



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Raná diagnostika PAS a zařazení dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Autor: Kateřina Pešlová

Vedoucí práce: Mgr. Aneta Marková, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Raná diagnostika PAS a zařazení dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 6. 2020

.....

Kateřina Pešlová

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Anetě Markové, Ph.D. za odborné vedení, spolupráci, trpělivost a vřelý přístup. Poděkování také patří všem rodičům, institucím a odborníkům z oblasti zdravotnictví, kteří souhlasili a stali se součástí výzkumné části bakalářské práce. Jako poslední bych chtěla poděkovat své rodině, která mi byla oporou po celou dobu mého studia.

Raná diagnostika PAS a zařazení dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá ranou diagnostikou PAS a zařazením dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání. Cílem práce je zjistit, jak školská poradenská zařízení v Jihočeském kraji s problematikou PAS pracují. Dílčí cíl má za úkol odhalit, jaké mají tato pracoviště zkušenosti se zařazováním dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část má 4 hlavní kapitoly. Kapitoly se věnují vymezení pojmu PAS, klasifikaci jednotlivých poruch, rané diagnostice PAS a předškolnímu vzdělávání se zaměřením na děti s PAS. Na začátku praktické části bakalářské práce je popsána problematika vybraného tématu, cíl práce a výzkumné otázky. Pro praktickou část je zvolen kvalitativní výzkum, při kterém je ke sběru dat využita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Součástí praktické části je předvýzkum, který je zaměřen na spolupráci mezi jednotlivými školskými poradenskými zařízeními v Jihočeském kraji. Na konci praktické části práce jsou uvedeny výsledky výzkumné části, odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky a výzkumný cíl.

Bakalářská práce poukazuje na průběh vyšetření dětí s PAS a s tím spojenou dobu čekání na konkrétní vyšetření a konečnou diagnózu. Zabývá se spoluprací mezi školskými poradenskými zařízeními a jednotlivými odborníky. Dle získaných informací z výzkumné části napomáhá spolupráce ke snadnějšímu a lepšímu zvolení vzdělávací intervence pro děti s PAS. Dále bakalářská práce představuje průběh procesu začlenění dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání, na kterém se podílí speciálně pedagogické centrum. V neposlední řadě pojednává o aktuálních problémech, které komplikují diagnostický proces.

Výsledky práce jsou přínosem pro ty, kteří se zabývají problematikou rané diagnostiky PAS. Posloužit mohou také rodičům, studentům a novým příchozím pracovníkům školských poradenských zařízení k pochopení systému jejich práce.

Klíčová slova

Poruchy autistického spektra; školská poradenská zařízení; předškolní vzdělávání; raná diagnostika

Early diagnostics of ASD and inclusion of children with ADS in the pre-school education system

Abstract

This bachelor's thesis deals with an early diagnosis of Autism Spectrum Disorders in children and their placement into the preschool education system. The purpose of this work is to determine how the schools' advisory councils in the Czech South Bohemian region deal with issues related to ASD. Partial goal is to find out what experience the advisory councils have on placing children with ASD into the preschool education system.

The research is divided into a theoretical and practical portion. The theoretical portion has four main chapters. Chapters consist of defining the ASD term, classification of certain disorders, early diagnosis of ASD, and preschool education of children with ASD. The beginning of the practical portion of this thesis describes the issues associated with the selected subject, the target of the work and research questions. Qualitative research has been chosen for the practical portion. The method of conducting semi-structured interviews has been selected for data collection. A component of the practical portion is preliminary research, which is focused on the collaboration within individual advisory councils in the Czech South Bohemian region. The end of the practical portion states the research results, answers to respective research questions and the research goal. The bachelor's thesis identifies the course of examination of children with ASD and its associated length of waiting period for specific examinations as well as final diagnosis. It deals with the cooperation of school advisory councils and individual specialists. Upon the obtained information from the research, cooperation is beneficial to selecting an easier and better education intervention for children with ASD. Further on, the bachelor's thesis examines the course of the process of placing children with ASD into the preschool system, during which the pedagogical cabinet partakes significantly. Lastly, the thesis discusses current issues which complicate the diagnosis process. The results of the research are beneficial to those dealing with early

childhood diagnostics of ASD. It can also aid parents, students and newcomer professionals in understanding how the systems of given institutions work.

Key words

Autism spectrum disorders; school advisory councils; preschool education; early childhood diagnosis

Obsah

Úvod	10
Teoretická část	11
1. Poruchy autistického spektra	11
1.1 Vymezení a terminologie	11
1.2 Historický vývoj PAS	12
1.3 Klasifikace PAS dle MKN-10.....	13
2. Triáda problémových oblastí.....	16
2.1 Sociální interakce a sociální chování	16
2.2 Komunikace	17
2.3 Stereotypně se opakující vzorce chování, úzký rámec zájmů a aktivit.....	18
3. Raná diagnostika PAS.....	19
3.1 Fáze diagnostického procesu.....	20
3.2 Screeningové a diagnostické nástroje	21
3.3 Diferenciální diagnostika	24
4. Předškolní vzdělávání.....	26
4.1 Mateřské školy zřízené dle §16 odstavce 9 školského zákona	28
4.2 Individuální integrace dětí s PAS do mateřské školy v hlavním vzdělávacím proudu	29
4.3 Vybrané vzdělávací metody u dětí s PAS	30
4.3.1 Strukturované učení	31
4.3.2 Augmentativní a alternativní komunikace	34
Praktická část.....	40
5. Metodologie	40
5.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu	40
5.2 Výzkumná metoda	41
5.3 Výběr výzkumného souboru	41

5.4	Sběr dat a realizace výzkumu.....	42
5.5	Analýza dat.....	43
5.6	Etika výzkumu	43
6.	Předvýzkum.....	44
7.	Analýza výsledků výzkumu.....	44
7.1	Prvotní příznaky	47
7.2	Vyšetření ve SPC	49
7.3	Doba čekání.....	52
7.4	Spolupráce.....	53
7.5	Zařazení do mateřské školy.....	55
7.6	Aktuální problémy	56
8.	Výsledky výzkumu	57
8.1	Odpověď na první výzkumnou otázku.....	58
8.2	Odpověď na druhou výzkumnou otázku.....	58
8.3	Odpověď na výzkumný cíl.....	59
	Diskuse	61
	Závěr	64
	Seznam použité literatury	65
	Seznam tabulek a obrázků	70
	Přílohy.....	71
	Seznam zkratk.....	76

Úvod

Téma bakalářské práce „*Raná diagnostika PAS a zařazení dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání*“ jsem si vybrala z důvodu, že během praxí, které jsem v rámci svého studia absolvovala, jsem se setkávala s dětmi, které měly vyslovené podezření na PAS, ale nebyla u nich ještě stanovena konečná diagnóza. Z toho vyplývá, že děti neměly zvolené vzdělávací intervence, které by jim napomáhaly k úspěšnému zvládnutí vzdělávání a pedagogové se mohli pouze domnívat, jak s konkrétním dítětem mají pracovat.

Již od 18. měsíce života dítěte se využívá dotazník M-CHAT-R, který dokáže zachytit PAS, avšak tohle je jen jeden z mála testů a vyšetření, které musí dítě ve své cestě ke konečné diagnóze absolvovat. Raná diagnostika PAS je velmi komplikovaný a často dlouhý proces. V dnešní době máme málo kompetentních odborníků a pracovišť, které se zabývají diagnostikou PAS u malých dětí. Tím se komplikuje rychlost celého procesu. Na rodičích kolikrát stojí rozhodnutí, kam umístit své dítě do předškolního vzdělávání bez konečné diagnózy, a to je může vystavovat stresu a pocitu beznaděje.

Bakalářská práce je rozčleněna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje 4 stěžejní kapitoly. První kapitola se věnuje vymezení pojmu PAS, historii a klasifikaci PAS dle MKN-10. Druhá kapitola popisuje triádu problémových oblastí a detailně popisuje všechny tři oblasti, ve kterých mají jedinci s PAS problémy. Třetí kapitola se věnuje fázím diagnostického procesu, screeningovým a testovým metodám a diferenciální diagnostice, která je její nedílnou součástí. Poslední, a tedy čtvrtá kapitola teoretické části se zabývá předškolním vzděláváním. Na závěr kapitoly jsou představeny vzdělávací metody, které se nejčastěji u dětí s PAS využívají. Ve výzkumné části jsou představena zpracovaná data kvalitativního výzkumu, k jejichž získání byl zvolen polostrukturovaný rozhovor.

Cílem bakalářské práce je poskytnout informace o spolupráci mezi jednotlivými školskými poradenskými zařízeními v Jihočeském, průběhu vyšetření ve speciálně pedagogickém centru a začlenění dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání. Jednotlivé poznatky jsou rozšířeny o názory a informace od rodičů předškolních dětí s PAS a odborníků z oblasti zdravotnictví.

Teoretická část

1. Poruchy autistického spektra

První kapitola bakalářské práce vymezuje pojem poruchy autistického spektra a přibližuje jeho historický vývoj, včetně aktuální terminologie a klasifikace jednotlivých poruch, které se následně objevují v praktické části práce.

1.1 Vymezení a terminologie

Poruchy autistického spektra (dále jen PAS) jsou považovány za nejzávažnější poruchy dětského mentálního vývoje. Jedinci mají především problém v oblastech, které jsou nazývané autistickou triádou. Do autistické triády řadíme problémy z oblasti komunikace, fantazie a sociální interakce (Thorová, 2012). Stupeň postižených oblastí nebo samotného postižení se liší u každého jedince. Z toho důvodu se setkáváme s jedinci, kteří mají různou úroveň jazykové vybavenosti, intelektu a sociálních dovedností (Thorová, 2007). PAS je slovo, které v sobě skrývá mnoho zásadních a kombinovaných problémů. Proto metody nebo vymezení, které lze uplatnit u jednoho jedince nemusí být uplatnitelné u druhého. To je dáno tím, že každý je jinou a neopakovatelnou bytostí (Williams, 2009).

Na začátku práce je potřeba vymežit dva pojmy, se kterými bychom se mohli ve společnosti setkat ve spojitosti s autismem. Jedná se o pojmy pervazivní vývojové poruchy (dále jen PVP) a PAS.

S pojmem PVP pracuje 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dál jen MKN-10), která je definuje jako skupinu poruch charakteristických *kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci* (ÚZIS ČR, ©2019). Jsou diagnostikovány bez toho, aniž by se přihlíželo na přítomnost nebo naopak nepřítomnost jiné nemoci nebo přidruženého postižení. Z toho vyplývá, že se mohou pojít s jinou poruchou (Thorová, 2012). Naopak s pojmem PAS pracuje 5. revize Diagnostického statického manuálu (dále jen DSM-5) a MKN-11, která je již schválena, ale v České republice stále nepřišla v platnost (MZČR, 2019). Oproti PVP se PAS vždy diagnostikuje, pokud je určitý počet příznaků ve specifických oblastech, nikoli na základě

hrstky různých projevů (Thorová, 2012). Autorka také uvádí, že kritéria, která jsou zvolena pro diagnostiku PAS jsou v praxi více uplatnitelná.

V práci se budeme setkávat s pojmenováním PAS, a to z toho důvodu, že bylo rešerší literatury shledáno jako nejpoužívanější ve spojitosti se vzděláváním těchto dětí.

1.2 Historický vývoj PAS

Lidé s PAS žili již dříve, než byla porucha popsána v knihách nebo zapsána do klasifikačních systémů. V Hippokratově době byli lidé s postižením, včetně jedinců s PAS, považováni za svaté, naopak ve středověku za zplozence ďábla nebo uhranuté. Hrstka odborníků se také domnívá, že i některé děti, které byly nalezené a označovány, jako vlčí děti, vykazovaly známky autismu (Adamus et al., 2017).

První člověk, který použil pojem autismus, byl v roce 1911 psychiatr Eugen Bleuler. Pojem použil k pojmenování jednoho ze symptomů u svých schizofrenických pacientů (Thorová, 2012). Jako první však systematicky popsal problematiku Leo Kanner, který vypořádal rozdíly mezi schizofrenií a autismem (Richman, 2006). Z vypořádaných rozdílů vznikla nová porucha, kterou nazval časný dětský autismus. Název pochází z řeckého slova „autos“ v překladu „sám“. Kanner chtěl tímto označením poukázat na svoji domněnku, že děti s PAS jsou spíše samotářské, nemají zájem budovat vztahy přátelství či lásky (Thorová, 2012). Jako první také vypracoval diagnostická kritéria pro svoji poruchu. Bohužel, vypracovaná kritéria pro diagnostiku se v průběhu let ukázala nedostatečná (Thorová, 2012).

Velkým zlomem v historii PAS byl rok 1943, kdy Leo Kanner vydal článek s názvem: Autistická porucha afektivního kontaktu. V článku zveřejnil výsledky pozorování 11 dětí, které mají určité společné znaky a jejich zvláštní chování nezapadá ani do jednoho z tehdy známých psychických onemocnění (Thorová, 2012). V tom samém roce Hans Asperger ve své práci popsal stav dětí, které mají podobné symptomy, jako děti ve výzkumu Kannerova. Na rozdíl od Kannerova autismu se lišily pozdějším nástupem symptomů, lepší schopností komunikace a sociálních vztahů. Dnes se jedná o poruchu zvanou Aspergerův syndrom. Dalším zlomovým okamžikem a tehdy mylnou domněnkou byl názor Bruna Bettelheima, který ve své studii z roku 1960 zastával názor, že PAS je způsobený rodiči, kteří odmítají své dítě (Richman, 2006).

Nejčastěji byly děti přesouvány od rodin do zařízení, během toho, co se uskutečňovala terapie s rodiči pro jejich nápravu (Čadilová, Žampachová, 2008).

Později byly vypracovány dva diagnostické manuály Americké psychiatrické společnosti DSM – I v roce 1951 a o 17 let déle v roce 1968 vznikl DSM-II (Adamus et al., 2017). Oba manuály pracovaly s psychotickými reakcemi dětí. Zmiňovaly pouze schizofrenní reakce nebo dětskou formu schizofrenie (Thorová, 2012). Avšak ve druhém vydání DSM se začal poprvé objevovat pojem autismus nebo autistický, ale pouze v souvislosti s příznaky schizofrenie, nikoliv jako samostatná diagnóza (Grandin, 2014). Následně na konci 60. a začátkem 70. let 20. století začal růst zájem o PAS. Vznikaly různé organizace založené rodiči, zařízení poskytující vzdělávání a s nimi i metody, které se využívají dodnes (Čadilová, Žampachová, 2008).

V roce 1977 Světová zdravotnická organizace vydala 9. revizi MKN, kde byl infantilní autismus součástí kategorie psychóz, které vznikají výhradně v dětském věku. Lorna Wing a Judith Gould po svém výzkumu v roce 1979 použily termín PAS. Jedinci, kteří patřili do této kategorie se podle výzkumu projevovali triádou problémů v oblastech komunikace, sociální interakce a představitosti. Až v roce 1980 byl vypracován DSM-III, kde byl poprvé použit termín PVP, které zahrnovaly dětskou pervazivní vývojovou poruchu, infantilní autismus a v neposlední řadě atypickou pervazivní vývojovou poruchu. Byl zde také jasně odlišen rozdíl mezi pervazivní poruchou a psychotickou poruchou (Thorová, 2012).

1.3 Klasifikace PAS dle MKN-10

Následující klasifikace MKN-10 rozděluje PAS, respektive PVP na:

Dětský autismus (F84.0)

Dětský autismus je považován za nejtěžší PVP, která je doposud nejvíce prostudována (Hrdlička, 2014). Podmínkou pro diagnostikování dětského autismu je prokázání deficitu ve všech oblastech spadající do autistické triády. První příznaky by se měly objevit před dovršením 3. roku života dítěte, avšak jejich nástup bývá už mnohem dříve. Uvádí se kolem 12.-18. měsíce života dítěte (Thorová, 2012). Nástup prvotních příznaků může být ve dvojí formě. Příznaky bývají patrné již od počátku narození, kdy se vývoj značně odlišuje od normy nebo postupem času dochází k autistické regresy. (Bazalová, 2011). Stupeň závažnosti postižení je u jedinců různý.

To bychom si mohli uvést na příkladu, který uvádí Thorová (2008) ve své publikaci, v souvislosti se stupněm komunikačních dovedností. *Zhruba u 30 % lidí s touto diagnózou chybí řeč, u dalších 20 % je řeč sice přítomna, ale není funkční. Někteří jedinci mohou mluvit plynule, ale jejich chápání jazyka je málo flexibilní a velmi formální* (Thorová, 2008, s. 8).

Atypický autismus (F84.1)

Atypický autismus je zastřešující název pro osoby, které mají autistické rysy nebo autistické sklony (Thorová, 2007). Diagnóza by se měla vyslovovat pouze tam, kde narušení dítěte přichází po 3. roce života a nejsou průkazné odlišnosti v jedné nebo ve více oblastí spadající do autistické triády (ÚZIS ČR, ©2019). Doposud nemá atypický autismus *stanoveny hranice a ani klinický obraz nebyl ještě přesně definován. Diagnóza je tak založena na co nejlepším odhadu a poněkud subjektivním mínění diagnostika* (Thorová, 2012, s. 183).

Rettův syndrom (F84.2)

Rettův syndrom je závažná porucha mozku, která má pervazivní dopad na motorické, somatické a psychické funkce. Syndrom většinou postihuje dívky a u chlapců se v klasické formě nevyskytuje (Thorová, 2012). Dítě se vyvíjí do 6. až 24. měsíce zcela v normě. Postupně dochází ke ztrátě řeči, zpomalení růstu hlavy a ke stereotypním pohybům, jako je například mnutí rukou. Následně se kolem 4. roku života u dítěte objevuje ataxie trupu (ÚZIS ČR, ©2019).

Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3)

V roce 1908 syndrom popsal Theodor Heller, po kterém byl také pojmenován Hellerrův syndrom. Jednalo se o případ 6 dětí, u kterých docházelo k regrese mezi 3. a 4. rokem života, zatímco vývoj do této doby byl zcela v normě (Thorová, 2012).

MKN-10 definuje dětskou dezintegrační poruchu jako vývojovou poruchu, kdy po normálním vývoji dochází ke ztrátě již nabytých dovedností, a to jen během několika měsíců. Jedná se jako u dětského autismu o poruchu sociální interakce, komunikace a ztráty zájmu o okolí (ÚZIS ČR, ©2019). Avšak od dětského autismu se odlišuje delší dobou normálního vývoje a tím pádem pozdějším nástupem prvotních příznaků (Thorová, 2012).

Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)

Porucha sdružuje jedince, kteří trpí těžkou mentální retardací (IQ nižší jak 34 bodů), problémy v hyperaktivitě, pozornosti a v neposlední řadě v rigidních pohybech. Syndrom se často nevyskytuje sám, přináší s sebou spousty vývojových opoždění (ÚZIS ČR, © 2019).

Aspergerův syndrom (F84.5)

Aspergerův syndrom, také nazývaný jako sociální dyslexie, je velmi různorodý. Jeho příznaky totiž přecházejí do normy. (Thorová, 2012). U Aspergerova syndromu nedochází k opožděnému vývoji řeči jako u dětského autismu, ale dochází k deficitu sociální interakce, který je s ním totožný (ÚZIS ČR, ©2019). Jedinci zpravidla mají průměrný nebo až nadprůměrný intelekt. Charakteristické pro ně jsou zvláštní zájmy, učí se jízdní řády nazpaměť, odlety letadel, souhvězdí nebo básně. Tyto zájmy dokážou jedince absolutně pohltnout. (Atwood, 2005).

Jiná pervazivní vývojová porucha (F84.8)

Jiná pervazivní vývojová porucha se v Evropě příliš nepoužívá, protože nejsou jasné definována kritéria pro diagnostiku poruchy. Jedinci s touto poruchou vyžadují velmi náročnou péči (Thorová, 2012).

Thorová (2012) jedince řadí do dvou kategorií:

- a) Dochází k narušení schopností komunikace, hry a sociální interakce, však nikdy do takové míry jako u dětského autismu či atypického autismu. Řada příznaků, může být totožná s příznaky u dětí s autismem, ale nikdy nejsou v takovém množství.
- b) Druhá kategorie obsahuje jedince, kteří mají ve velké míře narušenou představivost. Velký problém jim dělá rozeznat, zda se jedná o realitu nebo o jejich fantazii. Zařadili bychom sem jedince se schizoidními a schizotypními rysy.

Pervazivní vývojová porucha nespecifická (F84.9)

Dle Bazalové (2011) bychom do této skupiny zařadili jedince, u kterých jsou porušeny všechny složky autistické triády, ale ne v takové míře, aby mohla být diagnostikována některá z výše uvedených poruch.

2. Triáda problémových oblastí

Druhá kapitola přibližuje a popisuje triádu problémových oblastí, která se u jedinců s PAS vyskytuje. Z triády problémových oblastí vychází diagnostický proces, který je popsán v následující kapitole.

V 70. letech 20. století Lorna Wing popsala tři problémové oblasti u jedinců s PAS, které nazvala triádou narušení. Dnes se jedná o tzv. autistickou triádu (Adamu et al., 2017). MKN-10 triádu stále uvádí v diagnostických kritériích, kde pozměnila pouze pojmenování jednotlivých oblastí a to na: Kvalitní narušení sociální interakce a sociálního chování; kvalitní narušení komunikace; omezené, stereotypně se opakující vzorce chování, úzký rámec zájmů a aktivit (ÚZIS ČR, ©2019). Naopak nejaktuálnější verze DSM-5 uvádí pouze dvě oblasti: Deficity v sociální komunikaci a interakci; vyskytující se omezené repetitivní vzorce chování, zájmů a aktivit (Center for Disease Control and Prevention, 2019). Jak již bylo zmíněno, Česká republika vychází z MKN-10, proto se dále budeme věnovat 3 oblastem, které uvádí ve své klasifikaci.

2.1 Sociální interakce a sociální chování

Sociální interakci a chování bychom zařadili do sociálních dovedností, které Patrick (2011) hodnotí jako schopnosti napomáhající k navázání styku s ostatními jedinci. Tyto dovednosti vycházejí ze sociálních norem a ukazují, jaké chování je v dané společenské situaci adekvátní.

Obtíže v sociální interakci jsou u každého jedince s PAS jiné, záleží zejména na hloubce jeho postižení. Jsou však zaznamenatelné u dítěte již od prvních týdnů po narození, kdy chybí sociální úsměv a navazování očního kontaktu. V pozdějším období rodiče registrují nereagování na vlastní jméno nebo narušení pozornosti vyžadovaným směrem (Thorová, 2012). Intaktnímu dítěti sociální kontakt působí radost a pocit uspokojení. Má potřebu navazovat nová přátelství, upozorňuje na sebe, říká si o pozornost, naopak u dětí s PAS je zájem omezenější (Čadilová, Žampachová, 2013).

Však Thorová (2012) podotýká, že některé děti s PAS jeví o sociální kontakt zájem, ale problém je v neschopnosti ho navázat. Nepředvídatelnost chování druhého člověka a směru komunikace vede dítě k pocitu úzkosti, chaosu a k posílení samotného problému. Obtíže se objevují i v užívání neverbálního chování. Dítě se v menší míře nebo vůbec nesnaží napodobit chování, které vidí u ostatních, nemá radost ze společných aktivit (Čadilová, Žampachová, 2013), nesleduje pohyb rodiče nebo blízké osoby, v období batolete nemá strach z osoby, kterou nezná (Adamus et al., 2017).

Richman (2006) uvádí problémové oblasti, které se u dětí s PAS vyskytují:

- a) mají radši samotu, jeví nezájem o ostatní jedince,
- b) používají cizí ruku k činnosti,
- c) vyhýbají se očnímu kontaktu,
- d) mají malé zkušenosti s hrou či žádně.

2.2 Komunikace

Patrick (2011) definuje komunikaci jako schopnost, která jedinci slouží k výměně svých myšlenek, pocitů a informací, ale také k získávání informací, které nám pomáhají přežít.

Právě komunikace je další oblastí problémů, které postihují jedince s PAS. Opožděný vývoj řeči bývá nejčastěji prvním symptomem, kterého si rodiče všimnou u svého dítěte (Thorová, 2012). Richman (2006) ve své publikaci podotýká, že se nejedná pouze o opožděný vývoj řeči, ale celkově odlišný vývoj řeči od intaktních jedinců. Zhruba u 40 % nedojde k rozvinutí řeči a dítě nemá snahu řeč kompenzovat jinou formou komunikace. Problémy mohou být různé. Objevují se v oblasti verbální i neverbální, expresivní i receptivní stránce a ve všech rovinách řeči (Adamu et al., 2017). *Jsou však děti s autismem, u nichž se vytvoří řeč i funkční slovní zásoba, které pochopí gramatická pravidla a podobně. I tyto děti s autismem však mají problémy s dialogem a vzájemností (pragmatické využití řeči)* (Beyer, Gammeltoft, 2006, s. 26).

Problémy v komunikaci objevující se u dětí s PAS:

Jednostranná komunikace – mluví spíše v monologu než v dialogu; nemají zájem o potřeby posluchače; mluví o tématech, které zajímají je; ptají se na otázky, na které však odpověď znají nebo naopak nepokládají otázky (Adamu et al., 2017).

Omezené praktické používání komunikace – v malé míře používají ukazování; nevýrazně projeví souhlas nebo nesouhlas gesty (kývnutí, zavrtění hlavou); nesledují osobu, která s nimi mluví (Adamu et al., 2017).

Zvláštní projevy řeči – echolálie; zaměňují zájmena – používají „ty“ místo „já“, „ona“ místo „on“, „my“ místo „vy“ apod. (Gillberg, Peeters, 2008, s. 24); nepoužívají složitější souvětí; často nedokážou odhadnout intonaci a hlasitost svého projevu (Adamu et al., 2017).

U dětí s PAS se může vyskytovat **mutismus** – děti ztratí mluvenou řeč (Kejklíčková, 2016); nemluví, pokud ano, tak jen málo; nemají zájem o komunikaci; mají zhoršenou reakci nebo vůbec žádnou reakci na pokyny od druhých (Adamu et al., 2017)

2.3 Stereotypně se opakující vzorce chování, úzký rámec zájmů a aktivit

Jedná se o specifické chování a činnosti, které souvisejí s narušenou imaginací a nepružností myšlenkových procesů (Sládečková, Sobotková, 2014, s. 29). Narušená imaginace má v mnoha směrech nepříznivý vliv na vývoj mentálních schopností dítěte. Nedochází k rozvoji hry v důsledku narušení symbolického myšlení a imitace. Nedostatečná imaginace způsobuje, že se dítě více obrací k činnostem, které jsou typické pro mladší věk. Dochází k tomu, že se fixuje na jednoduché stereotypní činnosti, protože v nich hledá předvídatelnost. Dětem s PAS dělá velké obtíže využít svůj volný čas k funkční aktivitě. Nedokážou si s hračkou hrát standardním způsobem (obrací auto na střechu), nejeví zájem o činnosti, které neznají (Thorová, 2012). Jestliže dítě nedokáže naplánovat svou další činnost nebo předvídat, je pochopitelné, proč upřednostňuje stereotypy. Stereotypní chování se může projevit odmítáním konzumace potravin určité barvy, odporem k látce některého z oblečení nebo naopak nošení pouze jednoho kusu oblečení (Adamu et al., 2017).

Richman (2006) uvádí výčet způsobů stereotypního chování, kterými jsou:

- a) odlišná manipulace s hračkami,
- b) citlivost na chuťové nebo čichové podněty,
- c) kolébání, třepot rukou, plácání,
- d) úplné odmítání fyzického kontaktu či naopak velký zájem o něj,
- e) srovnávání předmětů, oblíbenost konkrétního pořadí písmen nebo čísel,
- f) neschopnost nevnímat nepodstatné zvuky, přehnaná reakce na určité zvuky.

3. Raná diagnostika PAS

Třetí kapitola bakalářské práce je zaměřena na diagnostická kritéria PAS. Jsou zde uvedeny fáze procesu diagnostiky, diagnostické nástroje a konec kapitoly je věnován diferenciatní diagnostice, která je u problematiky PAS velmi důležitá.

Za posledních 20 let bylo věnováno velké úsilí rozvoji screeningových metod pro zjištění PAS u dětí v raném věku. Avšak i dnes přes jejich zlepšení a větší specifitu bývá mnoho dětí, u kterých byla zjištěna tato diagnóza v pozdějším věku screeningem neidentifikováno. V současnosti se využívají dva modely, které slouží k časnému rozpoznání PAS. Prvním modelem je tzv. systematický celopopulační screening, který je doporučován American Academy of Pediatrics. Model se používá celoplošně při prohlídkách u pediatra, v konkrétním věku dítěte (při 18 či 24 měsících života). Druhým modelem je využití dvoufázového screeningu. Pokud jsou u dítěte při standardní prohlídce pediatrem patrné abnormality v jeho vývoji, použije pediatr screeningový nástroj určený pro PAS (Dudová et al., 2013). I přes veškeré pokroky, doposud neexistuje žádné vyšetření na biologickém podkladě, které by zjistilo přítomnost PAS u dítěte. Z toho důvodu se všechny diagnostické a screeningové metody zaměřují na pozorování a výzkum chování (Thorová, 2012). Z toho důvodu je základem rané diagnostiky především vynikající znalost symptomů PAS ve vývojových etapách a zkušenost vyšetřující osoby (Adamus et al., 2017). Dalším důležitým prvkem je interdisciplinární spolupráce (psycholog, dětský psychiatr, foniatr, speciální pedagog, neurolog, logoped), která slouží k tomu, aby diagnóza byla stanovena, co nejpřesněji a předešlo se záměně s jinou poruchou (Adamu et al., 2017).

3.1 Fáze diagnostického procesu

1) Fáze podezření

Rodiče si začínají všimnout u dítěte jiného vývoje, než mají jeho vrstevníci. Pro radu se obrací na svého pediatra. Právě ten většinou jako první poukáže na podezření PAS (Thorová, 2012). Pro praxi bylo přijato konsenzem odborníků 5 příznaků, které by měly odborníka upozorňovat na možnost přítomnosti PAS.

Varovnými příznaky jsou:

- a) u 12měsíčního dítěte se projevuje nepřítomnost žvatlání či broukání,
- b) dítě ve 12 měsících negestikuluje,
- c) v 16 měsících neříká jednotlivá slova,
- d) ve věku 24 měsíců nepoužívá dvojslovná spojení či opakuje řečené druhé osoby,
- e) v jakémkoli věku nastala ztráta řeči či sociálních dovedností (Dudová et al., 2013).

Pokud pediatr shledá některý z varovných příznaků, předá rodičům dotazník M-CHAT-R a doporučí jim vyšetření u dalších odborníků (dětský neurolog, klinický psycholog či dětský psychiatr) nebo vyšetření na specializovaném pracovišti (například v NAUTIS) (Adamu et al., 2017).

2) Fáze diagnostická

Diagnostická fáze procesu je velmi složitá. Vyžaduje dobrou znalost z oblasti psychopatologie, vývojové psychologie a v neposlední řadě z klinické praxe (Thorová, 2012). Jako první krok by měla vyšetřující osoba navázat bližší vztah s rodiči dítěte (Adamu et al., 2017). Následuje anamnestický rozhovor s rodiči o projevech dítěte a nástupu prvotních příznaků, které shledávají jako odlišné od ostatních jedinců a informace o celkovém vývoji dítěte. Jednotlivé detailní instrukce poskytují kritéria MKN-10. Nutné je si uvědomit, že kritéria jsou pro ranou diagnostiku omezená, jedná-li se o vyšetření dítěte, které je mladší 4 let. Po anamnestickém rozhovoru následuje pozorování dítěte (Dudová et al., 2013). Doporučuje se, aby vyšetření probíhalo v ideální době, kdy není dítě v útlumu, ale je schopné vnímat a reagovat na pokyny. Posléze dítě absolvuje řadu dalších vyšetření, aby se vyloučilo jiné postižení (ORL, genetika, neurologie) (Adamus et al., 2017).

3) Fáze postdiagnostická

Sám název vypovídá, že se jedná o fázi, která je již po diagnostice. Rodiče se začínají více zajímat o problematiku PAS, hledají nové informace, jsou součástí svépomocných skupin a hledají možnosti následné péče (Thorová, 2012).

3.2 *Screeningové a diagnostické nástroje*

Mezi hlavní nástroje, které slouží k rané diagnostice PAS patří strukturované rozhovory, screeningové dotazníky a posuzovací škály (Bazalová, 2017). Ráda bych v návaznosti na praktickou část práce zařadila do této kapitoly i metody, které se využívají pro speciálně pedagogickou diagnostiku. Ta je v České republice poskytována školskými poradenskými zařízeními (dále jen ŠPZ). Metody slouží k určení správné vzdělávací intervence, která bude dítěti napomáhat k úspěšnému dokončení vzdělání. Zařadili bychom do nich edukačně hodnotící profil (EHP) a psychoedukační profil (PEP-R a AAPEP)

Nyní si představíme ty nevyužívanější metody v rané diagnostice v českém prostředí ve vztahu k problematice PAS:

M-CHAT-R (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised)

M-CHAT-R je dotazník určený pro rodiče, který obsahuje 20 položek. Nejčastěji se využívá kolem 16.-30. měsíce života dítěte (Autism Speaks, ©2020). Hlavním cílem dotazníku je, aby měl co možná největší citlivost, kvůli odhalení velkého množství případů dětí s PAS. Z toho důvodu má dotazník vysokou míru nepravých pozitivních výsledků. Z toho vyplývá, že ne u všech dětí, které získají v dotazníku vysoké skóre musí být určena diagnóza PAS (Robins et al., ©2009). Již byla přijata nová verze dotazníku, který nese název M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow Up) a je navazujícím dotazníkem na M-CHAT-R. V první fázi vyplní rodiče dotazník M-CHAT-R. Pokud jsou výsledky pozitivní a konečný součet vyjde 3-7 bodů, zvolí vyšetřující osoba navazující dotazník M-CHAT-R/F, kde vybere pouze ty položky, které ukazovaly v předešlém dotazníku na riziko PAS (Robins et al., © 2009).

CARS (Childhood Autism rating Scale)

Metoda CARS byla původně určena k odlišení dětí s PAS od dětí s odlišnostmi ve vývoji, které s PAS nijak nesouvisí (Autismus a Aspergerův syndrom, ©2020). Dnes má CARS 15 položek. Každá z nich se hodnotí od 1 do 4 podle abnormálních projevů dítěte (Adamu et al., 2017). Vyšetřující osoba zhodnotí chování dítěte v určitých situacích po dobu jedné hodiny (Autismus a Aspergerův syndrom, ©2020). Následně škála ukáže, zda projevy dítě jsou v souladu s PAS či nikoli. Jednou z velkých nevýhod škály je její nepřesnost (Adamus et al., 2017). Nyní se spíše využívá CARS 2, který lze využít k rozpoznání méně nápadných autistických příznaků a projevů. CARS 2 obohacen o dotazník určený pro rodiče (Dudová et al., 2013).

ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)

Je to jedna z nejověřitelnějších škál na rozdíl od CARS. Jedná se o rozhovor s rodiči, který je velmi časově náročný (90-150 minut) (Thorová, 2012). Metodu lze využít od 18. měsíce života dítěte, ale největší účinnost má u dětí od 4 let věku. Obsahuje 93 položek, které směřují k zjištění behaviorálních obtíží u dítěte. Hodnotí se od 0 do 3 bodů, kde 0 bodů je nejméně neobvyklý výsledek (Applied Behavior Analysis Edu, ©2020). K celkovému vyhodnocení se využívají dílčí skóre zvolených otázek, které patří do autistické triády a abnormalit, které byly patrné před 36. měsícem života dítěte (Dudová et al., 2013).

ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule)

ADOS je nejvhodnější metoda pro ranou diagnostiku (Dudová et al., 2013). Test hodnotí sociální interakci, komunikaci a v neposlední řadě hru. Skládá se z činností, při kterých si vyšetřující osoba všímá chování důležité pro diagnostiku PAS (Autism Speaks, ©2020). Vyšetřující osoba vybere jeden ze 4 modelů, které ADOS nabízí. Modely se liší dle věku dítěte a úrovně jeho komunikačních dovedností a schopností. První model je určen pro mladší děti s velkými obtížemi ve verbální komunikaci (slova jsou spíše náhodně vyslovena). Druhý model se využívá u dětí, které nevykazují žádné komunikační schopnosti. Předposlední model, lze uplatnit až do 16 let věku, ale pouze u dětí s dobrými komunikačními schopnostmi. Čtvrtý, tedy poslední model se využívá u adolescentů a dospělých osob, u kterých nebyly shledány žádné problémy ve verbální komunikaci (Autismus a Aspergerův syndrom, ©2020).

