

1.4 Ošetrovatelské postupy - komunikace s nemocným dítětem

V předchozích kapitolách byly vymezeny základní pojmy z oblasti komunikace a vývojové psychologie. Komunikace s dětským pacientem má svá pravidla. Rozhovor s nemocným člověkem je vždy velmi citlivý, a pokud se jedná o dítě, vstupuje nám do rozhovoru i jeho vývojová úroveň. Ošetrovatelský personál by tedy měl uzpůsobit svou komunikaci tak, aby byla srozumitelná a přijatelná pro pacienta (Venglářová, Mahrová, 2006).

Při hospitalizaci či ambulantním ošetření se stává nejbližší osobou právě všeobecná sestra. Reakce dítěte na lékařské ošetření či hospitalizaci je v přímé souvislosti s jeho věkem, zkušenostmi a závislosti na rodičích a známém prostředí (Venglářová, Mahrová, 2006).

Na komunikaci s dětským pacientem není nikdy příliš brzo. Vzhledem k možnostem verbální a neverbální komunikace můžeme svým způsobem působit i na novorozence. Komunikace s nemocným kojencem probíhá zejména za použití neverbální komunikace ale i té verbální. Klidný tón hlasu ale i tlukot srdce rodiče v nich vzbuzuje pocit bezpečí. V oblasti neverbální komunikace jde především o oční kontakt. V tomto věku dítě vidí na vzdálenost maximálně 20 – 30cm, proto je pro něj mimika v obličeji matky zásadní věc k pozorování. Neméně důležité jsou i něžné doteky. Všeobecná sestra ve své práci tedy funguje jako rodič – nad dítě se naklání vzhledem k jeho zrakové rozostřenosti. Důležitým prvkem péče je chování a mazlení. Uspokojení základních potřeb, jako je hygiena, jídlo a pití – je předpokladem kvalitní ošetrovatelské péče (Plevová, Slowíková, 2010).

Hygiena u takto malých dětí bývá prováděna maximálně 3x týdně, z důvodu vysoušení kůže. Zadeček a genitálie však otíráme při každé výměně pleny, pro zabránění vzniku opruzenin a z důvodu vyššího množení bakterií v těchto místech. Dítě zpočátku krmíme 10 krát až 15 krát denně, po šesti týdnech se intervaly prodlužují (Nevoral, Paulová, 2007).

V batolecím období je možné posílit verbální komunikaci, a to užitím krátkých srozumitelných vět. Účinnou formou spolupráce s tímto dětským pacientem je hra. Jak

již bylo zmíněno, v tomto období se objevuje vzdor a negativismus. Pokud se dítě začne například vztekat, odmítá spolupracovat, je třeba zachovat klid a odvést jeho pozornost např. právě formou hry. Doporučená je zejména forma zrcadlení – děláme to samé, co dělá dítě (Plevová, Slowiková, 2010).

U předškoláků je vhodnou metodou užití dialogu. Dítěti je třeba vše vysvětlit a trpělivě zodpovědět jeho otázky. Musíme si uvědomit, že se dítě nachází ve vývojovém období, kdy standardně klade velké množství otázek. Pacientům, což je obecné pravidlo, nikdy nelžeme. Obnovit důvěru u těchto malých dětí bývá pak velmi složité a komplikuje to další ošetrovatelskou péči. U školáků v období šesti až dvou let se zintenzivňuje verbální část komunikace, jinak obecná pravidla zůstávají stejná (Plevová, Slowiková, 2010).

Zajímavým zlomem v ošetrovatelských postupech je péče o dospívajícího pacienta. Pacienti jsou stále ještě dětmi, ale vnitřně se cítí jako dospělí. Časté jsou pocity studu a zdravotní sestra musí respektovat jejich intimitu. Dospívající mají vyvinuté formální myšlenkové operace a slovní zásobu, a proto je vhodné komunikovat s nimi jako s dospělými pacienty. Přesto je někdy třeba vyšší dávky taktu a pochopení ze strany ošetrovatelského personálu (Plevová, Slowiková, 2010).

Komunikace s nemocným dítětem má tedy určitá specifika. V rámci slovní zásoby používáme jednoduché, krátké věty. Dítě neustále pozitivně motivujeme a chválíme za jakýkoliv druh spolupráce a zájmu. Na dětského pacienta nevyvíjíme žádný nátlak a snažíme se ho vyvarovat stresu. Zajímavým poznatkem je i vyrovnání se projevu lítosti. K dítěti tedy přistupujeme pozitivně, začleňujeme ho do komunikace a jednoduchým způsobem mu vysvětlujeme ošetrovatelské úkony, které ho čekají (Venglářová, Mahrová, 2006).

Zásadní podporou a nedílnou součástí ošetrovatelské péče jsou rodiče. Ti se většinou zapojují a pozitivně působí na dítě, kterému dávají pocit bezpečí svou přítomností a podporou. I rodiče však musí mít vymezeny svoje hranice, aby byli podporou a nezasahovali do procesu léčení negativně. Někteří z rodičů mají taktéž diagnózu Aspergerova syndromu, proto pak mohou vznikat problémy v rámci samotné ošetrovatelské péče. *„Tito rodiče mají značně rigidní myšlení a často velmi disfunkční postoje, například co se týče stylu výchovy dítěte (matky jsou často nepřiměřeně*

ochranné (hyperprotektivní), otcové často žijí v iluzi, že pomoc intenzivního nácviku lze brzy úplně „zlomit“ čili odstranit problémové chování dítěte)(Pešek, 2014, str 91.)

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče u dětských pacientů s Aspergerovým syndromem

Výzkumné otázky

1. Čím se liší ošetrovatelská péče u dětí s AS od dětí NT (osob bez autistických příznaků).
2. Jak může komunikace ovlivnit ošetrovatelskou péči?
3. Jak ovlivňuje ošetrování dítěte s AS přítomnost rodičů?

2.2 Metodika výzkumu

Metodou výzkumu byl zvolen kvantitativní výzkum, který probíhal formou dotazníkového šetření zaměřeného na ošetrovatelský personál, zejména na všeobecné sestry. Data byla sbírána pomocí otázek v anonymním dotazníku vlastní tvorby. Otázky v dotazníku byly sestavovány tak, aby se, co nejvíce, vztahovaly k výzkumným otázkám. Dotazník byl sestaven z 19 otázek, na které bylo možno odpovídat jednou nebo více odpověďmi. Některé z nich byly částečně otevřené, to znamená, že poskytovaly respondentům dostatečný prostor k rozvinutí odpovědi. Jedná se o tak zvanou sondáž. Sondážní otázky doplňují a prohlubují získané informace.

V úvodní části dotazníku jsem se respondentům představila a vysvětlila, že sběr dat bude probíhat anonymně. Dále jsem je seznámila s tématem výzkumu, požádala o vyplnění a poděkovala za ochotu a strávený čas při vyplňování. Otázka 1 zjišťovala věk respondenta, otázka 2 pohlaví a otázka 3 dosažené vzdělání. Otázka 4 byla zaměřena na délku praxe ve zdravotnictví. Otázky 5 a 6 vypovídaly o znalosti poruch autistického spektra. Otázky 7-12 řeší samotnou diagnózu AS, komunikaci s pacientem a důležitost přítomnosti rodičů u ošetření. Otázky 13 – 19 popisují náročnost ošetrovatelské péče a znalost diagnózy AS.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Vzorek zvolených respondentů tvořili členové ošetrovatelského personálu, mezi které bylo rozesláno 120 dotazníků, z nichž se mi k dalšímu možnému zpracování dat vrátilo 101 vyplněných dotazníků. Kritéria pro výběr respondentů byla tato:

- délka praxe ve zdravotnictví minimálně 1 rok
- osobní zkušenost s pacientem s AS nebo jinou poruchou autistického spektra

2.4 Průběh výzkumu

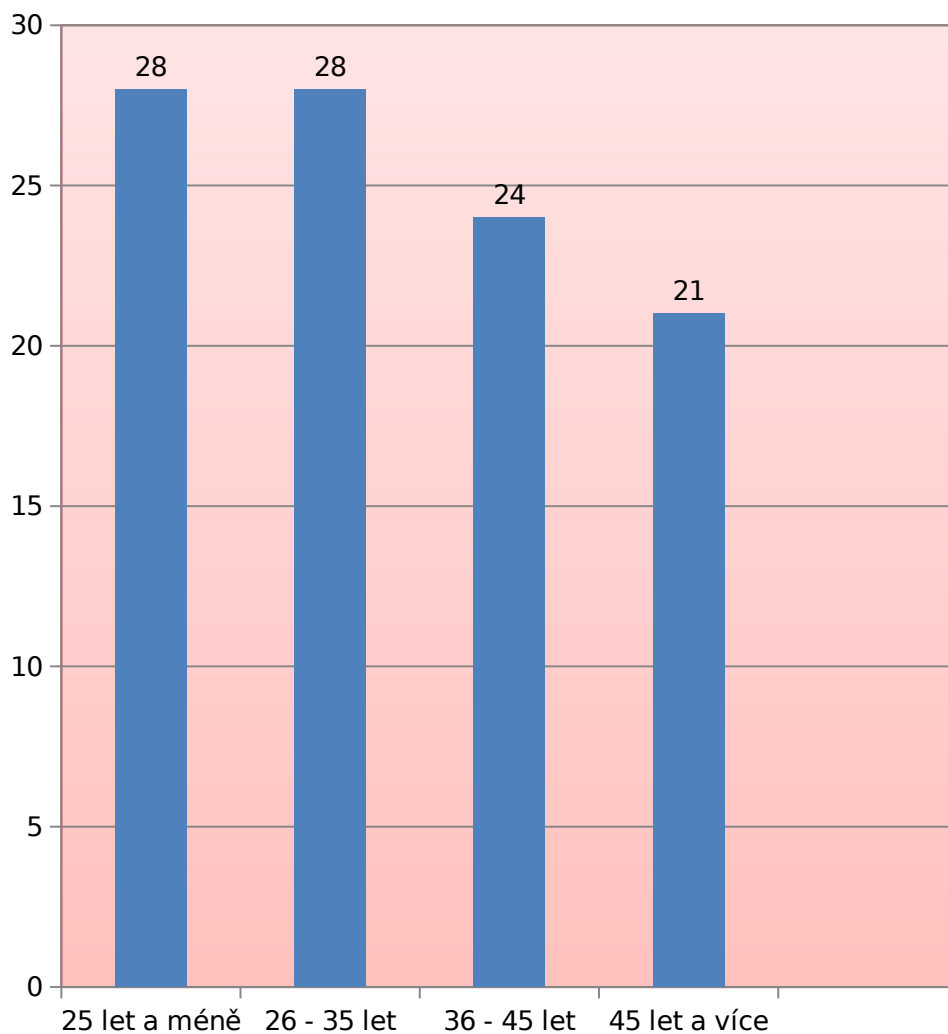
Kvantitativní výzkum probíhal od 1.prosince 2020 do 28. února 2021. Dotazník vyplnilo celkem 101 členů ošetrovatelského personálu. Jako zobrazovací metoda byla vybrána jednoduchá verze tabulky shrnující počet respondentů a základní údaje o nich.

2.5 Statistické zpracování dat

Výzkumnou část bakalářské práce tvoří analýza a syntéza zpracovaných údajů z dotazníkového šetření. Pro tvorbu bakalářské práce byly použity programy Microsoft Office Word 2007 (písemná část) a Microsoft Office Excel (tvorba tabulek a grafů).

