

Bakalářská práce

Specifika komunikace s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou v přednemocniční neodkladné péči

Studijní program:

B0913P360016 Zdravotnické záchranářství

Autor práce:

Mariana Černá

Vedoucí práce:

Mgr. Veronika Chalupová

Fakulta zdravotnických studií

Liberec 2023



Zadání bakalářské práce

Specifika komunikace s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou v přednemocniční neodkladné péči

<i>Jméno a příjmení:</i>	Mariana Černá
<i>Osobní číslo:</i>	D20000047
<i>Studijní program:</i>	B0913P360016 Zdravotnické záchranářství
<i>Zadávající katedra:</i>	Fakulta zdravotnických studií
<i>Akademický rok:</i>	2021/2022

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

Hlavním cílem práce je zmapovat informovanost záchranářů Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje o specifických komunikace s dětskými pacienty s pervazivní vývojovou poruchou dle soudobých metodických doporučení Ministerstva zdravotnictví. Dílčími cíli je zjištění, zda tuto metodu cílová skupina používá ke komunikaci s pacienty a také, jak tuto metodu záchranáři hodnotí.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Interpretace specifík komunikace záchranáře s dítětem při poskytování přednemocniční neodkladné péče tomuto pacientovi s jakýmkoliv druhem deficitu ze škály pervazivních vývojových poruch, včetně přihlednutí k míře empatie, zjistit možnosti korekce případných nedostatků. Výstupem práce je edukační poster pro záchranáře s návodem, jak doporučenou metodiku Ministerstva zdravotnictví používat.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

- 1) Do jaké míry jsou záchranáři informováni o možnosti využívat ke komunikaci doporučenou metodu?
- 2) Využívají v praxi záchranáři doporučenou metodu?
- 3) Je podle názoru a zkušeností záchranářů tato metoda přínosná?

Metoda:

Kvalitativní a kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Kvantitativní – dotazování všech záchranářů k cíli č.1 a 2

Kvalitativní – polostrukturované rozhovory s těmi, kteří již metodu použili.

Místo a čas realizace výzkumu:

Dotazníky budou distribuovány na všech základnách ZZS Libereckého kraje. Rozhovory budou realizovány s těmi, kteří metodu použili, délku rozhovoru odhaduji na 15 minut.

Vzorek:

Záchranáři ZZS LK, rozhovory pouze s těmi, kteří metodu použili.

Rozsah práce:

Rozsah bakalářské práce činí 50–70 stran (tzn. 1/3 teoretická část, 2/3 výzkumná část).

Forma zpracování kvalifikační práce:

Tištěná a elektronická.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce:

Jazyk práce:

tištěná/elektronická

Čeština

Seznam odborné literatury:

- COTTINI, Lucio et al. 2017. *Autismus: jak pracovat s dětmi a dospívajícími s poruchami autistického spektra: komplexní manuál a rádce při realizaci inkluzivního vzdělávání pro pedagogy, terapeuty a rodiče*. Praha: Logos. ISBN 978-80-906707-1-6.
- MIXA, Vladimír et al. 2021. *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3088-7.
- SCARPA, Angela, Anthony WELLS a Tony ATTWOOD. 2019. *Dítě s autismem a emoce: program pro práci s dětmi*. Překlad Petra Diestlerová. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1435-9.
- ŠARKÖZYOVÁ, Lucie. 2020. *Jak pracovat s dítětem s poruchou autistického spektra (PAS)*. Praha: Powerprint. ISBN 978-80-7568-241-3.
- CAMPBELL, Jonathan M., et al. 2019. *Educating Students About Autism Spectrum Disorder Using the Kit for Kids Curriculum: Effects on Knowledge and Attitudes*. *School Psychology Review*, Bethesda. vol. 48, no. 2, pp. 145-156. DOI:10.17105/SPR-2017-0091.V48-2
- CLENDON, Sally., et al. 2021. *Emergent Literacy Assessment in Children With Autism Spectrum Disorder Who Have Limited Verbal Communication Skills: A Tutorial*. *Language, Speech & Hearing Services in Schools*. Washington. vol. 52, no. 1, pp. 165-180. DOI:10.1044/2020_LSHSS-20-00030
- GROWING MINDS AUTISM PROGRAMS. *Individuals with High Functioning Autism, Asperger Syndrome and Nonverbal Learning Disorder*. GROWING MINDS. Aspergers | High Functioning Autism | ASPI Kids | NLD | Mild Autism.[online]. [cit. 2021-12-07]. Dostupné na: <http://www.autism-programs.com/>
- Rzucidlo, S.F. *Emergency Medical Services (EMS)*. Autism speaks Inc. [online] [cit 2021-12-07] Dostupné na: <https://www.autismspeaks.org/emergency-medical-services-ems>
- J Clin Sleep Med. 2019. Melatonin jako účinný lék pro děti postižené autismem. PRO LÉKAŘE. *Melatonin jako účinný lék pro děti postižené autismem*. [online] [cit 2021-12-07].
- CHALUPOVA, Veronika. 2019. Komunikační karty v přednemocniční neodkladné péči. PRO LÉKAŘE. [online] [cit 2021-12-07] Dostupné na: <https://www.prolekare.cz/novinky/komunikacni-karty-v-prednemocnicni-neodkladne-peci-113026>
- LÁFOVÁ, Kateřina. 2019. Podpora komunikační interakce dětí do tří let řízenou hrou v praxi. využití pro podpůrnou diferenciatní diagnostiku vývojové dyslázie a poruch autistického spektra. LISTY KLINICKÉ LOGOPEDIE *Listy klinické logopedie* 2019; 3(1): 25-28 a PRO LÉKAŘE [online] [cit 2021-12-07]
- POSPÍŠILOVÁ, Lenka. 2018. Vývojové poruchy řeči/ jazyka/ komunikace v současném konceptu neurovývojových poruch aneb jak na hádátka v mozku. LISTY KLINICKÉ LOGOPEDIE 2018; 2(1): 39-44 nebo PRO LÉKAŘE [online].
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2017. Komunikační soubor pro osoby s poruchou autistického spektra. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Ministerstvo zdravotnictví [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2017-03-23, aktualiz. 2020-08-10 [cit. 2021-12-09]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/komunikacni-soubor-pro-osoby-s-poruchou-autistickeho-spektra-ČESKÁ-REPUBLIKA>.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2016. Metodický pokyn: Doporučené postupy v přístupu pracovníků ve zdravotnictví k osobám s poruchami autistického spektra. In: *Věstník MZČR*. Částka 8, s. 9-12. ISSN: 1211-0868. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/12874/36109/Vestn%C3%ADk%20MZ%20ČR%208-2016.pdf>
- SON RISE PROGRAM. 2021. *Autismus jako dar*. BARBORA a ERNESTO CHUECOS. *Autismus jako dar* [online]. Praha: Son Rise Program. [cit. 2021-12-09]

Vedoucí práce:

Mgr. Veronika Chalupová

Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

14. června 2022

Předpokládaný termín odevzdání: 5. května 2023

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc.,

MBA

děkan

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

Poděkování

Ráda bych poděkovala mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Veronice Chalupové, za ochotu, trpělivost a spoustu užitečných rad i potřebných konzultací. Velice si vážím času, který mně a této práci věnovala. Velké poděkování také náleží mému příteli, který pro mě byl největší oporou a dobrým rádcem. Dále poděkování náleží rodině a respondentům, kteří se zúčastnili výzkumné části práce. Taktéž bych ráda poděkovala pracovnícím z Centrum LIRA, z.ú., se kterými jsem mohla problematiku tématu konzultovat.

ANOTACE

Specifika komunikace s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou v přednemocniční neodkladné péči

Tato bakalářská práce je zaměřena na vysvětlení pojmu pervazivní vývojová porucha, její kategorizace, projevy, diagnostiku a terapii. V práci je definováno fungování zdravotnické záchranné služby včetně priorit výjezdů. Závěrem teoretické části jsou popsána specifika komunikace s dětským pacientem s pervazivní vývojovou poruchou. Cílem práce je zmapovat informovanost záchranářů Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje o specifikách komunikace s dětskými pacienty s pervazivní vývojovou poruchou dle soudobých metodických doporučení Ministerstva zdravotnictví. Dílčími cíli jsou zjištění, zda tuto metodu cílová skupina používá ke komunikaci s pacienty a také, jak tuto metodu záchranáři hodnotí.

Klíčová slova

autismus, pervazivní vývojová porucha, komunikace, komunikační karty, specifikace, zdravotnická záchranná služba, augmentativní alternativní komunikace, metodické doporučení

ANNOTATION

Specifics of communication with a child with pervasive developmental disorder in prehospital emergency care

This bachelor's thesis is focused on explaining the concept of pervasive developmental disorder, its categorization, manifestations, diagnosis and therapy. The work defines the functioning of the medical emergency service, including the priorities of trips. At the end of the theoretical part, the specifics of communication with a child patient with a pervasive developmental disorder are described. The aim of the work is to map the awareness of the rescuers of the Liberec Region Medical Rescue Service about the specifics of communication with child patients with pervasive developmental disorder according to the current methodological recommendations of the Ministry of Health. The sub-goals are to find out whether this method is used by the target group to communicate with patients and also how the paramedics evaluate this method.

Keywords: Autism, Pervasive Developmental Disorder, Communication, Communication Cards, Specifications, Emergency Medical Service, Augmentative Alternative Communication, Methodological recommendations

Obsah

Seznam symbolů a zkratek	10
1 Úvod	11
2 Teoretická část	12
2.1 Pervazivní vývojová porucha	12
2.2 Historie	12
2.3 Příčiny	14
2.4 Projevy	15
2.4.1 Komunikace	15
2.4.2 Sociální interakce	16
2.4.3 Představivost a vnímání	16
2.5 Funkčnost autismu	17
2.5.1 Nízkofunkční autismus	18
2.5.2 Středněfunkční autismus	18
2.5.3 Vysokofunkční autismus	18
2.6 Klasifikace	18
2.6.1 Dětský autismus	18
2.6.2 Atypický autismus	19
2.6.3 Rettův syndrom	19
2.6.4 Dětská dezintegrační porucha	20
2.6.5 Aspergerův syndrom	20
2.6.6 Jiné pervazivní vývojové poruchy	21
2.7 Diagnostika	21
2.8 Terapie	22
2.9 Komunikace	23
2.9.1 Verbální komunikace	23
2.9.2 Neverbální komunikace	23

2.9.3	Augmentativní a alternativní komunikace	24
2.9.4	Výměnný obrázkový komunikační systém	24
2.10	Specifika komunikace s dítětem s PVP v přednemocniční péči	24
2.11	Indikace výjezdů	27
2.11.1	Priorita naléhavosti	27
2.11.2	NACA	28
3	Praktická část	29
3.1	Cíle a výzkumné předpoklady/otázky	29
3.2	Metody	29
3.3	Analýza výzkumných dat	29
3.4	Vyhodnocení cílů a výzkumných předpokladů	50
3.4.1	Analýza výzkumného cíle a předpokladu č.1	50
3.4.2	Analýza výzkumného cíle a předpokladu č.2	51
3.4.3	Analýza výzkumného cíle a předpokladu č. 3	51
3.4.4	Analýza výzkumného cíle a předpokladu č. 4	53
3.4.5	Analýza výzkumného cíle a předpokladu č. 5	54
4	Diskuze	56
5	Návrh doporučení pro praxi	60
6	Závěr	61
	Seznam použité literatury	63
	Seznam tabulek	68
	Seznam grafů	69
	Seznam příloh	70
	Příloha A: Protokol k realizaci výzkumu	71
	Příloha B: Dotazník	72
	Příloha C: Otázky rozhovoru	74
	Příloha D: Informační poster	75

Seznam symbolů a zkratk

AAK	Augmentativní alternativní komunikace
ABA	Aplikovaná behaviorální analýza
ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder
ADI-R	Autism Diagnostic Interview
ASD	Autism Spectrum Disorder
CARS	Childhood Autism Rating Scale
CNS	Centrální nervová soustava
DSM	Diagnostický statistický manuál duševních poruch
ESDM	Early Start Denver Model
CHAT	Check List for Autism in Toddlers
IQ	Intelligenční kvocient
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NACA	National Advisory Committee for Aeronautics
PAS	Poruchy autistického spektra
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
PVP	Pervazivní vývojová porucha
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children
VOKS	Výměnný obrázkový komunikační systém
WHO	World Health Organisation
ZOS	Zdravotnické operační středisko

1 Úvod

Téma mé bakalářské práce je zaměřeno na specifika komunikace s dětmi s pervazivními vývojovými poruchami. Diagnostika poruch je stále častější, a to díky lepšímu porozumění těmto neurovývojovým vadám a lepším diagnostickým nástrojům.

Autismus a porucha autistického spektra se dnes řadí mezi pervazivní vývojové poruchy. Jedná se o neurovývojovou poruchu, která ovlivňuje komunikaci, sociální interakci a chování. Děti s poruchou autistického spektra mají vždy potíže s verbální a neverbální komunikací, tato je pro ně obtížná. PVP jsou spektrální a všepřonikající, což znamená, že symptomy a jejich závažnost se mohou velmi lišit a jsou individuální.

Tato problematika mě velmi zajímá z pohledu budoucího zdravotnického záchranáře, protože mnohdy zdravotnický personál neví, jak s dítětem s touto poruchou komunikovat a jak k němu přistupovat. Výjezdy zdravotnické záchranné služby jsou k těmto dětem častější než v minulosti, rozhodla jsem se proto v rámci výzkumu za použití dotazníků a následných rozhovorů zjistit, zda zdravotničtí záchranáři v Libereckém kraji znají klinický obraz dětí s pervazivními vývojovými poruchami a zda s nimi umí komunikovat a jednat. Dále pak dílčími cíli práce bylo zjistit, zda techniky, se kterými zdravotničtí záchranáři pracovali u zásahu jsou dobrým způsobem dorozumění se s pacientem s touto poruchou.

V teoretické části bakalářské práce je popsána historie, projevy, etiopatogeneze, diagnostika a terapie pervazivních vývojových poruch. Také jsou zde vypsány podkategorie těchto poruch podle MKN. Nedílnou součástí této bakalářské práce je zmínka o zdravotnické záchranné službě, prioritách výjezdů a skórovacím systému, který úzce souvisí s touto problematikou, zejména s možnostmi použité AAK. Další kapitoly jsou věnovány problematice komunikace s dětským pacientem s tímto postižením a jejich specifikům.

V praktické části jsem zvolila kvantitativní i kvalitativní formu výzkumu, a to v podobě anonymních dotazníků a polostrukturovaných rozhovorů. Cílem dotazníků byl průzkum znalosti zdravotnických záchranářů v Libereckém kraji o PVP a používání metod či komunikačních karet. Rozhovory byly určeny pro záchranáře, kteří s komunikačními kartami či metodikou vydanou ministerstvem zdravotnictví již pracovali a byli ochotni rozhovor uskutečnit.

2 Teoretická část

2.1 Pervazivní vývojová porucha

Pervazivní vývojové poruchy, a nebo také jinak řečeno poruchy autistického spektra (PAS), řadíme mezi neurovývojové poruchy. Patří mezi celoživotní vrozené psychické poruchy, které se tvoří během vývoje dítěte a narušují jeho psychický vývoj. Termín pervazivní označuje „pronikavost“ do hloubky celé osobnosti člověka. Z pohledu neuropsychologie se jedná o špatné přijímání a tím pádem i zpracování informací. Člověk s autismem nechápe přijímané vjemy z prostředí jako celek, nýbrž pouze jako samostatné vjemy, které si jeho mozek nezpracuje do celistvého obrazu. Existují různé formy těchto pervazivních vývojových poruch. Každá z nich má svůj typický obraz, kterým se odlišuje od jiných vývojových poruch. Poruchy mají zejména vliv na psychické funkce, a to nejvíce v oblasti verbální a neverbální komunikace a sociální interakce. Lidé mají sklony k repetitivnímu chování a často trpí obsedantně kompulzivní poruchou. Zpravidla se u těchto jedinců objevuje afektivní reakce a také emoční labilita. Na druhou stranu se u nich často objevují známky výjimečných dovedností a schopností - například absolutní sluch nebo fotografická paměť. První náznaky těchto pervazivních vývojových poruch se projevují okolo 1. až 2. roku dítěte, a přesto konečná diagnóza je nejčastěji určena okolo předškolního věku dítěte. Pervazivní vývojové poruchy často doprovázejí i další neurovývojové psychiatrické deficity s poruchami intelektu, s poruchami řeči či s ADHD. Mohou je také běžně doprovázet i neurologické komorbidity jako jsou poruchy spánku nebo epileptické stavy (Thorová, 2012).

2.2 Historie

Název autismus je již zastaralý, a především vžitý pojem, který se pro diagnostiku pervazivní vývojové poruchy již nepoužívá. Často se také setkáme s pojmem poruchy autistického spektra (PAS), který vymezuje čtyři pervazivní vývojové poruchy - Aspergerův syndrom, dětský autismus, atypický autismus a jinou desintegrační poruchu (Ošlejšková, 2008) (Zvěřová, 2020).

Až začátkem 20. století je poprvé použito označení „dementia infantilis“ panem doktorem Hellerem, čímž je popsáno nezvyklé dětské chování, které nakonec vede

ke zhoršení řeči a komunikace celkově. První použití slova autismus, se objevilo v roce 1911 psychiatrem E. Bleulerem, který se zaměřoval na schizofrenii a jako jeden ze symptomů označil právě autismus. Na studie pana Hellera nevědomě navázal Leo Kenner, který neobvyklé chování dětí s poruchami komunikace označil jako „Early Infantile Autism” a tím definoval autismus mezi specifické poruchy. V roce 1943 byl zveřejněn první článek Leo Kennera s názvem „Autistic Disturbances of Affective Contact”. Od této doby vznikaly výzkumy, ve kterých se na autismus začalo nahlížet z různých perspektiv. O rok později zveřejnil rakouský pediatr Hans Asperger článek, ve kterém popsal syndrom, kdy zkoumané subjekty vykazovaly psychopatologii v sociální interakci, myšlení i řeči. Tento syndrom zařadil jako formu poruchy osobnosti a nazval ho autistickou psychopatií, dnes známý jako Aspergerův syndrom (Hrdlička, Komárek, 2014) (Thorová, 2012).

Okolo 60. - 70. let vznikla nová teorie o poruchách autistického spektra, na podkladě pana dr. Rimlanda a Delacata - teorie smyslové dysfunkce. V jednodušším podání se dá říci, že každý smysl u lidí s PAS pracuje a vnímá podněty odděleně a nezávisle na sobě a mozek není schopen sladit vjemy dohromady. Tím vznikne nesmyslný celkový vjem. V roce 1979 doktorka Ayresová vznesla názor, že autismus je poruchou integrace smyslů (Bogdashina, 2017).

Autismus byl poprvé oficiálně zařazen do diagnostického manuálu DSM-III v roce 1980. DSM-III definoval autismus jako samostatnou poruchu s názvem "infantilní autismus". Od té doby byla DSM aktualizována a rozšířena, a v současné době se nejnovější verze, DSM-VI, používá k diagnostice poruch ze spektra autismu (ASD). V roce 1981 se britská doktorka Wingová poprvé zmínila o tzv. triádě symptomů, díky nimž je možné diagnostikovat PVP. O několik let poté vznikl názor, že autismus není vada vrozená, ale získaná. V dnešní době jsou si odborníci jistí, že se jedná o vadu vrozenou, se kterou se dá pracovat, avšak ne ji vyléčit. V roce 1992 byl autismus zařazen do Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN-10). Konkrétně byl zařazen do oddílu F.84 "Poruchy pervazivního vývoje". V aktualizovaném MKN-11 byly zavedeny nové kategorie pro poruchy spektra autismu. Názory a teorie o autismu se rok co rok měnily a stále se mění. Každá nová studie přinese příliv nových doposud neobjevených informací, ze kterých se nynější odborníci mohou inspirovat, anebo je vyvracet (Thorová, 2012).

2.3 Příčiny

Vývoj mozku člověka je velmi složitý proces, který trvá od vývoje plodu v děloze a dosahuje maxima ve dvou letech věku dítěte. Hlavní součástí vývoje je tzv. synaptické prořezávání (synaptic pruning). V této vývojové fázi dochází k tvorbě obrovského množství neuronů a synapsí v mozku. Jak dítě poznává svět, jeho mozek se soustředí na spoje často využívané, a tak dochází k prořezávání přebytečných spojů. S následným zánikem nepotřebných/nepoužívaných spojů se snižuje schopnost učit se, tím se formuje osobnost a názory člověka. Tento jev je pokládán za velmi podstatný i v souvislosti právě s vývojovými poruchami. Poruchy autistického spektra jsou spojovány s abnormálním prořezáváním a velmi nízkou nebo naopak velmi vysokou hustotou propojení v určitých oblastech mozku (Askham, 2021).

Etiologie pervazivních vývojových poruch není zcela jednoznačná, ale nyní se odborníci shodují, že porucha je založena na neurobiologickém podkladu. Přesněji řečeno jedná se o dysfunkce a strukturální změny v oblasti kůry mozkové, cerebellu, hippocampu a amygdaly. V jaké oblasti přesně nelze říci, ale předpokládá se, že se jedná o dysfunkce více oblastí mozku najednou, tj. jedná se o porušenou regulaci neuromodulátorů, a to konkrétně serotoninu (Ošlejšková, 2008) (Zvěřová, 2020).