DACH (Dětské autistické chování)

Jedná se o českou metodu, která slouží k časnému rozpoznání příznaků PAS. DACH není diagnostickou metodou, ale pouze orientační. Dotazník, který byl vytvořen je směřován na rodiče a má 74 položek. Otázky se zabývají vnímáním, komunikací a adaptací dítěte. Nejvhodnější využití je u dětí od 18. měsíce do 5 let (Thorová, 2006).

Edukačně hodnotící profil

Edukačně hodnotící profil není standardizovanou metodou. Profil vychází ze zahraničních metod, zkušeností autorů a je přizpůsobený našemu prostředí. Profil má rozdělené materiály pro děti od 0-7 let a 8-15 let. Hlavním cílem je speciálním pedagogům zprostředkovat materiály sloužící k hodnocení úrovně vývoje a následné sestavení vzdělávací intervence u dětí s PAS (Čadilová, Žampachová, 2012).

Edukačně hodnotící profil pro děti od 0-7 let hodnotí 8 oblastí (sociální vývoj, komunikace, imitace motorika, sebeobsluha, vnímání a abstraktně vizuální myšlení). Naopak edukační model, který byl vytvořen pro děti od 8-15 let se již zaměřuje na 10 oblastí (sociální dovednosti, emoce, jazyk a jazyková komunikace, paměť, pohybově koordinační dovednosti, grafomotorika, sociálně praktické dovednosti, počáteční myšlení, abstraktně vizuální myšlení a vědomosti) (Čadilová, Žampachová, 2012).

Všechny položky, ať už u dětí od 0-7 let nebo u dětí od 8-15 let, jsou hodnoceny 3 způsoby:

- a) splnil,
- b) naznačuje,
- c) nesplnil (Čadilová, Žampachová, 2012).

Na závěr vyšetření se vytvoří graf, který ukazuje, na jaké úrovni má dítě konkrétní dovednosti a v jakých hodnotách by se vzhledem ke svému věku mělo pohybovat (Čadilová, Žampachová, 2012)

Psychoedukační profil PEP-R

PEP-R je určen pro děti od 6 měsíců do 7 let. Je vytvořen tak, aby hodnotil 7 stránek funkčnosti (oblast patologie, komunikace, jemná a hrubá motorika, koordinace oko a ruka, verbální schopnosti) (Mesibov et al., 2006).

Psychoedukační profil AAPEP

Profil se využívá u adolescentů a dospělých osob, které mají k PAS přidruženou středně těžkou nebo těžkou mentální retardaci. Jeho úkolem je hodnotit jedincovy dovednosti v oblastech, které jsou důležité pro samostatný život ve společnosti. Toto hodnocení probíhá ve 3 základních škálách, které se posléze dělí na 6 podkategorií (Mesibov et al., 2006).

Mezi 3 základní škály patří:

- a) škála přímého pozorování,
- b) škála dovedností v domácím prostředí,
- c) škála dovedností ve školním nebo pracovním prostředí (Mesibov et al., 2006).

Oba profily mají stejné vyhodnocení jako předchozí edukačně hodnotící profil.

1.3 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika je velmi významná v celém procesu rané diagnostiky, a to vzhledem k široké škále příznaků PAS (Adamu et al., 2017). PAS se může družít s jakoukoli poruchou, proto je někdy obtížně diagnostikovat konkrétní PAS (Hrdlička, Komárek, 2014). Autoři také uvádějí, že *většina diferenciálně diagnostických rozdílů má kvantitativní, nikoli kvalitativní charakter. Chybějí biologické markery, které by umožňovaly snadné rozlišení. Jedinou výjimkou je Rettův syndrom, kde již současná medicína dokáže pomocí genetické analýzy identifikovat patologický gen. Ani tato metoda zatím však není stoprocentní* (Hrdlička, Komárek, 2014, s. 47).

Dle Thorové (2006) se v diferenciální diagnostice spojené s PAS čelí problémům, kterými jsou:

- a) chování, které vykazuje známky PAS se spojuje s příznaky diagnózy, která byla již u dítěte stanovena (mentální retardace, Downův syndrom),
- b) dítěti je stanovena jiná diagnóza,
- c) diagnóza PAS zastře jinou psychiatrickou poruchu, která se prokáže až v pozdějším věku dítěte.

Od PAS je především nutné dle Svobody et al. (2015) odlišit mentální retardaci, Rettův syndrom, případy dětské schizofrenie, schizoidní poruchy nebo také specifické poruchy řeči.

Mentální retardace je stav, u něhož dochází k opožděnému vývoji myšlení a snížení schopností, které slouží k utváření inteligence (ÚZIS ČR, ©2019). I když se jedná o dva rozdílné syndromy, mohou se navzájem překrývat (Thorová, 2012). U mnoha dětí, které mají pouze mentální retardaci se mohou vyskytnout poruchy řeči, snížená sociabilita či stereotypně se opakující chování. Problémy však nejsou tak patrné jako u dětí s PAS a odpovídají stupni mentální retardace. Důležité je přihlížet a porovnávat úroveň sociálních dovedností a fungování s úrovní intelektových schopností konkrétního dítěte (Svoboda et al., 2015). Proběhlo mnoho výzkumů, které se zabývaly rozdílem mezi dětmi pouze s mentální retardací a dětmi s mentální retardací a PAS. Zjistilo se, že děti s PAS, u kterých je přidružená mentální retardace, mají větší obtíže pochopit emoční projevy, jimiž jsou například objetí nebo pohlazení (Thorová, 2012).

Schizoidní porucha v dětství a schizotypní porucha. Dle Svobody et al. (2015) se schizoidní porucha v dětství v mnoha oblastech překrývá s Aspergerovým syndromem. Porucha nemá přesně určena diferenciálně diagnostická kritéria vůči PAS (Thorová, 2006). Proto autorka uvádí, že se v podstatě jedná o mírnější formu Aspergerova syndromu. U schizotypní poruchy jsou totožné s PAS problémy v oblasti sociálních vztahů (odtažitost, neschopnost navázat a udržet vztahy s vrstevníky) (Thorová, 2006). Avšak oproti dětem s PAS není narušen vztah k rodičům nebo symbolická hra (Svoboda et al., 2015). Thorová (2006) ve své publikaci poukazuje na zjištění, že se u mnoha dětí s PAS předškolního věku objevily příznaky, které souvisely se schizotypní poruchou. V pozdějším věku odezněly a stav tedy odpovídal kompenzované PAS (Thorová, 2006).

Dále je nutné od PAS odlišit **poruchy řeči**. Děti se závažnějšími poruchami řeči mají problémy v sociální komunikaci stejně jako děti s PAS. Avšak zájem o samotnou komunikaci je u dětí s poruchami řeči rozdílný. Na rozdíl od dětí s PAS mají děti s poruchami řeči zájem o komunikaci, kterou se snaží navázat neverbálními projevy. Jejich vývoj řečových dovedností je lepší a s přibývajícím věkem se problémy zlepšují (Svoboda et al., 2015).

Rettův syndrom byl popsán již v podkapitole, která se věnuje klasifikaci poruch dle MKN-10. I když je Rettův syndrom součástí klasifikace PAS, problémem spočívá v tom, že dochází často k chybně zvolené diagnóze. Je zaměňován za dětský autismus, nespecifické zpoždění vývoje nebo za mozkovou obrnu (Kejklíčková, 2016).

4. Předškolní vzdělávání

Poslední kapitola práce je věnována vzdělávání jedinců s PAS se zaměřením na systém předškolního vzdělávání. Jsou zde představeny úkoly, cíle a formy předškolního vzdělávání, které děti s PAS mohou navštěvovat a vzdělávací metody, které se při něm uplatňují a dětem napomáhají k úspěšnému dokončení předškolního vzdělávání.

Tak jako každé intaktní dítě i dítě s PAS má v České republice své právo na vzdělávání. Předškolní vzdělávání je zakotveno v zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů (dále jen školský zákon). §16 školského zákona upřesňuje vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, kam bychom zařadili i děti s PAS. První odstavec §16 školského zákona uvádí, že *dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření*. Mezi podpůrná opatření řadí §16 školského zákona *nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta*.

Podpůrná opatření najdeme v novelách školského zákona a ve vyhlášce č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů. Člení se od I. – V. stupně dle finanční, pedagogické a organizační náročnosti. U I. stupně podpůrných opatření nemusí mít škola doporučení od ŠPZ, ale již od II. do V. stupně se doporučení ŠPZ vyžaduje (Bazalová, 2017). Dle autorky mohou děti předškolního věku s PAS využívat všechna podpůrná opatření.

Úkolem předškolního vzdělávání je podpořit a doplnit rodinnou výchovu a pomoci zajistit takové prostředí, které bude podporovat rozvoj a učení dítěte. Předškolní vzdělávání by mělo ulehčit dítěti život a jeho následující formu vzdělávání, proto mezi jeho další úkoly patří vytváření a formování osobnosti, zlepšování a podpora tělesného vývoje

nebo dopomoc k pochopení světa a hodnot, které jsou pro společnost důležité (MŠMT, 2018).

Mateřské školy jsou vázány kurikulárními dokumenty, které obecně rozdělujeme na státní a školní úroveň. Mezi státní kurikulární dokument patří Národní program vzdělávání a rámcové vzdělávací programy (dále jen RVP). Národní program vzdělávání vytváří strategie pro oblast týkající se vzdělávání a vymezuje počátky vzdělávání jako celek. RVP vytváří rámce, které jsou závazné a určené pro jednotlivé formy vzdělávání. Pro předškolní vzdělávání je vytvořen rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (dále jen RVP PV), který je rozdělen do 14 částí. U problematiky dětí s PAS bychom se spíše zaměřili na 8. a 9. část, které se věnují vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí nadaných. RVP PV uvádí, že záměry a cíle jsou pro všechny děti v předškolním vzdělávání totožné, proto je důležité brát v potaz, že každé dítě se ve svých vzdělávacích možnostech a potřebách odlišuje. U vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je potřeba upravit jejich realizaci a naplňování tak, aby především vyhovovalo konkrétnímu dítěti a odpovídalo jeho možnostem. Jedním ze základních předpokladů pro úspěšné předškolní vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je zvolení vzdělávacích prostředků a metod, které jsou vhodné a korelují s podpůrnými opatřeními, které byly dítěti přiznané ŠPZ. Pokud má dítě přiznaná podpůrná opatření, podmínky jeho vzdělávání musí vycházet z vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů a školského zákona. Druhým kurikulárním dokumentem, ale již na školní úrovni je školní vzdělávací program, který si každá škola zpracovává sama na základě RVP PV a dalších předpisů. Za vytvoření školního vzdělávacího programu zodpovídá ředitel školy a na tvorbě se podílí pedagogičtí pracovníci (MŠMT, 2018).

Děti s PAS v předškolním vzdělávání mohou být zařazeny do mateřské školy v hlavním vzdělávacím proudu, mateřské školy nebo třídy zřízené podle §16 odstavce 9 školského zákona (Lechta, 2016). Dle §34a odstavce 5 školského zákona mohou děti plnit povinný rok předškolního vzdělávání v přípravných třídách základních škol v hlavním vzdělávacím proudu nebo v přípravném stupni základních škol speciálních. Také mohou navštěvovat dětské rehabilitační stacionáře a ústavy sociální péče (Lechta, 2016).

Do předškolního vzdělávání jsou děti s PAS zařazeny 3 formami:

a) Individuální integrace

Jedná se o zařazení dítěte s PAS do mateřské školy v hlavním vzdělávacím proudu nebo speciální mateřské školy, která je zřízena pro jiný druh postižení (Lechta, 2016).

b) Skupinová integrace

Zařazení dítěte do skupiny nebo třídy, která je vytvořena pro děti se zdravotním postižením nebo výhradně pro děti s PAS tzv. autistické třídy, zřízené při mateřské škole v hlavním vzdělávacím proudu (Lechta, 2016).

c) Vzdělávání ve škole, zřízené podle §16 odstavce 9 školského zákona (Lechta, 2016).

Při samotném výběru předškolního vzdělávání by měly být zhodnoceny schopnosti a především potřeby konkrétního dítěte. K jejichž zhodnocení dochází prostřednictvím speciálně pedagogického a psychologického vyšetření (Mazánková, 2018).

4.1 Mateřské školy zřízené dle §16 odstavce 9 školského zákona

Mateřské školy zřízené dle §16 odstavce 9 školského zákona vzdělávají děti, kterým jejich schopnosti nedovolí zvládat požadavky mateřské školy v hlavním vzdělávacím proudu a na základě vyšetření ŠPZ jim byly uděleny speciální potřeby pro vzdělávání (Mazánková, 2018). Výhodou je individuální přístup ke každému z dětí, využití kompenzačních pomůcek a snížení počtu dětí ve třídě (Bazalová, 2017). Počet dětí ve třídě je dán vyhláškou č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů. Zmíněná vyhláška stanovuje minimální počet dětí v mateřské škole na 10 dětí v jedné třídě. Naopak výše uvedená vyhláška třídám zřízeným dle §16 odstavce 9 školského zákona stanovuje minimální počet na 6 dětí a maximální na 14 dětí v jedné třídě. Pokud z doporučení, které vydalo ŠPZ plyne nevyhovující počet, který způsobuje nedostatečné naplňování vzdělávání a práv, je minimální počet snížen na 4 děti a maximální na 6 dětí v jedné třídě. Vzdělávání probíhá podle školního vzdělávacího programu, který je upraven na základě speciálních potřeb dětí. K zařazení dítěte, dle školského zákona je nutná žádost a souhlas zákonného zástupce a doporučení ŠPZ (MŠMT, 2018).

4.2 Individuální integrace dětí s PAS do mateřské školy v hlavním vzdělávacím proudu

I dnes se můžeme setkat se dvěma pojmy, které jsou spojené se začleněním dětí se speciálními vzdělávacími potřebami do vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu. Jedná se o pojem inkluze a integrace. Pojem integrace se objevil v 80. letech 20. století a s pojmem inkluze se začalo pracovat v 90. letech 20. století, ale především ve 21. století (Lechta, 2016). Nastává otázka, jaký je rozdíl mezi pojmy. Rozdílnost si ukážeme na definicích, které uvádějí různí autoři.

Bartoňová, Vítková (2010, str. 169) píše ve své publikaci, že *pojem integrace vnímáme ve významu sjednocení, souladné spojení, zapojení, začlenění, zařazení. Integrační přístup spočívá v zajištění speciálních podmínek, prostředků a podpory u osob s postižením při zapojování do běžného života ve společnosti.*

Naopak mezi cíle inkluzivního vzdělávání zařazuje Švarcová (2011, s. 140) *přizpůsobení se školy potřebám dítěte, kdy je důraz kladen na kvalitu vzdělávání a vyzdvihuje obě strany. Nejde jen o přijetí dítěte do běžné školy.*

Lechta (2016) hlavní dva rozdíly shledává v tom, že integrativní vzdělávání se zaměřuje především na děti se zdravotním postižením a umožňuje jim dvojí možnost vzdělávání, a to v mateřských školách v hlavním vzdělávacím proudu a mateřských školách speciálních. Zatímco inkluzivní vzdělávání by mělo pojmout všechny děti, které se nějakým způsobem odlišují od intaktních (nadané, sociálně znevýhodněné děti nebo děti jiného etnika) a zastává názor „škola pro všechny“. Usiluje tedy o odstranění dvojího vzdělávání.

Po tom, co byly vydefinovány oba pojmy a vymezil se mezi nimi rozdíl, jsem se rozhodla v práci používat pojem integrace. Lechta (2016) uvádí, že stav v České republice je teprve spíše cestou od integrace k inkluzi.

Obecně je vzdělávání dětí s PAS ojedinělé, nelze jim přizpůsobit vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu shodně jako intaktním dětem, dětem s mentálním postižením, kombinovanými vadami nebo jakýmkoliv jiným postižením (Čadilová, Žampachová, 2012). Do mateřské školy v hlavním vzdělávacím proudu jsou zařazovány všechny děti s PAS, nezáleží na formě ani hloubce postižení. (Lechta, 2016).

Rozhodnutí stojí především na zákonných zástupcích dítěte, kteří by si měli uvědomit výhody a nevýhody integrace (Thorová, 2012).

Tabulka 1: Výhody a nevýhody integrace

Výhody integrace	Nevýhody integrace
Dostupnost mateřské školy v místě bydliště	Větší zátěž a stres na dítě
Kontakt s intaktními vrstevníky	Nedostatečné vzdělání pedagogů
Setkání intaktních dětí s problematikou PAS	Nerespektování individuálních potřeb dítěte
Individuální přístup za pomoci asistenta pedagoga	Tlak na rodiče
Lepší adaptace na pozdější život v intaktní společnosti	Větší počet dětí ve třídě

(zdroj: Vosmik, Bělohávková, 2010).

Pokud se zákonný zástupce rozhodne pro integraci, musí škola zajistit potřebný personál a plán intervence, který bude funkční a spolehlivý (Thorová, 2012). Na základě ŠPZ vytvoří škola individuální vzdělávací plán, podle kterého se dítě bude v mateřské škole vzdělávat (Lechta, 2016). Individuální vzdělávací plán se vytváří nejdéle do 1 měsíce po obdržení doporučení ŠPZ a žádosti zákonného zástupce dítěte. Jeho vypracování není však konečné, v průběhu se může doplňovat nebo upravovat dle potřeb dítěte. Ke kontrole naplňování individuálního vzdělávacího plánu dochází jednou ročně prostřednictvím ŠPZ (MŠMT, 2017)

4.3 Vybrané vzdělávací metody u dětí s PAS

Nejdůležitějším faktorem při intervenci u dětí s PAS je v první řadě znalost její problematiky (Čadilová, Žampachová, 2012). Kvůli různorodosti postižení nelze jasně určit, který přístup bude fungovat u daného dítěte. U výběru je důležité vybrat vhodný přístup, jak ze strany dítěte, tak i rodiny a dostupnost samotné nabídky (Bazalová, 2017). Cílem je dětem s PAS nabídnout všechny aktivity, které je baví, jsou spojeny s běžným životem a odpovídají jejich schopnostem (Thorová, 2012).