2.6 Výsledky výzkumu

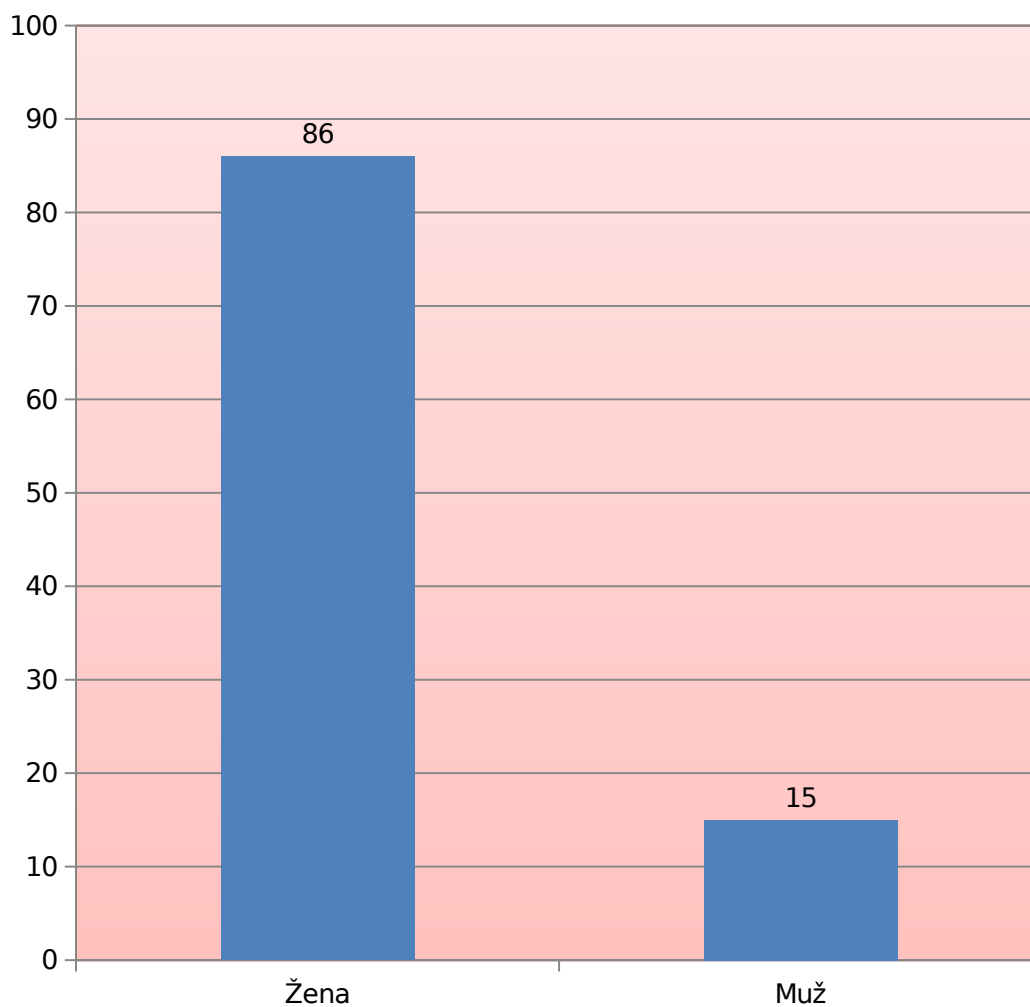
Otázka 1: V jaké věkové kategorii se pohybujete?



Graf 1 Věková kategorie respondentů

Graf 1 znázorňuje věkové kategorie respondentů. Z celkových 101 respondentů (100%), se výzkumu zúčastnilo 28 respondentů ve věku 15-26 let (27,7 %). Ve věku 26- 35 let 28 (27,7 %), ve věku 36-45 let (23,8 %) a ve věku 45 a více let 21 respondentů (20,8 %).

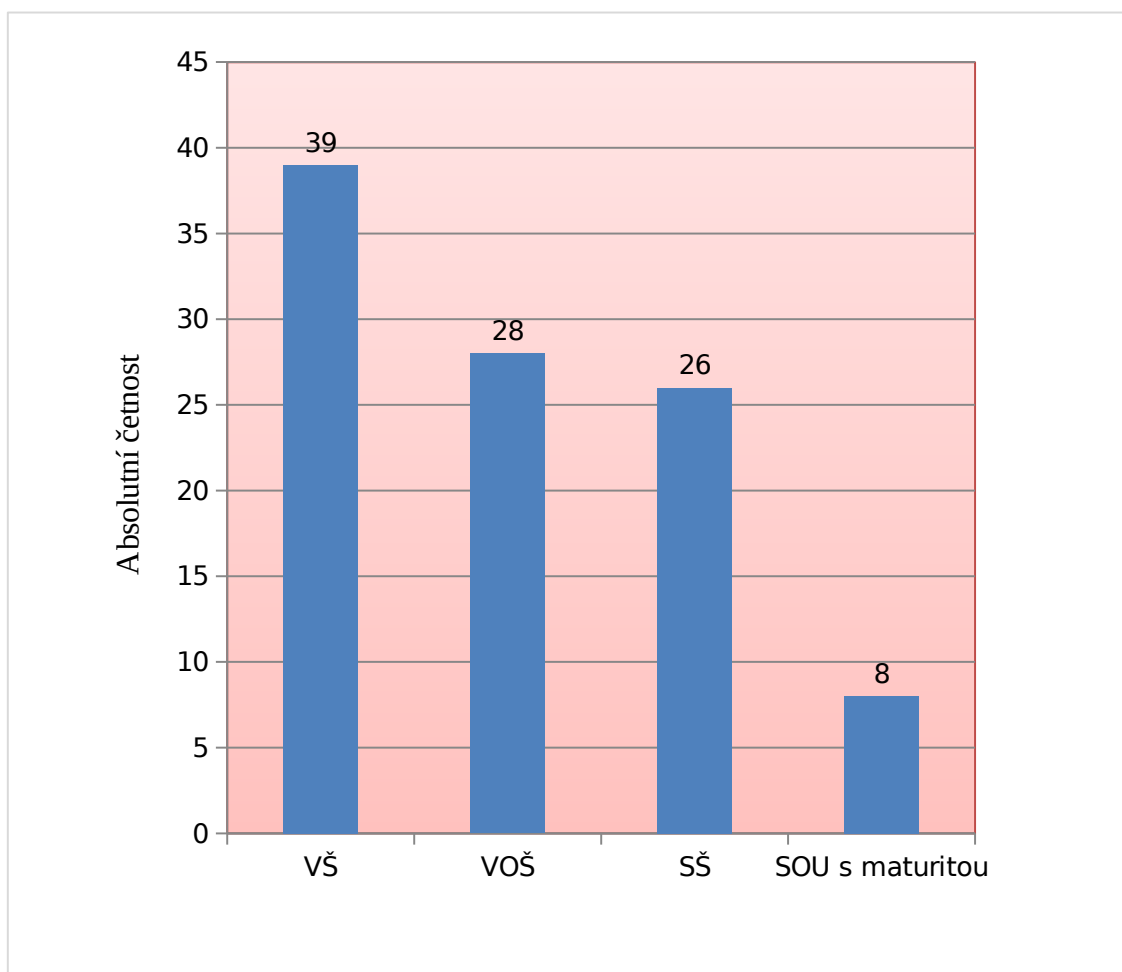
Otázka 2: Jaké je vaše pohlaví?



Graf 2 Rozdělení souboru respondentů podle pohlaví

V grafu 2 je uvedeno zastoupení mužů a žen, kteří se podíleli na výzkumném vzorku respondentů. Z celkového počtu 101 respondentů (100 %), bylo 15 mužů (14,9 %) a 86 žen (85,1 %).

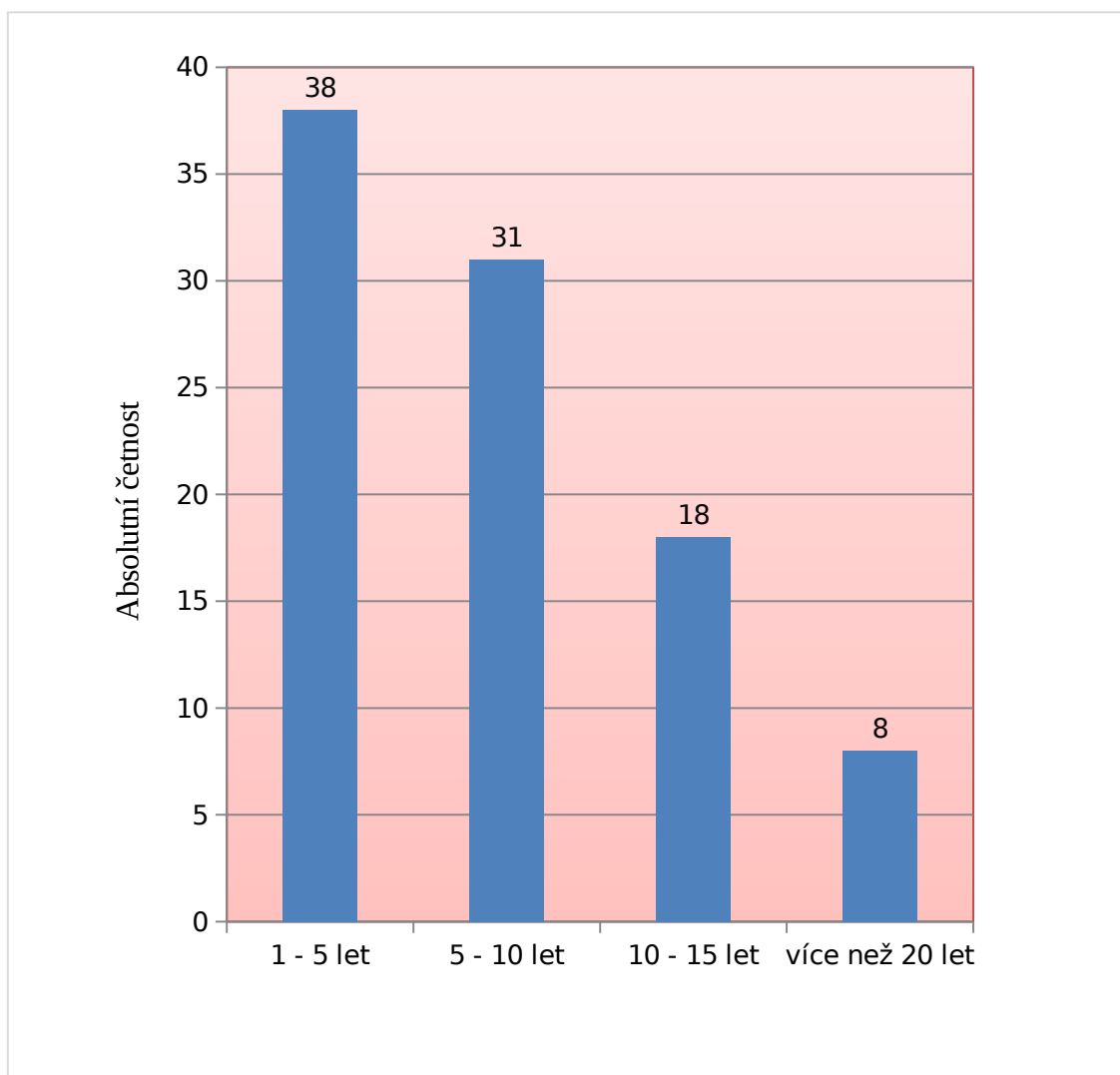
Otázka 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 3 Rozdělení souboru respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Graf 3 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání oslovených respondentů. Z celkového počtu 101 respondentů (100 %) se výzkumného šetření zúčastnilo 8 respondentů (7,9 %) studující na středním odborném učilišti s maturitou, 26 respondentů (25,7 %) se středoškolským vzděláním, 28 (27,7 %) se vzděláním na vyšší odborné škole a 39 (38,6 %) vysokoškoláků.

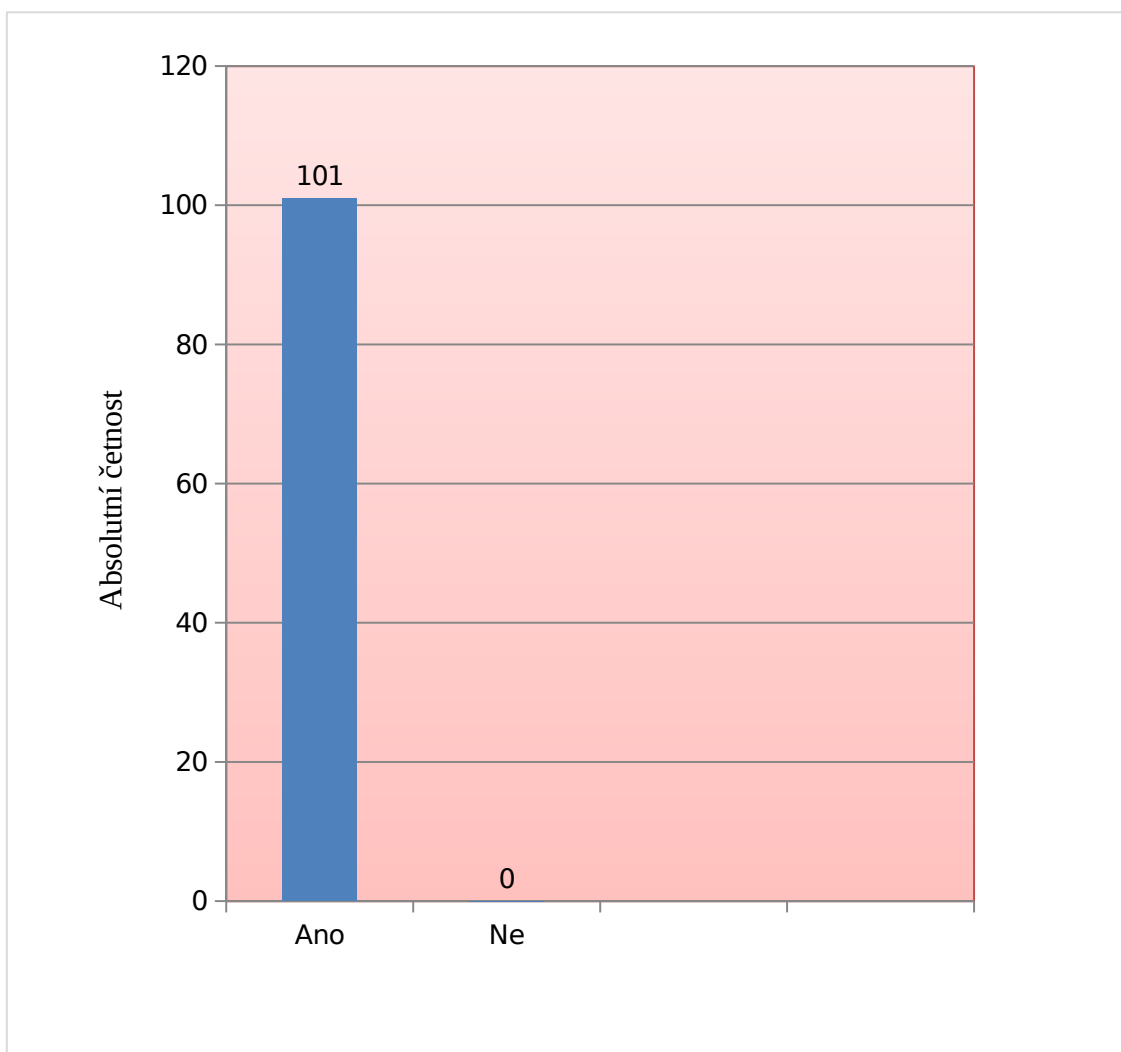
Otázka 4: Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?