Příčiny pervazivních vývojových poruch nejsou stále zcela známy a teorií je mnoho, ale nejvíce se vychází z příčin vzniku multifaktoriálním způsobem, tj. podílí se více faktorů. Největší podíl těchto faktorů je genetická predispozice a působení vnějšího prostředí. Také se tyto poruchy často vyskytují u plodů z umělého oplodnění, u zachráněných nedonošenců nebo u dětí, jejichž matka trpí onemocněním diabetes mellitus I. typu, rizikové či mnohočetné těhotenství. Velmi často spekulovanou příčinou této poruchy bývá očkování, konkrétně hexavakcína. Protože se čas vakcinace dítěte a čas objevování prvních autistických rysů téměř shodují, mluví se o vlivu vakcín na vzniku pervazivních poruch. Toto téma bylo a stále je velmi diskutabilní jak mezi odborníky, tak matkami dětí. Žádný z odborníků dosud nemůže vyvrátit či potvrdit teorii, že tyto vývojové poruchy vznikaly na podkladě očkování (Hrdlička 2020) (Šporclová, 2018).

2.4 Projevy

Pacienti s pervazivní vývojovou poruchou nemusí být na první pohled ihned rozeznatelní. Pervazivních poruch je mnoho a pro každou jsou dané typické rysy. Toto tvrzení platí i pro danou poruchu - tzn. dítě s autismem nebude mít stejné rysy, deficity a chování jako jiné dítě s autismem. Každé autistické dítě je jiné a má také svá specifika, tím pádem se na tento druh vývojové poruchy špatně uplatňují jakákoli pravidla. Co ale tyto pervazivní poruchy spojuje je tzv. triáda. Tato triáda je nápomocná k první základní diagnostice pervazivních vývojových poruch a je důležitým základním kamenem k pochopení pacienta s touto poruchou. Triáda je soubor tří oblastí deficitů, které se u těchto poruch vyskytují. Jedná se o sociální interakci, komunikaci a představitost. Dalšími příznaky, které se u pacientů s PAS zpravidla vyskytují je sklon k obsedantní kompulzivní poruše (perfekcionalismu), repetitivní chování nebo rituály (Thorová, 2012).

2.4.1 Komunikace

Tento deficit je zpravidla nejčastěji zachycen rodiči již velmi brzy. Dítě může mít problém s verbální i s neverbální komunikací. Děti o spojení pomocí komunikace mají zájem, ale je pro ně problém komunikaci navázat a začlenit se do ní, protože se obávají nepředvídatelného vývoje dané sociální interakce. Spousta dětí s pervazivní vývojovou poruchou si nikdy komunikaci neosvojí natolik, aby ji mohly používat k bezprostředním komunikačním účelům. U dětí, kterým komunikace slouží tak, jak by měla, lze pozorovat různé abnormality v projevu či řeči. Velmi častým fenoménem je tzv. vlastní žargon, který si dítě vymyslí a mluví si pomocí něj pro sebe nebo komunikuje s ostatními. Některé děti nekomunikují verbálně, ale jsou schopny si vytvořit neverbální gesta k daným slovům. Velmi často dítě s pervazivní vývojovou poruchou nepoužívá při mluvě žádné emoční projevy nebo intonaci hlasu. Při komunikaci s autistickým dítětem můžeme pozorovat, že se dítě vyvaruje očnímu kontaktu a pokud je naučeno oční kontakt používat, dívá se na osobu, se kterou komunikuje ulpívavě. Častým problémem pro dítě je také ukazování na předměty a taktéž není schopno sledovat směr, kterým mu člověk prstem ukáže. Chybějícím gestem je obvykle pohyb hlavy ve smyslu souhlasu či nesouhlasu. U dětí s touto poruchou je běžná hypomimie, tudíž pomocí mimiky nevyjadřují téměř žádné emoce. Zde se propojuje i deficit poznávání emocí na druhých osobách. Převážně dítě nejví ke komunikátorovi žádný aktivní postoj. Někdy je reakce na komunikaci

opačná, kdy se dítě staví velmi blízko komunikující osoby a přibližuje se blízko obličejem. Pro každé dítě je příjemná jeho naučená póza při komunikaci (Thorová, 2012).

V rámci tohoto deficitu se dítě může chovat agresivně nebo může jevit známky sebepoškozování, protože je pro něj komunikace nerozpoznatelná a neuchopitelná. Dítě se nejradši obslouží samo, než aby muselo s kýmkoli a jakkoli komunikovat. Pro neurotypické lidi je komunikace neodmyslitelnou součástí života. Lidé pomocí komunikace tvoří vztahy, žádají o pomoc, dokáží odhadnout pocity druhého člověka a vyjádřit ty své. Je důležité si uvědomit, že o tento komunikační proces je dítě s pervazivní vývojovou poruchou často ochuzeno (Šporclová, 2018).

2.4.2 Sociální interakce

Porucha v oblasti sociální interakce je zjiřitelná již v raném věku dítěte. U neurotypického dítěte už v prvních týdnech života můžeme pozorovat sociální úsměvy, uvědomělý oční kontakt, který se čím dál tím víc upevňuje. V kojeneckém věku je dítě fixováno na matku a vytváří si s ní vazbu. U dětí s pervazivní vývojovou poruchou jsou zpravidla tyto základní sociální interakce narušeny, a jsou tedy omezené nebo zcela chybí. Opět se v tomto odvětví nedá říct, že by každé dítě vykazovalo stejné známky deficitu v sociálním chování. Některé dítě s jednou z těchto vývojových poruch se zcela sociálního kontaktu straní a vyhýbá se situacím spojených se společenským chováním, některé dítě naopak vyžaduje nadměrnou pozornost. Také ve velké míře závisí na tom, jak hluboké postižení dítě má. Sociální intelekt je ale ovšem velmi nestabilní, protože se může během přibývajících věku dítěte měnit. Příčinou poruch sociální interakce s okolím je primárně deficit chápání, projevování a reagování na emoce, které v sociálním životě neurotypických lidí hrají podstatnou roli. Mnohdy se děti s touto poruchou naučí různé společenské situace a scénáře, které jsou schopné praktikovat, ovšem pro ně tyto naučené vzorce nemají žádný sociální význam. Netečné chování je důsledkem vnímání světa autistického dítěte. Dítě má svůj uzavřený svět a ve většině případech tento svět neurotypický člověk nechápe, a proto se dítě raději sociálním interakcím přímo vyhýbá, aby nenastala situace spojená s nepochopením (Thorová, 2012).

2.4.3 Představivost a vnímání

Imaginace je jednou základní a podstatnou součástí neurotypických lidí. Je to schopnost předvídat určité situace, schopnost plánovat a schopnost předpovídat myšlení druhých lidí. Deficit představivosti narušuje mentální vývoj dítěte v mnoha

ohledech. V raném věku je to neschopnost vytvářet vlastní hru, která bývá často spojována s učením. Aby se takové aktivity mohly rozvíjet, je důležitá fantazie, motorické schopnosti, úroveň intelektu i sociální interakce. Většinou dítě vyhledává již známé naučené hry a aktivity z dětství, tím se nevyvíjí směrem kupředu a často nezapadá se svými zájmy a hrami ke svým vrstevníkům. Na pestrosti, kvalitě a míře soustředěnosti u vykonávané aktivity vždy ve velké míře závisí na hloubce postižení osobnosti. U běžných volnočasových činností můžeme pozorovat příznačné odlišnosti jako je stereotypní chování, repetitivní chování nebo přílišné zaujetí k určitému tématu nebo věci. Pro děti s poruchou autistického spektra je těžké, někdy až nemožné, naučit se i nepatrným změnám v už znalé aktivitě či zcela novým aktivitám, protože postrádají schopnost předpovídat, jak by aktivita měla probíhat. Děti nenechají přijít do jejich hry někoho dalšího, z důvodu, že nedokáží odhadnout a předvídat, jak by se hra vyvíjela dál s osobou navíc. Přerušování hry a tím vedoucí nedokončení dané aktivity vede ke křiku, agresivnímu a sebedestrukčnímu chování. Zpravidla si děti s PAS vytvářejí různé rituály, které se nesmí měnit a rušit. Děti s pervazivní vývojovou poruchou si hrají tak, že pouze manipulují s hračkami. Často je jejich hrou pouze bezúčelné roztáčení nebo házení předmětů. Hrou starších dětí nebo dětí s jiným typem pervazivní poruchy je třídění nebo řazení věcí a hraček podle určitého parametru, např. podle výšky, velikosti nebo barvy. Pokud si děti vybírají hračky, vždy se jedná o jednoduché a technické předměty, nejčastěji dopravní prostředky, nikdy však nesáhnou po hračce, která představuje živé bytosti (Thorová, 2012) (Havlová, 2023).

2.5 Funkčnost autismu

Funkčnost označuje reálnou schopnost adaptability v běžném životě, zejména v sociálních interakcích, komunikaci a prostředí. Jinak řečeno diagnostikuje se dle míry neurotypického fungování. Funkčnost autismu se určuje velmi těžko a složitě, protože ve většině případů autistických dětí nelze zcela perfektně odhadnout do jaké míry dítě rozumí, chápe a jakým způsobem vnímají. Tato forma autismu se určuje dle míry inteligence jedince, což často bývá prostředkem sporů. Mnoho dětí je natolik uzavřených, že nemůže a někdy nechce vyjádřit porozumění či pochopení situace. Proto se mnohdy nesprávně funkčnost autismu diagnostikuje. Nízkofunkční a středněfunkční autisté mohou mít míru inteligence na velmi vysoké úrovni, ale protože to nedokáží sdílet, je to obtížně zaznamatelné (Thorová, 2012).

2.5.1 Nízkofunkční autismus

Nízkofunkční autisté se se svými kognitivními schopnostmi většinou řadí do skupiny těžké mentální retardace. Tyto děti jsou velmi uzavřené, nejsou schopné navázat verbální komunikaci, tudíž je pro ně navazování sociálních interakcí a vytváření vazeb mezi lidmi velmi obtížné až nemožné. Mimo zvukových projevů v podobě křiku a skřeků, je u těchto dětí velmi hojná echolálie, kterou používají místo verbální komunikace. Tyto děti se zajímají pouze o stereotypní a repetitivní aktivity, čímž rozumíme stále opakující se aktivity nebo vzorce chování či jednání (Hrdlička, Komárek, 2014).

2.5.2 Středněfunkční autismus

Tito autisté jsou řazeni do pásma intelektu lehké až středně těžké mentální retardace. Nejsou schopni v plné míře vytvářet sociální interakce a vztahy, ale většinou dobře komunikují prostřednictvím augmentativní alternativní komunikace jako jsou piktogramové kartičky, znaky a někdy jednotlivá slova. Někteří mohou používat i téměř funkční verbální komunikaci, u které jsou patrné chyby a neobvyklosti výslovnosti nebo nevhodné použití slov (Hrdlička, Komárek, 2014).

2.5.3 Vysokofunkční autismus

Děti s vysokofunkčním autismem se vyznačují průměrnou až nadprůměrnou inteligencí. Ve většině případů mají zachovalé základní prvky komunikace a další sociální interakce. Mohou se lišit od neurotypických lidí na první pohled jejich výstředním a zvláštním chováním a projevy, protože zcela nechápou sociální normy a takt. V oblasti komunikace obvykle nejeví větší potíže, většinou je z jejich verbálního projevu značný průměrný až nadprůměrný intelekt. Často se u osob s vysokofunkčním autismem vyskytuje pedantské chování a lpění na pravidlech. Nejsou schopny skupinové spolupráce, ale i přes tyto deficity jsou jako jedni z předchozích skupin autistů vést plnohodnotný život dospělého člověka (Hrdlička, Komárek, 2014) (Thorová, 2012).

2.6 Klasifikace

2.6.1 Dětský autismus

Dětský autismus, nebo také jinak nazývaný Kannerův syndrom. V Mezinárodní klasifikaci nemocí je tato diagnóza označena číselným kódem F84.0. Dětský autismus

představuje základní skupinu pervazivních vývojových poruch. Velmi častým fenoménem jsou přidružené další dysfunkce, které se mohou projevat abnormálním chováním a počínáním. Ve většině případech se jedná o mentální retardaci v rámci jakéhokoli stupně. Dítě může trpět různými genetickými vadami, epileptickými záchvaty, hypersenzitivním nebo hyposenzitivním smyslovým vnímáním. Z tohoto důvodu je každé dítě s touto diagnózou jiné a každé se jedná zcela jinak. Hloubka postižení bývá různá, od mírné až po těžké formy. Dětský autismus se rozlišuje na nízkofunkční, středněfunkční a vysokofunkční. Tyto skupiny se přímo váží na přidruženou mentální retardaci (viz. funkčnost autismu). Jedinci s dětským autismem jsou obvykle odkázáni na péči rodiny či opatrovníka nebo jsou umístěni do příslušných zařízení. Pouze malá část těchto jedinců je schopna žít samostatný dospělý život (Thorová, 2012) (Šporclová, 2018).

2.6.2 Atypický autismus

Atypický autismus (v MKN-10, označena číselným kódem F84.1) nebo také jinak nazýván pervazivní porucha nespecifikovaná (v DSM-IV) se liší od dětského autismu primárně dobou vzniku nebo nedokonalými všemi třemi diagnostickými kritérii. U těchto jedinců se mohou vyskytovat zcela stejné symptomy jako u jedinců s dětským autismem, ale některé důležité symptomy pro diagnostiku dětského autismu zcela chybí. Jedinec s atypickým autismem může mít problémy v komunikaci, v emocionální oblasti, v sociální interakci a chování stejně jako jedinec s dětským autismem. Diagnóza atypického autismu tedy zastřešuje ty jedince, kteří mají tzv. autistické rysy či sklony. Velmi často se děti s atypickým autismem vymaňují z diagnózy dětského autismu prostřednictvím lepší sociální komunikace nebo absencí stereotypního chování nebo zájmů (Thorová, 2012) (Šporclová, 2012).

2.6.3 Rettův syndrom

Syndrom byl popsán již v roce 1966 neurologem Andreasem Rettem. Do Mezinárodní klasifikace nemocí se označuje číselným kódem F84.2. Syndrom je doprovázen neurologickým postižením, které je podmíněno genetickou vadou na chromozomu X, tj. mohou být postižené pouze dívky. Plod či novorozenec mužského pohlaví je touto neurogenetickou vadou natolik poškozen, že umírá již v prenatálním období nebo do pár týdnů po narození (Thorová, 2012).

V prvních 6 měsících života se dítě jeví jako neurotypické. Do dvou let se objevují první příznaky tohoto syndromu. Jedná se o ztrátu již naučených úkonů a ztrátu

verbálních i neverbálních komunikačních projevů. Dále se prohlubuje ztráta všech naučených dovedností, kterou doprovází afunkční a stereotypní pohyby rukou, nadměrné slinění nebo skřípání zuby. V dalším období, přibližně v předškolním, dochází ke stabilizaci symptomů. Jedinec se naučí opět úchopové pohyby a je schopen lepšího soustředění a již se pomalu začleňuje do aktivit a sociálních interakcí. V období adolescence se zlepšuje sociální chování a postupné psychické dozrávání. Dívky s Rettovým syndromem trpí zpravidla skoliózou a hypotrofií svalů (Ošlejšková, 2008).

2.6.4 Dětská dezintegrační porucha

Porucha dříve nazývána jako „dementia infantilis“ a později nazývána jako „Hellerův syndrom“. Jedná se o poruchu s významnou regresí schopností a dovedností dítěte, které již získalo. Do dvou let se dítě jeví bez problémů, nemá problémy v oblasti komunikace ani sociálních interakcí. Okolo třetího roku věku dítěte se projevují ztráty nabytých sociálních a verbálních komunikačních dovedností, které doprovází symptomy autismu. Mnohdy se tyto jedinci projevují hyperaktivním chováním, neobratností nebo neobvyklou chůzí. Během pár let může dojít k stabilizaci regresí nebo i k navrácení dříve naučených dovedností, nikdy ale ne na míru normálu. Tato porucha může být spojována s encefalopatií, často s výskytem epileptických záchvatů a střední nebo těžkou mentální retardací. Prognóza tohoto syndromu proto bývá mnohdy špatná. V Mezinárodní klasifikaci nemocí je tato diagnóza označena číselným kódem F84.3 (Hrdlička, Komárek, 2014) (Thorová, 2012).

2.6.5 Aspergerův syndrom

Syndrom řadíme mezi poruchy autistického spektra. Ačkoli se jedná o samostatnou nozologickou jednotku, často se setkáváme s názorem, že vysokofunkční autismus a Aspergerův syndrom se od sebe neliší. V Mezinárodní klasifikaci nemocí je tento syndrom označen kódem F84.5. Od dětského autismu se zásadně liší tím, že jejich intelekt je průměrný či až dokonce nadprůměrný. Vynikají svojí mechanickou pamětí, logickým uvažováním a často značným matematickým nadáním. Jejich verbální komunikace je na vysoké úrovni a mnohdy jejich verbální projev obsahuje odborné termíny. Velmi často mají vyhraněné zájmy, na které se zaměřují a značně do hloubky. Neverbální komunikaci jedinci s Aspergerovým syndromem nemají dostatečně adaptovanou. Velmi často tyto jedinci nechápou sarkasmus, humor, ironii a metafory. Vše vnímají a chápou doslovně. Zpravidla nechápou a neumí projevovat emoce, což

je pro ostatní velmi důležitým faktorem pro navázání sociálních vztahů. U Aspergerova syndromu se objevuje deficit i v sociálním chování a často přidruženou obsedantně kompulzivní poruchou. Také tito jedinci mají problémy s jemnou i hrubou motorikou a obecnou nemotorností (dyspraxie) (Thorová, 2012) (Bogdashina, 2017).

Přes veškerou průměrnost či nadprůměrnost v oblasti intelektu či komunikace, je pouze menší část jedinců s Aspergerovým syndromem, kteří se začlení plnohodnotně do sociálních vztahů, zejména romantických vztahů, a jsou schopni vést rodinný život (Thorová, 2012) (Zvěřová, 2020).

2.6.6 Jiné pervazivní vývojové poruchy

Jiné pervazivní vývojové poruchy nemají přesně definovaná diagnostická kritéria. Tato kategorie je rozdělena na dvě hlavní skupiny, podle kterých se jedinci kategorizují. V MKN jsou tyto poruchy označeny číselným kódem F84.8. První kategorií je diagnostika celé triády, ale hloubka postižení bývá mírnější než u běžného autismu. Často děti s touto poruchou, mimo symptomy autismu, mají těžší formu poruchy pozornosti, různě hlubokou mentální retardaci nebo neadekvátně rozvinuté poznávací schopnosti. Do druhé kategorie se řadí děti, které mají deficit v oblasti představivosti a fantazie. U těchto jedinců můžeme primárně pozorovat špatné rozeznávání fantazie a reality. Problémy v oblasti sociální interakce a komunikace nejsou na takové úrovni, aby se tyto jedinci zařadili do specifitější skupiny poruch autistického spektra (Plocková, 2013) (Thorová, 2012).

2.7 Diagnostika

Zatím neexistuje žádná medicínská technika na určení přesné diagnózy pervazivních poruch. Přítomnost této poruchy se určuje pomocí vyskytujících se fenoménů behaviorálních vzorců/projevů v oblastech sociální interakce, komunikace a představivosti (triáda). Tyto projevy nelze definitivně označit za primární znaky k určení pervazivní poruchy, ačkoli jsou to klíčová kritéria pro přesnější určování diagnózy (Bogdashina, 2017).

Prvotní diagnostiku těchto poruch může provést pediatr, který nejčastěji k diagnostice používá škálu CHAT jež funguje na základě rozhovoru s rodiči a pozorováním dítěte u preventivní prohlídky. Není prostředkem k přiřazení přesné/specifické a definitivní diagnózy pervazivní poruchy, ale dokáže odhalit, zda dítě

trpí poruchou autistického spektra. Nejpoužívanější škálou pro určení diagnózy je CARS, která se využívá okolo dvou let dítěte. Další velmi používaný test je ADI-R, který je založen na rozhovorech s rodiči dítěte. Diagnostika těchto poruch je složitá a jedná se o dlouhý proces. I přesto, že se diagnostika a screeningové metody k odhalení vývojové pervazivní poruchy zlepšily, častou komplikací se stává pozdní diagnostika nebo nesprávné přiřazení autistické poruchy. Pro úplnou a přesnou diagnostiku jsou velmi důležité klinické zkušenosti (Bogdashina, 2017).

2.8 Terapie

Díky složitosti a široké škále symptomů a jejich závažnosti, které jsou u jedinců s pervazivní vývojovou poruchou přítomné, je nepravděpodobné, že přímý a jednoznačný „lék na autismus“ by mohl existovat. Léčba se zaměřuje na pomoc jedincům s poruchou autistického spektra zvládat symptomy a zlepšovat kvalitu jejich života pomocí terapií a poradenství. Jedinci se učí samostatnosti, zvyšují si adaptabilitu na okolí a cizí prostředí, osvojují si různé typy komunikace, učí se rozpoznávat a chápat emoce a pracovat s nimi. Důležitým faktorem pro lépe fungující terapie je včasná diagnostika a intervence. Opět zde platí již zmiňované pravidlo, tj. že každé dítě potřebuje přísně individuální přístup (Hrdlička, Komárek, 2014).