V edukační praxi využíváme několik metod, které nám pomáhají k lepší práci s dětmi s PAS a dětem napomáhají k úspěšnému zvládnutí předškolního vzdělávání.

Metody poukazují na hlavní pravidla, které v práci musíme dodržet a to strukturu, motivaci, vizualizaci, stálost a funkční komunikaci (Bazalová, 2017).

Mezi velmi využívané metody v edukační praxi, které vycházejí z těchto pravidel a jsou nejvyužívanější u dětí s PAS bychom zařadili:

4.3.1 Strukturované učení

Strukturované učení vychází z metodiky TEEACH programu (Čadilová, Žampachová, 2008). Jeho počátky sahají až do roku 1966, kdy začal jako výzkumný projekt, jehož služby byly poskytovány dětem s PAS. Následně v roce 1972 byl v USA přijat jako první komplexní komunitní program pro jedince s PAS (The National Autistic Society, 2017). Na celém vzniku se podíleli rodiče dětí s PAS, kteří chtěli vyvrátit tvrzení, že jsou jejich děti nevzdělavatelné (Thorová, 2012).

TEACCH program vychází z 5 hlavních zásad, kterými jsou:

- a) individuální přístup,
- b) spolupráce se zákonnými zástupci a úzkou rodinou,
- c) integrace dítěte do společnosti intaktních jedinců,
- d) kladný postoj k dětem s problémovým chováním a zlepšení chování,
- e) vztah mezi hodnocením a intervencí (Thorová, 2012).

Metoda strukturovaného učení byla vytvořena výhradně pro jedince s PAS (Mazánková, 2018). Pokud uplatňujeme jeho principy, měli bychom myslet na nastavený systém práce zleva doprava a shora dolů. Systém nám dává možnost orientace a pochopení souvislostí. Pokud děti s PAS tento systém zvládnou, dochází ke zlepšení porozumění pohybům svého těla, ke snadnějšímu pochopení instrukcí, a především se zlepší předvídatelnost jak v čase, tak i v prostoru (Čadilová, Žampachová, 2008). Díky tomu může dojít k zmírnění nežádoucích projevů chování nebo i k odstranění agresivního chování mířeného proti sobě nebo jiné osobě (Mazánková, 2018). Nevýhodou metody je používání pomůcek, které jsou nápadné pro intaktní společnost nebo malá příležitost strukturalizace místnosti v daném prostředí (Bazalová, 2017).

Strukturované učení uplatňuje 3 základní principy, kterými jsou:

1) Princip individualizace

Při jakémkoliv vzdělávání hovoříme o individuálním přístupu, u kterého by mělo dojít k poznání každého jedince, individuální práci s ním a poznání jeho dovedností a schopností. Však princip individualizace ve strukturovaném učení je mnohem hlubší (Čadilová, Žampachová, 2008). Jak již bylo zmíněno, problematika PAS je velmi široká a nikdy nenajdeme dva stejné jedince. Proto se musí správně odhadnout stupeň jeho schopností, vybrat styl komunikace, správné pracovní místo a prostředí, a nakonec vytvořit individuální vzdělávací plán (Bartoňová, Vítková, 2010). U dětí s PAS hrají roli detaily, například poloha pracovního stolu, oblíbená věc při činnosti nebo odlišná velikost reálného předmětu oproti obrázku. Pokud bychom se nesoustředili na konkrétní detaily, mohlo by se stát, že intervence nebude úspěšná (Čadilová, Žampachová, 2008).

2) Princip strukturalizace

Princip strukturalizace přináší logiku světa, řád a posloupnost činností, pomáhá dítěti s PAS se orientovat v prostoru, čase a lépe reagovat na změny, které se vychylují ze zaběhnuté rutiny (Čadilová, Žampachová, 2008).

U principu strukturalizace dochází především ke struktuře:

a) Prostoru

Struktura prostoru pomáhá dítěti s PAS předpovídat, **kde** má činnosti vykonávat a pokud by došlo ke změně může zlepšit přizpůsobení se dítěte na změnu (Čadilová, Žampachová, 2008). Proměnlivost a úpravy v uspořádání prostoru přispívá k tomu, že dítě s PAS neodhadne, v jaké místnosti se jaká činnost vykonává a není schopné si zodpovědět otázky typu: „*Proč mám tuto činnost dělat na tomto místě, když jsem ji až doposud dělal na jiném místě? Kde mám dělat to, co se po mě požaduje*“ (Čadilová, Žampachová, 2008, s. 32).

b) Pracovního místa

Volba pracovního místa je závislá na pohybových dovednostech, autistických projevech a rozumových schopnostech dítěte (Čadilová, Žampachová, 2008). Jednotlivá pracovní místa by měla být zvolena pro hlavní činnosti, které dítě během dne vykonává.

Lze je od sebe oddělit například skříněmi nebo koberci (Bartoňová, Vítková, 2010). Nejsnazší uspořádání pro individuální činnosti je využít stůl (plochu) pro plnění jednoho aktuálního úkolu. Počítá se s tím, že pedagog bude s dítětem komunikovat, pomáhat mu se splněním úkolu a bude dítěti podávat úkoly jednotlivě a po splnění mu je bude odebírat z pracovního místa. Další z možností, jak uspořádat pracovní místo, je volba delšího pracovního stolu, který se volí především pro mladší děti, děti se závažnějšími autistickými příznaky, deficitem v motorických funkcích nebo s jakýmkoliv tělesným postižením. Pozitivem tohoto pracovního místa je umožnění dítěti předvídat, co bude dělat, jak dlouho a jak to bude probíhat. Pracovní plocha stolu je rozdělena na 3 fragmenty. Vlevo se ukládají úkoly, které dítě musí splnit, uprostřed dochází k jejich splnění a vpravo umísťuje dítě již splněné úkoly. Třetí a vyšší stupeň je uspořádání pracovního místa, které předpokládá dobré pohybové dovednosti a orientaci v prostoru. Pracuje se se stejným principem jako u předchozího místa, ale dítě si samo odebírá úkoly z regálu, které jsou umístěny po levé straně pracovního místa a po splnění úkolu vrací dítě krabici na pravou stranu. Posledním a nejvyšším stupněm, jak uspořádat pracovní prostor, je místo, které po dítěti vyžaduje určitou míru samostatnosti. Dítě musí pracovní místo opustit, zvolit si úkol, s ním se vrátit zpět a splněnou úlohu následně vrátit na své místo (Čadilová, Žampachová, 2008).

c) Činností

Při přípravě jednotlivých úkolů musíme především myslet na to, jak přesně úkol budeme strukturovat, aby bylo dítěti ihned jasné, jakým postupem bude úkol plnit a jakou dobu mu bude splnění trvat. Při struktuře činností se držíme hlavní zásady strukturovaného učení, a to systému shora dolů a zleva doprava (Čadilová, Žampachová, 2008).

d) Času

Děti v předškolním věku nevyužívají časovou vizualizaci, protože se řídí rozkazy a pokyny jiné osoby (pedagoga nebo rodiče). Pro většinu dětí je snadné přerušit vykonávanou činnost a přizpůsobit se. Avšak děti s PAS mají problém změnit činnosti pouze na slovním pokynu, ne kvůli neposlušnosti, ale často se problém nahází v porozumění mluvené řeči. Časovou osu dětem s PAS tvoříme pomocí denních režimů, které mohou být přenosné nebo umístěné v místnosti. Denní režim napomáhá dítěti se orientovat v tom, co se právě bude odehrávat, co bude následovat, kdy to bude a jak jdou činnosti za sebou (Čadilová, Žampachová, 2008).

3) Princip vizualizace

Vizualizace pro nás není pojem, který by nikdo z nás neznal, protože vizualizaci používáme i my, například v dopravě, ve městě, nebo na nádražích (Čadilová, Žampachová, 2008). Tento princip je pro děti s PAS velmi důležitý. Informace, které jsou jim předávány pouze za pomoci sluchu nejsou schopné dekodovat, proto jim vizualizace usnadňuje se lépe orientovat v denním režimu (Mazánková, 2018). Vizualizace prostoru zvyšuje samostatnost u dítěte a zlepšuje přehlednost uspořádání prostoru a orientaci v něm. (Žampachová, Čadilová, 2008). Časová vizualizace pomáhá dítěti zviditelnit a pochopit abstraktní čas (Bartoňová, Vítková, 2010). Volí se dle věku a rozumových schopností daného dítěte. K časové vizualizaci můžeme u mladších dětí využívat obrázky (piktogramy nebo fotografie) a u starších dětí, pokud se naučí číst, můžeme použít slovní obrázky (Žampachová, Čadilová, 2008). Hojně se u dětí s PAS používají tzv. procesuální schémata, která nejčastěji znázorňují kroky při sebeobslužné činnosti, například mytí rukou nebo oblékání (Bazalová, 2017).

Nedílnou součástí strukturovaného učení je **motivace**, která u dětí s PAS hraje významnou roli. Pokud najdeme správný motivační prvek můžeme prostřednictvím něho ovlivňovat chování dítěte v konkrétní činnosti nebo situaci a tím podpořit chování, které se v dané situaci vyžaduje. Měli bychom si uvědomit, že lépe požadovaného výsledku dosáhneme za pomoci pozitivní motivace („Pokud tohle poskládáš správně, půjčím ti tablet.“ „Jestli mi pomůžeš, dostaneš sladkou odměnu.“). Odměna je upevňující prvek, který přichází po ukončení vyžadované činnosti nebo chování. Chceme-li, aby odměna byla, co možná nejúčinnější, musíme ji dítěti předat po skončení splnění úkolu. (Čadilová, Žampachová, 2008).

4.3.2 *Augmentativní a alternativní komunikace*

Obecně je alternativní a augmentativní komunikace (dále jen AAK) systém využívaný jedinci, kteří mají problémy v komunikaci formou mluvené řeči (Šarounová a kol., 2014). Škodová, Jedlička a kol., (2007, s. 565) definují AAK jako *oblast klinické praxe, která se pokouší kompenzovat (po určitou dobu, nebo trvale) projevy poruchy a postižení u osob se závažnými expresivními komunikačními poruchami (tj. se závažným postižením řeči, jazyka a psaní)*. Autorky uvádí, že cílem AAK je pomoci umožnit dítěti prostřednictvím komunikace vyjadřovat své potřeby a pocity.

U předškolních dětí s PAS se mohou využívat všechny formy AAK. Vybírají se každému dítěti na míru dle jeho schopností (Autisté jihu, 2014). Metody AAK, které jsou u dětí s PAS využívány, neslouží pouze k schopnosti aktivně se domluvit, ale také k tomu, aby dítě dokázalo porozumět mluvené řeči a dění kolem sebe (Šarounová a kol., 2014).

Klasifikace AAK

AAK se dělí na 2 hlavní skupiny dle toho, jestli při metodě využíváme pomůcky čili **metody s pomůckami**, které dělíme podle toho, jaký druh pomůcek se využívá (metody s pomůckami netechnickými a metody s pomůckami technickými) nebo nevyužíváme žádné pomůcky, tedy **metody bez pomůcek** (Šarounová a kol., 2014).

Následně budou představeny metody, které se u dětí s PAS využívají nejčastěji.

1) Metody bez pomůcek

Ke komunikaci využíváme gesta, která jsou doplňována verbální řečí (Mazánková, 2018). Ovšem můžeme sem zařadit i komunikaci, která probíhá přirozeným způsobem, a dítě se jí nemusí nijak speciálně učit. Například dítě kouká na hračku, se kterou by si chtělo hrát, ale nedosáhne na ní. Střídá tedy pohled na hračku a na matku, tím se snaží vyjádřit, aby mu matka hračku podala (Šarounová a kol., 2014).

Mezi nejvyužívanější metody bez pomůcek pro děti s PAS patří:

a) Makaton

Makaton byl vytvořen ve Velké Británii logopedkou Margaret Walker (Klenková, 2006). Komunikační systém využívá manuální znaky a symboly, které jsou rozděleny do devíti stupňů dle obtížnosti. Již od prvního stupně může dítě vytvořit jednoduché věty, které doprovází verbální řečí (Mazánková, 2018). Klenková (2006) dále dodává, že může být znakování doprovázeno i grafickými symboly. Nedochází ke znakování všech slov, ale pouze klíčových (Šarounová a kol., 2014). Znaky vycházejí z Britského znakového jazyka a jsou v každé zemi dále speciálně vybírány a standardizovány. V České republice je Makaton přizpůsoben znakům českého znakového jazyka neslyšících (Klenková, 2006). Systém se skládá přibližně z 350 slov (Mazánková, 2018).

b) Znak do řeči

Jde pouze o doplňkovou metodu, která má kompenzovat narušenou řeč (Mazánková, 2018). Dle Kubové, Škaloudové (2012) se jedná o krátkodobý

komunikační prostředek osob se zdravotním postižením sloužící ke komunikaci s okolním světem. Cílem je zlepšení pochopení komunikace za pomoci manuálních znaků. Znakují se slova, která dítě není schopno verbálně vyslovit (Mazánková, 2018). Znaky vycházejí ze znakového jazyka neslyšících (Šarounová a kol., 2014). Většinou představují fráze nebo jednoduchá slova (Kubová, Škaloudová, 2012). Znaky jsou rozděleny do 15 okruhů, kterými jsou *rodina, lidé a povolání, domácnost, oblečení, jídlo, škola, barvy, zvířata, příroda, vlastnosti, činnosti, doprava, čas, předložky, příslovce a další slova, věty, říkanky, písničky a pohádky* (Kubová, Škaloudová, 2012, s. 5).

2) Metody s pomůckami netechnickými

Obecně jsou netechnické pomůcky lépe dostupnější, protože nepotřebují elektrický proud, učení se novým neznámým věcem nebo dobíjení. Avšak chybí zde například hlasový výstup, který může pomoci ke zrychlení komunikace mezi jedinci (Šarounová a kol., 2014).

Do netechnických pomůcek řadíme:

a) Předměty

Předměty využíváme nejvíce u dětí předškolního věku. Ke komunikaci vybíráme různé druhy předmětů. Jako první můžeme využít předmět přesně k tomu, k čemu slouží tzv. reálné předměty (Šarounová a kol., 2014). Pokud má dítě žízeň přinese rodiči či pedagogovi hrnek na pití (Bondy, Frost, 2007). Další z možností je, že z předmětu využijeme pouze jednu část, které má symbolizovat celou věc, například jedno kolo od autíčka nebo dílek skládačky (Šarounová a kol., 2014). Velmi využívané jsou tzv. referenční předměty, které zastupují nebo jsou symbolem pro věc či činnost, například mýdlo pro koupel, hračka auta pro reálné auto nebo cestu autem. U tohoto způsobu musíme nejdříve spojit předmět s konkrétní věcí nebo činností, kterou má předmět symbolizovat (Mazánková, 2018). U některých dětí s PAS, především u těch, které mají k PAS přidruženou mentální retardaci, může být způsob komunikace prostřednictvím předmětů velmi obtížný. Nedochozí ke spojení předmětu s činností či věcí a například hračka auta, je pro děti pouze hračka (Gillberg, Peeters, 2008). Dle autorů by se jednoduše dalo říct, že děti s PAS nemají natolik vyvinutou představivost jako intaktní děti, proto u některých mohou nastat zmíněné problémy.

b) Fotografie

Fotografie znázorňují přesný obraz reality, osoby, činnosti nebo místa. Pro děti s PAS může být obtížnější naučit se využívat fotografie oproti předmětu v reálné formě. To kvůli symboličtějším vztahu k danému předmětu. I přes to se díky fotografii mohou lépe dorozumět s vrstevníky na rozdíl od předmětů. To je dáno tím, že informace, která vyplývá z fotografie je pro dítě s PAS méně abstraktní než mluvené nebo psané slovo (Gilberg, Peeters, 2008). Fotografie musí být jednoduše rozpoznatelná, tzn. že na jedné fotografii by měla být pouze jedna osoba nebo věc. Ostatní předměty, které by se na fotografii objevovaly by dítě mohly svádět k jinému využití fotografie. Pokud bychom chtěli vyfotit klíč, vyfotíme ho na bílém povrchu, nikoli na barevném ubrusu, kde je vidět ještě svazek ostatních klíčů s klíčenkou (Šarounová a kol., 2014).

c) Grafické symboly

Grafické symboly, jsou specifické pro určitou osobu, místo nebo činnost. (Mazánková, 2018). Pomáhají dětem k pochopení činností, struktury či časové orientace (SPC pro děti s vadami řeči, © 2009–2020). U dětí s PAS se grafické symboly využívají především v podobě PCS symbolů (Picture Communication Symbols), které byly vytvořené v USA a dnes jsou rozšířené po celém světě. K vytvoření PCS symbolů slouží program Boardmaker, který umožňuje symboly dítěti tvořit na míru. Symboly lze používat jak v černobílé, tak i barevné podobě. Dále se u dětí s PAS velmi využívají piktogramy (PICS – Pictogram Ideogram Communication Symbols) (Šarounová a kol., 2014). Piktogramy zjednodušují znázornění činností, předmětů nebo vlastností (Klenová, 2006). Jsou využívány pouze v černobílé barvě. To napomáhá k lepšímu rozeznání figury a pozadí. Černobílá kombinace může u dětí s PAS sloužit k jednoduchému pochopení symbolu, který nemá mnoho detailů jako barevné obrázkové symboly (Šarounová a kol., 2014).

d) Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)

VOKS je metoda, kterou vytvořila PhDr. Margita Knapcová a vychází z metody PECS (Picture Exchange Communication System), která vznikla v USA. Cílem VOKS je dosáhnout pomocí nácviku funkční komunikace (Thorová, 2012). U dětí s PAS je tato metoda jedna z nejvyužívanějších (Autisté jihu, 2014). Jejím hlavním principem je výměna obrázku za reálný předmět. K získání předmětu nesmí dítě

na obrázek pouze ukázat, ale musí ho dotyčné osobě přinést. U dětí předškolního věku se nejdříve místo obrázků využívají fotografie a až posléze se přechází na používání obrázků (Kejklíčková, 2016). Nedůležitějším faktorem metody je dostatečná a správná motivace dítěte. V prvních lekcích je motivováno materiální věcí, jako je například sladkost nebo oblíbená věc. Samotného nácviku metody se účastní dvě osoby. Jedna slouží dítěti jako asistent a s druhou osobou dítě navazuje komunikaci. S metodou lze začít v jakémkoli věku. Nejdůležitější je, aby se dítě naučilo porozumět tomu, k čemu se konkrétní předmět dá používat (Thorová, 2012). Postupem času můžeme používat komunikační tabulky, které slouží k nácviku a zlepšení samostatnosti. Nejdříve tabulku tvoří jeden list a obrázky jsou na něj přilepeny suchým zipem. Dítě musí odtrhnout obrázek z tabulky, a poté ho přinést dotyčné osobě (Kejklíčková, 2016).