Graf 4 Rozdělení souboru respondentů dle délky praxe ve zdravotnictví

V grafu 4 je zobrazena délka praxe ve zdravotnictví daných respondentů. Z celkového počtu 101 respondentů (100 %) se jich zúčastnilo výzkumu 38 (37,6 %) s praxí ve zdravotnictví 1-5let, 31(30,7 %) respondentů s praxí ve zdravotnictví 5-10 let, s praxí 10-15 let 18 (17,8 %), 15-20 let 6 (5,9 %) a 20 let a více 8 (7,9 %).

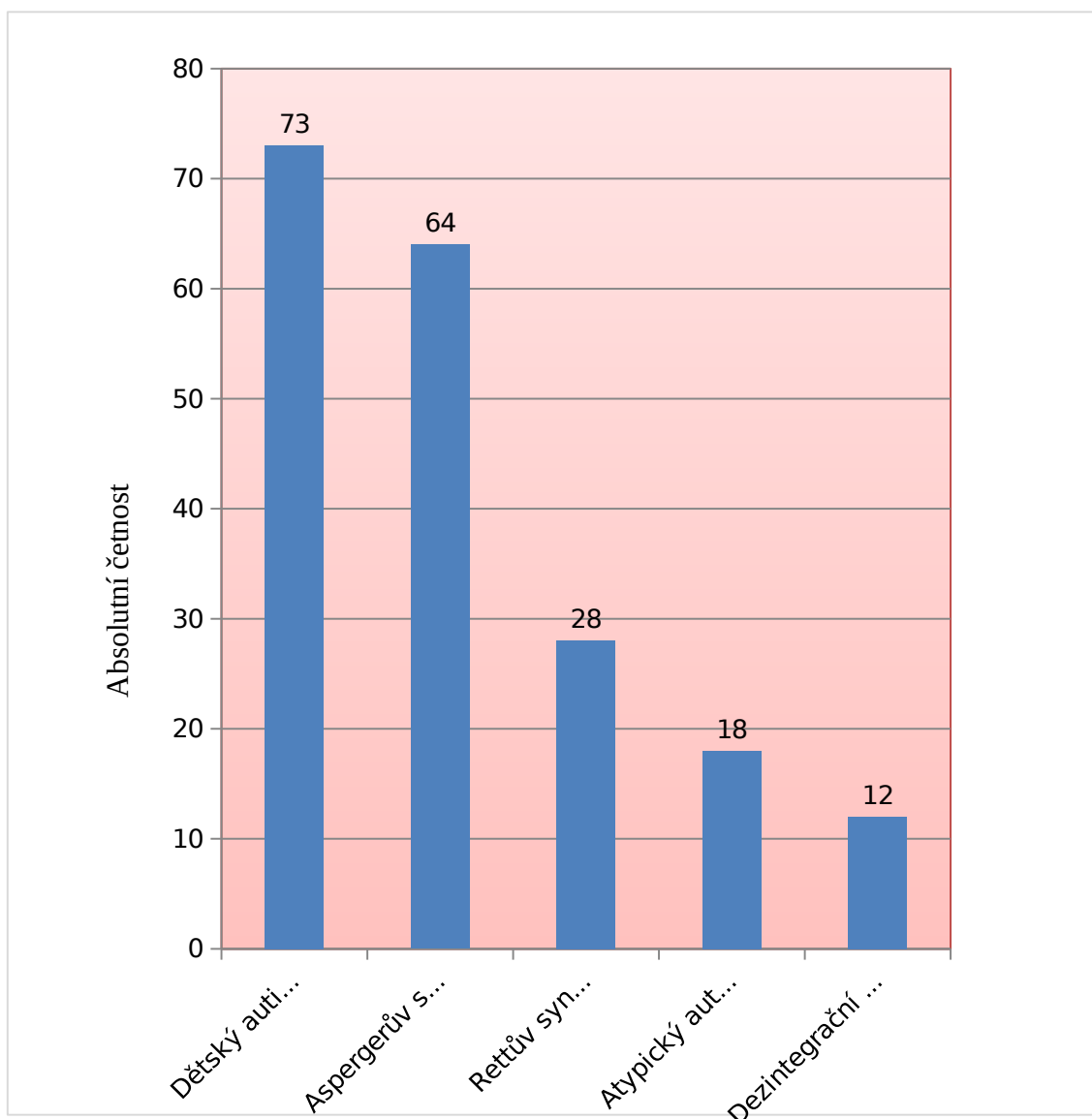
Otázka 5: Setkal/a jste se s poruchou autistického spektra?



Graf 5 Zobrazení četnosti respondentů, kteří se setkali s poruchou autistického spektra

Graf 5 uvádí, kolik z dotazovaných se již setkalo s nějakou z poruch autistického spektra. Z celkového počtu 101 respondentů (100 %) 101 (100 %) respondentů odpovědělo, že se s poruchou autistického spektra již setkalo.

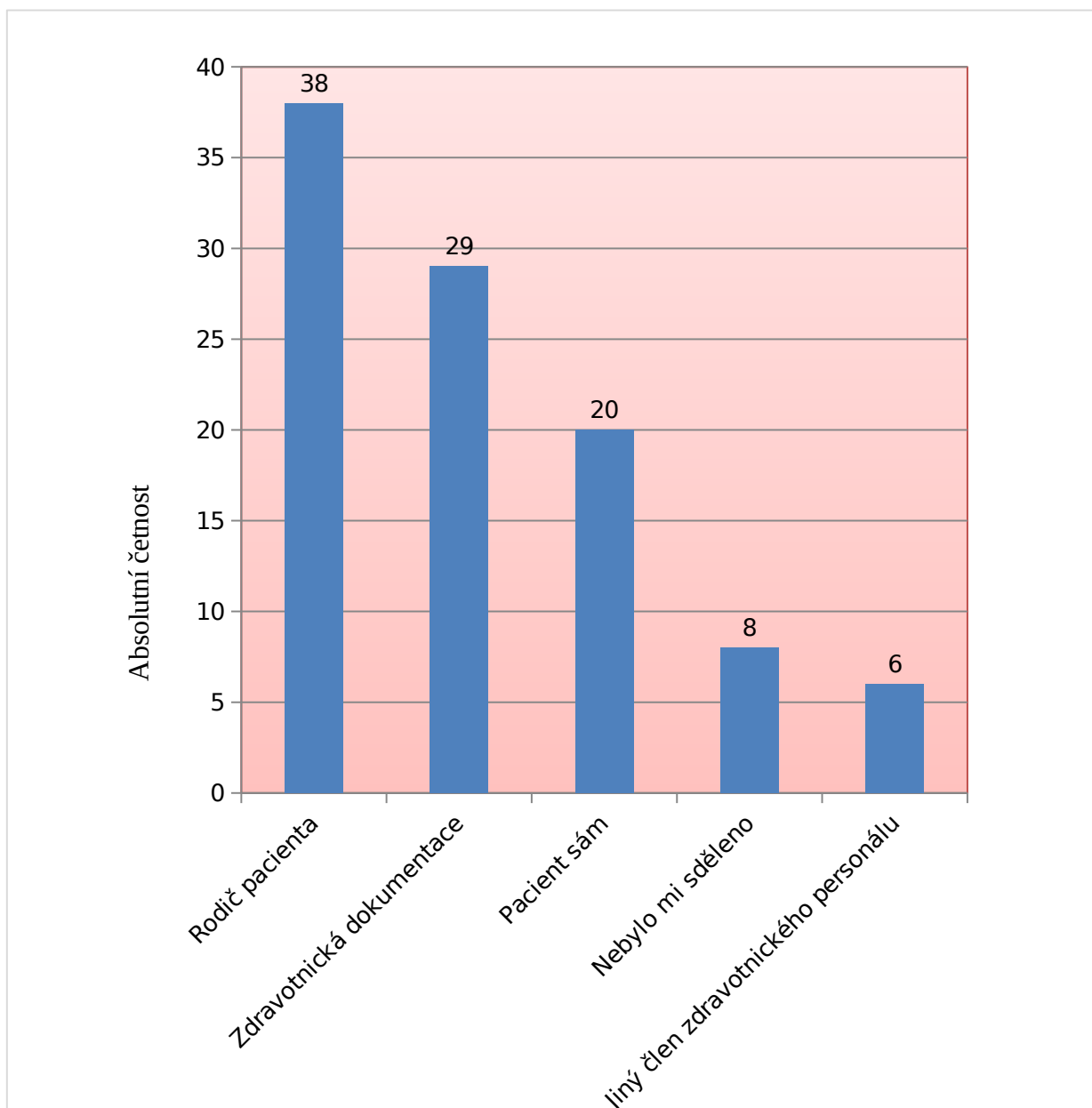
Otázka 6: O jakou poruchu autistického spektra se jednalo?



Graf 6 Rozdělení respondentů, dle toho, s jakou poruchou autistického spektra se již setkali

V grafu 6 se zobrazuje, s jakou poruchou se oslovení respondenti setkali nejčastěji. Nejčastější poruchou, dle dotazovaných, je dětský autismus (73 respondentů), následuje Aspergerův syndrom (64 respondentů). Třetí nejčastější poruchou bývá Rettův syndrom (28 respondentů), čtvrtou Atypický autismus (18 respondentů) a za nejméně častou je označena Dezintegrační porucha (12 respondentů).

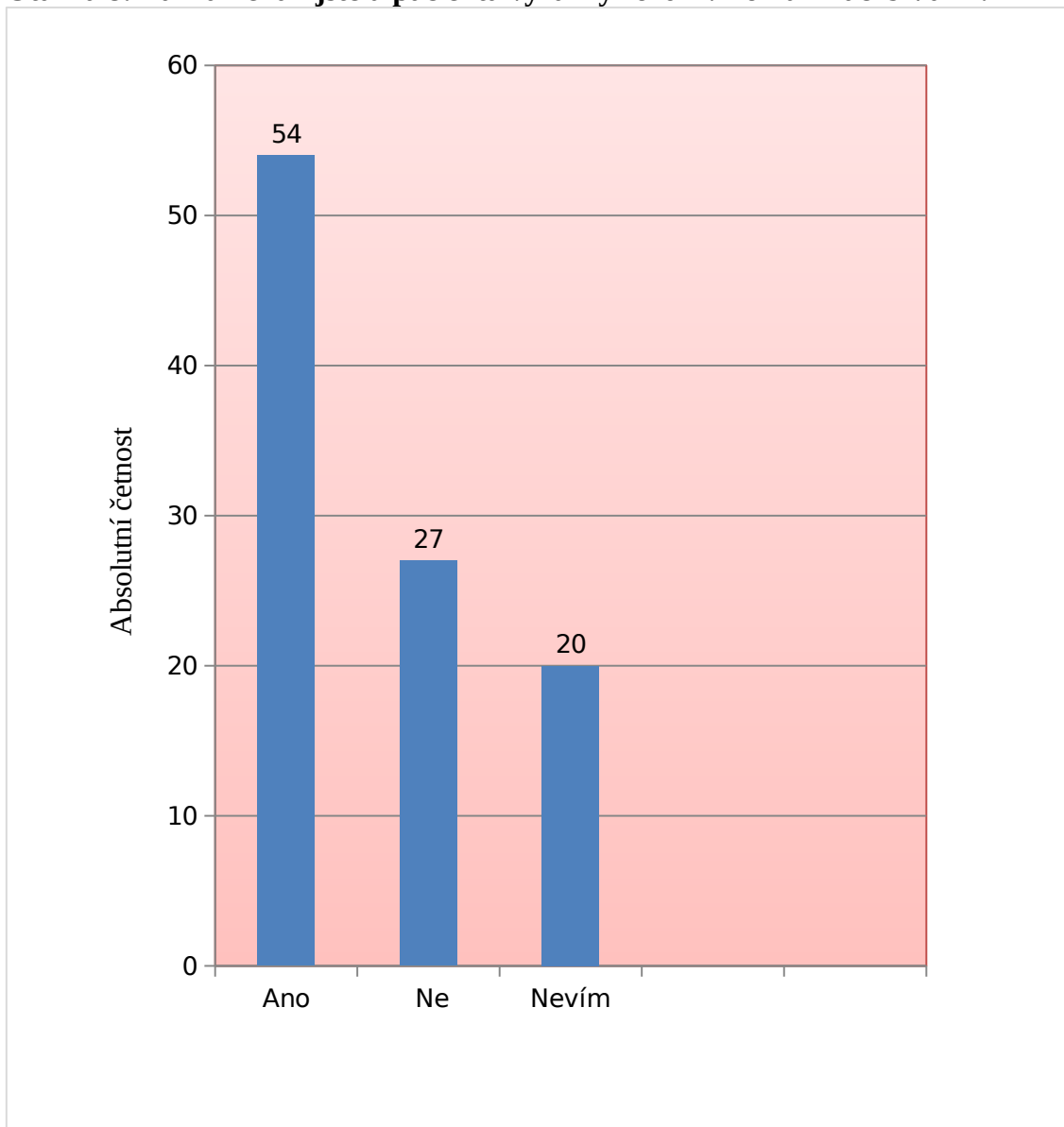
Otázka 7: Od koho Vám bylo před začátkem ošetření sděleno, že se jedná o pacienta s AS?