V současnosti existují intervenční a terapeutické programy, které čerpají z vědecky verifikovaných informací o poruchách autistického spektra. Můžou to být druhy modelového chování, sociálních příběhů nebo různé komunikační intervence. Mezi častou behaviorální terapií se řadí ABA, která se zaměřuje na zlepšování sociálních a komunikačních interakcí, změn chování dítěte, vyhledávání a udržování nových volnočasových aktivit. Dalším ověřeným intervenčním programem je ESDM. Tento model se specializuje na vztahový vývoj a přístup k blízké i široké rodině dítěte. Program, který je založený na strukturalizaci učení se nazývá TEACCH, který se zakládá na individuálním přístupu k danému dítěti a strukturovaně organizuje jeho aktivity, činnosti i prostředí (Šporclová, 2018).

Dětem s poruchou autistického spektra jsou předepsány léky, které pomáhají zvládat příznaky, jako je úzkost, ADHD a jiné přidružené komorbidity. Je důležité spolupracovat s týmem odborníků, včetně pediatra, psychologa a terapeuta, aby byl určen nejlepší možný individuální postup léčby malého pacienta (Hrdlička, Komárek, 2014).

2.9 Komunikace

Komunikaci dělíme do dvou hlavních kategorií, tj. verbální a neverbální. Verbální komunikace zahrnuje použití slov, mluvených nebo psaných, k předání zprávy. Příklady verbální komunikace zahrnují mluvení, psaní a také znakový jazyk. Oproti verbální komunikaci, komunikace neverbální zahrnuje použití řeči těla, výrazů obličeje a tónu hlasu k předání zprávy. Verbální i neverbální komunikace je důležitá při předávání sdělení a také ovlivňuje sdělení přijímané (Straussová, Knotková, 2014).

2.9.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je použití slov, mluvených nebo psaných, k předání jakéhokoli sdělení. Je to jedna z nejběžnějších druhů komunikace a může mít mnoho různých forem. Verbální komunikace je důležitá, protože umožňuje lidem sdílet informace, vyjadřovat své myšlenky a pocity a dávat a přijímat pokyny. Efektivní verbální komunikace vyžaduje dobré dovednosti v naslouchání, schopnost jasně se vyjadřovat, schopnost porozumět a interpretovat neverbální signály. Je také důležité používat vhodný jazyk a tón a být si vědom kulturních a individuálních rozdílů v komunikačních stylech. V tomto ohledu je většina jedinců s pervazivní vývojovou poruchou velmi handicapována, z důvodu nechápání či nepoužívání verbální komunikace (Vitásková, 2014).

2.9.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je také známá jako „řeč těla“ a je často nevědomě vnímána, ale hraje zásadní roli v tom, jak nás ostatní vnímají a interpretují naše sdělení. Tento druh komunikace je založen na použití řeči těla, výrazů obličeje a tónu hlasu k předání sdělení. Je to silná forma komunikace, která může předávat širokou škálu informací, včetně emocí, záměrů a postojů. Neverbální komunikace se často používá ve spojení s verbální komunikací k posílení nebo rozporu mluveného sdělení. Příklady neverbální komunikace zahrnují výrazy obličeje, gesta, držení těla a oční kontakt. Tón hlasu, hlasitost a rytmus řeči, může také předávat důležité neverbální informace. U jedinců trpící pervazivní vývojovou poruchou se tento druh komunikace neprojevuje, nebo projevuje velmi málo. Jedinci často nerozumí výrazům ve tváři, gestům a velký problém pro ně činí rozeznat intonaci hlasu. Od toho se odvíjí nerozeznávání sarkasmu a ironie (Thorová, 2012) (Vitásková, 2014).

2.9.3 Augmentativní a alternativní komunikace

Augmentativní alternativní komunikace (AAK) je způsob komunikace, určený pro osoby, které mají problémy s komunikací pomocí běžných jazykových prostředků. AAK zahrnuje širokou škálu nástrojů a technik, které umožňují jednotlivcům s komunikačními obtížemi vyjádřit své myšlenky, pocity a potřeby. Metody zahrnují augmentativní komunikaci, která celkově nahrazuje verbální komunikaci. Dále mezi tyto metody spadá alternativní komunikace, díky níž je možné částečně nahradit, doplnit či rozšířit mluvený projev. Cílem augmentativní alternativní komunikace je umožnit osobám s komunikačními obtížemi účinnější komunikaci, což může vést k lepšímu porozumění a sociálnímu zapojení v jejich každodenním životě (Thorová, 2012) (Šarounová, 2014).

2.9.4 Výměnný obrázkový komunikační systém

Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS) je způsob augmentativní alternativní komunikace, který se často používá u osob s narušenou řečí, a to při afunkčním používání slov nebo úplné nemluvnosti nebo při špatném porozumění řeči. VOKS umožňuje uživatelům vyjadřovat své potřeby, myšlenky a pocity pomocí obrázků, které jsou organizovány v určitou strukturu. VOKS může být fyzický nebo digitální. Fyzický VOKS obvykle zahrnuje sadu karet nebo magnetů s obrázky, které uživatelé mohou přidat do výměnné mřížky nebo desky. Digitální VOKS může být zahrnut do počítačového programu nebo aplikace pro tablet nebo smartphone. Důležité je zavedení do praxe, kterou provádí speciální pedagog a aktivní práce dítěte s tímto systémem. Jeho funkčnost je obvykle rychle pochopitelná a osvojitelná (Bendová, 2014) (Šarounová, 2014) (Dostálová, Vybíhalová, 202-).

2.10 Specifika komunikace s dítětem s PVP v přednemocniční péči

Při komunikaci s dětským pacientem s pervazivní vývojovou poruchou je důležité mít na paměti, že dítě může mít vývojové opožďení (mentální retardaci) a nemusí mít stejnou úroveň porozumění jako typicky vyvíjející se dítě jeho věku. K těmto typům výjezdů/pacientů je doporučováno tzv. Desatero, formulováno Ministerstvem zdravotnictví České republiky, které obsahuje body k efektivnější komunikaci s pacienty s vývojovou pervazivní poruchou. V tomto metodickém pokynu je obsažen komunikační

klíč a samotné Desatero. Tento dokument nalezneme na webových stránkách MZČR dostupné v PDF a ve Věstníku MZČR:

„Desatero komunikace s pacientem

1. PAS není patrná na první pohled, pozná se až podle nestandardního chování pacienta, které je potřeba tolerovat. Ačkoli se může na první pohled zdát, že je pacient rozmazlený, zlobivý či vzpurný, ve skutečnosti má jen nepřekonatelný strach z neznámého prostředí a z nové situace.

2. Důležitá je spolupráce s kontaktní osobou, která pacienta s PAS vždy doprovází. Právě ona zná všechny důležité informace o konkrétním pacientovi, proto je dobré její rady a doporučení vhodného jednání s pacientem respektovat.

3. Jednoduchá uklidňující sdělení v krátkých větách jsou tou nejlepší formou slovní komunikace.

4. Je běžné, že pacienti s PAS jsou smyslově přecitlivělí. Proto je potřeba se připravit na zvýšenou citlivost na zvuky, tóny, světlo, pachy či dotek neznámé osoby.

5. Při lékařském vyšetření je vhodné objednat pacienta na konkrétní čas. Nejlepší je zvát pacienta s PAS na úplném začátku či konci ordinálních hodin, kdy je v čekárně jen minimum lidí a vždy ho brát přednostně před ostatními pacienty.

6. Je třeba tolerovat pacientův odmítavý přístup k lékařskému vyšetření. Snaha zlomit tento negativismus není vhodná a většinou situaci jen zhorší.

7. Při všech vyšetřeních a úkonech je nezbytná přítomnost doprovodu. Ten je v dané situaci jeho jedinou jistotou, oporou i tlumočником.

8. K úspěšnému lékařskému ošetření není vždy potřeba celková anestezie. V případě potřeby použití tlumících prostředků je dobré zvážit, zda neexistuje jednodušší a méně radikální alternativa.

9. Je vhodné zvážit, zda jsou všechna vyšetření nezbytně nutná. Na některých tradičních lékařských postupech není třeba vždy trvat.

10. Pokud je nezbytná hospitalizace, je velice vhodné absolvovat pobyt v nemocnici s rodičem či jinou blízkou osobou, na kterou je pacient vázán. Je to dobré nejen pro pacienta, ale i pro ošetřující personál.“

(Věstník MZČR, 8/2016, s. 11)

Ministerstvo zdravotnictví také vytvořilo zkrácenou verzi tohoto „Desatera“ tzv. „Klíč pro komunikaci“, která obsahuje 10 slov či slovních spojení, vystihující výše zmíněné body z tohoto metodického doporučení. V zásadě platí pro snadnější komunikaci

používat jednoduchý a konkrétní jazyk a rozdělovat složité instrukce do menších kroků. Velmi přínosné je používání vizuálních pomůcek, jako jsou piktogramové obrázky nebo fotografie, k doplnění verbální komunikace. Těmito piktogramy lze pomoci dítěti pochopit, co říkáte a uvést ho do situace. Ovšem záleží také na hloubce postižení dítěte a jeho znalosti práce s těmito vizuálními pomůckami. U výjezdů k těmto pacientům je důležité najít tzv. „Průkaz autisty“, ve kterém jsou obsaženy podstatné informace o individualitě v rámci komunikace a přístupu k danému pacientovi. Je velmi důležité být trpělivý a v případě potřeby opakovat pokyny, které jste mu dali a ujistit se, že dítě pochopilo vaše sdělení.

Děti s pervazivní vývojovou poruchou reagují na strach mnohem silněji než neurotypické děti, protože nechápou, co se s nimi bude dít. Na tento svůj pocit reagují často agresivně vůči sobě nebo afektivním vystupováním („meltdown“). Pro předejití tohoto nepřítelného stavu je dobré zamezit co nejvíce přemíře smyslových vjemů, např. sluchových. V praxi se jedná o vypnutí hlasitých výstražných zvukových znamení v sanitním voze, vypnutí či zeslabení zvuků příslušného monitoru a důležité je klidné a trpělivé vystupování ze strany zdravotnického personálu. Většina dětí s poruchou autistického spektra se fixují pohledem na určité pro ně zajímavé předměty. Bývají to předměty točící se, třpytící se a u vysokofunkčního autismu/Aspergerova syndromu složité technické věci, které odvedou pozornost dítěte od aktuální situace. V záchranářském voze by tento pro ně zajímavý podnět mohl být blikající teploměr, svítící čísla na monitoru nebo dechová křivka na oxymetru. Velmi často dítě s PVP mívá u sebe oblíbený předmět či hračku. Pokud je to možné, necháme tento daný předmět dítěti v rukách nebo u sebe. Vždy se snažíme o co nejjednodušší a nejmýstižnější volbu slov a snažíme se předejít jejich nevědomosti o plánovaném výkonu. V případech neutišitelného autistického pacienta je vhodné použít farmakologické zklidnění v podobě sedace, kterou ordinuje lékař. V dané situaci se u malého pacienta řídíme prioritou výjezdu a aktuálním zdravotním stavem dítěte. V případě bezprostředního ohrožení života pacienta mají prioritu život zachraňující výkony. Specifika komunikace zohledňujeme především u výjezdů priority 3, 4 a ve výjimečných případech dle aktuálního stavu u priority 2 a 1 (Chalupová, 2017) (Antošová, 2021).

2.11 Indikace výjezdů

Operátor zdravotnického operačního střediska (ZOS) hodnotí, jakou prioritu výjezd má. Naléhavost výjezdu se stanovuje především pro připravenost výjezdových skupin a její efektivnost a zároveň předchází nadměrné rezervovanosti určitých výjezdových skupin (Česko, zákon č. 374/2011).

2.11.1 Priorita naléhavosti

Operátor ZOS zhodnotí naléhavost výjezdu, které se dělí na 4 stupně. Podle zvoleného stupně naléhavosti je k zásahu přidělena vhodná výjezdová skupina a limitovaný čas dojezdu skupiny k případu. Dle legislativy je stanovený dojezdový čas na místo zásahu do 20 minut (neplatí u 4. stupně naléhavosti). 1. a 2. stupeň naléhavosti je definován jako velmi urgentní, pacient je přímo ohrožen na životě nebo jeho stav fyziologických funkcí tomu nasvědčuje. 3. stupeň charakterizuje takový stav pacienta, kdy není akutně ohrožen na životě, ale potřebuje poskytnutí zdravotnické záchranné služby. Poslední stupeň naléhavosti vystihuje tu skutečnost, že pacient nespadá do předchozích třech stupňů (Česko, zákon č. 374/2011).

Tabulka č. 1 - rozdělení stupňů naléhavosti a k nim nejvhodnější výjezdovou skupinu

Stupeň naléhavosti	Popis situace	Výjezdová skupina
1. stupeň	Selhání nebo bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí + MU s hromadným postižením osob	Vyslána či přesměrována nejbližší výjezdové skupiny (RZP + RLP) a LZS
2. stupeň	Pravděpodobně hrozící selhání základních životních funkcí	Vyslána nejbližší výjezdová skupina
3. stupeň	Není hrozba selhání základních životních funkcí, ale je nutné poskytnutí záchranné služby	Vyslána nejvhodnější výjezdová skupina dle situace
4. stupeň	Nejedná se o případy 1. až 3. stupně naléhavosti, neakutní stav	Vyslána výjezdová skupina po možném uvolnění/ukončení aktuálního výjezdu, není povolána poslední možná výjezdová skupina v dané oblasti

2.11.2 NACA

Skóre NACA (National Advisory Committee for Aeronautics) se dříve využívalo u leteckých nehod, avšak pro jeho snadné používání a srozumitelnost se dnes přeneslo do kategorizace naléhavosti výjezdů záchranné zdravotnické služby celkově. Tento skórovací systém je použit při kontaktu pacienta a výjezdové skupiny, čímž rozumíme zhodnocení aktuálního stavu pacienta ošetřeného v přednemocniční neodkladné péči. Číslo, které je stavu pacienta přiděleno, charakterizuje závažnost postižení pacienta/pacientů v aktuální situaci. Čísla stupně naléhavosti se pohybují v rozmezí od 0 do 7. Stupeň 0 charakterizuje stav pacienta, který není třeba urgentně ošetřit. Stupeň 7 označuje úmrtí pacienta. Pro sjednocení třídění zásahů dle tohoto skórovacího systému byl vytvořen metodický plán, který vymezuje hlavní zásady pro použití NACA:

1. *Skóre NACA vyjadřuje celkovou nejvyšší závažnost stavu pacienta po dobu kontaktu výjezdové skupiny ZZS s pacientem.*
2. *Skóre NACA je určeno výhradně pro administrativní a statistické účely a je stanoveno zpětnou kategorizací ošetřených pacientů podle jejich závažnosti.*
3. *Pacient, vyžadující neodkladnou péči podle Zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, §5, by měl být zařazen do kategorií NACA 4–6.*
4. *Pacient, u něhož došlo k úmrtí, bez ohledu na to, zda mu předcházela nebo nepředcházela neodkladná resuscitace, by měl být zařazen do kategorie NACA 7.*

Stupeň	Charakteristika stavu pacienta v PNP
0	Bez ošetření
1	Minimální zdravotní potíže/úraz, ošetřen na místě, základní životní funkce neohroženy
2	Nezávažný úraz/onemocnění, základní životní funkce neohroženy
3	Závažný úraz/onemocnění, základní životní funkce neohroženy
4	Základní životní funkce byly/jsou potencionálně ohroženy
5	Základní životní funkce byly/jsou bezprostředně ohroženy
6	Jedna či více základních životních funkcí selhaly
7	Smrt

(Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP, 2017)

3 Praktická část

3.1 Cíle a výzkumné předpoklady/otázky

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapování informovanosti zdravotnických záchranářů Libereckého kraje o specifických komunikace s dětskými pacienty s pervazivní vývojovou poruchou a informovanosti o metodických doporučení Ministerstva zdravotnictví. Dalšími cíli je zjištění, zda tuto metodu cílová skupina používá pro efektivní komunikaci s těmito pacienty, a také, jak tyto metody hodnotí.

3.2 Metody

Pro zjištění stanoveného hlavního cíle jsem použila kombinaci kvantitativní a kvalitativní metody. Metoda kvantitativního výzkumu byla formou anonymních dotazníků. Dotazník byl zprostředkován online metodou pomocí google.forms, který se odeslal na všechny výjezdové stanice zdravotnické záchranné služby Libereckého Kraje. Dotazník obsahoval 20 otázek, na které respondent mohl vždy vybrat jednu odpověď. Otázky byly cílené na problematiku komunikace s pediatrickými pacienty s pervazivní vývojovou poruchou, na jejich klinický obraz, a také na užití metodických doporučení Ministerstva zdravotnictví. Této výzkumné části se zúčastnilo 102 respondentů.

V druhé polovině výzkumné části byl zpracován výzkum kvalitativní metodou, a to formou polostrukturovaného rozhvoru. Těchto rozhovorů se účastnili pouze ti respondenti, kteří s metodickými doporučeními či komunikačními kartami pracovali při zásahu u pacienta s pervazivní vývojovou poruchou a byli ochotni rozhovor uskutečnit. Rozhovor obsahuje 19 otázek, které respondent zodpověděl a dále je mohl rozvíjet.

3.3 Analýza výzkumných dat

Pro analýzu výzkumných dat, vytvoření tabulek a grafů byl použit program Google Sheets a Microsoft Excel. Dotazníkové otázky tvoří část otázek přímých, kde nenalezneme správnou odpověď a část uzavřených otázek. U otázek bylo možné vybrat pouze jednu odpověď. Ke každé dotazníkové otázce náleží tabulka četností odpovědí

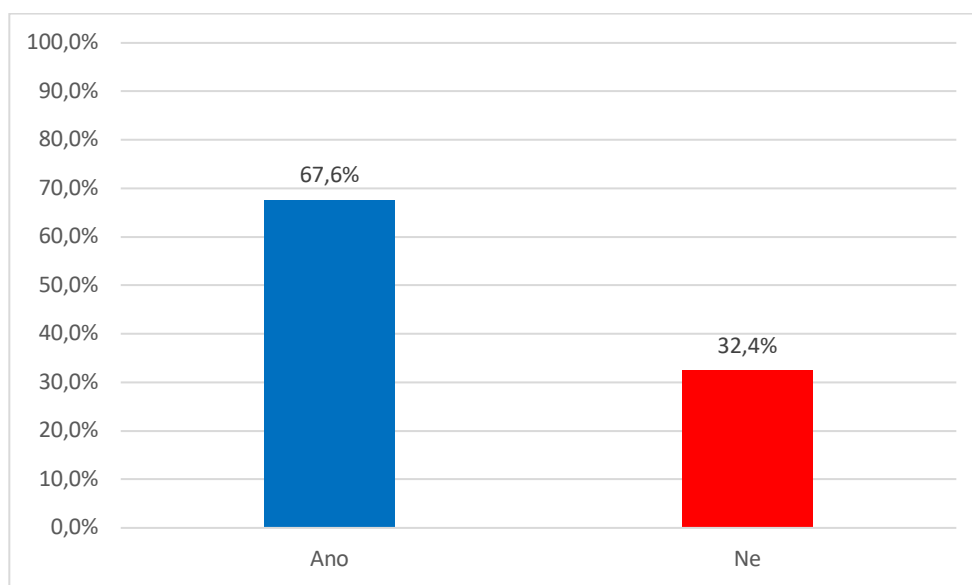
a označení správných odpovědí. V tabulce jsou jednotlivá data uvedena v celých číslech (N), kde se jedná o absolutní četnost. Dále jsou data uvedena v procentech, jedná se o relativní četnost (F). Čísla v procentech jsou zaokrouhlena na jedno desetinné místo. Pro celkovou četnost je použit symbol Σ . Správné odpovědi jsou zvýrazněny v tabulce světle modrou barvou. Na dotazník odpovědělo celkově 102 respondentů.

Analýza dotazníkové otázky č. 1: Víte, co znamená pojem pervazivní vývojová porucha?

Tabulka č. 2: Informovanost zdravotnických záchranářů o pojmu pervazivní vývojová porucha

	N [-]	F [%]
Ano	33	67,6 %
Ne	69	32,4 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č.1: Informovanost zdravotnických záchranářů o pojmu pervazivní vývojová porucha

Zdroj: autor

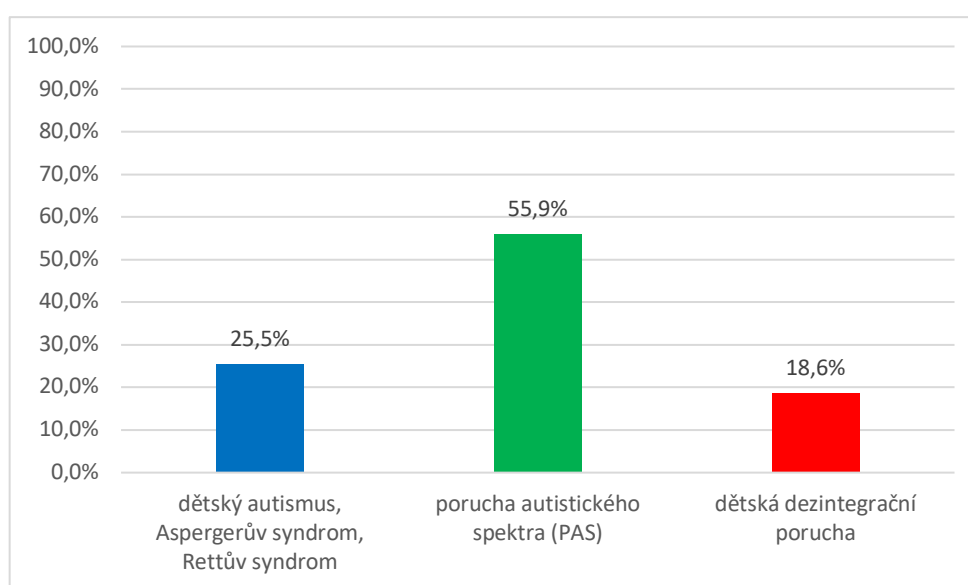
V 1. dotazníkové otázce byla položena otázka, zda zdravotničtí záchranáři znají pojem pervazivní vývojová porucha. Na tento dotaz 69 (tj. 67,6 %) respondentů odpovědělo, že tento pojem nezná. Pouhých 33 respondentů (tj. 32,4 %) odpovědělo kladně. Jedná se pouze o uzavřenou informativní otázku, kde není žádná odpověď správná.