3) Metody s pomůckami technickými

V dnešní době nabízí trh obrovskou škálu různých technických pomůcek, přes počítače, počítačové programy, tablety až po různé softwary (Mazánková, 2018). U technických pomůcek musíme počítat s tím, že rychle stárnou, protože jsou nahrazovány novějšími a lepšími verzemi (Šarounová a kol., 2014). Jediným limitem využívání technických pomůcek může být mentální retardace u dítěte (Mazánková, 2018).

U dětí s PAS se technické pomůcky spíše využívají ve formě odměn nebo u dětí staršího věku (Šarounová a kol., 2014), proto zde bude uveden jen výčet pomůcek, které se do této kategorie zařazují a dále nebudou více popsány.

Mezi technické pomůcky bychom zařadili:

- a) pomůcky s hlasovým výstupem,
- b) počítače,
- c) software (Šarounová a kol., 2014).

V následujícím odstavci bych ráda shrnula celou teoretickou část bakalářské práce. Ve čtyřech kapitolách teoretické části byla vymezena a popsána problematika tématu bakalářské práce. Na úvod práce byly vymezeny pojmy, se kterými se setkáváme v souvislosti s problematikou autismu a byly představeny jednotlivé poruchy, které uvádí MKN-10. Následující kapitola se zabývala triádou problémových oblastí u jedinců s PAS, které byly podrobně rozebrány a popsány. Tato kapitola byla čtenáři podrobněji popsána z toho důvodu, že z uvedené triády problémových oblastí vychází raná diagnostika PAS, která následovala v další kapitole. V kapitole zabývající se ranou diagnostikou byla nastíněna úskalí celého diagnostického procesu. Byly zde představeny nejvyužívanější screeningové a diagnostické metody pro problematiku PAS. Konec kapitoly pojednával o diferenciální diagnostice, která je nedílnou součástí celého diagnostického procesu. Závěrečnou kapitolou bylo čtenáři představeno předškolní vzdělávání a jeho formy, které mohou děti s PAS navštěvovat. Poslední stránky teoretické části bakalářské práce byly věnovány vybraným metodám, které se mohou při vzdělávání dětí s PAS uplatnit, aby jejich předškolní vzdělávání bylo úspěšné.

Nyní bych přistoupila k praktické části bakalářské práce. Praktická část si klade za cíl zjistit, jak jednotlivá ŠPZ v Jihočeském kraji pracují a jaké mají tato zařízení zkušenosti se zařazováním dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání. V této části práce se zaměřím na průběh vyšetření, interdisciplinární spolupráci mezi ŠPZ a dalšími odborníky a na popis průběhu zařazení dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání.

Praktická část

5. Metodologie

5.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu

Jak již vyplývá z teoretické části raná diagnostika PAS je velmi komplikované téma. Nejnovější diagnostické nástroje umožňují diagnostiku PAS již od 18. měsíce života dítěte. Stanovit diagnózu v tomto období je otázkou odborných diskusí, avšak pro zajištění potřeby další podpory (a to zejména v oblasti vzdělávání) je třeba jednoznačné diagnózy. Dalším problémem je, že existuje jen málo pracovišť, kde se diagnostika PAS realizuje. S tím se pojí i dlouhá čekací doba. Rodiče dětí s PAS jsou nuceni rozhodnout se o zařazení dítěte do vzdělávacího proudu mnohdy v době, kdy není stanovena diagnóza, aniž by měli dostatečnou podporu pro následné vzdělávání.

Vzniká tedy otázka, jak jednotlivá ŠPZ s problematikou PAS pracují. Proto tato otázka byla zvolena výzkumným cílem bakalářské práce. Výzkum je zaměřený pouze na ŠPZ v Jihočeském kraji. Výzkumným cílem tedy je zjistit, jak jednotlivá ŠPZ v Jihočeském kraji pracují s problematikou PAS.

Dílčím cílem je odhalit, jaké mají tato pracoviště zkušenosti se zařazováním dětí s PAS do předškolního vzdělávání.

Činnosti ŠPZ jsou zakotvené ve vyhlášce č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů a z tohoto důvodu jsem se ve výzkumu zaměřila jen na ta ŠPZ, která se primárně zaměřují na problematiku PAS.

Výzkumné otázky

- 1) VO₁: Jak vypadá spolupráce v problematice PAS mezi jednotlivými ŠPZ v Jihočeské kraji?
- 2) VO₂: Jak probíhá proces začlenění dětí s PAS do předškolního vzdělávání, na kterém se podílí SPC?

5.2 Výzkumná metoda

Pro bakalářskou práci byl zvolen kvalitativní přístup, z důvodu charakteristiky výzkumného problému. Švaříček (2014) uvádí, že definice pro kvalitativní výzkum nejsou jednotné. Každá z definic vyzdvihuje jiný znak, který je pro daný výzkum podstatný. Hlavním cílem kvantitativního výzkumu je široce rozmístěný sběr dat, ještě předtím, než jsou stanovené proměnné. Z kvalitativního výzkumu by měly vzniknout nové teorie nebo hypotézy, které se ale nedají zobecňovat (Švaříček, 2014). Nadále dle Švaříčka (2014) stojí kvalitativní výzkum především na třech vymezeních, kterými jsou: rozhodnutí se pro konkrétní téma; analýza; výklad výsledků a samotný závěr.

5.3 Výběr výzkumného souboru

Výběr vhodných informantů pro výzkum byl předem daný cílem a výzkumným problémem bakalářské práce, probíhal tedy účelově. Informanti byli pracovníci ŠPZ, rodiče dětí předškolního věku s PAS a odborníci z oblasti zdravotnictví podílející se na celém procesu rané diagnostiky (pediatři, dětské neurologové a kliničtí psychologové).

Oslovena byla všechna ŠPZ v Jihočeském kraji, to i ta, která se dětmi s PAS primárně nezabývají. U těchto ŠPZ bylo cílem zjistit, jak spolu jednotlivá pracoviště spolupracují, pokud se jedná o problematiku PAS. S ŠPZ nezabývající se výhradně dětmi s PAS probíhalo získávání informací pouze pomocí emailu. Následně jsem se s konkrétním ŠPZ zabývajícím se problematikou PAS, prostřednictvím emailu domluvila na osobní schůzce a realizaci rozhovoru. K oslovení rodičů docházelo v rámci praxe, kterou jsem absolvovala při studiu. Odborníky z oblasti zdravotnictví jsem kontaktovala prostřednictvím emailu, který jsem vyhledala na stránkách jejich soukromé praxe nebo konkrétní nemocnice, kde pracují.

Osloveni byli čtyři rodiče dětí předškolního věku s PAS. Kromě jednoho rodiče všichni s realizací rozhovoru ochotně souhlasili. Důvod pro neposkytnutí rozhovoru byla vytíženost obou rodičů dítěte. Dále jsem kontaktovala čtyři pediatry. Většina na moji prosbu neodpověděla a setkala jsem se pouze s jedním pediatrem. Kontaktovala jsem i tři klinické psychology, z toho proběhl rozhovor pouze se dvěma. Posléze jsem kontaktovala dva dětské neurology, z toho probíhal rozhovor pouze s jedním. Kontaktováni byli i dětské psychiatry, ale nikdo s realizací rozhovoru nesouhlasil.

5.4 Sběr dat a realizace výzkumu

Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru. Švaříček (2014) rozhovor hodnotí jako jednu z nejužívanějších metod pro kvalitativní výzkum, sloužící ke sběru dat. Je potřeba si uvědomit, že vedení takového rozhovoru si od tazatele žádá dobré dovednosti, mezilidské vztahy, citlivost a určitý respekt (Hendl, 2016). Důležité je si předem připravit otázky nebo alespoň jejich okruhy. Otázky bychom mohli rozdělit na 3 hlavní skupiny. Dle Švaříčka (2014) se otázky dělí na úvodní neboli demografické, které by neměly být složité a měly by nám podat základní informace o respondentovi, například věk dítěte s PAS a jeho přesná diagnóza. Následují hlavní otázky, které jsou zásadní pro celý rozhovor. Vyzývají informanta k vyprávění o tématech tvořící fundament výzkumného problému, například jaká byla čekací lhůta na první vyšetření v ŠPZ. Otázky by měly být pečlivě vybrány, aby dopředu neurčovaly odpověď a nijak v odpovědi neomezovaly. Na závěr volíme ukončovací otázky, kde je vhodné informanta ujistit o dodržení domluvených podmínek s realizací rozhovoru. Součástí rozhovoru mohou být také otázky dynamické, které podněcují vyprávění a interakci mezi tazatelem a informantem. Dále navazují otázky, které jsou důležité pro pochopení a získání hloubky řečeného.

Místo realizace rozhovoru jsem nechala na výběru informanta. S pracovníkem ŠPZ proběhl rozhovor v jeho kanceláři. S odborníky z oblasti zdravotnictví, proběhly rozhovory v jejich ordinacích po skončení ordinační doby. S rodiči jsem realizovala rozhovor ve sborovně mateřské školy.

Na začátku každé schůzky jsem informantům poděkovala za spolupráci na výzkumu a jejich ochotu. Proběhlo seznámení s tématem a cílem bakalářské práce. Požádala jsem informanty o souhlas s nahráním rozhovoru na diktafon z důvodu zachování přesných informací. Většina s nahráváním souhlasila. U těch, kteří s nahráváním nesouhlasili, probíhal záznam informací na papír. Ke konci jsem se ujistila, že informanti veškerým informacím, které jsem jim sdělila rozumí, a jsou připraveni k realizaci rozhovoru.

Myslím si, že vzhledem k zodpovězení výzkumných otázek a charakteristice výzkumného problému, byl polostrukturovaný rozhovor jedna z nejlepších variant. S informanty, především s rodiči jsem mohla navázat osobnější vztah, který byl velmi důležitý pro průběh samotného rozhovoru. Cílem nebylo dodržovat jasné pořadí a znění otázek, které jsem měla předpřipravené. Z toho důvodu byly stěžejní otázky upravovány

dle dané situace a rozpoložení informanta přímo při průběhu rozhovoru. Jelikož se výzkumu zúčastnily tři rozdílné skupiny informantů, byly vypracovány tři druhy stěžejních otázek, které jsou přiloženy v příloze (viz příloha č. 1, 2 a 3). U každého rozhovoru byly využity navazující otázky k rozšíření a upřesnění informací.

5.5 Analýza dat

Po dokončení realizace výzkumu proběhl doslovný přepis všech rozhovorů. K analýze dat byla zvolena metoda otevřeného kódování. Dle Šed'ové (2014) je metoda otevřeného kódování použitelná v mnoha kvalitativních projektech, vzhledem ke své jednoduchosti a účinnosti. Při otevřeném kódování nejdříve přepsané rozhovory rozdělíme na jednotky, ze kterých následně vytvoříme kód. Při volbě kódu bychom se měli zamyslet nad tím, co nám daná jednotka vypovídá. Když máme vytvořené všechny kódy, přecházíme do části, kterou nazýváme kategorizace kódů. Hledáme vnitřní podobnosti nebo souvislosti mezi vzniklými kódy a vytváříme z nich kategorie. Důležité je však podotknout, že systém, který je takto vytvořen není konečný, ale pouze provizorní. Většinou se mnohokrát přepracuje a změní. I přesto je velmi důležitý, protože tvoří prvotní stádium nové teorie (Šed'ová, 2014).

5.6 Etika výzkumu

Všichni informanti se podíleli na praktické části bakalářské práce zcela dobrovolně a s rozhovorem souhlasili. Na začátku každého rozhovoru jsem je ujistila o zachování anonymity se zveřejněním bakalářské práce. Na základě toho informanti podepsali informovaný souhlas, který přikládám v příloze (viz příloha č. 4). K zachování anonymity neuvádím jména rodičů ani odborníků z oblasti zdravotnictví. U odborníků jsem uvedla pouze profesní zaměření a vše ponechala v mužském rodě, bez ohledu na pohlaví. Takto jsem postupovala i u pracovníka ŠPZ.

6. Předvýzkum

Předvýzkumným souborem byla všechna ŠPZ, která se nachází v Jihočeském kraji. Kontaktováno bylo 7 pedagogicko-psychologických poraden (dále jen PPP) a 5 SPC. Cílem předvýzkumu bylo zjistit odpověď na první výzkumnou otázku. Z celkem 12 kontaktovaných ŠPZ jsem dostala zpětnou vazbu pouze od 4 zařízení, a to jen od SPC.

Jedno SPC mi sdělilo, že pokud se u nich objeví dítě, které má primárně podezření na PAS či stanovenou diagnózu PAS, jsou rodiče odkázáni na příslušné SPC, které se těmito dětmi zabývá.

Zbylé 3 SPC se shodla na stejném principu spolupráce. Pokud SPC navštíví dítě, které má PAS a k tomu přidružené jiné postižení, dochází k vyšetření dítěte v obou příslušných SPC, dle druhu přidruženého postižení. V těchto případech je důležité, které postižení je pro dítě ve školním prostředí více limitující. Tím je později dáno, které SPC bude hlavním a které pouze spolupracujícím. Doporučení týkající se kompenzačních pomůcek či metod práce s dítětem se objevuje v obou zprávách, které rodiče a školská zařízení od SPC obdrží. Obě SPC také provádí společné metodické vedení a návštěvy školských zařízení nebo společně spolupracují s rodinou dítěte.

7. Analýza výsledků výzkumu

V následující tabulce uvádím demografické informace dětí, s jejichž rodiči proběhl rozhovor. Demografické údaje jsou uvedeny z důvodu lepší provázanosti sdělených informací od rodičů o jejich dětech, které byly vyšetřeny ve SPC.

Tabulka 2: Demografické údaje o předškolních dětech s PAS

Pohlaví	Věk	Diagnóza
Chlapec č. 1	5 let	Infantilní autismus
		Vývojová dysfázie
		Středně těžká mentální retardace
		Opožděný motorický vývoj
Chlapec č. 2	4 roky	Atypický autismus
		Vývojová dysfázie
Chlapec č. 3	4 roky	Dětský autismus
		Středně těžká mentální retardace

(zdroj: vlastní výzkum)

Z metody otevřeného kódování, kterým byla provedena analýza získaných dat vznikly kategorie:

- Prvotní příznaky
- Vyšetření ve SPC
- Doba čekání
- Spolupráce
- Zařazení do mateřské školy
- Aktuální problémy

Některé kategorie byly dále rozděleny na podkategorie. Jednotlivé uvedené kódy jsou rozčleněné dle výpovědi jednotlivých informantů. Níže pro lepší představu uvádím tabulku se vzniklými kategoriemi, podkategoriemi a kódy.

Tabulka 3: Ukázka otevřeného kódování

Kategorie	Podkategorie	Informanti	Kódy
Prvotní příznaky		Rodiče	Pískání
			Hučení
			Údery do hlavy
			Nespolupráce
			Bzíkání
			Neseděl
			Nechodil
			Žádný oční kontakt
			Odlišná manipulace s hračkami
			Neslyšel na jméno
		Odborníci z oblasti zdravotnictví	Svůj svět
			Poruchy spánku
			Opožděný motorický vývoj
			Žádný oční kontakt
			Regrese ve vývoj
			Opoždění psychický vývoj
			Plačtivost
			Nemazlí se
			Expresí řeči
			Nenavazuje kontakt s vrstevníky
Nelibost hlasitých zvuků			

Vyšetření ve SPC	První vyšetření	Rodiče	Před nástupem do mateřské školy
			Ve 2,5 letech
			Ve 3 letech
		Pracovník SPC	Věk klientů při vyšetření je různý
	Průběh vyšetření	Rodiče	Zaujmutí bublifukem
			Výborná spolupráce
			Zaujetí hračkami
			Spokojenost s průběhem vyšetření
		Pracovník SPC	Různé
			Dle věku klienta
			Rozložení vyšetření
			Psychoedukačně hodnotící profil
			Edukačně hodnotící profil
			MaTeRS
Test školní zralosti od Bednářové			
Vyšetření psychologem Vyšetření speciálním pedagogem			
Doba čekání na vyšetření	Doba čekání ve SPC	Rodiče	2 měsíce
			3 měsíce
		Pracovník SPC	Dáno vyhláškou
	Doba čekání u odborníků z oblasti zdravotnictví	Odborníci z oblasti zdravotnictví	Ihned
			1 měsíc
			4-6 měsíců
6-12 měsíců			
Spolupráce	Rodiče	NAUTIS Praha	
		APLA Jižní Čechy	
		Mateřská škola	
		Dětsí psychiatrii a klinický psychologové	
		Autis centrum	
	Pracovník SPC	Rodiče	
		Mateřská škola	
		Ostatní ŠPZ	
		Kliničtí psychologové a dětsí psychiatrii	
		Autis centrum APLA Jižní Čechy	

Zařazení do mateřské školy		Rodiče	Vybráno před vyšetřením ve SPC
			V blízkosti trvalého bydliště
		Pracovník SPC	Depistáže
			Vyjednání podmínek v mateřské škole
			Směrování rodičů
Těžký výběr mateřské školy			
Aktuální problémy		Pracovník SPC	Málo možností vzdělávání
			Přeplněnost ordinací
		Odborníci z oblasti zdravotnictví	Dlouhé čekací doby
			Malý počet kvalifikovaných odborníků
			Dlouhý výcvik
			Nákladnost diagnostických nástrojů
			Malý počet odlehčovacích pobytů
			Přeplněnost ordinací

(zdroj: vlastní výzkum)

7.1 Prvotní příznaky

V začátečních rozhovorech s rodiči jsme se dostali k informacím, které poukazovaly na to, co je vedlo k prvotnímu podezření na odlišný vývoj jejich dítěte. Nadále, jaké pozorovali rozdíly ve vývoji a jak se tyto rozdíly a odlišnosti projevovaly.

Z uvedených prvotních příznaků se dva rodiče shodli, že jejich děti nevykazovaly nebo jen v minimální míře navazovaly oční kontakt. Dále registrovali nestandardní způsob hry s hračkami.