Graf 7 Zjištění diagnózy pacienta

V grafu 7 je uvedeno jakým způsobem se ošetřovatelský personál nejčastěji dozvídá o dané diagnóze. Z celkového počtu 101 respondentů v 38 případech (37,6 %) sdělil diagnózu rodič dítěte, pacient sdělil diagnózu sám ve 20ti případech (19,8 %), ze zdravotnické dokumentace se to nejčastěji dozvídá 29 respondentů (28,7 %), 6 dotazovaných (5,9 %) uvádí, že jim diagnózu nejčastěji sděluje jiný člen zdravotnického personálu a 8 respondentů (7,9 %) uvádí, že diagnóza nebývá sdělována vůbec.

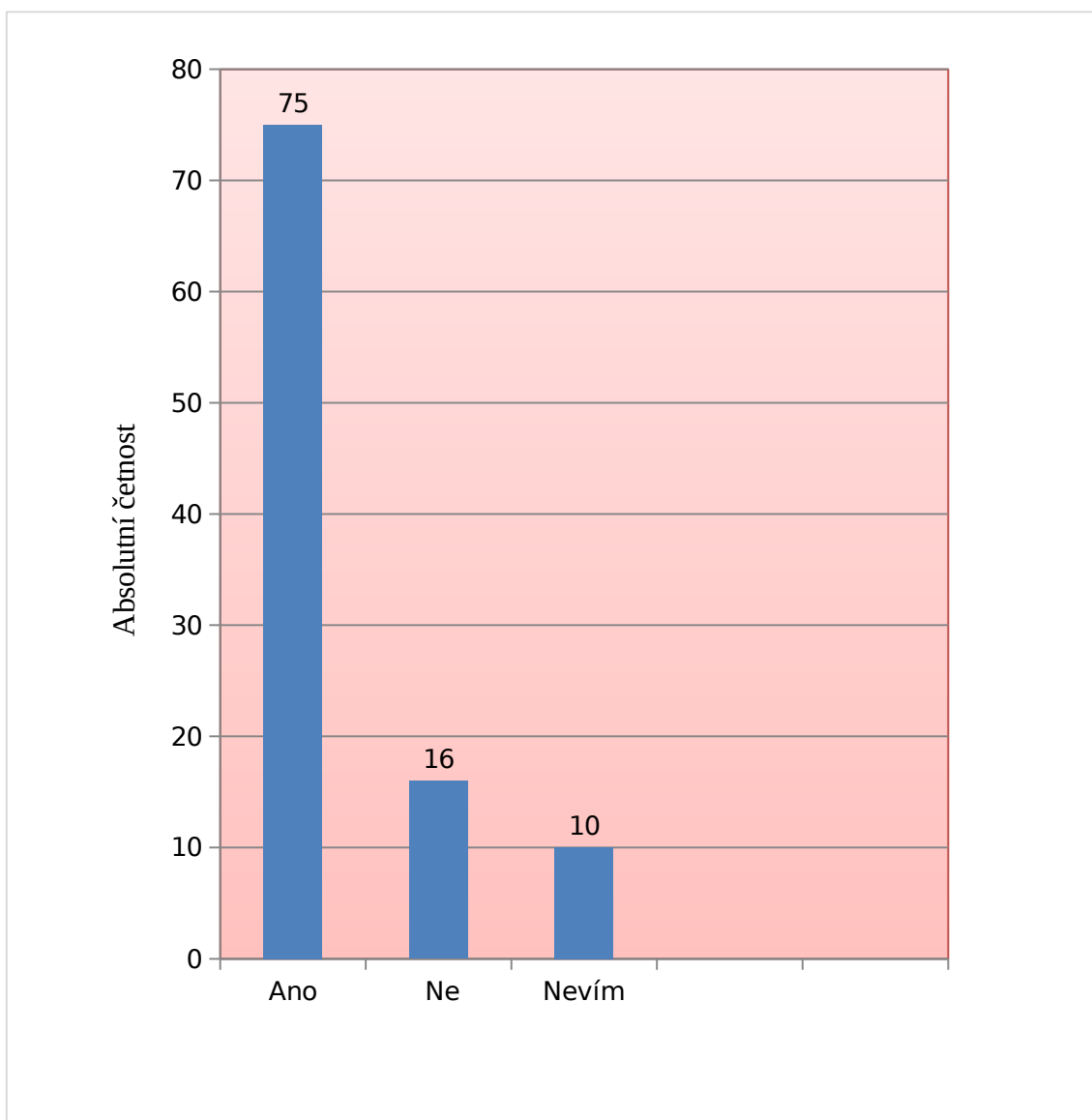
Otázka 8: Zaznamenali jste u pacienta výrazný rozdíl v komunikaci s Vámi?



Graf 8 Zaznamenání rozdílu v komunikaci

Graf 8 znázorňuje, zda se u dětí s Aspergerovým syndromem vyskytují výrazné rozdíly v komunikaci s ošetrovatelským personálem oproti zdravým dětem. Z celkové počtu 101 respondentů (100%) jich 54 (53,5 %) uvedlo ano, 27 (26,7 %) ne, 20 (19,8 %) nevím.

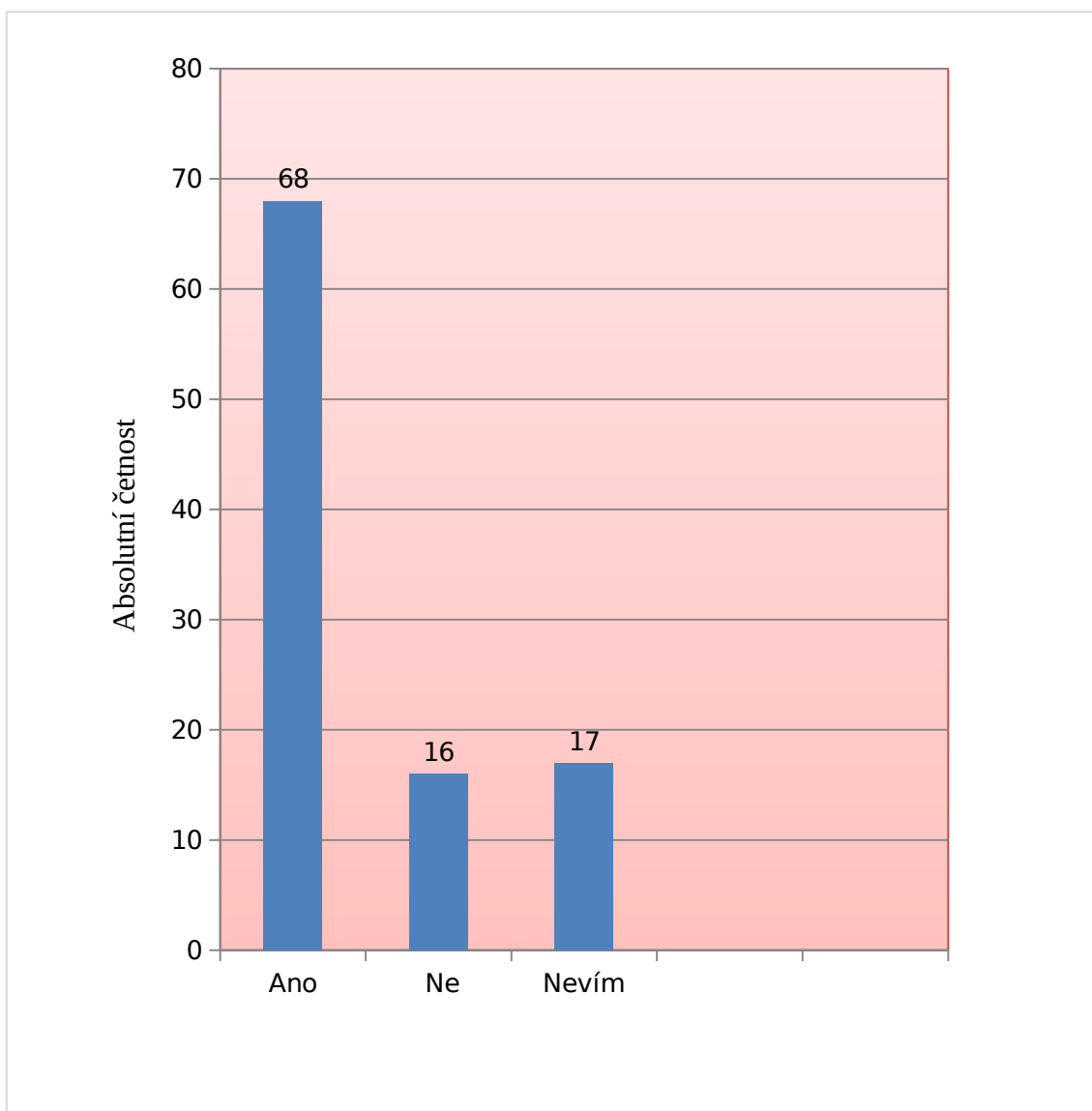
Otázka 9: Pokládáte za důležitou přítomnost rodiče u ošetření?



Graf 9 Znázornění důležitosti přítomnosti rodiče u ošetření

Z grafu 9 se dozvídáme, zda je přítomnost rodiče u ošetření potomka pokládána za důležitou. Z celkového počtu 101 respondentů (100 %) jich odpovědělo ano 75 (74,3 %). Odpověď ne zvolilo 16 (15,8 %) dotazovaných a nevím 10 (9,9 %).