Analýza dotazníkové otázky č. 2: Pojem pervazivní vývojová porucha (PVP) rozumíme:

Tabulka č. 3: Pojem pervazivní vývojová porucha (PVP)

	N [-]	F [%]
dětský autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom	26	25,5 %
porucha autistického spektra (PAS)	57	55,9 %
dětská dezintegrační porucha	19	18,6 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 2: Pojem pervazivní vývojová porucha (PVP)

Zdroj: autor

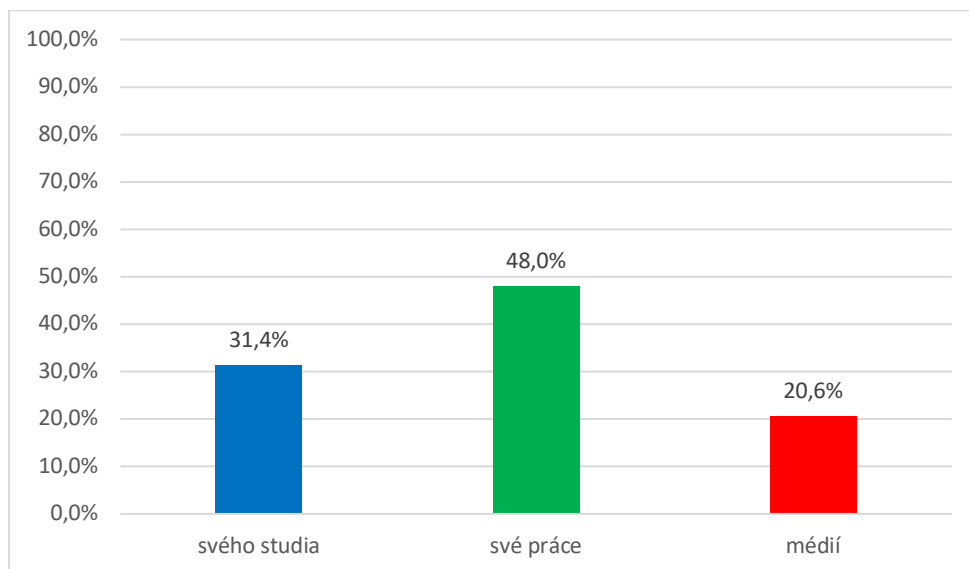
Druhou dotazníkovou otázkou je zjištění, zda respondenti vědí, co se rozumí pojmem pervazivní vývojová porucha. Na tuto otázku odpovědělo 57 respondentů (tj. 55,9 %), že tento pojem znamená porucha autistického spektra, což je správná odpověď (v grafu vyznačeno zeleným sloupcem). 26 respondentů (tj. 25,5 %) odpovědělo, že pod tento pojem spadá dětský autismus, Aspergerův syndrom a Rettův syndrom. Dále 19 respondentů (tj. 18,6 %) označilo odpověď dětská dezintegrační porucha.

Analýza dotazníkové otázky č. 3: O pervazivní vývojové poruše a specifických komunikace s dětmi s touto poruchou jste se dozvěděl/la ze:

Tabulka č. 4: Zmapování zdroje informací o pervazivní vývojové poruše a specifických komunikace s dětmi s touto poruchou

	N [-]	F [%]
svého studia	32	31,4 %
své práce	49	48,0 %
médií	21	20,6 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 3: Zmapování zdroje informací o pervazivní vývojové poruše a specifických komunikace s dětmi s touto poruchou

Zdroj: autor

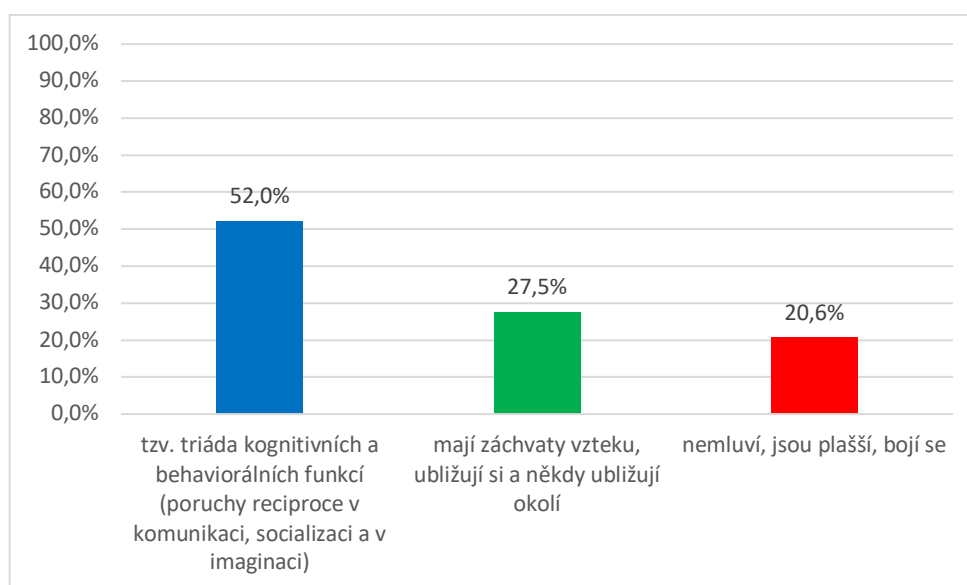
Tato otázka ukazuje zdroje informací respondentů o pervazivní vývojové poruše a o specifických komunikace s pediatrickými pacienty s touto poruchou. Na tuto otázku odpovědělo 49 respondentů (tj. 48 %), že tento pojem zná ze svého zaměstnání. 32 respondentů (tj. 31,4 %) se o pervazivních vývojových poruchách dozvěděl ze svého studia a 21 respondentů (tj. 20,6 %) z médií. U této otázky opět není žádná odpověď správná, jedná se o informační otázku.

Analýza dotazníkové otázky č. 4: Jaký mají klinický obraz děti s PVP?

Tabulka č. 5: Klinický obraz dětí s PVP

	N [-]	F [%]
tzv. triáda kognitivních a behaviorálních funkcí (poruchy reciproce v komunikaci, socializaci a v imaginaci)	53	52,0 %
mají záchvaty vzteku, ubližují si a někdy ubližují okolí	28	27,5 %
nemluví, jsou plašší, bojí se	21	20,6 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 4: Klinický obraz dětí s PVP

Zdroj: autor

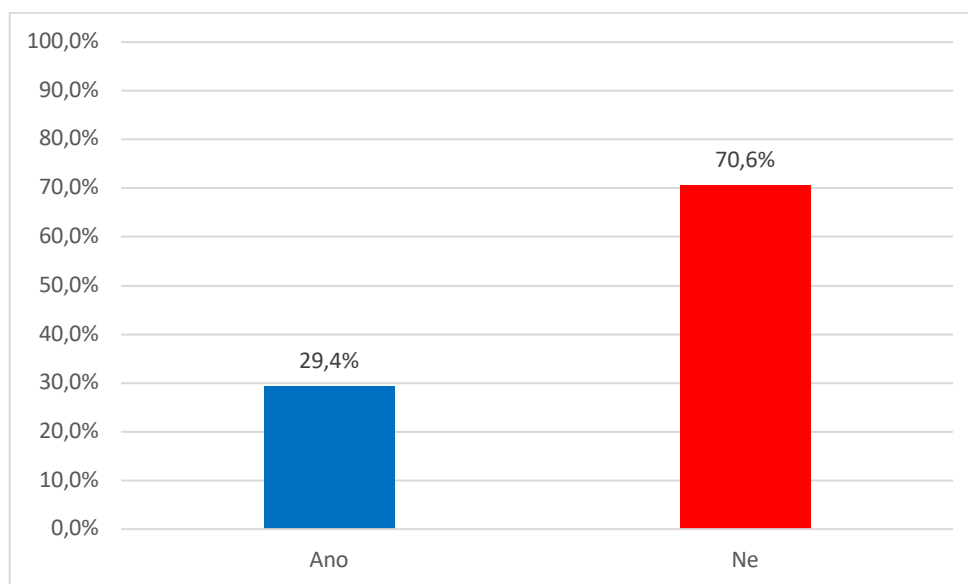
Tato výzkumná otázka poukazuje na to, zda respondenti znají klinický obraz pediatrického pacienta s pervazivní vývojovou poruchou. Největší zastoupení měla odpověď, označující tzv. triádu kognitivních behaviorálních funkcí, která je vyznačena modrým sloupcem a označilo ji 53 respondentů (tj. 52 %). Tato odpověď je správná. Dále 28 respondentů (tj. 27,5 %) vyznačilo, že děti s PVP mají záchvaty vzteku a ubližují sobě i okolí. Že jsou děti plaché a bojí se, označilo 21 respondentů (20,6 %).

Analýza dotazníkové otázky č. 5: Víte, jak komunikovat s dětským pacientem s PVP?

Tabulka č. 6: Komunikace s dítětem s PVP

	N [-]	F [%]
Ano	30	29,4 %
Ne	72	70,6 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 5: Komunikace s dítětem s PVP

Zdroj: autor

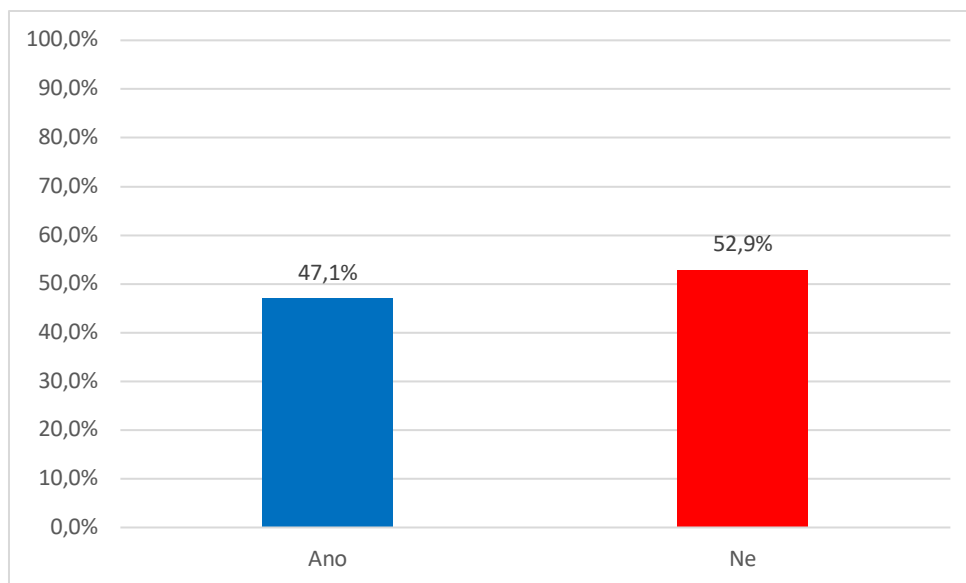
Prostřednictvím této výzkumné otázky bylo zjištěno, že pouhých 30 respondentů (tj. 29,4 %) ví, jak komunikovat s pediatrickým pacientem s pervazivní vývojovou poruchou. Ostatních 72 respondentů (tj. 70,6 %) odpovědělo, že neví, jak s takovým pacientem komunikovat.

Analýza dotazníkové otázky č. 6: Už jste se setkal/la s pacientem s pervazivní vývojovou poruchou?

Tabulka č. 7: Setkání s pacientem s pervazivní vývojovou poruchou

	N [-]	F [%]
Ano	48	47,1 %
Ne	54	52,9 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 6: Setkání s pacientem s pervazivní vývojovou poruchou

Zdroj: autor

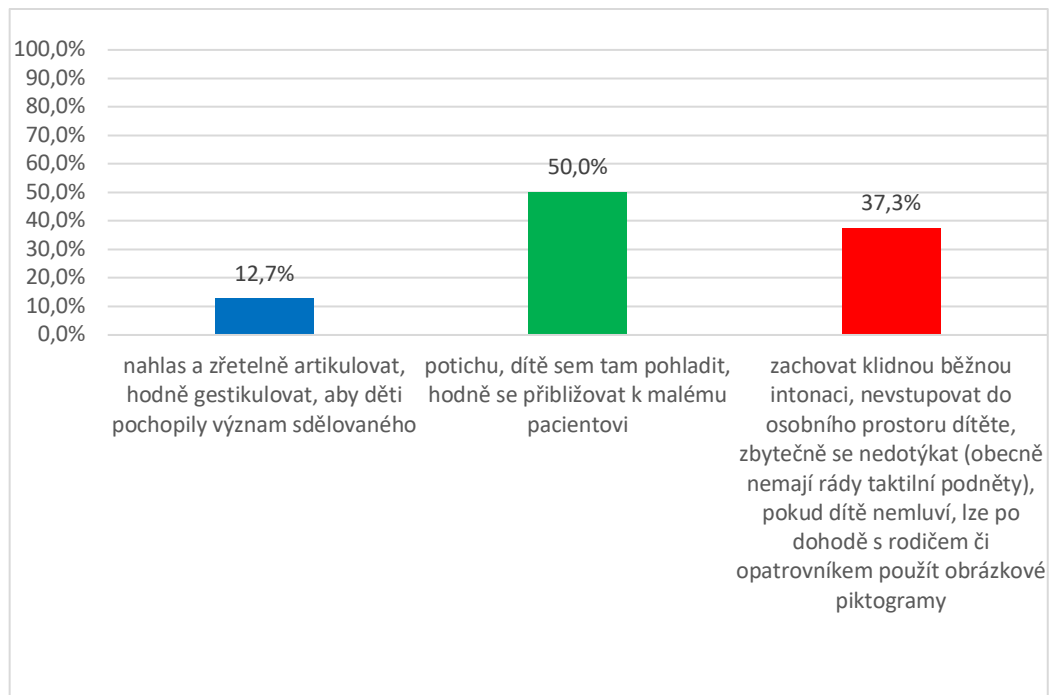
Tato dotazníková otázka zkoumá, jaké množství respondentů se již setkala s pacientem s PVP. 48 respondentů (tj. 47,1 %) s tímto pacientem již pracovalo. Dalších 54 respondentů (tj. 52,9 %) s pacientem s pervazivní vývojovou poruchou se při výjezdu ještě nesetkalo. Zastoupení u obou odpovědí u této otázky je velmi podobné (téměř 50/50).

Analýza dotazníkové otázky č. 7: Při verbální komunikaci s dítětem s vývojovou pervazivní poruchou je vhodné mluvit:

Tabulka č. 8: Verbální komunikace s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou

	N [-]	F [%]
nahlas a zřetelně artikulovat, hodně gestikulovat, aby děti pochopily význam sdělovaného	13	12,7 %
potichu, dítě sem tam pohládit, hodně se přibližovat k malému pacientovi	51	50,0 %
zachovat klidnou běžnou intonaci, nevstupovat do osobního prostoru dítěte, zbytečně se nedotýkat (obecně nemají rády taktilní podněty), pokud dítě nemluví, lze po dohodě s rodičem či opatrovníkem použít obrázkové piktogramy	38	37,3 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 7: Verbální komunikace s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou

Zdroj: autor

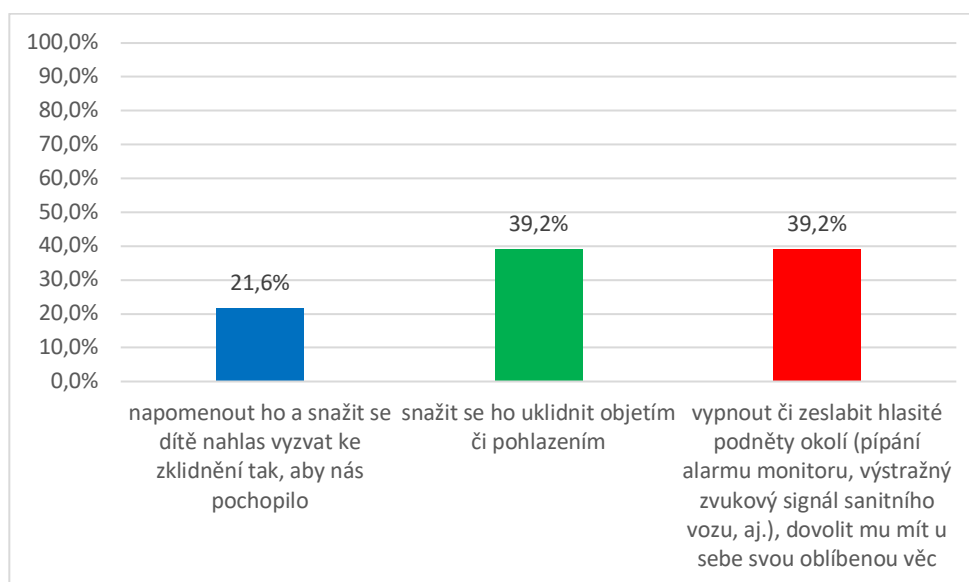
Tato dotazníková otázka se táže respondentů na to, jak si představují verbální komunikaci s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou. Největší zastoupení měla odpověď, která označuje tichou mluvu, hlazení a přibližování se k malému pacientovi. Tuto odpověď označilo 51 respondentů (tj. 50 %), jedná se o nesprávnou odpověď. 38 respondentů (tj. 37,3 %), kteří označili odpověď a si myslí tak, že je nejlepší zachovat klidnou běžnou intonaci hlasu, nevstupovat do osobního prostoru dítěte a zbytečně se ho nedotýkat, zvolili správnou odpověď. Zbýlých 13 respondentů (tj. 12,7 %) vybralo odpověď pro hlasitou mluvu a zřetelné artikulování a použití výrazné gestikulace. Tato odpověď není správná.

Analýza dotazníkové otázky č. 8: Při neklidu dítěte při poskytování PNP či transportu je vhodné:

Tabulka č. 9: Zvládnutí neklidu dítěte při poskytování PNP či transportu

	N [-]	F [%]
napomenout ho a snažit se dítě nahlas vyzvat ke zklidnění tak, aby nás pochopilo	22	21,6 %
snažit se ho uklidnit objetím či pohlazením	40	39,2 %
vypnout či zeslabit hlasité podněty okolí (pípání alarmu monitoru, výstražný zvukový signál sanitního vozu, aj.), dovolit mu mít u sebe svou oblíbenou věc	40	39,2 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 8: Zvládnutí neklidu dítěte při poskytování PNP či transportu

Zdroj: autor

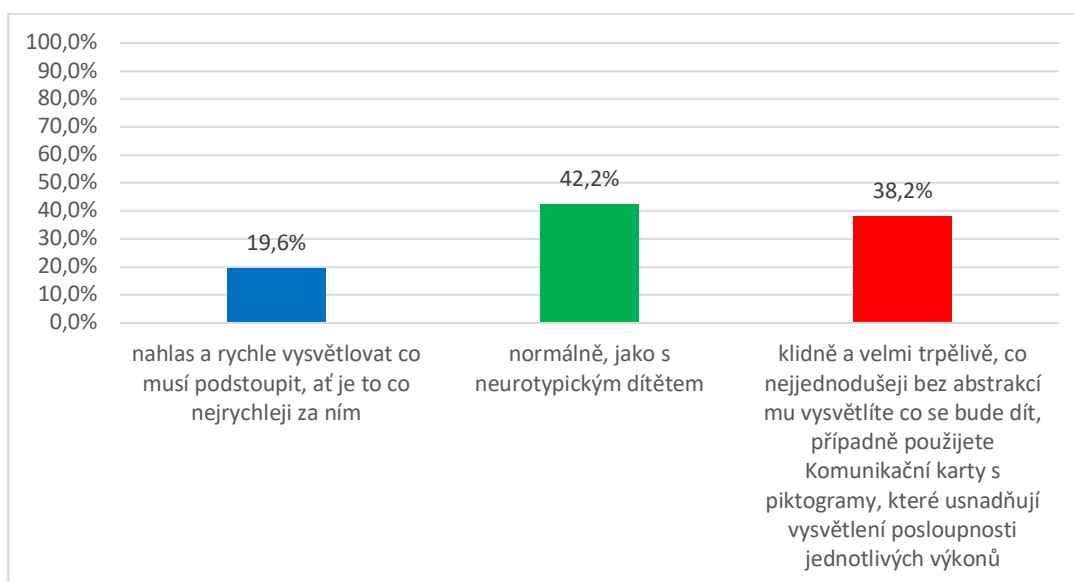
V této dotazníkové otázce se dotazují na zvládnutí neklidu pediatrického pacienta při poskytování přednemocniční neodkladné péče či transportu. Na tuto otázku je pouze jedna správná odpověď, která je vyznačena v grafu červeným sloupcem. V této otázce 40 respondentů (tj. 39,2 %) označilo správnou odpověď odkazující na vypnutí či zeslabení hlasitých podnětů okolí pediatrického pacienta. Stejný počet respondentů (40, tj. 39,2 %) označilo jako vhodné jednání uklidnění dítěte objetím nebo pohlazením. Zbýlých 22 respondentů (tj. 21,6 %) označilo za správný přístup napomenutí dítěte a hlasité vyzvání ke zklidnění.