- Rodič chlapce č. 1: „Nehrál si s hračkami tak, jak by měl. Rád točil s každou hračkou, to dělá do teď. Doma točí s pukličkami nebo s jakýmkoliv menším kroužkem. Také nebyl schopný navázat oční kontakt a v tu chvíli jsme to začali řešit.“

- Rodič chlapce č. 3: „*On nás syn vůbec nevnímal a neměl s námi žádný oční kontakt. Nejdříve jsme si mysleli, že je hluchý, ale to se nepotvrdilo. Vždy si hrál podle sebe. Nikdy si nehrál s hračkami tak jako ostatní děti.*“

Dále byla zaznamenána shoda dvou rodičů, kteří byli přesvědčeni o zhoršení prvotních příznaků po podání třetí očkovací vakcíny.

- Rodič chlapce č. 1: „*Syn se zhoršil, když jsme byli na posledním očkování troj vakcíny. Do té doby všechna očkování zvládal v pořádku, neměl s nimi žádný problém. Po té třetí začal najednou bzikat.*“
- Rodič chlapce č. 2: „*Syn byl kolem 2. roku na očkování. Po něm najednou začal pískat, hučet, bouchat se do hlavy, utíkal, řvát a vůbec nespoupracoval. Do té doby mluvil, říkal máma, bába, táta nebo auto.*“

Odborníci v oblasti zdravotnictví vypověděli, jaké prvotní příznaky popisují rodiče při prvním vyšetření svého dítěte v jejich ordinaci. Odpovědi jednotlivých odborníků záležely na jejich zaměření. Výpovědi pediatra se často shodovaly s odpověďmi rodičů. To je dané tím, že pediatr byl první odborník, kterého rodiče při podezření na odlišný vývoj dítěte navštívili. Ke zbylým dvěma odborníkům již přicházeli rodiče s doporučením na konkrétní vyšetření a s předběžnou diagnózou. Pro lepší představu je níže uvedena tabulka prvotních příznaků s rozdělenými kódy, dle zaměření odborníků z oblasti zdravotnictví.

Tabulka 4: Prvotní příznaky dle odborníku z oblasti zdravotnictví

Neurolog	Pediatr	Klinický psycholog
Opožděný motorický vývoj	Nemazlí se	Opožděný psychický vývoj
	Nenavazuje kontakt s vrstevníky	Opoždění exprese řeči
	Nestandardní hra	Svůj svět
	Plačtivost	Poruchy spánku
	Nelibost hlasitých zvuků	Regrese ve vývoji
	Žádný oční kontakt	

(zdroj: vlastní výzkum)

Rodič chlapce č. 1 se zmínil o problému, který nastal při vyšetření dítěte u pediatra. Pediatr neshledal ve vývoji dítěte žádné odchylky od normy. To zapříčinilo prodlouženou dobu čekání na konečnou diagnózu.

- Rodič chlapce č. 1: „*On náš pediatr neviděl ve vývoji syna žádný problém. I přesto, že syn v jednom roce nechodil a sjížděl nám ze židličky. Řekl mi, že mám být rád/a za klidné dítě. Víte, je to pediatr, který měl v péči už i mě, a s PAS se během své doby moc neselekával. Především celou svou lékařskou praxi vykonával u nás na vesnici, kde je málo obyvatel a neřeší se zde závažné případy.*“

Zajímavým zjištěním bylo, kdy pediatr ve svém rozhovoru uvedl procenta dětí, u kterých se jeho prvotní podezření na PAS potvrdí. Uvedl 90 % potvrzených případů. S podobným výsledkem se ztotožňuje i jeden klinický psycholog, který uvedl 60–80 % potvrzených případů, dle jeho prvotního podezření na PAS. Naopak úplně odlišný výsledek shledává druhý z klinických psychologů, který uvedl pouze 10 % potvrzených případů.

7.2 Vyšetření ve SPC

Vyšetření ve SPC je rozděleno do dvou podkategorií: První vyšetření ve SPC a průběh vyšetření.

První vyšetření

Z výpovědí všech rodičů vyplynulo, že jejich dítě bylo vyšetřeno ve SPC před nástupem do mateřské školy. Vzhledem k odlišnému věku dětí při nástupu do mateřské školy se lišil i věk jejich prvního vyšetření ve SPC. Také pracovník SPC vypověděl rozdílný věk klientů při prvním vyšetření ve SPC.

U chlapce č. 2 a 3 proběhlo vyšetření ve SPC, které se zaměřuje na jedince s PAS. Chlapec č. 1 byl vyšetřen ve SPC, které se věnuje pouze jedincům s mentálním postižením.

- Rodič chlapce č. 1: „*Chtěli jsme chodit sem do mateřské školy speciální, proto nás mateřská škola odkázala na SPC, které je její součástí. Zde byl syn vyšetřen.*“

Rodič chlapce č. 3 vypověděl o následném odkázání ze SPC pro jedince s PAS do SPC, které se výhradně věnuje jedincům s mentálním postižením.

- Rodič chlapce č. 3: *„My jsme chtěli nadále navštěvovat SPC pro jedince s PAS. To se ale domluvilo s SPC, které je součástí mateřské školy speciální, kterou syn navštěvuje o našem přeražení do jejich péče.“*

Pracovník SPC pro jedince s PAS mi ve svém rozhovoru sdělil možný důvod přeražení dětí do péče jiného SPC. Pokud rodiče chtěli, aby jejich děti navštěvovaly mateřskou školu speciální jejíž součástí je SPC pro jedince s mentálním postižením, bylo následné přeražení výhodnější. To jak ze strany rodiny, tak i SPC.

Průběh vyšetření

Komplexní vyšetření ve SPC obsahuje vyšetření psychologem a speciálním pedagogem. U prvního vyšetření ve SPC záleží na tom, jestli dítě přijde s aktuálním psychologickým vyšetřením či nikoliv. Pokud dítě vyšetření psychologa má již za sebou, je ve SPC vyšetřeno pouze speciálním pedagogem. Jednotlivá psychologická vyšetření se smí vykonávat s odstupem půl roku. Klinický psycholog a psycholog, který pracuje ve SPC vychází ze shodných standardizovaných metod, ale jejich závěrečné vyhodnocení je odlišné. Psycholog ve SPC cílí metodami přímo na úroveň dovedností, které jsou potřebné pro práci ve školském zařízení.

Průběh vyšetření je u každého dítěte jiný. Záleží na jeho věku, důvodu vyšetření, aktuálním stavu a zda zvládne vyšetření samo nebo musí být přítomný rodič. Pokud je přítomný rodič snaží se pracovníci SPC vnímat komunikaci mezi dítětem a rodičem či fixaci dítěte na rodiče. U dětí předškolního věku často dle výpovědi pracovníka SPC nastává při změně prostředí a kontaktu s cizími lidmi rozrušenost, nespolupráce až záchvat vzteku. Z tohoto důvodu musí být vyšetření rozloženo

- Pracovník SPC: *„Někdy se komplexní vyšetření nepodaří na prvním sezení. Především u dětí předškolního věku. Velmi často se stává, že dětem trvá, než se zadaptují, proto si je naše paní psycholožky zvou většinou víckrát. Takto to probíhá i u speciálně pedagogického vyšetření. Pokud to dítě zvládne v jednom dni, je to výborné. Avšak pokud se vyšetření nepodaří můžeme ho rozložit. Rozložení je vždy náročnější na organizaci, ale dochází k němu.“*

Dle výpovědi pracovníka SPC neexistují žádné speciálně pedagogické vyšetřovací metody. Vzhledem k tomu využívá SPC k vyšetření psychoedukační a edukačně hodnotící profil (0-7 let a 8-15 let). K posouzení odkladu povinné školní docházky a školní zralosti je nově využíván MaTeRS a Test školní zralosti od Bednářové. Dle výpovědi pracovníka SPC se MaTeRS a Test školní zralosti od Bednářové více využívá u dětí, které mají k PAS přidružené mentální postižení než u dětí pouze s PAS.

Celková doba vyšetření je také u každého dítěte rozdílná. Z jedné odpovědi pracovníka SPC vyplynulo, že pokud se jedná o dítě, které je vyšetřováno ve SPC poprvé, vyhraní si na vyšetření celé dopoledne. Jiného klienta neobjednávají.

- Pracovník SPC: *„Nejde říct, že přijdete v 9 a v 10 odejdete. Kolikrát to vypadá, že dítě nebude spolupracovat a najednou na konci začne. Z toho důvodu si na prvoklienta vyhrazujeme celé dopoledne.“*

Z jednotlivých rozhovorů s rodiči byla patrná spokojenost s přístupem pracovníku SPC při vyšetření. Vzhledem k věku dětí probíhalo vyšetření pouze prostřednictvím hry.

- Rodič chlapce č. 1: *„Paní ve SPC vyšetřila syna pouze při hře. Ze začátku vyšetření mi seděl syn na klíně, ale paní ve SPC se ho snažila zaujmout různými hračkami. Po nějaké době byl schopný si hrát. Při vyšetření také prý vnímala, jak je na mě syn vázaný a jak spolu komunikujeme. Všichni ve SPC byli moc milí.“*
- Rodič chlapce č. 2: *„Syn byl opravdu protivný, řval a nechtěl tam vůbec být, ale paní ve SPC byla úplně úžasná. Přišla s bublifukem, ze kterého ihned začala foukat bubliny. Syn pozoroval létající bubliny, a to ho nějakým způsobem uklidnilo. Vyšetření proběhlo pouze hrou. Pořád mu nosila nové a nové hry a on dokázal výborně spolupracovat.“*
- Rodič chlapce č. 3: *„Paní pozorovala, jak si syn hraje a ptala se mě na nějaké otázky. Všichni byli vstřícní a vše nám pečlivě vysvětlili.“*

7.3 Doba čekání

Při analýze dat vznikly v kategorii dvě následující podkategorie: Doba čekání ve SPC a doba čekání u odborníků z oblasti zdravotnictví. Dvě následující podkategorie nám ukazují, jak dlouhou cestu musí absolvovat rodiče s dětmi, než jim je stanovena konečná diagnóza a podpora při vzdělávání jejich dítěte.

Doba čekání ve SPC

Doba čekání na první vyšetření ve SPC je dle pracovníka SPC dána vyhláškou.

- Pracovník SPC: *„Doba čekání je dána vyhláškou. Od podání žádosti jsme povinni se do 1 měsíce rodičům ozvat a do 3 měsíců musíme dítě vyšetřit. To se snažíme splnit, i když je to někdy náročnější. Pokud se sejde více žádostí.“*

Všichni rodiče vypověděli dobu čekání, která odpovídá výpovědi pracovníka SPC a vyhlášce č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

Doba čekání u odborníků z oblasti zdravotnictví

Doba čekání na první vyšetření je u každého z odborníků rozdílná. Záleží na přeplněnosti ordinace a na tom, zda se v jejím blízkém okolí věnuje další odborník stejnému oboru. Neurolog vypověděl, že je v některých situacích schopný urychlit dobu čekání.

- Neurolog: *„V tuto chvíli jsme tu v ordinaci 2. I přesto se nyní objednávají noví klienti na vyšetření až za měsíc. Jsem schopný objednat klienta i na dřívější termín, pokud jsou rodiče zoufalí. Většinou se jedná o sjednání termínu na konec ordinační doby.“*

V tabulce níže jsou uvedeny doby čekání na první vyšetření, které vypověděli odborníci z oblasti zdravotnictví.

Tabulka 5: Doba čekání na vyšetření u odborníků z oblasti zdravotnictví

Neurolog	Pediatr	Klinický psycholog
1 měsíc	Ihned	9–12 měsíců
		4–6 měsíců

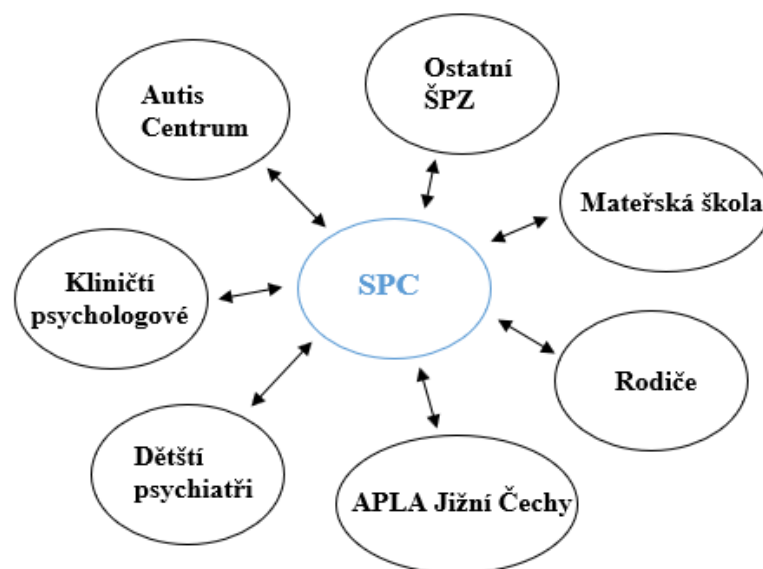
(zdroj: vlastní výzkum)

Rodič chlapce č. 2 uvedl příznivou dobu čekání na vyšetření u klinického psychologa, které absolvovali. Jedná se o čekací dobou 2 měsíce od telefonického objednání.

7.4 Spolupráce

Spolupráce mezi jednotlivými odborníky a rodiči je velmi důležitá při stanovení správné diagnózy a následné intervence. Zde je znázorněn model, s jakými odborníky nebo institucemi SPC spolupracuje. Tato spolupráce slouží k vhodnému zvolení vzdělávací intervence pro konkrétní dítě.

Obrázek 1: Spolupráce SPC



(zdroj: vlastní výzkum)

Ze schématu je patrná spolupráce mezi dětským psychiatrem a SPC. Dětský psychiatr se souhlasem rodičů kontaktuje SPC s požadavkem depistáže v mateřské škole. Cílem je, aby bylo chování dítěte posouzeno i v prostředí, které pro něj není nové. Tzv. multifunkční tým se daří SPC vytvořit s dětským psychiatrem na Tábořsku. Zde se konají schůzky s dětským psychiatrem, pracovníkem SPC a terapeutem konkrétního zařízení, kam dítě dochází na terapii. Tento tým tvoří jen u dětí s PAS, které mají problémové chování.

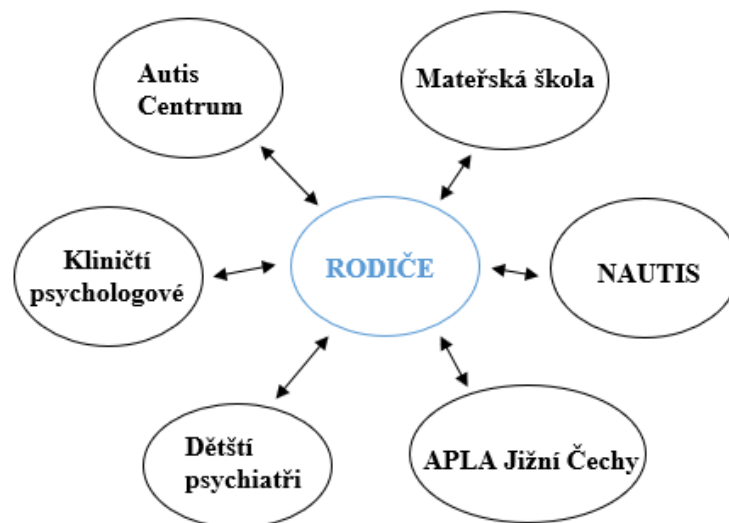
- Pracovník SPC: „*Nejsme schopni tato sezení dělat u všech dětí, to by nebylo časově možné. Proto se tvoří především u klientů s problémovým chováním.*“

Velmi dobrá spolupráce probíhá i v mateřských školách, kam jsou děti s PAS zařazovány dle výběru rodičů. Mateřské školy jsou vždy poskytovány informace o tom, jaký pracovník SPC má dítě v péči. V případě problému se mohou na pracovníka SPC obrátit. Nastalé problémy se pracovníci SPC snaží vyřešit osobně nikoli pouze po telefonické konzultaci. Nadále pořádá SPC workshopy pro asistenty pedagogů, kde se mohou potkávat, předávat si zkušenosti a pomáhat si ve své práci.

Nebyla opomenuta ani spolupráce s rodiči, která je vždy na prvním místě. SPC zjišťuje jednotlivé představy rodičů a jejich možnosti. Rodičům jsou doporučováni další odborníci na PAS a různá sociální zařízení.

Následující schéma nám odhaluje, s jakými odborníky nebo institucemi rodiče spolupracovali v době realizace rozhovoru, kde hledají oporu nebo pomoc při výchově a vzdělávání svých autistických dětí.

Obrázek 2: Spolupráce rodičů



(zdroj: vlastní výzkum)

Ze schémat vyplývá, že rodiče, kteří se zúčastnili rozhovoru spolupracují s organizacemi, jako je APLA, Autis Centrum stejně jako SPC. Také neurolog a jeden z klinických psychologů se ve svém rozhovoru zmínili o doporučování služeb, které jsou poskytovány Autis centrem a APLOU. Tento fakt napomáhá SPC při vyšetření a zvolení vhodné

intervence pro konkrétní dítě. SPC může zažádat se souhlasem rodičů dítěte o informace z dané organizace, se kterými již rodiče dítěte navázali kontakt.

7.5 Zařazení do mateřské školy

Čtvrtá kategorie, která vznikla z analýzy dat poskytuje informace o pomoci rodičům s výběrem předškolního vzdělávání pro jejich dítě a o následném zařazení dětí do předškolního vzdělávání. Dle získaných dat jsou rodičům od pracovníků SPC poskytovány informace o systému předškolního vzdělávání. Také dostávají seznam vhodných mateřských škol, který vychází z trvalého bydliště rodiny. Konečný výběr vhodného předškolního vzdělávání je velmi složitý z důvodu přehlednosti mateřských škol.

- Pracovník SPC: *„Speciální mateřské školy přednostně berou děti, které jsou pro danou mateřskou školu spádové a jsou třeba předškolního věku. Proto je výběr mateřských škol dnes velmi obtížný.“*

Pokud si rodiče dítěte vybrali mateřskou školu, vyjíždí pracovníci SPC po vyšetření do konkrétní mateřské školy, aby vykonali depistáž. V mateřské škole pracovníci SPC zjišťují, jaké podmínky a možnosti má daná mateřská škola nebo jestli již je ve třídě asistent pedagoga. Pracovníci SPC následně mateřské škole sdělují, jaké podmínky potřebují pro dítě a zjišťují, jestli je mateřská škola schopna tyto podmínky splnit. Pracovní SPC uvedl, že jim tento systém velice dobře funguje. Vždy vykomunikují v mateřské škole to, co pro dítě potřebují.