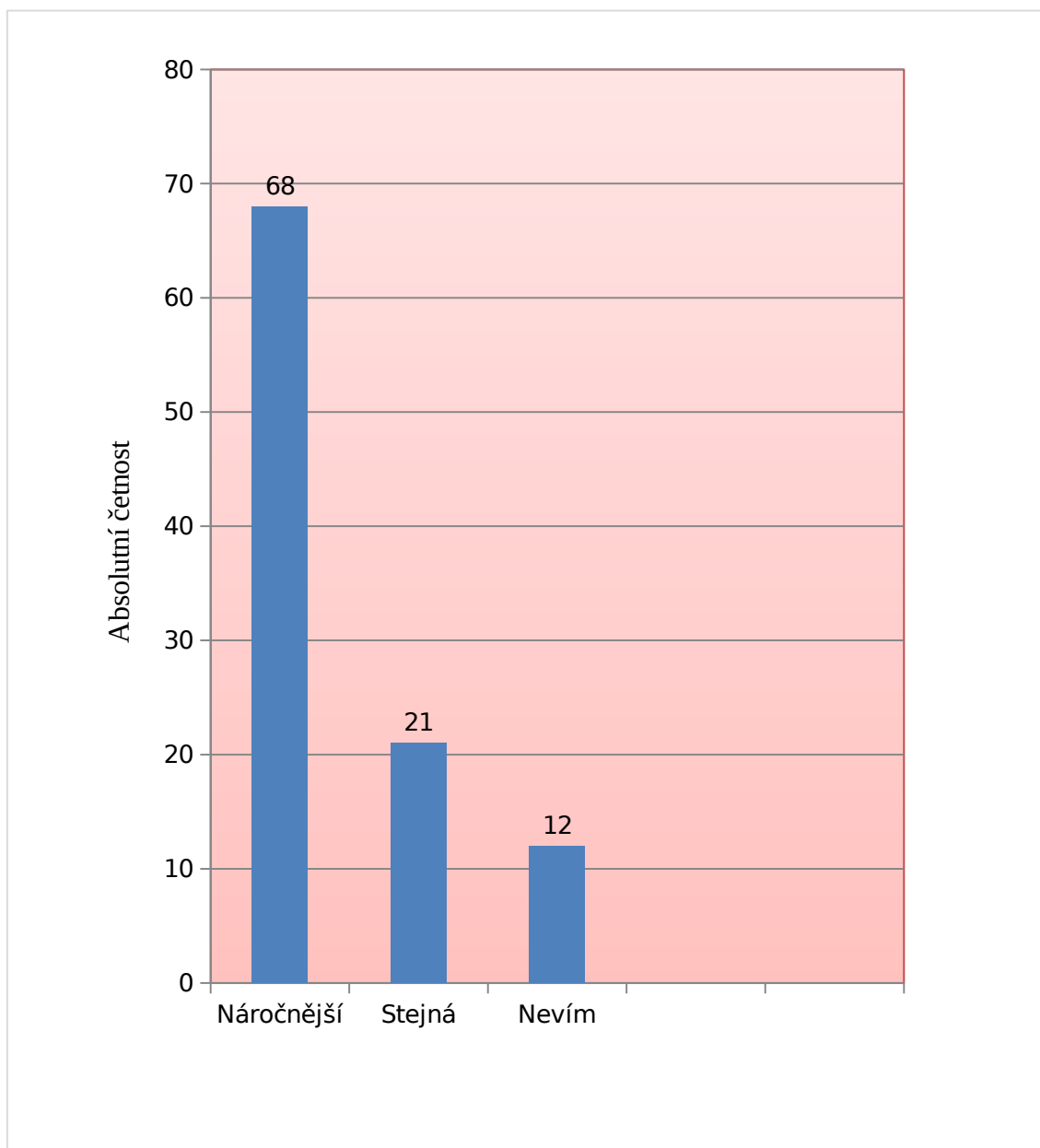
Otázka 10: Ovlivňuje přítomnost rodiče ošetrovatelský proces?



Graf 10 Ovlivnění ošetrovatelského procesu v přítomnosti rodiče

V grafu 10 je uvedeno, zda přítomnost rodiče u ošetření ovlivňuje samotný ošetrovatelský proces. Z celkového počtu 101 (100 %) respondentů jich uvedlo odpověď ano 68 (67,3 %), ne 16 (15,8 %), a odpověď nevím zvolilo 17 (16,8 %) respondentů.

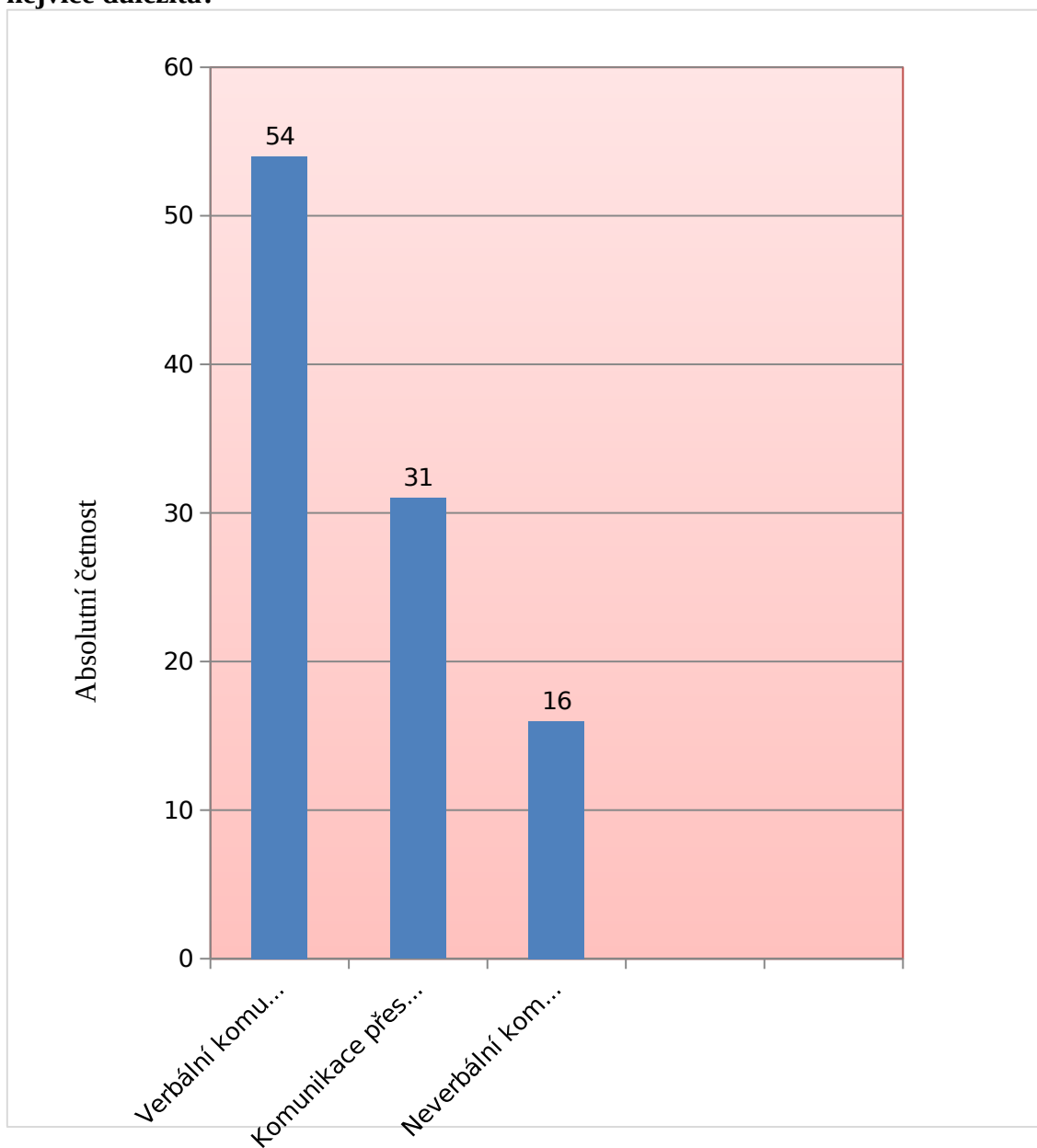
Otázka 11: Jak hodnotíte náročnost ošetrovatelského procesu u pacienta s AS ve srovnání s pacientem bez poruchy AS?



Graf 11 Hodnocení náročnosti péče u pacienta s AS

Graf 11 hodnotí náročnost ošetrovatelského procesu u pacienta s AS ve srovnání s pacientem bez AS. Z celkového počtu 101 respondentů (100 %) jich označilo 68 (67,3 %) ošetrovatelský proces u pacienta s AS za náročnější, 21 respondentů (20,8 %) zhodnotilo náročnost jako stejnou a 12 respondentů (11,9 %) odpovědělo nevím.

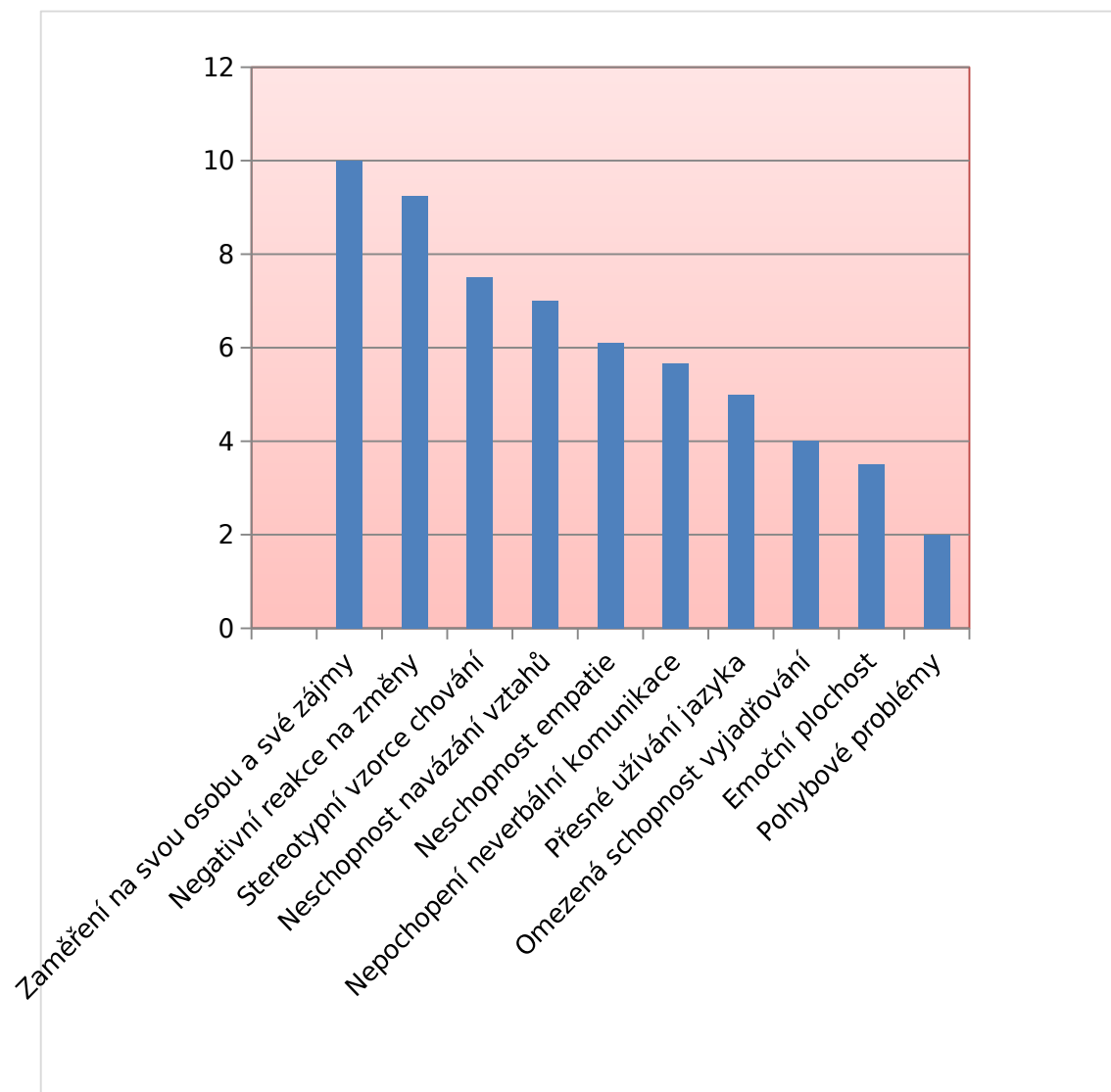
Otázka 12: Která složka komunikace je podle Vás v ošetrovatelském procesu nejvíce důležitá?



Graf 12 Zobrazení poměru složek komunikace

Graf 12 zobrazuje, která složka komunikace je při ošetrovatelském procesu nejvíce důležitou. Z celkového počtu 101 respondentů (100 %), zvolilo verbální komunikaci za nejvíce důležitou 54 dotázaných (53,5 %). Neverbální komunikaci označilo za nejvíce důležitou 16 respondentů (15,8 %) a komunikaci přes rodiče 31 respondentů (30,7 %).