Analýza dotazníkové otázky č. 9: Při vysvětlování vyšetření a ošetření, které musí podstoupit si budete počínat:

Tabulka č. 10: Vysvětlování dítěti postup vyšetření a ošetření

	N [-]	F [%]
nahlas a rychle vysvětlovat co musí podstoupit, ať je to co nejrychleji za ním	20	19,6 %
normálně, jako s neurotypickým dítětem	43	42,2 %
klidně a velmi trpělivě, co nejjednodušeji bez abstrakcí mu vysvětlíte co se bude dít, případně použijete Komunikační karty s piktogramy, které usnadňují vysvětlení posloupnosti jednotlivých výkonů	39	38,2 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 9: Vysvětlování dítěti postup vyšetření a ošetření

Zdroj: autor

Devátá výzkumná otázka je zaměřena na vhodné jednání při vysvětlování úkonů ohledně nutného ošetření či vyšetření pediatrického pacienta. Pouze jedna odpověď je správná a je označena červeným sloupcem v grafu č. 9. Tuto správnou odpověď zvolilo 39 respondentů (tj. 38,2 %), která popisuje klidný a trpělivý přístup k dítěti s možností použití komunikačních piktogramových karet. Většina respondentů (43, tj. 42,2 %) označilo jako vhodný způsob vysvětlování jako s neurotypickým dítětem. Zbýlých

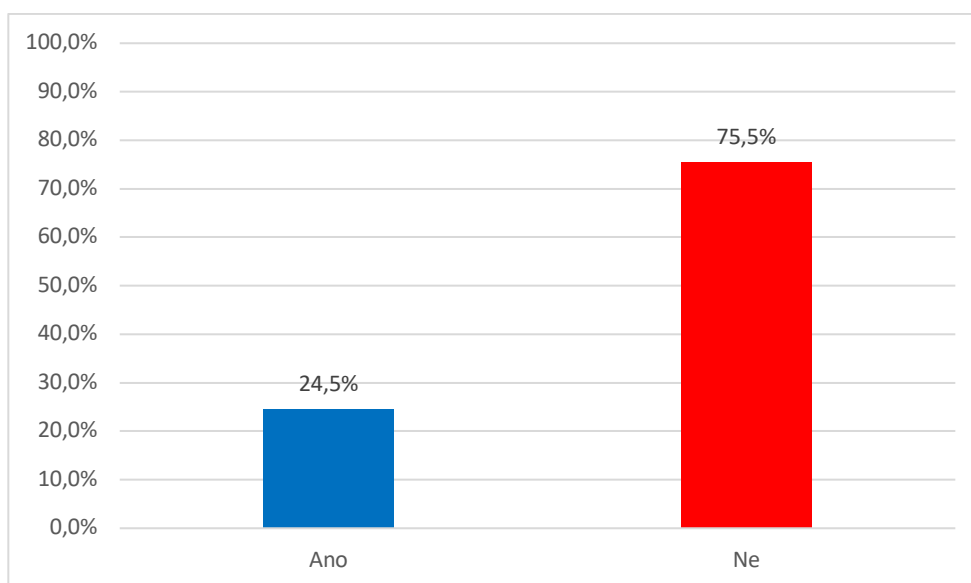
20 respondentů (tj. 19,6 %) zvolilo hlasité a rychlé vysvětlování postupů při vyšetřování či ošetřování malého pacienta.

Analýza dotazníkové otázky č. 10: Znáte metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví pro komunikaci s pacienty s PVP (tzv. Desatero)?

Tabulka č. 11: Znalost metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví pro komunikaci s pacienty s PVP (tzv. Desatera)

	N [-]	F [%]
Ano	25	24,5 %
Ne	77	75,5 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 10: Znalost metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví pro komunikaci s pacienty s PVP (tzv. Desatera)

Zdroj: autor

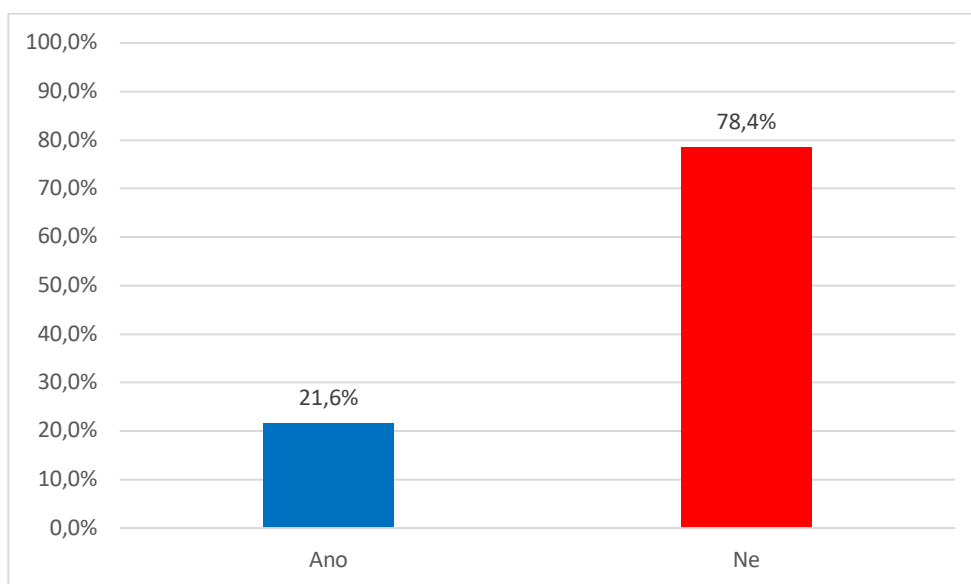
Tato výzkumná otázka zkoumá znalosti o tzv. Desateru, což je metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví pro komunikaci s pacienty s pervazivní vývojovou poruchou. V této otázce není žádná odpověď správná, jedná se pouze o informační otázku. Většina respondentů (77, tj. 75,5 %) odpověděla, že nezná toto metodické doporučení. Pouhých 25 respondentů (tj. 24,5 %) označilo, že zná toto „Desatero“.

Analýza dotazníkové otázky č. 11: Postupoval/a jste ve své praxi někdy podle tohoto „Desatera“?

Tabulka č. 12: Použití a postupování dle „Desatera“

	N [-]	F [%]
Ano	25	24,5 %
Ne	77	75,5 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 11: Použití a postupování dle „Desatera“

Zdroj: autor

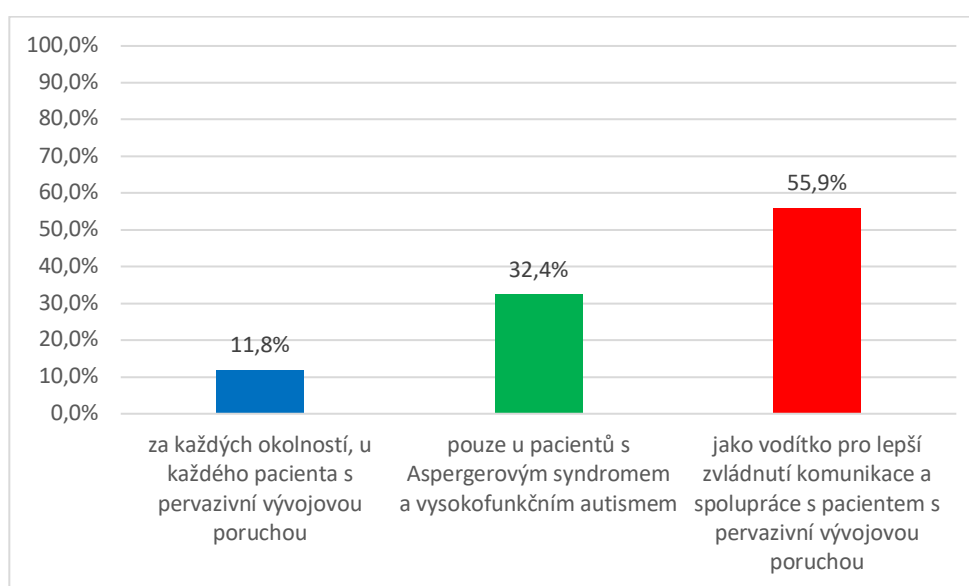
Tato otázka zjišťuje, zda respondenti postupovali ve své praxi podle metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví. V tomto dotazu není žádná odpověď správná. 80 respondentů (tj. 78,4 %) odpovědělo, že s tímto metodickým doporučením nikdy nepracovalo. Pouze 22 respondentů (tj. 21,6 %) podle tohoto „Desatera“ postupovalo.

Analýza dotazníkové otázky č. 12: „Desatero“ funguje:

Tabulka č. 13: Jak funguje dle respondentů „Desatero“

	N [-]	F [%]
za každých okolností, u každého pacienta s pervazivní vývojovou poruchou	12	11,8 %
pouze u pacientů s Aspergerovým syndromem a vysokofunkčním autismem	33	32,4 %
jako vodítko pro lepší zvládnutí komunikace a spolupráce s pacientem s pervazivní vývojovou poruchou	57	55,9 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 12: Jak funguje dle respondentů „Desatero“

Zdroj: autor

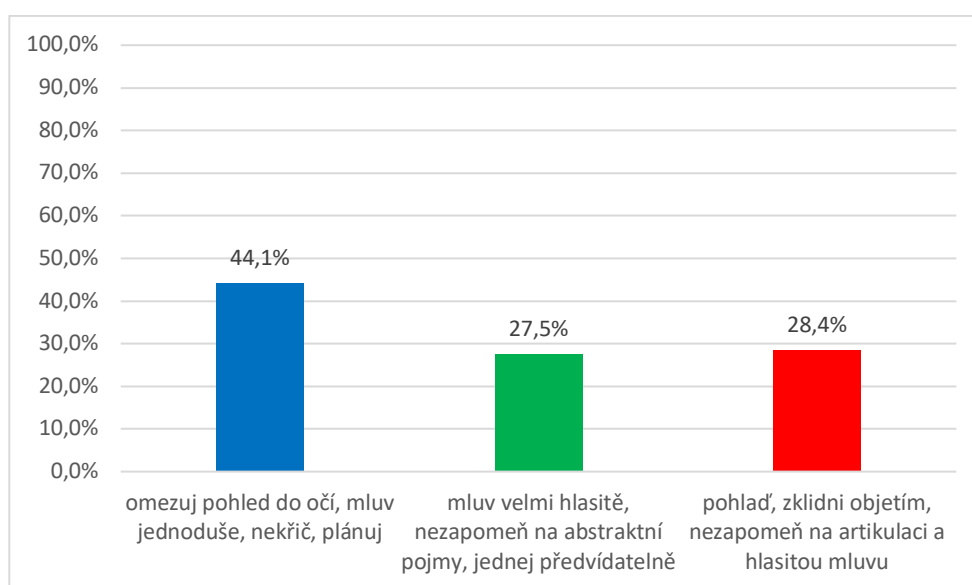
Otázka č. 12 pojednává o informovanosti respondentů o metodickém doporučení Ministerstva zdravotnictví pro komunikaci s pacienty s PVP. V této otázce je pouze jedna správná odpověď, která je v grafu vyznačena červeným sloupcem a říká, že „Desatero“ slouží jako vodítko pro lepší zvládnutí komunikace a spolupráce s pacientem s PVP. Tuto správnou odpověď zvolilo 57 respondentů (tj. 55,9 %). 33 respondentů (tj. 32,4 %) označilo, že toto metodické doporučení funguje pouze u pacientů s Aspergerovým syndromem a vysokofunkčním autismem. Zbylých 12 respondentů (tj. 11,8 %) zvolilo odpověď, která sděluje, že toto „Desatero“ funguje za každých okolností u každého pacienta s pervazivní vývojovou poruchou.

Analýza dotazníkové otázky č. 13: V „Desateru“ se objevují doporučení jako je:

Tabulka č. 14: Doporučení z „Desatera“

	N [-]	F [%]
omezuj pohled do očí, mluv jednoduše, nekřič, plánuj	45	44,1 %
mluv velmi hlasitě, nezapomeň na abstraktní pojmy, jednej předvídatelně	28	27,5 %
pohlad', zklidni objetím, nezapomeň na artikulaci a hlasitou mluvu	29	28,4 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 13: Doporučení z „Desatera“

Zdroj: autor

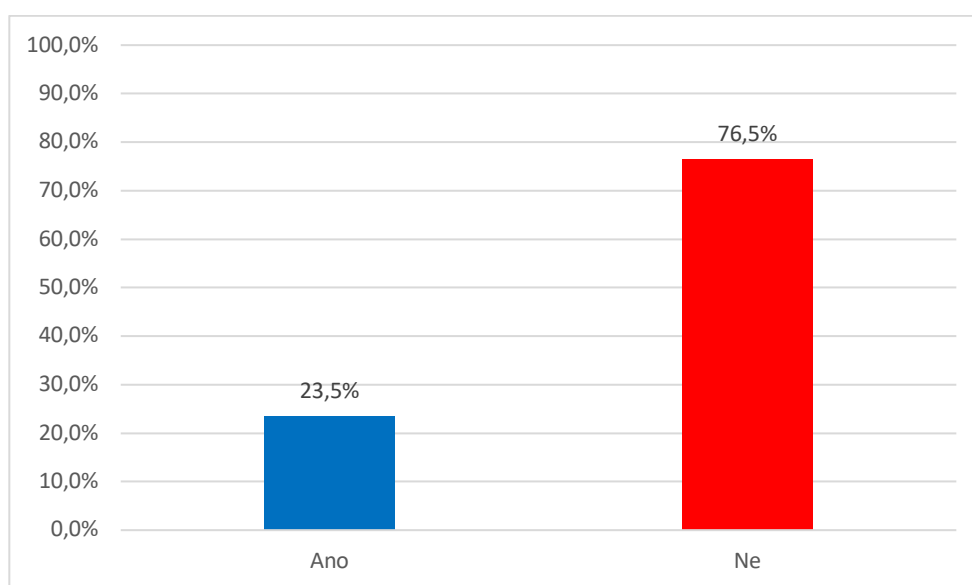
Tato dotazníková otázka zkoumá znalost metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví pro komunikaci s pacientem s pervazivní vývojovou poruchou. V této otázce je pouze jedna správná odpověď. 45 respondentů (tj. 44,1 %) označilo, že se v „Desateru“ objevuje doporučení jako je omezování pohledu do očí, jednoduchá mluva, nekřičení a plánování. Tato odpověď je správná a je označena v grafu modrým sloupcem. Dále 29 respondentů (tj. 28,4 %) vybralo, že do tohoto doporučení spadá pohlazení, zklidnění pacienta objetím a hlasitá mluva. Zbýlých 28 respondentů (27,5 %) zvolilo odpověď, ve které byla obsažena velmi hlasitá mluva, používání abstraktních pojmů a předvídatelné jednání.

Analýza dotazníkové otázky č. 14: „Desatera“ zmiňuje odmítavý přístup pacienta s PVP k vyšetření, je vždy nutné (dle „Desatera“) k úspěšnému vyšetření zklidňující farmakoterapie či narkóza?

Tabulka č. 15: Nutnost podání zklidňující farmakoterapie či narkózy dle „Desatera“

	N [-]	F [%]
Ano	24	23,5 %
Ne	78	76,5 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 14: Nutnost podání zklidňující farmakoterapie či narkózy dle „Desatera“

Zdroj: autor

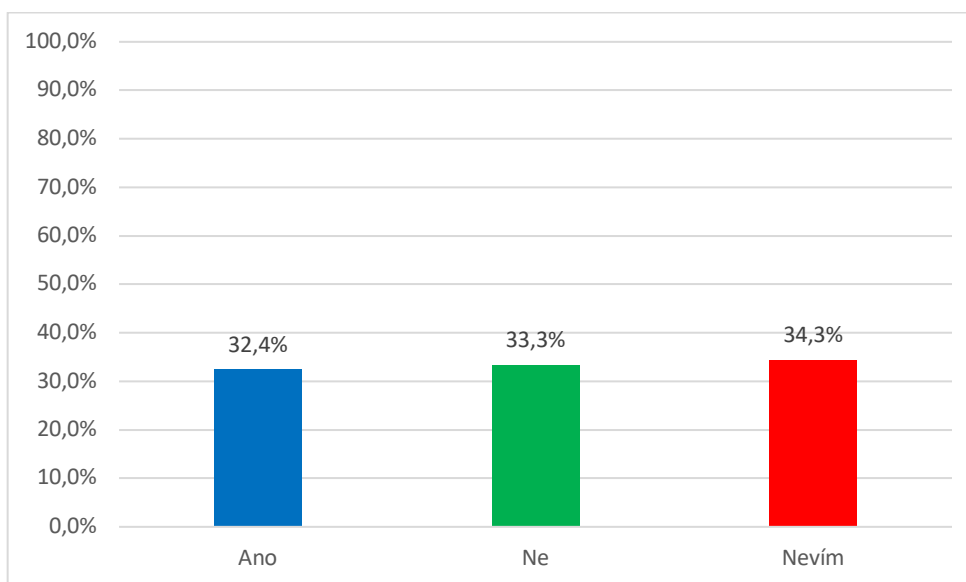
Dotazníková otázka č. 14 pojednává o nezbytném podání zklidňující farmakoterapie či narkózy za účelem úspěšného vyšetření pediatrického pacienta s PVP dle metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví. Zde je pouze jedna odpověď správná a je označena červeným sloupcem v grafu. Na tuto otázku odpovědělo 78 respondentů (76,5 %) správně, a to tak, že není vždy nutné použít zklidňující farmakoterapii. Zbýlých 24 respondentů (tj. 23,5 %) odpovědělo, že podle „Desatera“ je vždy nutné k úspěšnému vyšetření aplikovat zklidňující farmakoterapii.

Analýza dotazníkové otázky č. 15: Existuje ve vašem zdravotnickém zařízení pomůcka, která by komunikaci s dítětem s vývojovou pervazivní poruchou usnadnila?

Tabulka č. 16: Informovanost o pomůcce pro komunikaci s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou

	N [-]	F [%]
Ano	33	32,4 %
Ne	34	33,3 %
Nevím	35	34,3 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 15: Informovanost o pomůcce pro komunikaci s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou

Zdroj: autor

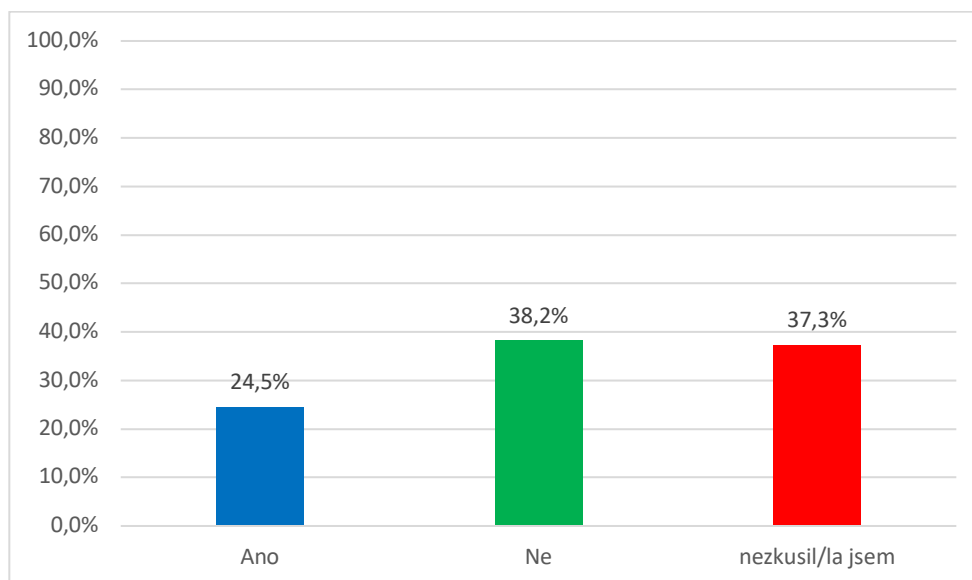
Tato dotazníková otázka je zaměřena na informovanost respondentů o pomůckách pro efektivnější komunikaci s pacientem s PVP v jejich zdravotnických zařízeních. Tato otázka nemá správnou odpověď. U tohoto dotazu se všechny tři možné zvolené odpovědi počtem výběru respondentů téměř shodují. Nejvíce respondentů (35, tj. 34,3 %) zvolilo možnost „Nevím“. Dále pak 34 respondentů (33,3 %) odpovědělo, že v jejich zdravotnickém zařízení neexistuje žádná pomůcka pro usnadnění komunikace s pacienty s PVP. Zbýlých 33 respondentů (tj. 32,4 %), odpovědělo, že v jejich zdravotnickém zařízení takováto pomůcka existuje.

Analýza dotazníkové otázky č. 16: Umíte pracovat s pomocnými/piktogramovými kartami určenými pro usnadnění komunikace s pacienty s pervazivní vývojovou poruchou?

Tabulka č. 17: Znalost práce s piktogramovými kartami pro usnadnění komunikace s pacienty s pervazivní vývojovou poruchou

	N [-]	F [%]
Ano	25	24,5 %
Ne	39	38,2 %
nezkusil/la jsem	38	37,3 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 16: Znalost práce s piktogramovými kartami pro usnadnění komunikace s pacienty s pervazivní vývojovou poruchou

Zdroj: autor

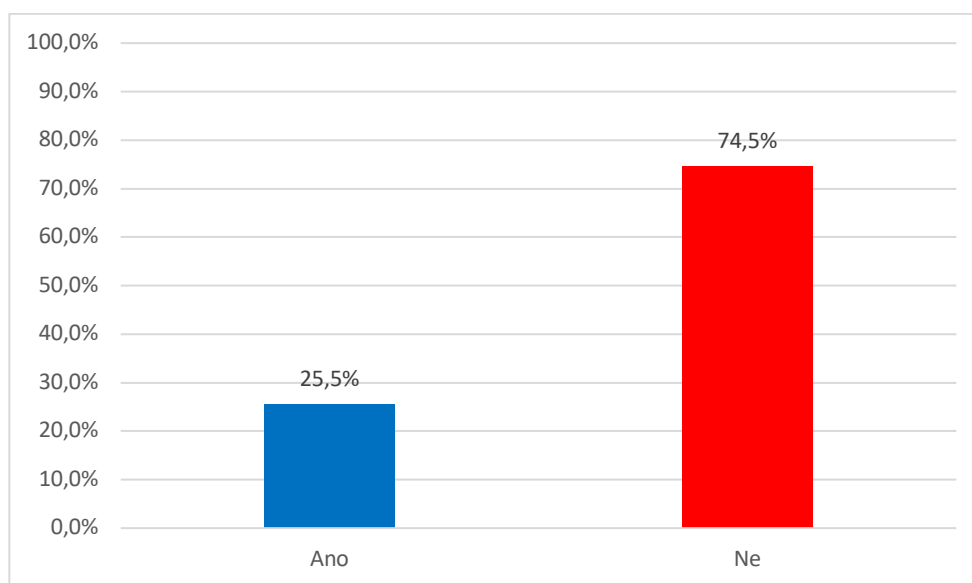
V této otázce se respondentů táži, zda umí pracovat s komunikačními piktogramovými kartami, které jsou určeny právě také pro pacienty s pervazivní vývojovou poruchou. 39 respondentů (tj. 38,2 %) odpovědělo, že neumí s těmito kartami pracovat. Dále pak 38 respondentů (tj. 37,3 %) odpovědělo, že s komunikačními kartami nikdy nezkusilo pracovat. Zbýlých 25 respondentů (tj. 24,5 %) zvolilo možnost odpovědi, kterou se rozumí, že s těmito kartami pracovat umí.

Analýza dotazníkové otázky č. 17: Pokud jste použil/a piktogramové karty, byla komunikace s daným pacientem usnadněna?

Tabulka č. 18: Usnadnění komunikace s pacientem s PVP s použitím piktogramových karet

	N [-]	F [%]
Ano	25	24,5 %
Ne	39	38,2 %
nezkusil/la jsem	38	37,3 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 17: Usnadnění komunikace s pacientem s PVP s použitím piktogramových karet

Zdroj: autor

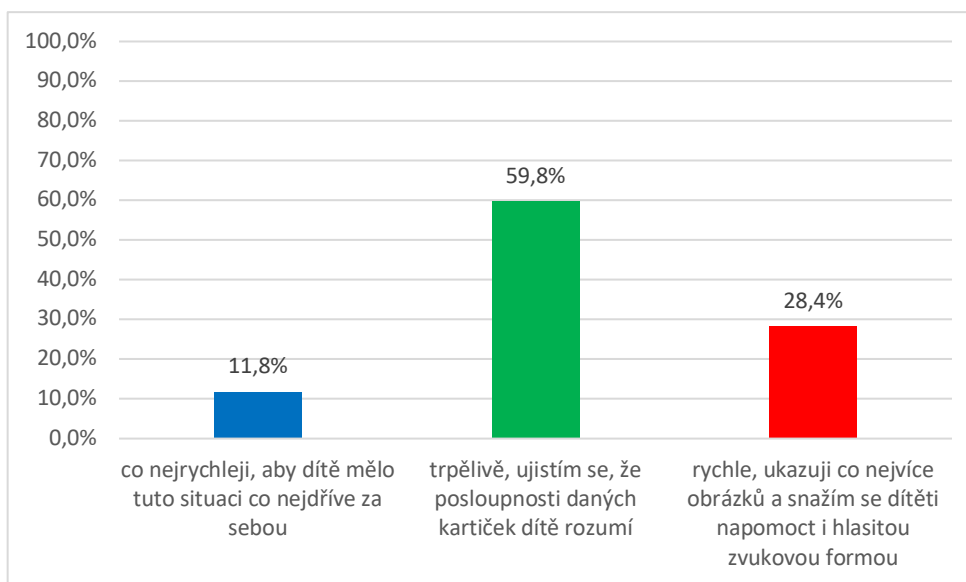
Tato otázka nám dle odpovědí respondentů sděluje efektivnost piktogramových karet při komunikaci s pediatrickým pacientem s PVP. Většina respondentů (76, tj. 74,5 %) odpovědělo, že práce s těmito kartami nebyla usnadněna. Zbylých 26 respondentů (tj. 25,5 %) označilo odpověď, že spolupráce v rámci komunikace s těmito kartami byla s pacientem usnadněna.

Analýza dotazníkové otázky č. 18: Při předkládání karet dítěti s pervazivní vývojovou poruchou si počínám:

Tabulka č. 19: Znalost systému předkládání piktogramových karet dítěti s PVP

	N [-]	F [%]
co nejrychleji, aby dítě mělo tuto situaci co nejdříve za sebou	12	11,8 %
trpělivě, ujistím se, že posloupnosti daných kartiček dítě rozumí	61	59,8 %
rychle, ukazuji co nejvíce obrázků a snažím se dítěti napomocť i hlasitou zvukovou formou	29	28,4 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 18: Znalost systému předkládání piktogramových karet dítěti s PVP

Zdroj: autor

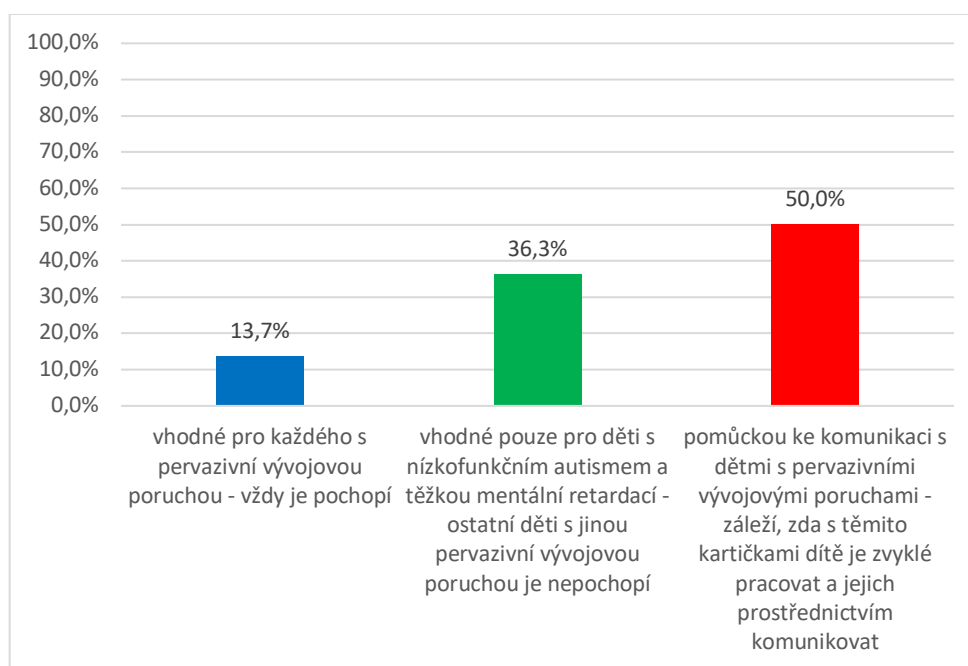
Dotazníková otázka č. 18 se zaměřuje na znalost použití piktogramových karet pediatrickému pacientovi s PVP. U této otázky je pouze jedna odpověď správná a je vyobrazena zeleným sloupcem v grafu. Tuto správnou odpověď zvolilo 61 respondentů (tj. 59,8 %) a sděluje, že karty dítěti vykládám trpělivě a ujišťuji se, že posloupnosti a významu karet pacient rozumí. 29 respondentů (tj. 28,4 %) zvolilo možnost, která popisuje rychlé předkládání karet a možnost využití pomocné hlasité zvukové formy. Zbytek respondentů (12, tj. 11,8 %) vybralo odpověď, která popisuje předkládání karet co nejrychleji možným způsobem.

Analýza dotazníkové otázky č. 19: Piktogramové karty jsou:

Tabulka č. 20: Znalost piktogramových karet

	N [-]	F [%]
vhodné pro každého s pervazivní vývojovou poruchou - vždy je pochopí	14	13,7 %
vhodné pouze pro děti s nízkofunkčním autismem a těžkou mentální retardací - ostatní děti s jinou pervazivní vývojovou poruchou je nepochopí	37	36,3 %
pomůckou ke komunikaci s dětmi s pervazivními vývojovými poruchami - záleží, zda s těmito kartičkami dítě je zvyklé pracovat a jejich prostřednictvím komunikovat	51	50,0 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 19: Znalost piktogramových karet

Zdroj: autor

V této dotazníkové otázce mapují znalosti respondentů o pomocných piktogramových kartách, respektive zda respondenti vědí, u jakých pacientů je vhodné jejich použití. Zde je pouze jedna odpověď správná a je vyznačena červeným sloupcem v grafu. Tuto správnou odpověď zvolilo 51 respondentů (tj. 50 %), která popisuje, že se tyto karty používají ke komunikaci s dětmi s PVP, ale má své limity (záleží, zda dítě je zvyklé s nimi pracovat). 37 respondentů (tj. 36,3 %) vybralo možnost, že jsou karty

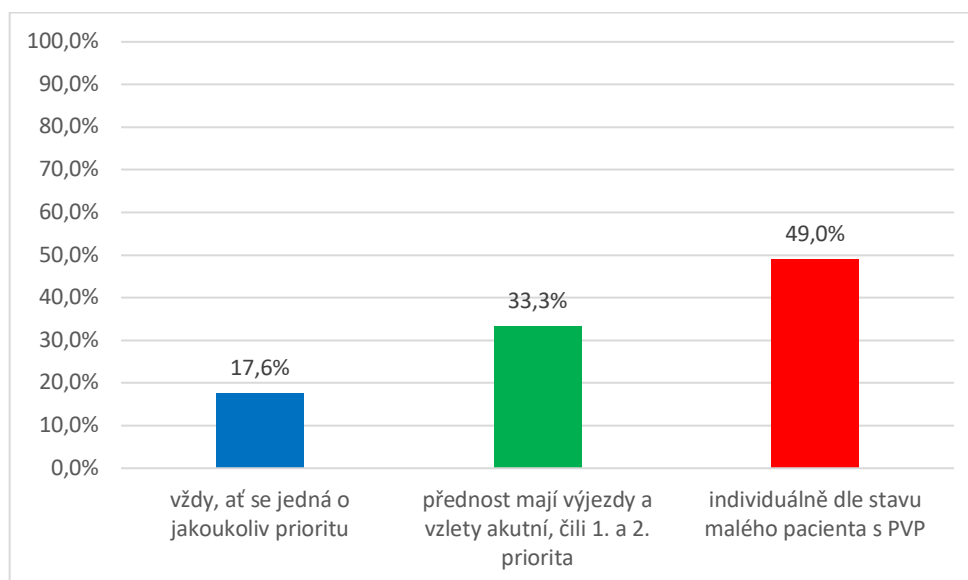
vhodné pouze pro děti s nízkofunkčním autismem a mentální retardací. Zbýlých 14 respondentů (13,7 %) zvolilo možnost, která popisuje, že jsou karty vhodné pro každého pacienta s PVP a vždy je dítě pochopí.

Analýza dotazníkové otázky č. 20: Použití „Desatera“ a použití Komunikačních karet s piktogramy se odvíjí i od priority výjezdu/vzletu. Oboje použijí buď spolu či jednotlivě, když:

Tabulka č. 21: Znalost o použití „Desatera“ a Komunikačních karet vzájemnosti s prioritou výjezdu či vzletu

	N [-]	F [%]
vždy, ať se jedná o jakoukoliv prioritu	18	17,6 %
přednost mají výjezdy a vzlety akutní, čili 1. a 2. priorita	34	33,3 %
individuálně dle stavu malého pacienta s PVP	50	49,0 %
Σ	102	100,0 %

Zdroj: autor



Graf č. 20: Znalost o použití „Desatera“ a Komunikačních karet vzájemnosti s prioritou výjezdu či vzletu

Zdroj: autor

Poslední dotazníková otázka zkoumá použití znalost metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví a pomocných Komunikačních karet v souvislosti s prioritou výjezdu či vzletu. Pouze jedna odpověď na tuto otázku je správná a je vyznačena červeným sloupcem v grafu č. 20 a popisuje, že „Desatero“ a/nebo Komunikační karty je vhodné použít individuálně podle stavu pacienta. Na tuto otázku odpovědělo správně 50 respondentů (tj. 49 %). 34 respondentů (33,3 %) zvolilo odpověď, která sděluje, že přednost mají akutní výjezdy a vzlety. Zbýlých 18 respondentů (tj. 17,6 %) odpovědělo, že tyto pomocné karty a „Desatero“ je vhodné použít vždy, ať se jedná o jakoukoliv prioritu výjezdu.

3.4 Vyhodnocení cílů a výzkumných předpokladů

V této části bakalářské práce jsou uvedeny analýzy výzkumných cílů a předpokladů na základě dat, která byla získána z dotazníkového šetření a z otázek použitých v rozhovorech.

3.4.1 Analýza výzkumného cíle a předpokladu č.1

Výzkumný cíl č. 1: Do jaké míry jsou zdravotničtí záchranáři informováni o možnosti využívat ke komunikaci s dítětem s PVP doporučenou metodiku Ministerstva zdravotnictví.

Výzkumný předpoklad: Předpokládáme, že více jak 60 % záchranářů ZZS LK zná doporučenou metodiku Ministerstva zdravotnictví a umí ji použít.

K analýze výzkumného předpokladu byly použity otázky z dotazníku č.: 10, 11, 12, 13, 14, 20.

Tabulka č. 22: Analýza výzkumného předpokladu č. 1

Otázka	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
otázka č. 10	24,5 %	75,5 %	100,0 %
otázka č. 11	78,4 %	21,6 %	100,0 %
otázka č. 12	55,9 %	44,1 %	100,0 %
otázka č. 13	44,1 %	55,9 %	100,0 %
otázka č. 14	76,5 %	23,5 %	100,0 %
otázka č. 20	49,0 %	51,0 %	100,0 %
Aritmetický průměr	54,7 %	45,3 %	100,0 %

Zdroj: autor

Z analýzy těchto otázek vyplývá, že 54,7 % zdravotnických záchranářů zná doporučenou metodiku Ministerstva zdravotnictví ČR a umí ji použít. To znamená, že výzkumný předpoklad č. 1 není v souladu s výsledkem dotazníkového šetření.

3.4.2 Analýza výzkumného cíle a předpokladu č.2

Výzkumný cíl č. 2: Využívají v praxi zdravotníci záchranáři doporučenou metodiku Ministerstva zdravotnictví?

Výzkumný předpoklad: Předpokládáme, že více jak 30 % zdravotnických záchranářů využívá v praxi tuto doporučenou metodiku.

K analýze výzkumného předpokladu byla použita otázka z dotazníku č.: 11

Tabulka č. 23: Analýza výzkumného předpokladu č. 2

Otázka	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
otázka č. 11	21,6 %	78,4 %	100,0 %
Aritmetický průměr	21,6 %	78,4 %	100,0 %

Zdroj: autor

Z analýzy této dotazníkové otázky vyplývá, že 21,6 % zdravotnických záchranářů používá v praxi doporučenou metodiku Ministerstva zdravotnictví. Výzkumný předpoklad není v souladu s výsledky výzkumného šetření.

3.4.3 Analýza výzkumného cíle a předpokladu č. 3

Výzkumný cíl č. 3: Je podle názoru a zkušeností zdravotnických záchranářů, které s touto metodikou a Komunikačními kartami pracovali, pomůcka přínosná?

Výzkumný předpoklad: Předpokládáme, že záchranáři, kteří pracovali s metodikou, ji shledávají efektivní a přínosnou.

K analýze výzkumného předpokladu byly použity otázky z rozhovoru č.: 6, 10, 11

Rozhovorová otázka č. 6: Využila jste v této situaci konkrétní bod doporučené metodiky MZČR pro komunikaci s pacientem s pervazivní vývojovou poruchou?

V 6. otázce rozhovoru se řeší použití doporučené metodiky MZČR pro komunikaci s pacientem s pervazivní vývojovou poruchou. Respondentka č. 1 zde zmínila použití piktogramových kartiček, aby se dítě nechalo vyšetřit. „Věděla jsem od té pečovatelky, že chlapeček je háklivý na to, když se mu sahá na hlavu. A vlastně my jsme

tenkrát byli voláni na výjezd v prioritě 3, že má neklesající horečky to dítě a potřebovali jsme mu změřit tělesnou teplotu. V našich zásahových batozích máme teploměry bezkontaktní, ale tenkrát bezkontaktní nebyl a byl tam teploměr ušní, který se vlastně vkládá do zevního zvukovodu dítěte, a jelikož chlapec byl velice háklivý na svoji hlavu, na kterou se mu nesmělo sahat, tak jsme věděli, že když budeme potřebovat měřit teplotu, že nastane velký problém. Proto jsem věděla, že musím postupovat pomalu, opatrně a využila jsem k tomu, abych mu vysvětlila, co budu dělat, kartičky speciální, které vozíme ve voze v sanitce.“ (respondent č. 1). V druhém rozhovoru respondent č. 2 zmínil, že pro vysvětlení dítěti situace a vysvětlení vyšetřovacích výkonů bylo potřeba použít piktogramové kartičky. „Vím, že máme ve vozech právě na základě vyhlášky MZČR komunikační kartičky, které používáme v těchto indikacích, které používáme u autistických dětí nebo dětí, kteří mají takovýto problém. Jednak jsme se domlouvali s rodiči, ale protože ta situace byla taková složitá, byla tam bolest, byla to nestandardní situace pro to děťátko, tak jsme museli použít tzv. komunikační karty, které vozíme ve vozech, a protože tam potřeba kanylace žíly a eventuálně analgesedace, tak jsme potřebovali použít tyto kartičky, abychom jednak to dítě zastabilizovali, naložili, napolohovali, zajistili žilní vstup, změřili tlak, atd. Takže jsme vlastně vyndali ty kartičky a s nimi jsem se snažila, a s rodičema zároveň, nějakým způsobem se dobrat k tomu, aby to děťátko nebylo vystrašené a aby bylo edukované, co mu vlastně chceme dělat.“ (respondent č. 2)

Rozhovorová otázka č. 10: Jaká byla Vaše zkušenost s použitím piktogramových karet?

Otázka č. 10 zkoumá zkušenost při použití piktogramových karet v praxi. Z analýzy vyplývá, že zkušenost použití těchto karet byla příznivá. Dítěti stačily pro vysvětlení budoucích vyšetřovacích úkonů pouze dvě kartičky. Respondentka v odpovědi na tuto otázku popsala nejen pacientovo pochopení situace, ale také popsala, že karty posloužily jako odvrácení pozornosti od vyšetřovacích výkonů. „V tomto případě ta zkušenost byla velmi dobrá a to dítě mělo i závažnou poruchu ve smyslu mentální retardace, takže zvládlo pochopit pouze dvě kartičky za sebou a to kartička sáhnou na hlavu, tam je znázorněná ruka a kartička teploměru, která ho velmi zaujala, prohlížel si ji, držel tu kartičku v obou rukách a zároveň při tom jsem si dovolila strčit mu ten teploměr do ucha a změřit tělesnou teplotu a od toho se odvíjel další postup u našeho zásahu.“ (respondent č. 1) Respondent č. 2 v druhém rozhovoru stručně, ale jasně

popisuje efektivní práci s piktogramovými kartami: „*No, za mě byla úplně skvělá, bylo to úplně super. Piktogramové kartičky jsou perfektní. Na děťátku bylo vidět, že bylo vysoce inteligentní, a že opravdu chápe, co na těch obrázkách je. Ono na mě opravdu koukalo, že vědělo, orientovalo se. Ty piktogramové kartičky byla velice efektivní pomůcka při zvládnutí té situace.*“ (respondent č. 2)

Rozhovorová otázka č. 11: Pochopilo dítě pomocí obrázkových karet úkony, které jste potřebovala provést?

V rozhovorové otázce č. 11 se zkoumá, zda dětský pacient pochopil pomocí obrázkových karet výkony, které daný respondent potřeboval v praxi provést. Z odpovědi na tuto otázku vyplynulo, že pacient pomocí těchto piktogramových karet je schopen lépe pochopit danou situaci a pochopit úkony, které je zapotřebí provést pro jeho vyšetření či ošetření. Respondentka č. 1 odpověděla velmi stručně a výstižně: „*Ano, pochopilo*“ (respondent č. 1). Z druhého rozhovoru vyplývá, že pediatrický pacient pochopil dle piktogramových karet budoucí vyšetřovací a ošetrovací výkony. Respondentka č. 2 popisuje situaci: „*Pochopilo. Určitě minimálně z 50 %. Asi nepochopilo úplně všechny kartičky, které já jsem v tu danou chvíli mu ukazovala, ale tam taky hrála roli ta bolest. Nicméně při tom napichování, což pro mě bylo úplně stěžejní, zajistit žilní vstup, abychom mohli dát analgetika, tak to pomohlo velice. To bylo pro mě jako gró. Já jsem se nechtěla na to dítě vrhnout, prostě aby ho zalehlo 10 lidí a abychom ho napichovali za nějakých šílených dramatických podmínek. Tomu se vždycky strašně bráním u jakéhokoli pacienta. A to děťátko to opravdu krásně pochopilo. Bylo to opravdu super.*“ (respondent č. 2)

Na podkladě pozitivních odpovědí obou respondentů z rozhovorových otázek č. 6, 10 a 11, vyplývá, že záchranáři, kteří pracovali s metodikou, ji shledávají velmi efektivní a přínosnou. Výzkumný předpoklad č. 3 je tak v souladu s daným výsledky výzkumného šetření.

3.4.4 Analýza výzkumného cíle a předpokladu č. 4

Výzkumný cíl č. 4: Do jaké míry jsou zdravotničtí záchranáři informováni o možnosti využívání ke komunikaci s dítětem s PVP Komunikační karty?

Výzkumný předpoklad: Předpokládáme, že více jak 40 % zdravotnických záchranářů ZZS LK zná Komunikační karty pro efektivnější komunikaci s pacienty s PVP a umí ji použít.

K analýze výzkumného předpokladu byly použity otázky z dotazníku č.: 16, 17, 18, 19, 20.

Tabulka č. 24: Analýza výzkumného předpokladu č. 4

Otázka	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
otázka č. 16	24,5 %	75,5 %	100,0 %
otázka č. 17	25,5 %	74,5 %	100,0 %
otázka č. 18	59,8 %	40,2 %	100,0 %
otázka č. 19	50,0 %	50,0 %	100,0 %
otázka č. 20	49,0 %	45,3 %	100,0 %
Aritmetický průměr	41,8 %	57,1 %	100,0 %

Zdroj: autor

Z analýzy dotazníkových otázek vyplývá, že 41,8 % zdravotnických záchranářů zná Komunikační piktogramové karty a umí je v praxi použít. Výzkumný předpoklad č. 4 je v souladu s výsledky dotazníkového šetření.

3.4.5 Analýza výzkumného cíle a předpokladu č. 5

Při vytváření dotazníkových otázek jsem vytyčila další dílčí cíl bakalářské práce, který mapuje celkovou informovanost zdravotnických záchranářů o pervazivních vývojových poruchách a specifiích komunikace s pacienty s touto poruchou.

Výzkumný cíl č. 5: Zmapování informovanosti zdravotnických záchranářů o pervazivní vývojové poruše a specifiích komunikace s pacienty s touto poruchou.

Výzkumný předpoklad: Předpokládáme, že více jak 40 % záchranářů ZZSLK zná název pervazivní vývojová porucha a umí jej definovat.

K analýze výzkumného předpokladu byly použity otázky z dotazníku č.: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9

Tabulka č. 25: Analýza výzkumného předpokladu č. 5

Otázka	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
otázka č. 1	32,4 %	67,6 %	100,0 %
otázka č. 2	55,9 %	44,1 %	100,0 %
otázka č. 4	52,0 %	48,0 %	100,0 %
otázka č. 5	29,4 %	70,6 %	100,0 %
otázka č. 7	37,3 %	62,7 %	100,0 %
otázka č. 8	39,2 %	60,8 %	100,0 %
otázka č. 9	38,2 %	61,8 %	100,0 %
Aritmetický průměr	40,6 %	59,4 %	100,0 %

Zdroj: autor

Z analýzy otázek z dotazníku vyplývá, že 40,6 % záchranářů zdravotnické záchranné služby zná pojem pervazivní vývojová porucha a umí jej definovat. Výzkumný předpoklad č. 5 je v souladu s výsledky výzkumného šetření.

4 Diskuze

Bakalářská práce se zaměřovala na znalosti zdravotnických záchranářů v komunikaci s pediatrickým pacientem s pervazivní vývojovou poruchou. Tato porucha je čím dál tím častěji diagnostikována, a proto stoupá i pravděpodobnost častějších výjezdů zdravotnické záchranné služby k těmto pediatrickým pacientům.

Informace k mé práci jsem sbírala v české literatuře i zahraniční literatuře a v jiných kvalifikačních pracích. Základním zdrojem informací o pervazivních vývojových poruchách byly osobní schůzky s psychiatry a podílení se na jimi vedených terapiích, kde jsem mohla pochopit individuální vnímání dětí s pervazivní vývojovou poruchou. Často jsem se setkávala s odlišnými názory, a to především u etiopatogeneze autismu. Je také důležité zmínit, že u žádného dítěte s PVP není přesně znějící a totožný klinický obraz, čímž vznikají velké odlišnosti u jednotlivých pacientů, a proto se tato problematika stává velmi rozsáhlým, těžce uchopitelným a bohužel mnohdy přehlíženým tématem, jak ve společnosti, tak mezi zdravotníky.

V teoretické části práce byl popsán termín pervazivní vývojová porucha, dále historie vývojových poruch, jejich klasifikace a popis klinických obrazů jednotlivých poddruhů. Protože se jedná o zaměření na informovanost zdravotnických záchranářů s touto problematikou, je v práci popsáno rozdělení priorit výjezdů ZZS a jejich naléhavost. Nejzásadnější roli při zásahu u dítěte s pervazivní vývojovou poruchou hraje komunikace, která je tedy v teoretické části práce podrobněji popsána, včetně metodických doporučení Ministerstva zdravotnictví.

Ve výzkumné části práce bylo hlavním cílem zjistit a zmapovat míru informovanosti zdravotnických záchranářů Libereckého kraje o pervazivních vývojových poruchách a o specifikách komunikace s dětským pacientem s touto diagnózou dle soudobých metodických doporučení Ministerstva zdravotnictví. Dalšími cíli bylo zjištění, zda tyto metodiky zdravotničtí záchranáři využívají a jak je hodnotí. Celkem bylo vytyčeno 5 výzkumných cílů s danými předpoklady.

K výzkumnému cíli č. 1 jsme předpokládali, že zdravotničtí záchranáři budou více jak v 60 % znát metodu MZČR („Desatero“) a budou ji umět použít. Z analýzy vyplynulo, že sice více než polovina (tj. 54,7 %) toto splňuje, nicméně předpoklad splněn nebyl. V roce 2006 Národní rada osob se zdravotním postižením České republiky

vytvořila projekt Desatera komunikace pro nejčastější typy zdravotního postižení. Tento projekt o dva roky později doplnila organizace APLA-JM (Asociace pomáhající lidem s autismem – jižní Morava) a vytvořila tzv. Desatero komunikace s pacienty s poruchou autistického spektra. Toto aktualizované „Desatero“ vydalo jako metodické doporučení Ministerstvo zdravotnictví České republiky a je k dispozici od roku 2016, kdy vyšlo ve Věstníku MZČR. Podkladem pro tento výzkumný cíl byly studie, které byly zaměřené na informovanost zdravotnických pracovníků o možném využití doporučených postupů a obrázkových karet pro komunikaci s pacienty s PVP. Hlavní výchozí studií, která je zaměřena na toto téma byla provedena v Rusku a jejím cílem bylo zjistit informovanost o poruchách autistického spektra, jejich terapiích a komunikačních metod s pacienty s touto poruchou. Výsledkem studie bylo zjištění, že většina zdravotnických pracovníků mělo velmi omezené znalosti o této poruše a o nízké znalosti v rámci komunikace s těmito pacienty. Důležitou informací z tohoto výzkumu je potvrzení ze strany respondentů, že by bylo vhodné o této problematice více hovořit a v tomto směru se více vzdělávat.

Výzkumný cíl č. 2 se zaměřoval na využívání doporučené metodiky Ministerstva zdravotnictví v praxi zdravotnických záchranářů. K tomuto cíli byl stanoven předpoklad, že více jak 30 % zdravotnických záchranářů využívá v praxi tuto doporučenou metodiku. Z analýzy dotazníkového šetření vyplynulo, že pouze 21,6 % zdravotnických záchranářů splnilo kritéria této výzkumné otázky, a proto výzkumný předpoklad splněn nebyl. Pro tento výzkumný cíl jsem zjišťovala, zda i jiné státy mají podobnou doporučenou metodiku od Ministerstva zdravotnictví či jiných organizací. Slovenská republika má od roku 2019 obdobné metodické doporučení od Ministerstva zdravotnictví Slovenské republiky (Metodické usmernenie pre komunikáciu s žiakmi alebo pacientmi s autistickým spektrom), které je cílené pro práci se žáky, ale i pacienty s PAS. Ve Spojených státech amerických vydává metodické doporučení pro praxi organizace National Autism Center (Národní centrum pro autismus a poruchy související s vývojem). K tomuto výzkumnému cíli nebyla ještě žádná vědecká studie nebo výzkum napsán.

Ve výzkumném cíli č. 3 jsme předpokládali, že více jak 75 % zdravotnických záchranářů tuto doporučenou metodiku shledá jako přínosnou. Na podkladě rozhovorů bylo zřejmé, že doporučená metodika, hlavně použití piktogramových karet, byla vždy přínosná a relativně efektivní, proto byl výzkumný předpoklad k tomuto cíli v rámci rozhovorového šetření splněn. K tomuto předpokladu jsem využila zahraniční studii ze Spojených států amerických, která zkoumala efektivnost piktogramových kartiček pro

komunikaci a řeči u dětí s poruchou autistického spektra. Tento výzkum vyšel v odborném časopisu „Speech-language pathology“. Autoři tohoto výzkumu pracovali se systémem Picture Exchange Communication System (PECS), který umožňuje dětem s nerozvinutou komunikační schopností pochopit sdělení, dát najevo své potřeby či emoce. Ačkoli z výsledků vyplynulo, že ve sféře verbální komunikace s těmito kartami byly výsledky na nízké úrovni, tak ve formě neverbální komunikace tyto piktogramové karty získaly velký úspěch. Důležité je poznamenat, že pozitivní výsledky byly výraznější, když byl tento obrázkový systém předkládán dětem zkušeným terapeutem, který PECS perfektně zná a umí jej použít.

K výzkumnému cíli č. 4 jsme předpokládali, že více jak 40 % zdravotnických záchranářů ZZS LK zná Komunikační karty pro efektivnější komunikaci s pacienty s PVP a umí ji použít. Z analýzy vyplynulo, že hraniční procento (tj. 41,8 %) zdravotnických záchranářů zná Komunikační piktogramové karty a umí je v praxi použít, a proto je výzkumný předpoklad v souladu s výsledky dotazníkového šetření. Výchozím výzkumem k tomuto cíli byla analýza využití metod AAK (Augmentativní Alternativní Komunikace) u osob s demencí a osob s poruchou autistického spektra. Tato studie byla publikována v roce 2020 a zkoumala používání metody AAK jak v České republice, kde je tato metoda označena jako VOKS (Výměnný obrázkový komunikační systém), tak v ostatních státech Evropy. V zemích, které se začlenily do tohoto výzkumu, jsou v rámci vysokoškolského studia v oboru logopedie nebo ergoterapie cíleně vzdělávání v používání této obrázkové komunikační metody. Z tohoto zjištění vyplývá, že velmi omezené obory ve vysokoškolském vzdělávání jsou obeznámeni s touto metodou pro komunikaci s pacienty s PVP. V této studii je zmíněno, že zdravotnická zařízení v rámci ošetrovatelské péče používají koncept využívající metody AAK, kdy se používá velmi prostá komunikace a neverbální komunikace. Tato metoda je známa spíše jako „Komunikační karty“.

Ve výzkumném cíli č. 5 jsme předpokládali, že více jak 40 % zdravotnických záchranářů, zná pojem pervazivní vývojová porucha a umí ji popsat. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 40,6 % splňuje kritéria, ačkoli velmi hraničně. Předpoklad byl splněn. Pro tento výzkumný cíl jsem dělala rešerši odborných knih o PVP, určených právě pro zdravotnické pracovníky. Zjistilo se, že pro zdravotnické obory této odborné literatury není mnoho. Téma pervazivních vývojových poruch a specifík komunikace a jednání s těmito lidmi je zastoupeno nejvíce v pedagogických oborech. K tomuto

výzkumnému cíli se váže vědecká studie s názvem: Znalosti vysokoškolských studentů o poruchách autistického spektra měřené validovaným testem. Autoři této studie (Veronika Bárová, Dana Brabcová, Jiří Kohout), pro tento výzkum validovaný test o 24 otázkách týkajících se poruch autistického spektra, diagnostiku a příznaky těchto poruch, jejich prevenci a možnou terapii. Respondenti byli vybráni z humanitních oborů, technického zaměření a přírodovědného zaměření. Celkově se této studii účastnilo 328 respondentů. Průměrně byla v tomto testu úspěšnost 36,4 %, tudíž z výsledků studie vyplynulo, že studenti vysokých škol v České republice mají relativně nízkou úroveň znalostí o těchto poruchách. Z této studie je zřejmé, že povědomí vysokoškolsky vzdělaných jedinců (i z oboru humanitních věd) o pervazivních vývojových poruchách je poměrně nízké.

Tato problematika je velmi rozsáhlým tématem, proto jsem se snažila o maximální možnou redukci počtu stran práce, což kolidovalo s obsahem. Důležité, ale bylo seznámení s druhy těchto poruch, popsání klinických znaků a soupis specifik komunikace a jednání s těmito pacienty.

5 Návrh doporučení pro praxi

Výzkumná část této bakalářské práce byla zaměřena na zmapování informovanosti zdravotnických záchranářů o pediatrických pacientech s pervazivní vývojovou poruchou, specifikách a možnostech efektivnější komunikace s nimi, jako jsou Komunikační karty nebo doporučená metodika Ministerstva zdravotnictví („Desatero“). Tato problematika je mnohdy opomíjena a podceňována, a ačkoli větší část výsledků výzkumného šetření jsou v souladu se stanovenými výzkumnými předpoklady, nelze tyto výsledky považovat za dostatečné. Z výzkumu je zřejmé, že méně jak polovina respondentů (tj. 40,6 %) dokáže definovat pojem pervazivní vývojová porucha a umí popsat klinický obraz této diagnózy. K tomuto výsledku se váží také neznalosti o doporučené metodice Ministerstva zdravotnictví a pomocných Komunikačních karet. Z výzkumu vyplynulo, že méně jak 30 % zdravotnických záchranářů používá u pediatrických pacientů s touto vývojovou poruchou doporučenou metodiku, přestože z kvalitativního šetření se ukázala jako velmi přínosnou metodou k zvládnutí komunikace s těmito pacienty.

Z těchto výsledků usuzuji, že by bylo vhodné více se zabývat touto problematikou, ať už z pohledu školství (zdravotnických škol), tak z pohledu osobního zájmu zdravotnických záchranářů.

Výstupem této práce je mnou vytvořený informační poster (viz. Příloha D), který stručně sděluje klinický obraz pacientů s PVP a zmiňuje a popisuje „Desatero“ i použití Komunikačních karet. Tento poster bych doporučila vyvěsit na nástěnky v denních místnostech záchranářů jednotlivých výjezdových stanic ZZS LK, p.o.

6 Závěr

Cíl této bakalářské práce bylo zmapování informovanosti zdravotnických záchranářů Libereckého kraje o pervazivní vývojové poruše a o znalosti metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví a Komunikačních karet, které napomáhají snažší komunikaci mezi dětským pacientem s pervazivní vývojovou poruchou a nelékařským zdravotníkem (zdravotnickým záchranářem).

Teoretická část popsala historii pervazivních vývojových poruch, jejich klasifikaci, klinický obraz, diagnostiku a specifika komunikace s pacienty s touto poruchou. Dále jsou v teoretické části představeny druhy augmentativní a alternativní komunikace, které pacienti s touto poruchou využívají pro pochopení sdělení nebo pro efektivnější komunikaci. V poslední části teoretické části je popsáno fungování zdravotnické záchranné služby v libereckém kraji a druhy jejich výjezdů společně s NACA skórováním, který popisuje prioritu těchto výjezdů.

Výzkumná část práce byla zaměřena na splnění hlavních a dílčích cílů. Výzkum byl proveden kombinací kvantitativní a kvalitativní metodou. Technikou práce kvantitativního výzkumu byl standardizovaný dotazník s 20 otázkami a pro tuto práci byl stěžejní. Pro kvalitativní výzkum byla zvolena metoda v podobě standardizovaný rozhovoru, který doplnil kvantitativní metodu výzkumu. Rozhovor tvořil 19 otázek.

Výzkumným cílem č. 1 bylo zjistit míru informovanosti zdravotnických záchranářů o možnosti využívání ke komunikaci s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou doporučenou metodiku Ministerstva zdravotnictví. Pro tento výzkumný cíl byl zvolen výzkumný předpoklad č. 1: Předpokládáme, že více jak 60 % záchranářů ZZS LK zná doporučenou metodiku Ministerstva zdravotnictví a umí ji použít. Vypočítáním aritmetického průměru ze splněných kritérií (tj. 54,7 %) z otázek č. 10, 11, 12, 13, 14 a 20, oproti předpokládaným 60 %, vyplynulo, že výzkumný předpoklad č.1 není v souladu s výsledky výzkumného šetření k výzkumnému cíli č. 1.

Výzkumný cíl č. 2 byl zaměřen na používání doporučené metodiky Ministerstva zdravotnictví („Desatera“) zdravotnickými záchranáři v praxi. Pro tento výzkumný cíl byl zvolen výzkumný předpoklad č. 2, který zní: Předpokládáme, že více jak 30 % zdravotnických záchranářů využívá v praxi tuto doporučenou metodiku. K analýze byla

použita dotazníková otázka č. 11. Hodnota splněných kritérií byla 21,6 %, což je v souladu s výzkumným předpokladem (30 %).

Výzkumný cíl č. 3 zkoumal, zda podle názoru a zkušeností zdravotnických záchranářů je tato metodika přínosná a efektivní v rámci komunikace a jednání s pacientem s PVP. Pro tento výzkumný cíl byly vyhrazeny otázky z rozhovoru č. 6, 10 a 11. Výzkumný předpoklad zní: Předpokládáme, že více jak 75 % zdravotnických záchranářů tuto metodiku shledává jako přínosnou. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že k zmiňovaná metodika MZČR a Komunikační karty jsou hodnoceny velmi kladně, a proto je výzkumný předpoklad v souladu s výzkumným šetřením.

Výzkumným cílem č. 4 bylo zjistit, do jaké míry jsou zdravotničtí záchranáři informováni o možnosti používání Komunikačních karet ke komunikaci s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou. Pro tento výzkumný cíl byl zvolen výzkumný předpoklad č. 3: Předpokládáme, že více jak 40 % zdravotnických záchranářů ZZS LK zná Komunikační karty pro efektivnější komunikaci s pacienty s PVP a umí ji použít. Ke zkoumání tohoto cíle byla použita otázka dotazníku č. 16, 17, 18, 19, 20. Z dotazníkového šetření vyplynula hodnota splněných kritérií 41,8 %, a tím je výzkumný předpoklad k výzkumnému cíli č. 4 v souladu s výsledky výzkumného šetření. Toto tvrzení je postaveno na výpočtu aritmetického průměru z výše uvedených dotazníkových otázek.

Výzkumný cíl č. 5 byl zaměřen na zmapování informovanosti zdravotnických záchranářů o pervazivní vývojové poruše a specifikách komunikace s pacienty s touto poruchou. K tomuto výzkumnému cíli byl zvolen výzkumný předpoklad č. 5, a to: Předpokládáme, že více jak 40 % záchranářů ZZSLK zná název pervazivní vývojová porucha a umí jej definovat. Na základě výpočtu aritmetického průměru z hodnot splněných kritérií je 40,6 %, vyplynulo že výzkumný předpoklad k výzkumnému cíli č. 5 je v souladu s výsledky dotazníkového šetření. Aritmetický průměr byl vypočten z odpovědí na otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 a 9.

Z výsledků tohoto výzkumu vyplývá, že ačkoli většina výzkumných předpokladů byla v souladu s výsledky dotazníkové šetření, nejsou zdravotničtí záchranáři dostatečně znalí o pervazivních vývojových poruchách, komunikaci s těmito pacienty a dostatečně informovaní o metodickém doporučení Ministerstva zdravotnictví a Komunikačních karet, které usnadňují komunikaci s pacienty s pervazivní vývojovou poruchou.

Seznam použité literatury

ANTOŠOVÁ, Eliška. 2021. *Na autismus jediné autibiotika*. První vydání. Valašské Meziříčí: Igor Indruch. ISBN 978-80-88392-14-9.

ASKHAM, Angie Voyles. 2021. New studies reveal how autism might alter synapse formation, pruning | Spectrum | Autism Research News. SPECTRUM. Home | Spectrum | Autism Research News [online]. [USA: 2008]. [cit. 2-5-2023]. Dostupné z: <https://www.spectrumnews.org/news/new-studies-reveal-how-autism-might-alter-synapse-formation-pruning/>

BÁROVÁ, Veronika, Dana BRABCOVÁ a Jiří KOHOUT. 2018. *Knowledge of university students about autism spectrum disorders measured by a validated test*. e-Pedagogium. **18**(1), 16–32. DOI 10.5507/epd.2018.003.

BENDOVÁ, Petra. 2014. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-508-0.

BOGDASHINA, Ol'ga. 2017. *Specifika smyslového vnímání u autismu a Aspergerova syndromu*. Vydání první. V Praze: Pasparta. ISBN 978-80-88163-06-0.

BOUCHER, Jill. 2017. *Autism Spectrum Disorder: characteristics, causes and practical issues*. Second edition. Los Angeles London New Delhi Singapore Washington D.C. Melbourne: SAGE. ISBN 978-1-4462-9567-0.

CAMPBELL, Jonathan M. et al. 2019. Educating Students About Autism Spectrum Disorder Using the Kit for Kids Curriculum: Effects on Knowledge and Attitudes. *School Psychology Review*. **48**(2), 145–156. DOI 10.17105/SPR-2017-0091.V48-2.

CLENDON, Sally et al. 2021. Emergent Literacy Assessment in Children With Autism Spectrum Disorder Who Have Limited Verbal Communication Skills: A Tutorial. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. **52**(1), 165–180. DOI 10.1044/2020_LSHSS-20-00030.

COTTINI, Lucio et al. 2017. *Autismus: jak pracovat s dětmi a dospívajícími s poruchami autistického spektra: komplexní manuál a rádce při realizaci inkluzivního vzdělávání pro pedagogy, terapeutky a rodiče*. Praha: Logos. ISBN 978-80-906707-1-6.

ČESKO. 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sbírnka zákonů České republiky. Částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=374/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

ČESKO. 2011. Zákon č. 374 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírnka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4839-4894. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=374/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

DAMI, Fabrice et al. 2015. Prehospital triage accuracy in a criteria based dispatch centre. *BMC Emergency Medicine*. **15**(1), 32. DOI 10.1186/s12873-015-0058-x.

FRANĚK, Ondřej. 2012. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. 6., opr.dopl. vyd. Praha: s.n. ISBN 978-80-260-3680-7.

HAVLOVÁ, Jitka. 2023. *Diskuze o pervazivních vývojových poruchách* [rozhovor]. Liberec: Centrum LIRA, z.ú., 9. 1. 2023

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

HRDLIČKA, Michal. 2020. *Mýty a fakta o autismu*. Place of publication not identified: Portál, s. r. o : Portál. ISBN 978-80-262-1682-7.

HRUŠKA, L et al. 2020. *Analýza využití metod AAK u osob s demencí a osob s PAS v zahraničí*. Ostrava: ACCENDO, 2020. Zveřejnilo Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z: <http://rssl.mpsv.cz/projekt/vystupy-a-dokumenty/>

CHALUPOVÁ, Veronika. 2017. Dětský pacient s dg. autismus – specifika zásahu v přednemocniční neodkladné péči (číslo 7-8 / 2017) | Archiv | Odborné články | Florence - Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese. CARE COMM S.R.O. Florence - Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese [online]. Praha: Care Comm s.r.o., [cit. 2023-03-01]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/7/detsky-pacient-s-dg-autismus-specifika-zasahu-v-prednemocnicni-neodkladne-peci/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2017. Komunikační soubor pro osoby s poruchou autistického spektra - Ministerstvo zdravotnictví. *Ministerstvo zdravotnictví*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2017-03-23, aktualiz. 2020-08-10 [cit. 2023-03-01]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/komunikacni-soubor-pro-osoby-s-poruchou-autistickeho-spektra/>

MIXA, Vladimír., Pavel HEINIGE a Václav VOBRUBA. 2021. *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3088-7.

MUKHAMEDSHINA, Y. O. et al. 2022. *Health care providers' awareness on medical management of children with autism spectrum disorder: cross-sectional study in Russia*. BMC Medical Education. 22(1), 29. DOI 10.1186/s12909-021-03095-8.

PLOCKOVÁ, Lenka. 2013. *Etické aspekty péče o dítě s poruchou autistického spektra (komunikace s rodiči, prarodiči apod.)*. Diplomová práce. České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné také z: <https://theses.cz/id/7xihhh/5258009>

PODSEDNÍKOVÁ, Petra. 2019. *Komunikace dítěte s poruchou autistického spektra*. Bakalářská práce. Brno. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky. Dostupné také z: <https://is.muni.cz/th/v3btv/>

PUŠ, Jan. 2016. Předcházení a řešení afektů u dětí s poruchou autistického spektra | Šance Dětem. OBECNĚ PROSPĚŠNÁ SPOLEČNOST SIRIUS, O.P.S. *homepage* | *Šance Dětem* [online]. Praha: Obecně prospěšná společnost Sirius, o.p.s., 2011-2023, aktualiz. 2023-01-23. [cit. 2023-03-01]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/predchazeni-reseni-afektu-u-deti-s-poruchou-autistickeho-spektra>

RABOCH, Jiří et al., eds. 2015. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum. ISBN 978-80-86471-52-5.

REDAKCE. 2016. Autismus – Meltdown a shutdown – NEURODIVERZITA. NEURODIVERZITA. *Neurodiverzita – informace o autismu – NEURODIVERZITA* [online]. [Česká republika]. 2012. [cit. 2023-03-01]. Dostupné z: <https://www.neurodiverzita.cz/2016/01/27/autismus-meltdown-shutdown-html/>

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

SLOVÁK, Dalibor, et al., eds. 2018. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018. Tabeleární část*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.

SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDICÍNY A MEDICÍNY KATASTROF ČSL JEP. 2017. *Používání skóre NACA v podmínkách PNP: Doporučený postup*. [Ostrava: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně]. Zveřejnila Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČSL JEP. Dostupné také z: https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2019/03/2017_NACA.pdf

STRAUSSOVÁ, Romana, Monika KNOTKOVÁ a Ivana MÁTLOVÁ. 2017. *Obrázkový slovník sociálních situací pro děti nejen s poruchou autistického spektra*. 2. upravené vydání, v tomto nakladatelství 1. vydání. Praha: CTA, Centrum terapie autismu. ISBN 978-80-906900-0-4.

STRUNECKÁ, Anna. 2016. *Přemůžeme autismus?* Petrovice: ProfiSales. ISBN 978-80-87494-23-3.

ŠARKÖZYOVÁ, Lucie. 2020. *Jak pracovat s dítětem s poruchou autistického spektra (PAS)*. První vydání. Praha: Powerprint. ISBN 978-80-7568-241-3.

ŠAROUNOVÁ, Jana. 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0716-0.

ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ. 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.

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

THOROVÁ, Kateřina. 2012. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0215-8.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. 2014. *Posuzování verbální a neverbální složky komunikace ve speciálněpedagogické praxi: výsledky partikulárních výzkumných šetření*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3989-1.

VÍTKOVÁ, Markéta a Kateřina ČÍŽKOVÁ. 2021. *Jak barevná je modrá: letem světem autismem*. Vydání první. Sedlčany: Spolek pro Sedlčansko a Královéhradecko z.s. ISBN 978-80-270-9327-4.

VOLKMAR, Fred R. a Lisa A. WIESNER. 2018. *Essential clinical guide to understanding and treating autism*. First edition. Hoboken, New Jersey: Wiley. ISBN 978-1-119-42704-9.

ZDRAVOTNICKÁ ZÁHRANNÁ SLUŽBA LIBERECKÉHO KRAJE. 2017. Základní informace. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA LIBERECKÉHO KRAJE. ZZSLK Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, p.o. [online]. Liberec. [2023-03-01]. Dostupné z: <https://www.zzslk.cz/zakladni-informace/>

Seznam tabulek

- Tabulka č. 1: rozdělení stupňů naléhavosti a k nim nejvhodnější výjezdovou skupinu
- Tabulka č. 2: Informovanost zdravotnických záchranářů o pojmu pervazivní vývojová porucha
- Tabulka č. 3: Pojem pervazivní vývojová porucha (PVP)
- Tabulka č. 4: Zmapování zdroje informací o pervazivní vývojové poruše a specifických komunikace s dětmi s touto poruchou
- Tabulka č. 5: Klinický obraz dětí s PVP
- Tabulka č. 6: Komunikace s dítětem s PVP
- Tabulka č. 7: Setkání s pacientem s pervazivní vývojovou poruchou
- Tabulka č. 8: Verbální komunikace s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou
- Tabulka č. 9: Zvládnutí neklidu dítěte při poskytování PNP či transportu
- Tabulka č. 10: Vysvětlování dítěti postup vyšetření a ošetření
- Tabulka č. 11: Znalost metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví pro komunikaci s pacienty s PVP (tzv. Desatera)
- Tabulka č. 12: Použití a postupování dle „Desatera“
- Tabulka č. 13: Jak funguje dle respondentů „Desatero“
- Tabulka č. 14: Doporučení z „Desatera“
- Tabulka č. 15: Nutnost podání zklidňující farmakoterapie či narkózy dle „Desatera“
- Tabulka č. 16: Informovanost o pomůcce pro komunikaci s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou
- Tabulka č. 17: Znalost práce s piktogramovými kartami pro usnadnění komunikace s pacienty s pervazivní vývojovou poruchou
- Tabulka č. 18: Usnadnění komunikace s pacientem s PVP s použitím piktogramových karet
- Tabulka č. 19: Znalost systému předkládání piktogramových karet dítěti s PVP
- Tabulka č. 20: Znalost piktogramových karet
- Tabulka č. 21: Znalost o použití „Desatera“ a Komunikačních karet vzájemnosti s prioritou výjezdu či vzletu
- Tabulka č. 22: Analýza výzkumného předpokladu č. 1
- Tabulka č. 23: Analýza výzkumného předpokladu č. 2
- Tabulka č. 24: Analýza výzkumného předpokladu č. 4
- Tabulka č. 25: Analýza výzkumného předpokladu č. 5

Seznam grafů

- Graf č. 1: Informovanost zdravotnických záchranářů o pojmu pervazivní vývojová porucha
- Graf č. 2: Pojem pervazivní vývojová porucha (PVP)
- Graf č. 3: Zmapování zdroje informací o pervazivní vývojové poruše a specifiích komunikace s dětmi s touto poruchou
- Graf č. 4: Klinický obraz dětí s PVP
- Graf č. 5: Komunikace s dítětem s PVP
- Graf č. 6: Setkání s pacientem s pervazivní vývojovou poruchou
- Graf č. 7: Verbální komunikace s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou
- Graf č. 8: Zvládnutí neklidu dítěte při poskytování PNP či transportu
- Graf č. 9: Vysvětlování dítěti postup vyšetření a ošetření
- Graf č. 10: Znalost metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví pro komunikaci s pacienty s PVP (tzv. Desatera)
- Graf č. 11: Použití a postupování dle „Desatera“
- Graf č. 12: Jak funguje dle respondentů „Desatero“
- Graf č. 13: Doporučení z „Desatera“
- Graf č. 14: Nutnost podání zklidňující farmakoterapie či narkózy dle „Desatera“
- Graf č. 15: Informovanost o pomůcce pro komunikaci s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou
- Graf č. 16: Znalost práce s piktogramovými kartami pro usnadnění komunikace s pacienty s pervazivní vývojovou poruchou
- Graf č. 17: Usnadnění komunikace s pacientem s PVP s použitím piktogramových karet
- Graf č. 18: Znalost systému předkládání piktogramových karet dítěti s PVP
- Graf č. 19: Znalost piktogramových karet
- Graf č. 20: Znalost o použití „Desatera“ a Komunikačních karet vzájemnosti s prioritou výjezdu či vzletu

Seznam příloh

Příloha A: Protokol k realizaci výzkumu





Příloha B: Dotazník

Příloha C: Otázky rozhovoru

Příloha D: Informační poster

Příloha A: Protokol k realizaci výzkumu

PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Mariana Černá
Osobní číslo studenta:	D20000047
Univerzitní e-mail studenta:	mariana.cerna@tul.cz
Studijní program:	Zdravotnické záchranářství
Ročník:	III.
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Specifikace komunikace s dítětem s pervazivní vývojovou poruchou v přednemocniční neodkladné péči
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Veronika Chalupová
Metoda a technika výzkumu:	Kvalitativní, kvantitativní (dotazník, rozhovory)
Soubor respondentů:	Záchranáři Libereckého kraje
Název pracoviště realizace výzkumu:	ZZS Libereckého kraje
Datum zahájení výzkumu:	16. 1. 2023
Datum ukončení výzkumu:	31. 3. 2023
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Vyjádření vedoucího kvalifikační práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> bude spojen <input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen
Souhlas vedoucího pracovníka instituce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	<input type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Prohlášení studenta	
<p>Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován. V kvalifikační práci nebude uveden název instituce, pokud není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.</p>	
Vyjádření vedoucího pracovníka instituce o případném zveřejnění názvu instituce v kvalifikační práci a v publikacích souvisejících s kvalifikační prací:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis studenta:	
Podpis vedoucího práce:	
Podpis vedoucího pracovníka instituce:	
Podpis vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	

Příloha B: Dotazník

1. Víte, co znamená pojem pervazivní vývojová porucha?
 - a) ano
 - b) ne
2. Pojmeme pervazivní vývojová porucha (PVP) rozumíme:
 - a) dětský autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom
 - b) porucha autistického spektra
 - c) dětská dezintegrační porucha
3. O pervazivní vývojové poruše a specifických komunikace s dětmi s touto poruchou jste se dozvěděl/la ze:
 - a) svého studia
 - b) své práce
 - c) médií
4. Jaký mají klinický obraz děti s PVP?
 - a) tzv. triáda kognitivních a behaviorálních funkcí (poruchy reciproce v komunikaci, socializaci a v imaginaci)
 - b) nemluví, jsou plašší, bojí se
 - c) mají záchvaty vzteku, ubližují si a někdy ubližují okolí
5. Víte, jak komunikovat s dětským pacientem s PVP?
 - a) ano
 - b) ne
6. Už jste se setkal/a s pacientem s pervazivní vývojovou poruchou?
 - a) ano
 - b) ne
7. Při verbální komunikaci s dítětem s vývojovou pervazivní poruchou je vhodné mluvit:
 - a) nahlas a zřetelně artikulovat, hodně gestikulovat, aby děti pochopily význam sdělovaného
 - b) potichu, dítě sem tam pohladit, hodně se přibližovat k malému pacientovi
 - c) zachovat klidnou běžnou intonaci, nevstupovat do osobního prostoru dítěte, zbytečně se nedotýkat (obecně nemají rády taktilní podněty), pokud dítě nemluví, lze po dohodě s rodiči či opatrovníkem použít obrázkové piktogramy
8. Při neklidu dítěte při poskytování PNP či transportu je vhodné:
 - a) napomenout ho a snažit se dítě nahlas vyzvat ke zklidnění tak, aby nás pochopilo
 - b) vypnout či zeslabit hlasité podněty okolí (pípání alarmu monitoru, výstražný zvukový signál sanitního vozu, aj.), dovolit mu mít u sebe svou oblíbenou věc
 - c) snažit se ho uklidnit objetím či pohlazením
9. Při vysvětlování vyšetření a ošetření, které musí podstoupit si budete počínat:
 - a) nahlas a rychle vysvětlovat co musí podstoupit, ať je to co nejrychleji za ním
 - b) normálně, jako s neurotypickým dítětem
 - c) klidně a velmi trpělivě, co nejjednodušeji bez abstrakcí mu vysvětlíte co se bude dít, případně použijete Komunikační karty s piktogramy, které usnadňují vysvětlení posloupností jednotlivých výkonů
10. Znáte metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví pro komunikaci s pacienty s PVP (tzv. Desatero)?
 - a) ano
 - b) ne
11. Postupoval/a jste ve své praxi někdy podle tohoto „Desatera“?
 - a) ano

- b) ne
12. „Desatero” funguje:
- za každých okolností, u každého pacienta s pervazivní vývojovou poruchou
 - pouze u pacientů s Aspergerovým syndromem a vysokofunkčním autismem
 - jako vodítko pro lepší zvládnutí komunikace a spolupráce s pacientem s pervazivní vývojovou poruchou
13. V „Desateru” se objevují doporučení jako je:
- omezuj pohled do očí, mluv jednoduše, nekřič, plánuj
 - mluv velmi hlasitě, nezapomeň na abstraktní pojmy, jedne předvídatelně
 - pohlad', zklidni objetím, nezapomeň na artikulaci a hlasitou mluvu
14. „Desatero” zmiňuje odmítavý přístup pacienta s PVP k vyšetření, je vždy nutné (dle „Desatera”) k úspěšnému vyšetření zklidňující farmakoterapie či narkóza?
- ano
 - ne
15. Existuje ve vašem zdravotnickém zařízení pomůcka, která by komunikaci s dítětem s vývojovou pervazivní poruchou usnadnila?
- ano
 - ne
 - nevím
16. Umíte pracovat s pomocnými/piktogramovými kartami určenými pro usnadnění komunikace s pacienty s pervazivní vývojovou poruchou?
- ano
 - ne
 - nezkusil/la jsem
17. Pokud jste použil/la piktogramové karty, byla komunikace s daným pacientem usnadněna?
- ano
 - ne
18. Při předkládání karet dítěti s pervazivní vývojovou poruchou si počínám:
- co nejrychleji, aby dítě mělo tuto situaci co nejdříve za sebou
 - trpělivě, ujistím se, že poslušnosti daných kartiček dítě rozumí
 - rychle, ukazují co nejvíce obrázků a snažím se dítěti napomoci i zvukovou formou
19. Piktogramové karty jsou:
- vhodné pro každého s pervazivní vývojovou poruchou - vždy je pochopí
 - vhodné pouze pro děti s nízkofunkčním autismem a těžkou mentální retardací - ostatní děti s jinou pervazivní vývojovou poruchou je nepochopí
 - pomůckou ke komunikaci s dětmi s pervazivními vývojovými poruchami - záleží, zda s těmito kartičkami dítě je zvyklé pracovat a jejich prostřednictvím komunikovat
20. Použití „Desatera“ a použití Komunikačních karet s piktogramy se odvíjí i od priority výjezdu/vzletu. Oboje použiju buď spolu či jednotlivě, když:
- vždy, ať se jedná o jakoukoliv prioritu
 - přednost mají výjezdy a vzlety akutní, čili 1. a 2. priorit
 - individuálně dle stavu malého pacienta s PVP


Pokud jste Komunikační karty s piktogramy použili/y a nebo pokud jste dokázali/y jednat s dětským pacientem s PVP v rámci vámi poskytované přednemocniční péče na vašem výjezdu či vzletu dle „Desatera“ a jste ochoten/ochotna svolit k anonymnímu rozhovoru, prosím kontaktujte mne na této emailové adrese: cerna.mariana16@gmail.com

Příloha C: Otázky rozhovoru

1. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
2. Jaká je délka Vaší praxe u ZZSLK?
3. Jakou přesnou diagnózu, se kterým jste pracoval/la dítě/pacient mělo/měl?
4. Měl pacient u sebe někoho z rodiny či opatrovníka?
5. Bylo možné s pacientem komunikovat verbálně? Neverbálně? Či nikoliv?
6. Využil/la jste v této situaci konkrétní bod doporučené metodiky MZČR pro komunikaci s pacientem s pervazivní vývojovou poruchou? Jaký/jaké?
7. Jak dítě reagovalo na Váš pokus o navázání komunikace s ním?
8. Proč si myslíte, že tak dítě reagovalo?
9. Myslíte si, že se jeho reakce dala ovlivnit či předvídat?
10. Jaká byla Vaše zkušenost s použitím piktogramových karet?
11. Pochopilo dítě pomocí obrázkových karet úkony, které jste potřeboval/la provést?
12. Kolik karet bylo zapotřebí, aby dítě pochopilo situaci?
13. Uklidnilo se dítě po použití těchto piktogramových kartiček?
14. Jaký byl největší problém u tohoto pacienta? (komunikace, jeho afekt, nepochopení, situace, bolest, strach, ...)
15. Jaká byla reakce pacienta na vysvětlování úkonů v rámci vyšetření?
16. Bylo nutné zklidnit pacienta farmakologickou cestou? Z jakého důvodu?
17. Myslíte si, zda bylo možné se zklidnění pomocí medikamentů vyhnout? Jak?
18. Pomáhal s komunikací s pacientem rodič či opatrovník?
19. Máte nějaké postřehy, které byste chtěl/la sdělit?

KLÍČ

k úspěšné komunikaci s PVP pacienty



Plánuj

Rozumět a vědět

Mluv jednoduše

Nekřič

Jaký je den?

Jednej předvídatelně

Ptej se jasně

OMEZUJ pohled do očí


Bud' trpělivý

Dej najevo pochopení

TRIÁDA = deficit

- 1) komunikace
- 2) sociální interakce
- 3) představitosti

Pervazivní Vývojová Porucha
neboli poruchy autistického spektra jsou vývojové poruchy charakterizované obtížemi úspěšně se adaptovat ve společnosti v důsledku kvalitativních abnormalit osobnosti a psychosociální úrovně


MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

*doporučená metodika k efektivnější / snažší komunikaci s pacientem s PVP