- Pracovník SPC: *„Když dítě do mateřské školy nastupuje, tak se nikdy nestane, že bychom zvolili podpůrná opatření bez domluvy s mateřskou školou. Vždy to probíhá na základě konzultace. Z toho důvodu probíhá vyšetření nejdříve u nás ve SPC a my následně vyjíždíme do mateřské školy. Tímto je zařazení dítěte do mateřské školy efektivnější a pro dítě lepší.“*

Dva z rodičů (chlapce č. 1 a 3) vypověděli, že před vyšetřením ve SPC měli již vybranou mateřskou školu, kterou jejich děti budou navštěvovat. Uvedli, že se jejich výběr shodoval s doporučením SPC. Rodič chlapce č. 2 ve svém rozhovoru zmínil spolupráci při zařazování dítěte do mateřské školy s APLOU v Českých Budějovicích. Dosud APLA navštěvuje mateřskou školu a sleduje vývoj dítěte.

7.6 Aktuální problémy

Ve všech rozhovorech byly zmíněny aktuální problémy, které komplikují diagnostický proces, prodlužují stanovení přesné diagnózy a výběr vhodné intervence pro předškolní vzdělávání. Nejvíce vyskytujícím problémem byl malý počet a přeplněnost ordinací dětských psychiatrů a klinických psychologů. To má za následek dlouhé čekací lhůty na potřebná vyšetření. S malým počtem kompetentních odborníků souvisí i malá dostupnost rané diagnostiky, která je především ve velkých městech. Z důvodů dlouhých čekacích lhůt jsou rodiče vystaveni volbě mateřské školy bez stanovení konečné diagnózy a vzdělávacích intervencí. Dle vyjádření SPC se i přesto na ně rodiče mohou obrátit.

- Pracovník SPC: *„Když nějaký odborník řekne, že se u dítěte suspektně projevují příznaky PAS, tak se snažíme s rodiči již spolupracovat. Snažíme se jim pomoci a směřovat je převážně do školství, které by pro dítě mohlo být více vyhovující.“*

Dalším velmi opakovaným problémem byla nákladnost diagnostických nástrojů.

- Klinický psycholog: *„Diagnostický výcvik je náročný a dlouhodobý. Pokud počítám základní vybavení ordinace pouze intelektovými testy pro věk 0-16,11 (nepočítám náklady na záznamové listy, zničené pomůcky apod.) jedná se o částku 169 tisíc Kč. Vyšetření intelektu je jen dílčí aspekt komplexního vyšetření, další specializované diagnostické nástroje jsou další náklady a například již zmiňovaný ADOS stojí aktuálně 72 tisíc Kč bez výcviku. Certifikovaný výcvik lze aktuálně získat pouze v zahraničí a stojí další desítky tisíc korun a mnoho času examinátora kvůli diagnostice relativně vzácné vývojové poruchy.“*

Někteří odborníci z oblasti zdravotnictví shledávají problém v malém počtu odlehčovacích pobytů pro děti s PAS.

8. Výsledky výzkumu

Než přejdu k vyhodnocení jednotlivých výzkumných otázek a cíle výzkumu, ráda bych shrnula celý výzkum.

Výzkumu předcházela předvýzkum. Osloveno bylo 12 pracovišť ŠPZ v Jihočeském kraji. Předvýzkumu se však zúčastnily pouze 4 pracoviště. Cílem bylo zjistit, jak mezi sebou jednotlivá ŠPZ v Jihočeském kraji spolupracují a získat odpověď na první výzkumnou otázku. Na základě získaných dat byla zjištěna provázanost jednotlivých ŠPZ v kraji, která napomáhá ke spolupráci jednotlivých ŠPZ.

Samotného výzkumu se zúčastnilo 1 SPC, 3 rodiče dětí předškolního věku s PAS a 4 odborníci z oblasti zdravotnictví (1 dětský neurolog, 1 pediatr a 2 kliničtí psychologové). I přes odmítnutí některých kontaktovaných informantů na výzkumu, jsem získala mnoho dat k jeho realizaci.

První kategorie výzkumu se zabývala prvotními příznaky. Na základě zjištěných dat vzešly shodné prvotní příznaky, které pozorovali rodiče u svých dětí, s příznaky, které sdělil pediatr.

Druhá kategorie, která vzešla z výzkumu pojednávala o prvním vyšetření ve SPC a jeho průběhu, který byl v kategorii popsán. Všichni rodiče se shodli, že první vyšetření ve SPC probíhalo před nástupem jejich dětí do mateřské školy, avšak věk dětí při prvním vyšetření se lišil. Průběh vyšetření probíhal dle závazných dokumentů a vždy v zájmu dítěte a podle jeho aktuálního rozpoložení. Ze všech rozhovorů s rodiči vzešla spokojenost s průběhem vyšetření i pracovníky SPC.

Ze třetí kategorie, která byla věnována čekací době, vyplynula na základě získaných dat dlouhá doba čekání na prvotní vyšetření u některých odborníků z oblasti zdravotnictví. Naopak se potvrdily shodné výpovědi rodičů a pracovníka SPC o čekací době na první vyšetření ve SPC.

Čtvrtá kategorie výzkumu se zabývala spoluprací. Z této kategorie vzešly informace o multidisciplinárním týmu, který SPC vytváří. Stejně instituce či odborníky uvedli ve své spolupráci rodiče i odborníci z oblasti zdravotnictví. Díky systému spolupráce, který vzešel z výsledku výzkumu, se daří zvolit vyhovující vzdělávací intervenci u dětí s PAS.

Předposlední kategorie výzkumu se zaměřovala na začlenění dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání. Na základě výzkumu byl tento proces představen. Dle výsledku výzkumu je proces začlenění velmi vyhovující. Na spokojenosti s procesem se shodli pracovníci SPC i rodiče.

Poslední kategorie se věnovala aktuálním problémům v procesu diagnostiky. Všichni informanti se shodli, že největším problémem, který shledávají, jsou dlouhé čekací doby dětských psychiatrů či klinických psychologů. Tato informace vychází i ze třetí kategorie výzkumu. Dále se převážně odborníci z oblasti zdravotnictví shodli na nákladnosti diagnostických nástrojů. Jako poslední problém, který byl vyplynul ze získaných dat, byl nedostatečný počet odlehčovacích pobytů pro děti s PAS.

8.1 Odpověď na první výzkumnou otázku

První výzkumná otázka zněla: „*Jak vypadá spolupráce v problematice PAS mezi jednotlivými ŠPZ v Jihočeské kraji.*“ Odpověď na výzkumnou otázku bychom našli výše v předvýzkumu. Vzhledem k tomu, že na položené otázky odpověděla jedna třetina kontaktovaných ŠPZ, lze posoudit spolupráci jen mezi nimi. Dle uvedených informací se snaží kontaktovaná ŠPZ spolu co nejvíce spolupracovat. Jedná-li se o dítě, které má k PAS přidružené jiné postižení je cílem příslušných SPC se dohodnout a najít vhodná podpůrná opatření, vzdělávací metody nebo kompenzační pomůcky, které budou napomáhat dítěti k úspěšnému zvládnutí vzdělávání. SPC společně provádí depistáže ve školních zařízeních, kam má být dítě zařazeno. Snaží se po předchozí domluvě shodně směřovat rodiče k vhodnému výběru vzdělávání. Tato spolupráce zajišťuje poskytování shodných informací rodičům i školnímu zařízení a lepší výběr vzdělávací intervence, která bere ohled na všechny problematické oblasti dítěte a kombinatoriku jeho postižení. Výzkumná otázka byla zodpovězena pouze částečně, kvůli nedostatečným informacím od všech ŠPZ. Dle získaných odpovědí od 4 SPC bychom mohli vyvodit závěr, že je spolupráce mezi nimi funkční a vhodně zvolena.

8.2 Odpověď na druhou výzkumnou otázku

„*Jak probíhá proces začlenění dětí s PAS do předškolního vzdělávání, na kterém se podílí SPC*“, takto zněla druhá výzkumná otázka, kterou jsem svým výzkumem chtěla zjistit. Výzkumná otázka byla především zodpovězena v podkapitole výzkumu 7.5. SPC se co nejvíce snaží ulehčit dítěti s PAS vstup do mateřské školy

a mateřskou školu připravit na příchod nového dítěte. Hlavní činností, jak zajistit plynulé zařazení dítěte do mateřské školy, je provádění depistáží pracovníky SPC. Při nich se snaží zjistit možnosti mateřské školy a seznámit ji s požadavky SPC. Jak již zmínil pracovník SPC, nikdy nejsou přiděleny dítěti podpůrná opatření bez prvotní konzultace s mateřskou školou. Zařazení dítěte do předškolního vzdělávání ulehčuje spolupráce s dalšími odborníky nebo institucemi zmíněnými v podkapitole výzkumu 7.4. Naopak ztížit zařazení může přeplněnost nebo nedostatek požadovaného typu vzdělávání a také problémy objevující se v podkapitole výzkumu 7.6., které pojednávají o přeplněnosti ordinací, dlouhých čekacích dobách a z toho vyplývající dlouhá čekací doba na konečnou diagnózu. I přes tyto problémy se snaží SPC spolupracovat s rodiči a dětmi, které mají pouze vyslovené podezření na PAS. Směřovat je ke konkrétnímu typu vzdělávání, kam probíhá následné zařazení. Lze tedy odpovědět, že ke každému zařazení dítěte s PAS do předškolního vzdělávání SPC přistupuje individuálně a snaží se vyjednat ty nejlepší podmínky, aby vzdělávání vycházelo z individuálních dovedností a schopností dítěte.

8.3 Odpověď na výzkumný cíl

Výzkumným cílem práce bylo zjistit, jak jednotlivá ŠPZ v Jihočeském kraji pracují s problematikou PAS a dílčím cílem bylo odhalit, jaké mají zkušenosti se začleněním dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání. Cíl práce byl na základě výzkumu zodpovězen a splněn. Ze získaných dat předvýzkumu vzešlo zjištění, že některá ŠPZ, která se problematikou PAS nezabývají, odkazují rodiče na příslušné SPC, a tedy vyšetření dětí s PAS na jejich pracovištích neprobíhá. U dětí s PAS a s přidruženým postižením probíhá vyšetření v obou příslušných SPC zabývajících se konkrétním druhem postižení. Lze tedy na základě předvýzkumu říct, že nikdy neprobíhá vyšetření dětí s PAS v ŠPZ, které není zaměřeno na tuto problematiku. Samotný výzkum se především zabýval ŠPZ, které se v Jihočeském kraji specializují na jedince s PAS. Byl tedy realizován pouze ve SPC. Na základě realizovaného výzkumu se ukazuje, že SPC, které se jedinci s PAS zabývá, pracuje s touto problematikou velmi dobře. Tento fakt se odráží především ve výpovědi rodičů, kteří byli s přístupem pracovníků SPC spokojeni. Na základě dalších získaných dat bylo patrné, že pracovníci přesně věděli, jak dítě zaujmout, uklidnit ho při záchvatu vzteku nebo jak ho povzbudit k tomu, aby bylo schopné pracovat. Z těchto získaných dat vyplývá informovanost jednotlivých pracovníků o problematice PAS a jejím úskalím při práci s těmito dětmi. Dále bychom tuto teorii mohli potvrdit

kapitolou, která se ve výzkumu zabývá spoluprací SPC s jiným odborníky či institucemi. Kapitola především prezentovala data o interdisciplinární spolupráci, kterou SPC vytváří. Dle mnoha publikací, které se zabývají problematikou PAS je tento model spolupráce velmi důležitý. To nejen při procesu diagnostiky, ale i při vhodném výběru vzdělávací intervence u dětí s PAS.

Odpověď na dílčí cíl práce bychom částečně našli ve druhé výzkumné otázce, která se zabývala průběhem začlenění dětí s PAS do předškolního vzdělávání. Se začleněním dětí s PAS do předškolního vzdělávání má dle analýzy dat z výzkumu SPC široké zkušenosti. Celý proces začlenění probíhá vždy za podpory mateřské školy a ve prospěch dítěte, přičemž vychází z přání rodičů dítěte. Dle výpovědi pracovníka SPC se proces začleňování dětí s PAS do předškolního vzdělávání, který realizuje jejich zařízení osvědčil. Jsou s ním spokojeni jak oni, tak i rodiče a mateřské školy, kam jsou děti s PAS zařazovány.

Diskuse

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak ŠPZ v Jihočeském kraji pracují s problematikou PAS a jaké mají zkušenosti se zařazováním dětí do předškolního vzdělávání.

Na začátku diskuse bych chtěla porovnat proces rané diagnostiky s výpověďmi informantů z oblasti zdravotnictví a dostupnou literaturou. Dané informace jsem získala z mírného odbočení informantů od tématu při rozhovoru.

Celý proces rané diagnostiky začíná u rodičů, kteří si jako první povšimnou odlišného vývoje svého dítěte. Na začátku výzkumu byl uveden výčet prvotních příznaků, které vedli rodiče k tomu, aby nechali své dítě vyšetřit u specialisty. Se sdělením rodičů se ztotožňuje i Thorová (2012), která ve své publikaci za první impuls pro rodiče považuje zjištění odlišného motorického vývoje (dítě neleze, neseď, nechodí). Později dle autorky rodiče pozorují nenavazování očního kontaktu, stranění se okolí nebo odlišnou manipulaci s hračkou (stavění auta na střechu, točení s kulatými předměty). Následně uvádí další příznaky, které se u dětí v raném věku vyskytují. Tyto příznaky ve výzkumu zmínili odborníci v oblasti zdravotnictví a jsou jimi poruchy spánku nebo dráždivost dítěte. Rodiče podílející se na výzkumu, jako první při podezření na PAS kontaktovali svého pediatra. Podle Šporclové (2019) není PAS diagnózou, se kterou by se pediatři setkávali každý den, proto se může stát, že prvotní příznaky nemusí být pediatrem rozpoznány. S tímto problémem se ztotožňuje i rodič chlapce č. 1., jejichž problémem bylo nepovšimnutí si pediatra prvotních příznaků, které vykazovaly známky PAS u dítěte. Z toho důvodu byla prodloužena doba čekání na konečnou diagnózu. Po vyšetření pediatrem a shledání podezření na PAS by měly být děti dle Adamuse et al. (2017) odkázány na další vyšetření. To by mělo vyloučit jiné postižení. Dle získaných informací od rodičů byly děti dále odkázány na vyšetření u dětského neurologa, klinického psychologa a dětského psychiatra. Vyšetření u odborníků probíhá různě dle jejich zaměření. Autismus bez cenzury [b. r.] uvádí, že vyšetření u dětského neurologa probíhá nejčastěji za pomoci EEG, počítačové tomografie a magnetické rezonance. S tímto tvrzením souhlasí i dětský neurolog, který byl součástí výzkumu. V jedné z doplňujících otázek dodává využívání CARS2 ve svém vyšetření. Dalším z absolvovaných vyšetření bylo vyšetření klinickým psychologem. Klinický psycholog v doplňující otázce uvedl, že vyšetření v jeho ordinaci probíhá

nejprve rozhovorem s rodiči, kvůli získání rodinné anamnézy. U dětí v raném věku následuje klinické pozorování prostřednictvím hry. Se souhlasem rodičů je klinické pozorování nahráváno, aby následně klinický psycholog mohl analyzovat kvalitativní projevy dítěte. Stejný průběh vyšetření popisuje i NAUSTIS, který nadále rozšiřuje vyšetření o konzultaci s rodiči po klinickém pozorování (NAUSTIS, ©2020).

V rané diagnostice velmi často nastává dle Dudové et al. (2013) problém, který popisuje ve svém článku. Autorka poukazuje především na problém související s dlouhou dobou čekání na konečnou diagnózu. Dle uvedeného výzkumu ve článku trvá stanovení diagnózy od prvotní identifikace příznaků zhruba 51,3 měsíců. V mém výzkumu není uvedena průměrná doba čekání na konečnou diagnózu. Avšak na základě vyjádření zúčastněných rodičů bychom mohli souhlasit s autorkou. Problém s dlouhými čekacími dobami u odborníků z oblasti zdravotnictví byl shledán i v mém výzkumu.

Hlavním tématem výzkumu bylo vyšetření ve ŠPZ. Vzhledem k problematice PAS poskytují vyšetření především SPC, které se touto problematikou zabývají. ŠPZ jsou poskytovány podle školského zákona, ale podrobněji jsou vymezeny ve vyhlášce č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. Výše zmíněná vyhláška udává ŠPZ pravidla poskytování poradenských služeb, standardní poskytované činnosti a dobu čekání na první vyšetření. Dle získaných informací od rodičů a následném porovnání s výpovědí pracovníka SPC se zkoumané SPC snaží všechny tyto náležitosti dodržet. Podle Slavíkové, Zapletalové (2019) by mělo vyšetření ve ŠPZ začínat anamnestickým rozhovorem s rodiči. Dále by mělo docházet k pozorování dítěte a posouzení jeho vztahu k rodičům. Poslední krok zahrnuje posouzení dítěte ve vzdělávací instituci. Popsaný postup vzešel i z výzkumu. Lze tedy říct, že zkoumané SPC postupuje dle závazných dokumentů. S průběhem vyšetření a pracovníky SPC byli spokojeni i rodiče. Především byl chválen přístup jednotlivých pracovníků k jejich dětem. U dětí s PAS může dle Millera, Smithové (2014) či Čadilové, Žampachové (2008) nastat při změně prostředí nebo narušení denního rituálu stav vzdoru, nespolupráce až záchvat vzteku. S uvedenými problémy souhlasí rodiče a ve svých rozhovorech popsali reakce pracovníků SPC. Problémy vyřešili pracovníci SPC zaujetím dětí například prostřednictvím bublifuku nebo poskytováním stále nových a nových podnětů (hraček). Daný postup, který byl zvolen, doporučují i Miller, Smithová (2014).