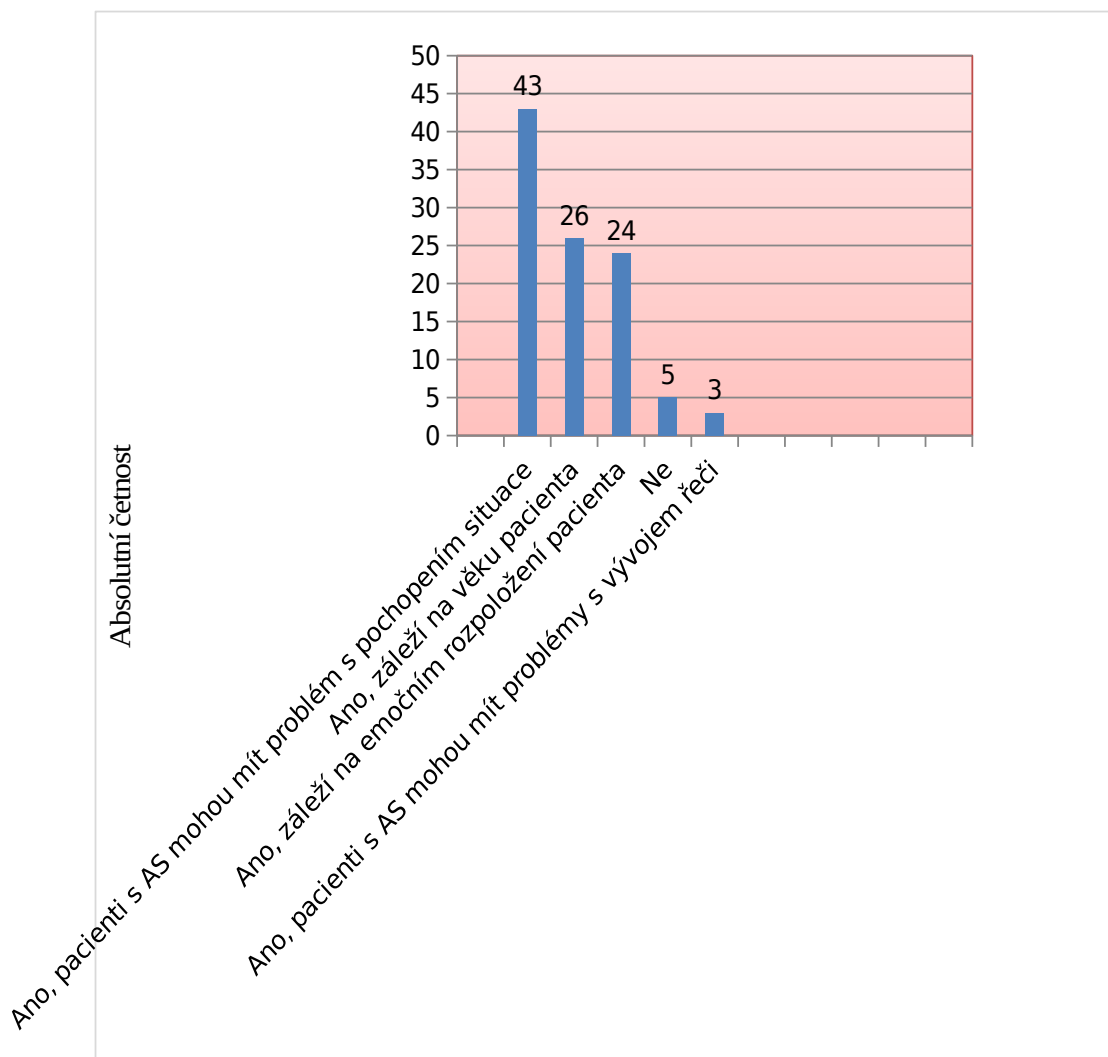
Otázka 13: Jaké jsou podle Vás nejčastější projevy Aspergerova syndromu? (10 – nejčastější, 1– nejméně časté)



Graf 13 Srovnání nejčastějších projevů Aspergerova syndromu

Graf 13 srovnává nejčastější projevy Aspergerova syndromu. Z grafu vyplývá, že za nejčastější projev Aspergerova syndromu je považováno zaměření na svou osobu a své zájmy. Naopak nejméně častým projevem této poruchy jsou pohybové problémy.

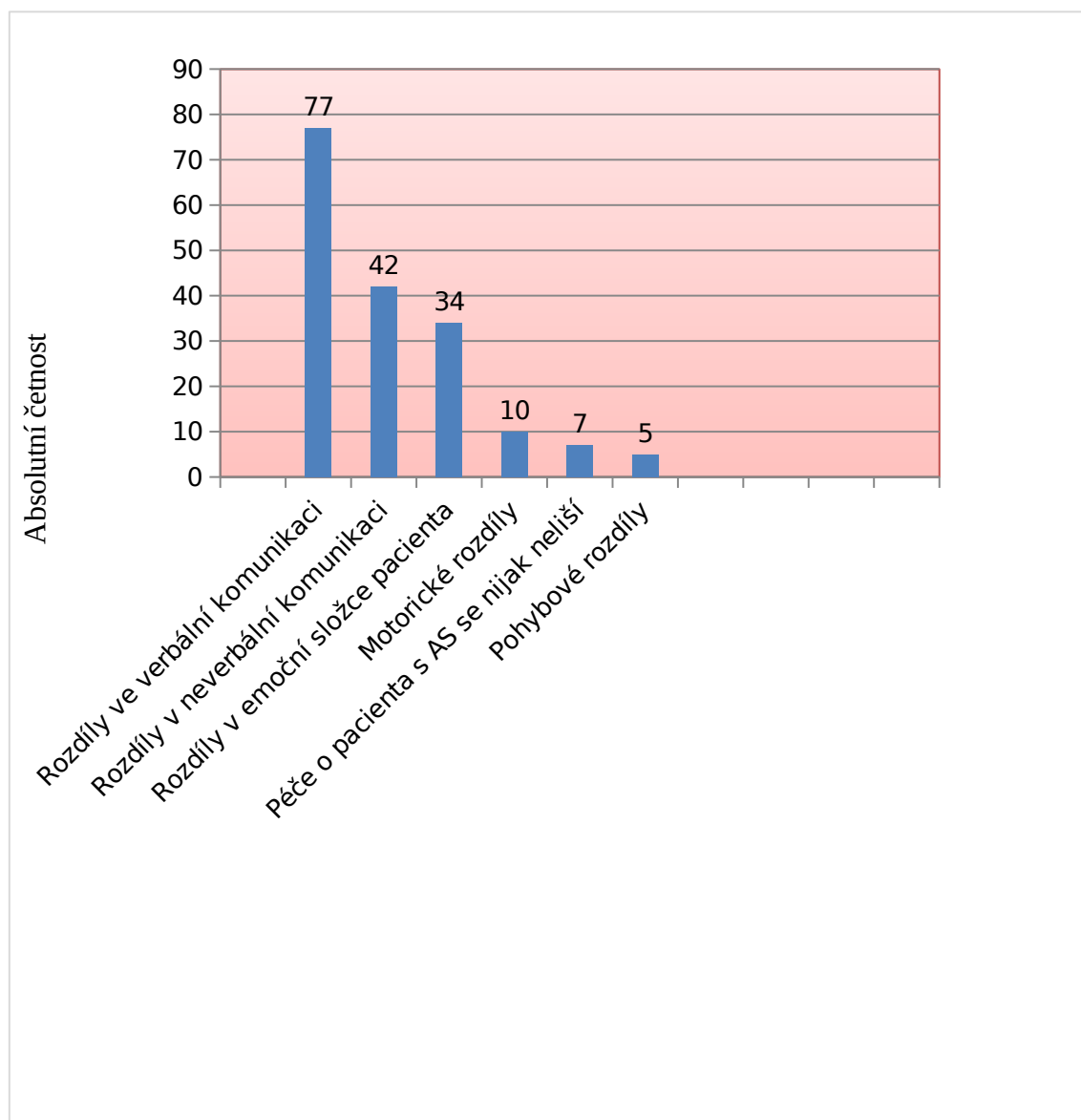
Otázka 14: Myslíte se, že při ošetřování dětí s Aspergerovým syndromem se objevují rozdíly oproti dětem bez poruch autistického spektra?



Graf 14 Rozdíly dětí s Aspergerovým syndromem oproti dětem bez poruch autistického spektra

V grafu 14 je uvedeno, zda se při ošetřování dětí s AS objevují rozdíly oproti dětem bez poruch autistického spektra. Z celkového počtu 101 respondentů (100 %) jich odpovědělo ano, záleží na věku pacienta 26 (25,7 %). Odpověď ano, záleží na emočním rozpoložení pacienta uvedlo 24 dotazovaných (23,8 %), odpověď ano, pacienti s AS mohou mít problém s pochopením situace odpovědělo 43 respondentů (42,6 %), odpověď pacienti s AS mohou mít problémy s vývojem řeči, označilo 3 respondenti (3 %) a odpověď ne zvolilo 5 dotazovaných (5 %).

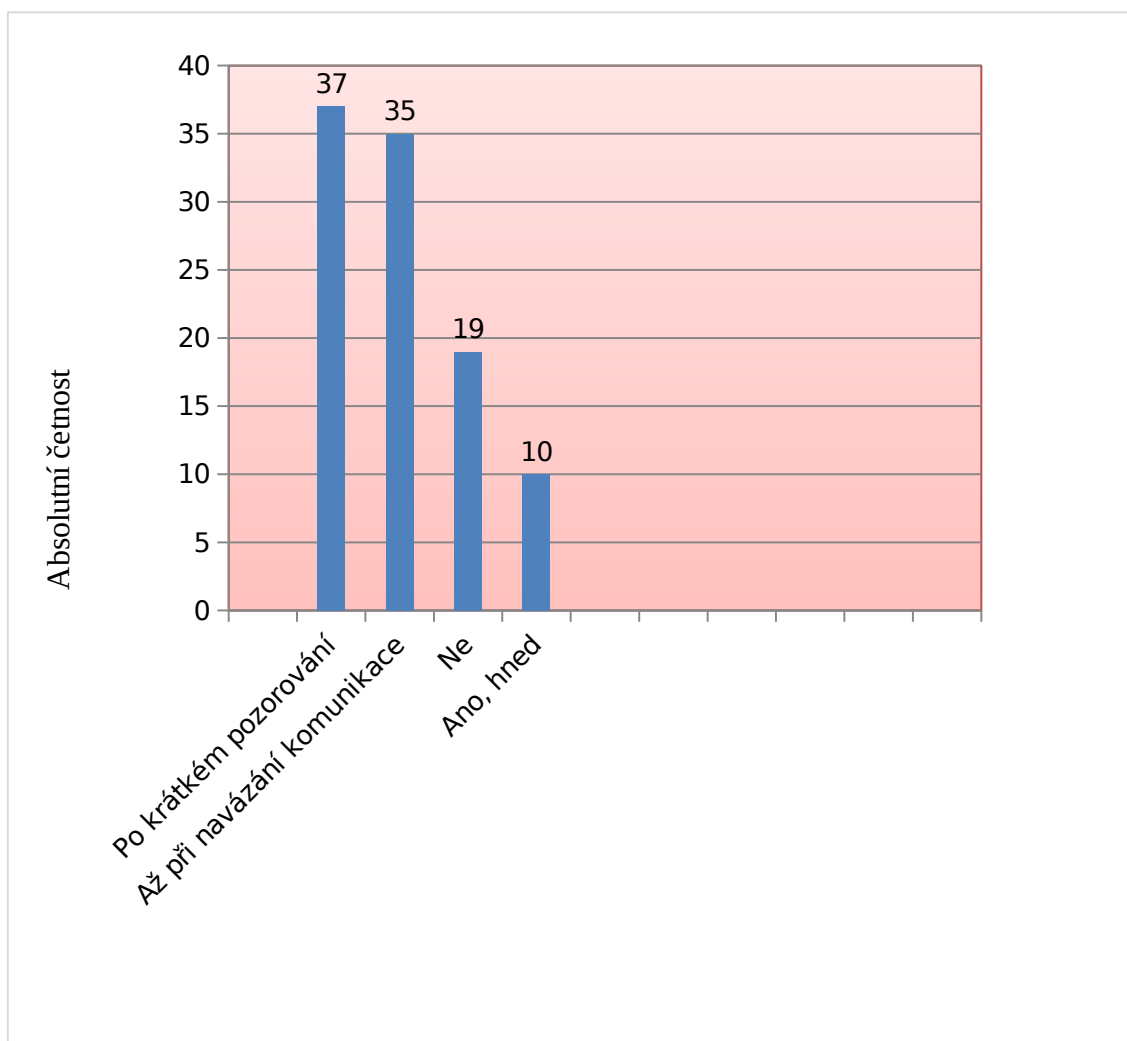
Otázka 15: Jaké jsou nejčastější rozdíly v péči?



Graf 15 Znárodnění nejčastějších rozdílů v péči

Graf 15 znázorňuje nejčastější rozdíly v péči. Z celkového počtu 101 (100 %) respondentů označilo rozdíly ve verbální komunikaci 77 z nich (44 %), rozdíly v neverbální komunikaci pak zvolilo 42 respondentů (24 %), rozdíly v emoční složce 34 (19,4 %), motorické rozdíly 10 (5,7 %), pohybové rozdíly 5 (2,9 %) a 7 respondentů (4 %) zvolilo odpověď, že se péče o pacienta s AS nijak neliší od běžného pacienta.

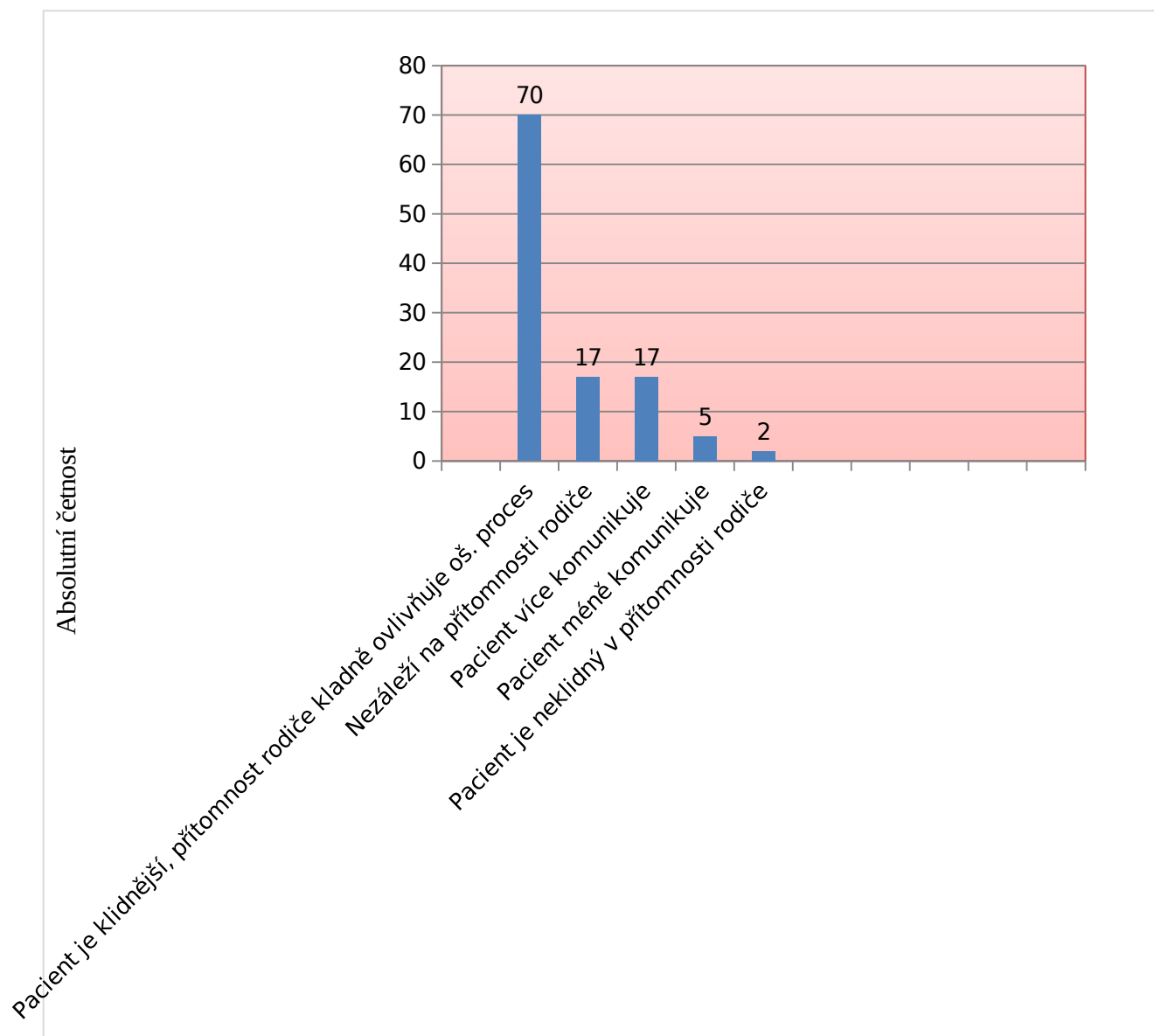
Otázka 16: Je na první pohled zřejmé, že dítě trpí Aspergerovým syndromem?



Graf 16 Čas zjištění diagnózy

V grafu 16 je uvedeno, zda je na první pohled zřejmé, že dítě trpí Aspergerovým syndromem. Z celkového počtu 101 (100 %) respondentů jich 10 (9,9 %) uvedlo ano, hned, 37 (36,6 %) ano, po krátkém pozorování, 35 (34,7 %) ano až při navázání komunikace a 19 respondentů (18,8 %) zvolilo odpověď ne.

Otázka 17: Jaká je reakce dítěte na ošetření v přítomnosti rodiče?



Graf 17 Reakce dítěte na ošetření v přítomnosti rodiče

Graf 17 znázorňuje reakci dítěte na ošetření v přítomnosti rodiče. Z celkového počtu 101 respondentů (100 %) jich 70 (63,1 %) uvedlo, že v přítomnosti rodiče je dítě klidnější a přítomnost rodiče kladně ovlivňuje ošetřovatelský proces. 2 (1,8 %) dotazovaní tvrdí, že pacient je v přítomnosti rodiče neklidný. 5 (4,5 %) respondentů uvádí, že pacient v přítomnosti rodiče méně komunikuje, naopak 17 (15,3 %) jich tvrdí, že v přítomnosti rodiče dítě komunikuje více a 17 (15,3 %) respondentů uvedlo, že nezáleží na přítomnosti/nepřítomnosti rodiče.

3 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo shrnout specifika ošetrovatelských postupů u pacientů s Aspergerovým syndromem. V úvodu dotazníku se vyskytovaly otázky zaměřené na charakteristické rysy skupiny respondentů, kteří se účastnili dotazníkového šetření. Z úvodní části tedy vyplynulo, že větší část výzkumného šetření tvořily ženy a zaujaly 85,1 % v různých věkových kategoriích. Je to především proto, že většinou část ošetrovatelského personálu tvoří právě ženy, s muži (zdravotními bratry) se setkáváme pouze zřídka.

Ve věku 25 let a méně odpovídalo na otázky 28 respondentů (27,7 %). Ve věkovém rozmezí 26-35 let odpovídalo 28 respondentů (27,7 %), ve věkové kategorii 36-45 let 24 respondentů (23,8 %) a ve věku 45 let a více 21 respondentů (20,8 %). Největší zastoupení tedy měli respondenti ve věkové kategorii 25 let a méně (27,7 %) a 26 – 35 let (27,7 %). Věkové kategorie mohou v tomto případě tvořit důležitý aspekt ve zkoumání dané problematiky. Mladší generace ošetrovatelského personálu může mít vzhledem k nízkému věku a krátké praxi ve zdravotnictví nedostatek zkušeností a znalostí s daným tématem. Naopak starší generace, vzhledem k tomu, že Aspergerův syndrom je poměrně mladým fenoménem, nemusí umět rozlišit Aspergerův syndrom od autismu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že znalost diagnózy Aspergerova syndromu a jeho příznaků je známa ve všech věkových kategoriích.

Respondenti byli dále rozděleni do skupin dle nejvyššího dosaženého vzdělání, kde zastoupení bylo následovné. Respondentů se vzděláním na středním odborném učilišti s maturitou odpovídalo 8 (7,9 %), středoškolského vzdělání dosáhlo 26 respondentů 25,7 %, na vyšší odborné škole studovalo 28 respondentů (27,7 %) a respondentů s vysokoškolským titulem se výzkumného šetření účastnilo 39 (38,6 %). Nejvíce respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání nebo vzdělání na vyšší odborné škole. To může být následkem toho, že od roku 2017 byl na středních zdravotnických školách zrušen obor zdravotnický asistent a vystřídal ho obor praktická sestra, která k samostatné práci nemá dostatek kompetencí. Proto řada studentů pokračuje dále ve studiu na vyšších nebo vysokých školách.

Součástí charakteristiky respondentů byl i dotaz na délku jejich praxe ve zdravotnictví. Výzkumného šetření se zúčastnilo 38 respondentů (37,6 %) s délkou praxe 1-5 let, 31 respondentů (30,7 %) s délkou praxe 5-10 let, 18 respondentů (17,8 %) s délkou praxe 10-15 let, 6 respondentů (5,9 %) s délkou praxe 15-20 let a 8 respondentů (7,9 %) s délkou praxe více než 20 let.

První výzkumná otázka, čím se liší ošetrovatelská péče u dětí s AS od dětí NT, byla vyhodnocena pomocí odpovědí na otázky 5, 6, 11, 13, 14, 15 a 16.

V otázce č. 5 bylo ověřeno, zda se respondent někdy setkal s nějakou z poruch autistického spektra, což bylo kritériem pro výběr respondentů pro výzkumné šetření. Alespoň s jednou z poruch autistického spektra se setkala 101 respondentů (100 %). Kritérium pro výběr respondentů bylo tedy splněno na 100 % a znamená to, že poruchy Autistického spektra jsou známy pro všechny věkové kategorie ošetrovatelského personálu. Může to být právě tím, že Aspergerův syndrom a všechny ostatní poruchy autistického spektra jsou čím dál více diskutovaným tématem.

V otázce č. 6 respondenti odpovídali, s jakou poruchou autistického spektra se setkali. Nejčastěji (73 respondentů, 37,4 %) se dotazovaní setkávali s dětským autismem. Druhou nejčastější poruchou je Aspergerův syndrom, zvolilo ji 64 respondentů (32,8 %). Méně často se respondenti setkávají s Rettovým syndromem (28 respondentů, 14,4 %). S Atypickým autismem se setkala 18 respondentů (9,2 %) a nejméně často se dotazovaní setkávají s dezintegrační poruchou (12 respondentů, 6,2 %). Zde je překvapující kolik respondentů se setkala s ne tak známými a častými diagnózami jako je dezintegrační porucha a Rettův syndrom, vzhledem k jejich velmi nízké prevalenci.

V otázce č. 11 respondenti hodnotili náročnost ošetrovatelské péče u pacienta s Aspergerovým syndromem a u pacienta bez poruch autistického spektra. Z výzkumného šetření vyplynulo, že ošetrování dítěte s Aspergerovým syndromem je náročnější oproti ošetrování dítěte bez poruchy autistického spektra. Odpověď, že je ošetrování u pacientů s touto diagnózou náročnější uvedlo 68 respondentů (67,3 %), že je ošetrování v obou případech stejné uvedlo 21 respondentů (20,8 %) a že neví, odpovědělo 12 dotazovaných (11,9 %). Ošetrovatelská péče u těchto pacientů může být náročnější zejména v oblasti komunikace. Pro personál je v tu chvíli důležité znát projevy Aspergerova syndromu a přizpůsobit se pacientovi. Je zapotřebí zjistit o pacientovi co nejvíce informací a postupovat dle situace.

V otázce č. 13 respondenti hodnotili nejčastější projevy Aspergerova syndromu na stupnici od 1 do 10. Z výsledů vyplynulo, že za nejčastější projev je považováno zaměření na svou osobu a své zájmy, naopak nejméně častým projevem jsou pohybové problémy. Tímto došlo k ověření teoretických poznatků. Diagnóza Aspergerova syndromu se vyznačuje především tím, že je daný jedinec často samotář, zabývá se pouze tím, co ho baví a zajímá, dodržuje svá pravidla a rituály a negativně reaguje na náhle změny. V pohybové a motorické oblasti se problémy vyskytují pouze zřídka. Tato otázka byla vyhodnocena spíše na základně teoretických znalostí respondentů. Na praktické poznatky by bylo potřeba strávit s pacientem více času, k čemuž by bylo zapotřebí kvalitativní výzkumné šetření, jak je popsáno v jedné případové studii (Kosičková, 2011)

V otázce č. 14 se respondenti vyjadřovali k tomu, zda se u dětí s AS objevují rozdíly při ošetřování oproti NT dětem. Možnost ano, pacienti s AS mohou mít problém s pochopením situace nebo ano, záleží na emočním rozpoložení pacienta nebo ano, záleží na věku pacienta, uvedlo 96 z nich (95 %). Ostatní 5 (5 %) nezaznamenali žádné rozdíly při ošetřování, neboť zvolili odpověď ne. Je tedy důležité zaměřit se především na pacienta a na jasné a srozumitelné vysvětlení situace, všimnout si jeho pocitů a emocí a přizpůsobit jednání a komunikaci jeho věku.

V otázce č. 15 byly zhodnoceny nejčastější rozdíly v péči. Za nejdůležitější rozdíl v péči byla zvolena verbální komunikace (způsob vyjadřování, používání krátkých a srozumitelných vět, důležitost podrobného vysvětlení), tu označilo 77 respondentů (44 %). 34 respondentů (19,4 %) považuje za nejčastější rozdíl emoční složku pacienta. Objevují se i rozdíly v neverbální komunikaci (nepochopení mimického sdělení, gestikulace) tu označilo za nejčastější 42 dotazovaných (24 %). Dalšími rozdíly jsou motorické rozdíly, které označilo 10 respondentů (5,7 %), pohybové rozdíly 5 respondentů (2,9 %) a odpověď, že se péče o pacienta s AS nijak neliší od běžného pacienta, zvolilo 7 respondentů (4 %). Verbální komunikace je v této situaci označena za nejdůležitější zejména proto, že jde především o získávání a předávání potřebných informací. V jiných případech může hrát důležitější roli neverbální komunikace (mimika, gesta, neschopnost udržet oční kontakt). Záleží tedy na okolnostech a dané situaci. Každé dítě zároveň může používat jiné komunikační prostředky, které si osvojilo a které pokládá za důležité, jak je uvedeno v jedné diplomové práci (Kotková, 2010).