Ve výzkumu, který uvádí Bazalová (2017), se objevují velmi často negativní reakce na SPC. Reakce souvisejí s nedostatkem času SPC, malou informovaností pracovníků o problematice PAS nebo neochotou, popřípadě chladným přístupem pracovníků SPC. Já jsem žádná negativa, která by se týkala činnosti SPC či jejich pracovníků nezjistila. Na základě realizovaného výzkumu se ukazuje, že pracovníci zkoumaného SPC mají velmi dobré zkušenosti s problematikou PAS. Snaží se ke každému dítěti přistupovat individuálně, vycházejí z jeho aktuálního rozpoložení a v první řadě jednat v jeho nejlepším zájmu. Tento fakt potvrzuje i vyjádření pracovníka SPC v poslední kapitole, která se věnuje aktuálním problémům v procesu diagnostiky. I přes problémy, které s sebou diagnostický proces nese, se SPC snaží bez konečné diagnózy spolupracovat s rodiči a jejich dětmi.

Dalším tématem výzkumu byla spolupráce. Z něho vzešla fakta o snaze SPC navazovat spolupráci s odborníky, se kterými se dítě setkává a je u nich v péči. Postup koreluje s názorem Adamuse et al. (2017) a Thorové (2012), kteří píšou, že při celém procesu diagnostiky je velmi důležitá interdisciplinární spolupráce. Na základě výzkumu se model spolupráce s ostatními odborníky, který provádí SPC, jeví jako velmi efektivní a funkční. SPC spolupracuje i s mateřskou školou, kam probíhá následné začlenění dítěte. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, výběr druhu předškolního vzdělávání stojí jen na rozhodnutí rodičů dítěte. Mazánková (2018) uvádí, že pracovníci SPC pouze mohou na základě svých vyšetření zákonným zástupcům dítěte vhodné vzdělávání doporučit, nikoliv je do rozhodnutí nutit. S tímto tvrzením souhlasí i pracovník SPC i rodiče.

Při samotném začlenění dětí do systému předškolního vzdělávání se SPC snaží vyjednávat vhodné podmínky pro dané dítě. Bazalová (2017) tvrdí, že jde spíše o hledání kompromisů, které jsou v závěru spíše ku prospěchu dané mateřské školy než dítěte. Bohužel nelze toto tvrzení potvrdit ani vyvrátit, vzhledem k tomu, že rozhovory s mateřskými školami ohledně začlenění dětí s PAS neprobíhaly. Tímto by se mohl zabývat další výzkum, který by byl rozšířen o názory a zkušenosti mateřských škol s procesem začlenění dětí s PAS, na kterém se podílí SPC.

Závěr

Bakalářská práce se věnovala oblasti rané diagnostiky PAS a následnému zařazení dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání. Ze získaných dat bylo patrné, že proces diagnostiky je velmi dlouhý a komplikovaný, ale zkoumaná zařízení a odborníci s ním mají velmi dobré zkušenosti.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit jaké zkušenosti mají ŠPZ v Jihočeském kraji s problematikou PAS. Dílčím cílem bylo zjistit, jak probíhá zařazení dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání. Zvolený výzkumný cíl práce se prostřednictvím realizovaného výzkumu podařilo zodpovědět a splnit.

Teoretická část práce se zabývala terminologií, klasifikací PAS dle MKN-10, diagnostickým procesem a předškolním vzděláváním, které mohou jedinci s PAS navštěvovat.

Úvod praktické části byl věnován metodologii, ze které vycházela realizace celého výzkumu. Sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaných rozhovorů s vybranou cílovou skupinou. Následně byly rozhovory analyzovány metodou otevřeného kódování. Posléze byla interpretována získaná data, která poukazují na spolupráci mezi ŠPZ a odborníky. Dále na zkušenosti ŠPZ v problematice PAS a zařazení dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání.

Bakalářská práce ozřejmuje fungování ŠPZ v Jihočeském kraji v případě problematiky PAS, což může napomoci k pochopení systému práce ŠPZ pro studenty, rodiče, ale i nové pracovníky ŠPZ.

Informace, které bakalářská práce poskytuje ve své praktické části se týkají pouze SPC v Jihočeském kraji. Bylo by tedy možné toto téma dále zpracovat. Následující výzkum by se mohl rozšířit na všechna ŠPZ v České republice, která se specializují na jedince s PAS. Mohl by porovnávat jejich přístupy, postupy a zkušenosti s problematikou nebo spolupráci s dalšími odborníky.

Seznam použité literatury

1. ADAMUS, P., VANČOVÁ, A., LÖFFLEROVÁ, M., 2017. *Poruchy autistického spektra v kontextu aktuálních interdisciplinárních poznatků*. 2. vydání Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. 168 s. ISBN 978-80-7464-957-8.
2. Applied Behavior Analysis Edu, ©2020. *What is ADI-R and How Does it Work?* [online]. [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://www.appliedbehavioranalysisedu.org/what-is-adi-r-and-how-does-it-work/>
3. ATTWOOD, T., SMITH, T.C., 2005. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Praha: Portál. 204 s. ISBN 80-717-8979-8.
4. Autism Speaks, © 2020. *About the ADOS* [online]. [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://research.agre.org/program/aboutados.cfm>
5. Autismus a Aspergerův syndrom, © 2020. *CARS Test* [online]. [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://mujautismus.cz/autismus-aspergeruv-syndrom-encyklopedie/c/cars-test/>
6. Autismus bez cenzury, nedatováno. *Dětský neurolog* [online]. [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <http://www.autistickedite.cz/lekar-neurolog>
7. Autisté jihu, 2014. *Alternativní a augmentativní komunikace (AAK)* [online]. 21.1. [cit. 2020-03-27]. Dostupné z: <http://www.autiste-jihu.cz/content/alternativn%C3%AD-augmentativn%C3%AD-komunikace-aak>
8. BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M., 2010. *Inkluzivní vzdělávání v podmínkách současné české školy: Inclusive education in current Czech school*. Brno: Masarykova universita. 409 s. ISBN 978-80-210-5383-0.
9. BAZALOVÁ, B., 2011. *Poruchy autistického spektra: teorie, výzkum, zahraniční zkušenosti*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5781-4.
10. BAZALOVÁ, B., 2017. *Autismus v edukační praxi*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 978-80-262-1195-2.
11. BEYER, J., GAMMELTOFT, L., 2006. *Autismus a hra: Příprava herních aktivit pro děti s autismem*. Praha: Portál. 98 s. ISBN 80-7367-157-3.
12. BĚLOHLÁVKOVÁ, L., VOSMIK, M., 2010. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole: Možnosti integrace na ZŠ a SŠ*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-7367-687-2.
13. BONDY, A., FROST, L., 2007. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Praha: Grada. 129 s. ISBN 978-80-247-2053-1.

14. Center for Disease Control and Prevention, 2019. *Diagnostic Criteria* [online]. 27.8. [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/hcp-dsm.html>
15. ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z., 2008. *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-7367-475-5.
16. ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z., a kol., 2012. *Metodika práce se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého. 140 s. ISBN 978-80-244-3309-.
17. ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z., 2013. *Rozvoj sociálních dovedností u dětí s autismem: (pro děti předškolního věku a pro děti se sníženými rozumovými schopnostmi)*. Praha: Pasparta. 105 s. ISBN 978-80-905576-2-8.
18. DOUDOVÁ, I., BERANOVÁ, Š., HRDLIČKA, M., 2013. [online]. *Screening a diagnostika dětského autismu v raném dětství*. Praha: Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol. [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/02.pdf>
19. GILLBERG, C., PEETERS, T., 2008. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. 3. vydání. Praha: Portál. 122 s. ISBN 978-80-7367-498-4.
20. GRANDINOVÁ, T., 2014. *Mozek autisty: Myšlení napříč spektrem*. Praha: Mladá fronta. 272 s. ISBN 978-80-204-3115-8.
21. HEND, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
22. HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V., 2014. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2. vydání. Praha: Portál. 211 s. ISBN 978-80-262-0686-6.
23. *Individuální vzdělávací plán*, 2017 [online]. MŠMT. [cit. 2019-12-03]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/file/44239_1_1
24. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2016. *Vady řeči u dětí: návod pro praxi*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3941-0.
25. KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-1110-2.
26. KUBOVÁ, L., ŠKALOUDOVÁ, R., 2011. *Řeč rukou: komunikační systém tvořený znaky – Znak do řeči*. Praha: Parta. 64 s. ISBN 978-80-7320-178-4.

27. LECHTA, V., ed., 2016. *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál. 464 s. ISBN 978-80-262-1123-5.
28. MAZÁNKOVÁ, M., 2018. *Inkluze v mateřské škole: děti s PAS, ADHD a handicapem*. Praha: Portál. 120 s. ISBN 978-802-6213-659.
29. MESIBOV, G., SCHOPLER, E., SCHAFFER B., LANDRUS, R., 2006. *Individualizované hodnocení a terapie dětí s autismem a dětí vývojově postižených: Svazek IV. Psychoedukační profil pro adolescenty a dospělé (AAPEP)*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 107 s. ISBN 80-86878-35-X.
30. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, ©2019 [online]. WHO/ÚZIS [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
31. MILLER, A., SMITH, T.C., 2016. *101 tipů pro rodiče dětí s autismem: účinná řešení každodenních problémů*. Praha: Portál. 164 s. ISBN 978-80-262-1106-8.
32. NAUTIS, ©2020. *Diagnostické vyšetření* [online]. [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://nautis.cz/portfolio/cz/diagnosticke-vysetreni>
33. PATRICK, N.J., 2011. *Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra: tipy a strategie pro každodenní život*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-867-8.
34. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, 2018*. [online]. MŠMT. [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/45304/>
35. RICHMAN, S., 2006. *Výchova dětí s autismem: Aplikovaná behaviorální analýza*. Praha: Portál. 127 s. ISBN 80-7367-102-6.
36. ROBINS, L. D., FEIN, D., BARTON, M., ©2009. [online]. *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-up*. [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://mchatscreen.com/mchat-rf/>
37. SLAVÍKOVÁ, I., ZAPLETALOVÁ, J., 2019. [online]. *Jednotná pravidla pro poskytování poradenských služeb ve školských poradenských zařízeních – procedurální část*. Praha: Národní ústav pro vzdělání a KIPR. [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/file/4310_1_1/
38. SLÁDEČKOVÁ, S., SOBOTKOVÁ, I., 2014. *Dětský autismus v kontextu rodinné resilience: aplikovaná behaviorální analýza*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc. 226 s. ISBN 978-80-244-4219-8.

39. SPC pro děti s vadami řeči, © 2009–2020. *Metody a postupy AAK* [online]. [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: <https://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-metody-a-postupy-aak-7>
40. SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M., 2015. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 3. vydání. Praha: Portál. 791 s. ISBN 978-80-262-0899-0.
41. ŠAROUNOVÁ, J., 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál. 120 s. ISBN 978-80-262-0716-0.
42. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol., 2007. *Klinická logopedie*. 2. vydání. Praha: Portál. 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
43. ŠPORCLOVÁ, V., 2019. [online]. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Šance dětem. [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-mentalnim-postizenim/poruchy-autistickeho-spektra.shtml#diagnostika-pas>
44. ŠVARCOVÁ, I., 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4. vydání. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
45. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K., a kol., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál 386 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
46. The National Autistic Society, 2017. *TECCH* [online]. 9.1. [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://www.autism.org.uk/about/strategies/teacch.aspx>
47. THOROVÁ, K., 2006. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7091-7.
48. THOROVÁ, K., 2007. Pervazivní vývojové poruchy, mentální retardace a syndromy pojící se s mentální retardací. In: ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem: Zvládání problémového chování u lidí nejen v domovech sociálních služeb*. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
49. THOROVÁ, K., 2008. *Školní pas pro děti s PAS: [informační příručka]*. 2. vydání. Praha: APLA. 67 s. ISBN 978-80-87690-10-9.
50. THOROVÁ, K., 2012. *Poruchy autistického spektra*. 2. vydání. Praha: Portál. 465 s. ISBN 978-80-262-0215-8.
51. *Tisková zpráva*, 2019. [online]. MZČR. [cit. 2019-09-06]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/svetova-zdravotnicka-organizace-schvalila-jedenactou-revizi-mezinarodni-klasifik_17669_3970_1.html

52. Vyhláška č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, 2016. [online]. [cit. 2020-03-25] In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 74, s. 3074-3120. ISSN 1213-6018. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/GetAll.aspx>
53. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, 2016. [online]. [cit. 2020-04-01] In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 10, s. 234-312. ISSN 1213-6018. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/GetAll.aspx>
54. WILLIAMS, D., 2009. *Nikdo nikde: Nevšední životopis dívky s autismem*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-7367-600-1.
55. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, střední, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), 2004. [online]. [cit. 2019-10-2] In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 190, s. 10262-10324. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/GetAll.aspx>

Seznam tabulek a obrázků

Tabulka 1: Výhody a nevýhody integrace

Tabulka 2: Demografické údaje o předškolních dětech s PAS

Tabulka 3: Ukázka otevřeného kódování

Tabulka 4: Prvotní příznaky dle odborníku z oblasti zdravotnictví

Tabulka 5: Doba čekání na vyšetření u odborníků z oblasti zdravotnictví

Obrázek 1: Spolupráce SPC

Obrázek 2: Spolupráce rodičů

Přílohy

Příloha č. 1 - Seznam otázek pro rodiče předškolních dětí s PAS

Příloha č. 2 – Seznam otázek pro SPC

Příloha č. 3 – Seznam otázek pro odborníky z oblasti zdravotnictví

Příloha č. 4 – Informovaný souhlas s realizací rozhovoru

Příloha č. 1 – Seznam otázek pro rodiče předškolních dětí s PAS

Otázky pro rodiče předškolních dětí s PAS	
Souhlas s nahráváním rozhovoru	
Místo realizace rozhovoru	
Věk dítěte	
Diagnóza dítěte	
Otázky	
Kdy jste si poprvé všimli, že Vaše dítě se vyvíjí jinak než ostatní děti?	
Jakého odborníka jste kontaktovali jako prvního při podezření na odlišný vývoj Vašeho dítěte?	
Jak práce s odborníkem probíhala?	
Kam Vás odborník odkázal dále?	
Kdy jsme poprvé absolvovali vyšetření ve SPC?	
Jak dlouho jste čekali na první vyšetření ve SPC?	
Jak probíhalo vyšetření ve SPC?	
Kolikrát jste se setkali s pracovníky SPC?	
Jak probíhal výběr a začlenění Vašeho dítěte do mateřské školy?	
Spolupracujete ještě s dalšími odborníky (neurolog, dětský psychiatr)?	
Navazující otázky	
Poznámky	

Příloha č. 2 – Seznam otázek pro SPC

Otázky pro SPC	
Souhlas s nahráváním rozhovoru	
Místo realizace rozhovoru	
Otázky	
Jaká nejčastější věková skupina jedinců s PAS je u Vás vyšetřována?	
Jaká je Vaše čekací lhůta na první vyšetření dítěte s PAS?	
Jak často se s dítětem a jeho rodinou setkáváte, než je celkové vyšetření dokončeno?	
Mohl/a byste mi představit, jak probíhá vyšetření na Vašem pracovišti?	
Jak vypadá následná intervence po diagnostice?	
Je napomáháno rodině s výběrem vhodné mateřské školy?	
Jak vypadá spolupráce mezi Vámi a rodiči při vhodném výběru mateřské školy?	
Probíhá nějaká konkrétní spolupráce mezi Vaší institucí a mateřskou školou (ať už v integraci nebo v paragrafové škole), která vzdělává dítě s PAS? Můžete mi o této spolupráci povědět víc?	
Jak by podle Vás měla vypadat spolupráce mezi ŠPZ/SPC a mateřskou školou v případech zařazování dětí s PAS?	
Navazující otázky	
Poznámky	

Příloha č. 2 – Seznam otázek pro odborníky z oblasti zdravotnictví

Otázky pro odborníky z oblasti zdravotnictví	
Souhlas s nahráváním rozhovoru	
Místo realizace rozhovoru	
Odborníkovo zaměření	
Otázky	
Jaké prvotní symptomy, které poukazovaly na odlišný vývoj pozorovali rodiče u svého dítěte a vedlo je k vyhledání Vaší pomoci? Jaké problémy nejčastěji popisují u svého dítěte?	
Dostávají se do Vaší ordinace s doporučením od jiných odborníků?	
Jaká je čekací lhůta na první vyšetření ve Vaší ordinaci?	
K jakým dalším odborníkům a k dalším vyšetřením dále dáváte rodičům doporučení?	
U kolika dětí v % se potvrdí prvotní podezření na PAS? (odhadem)	
Máte pocit, že se počet dětí s PAS v dnešní době zvyšuje?	
Myslíte si, že diagnostické nástroje a následná péče o děti s PAS je v dnešní době dostačující nebo by se mohlo něco změnit?	
Navazující otázky	
Poznámky	

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám bakalářskou práci s názvem „Raná diagnostika PAS a zařazení dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání“ v rámci, které provádím kvalitativní výzkum, jehož cílem je zjistit, jaké zkušenosti mají ŠPZ s problematikou PAS a jak probíhá začlenění dětí s PAS do systému předškolního vzdělávání v Jihočeském kraji. V případě Vašeho zájmu Vám ráda poskytnu získané výsledky.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mě informovala o podstatě výzkumu a seznámila mě s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mě u účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování bakalářské práce studentky.

Měla jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měla jsem možnost se studentky na vše pro mě podstatné a potřebné zeptat. Na tyto dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, u nichž jeden obdrží účastník výzkumu a druhý studentka.

Jméno, příjmení účastníka výzkumu:

Podpis účastníka výzkumu:

V dne:

Podpis studentky:

Seznam zkratek

PAS – Poruchy autistického spektra

PVP – Pervazivní vývojové poruchy

MKN – 10 - Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

MKN – 11 - Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize

DSM – 5 - Diagnostický statický manuál 5. revize

DSM – I – Diagnostický statický manuál 1. revize

DSM – II – Diagnostický statický manuál 2. revize

DSM – III – Diagnostický statický manuál 3. revize

NAUTIS – Národní ústav pro autismus

AAK – Alternativní a augmentativní komunikace

ŠPZ – Školské poradenské zařízení

SPC – Speciálně pedagogické centrum

PPP – Pedagogicko-psychologická poradna

RVP – Rámcový vzdělávací program

RVP PV – Rámcový vzdělávací program předškolního vzdělávání

Tzn. – To znamená

Tzv. – Takzvaně