V otázce 16 bylo zhodnoceno, zda je na první pohled zřejmé, že dítě trpí Aspergerovým syndromem. Z výsledků vyplynulo, že diagnózu Aspergerova syndromu nejčastěji zjišťujeme až po krátkém pozorování pacienta (37 respondentů, 36,6 %) nebo až při navázání komunikace (35 respondentů, 34,7 %). Z uvedeného vyplývá, že daná diagnóza nemá na první pohled zřetelné projevy a dítě je tedy za běžné situace k nerozeznání od zdravého jedince.

K vyhodnocení druhé výzkumné otázky, jak může komunikace ovlivnit ošetrovatelskou péči, byly použity odpovědi na otázky 7, 8, a 12.

Otázka č. 7 řeší, kdo nejčastěji sděluje diagnózu ošetrovatelskému personálu. Z odpovědí vyplynulo, že diagnózu svého dítěte nejčastěji sděluje rodič (38 respondentů, 37,6 %) nebo ze zdravotnické dokumentace (29 respondentů, 19,8 %). Nejméně často se pak diagnózu dozvídáme od jiných členů zdravotnického personálu (6 respondentů, 5,9 %). Diagnóza svého dítěte je rodičem často sdělována i u NT dětí, neshledávám zde tedy rozdíly u dětí s Aspergerovým syndromem oproti NT dětem.

Otázka č. 8 pojednává o zaznamenání rozdílu v komunikaci mezi pacientem a ošetrovatelským personálem. Nadpoloviční většina dotazovaných (54 respondentů, 53,5 %) uvedla, že se objevují výrazné rozdíly v komunikaci. Jedná se především o plachost, nedůvěru, málomluvnost, vyšší časovou náročnost, nepochopení ze strany klienta, nesoustředěnost, odmítání konverzace, vyhýbání se očnímu kontaktu, odtažitost, nervozitu, zvláštní a zrychlené pohyby, nutnost vše pomalu, důkladně a někdy i vícekrát vysvětlit, užívání krátkých srozumitelných vět, pomalé reakce, stydlivost.

Otázka č. 12 se zabývá nejdůležitější složkou komunikace v ošetrovatelském procesu. Za nejvíce důležitou byla zvolena verbální složka komunikace (54 respondentů, 53,5 %). V této situaci jde především o obsah sdělovaného, proto je neverbální komunikace nebo komunikace přes rodiče zvolena za nejdůležitější. Za daných okolností nebo v jiné situaci by se výsledky mohly lišit.

K vyhodnocení třetí výzkumné otázky, jak ovlivňuje ošetřování dítěte s AS přítomnost rodičů, byly použity odpovědi na otázky 9, 10, 17.

V otázce č. 9 respondenti hodnotili důležitost přítomnosti rodiče u ošetřovatelského procesu. Z výsledků vyplývá, že přítomnost rodiče je velmi důležitá pro ošetřovatelský proces. Na otázku č. 9 navazuje otázka č. 10, kde je zaznamenáno, jakým způsobem přítomnost rodiče ošetřovatelský proces ovlivňuje. Jde především o to, že rodič často komunikuje více než pacient, mnohokrát i on sám sděluje diagnózu, dítě uklidňuje a pro pacienta je to méně stresující záležitost. Rodič lépe zná pacienta (svého potomka) a proto mu dokáže situaci lépe popsat a vysvětlit, dodává pacientovi pocit bezpečí, může ošetřovatelskému personálu v mnoha věcech poradit, protože zná reakce pacienta, odvádí pozornost od samotného ošetření a tak ho pomáhá dítěti lépe zvládnout, dokáže svého potomka motivovat. Rodič by ale neměl do ošetřovatelského procesu zasahovat příliš, mohl by tím narušit průběh ošetření.

Otázka č. 17 znázorňuje reakce dítěte na ošetření v přítomnosti rodiče. 70 respondentů (63,1 %) uvedlo, že pacient je v přítomnosti klidnější a přítomnost rodiče kladně ovlivňuje ošetřovatelský proces.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Cílem bakalářské práce bylo vymezit specifika ošetřovatelských postupů a komunikace ošetřovatelského personálu s dětmi s Aspergerovým syndromem.

Tato vymezení vyplynula z dotazníkového šetření mezi ošetřovatelským personálem. Objevilo se několik zásadních témat a doporučení pro praktické využití.

Ošetřovatelský personál by měl akceptovat přítomnost rodiče a snažit se ho zapojit do ošetřovatelského procesu, zároveň je vhodné udržovat klidný a vyrovnaný přístup k dítěti a s ochotou vysvětlovat postup ošetření a zodpovídat dítěti jeho otázky. Při samotném ošetření je vhodné dítě zaujmout určitou aktivitou nebo komunikací, nevynášet hodnotící soudy a vyhradit si na pacienta s touto diagnózou dostatek času.

Od rodičů by bylo vhodné, aby sdělovali diagnózu svého potomka co nejdříve, nejlépe před zahájením samotného vyšetření. Měli by shrnout základní informace o diagnóze svého dítěte a specifika, která by mohla ovlivnit ošetřovatelský proces a zároveň podpořit svou přítomností zdárné provedení zákroku, to znamená posílit v dítěti pocit důvěry a klidu. Je ale potřeba, aby nezasahovali nad nutný rámec do procesu ošetřování, netlumočili za dítě jeho subjektivní pocity a stavy. Pokud je to možné, je dobré vysvětlit dítěti před návštěvou lékaře, co ho čeká a připravit ho psychicky na průběh ošetření. Pozitivní motivací je i následná odměna po vyšetření.

Z výše uvedených poznatků plyne, že tato doporučení jsou časově náročná pro obě strany. Prostor se tedy otevírá prohloubením výzkumu z hlediska časové náročnosti. Zajímavé by bylo srovnání v délce ošetření NT dítěte s dětmi s AS.

Možným řešením je větší specializace ošetřovatelského personálu a dále zvýšení jejich počtu. Toto řešení ale přesahuje rámec jednotlivce a jedná se spíše o systémové řešení.

Závěr

Aspergerův syndrom je diagnóza definovaná jako neléčitelné onemocnění mozku. Jedná se o poruchu, která jedince provází po celý život. I když se jedná o vrozenou poruchu, která je diagnostikována nejčastěji v dětském věku, existuje řada způsobů a metod, jak zlepšit kvalitu života jedinců s AS. Toto onemocnění se výrazně projevuje zejména v oblasti komunikace a sociální interakce. Právě komunikace, tedy úzký výsek komunikace mezi dětmi s AS a ošetrovatelským personálem, byla tématem mé bakalářské práce. V současné době jsem nedohledala ucelenou publikaci, která by shrnovala specifika komunikace v ošetrovatelské péči a objevují se jiné dílčí práce zaměřené buď na komunikaci s nemocným dítětem nebo na komunikaci s dítětem s AS. Pokusila jsem se dostupné informace z těchto oblastí propojit v teoretické části. Ta shrnuje obecná fakta o AS, vývojové psychologii a komunikaci.

Z teoretické části vyplynuly výzkumné otázky. Na základě zpracování výzkumných otázek vyplynula určitá zjištění, popisující některá specifika ošetrovatelského procesu, analyzující možnosti jejich zefektivnění a otevírající prostor pro zpracování dalších témat.

Kvantitativním výzkumem došlo k naplnění cílů mé bakalářské práce. Tato bakalářská práce může sloužit jako informativní text pro ošetrovatelský personál a současně otevírá i obzory rodičům, kteří mají možnost vidět pohled z druhé strany. Kvantitativní výzkum má za úkol sbírat data, jako jsou čísla, četnost – data, která jde vyhodnotit. Pokud bychom chtěli dané téma probrat více do hloubky, museli bychom zvolit kvalitativní výzkum – rozhovory.

Jedním ze zásadních výstupů provedeného výzkumu je zjištění, že pro kvalitu ošetrovatelského procesu je důležité umění používání „*soft skills*“. Snažila jsem se vymezit jednoduché principy a pravidla komunikaci mezi zdravotníky a dětmi s AS, ale vše vychází zejména z individuálního přístupu jedinců.

Seznam použité literatury

ATTWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 2. Přeložil Dagmar BREJLOVÁ. Praha: Portál, 2012. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-262-0193-9.

BAZALOVÁ, Barbora. *Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie*. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5930-6.

BOYD, Brenda. *Výchova dítěte s Aspergerovým syndromem: 200 nápadů, rad a strategií*. Praha: Portál, 2011. ISBN 9788073768340.

ČADILOVÁ, Věra a Zuzana ŽAMPACHOVÁ a kolektiv, 2015. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4689-9.

DSM IV. American psychiatric association [online]. Washington, 2019 [cit. 2021-05-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>.

HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK, ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., dopl. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0686-6.

KOSIČKOVÁ, Olga. *Dítě s Aspergerovým syndromem*. Zlín, 2011. Případová studie. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

KOTKOVÁ, Michaela, 2010. *Autismus jako stigma a podíl sestry ve spolupráci s rodinou*. České Budějovice, Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0643-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jiří. *Konflikty mezi lidmi*. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-407-6.

KUPFERSTEIN, Henny. Evidence of increased PTSD symptoms in autistics exposed to applied behavior analysis. *Advances in Autism* [online]. 2018, 4(1), 19-29 [cit. 2021-5-6]. ISSN 2056-3868. Dostupné z: doi:10.1108/AIA-08-2017-0016.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 807169195X

LECHTA, Viktor, ed. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.

MKN-10 2021 [online]. [cit. 2021-5-6]. Dostupné z:
<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F84.5>

Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021 [cit. 06.05.2021]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

NEVORAL, Jiří a Magdalena PAULOVÁ. *Výživa kojenců*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007. ISBN 978-80-7071-286-3.

PEŠEK, Roman. *Integrace dětí s aspergerovým syndromem a vysokofunkčním autismem do vzdělávacího procesu: zkušenosti rodičů*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem - APLA Praha, střední Čechy, 2012. ISBN 978-80-87690-09-3.

PEŠEK, Roman. *Co často zajímá rodiče a učitele dětí s Aspergerovým syndromem: nebojujte s těmito dětmi, uče se s nimi "tančit"*. 2. vydání. Praha: Pasparta, [2017]. ISBN 978-80-88163-65-7.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: GradaPublishing, 2010. ISBN 9788024729688.

PREISSMANN, Christine. *Život s Aspergerovým syndromem: příběh psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-688-9.

PRŮCHA, Jan. *Dětská řeč a komunikace: Poznatky vývojové psycholingvistiky*. Praha:Grada Publishing, 2011. ISBN 9788024731810

SCARPA, Angela, Anthony WELLS a Tony ATTWOOD. *Dítě s autismem a emoce: program pro práci s dětmi*. Přeložil Petra DIESTLEROVÁ. Praha: Portál, 2019. ISBN 978-80-262-1435-9.

SHAPIRO, Lawrence E. *Emoční inteligence dítěte a její rozvoj: Poznatky vývojové psycholingvistiky*. 3. Praha: Portál, 2011. ISBN 9788073676483.

STEHLÍKOVÁ, Monika. *Nadané dítě: jak mu pomoci ke štěstí a úspěchu*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0512-0.

ŠPORCLOVÁ, Veronika. *Autismus od A do Z*. V Praze: Pasparta, 2018. ISBN 978-80-88163-98-5.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra. Rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 8071783080.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 024712628.

VOSMIK, Miroslav a Lucie BĚLOHLÁVKOVÁ. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole: možnosti integrace na ZŠ a SŠ*. Praha: Portál, 2010. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-687-2.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 8071789984.

Seznam grafů

Graf 1	Rozdělení souboru respondentů dle věkových kategorií
Graf 2	Rozdělení souboru respondentů podle pohlaví
Graf 3	Rozdělení souboru respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání
Graf 4	Rozdělení souboru respondentů dle délky praxe ve zdravotnictví
Graf 5	Zobrazení četnosti respondentů, kteří se setkali s poruchou autistického spektra
Graf 6	Rozdělení respondentů, dle toho, s jakou poruchou autistického spektra se již setkali
Graf 7	Zjištění diagnózy pacienta
Graf 8	Zaznamenání rozdílů v komunikaci
Graf 9	Znázornění důležitosti přítomnosti rodiče u ošetření
Graf 10	Ovlivnění ošetrovatelského procesu v přítomnosti rodiče
Graf 11	Hodnocení náročnosti péče u pacienta s AS
Graf 12	Zobrazení poměru složek komunikace
Graf 13	Srovnání nejčastějších projevů Aspergerova syndromu
Graf 14	Rozdíly dětí s Aspergerovým syndromem oproti dětem bez poruch autistického spektra
Graf 15	Znázornění nejčastějších rozdílů v péči
Graf 16	Čas zjištění diagnózy
Graf 17	Reakce dítěte na ošetření v přítomnosti rodiče

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník