

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Michaela Rendlová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Michaela Rendlová

Studijní obor: Fyzioterapie 5342R004

Integrace handicapovaného dítěte ve volnočasových aktivitách

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Rita Firýtová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Ritě Firýtové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům z organizace Motýl o.s., především Mgr. Markétě Berešové, Dis., za velkou pomoc a cenné rady. Velké poděkování patří také rodičům a jejich dětem, se kterými jsem měla tu čest spolupracovat. V neposlední řadě děkuji své rodině, která mi byla vždy velkou oporou.

Anotace

Příjmení a jméno: Rendlová Michaela

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Integrace handicapovaného dítěte ve volnočasových aktivitách

Vedoucí práce: Mgr. Rita Firýtová

Počet stran: číslované 55, nečíslované 45

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: integrace, porucha autistického spektra, volnočasové aktivity

Souhrn: Tato bakalářská práce zjišťuje způsob integrace handicapovaného dítěte ve volnočasových aktivitách. Práci lze rozdělit do dvou základních částí. První část shrnuje teoretické poznatky o poruchách autistického spektra, definuje pojem integrace a handicap. Ve druhé části je pomocí kvalitativního výzkumu zkoumán způsob a výsledky integrace autistického dítěte ve volnočasových aktivitách. Je zjišťována schopnost vzájemné integrace dětí s PAS a zdravých dětí. Na základě průzkumu probíhajícího od září 2013 v organizaci Motýl o.s. se ztotožňuji s názorem, že vzájemné začlenění nemocných dětí mezi zdravé přineslo pozitivní zkušenosti pro obě strany.

Annotation

Surname and name: Rendlová Michaela

Department: Physiotherapy and occupationaltherapy

Title of thesis: Interaction of child with disabilities in leisure activities

Consultant Mgr. Rita Firýtová

Number of pages: numbered 55, bulleted 45

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 24

Key words: interaction, autism spectrum disorder, leisure activities

Summary: The aim of this undergraduate thesis is to find means of integrating of a physically challenged child in extra-curricular activities. The thesis may be divided into two subparts. The first half summarizes theoretical knowledge concerning the spectrum of autistic disabilities, defines the terms integration and handicap. The second part consists of a research, conducted via qualitative criteria, of means and outcomes of integrating an autistic child into extra-curricular activities. The ability of mutual integration of children with PAS and healthy children is researched. Based on the research conducted since September i.a.w. Motyl o.s. I may confirm that the mutual incorporation of ill children amongst healthy ones has brought positive work experiences to both parties.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 INTEGRACE A HANDICAP.....	13
1.1 Integrace.....	13
1.2 Handicap.....	15
2 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA.....	16
2.1 Charakteristika autismu.....	16
2.2 Historie autismu.....	17
2.3 Poruchy autistického spektra.....	19
2.4 Triáda problémových oblastí společná pro poruchy autistického spektra.....	21
2.5 Druhy autismu.....	23
2.5.1 Dětský autismus.....	23
2.5.2 Atypický autismus.....	24
2.5.3 Aspergerův syndrom.....	24
2.5.4 Rettův syndrom.....	25
2.5.5 Dětská dezintegrační porucha.....	26
2.5.6 Jiné pervazivní vývojové poruchy.....	27
2.5.7 Autistické rysy.....	27
2.5.8 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby ...	28
2.6 Závislost na pohlaví.....	30
2.7 Metodika práce s dětmi trpícími poruchou autistického spektra.....	32
2.8 Léčebné přístupy.....	33
PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
3 FORMULACE PROBLÉMU.....	37
4 CÍLE PRÁCE.....	37
5 HYPOTÉZY.....	37
6 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	38
6.1 Charakteristika sledovaných souborů.....	39
7 KAZUISTIKY.....	40
7.1 Kazuistika A.....	40
7.2 Kazuistika B.....	44

7.3 Kazuistika C.....	47
7.4 Kazuistika D	49
8 VÝSLEDKY.....	53
8.1 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ	53
8.1.1 Zpracování informací z dotazníků.....	53
9 DISKUSE	61
ZÁVĚR.....	65
POUŽITÁ LITERATURA.....	66
SEZNAM ZKRATEK	69
SEZNAM TABULEK.....	70
SEZNAM OBRÁZKŮ	71
SEZNAM PŘÍLOH	73
PŘÍLOHY	74

Motto:

„Lidé mne otravovali, nevěděl jsem, na co jsou dobří. Báł jsem se, že mi něco udělají. Nikdy nebyli stejní. Necítil jsem se s nimi v bezpečí. Dokonce i osoba, která na mě byla hodná, se někdy chovala jinak. Věci s lidmi do sebe nezapadaly, postrádaly logiku a pravidla. Miloval jsem vše, co se opakovalo. Čím déle, tím lépe. Pokaždé, když jsem zmáčknul vypínač, věděl jsem, co se stane. Dodávalo mi to báječný pocit bezpečí,“

(Sean Barron)

ÚVOD

„Být autistický ještě neznamená nemít lidskou duši. Ale znamená to být zvláštní. Znamená to, že co je normální pro zdravé lidi, není normální pro mne. A naopak – co je normální pro mne, není normální pro zdravé lidi. Do určité míry jsem špatně vybaven pro přežití v tomto světě, jako mimozemšťan, který přistál na Zemi bez orientační příručky. Ale moje osobnost je nedotčena.“ (Říhová, 2011 str. 9)

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila integraci handicapovaného dítěte ve volnočasových aktivitách - přesněji integraci dítěte s poruchou autistického spektra.

Téma jsem vybrala pro jeho aktuálnost, i když se zatím o této poruše v naší republice výrazněji nemluví, avšak celosvětově přibývá dětí trpících PAS.

V rámci bakalářské práce se snažím obecně popsat a shrnout základní informace o problematice dětí s poruchou autistického spektra a jejich integraci mezi zdravé vrstevníky.

Domnívám se, že bychom se této oblasti měli více věnovat. Mým záměrem není pouze poukázat na poruchy autistického spektra a jejich problematiku při integraci, ale také na způsob, jakým jsou vnímáni okolím.

Podle mého názoru je pro co nejučinnější integraci důležité nejen zvolit vhodnou metodu, ale také brát zřetel na vliv vnějších faktorů a názor zdravých dětí a jejich rodičů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 INTEGRACE A HANDICAP

1.1 Integrace

Význam slova integrace je „spolužití postižených a nepostižených při přijatelně nízké míře konfliktnosti těchto sociálních skupin“. Je to vlastně označení pro nejvyšší stupeň socializace člověka. Proces sociální integrace má za úkol začleňovat člověka rovnoprávně do společnosti. Mohou nastat komplikace ve specifických případech (např. etnické menšiny, osoby s postižením apod.). Osoby se od zbytku populace odlišují a nejsou schopny dosahovat požadované socializace. V těchto případech je velmi důležitá správná integrace – aktivní podpora a vytváření vhodných podmínek. (Jesenský, 2000); (Slowík, 2007)

Handicapovaný člověk se z důvodu pestrosti života potřebuje integrovat do společnosti v řadě oblastí. Zahrnujeme sem školskou integraci, pracovní integraci a společenskou integraci (např. bezbariérové bydlení, sociální pomoc, podpora samostatného a nezávislého způsobu života). (Slowík, 2007)

Mezi základní přístupy sociální integrace patří:

a) Asimilační přístup

Pro společnost je tento přístup z počátku snazší, ale v celkovém měřítku méně výhodný. Sociální integrace je závislá na schopnosti jedince se přizpůsobit většině společnosti, která určuje pravidla.

b) Adaptační (koadaptační) přístup

Přístup je z počátku náročnější, ale v celkovém měřítku je pro společnost výhodnější. Znevýhodnění se stává společným problémem a všichni se snaží o sociální integraci a podporu handicapovaného jedince. Jedná se o vzájemné přizpůsobování a vstřícná opatření (např. odstranění bariér). (Slowík, 2007)

V současné době je začleňování handicapovaných osob do společnosti charakterizováno tzv. inkluzivními přístupy. Pojem inkluze znamená nekončící proces, ve kterém se handicapovaní lidé mohou plnohodnotně účastnit společenských aktivit, stejně jako lidé bez postižení. (Slowík, 2007)

Tabulka 1 Škály stupňů sociální integrace podle WHO (Jesenský, 1995)

Stupeň integrace	Reálný obraz
1. sociální integrace	postížení neomezuje plnou účast při všech společenských činnostech
2. účast inhibovaných	postížení vyvolá určitou nevýhodu, která znamená mírné omezení
3. omezená účast	osoby se neúčastní plně obvyklých společenských činností, jejich postížení negativně ovlivňuje např. manželství, sexuální život apod.
4. zmenšená účast	v důsledku postížení nejsou osoby schopné navázat náhodné kontakty a jejich účast ve společenském životě je omezena na přirozené komunitární vztahy (rodina, domov, pracoviště...)
5. ochuzené vztahy	jde o omezení ve fyzickém, sociálním či psychickém vývoji bez tendencí ke zlepšení
6. redukované vztahy	jedinci jsou schopni udržovat vztahy pouze k vybrané a omezené skupině či k jednotlivci
7. narušené vztahy	jedinci nejsou schopni udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi, změny chování působí negativně i v prostředí přirozené skupiny
8. společenská izolovanost	jde o specifické případy segregace, o osoby, jejichž schopnost míry integrace je nezjistitelná právě pro jejich izolovanost

Zdroj: modifikace dle Slowíka, 2007, str. 33

1.2 Handicap

Slovo handicap má prapůvod u dostihových sportů. V překladu znamená ruka v klobouku a užívalo se pro označení losu, kterým se určovalo, který z koní ponese větší zátěž. Až mnohem později se termín začal používat také u lidí a znamená „zátěž“. Hovoříme o znevýhodnění určitých osob oproti ostatním. Jedná se o určité onemocnění, tělesnou vadu či postižení. (Vágnerová, 2004)

Příčin je mnoho a dělíme je na několik skupin dle různých hledisek:

a) Dle doby vzniku:

- vrozené (vzniklé v době prenatální, perinatální, raně postnatální)
- získané (vznikají v průběhu života)

b) Dle charakteru:

- orgánové (příčinou může být vývojová vada, nemoc či úraz; postihuje orgány nebo jejich části)
- funkční (jedná se o poruchu funkce orgánu nebo celého organismu bez poškození tkáně; např. poruchy chování, psychoneurozy)

c) Dle druhu:

- pohybové
- zrakové
- řečové
- sluchové
- mentální postižení
- parciální postižení
- vícenásobná postižení

d) Dle intenzity:

- lehké postižení (není narušen vztah ke společnosti)
- středně těžké postižení (hrozí narušení společenských vztahů)
- těžké postižení (ztráta nebo velmi vážné poškození sociálních vztahů)

(Ludvíková, 2004); (Vágnerová, 2004)

2 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

2.1 Charakteristika autismu

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

(Jim Sinclair)

Autismus patří mezi nejzávažnější poruchy dětského mentálního vývoje. Jedná se o vrozenou poruchu (vznikající na neurobiologickém podkladě) některých mozkových funkcí. Dítě s touto poruchou dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Duševní vývoj je především narušen v oblasti komunikace, představivosti a sociální interakce. Autismus je doprovázen speciálními vzorci chování. (www.praha.apla.cz)

Příčina autismu bohužel stále nebyla odhalena, ale předpokládá se, že určitou roli v tomto postižení mají genetické faktory, různá infekční onemocnění a chemické procesy v mozku. Dle současné teorie autismus vzniká až při kombinaci několika těchto faktorů. Syndrom často bývá kombinován i s jinými poruchami či psychickým i fyzickým handicapem (epilepsie, mentální retardace, geneticky podmíněné vady, smyslové poruchy.....). (www.praha.apla.cz)

Jedná se o postižení, které diagnostikujeme na základě projevů chování. Z důvodu poruchy určitých mozkových funkcí dochází k tomu, že dítě není schopno správným způsobem vyhodnocovat informace (senzorické, jazykové), to způsobuje výrazné potíže ve vývoji řeči, ve vztazích s lidmi, velmi obtížně zvládají běžné sociální dovednosti. Příznaky autismu se projevuje v raném věku (do 36 měsíců), nebo v průběhu dětství. (www.praha.apla.cz)

2.2 Historie autismu

Po mnoho staletí mezi námi žijí lidé s autismem. Již v dřívějších dobách na sebe poutali pozornost svým nápadným a zvláštním chováním. V době středověku byli považováni za děti posedlé d'áblem, naopak za dob Hippokrata označováni za svaté děti. (Thorová, 2006)

Prvním člověkem, který si všiml podobného nepřiměřeného chování skupinky dětí, byl americký psychiatr Leo Kanner. Zvláštní způsob projevu považoval za symptomy specifické samostatné poruchy, kterou nazval časný dětský autismus (Early Infantile Autism-EIA). K tomuto pojmenování ho inspiroval původ slova „autos“, což znamená „sám“. Pod názvem se autor snažil vyjádřit svoji domněnku, že děti trpící autismem jsou osamělé, pohroužené do vlastního světa, neschopné lásky, přátelství a nezajímající se o okolní svět. (Thorová, 2006)

Psychiatr Leo Kanner však nebyl první, který přišel s pojmem autismus. Již v roce 1911 použil švýcarský psychiatr E. Bleuler tento termín k pojmenování jednoho ze symptomů pozorovaných u schizofrenních pacientů. (Thorová, 2006)

Za zlomové období považujeme rok 1943, kdy autorovi první učebnice dětské psychiatrie, Leo Kannerovi, uveřejnili článek „Autistic Disturbances of Affective Contact“ (Autistická porucha afektního kontaktu). Ve svém článku zveřejnil výsledky pětiletého pozorování 11 dětí (8 chlapců a 3 děvčat), které v chování vykazovaly množství společných znaků, ale nesplňovaly kritéria žádné doposud známé psychické nemoci. Tři děti vůbec nemluvily, ale zároveň bylo u 5 dětí zjištěno mimořádné nadání. (Kanner, 1943)

Sám Kanner o nich prohlásil: „*Tyto děti přišly na svět s neschopností navázat citový kontakt, stejně jako jiné děti přicházejí na svět s intelektovým nebo fyzickým deficitem.*“ (Kanner, 1973); (Thorová, 2006 str. 36). Primární chápání autismu tedy vycházelo z několika případových studií. Kanner popsal jedince s tímto postižením jako extrémně osamělé a uzavřené ve svém vlastním světě. „*Více než o lidi se zajímají o věci. Nereagují na volání jménem a nerušeně pokračují ve své činnosti. Vyhýbají se očnímu kontaktu a nikdy se nedívají do obličeje. Konverzace, která probíhá v blízkosti dítěte, je nevyrušuje. Pokud osoba chce na sebe upoutat pozornost, musí zašlápnout nebo sebrat objekt, se kterým si dítě hraje. Objeví se vztek, ale ne na osobu, která to udělala, nýbrž na konkrétní chodidlo nebo ruku. Na osobu se nepodívají, nepromluví. Ta samé situace je se špendlíkem. Vždy se zlobí na špendlík, který ho píchl, nikoli na člověka, který to udělal.*“ (Kanner, 1972); (Thorová, 2006 str. 36).

V roce 1944 nezávisle na Kannerovi popsal vídeňský pediatr Hans Asperger v článku „Autistische Psychopathen im Kindersalter“ (Autističtí psychopati v dětství) syndrom s podobnými projevy. Čerpal z výsledku své disertační práce, ve které zkoumal chování 4 chlapců. Zaměřil se především na specifickou psychopatologii sociální interakce, řeči a myšlení. Za důsledek syndromu považoval poruchu osobnosti. U dětí zaznamenal potíže v sociálním chování, vysokou úroveň intelektu, zvláštnosti v komunikaci při bohatě rozvinuté schopnosti řeči, motorickou neobratnost a ulpívané, omezené zájmy. Zajímavostí je, že Asperger použil v popisu chování také pojem „autismus“, aniž by znal práci Leo Kanner, neboť v době druhé světové války nefungovalo spojení mezi vědci. (Thorová, 2006)

Avšak v některých tvrzeních se vědci rozcházel. Kanner popisoval spíše těžší formu autismu, naopak Asperger se věnoval dětem s mírnější formou poruchy. V pozdější době byl pojem autistická psychopatie nahrazen termínem Aspergerův syndrom. Poprvé toto označení použila v roce 1981 britská lékařka Lorna Wingová, která se zasloužila o šíření poznatků z psychopatologie poruch autistického spektra. Je autorkou řady odborných knížek s radami pro rodiče. Původem psychiatricka pro dospělé se k tématu autismus dostala přes svou dceru, která se narodila s autismem. Wingová uvedla ve svých publikacích řadu klinických symptomů Aspergerova syndromu. Např.: naivní, nepřiměřenou, jednostrannou interakci; nedostatek empatie; chudou a neverbální komunikaci; malou nebo žádnou schopnost dosažení přátelství; pedantickou, opakující se řeč; ulpívavý zájem o určité předměty; neobratné pohyby; problematickou motorickou koordinaci a zvláštní držení těla. (Burgoine, 1983); (Thorová, 2006)

V současné době se vedou diskuse o tom, zda je Aspergerův syndrom samostatnou nosologickou jednotkou nebo pouze typem vysoce funkčního autismu. (Thorová, 2006)

2.3 Poruchy autistického spektra

Termín porucha autistického spektra neboli PAS nahradil dřívější termín autismus. Dle mezinárodní kvalifikace nemocí (MKN) řadíme PAS mezi pervazivní vývojovou poruchu, která patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje. Význam slova pervazivní je všepřonikající. Vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech. Z důvodu vrozeného postižení mozkových funkcí je dítě limitováno v komunikaci, sociální interakci a symbolickém myšlení. Důsledkem je, že děti nejsou schopny vyhodnocovat informace stejným způsobem jako jejich vrstevníci. V 70. letech 20. století stanovila britská psychiatrička Lorna Wingová tři základní problémové oblasti, které jsou pro určení diagnózy klíčové, a pojmenovala je triádou poškození (Triad of Impairments). Mezi ně patří problémy v sociálním chování, komunikaci a představitosti. Poruchy se začínají projevovat již v průběhu prvních let života dítěte. Projevy PAS jsou velmi rozmanité a ke správné diagnostice problému je potřeba zjistit několik symptomů z jednotlivých oblastí triády. Většina diagnóz se stanovuje dle chování dítěte. Výjimkou je Rettův syndrom, u kterého se vědcům podařilo objevit v 90. letech gen, který je odpovědný za vznik poruchy. Určení diagnózy je však velmi obtížné, neboť symptomatika je velmi rozsáhlá a různorodá. Samotné symptomy se liší v síle projevu, četnosti a některé mohou zcela chybět. Velmi důležitým kritériem je věk. V některých obdobích života dítěte je autistické chování výraznější, ale naopak v jiné době můžeme zaznamenat tendenci ustupující symptomatiky. Důležitým faktorem je také prostředí, ve kterém dítě žije, a výchovně-vzdělávací program. V neposlední řadě má svou úlohu také osobnostní charakteristika dítěte. (Říhová, 2011); (Thorová 2006)

V současné době existují dva diagnostické systémy PAS, které jsou všeobecně uznávané a rozšířené. V Evropě se jedná o diagnostická kritéria vydávaná Světovou zdravotnickou organizací (MKN-10), ve Spojených státech amerických vydává kritéria Americká psychiatrická asociace – DSM-IV. Lépe hodnocená pro využití v praxi jsou americká kritéria. Dle názoru Kateřiny Thorové jsou přehlednější, srozumitelnější a lépe definovaná. (Thorová, 2006)

Na vzniku autismu se nejspíše podílí několik faktorů:

- genetické dispozice
- rizikové faktory spojené s těhotenstvím a porodem
- neznámé a neidentifikovatelné genetické mutace
- vlivy prostředí

(Richman, 2008)

Tabulka 2 Porovnání světového klasifikačního systému MKN-10 s americkým DMS-IV

MKN - 10 (Světová zdravotnická organizace, 1992)	DSM – IV (Americká psychiatrická asociace, 1994)
Dětský autismus (F84.0)	Autistická porucha (Autistic Disorder)
Rettův syndrom (F84.2)	Rettův syndrom (Rett's Syndrome)
Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3)	Dětská dezintegrační porucha (Childhood Disintegrative Disorder)
Aspergerův syndrom (F84.5)	Aspergerova porucha (Asperger Disorder)
Atypický autismus (F84.1)	Pervazivní vývojová porucha dále nspecifická (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified – PDD-NOS)
Jiná pervazivní vývojová porucha (F84.8)	
Pervazivní vývojová porucha nspecifická (F84.9)	
Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)	Není ekvivalentní

Zdroj: modifikace dle Thorové, 2006, str. 60

2.4 Triáda problémových oblastí společná pro poruchy autistického spektra

Osoba s poruchou autistického spektra nemusí splňovat všechny znaky a symptomy, které jsou spojovány s tímto postižením. Symptomy poruchy jsou velmi četné a rozmanité. Britská lékařka Lorna Wingová definovala tři oblasti, které jsou u osob s PAS narušené, a nazvala je jako tzv. triádu. Jedná se o oblast sociálního chování, komunikace a představitosti. Chování postižených dětí je velmi různorodé a první odlišnosti v porovnání se zdravými dětmi jsou patrné již od prvních dnů či týdnů života. (Thorová, 2006)

Odlišností v sociálním chování u dětí s PAS si všímáme již na počátku života. Projevy chování jsou velmi různorodé a odlišné od projevů jejich vrstevníků. U dětí s poruchou autistického spektra se setkáváme s bohatou škálou sociálního chování. Na jedné straně dítě při pokusu o navázání kontaktu reaguje odvrácením nebo stáhnutím do sebe, na druhé straně může dítě vyvíjet až přehnanou snahu o navázání kontaktu (neustále se osoby dotýká, je schopno jí hodiny upřeně hledět do obličeje či neustále něco vyprávět). Druhá z variant je však u dětí vzácnější, většinou jsou tito jedinci uzavřeni ve svém vlastním světě, do kterého jen velmi obtížně někoho vpustí. Kontakt lidí nevyhledávají, raději se jim straní, nejsou schopni citové vazby (a to často ani ke členům rodiny), mají potíže s porozuměním svým vlastním pocitům. Často se u nich objevuje agresivita, která se může projevat sebepoškozováním či agresí vůči okolí. (Jelínková, 2001); (Thorová, 2006); (Vágnerová, 2008)

Dle Wingové u těchto dětí rozeznáváme 5 forem sociální integrace:

- a) typ osamělé sociální integrace
 - velmi malý zájem o okolí
 - nejraději tráví čas sám
 - vyhýbá se fyzickému a očnímu kontaktu
 - dítě může být často velmi aktivní, může se projevat agresivní chování
 - často mají snížený práh bolesti

- b) typ pasivní sociální integrace
 - kontaktu se nevyhýbá, ale ani ho účelně nevyhledává
 - omezená schopnost sdílet emoce s okolím
 - často hypoaktivní

- c) typ aktivní (zvláštní) sociální integrace
 - kontakt s okolím aktivně navazován
 - nechápe hranice při komunikaci s okolím (přehnané mazlení, nedodržování intimní zóny)
 - obtížné chápání pravidel sociálního chování
 - gestikulace a mimika může být přehnaná
 - častá hyperaktivita

- d) typ formálně sociální integrace
 - typické pro děti s vyšším IQ
 - vyjadřovací schopnosti příliš formální, přílišná nedětská zdvořilost
 - chování velmi konzervativní, odtazité (často i vůči rodičům)
 - obliba rituálů, pedantické dodržování pravidel

- e) typ smíšený zvláštní
 - jednotlivé typy chování se prolínají
 - velký vliv má osoba, se kterou dítě navazuje kontakt, a okolí
 - tento typ je častý u dětí s atypickým autismem nebo Aspergerovým syndromem

(Thorová, 2006)

Rodiče jsou většinou prvními, kteří si všimnou opožděného vývoje řeči. Od vývoje u zdravých dětí se liší způsobem a rychlostí. Téměř polovina dětí s PAS si nikdy nedokáže osvojit řeč na úrovni komunikace. Porucha je zřetelná na úrovni recesivní, expresivní, verbální i nonverbální. U verbálních projevů jsou nápadné problémy s porozuměním - echolálie, stereotypie. Dítě není schopno dodržovat správný slovosled v dialogu, některá slova komolí nebo dokonce vynechá. Z nonverbální komunikace má potíže s mimikou, gestikulací a navázáním očního kontaktu. (Říhová, 2011); (Thorová, 2006)

Poslední problémovou oblastí je schopnost představivosti. Nedostatečná imaginace má negativní vliv na mentální vývoj. Dítě vyhledává jednoduché, stereotypní aktivity, které jsou typické pro děti mladšího věku. (Thorová, 2006)

2.5 Druhy autismu

2.5.1 Dětský autismus

Patří mezi nejlépe prozkoumaný druh PAS. Viktor Lotter byl prvním, který v roce 1996 provedl studii dětského autismu. Příznaky se začínají projevovat již před třetím rokem života dítěte. U chlapců je tento syndrom častější než u děvčat, v poměru 4:1. Jedná se především o poruchy v oblasti řeči, komunikace, chování, sociálních vztahů a zájmů. Děti jsou velmi citlivé na jakékoliv změny. Ať se jedná o změny osobního prostředí, rituálů, ale i běžný zvuk u nich může vyvolat neadekvátní reakci (záchvaty vzteku či úzkost). I banální změna, např. přesun dekorativního předmětu na stole, vyvolá negativní odezvu. Na druhou stranu mají zvýšený práh bolesti až na takovou úroveň, kdy může začít docházet k sebepoškozování. U těchto dětí zaznamenáváme stereotypní pohyb rukou, prstů či celého těla bez konkrétního podnětu, především v době, kdy se dítě cítí ohroženo. Tímto se jim daří uvolnit napětí. (Hrdlička, Komárek; 2004); (Thorová, 2006)

Mezi další příznaky patří neschopnost sociální interakce. Pohled z očí do očí, tělesné postoje a gesta, neschopnost rozvíjet vztahy s vrstevníky, nedostatek spontánního sdílení radosti, zájmů nebo úspěchu s ostatními lidmi. (Gillberg, Peeters; 1998)

K nespecifickým znakům řadíme poruchy spánku a příjmu potravy, strach (fobie), záchvaty vzteku, agrese a sebepoškozování, neschopnost při organizování volného času, potíže s myšlenkovými pochody (fantazie, představivost). (Thorová, 2006)

V praxi dělíme autismus na :

a) vysoce funkční autismus

- není doprovázen mentální retardací (IQ je nad 70)
- verbální komunikace bez větších problémů

b) středně těžký autismus

- snížená schopnost komunikativní řeči
- zvýšené koncentrace stereotypů

c) nízkofunkční autismus

- děti bývají těžce až hluboce mentálně retardované
- použitelná řeč není rozvinutá
- schopnost sociálního kontaktu výjimečná
- velmi časté jsou stereotypní a repetitivní znaky
- hrozí sebepoškozování

2.5.2 Atypický autismus

První příznaky bývají zaznamenány až po třetím roce života dítěte. V praxi je obtížné atypický autismus diagnostikovat, neboť kritéria, která jsou dána pro dětský autismus, splňuje jen částečně. Ale i přesto nalezneme u dětí řadu speciálních sociálních, emociálních a behaviorálních symptomů, které se shodují s projevy autismu. Americký systém DSM-IV termín atypický autismus nezná, místo něj užívá pojem pervazivní vývojová porucha nespécifická (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified, PDD-NOS). Mezi příznaky poruchy patří potíže s navazováním vztahů s vrstevníky, přecitlivělost na specifické vnější podněty a částečně je také narušena schopnost sociální dovednosti. Není zcela naplněna diagnostická triáda, nebývá výrazně narušena jedna z oblastí. U těchto dětí můžeme očekávat lepší prognózu budoucího vývoje. (Thorová, 2006)

2.5.3 Aspergerův syndrom

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

(Hans Asperger)

V roce 1944 tento syndrom popsal vídeňský pediatr Hans Asperger a nazval ho autistickou psychopatií. Až v roce 1981 ho britská lékařka Lorna Wingová přejmenovala na Aspergerův syndrom. Někdy se mu také říká projev sociální dyslexie. Je to velmi různorodý syndrom, u kterého jeho symptomatika přechází plynule do normy. Zahrnujeme sem jedince s normální, někdy až nadprůměrnou inteligencí. U hraniční skupiny je velmi obtížné určit, zda se jedná o Aspergerův syndrom, nebo pouze o sociální neobratnost spojenou s vyhraněnými zájmy a nápadnějšími rysy osobnosti. Malá část lidí je schopna vést v rámci možností normální život - chodit do školy, začít pracovat, najít si partnera a založit rodinu. Bohužel, většina populace s touto poruchou je odkázaná na pomoc druhých. Ať už se jedná o rodinu, či asistenta. (Jelínková, 2001); (Thorová, 2006)

Častým projevem poruchy je nezájem o navázání vztahů s vrstevníky, obtížně chápou pravidla společenského chování, proto vyhledávají osamělé aktivity. Občas bývá opožděný vývoj řeči, ale ve věku pěti let již mluví plynule. Jejich řeč je však mechanická, šroubovitá a formální řeči kopírují dospělé. Těžko vyjadřují své pocity a chybí jim empatie. Jsou málo odolní proti stresu, to může způsobit až sebevražedné sklony. Změny

snáší s velkými obtížemi. Provádí pravidelné rituály a jejich dodržování vyžadují i po svém okolí. Trpí motorickou neobratností, nejsou schopni se naučit lyžovat, jezdit na kole či plavat. (Jelínková, 2001); (Thorová, 2006)

V praxi dělíme Aspergerův syndrom dle adaptability na:

a) nízkofunkční AS

- podprůměrné intelektové schopnosti, hyperaktivita, poruchy pozornosti, těžká dysgrafie

- problémové chování: negativismus, destruktivní chování, nepřiměřené emoční reakce, nutnost dodržování rituálů, úzkost, frustrace

- sociální a komunikační chování: sociální izolace, agrese, ignorace, provokativní chování, nutkavé navazování kontaktů bez ohledu na okolní osoby, emoční chlad, odstup, testování svých hranic

b) vysoce funkční AS

- průměrné, až nadprůměrné intelektové schopnosti

- sociální naivita, schopnost spolupráce, ochota věnovat se i jiným činnostem, zachovaná sociálně-emoční vzájemnost, chybí výrazné problémové chování, vyhraněné zájmy jsou přerušitelné (Patrick, 2011); (Thorová, 2006)

2.5.4 Rettův syndrom

„... očima nám říkají, že rozumí daleko více, než si vůbec dokážeme představit.“

(dr. Andreas Rett)

Syndrom je způsoben mutací genu. V klasické formě postihuje pouze dívky; u chlapců způsobí stejná mutace natolik těžkou encefalopatii, že plod nebo novorozenec nepřežijí (nedisponují druhým nenarušeným X chromozomem). Porucha je doprovázena těžkým neurologickým postižením. Má pervazivní dopad na somatické, motorické a psychické funkce. Poprvé byl popsán v roce 1966 rakouským dětským neurologem Andreasem Rettem. Mezi stěžejní symptomy patří ztráta kognitivních funkcí, ataxie (porucha koordinace pohybů) a ztráta účelných schopností ruky. (Hrdlička, Komárek; 2004); (Thorová, 2006)

V roce 1999 objevil Američan Huda Zogbi gen (MECP2), který je situovaný na raménko chromozomu X. Dle dosavadních výzkumů je odpovědný za 77-80% případů Rettova syndromu. U zbývajících 20-23% se na základě současných znalostí nepotvrdila

genetická porucha, avšak splňují klinická kritéria Rettova syndromu či jsou na ně podobná. Od roku 2001 je možno diagnostikovat Rettův syndrom na základě genetického laboratorního vyšetření také v České republice. (Hrdlička, Komárek; 2004);

První symptomy jsou zaznamatelné již v průběhu třetího až pátého měsíce života. V průběhu této doby se začíná zpomalovat růst hlavičky, dívky jsou extrémně klidné. V dalším období vývoje se může vyskytnout nepravidelné dýchání (zahrnující hypoventilaci a zadržování dechu), ztráta řeči a schopnosti používat účelně ruku, skolióza, kyfoskolióza a kroutivé, svíravé či tleskavé pohyby rukou, které připomínají jejich mytí. U 75% pacientek se rozvine epilepsie. Symptomy jsou provázeny změnami nálad, záchvaty smíchu, pláče či křiku. Kolem čtvrtého roku věku může postupně docházet k relativní stabilizaci. Pacientky jeví větší zájem o okolí, společnou konverzaci a komunikaci, projevují sympatie a antipatie, kladně ocení fyzický kontakt a mazlení. S přibývajícím věkem se stává psychika stabilnější, zlepšuje se soustředění, avšak schopnost porozumění je na úrovni čtyřletého dítěte. Menstruační cyklus se dostavuje ve stejném časovém období, jako u zdravých dívek. Průměrný věk žen s Rettovým syndromem je 40 až 50 let, je zde ale zvýšená frekvence hrozby náhlé smrti. (Hrdlička, Komárek; 2004); (Thorová, 2006)

2.5.5 Dětská dezintegrační porucha

Poprvé byla tato porucha popsána v roce 1908 vídeňským pedagogem Theodorem Hellerem. Autor jí dal název „dementia infantilia“, v pozdější době byla známá také jako Hellerův syndrom či dezintegrační porucha. V MKN-10 je již uvedena pod názvem dezintegrační porucha. (Thorová, 2006)

Charakteristickým znakem poruchy je, že počáteční období vývoje je zcela normální; až kolem třetího či čtvrtého roku života nastává z neznámých příčin regrese doposud nabytých schopností. Prokazatelnou ztrátu dovedností nazýváme autistická regrese. Zhoršení stavu může být náhlé či postupné a je vystřídáno obdobím stagnace. Jedním z hlavních příznaků je progresivní ztráta řeči. Mezi další příznaky patří ztráta kontroly močení či stolice, zhoršení motorických funkcí, porucha sociální integrace (neschopnost navazovat kontakt s vrstevníky), nedostatek sociální a emoční recipacity, agrese, ztráta zájmu o okolí. Děti trpící dezintegrační poruchou jsou těžce mentálně retardované (průměrné IQ 34). Často je porucha doprovázena epilepsií (výskyt u 74% postižených). (Hrdlička, Komárek; 2004); (Gillberg, Peeters, 1998); (Thorová, 2006)

2.5.6 Jiné pervazivní vývojové poruchy

„Setkala jsme se během své praxe s mnoha lidmi, kteří nesplňují klasická kritéria. Za jejich problémy stojí hluboký deficit v sociálním porozumění a ve schopnosti naplánovat si věci. Výše uvedené potíže je dokázkou dostat do velmi hloupých situací a způsobují jim obrovské potíže v životě. Ačkoli nemají stereotypní pohyby nebo opakující se zájmy, nejsou schopni kvůli neexistující představivosti domyslet důsledky svých činů. Schopnost porozumět řeči je mnohem horší, než by se na první pohled zdálo.“

(Lorna Wingová)

U této poruchy nejsou přesně definovaná diagnostická kritéria. Některé příznaky bývají totožné se symptomy dětského autismu, ale nevyskytují se ve větší míře v dané kategorii. Děti s tímto symptomem mají často poruchy pozornosti a aktivity, kognitivní schopnosti jsou nerovnoměrně rozloženy, trpí vývojovou dysfázií, oblast představivosti je narušena, špatně rozeznávají hranici mezi fantasií a skutečností. (Thorová, 2006)

2.5.7 Autistické rysy

Pro autistické rysy chybí bohužel přesná definice. Proto není přesně jasné, zda se jedná o synonymum pro symptomy poruch autistického spektra, či se pod ním schovává označení pro projevy chování dětí, které však svou intenzitou a frekvencí neodpovídají žádným diagnostickým kritériím pro PAS. Pojem autistické rysy nepovažujeme za diagnózu hned z několika důvodů.

- 1) Chybí oficiální definice pojmu
- 2) Falešná negativita - často se toto označení užívá u dětí, které jednoznačně trpí autismem či atypickým autismem, ale nemají typické symptomy.
- 3) Falešná pozitivita - u dětí se objeví symptomy PAS (např. porucha expresivní složky řeči a emocí, syndrom získané afázie či těžká forma poruchy aktivity a pozornosti) a jsou diagnostikovány jako autismus, i přesto, že se o něj nejedná.

Další nevýhodou je, že si pod pojmem rysy, většina z nás představí menší závažnost poruchy. Rodiče pak nemají oporu v legislativě a z tohoto důvodu nemohou využívat pomoc poradenských, sociálních a vzdělávacích služeb, které jsou pro ně velmi potřebné. (Thorová, 2006);

2.5.8 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Děti s touto poruchou trpí hyperaktivním syndromem, stereotypními pohyby, mentální retardací (IQ je nižší než 50), sebepoškozováním, stereotypními vzorci chování a činnosti. Hyperaktivita se projevuje skákáním, běháním, pohybem celého těla. V adolescenci může být hyperaktivita naopak nahrazena hypoaktivitou. U této poruchy však není sociální narušení autistického typu. Děti používají oční kontakt a mimiku, jsou schopny vztahu s vrstevníky (sdílet zájmy a aktivity) a v neposlední řadě jsou schopny občas sdílet radost s jinými lidmi. (Hrdlička, Komárek; 2004); (Gillberg, Peeters, 1998); (Thorová, 2006)

Tabulka 3 Hrubý odhad výskytu pervazivních vývojových poruch v České republice

Diagnózy podle MKN-10	Počet osob žijících v ČR	Počet narozených dětí ročně
Dětský autismus (F 84.0)	15 000	135
Atypický autismus, pervazivní vývojová porucha nespecifická)	30 000	270
Rettův syndrom (F84.2)	1 000	9
Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3)	100	0,9
Aspergerův syndrom (F84.5)	15 000	135
PAS (porucha autistického spektra)	60 000	540

Zdroj: modifikace dle Thorové, 2006, str. 226

Tabulka 4 Rozdíl mezi jednotlivými pervazivními vývojovými poruchami

ZNAK	Dětský autismus	Aspergerův syndrom	Rettův syndrom	Jiná dezintegrační porucha	Jiné PDD
Věk při rozpoznání (roky)	0 – 3	> 3	0,5 – 2,5	> 2	různé
Pohlaví	M > Ž	M > Ž	Ž	M > Ž	M > Ž
Intelligence	MR - norma	podprůměrná norma	závažnější MR	závažnější MR	MR - norma
Regrese	někdy	ne	ano	ano	většinou ne
Komunikační schopnost	převážně omezené	dobré	velmi špatné	velmi špatné	různé
Sociální schopnost	velmi špatné	špatné	závisí na věku	velmi špatné	různé
Omezené zájmy	různé	ano	nevalidní rys	nevalidní rys	různé
Rodinná anamnéza podobných obtíží	málokdy	často	ne	ne	?
Výskyt epilepsie	běžný	ne	velmi častý	běžný	?
Prognóza	různá	většinou dobrá	velmi špatná	velmi špatná	různá

PDD – pervazivní vývojová porucha, M – muži, Ž – ženy, MR – mentální retardace

Zdroj: modifikace dle Hrdličky a Komárka, 2004, str. 49

2.6 Závislost na pohlaví

Vývojovými poruchami častěji trpí chlapci. Jinak tomu není ani u autismu. Poměr, který se nejčastěji udává, je čtyři chlapci s autismem na jednu dívku. U Aspergerova syndromu je poměr chlapců dokonce ještě vyšší. Někteří vědci však udávají, že nepoměr může být způsoben nedokonalou diagnostikou syndromu u dívek, neboť projevy autismu se mohou u žen lišit. Dívky mají obecně vyvinutější řeč a sociální vztahy než chlapci a i jejich okruh zájmů není tak konkrétně vymezený. Podle studií švédského neuropsychiatra Christophera Gillberga, má autismus u dívek většinou mírnější manifestaci symptomů. Dívky bývají méně hyperaktivní, projevuje se u nich menší agrese a mají větší sociální citění. Platí tady nepřímá úměrnost. Čím vyšší intelekt dívky, tím méně je zřetelná manifestace symptomů a bohužel i větší pravděpodobnost, že nebude správně diagnostikována porucha. Někdy může být dívka označena jako případ se „sociálním deficitem a poruchami učení“, či být diagnostikována jako „atypická varianta selektivního mutismu“. Poruchy, které jsou autismu příbuzné, mají poměr mezi pohlavím vyrovnaný. Zahrnujeme sem například případy s epilepsií či těžkou mentální retardací. Jedinou formou autismu, kterou trpí pouze dívky, je Rettův syndrom. (Gillberg, Peeters, 1998)

Tabulka 5 Poměr pohlaví u poruch autistického spektra

Diagnoza podle MKN-10	Poměr chlapci:dívky
Dětský autismus (F84.0)	4 : 1 tradiční pohled 2 : 1 u těžších mentálních postižení
Rettův syndrom (F84.2)	pouze dívky
Jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3)	převažují muži přesný poměr není znám
Aspergerův syndrom (F84.5)	4,7 : 1 (Wing, 1981) 10,3 : 1 (Howlin)
PAS (poruchy autistického s spektra)	4 : 1 8,8 : 1,2 (Baird, 2000) 7,9 : 2,1 (Chaktabarti, 2001) 7,3 : 2,7 (Bertrand, 2001) 8,1 : 1,9 (Thorová, 2003) 8 : 1 děti integrované (Scott, 2002)

Zdroj: modifikace dle Thorové, 2006, str. 227

Tabulka 6 Intelekt u zkoumaných dětí s PAS, poměr dívek a chlapců v jednotlivých pásmech intelektu

Intelekt	IQ rozmezí	Chlapci (N = 108)	Dívky (N = 26)	Celkem (N = 134)	Poměr pohlaví
Pásmo nadprůměru	115 a více	4	0	4	11 : 1
Pásmo normy	70 - 114	18	2	20	
Lehká mentální retardace	50 – 69	23	3	26	8:1
Středně těžká mentální retardace	36 – 49	35	12	47	3 :1
Těžká a hluboká mentální retardace	35 a méně	28	9	37	

Celkový počet dětí byl 137, z toho dívek 27 a chlapců 110, u tří dětí nebylo pásmo intelektu identifikováno.

Zdroj: modifikace dle Thorové, 2006, str. 227

2.7 Metodika práce s dětmi trpícími poruchou autistického spektra

Správná metodika práce s dětmi s poruchou autistického spektra je velmi obtížná. Každé dítě je originál a tak k němu musíme přistupovat. V první řadě je velmi důležitý aktuální psychický stav dítěte. Často může způsobit změnu i maličkost (při příchodu nemají svoji oblíbenou šatní skříňku, při cvičení nedostanou cvičební pomůcku žádané barvy či velikosti...). Svou roli zde hraje velké množství faktorů (např. aktuální zdravotní stav, prostředí, počasí, roční období i fáze měsíce). Všechny tyto prvky mají vliv na psychickou pohodu. (Straussová, 2011); (Thorová, 2006)

Před první spoluprací s dětmi s poruchou PAS je důležité si promluvit s rodiči či osobou, která již s dítětem pracovala, a zjistit základní informace:

Např.:

- jakou poruchou dítě trpí
- jakou formou komunikuje (verbálně, neverbálně)
- má rád kontakt či nikoli
- jaká je jeho intimní zóna
- zda netrpí další doprovodnou poruchou
- neprojevuje se u něj agresivita (pozor na sebepoškození)
- míra sebeobsluhy (hlavně základy hygieny)
- rituály
- záliby, které má rád

(Thorová, 2006)

U těchto dětí je velmi důležitá trpělivost. Je třeba vše dopodrobna vysvětlit, několikrát zopakovat. Je vhodné používat různé pomůcky (kartičky, obrázky, videa). U některých dětí se osvědčilo jim například nakreslit na papír celý průběh aktivity, kterou s nimi chceme vykonávat. Důležité je děti dostatečně motivovat, chválit a odměňovat. Neměli bychom zapomínat dodržovat jejich naučené rituály, popřípadě změny provádět postupně. Děti s touto poruchou mají potřebu pocitu bezpečí, jistoty a lásky. Také bychom je měli nechat se seberealizovat (realizovat své schopnosti a záměry). Důležitým faktorem je úzká spolupráce s rodinou. (Straussová, 2011)

2.8 Léčebné přístupy

U 98 % případů je bohužel autismus nevléčitelný, avšak pomocí speciálních metod je možno zmírnit problematické chování (agresivitu, sebepoškozování), zvýšit nárůst IQ, adaptabilitu a soběstačnost. (Thorová, 2006)

Fyzioterapie a pohybové aktivity

Nezařazujeme sem pouze klasickou rehabilitaci, ale také ostatní pohybové aktivity, které jsou pro vývoj s PAS velmi prospěšné, a měli bychom je zařadit mezi běžné denní aktivity. Například procházky, jízdu na kole, běh, plavání a jiné. Jako velmi účinná aktivita se osvědčil trampolining - děti se vybijí a zároveň je to i zklidní. Při pohybových aktivitách se uvolňuje endorfin, a to vede k dobré náladě, snižuje problémové chování a zvyšuje schopnost přijímat nové informace. (Thorová, 2006)

Zooterapie

Reakce dětí na kontakt se zvířaty je velmi různorodá. Počínaje vřelým přijetím přes váhavý kontakt až po fobický stav, který nám kontakt neumožní. Mezi nejnámější formy patří canisterapie a hipoterapie, ale ve světě se začala používat také terapie plavání s delfíny - výhodou je spojení s prospěšným pohybem ve vodě. U canisterapie využíváme kladného vztahu dětí ke psům. Pod vedením vyškoleného psovoda (canisterapeuta) se dítě učí při interakci se psem nejrůznější dovednosti. Hipoterapie je jízda na koni. Velkou výhodou u této terapie z pohledu fyzioterapie je pozitivní ovlivnění svalového napětí a motorických funkcí. (Thorová, 2006)

Relaxace

Naučit se správně relaxovat je pro děti s PAS velmi důležité. Pomáhá zredukovat úzkost a tenzi, zvyšuje schopnost odolávat frustraci a umožňuje přijímat nové informace. Je třeba vhodně přizpůsobit prostředí a zařadit relaxaci do běžných denních činností. Důležité je také zvolit vhodný druh relaxace dle požadavků dítěte.

Máme na výběr několik forem:

- zrakovou
- dotekovou (masáže, koupele, zábaly)
- čichovou (aromaterapie)
- sluchovou (meditační hudba)

- fyzický pohyb (trampolíny, skákání na míči)
- vestibulo-kochleární (houpačky, závěsné sítě)
- senzoričná diéta (možnosť byť v naprostom klidu bez vyrušování - mnoho dětí má potrebu si odpočinout od lidí, mít svoje soukromí) (Thorová, 2006)

Aktivity

Při výběru aktivity je velmi důležité, aby to děti bavilo. Důležitou úlohu zde také hraje terapeut a jeho schopnost motivovat klienta ke spolupráci. V neposlední řadě zde hraje svou roli i složení kolektivu a prostředí. (Thorová, 2006)

Terapie hrou

Herní terapie má za cíl zlepšit úroveň myšlení, sociálního chování, zvládnout citové vztahy a zlepšit komunikaci pomocí gest a znaků. Využíváme přirozené prostředí, které jedinci vyhovuje (např. domácí nebo školní prostředí). Dítě se zapojuje do různých typů her, při kterých se klade především důraz na komunikaci. (Richman, 2008)

Ergoterapie

Ergoterapie má za cíl nácvik pracovního chování a návyků, funkční náplň volného času, zvýšení sebeobsluhy. Díky samostatnosti a lepší schopnosti vykonávat určité aktivity se zvyšuje kvalita života postižené osoby. Hlavním úkolem ergoterapie je zlepšování dovedností jemné motoriky (úchop, koordinace pohybu, spolupráce obou rukou). U dětí s PAS se osvědčily např. techniky textilní (tkaní), košíkářské, výroba svíček, keramiky či modelování. (Thorová, 2006)

Muzikoterapie, arteterapie, taneční terapie

Tyto terapie se osvědčily při práci s dětmi s mentální retardací. Uklidňují je, zlepšují pohybovou koordinaci, působí pozitivně na emoční pochody postiženého, pomáhají překonávat motorickou neobratnost. Pomáhají také redukovat nevhodné projevy chování. (Richman, 2008)

Integrativní přístup

U každého dítěte musíme brát ohled na míru a způsob integrace, které je schopno. Přizpůsobit tomu prostředí a vykonávanou aktivitu. (Thorová, 2006)

Farmakoterapie

V současné době bohužel neexistují léky, které by dokázaly vyléčit autismus, ale některá farmaka dokážou pozitivně ovlivnit přidružené potíže, které doprovázejí PAS. Patří mezi ně hyperaktivita, epilepsie, projevy úzkosti a deprese, agresivita, sebepoškozování či problémy se spánkem. Používají se například psychofarmaka, injekce serotoninu nebo megavitaminové dávky. Aby však byla medikace účinná, musí být kombinovaná i s jinými behaviorálními technikami (např. zapojení dětí do dalšího vzdělávání, ADL...). Ve farmakoterapii se můžeme setkat se dvěma nesprávnými přístupy. Prvním je nadměrné předepisování léků, které mají uklidňující až paralyzující účinek. Vysoká dávka farmak však způsobí neschopnost aktivního zapojení do různých aktivit a následná terapie je neúčinná. Druhým problémem je strach z léků a jejich vedlejších účinků. Rodiče často brání farmakologické léčbě a považují ji za poslední možnost. Přitom zlepšení psychického stavu má pozitivní vliv na schopnost učení a adaptace. (Thorová, 2006)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Život dětí s poruchou autistického spektra je velmi odlišný od života „normálních“ dětí. Život dětí s PAS a jejich rodičů je náročný a okolí kolikrát není schopno pochopit, s jakými všemi úskalími se musí potýkat. Děti vyrůstají v prostředí, kde se jim jejich blízcí snaží pomáhat v překonávání jakýchkoliv problémů a pokouší se, aby žily co „nejnormálnější“ život. Bohužel při příchodu mezi zdravé vrstevníky je čeká velké množství úskalí a zde je velmi důležitá vhodně zvolená metoda a způsob integrace.

4 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem výzkumné části mé bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem je možno zaintegrovat handicapované dítě ve volnočasových aktivitách mezi ostatní děti.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jaké jsou nejvhodnější postupy při integraci handicapovaného dítěte ve volnočasových aktivitách.
2. Zjistit, jakým způsobem reagují ostatní děti a jejich rodiče na přítomnost dítěte s PAS.
3. Zjistit, jaké faktory mají negativní či pozitivní vliv na integraci.

5 HYPOTÉZY

Pro výzkumné šetření ve své bakalářské práci jsem si určila tři hypotézy:

1. Předpokládám, že není výhodné využívat při integraci dětí s PAS stejnou metodu přístupu u všech jedinců.
2. Předpokládám, že zdravé děti a jejich rodiče vítají přítomnost dítěte s PAS při volnočasových aktivitách.
3. Předpokládám, že na úspěšnou integraci nemá vliv pouze zvolená metoda přístupu, ale také další faktory.

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

Jako výzkumné techniky ve své bakalářské práci jsem využila:

- Studium literatury a dostupných materiálů
- Kazuistiky
- Kvalitativní výzkum pomocí dotazníků
- Vlastní zkušenosti, které jsme získali při práci s dětmi.

Od září 2013 jsem spolupracovala s organizací Motýl o.s. jako vedoucí kroužků Sportáček a Plavání a jako asistentka dětí s PAS na kroužku Jóga a Šikulka (aktivita zaměřena na jemnou motoriku). Každá aktivita probíhá 1x v týdnu a trvá 45 minut.

Studium literatury a dostupných materiálů bylo důležité pro sestavení otázek v dotazníku. Kazuistiky shrnují jednotlivé informace a údaje o dítěti. Připravené dotazníky, které měly za úkol zjistit informace o dětech a názory rodičů, jsem v průběhu ledna 2014 donesla do organizace Motýl o.s., a požádala jsem rodiče o jejich vyplnění. Celkem jsem rozdala 43 dotazníky. Rodičům zdravých dětí jsem rozdala 28 dotazníků s návratností 19 dotazníků. U rodičů dětí s PAS bylo zanecháno 15 dotazníků a zpět jsem obdržela 9 vyplněných dotazníků.

Zaměření kroužků a počet dětí navštěvujících kroužek:

1) Sportáček

- aktivita zaměřená na zlepšení pohybové aktivity dětí
- využití pohybu formou hry, muzikoterapie
- kroužek navštěvuje 8 zdravých dětí, 4 děti s PAS, 1 handicapované dítě

2) Plavání

- aktivita zaměřená na zlepšení pohybové aktivity ve vodě
- úkolem je naučit děti základy plavání, popřípadě schopnosti zlepšit
- kroužek navštěvují 3 zdravé děti, 6 dětí s PAS, 2 handicapované děti

3) Šikulka

- aktivita na zlepšení jemné motoriky
- využití arteterapie
- kroužek navštěvuje 9 zdravých dětí, 2 děti s PAS

4) Jóga

- aktivita zaměřená na zlepšení pohybové aktivity dětí, koncentraci, stabilitu
- využití muzikoterapie, představitivosti, arteterapie
- kroužek navštěvuje 9 zdravých dětí, 5 děti s PAS

(Podrobnější informace o průběhu jednotlivých volnočasových aktivit v příloze 1)

6.1 Charakteristika sledovaných souborů

- A. 4 kazuistiky
- B. rodiče dětí s PAS
- C. rodiče zdravých dětí
- D. volnočasové aktivity – integrace

Výzkum byl realizován v organizaci Motýl o. s. od září 2013. V centru můžete nalézt řadu volnočasových aktivit. Já jsem se zaměřila na 4 aktivity, ve kterých jsem pravidelně aktivně působila. Díky informacím, které jsem získala od rodičů, kolegů či z vlastní zkušenosti jsem vytvořila 4 kazuistiky. Pomocí dotazníků jsem zjistila názory a pocity nejen rodičů nemocných dětí, ale i rodičů zdravých dětí.

7 KAZUISTIKY

V této kapitole jsou popsány 4 kazuistiky dětí trpících poruchou autistického spektra. Informace pro zpracování kazuistik byly získány od rodičů a pečující osoby. Některé informace jsem doplnila ze svého vlastního pozorování při práci s dětmi.

7.1 Kazuistika A

Základní údaje:

Pohlaví: muž

Věk: 6 let

Diagnóza: Aspergerův syndrom, atypický autismus (vzhledem k nástupu většiny potíží až po 3. roce věku), aktuálně mírná symptomatika, ADHD

Rodinná anamnéza

Chlapec vyrůstá v úplné funkční rodině. U matky (1979) byl opožděný vývoj řeči a pravděpodobně specifické poruchy učení (dysgrafie, dysortografie), u její sestry ADHD a SPU. Otec prodělal běžné dětské nemoci. Chlapec má mladšího bratra (2011) bez zdravotních problémů.

Raný vývoj

Chlapec je z 1. fyziologického těhotenství. Porod proběhl v pořádku v termínu, spontánně, záhlavím. Poporodní adaptace bez patologie. V kojeneckém věku byl chlapec hodně klidný, usměvavý, dobře jedl a spal.

Zdravotní stav

Ve třech letech prodělal rotavirovou infekci (hospitalizován). Vadí mu mléko. Občas zadržuje stolicí, čeká na pokyn rodičů. Rodiče do 3 let věku dítěte nepozorovali žádné zvláštní projevy kromě opožděného vývoje řeči. Aktuálně je znepokojují obtíže v oblasti řeči, komunikace, zapojení do kolektivu, dále také zaznamenávají problémy v koncentraci pozornosti. Lateralita je nevyhraněná.

Motorika

Motorický vývoj probíhá v normě. Jemná motorika a grafomotorika se jeví neobratně - učitelky v mateřské škole upozorňují na motorickou neobratnost a potíže v koordinaci pohybů (při chůzi či běhu).

Imitace

Dle matky byla raná řízená imitace v normě, v cizím prostředí je obtížnější, zejména při nápodobě některých cviků. Současně se však chlapec snaží o nápodobu správného chování a řeči, často spíše mechanicky, bez porozumění kontextu situace.

Řeč, verbální komunikace

V řečovém vývoji a projevu jsou zřejmé četné nerovnoměrnosti a odchylky od normy, v poslední době je ale pozorováno zlepšení komunikace. Řeč nastoupila podle normy, ale více se chlapec rozmluvil až kolem třetího roku života (spojení slov, sdělení). Přesto byl schopný se velmi brzy naučit zpaměti dlouhé říkanky či krátké pohádky. Kolem druhého roku začíná pojmenovávat barvy, části těla, číslice. Od června 2012 dochází na logopedii, dle rodičů dobře spolupracuje. V řeči se objevuje komolení slov, dysnomické obtíže. Dříve o sobě chlapec mluvil ve druhé osobě v ženském rodě. Než si zvykne v neznámém prostředí, má potíže v oblasti komunikace, velmi často se pak objevuje echolálie (místo odpovědi neúčelně opakuje otázku, instrukci). Často nevnímá, co mu ostatní sdělují, vede hovor pouze na své oblíbené téma (výtahy, doprava). Komentuje, co vidí, sděluje stále dokola určitou věc, často mimo kontext. Matka má pocit, že se stále ujišťuje, že na stejné otázky dostane vždy stejné odpovědi.

Neverbální komunikace

V raném věku byl dle matky přítomen sociální úsměv i běžná gesta, ale chlapec méně ukazoval na předměty. Až v poslední době začal ukazovat i s verbálním doprovodem, např. „Jé, hele!“ Mimika je celkově chudší a málo diferencovaná, většinou má neutrální výraz nebo se usmívá. Nepřirozeně navazuje oční kontakt – buď ho vůbec nenavazuje, nebo naopak se upřeně dívá člověku do očí. Problém je také v pozornosti, někdy vůbec nezaměří pozornost na to, co je mu ukazováno či nabízeno. V domácím prostředí se však tyto potíže téměř neobjevují.

Smyslové reakce (zrak, sluch, čich, chuť, bolest)

Zrak: fascinace točením bubnu pračky, rád zhasíná světlo (bere to jako jistotu, když zhasne, je tma)

Sluch: hypersenzitivita (všimá si všech i velice tichých zvuků kolem sebe, bojí se sušáku na ruce, někdy si zacpává uši, autostimulace - povídá si nahlas sám pro sebe, vydává zvuky. Delší latence a zdánlivá ignorace verbálně sdělených pokynů.

Čich: někdy očichává předměty, vadí mu pachy (např. gumové předměty)

Hmatové podněty: autostimulace - je mazlivý, rád si lehá holým břichem na gumový míč na cvičení

Chuť; bolest: bez nápadnosti

Vztahy k lidem, chování v kolektivu

Vztahy se členy rodiny jsou v normě, chlapec je na ně fixován, potřebuje jejich oporu. Po narození bratra na něj výrazně nežártil, má ho rád, hraje si s ním, ale má strach, aby mu bratr něco nezničil. Velmi rád ho objímá a pusinkuje, ale bohužel si neuvědomuje svou sílu oproti bratrovi. Chlapec poměrně dobře funguje v individuálním kontaktu, ale při větším množství lidí je zmaten, vyveden z míry, neorientuje se v situaci. Do MŠ nastoupil až v září 2012, zpočátku se bál, byl zmatený. O kontakt s dětmi má zájem, ale neumí ho adekvátním způsobem navázat.

Emociální reakce, úzkostnost

Chlapec je hodně citlivý, ale v emočních projevech většinou klidný, pozitivně laděný. Během vývoje se v podstatě neobjevilo období vzdoru. Ve všem se velice snaží, je trpělivý při nácvičce čehokoliv. Občas dělá to, co ví, že nesmí, očekává a „chce“ negativní reakci, aby on na ni mohl reagovat jakoby vztekem. Nejeví se zvýšená úzkost, nebojí se tmy - naopak ji má rád, velmi často zhasíná světla. Bojí se pouze lékařů, sušáku na ruce na WC a některých druhů praček. Má pud sebezáchovy, je na sebe opatrný. Nejistota je spojená zejména s neznámými situacemi a větším množstvím lidí.

Adaptace na změny

V adaptaci na změny má chlapec problémy, má tendenci k rituálům a stereotypům, potřebuje dodržování režimu, mít ve všem určitý systém a předem se na změny

připravovat. Po vysvětlení vše zvládne. Z rituálního a stereotypního chování rodiče uvádějí: potřebuje mít v místnosti zavřené dveře (všude je stále zavírá), vypnuté přístroje (aby nesvítily kontrolky), vyžaduje určitou snídani a večeři, všude chodit navyklou cestou. Má rád úplnost, dokončení činnosti. Přerušení činnosti, kterou je zaujatý, hůře zvládá, v takových chvílích většinou nevnímá, nereaguje na pokyny.

Zájmy, volná činnost, hra

Převažují specifické zájmy, především o výtahy (hraje si, že s nimi přijel, často opakuje: „Já jsem přijel do dvojky“), dále o MHD, vlaky, tunely, sefamory. Fascinují ho také všechna tlačítka. Často něco sbírá (např. obaly od bonbónů) následně to různě řadí a třídí. Má rád předčítání a prohlížení knížek, hudbu, zpěv, počítač, modelování a kreslení.

Pozornost, úroveň aktivity

Výrazné jsou poruchy pozornosti a aktivity. Stálý psychomotorický neklid, aktivita, unavitelnost nervové soustavy, výrazné výkyvy v koncentraci pozornosti se zahledováním, výraznější ulpívavostí. Intelektová výkonnost závisí na aktuálním psychickém stavu, akutní schopnosti koncentrace a funkční komunikaci s okolím.

Sebeobsluha

Chlapec si brzy osvojil základy hygieny. Umí se sám obléknout a obout, najíst se i s příborem. Doma má tendenci pomáhat (např. nosí nádobí do myčky).

Pohybové aktivity v rámci volnočasových aktivit

Chlapec navštěvuje volnočasovou aktivitu Sportáček. Zapojení bylo z počátku náročné. Nerad poslouchal, neplnil naše úkoly. Zavedli jsme, že pokaždé, pokud nesplní úkol či zlobí, škrtně se mu na obrázku jeden usměváček (pokud jsou mu škrtnuty všechny, na konci hodiny nedostane odměnu). Chlapce to motivuje, často se při hodině ptá, zda dostane bonbón a hlídá si, kolik mu ještě zbývá usměváčků. Při hodině velmi často zhasíná světlo, rád leze na žebřiny, na vrcholu skluzavky si hraje na to, že přijel výtahem (pořád jezdí do „dvojky“). Od ledna společně s ním kroužek navštěvuje i jeho tříletý bratr (zdravý). Chlapec za ním neustále běhá, hladí ho, objímá ho, ale velmi často neodhadne svou sílu a nechtěně chlapci ublíží. V poslední době se začíná projevovat agresivně - pere

se s jedním ze starších zdravých chlapců i vůči lektorce projevuje agresivní chování. Chlapec si potrpí na rituály.

7.2 Kazuistika B

Základní údaje:

Pohlaví: muž

Věk: 4 let

Diagnóza: Dětský autismus F 84.0

Rodinná anamnéza

Matka (1976) i otec (1974) prodělali běžné dětské nemoci. Sestra matky se léčí z depresí. Bez sourozenců.

Raný vývoj

Dítě ze 3. těhotenství - první dvě byla ukončena spontánním potratem, těhotenství fyziologické, porod 14 dní po termínu, vyvolán. Kojen do 14 měsíců.

Zdravotní stav

Ve 4 dni života očkovan proti TBC - objevila se alergická reakce (otok, hnis) – ostatní očkování poté se zpožděním. Lékařem vysvětleno jako „špatná šarže“ očkování. Prvního znepokojení si rodiče všimli okolo jeho 30. měsíce, kdy okolí upozornilo, že se chlapec chová, jakoby neslyšel. Rovněž byl zastaven vývoj řeči, který byl do 15. měsíce v normě, poté došlo ke ztrátě této schopnosti. Matka se domnívala, že chlapec neslyší z důvodu rozvoje alergie a následkem zvětšení nosní mandle, která byla 10/2009 odstraněna. Sledován na foniatrii a ORL pro opožděný vývoj řeči.

Motorika

Motorický vývoj probíhal v normě. Sed okolo půl roku, v 7. měsíci lezl, počátky chůze kolem prvního roku života. Objevuje se motorická neobratnost.

Imitace

Chlapec určitým způsobem spontánně imituje, imitace je však bez dostatečné flexibility a různorodosti (otec míchal beton, na písku míchal taky)

Řeč, verbální komunikace

Okolo prvního roku říkal „máma“, „táta“, okolo roku a půl došlo ke ztrátě řečové dovednosti, nemluvil zhruba do 3 let, nyní začíná vytvářet hlásky. Místo řeči užíval houkání, pískání.

Neverbální komunikace

Chlapec spontánně neukazuje na vzdálené předměty (dle rodičů ukazuje velmi výjimečně a pouze natažením paže bez očního kontaktu). Používá jednoduchá gesta na požádání či spontánně nacvičená gesta (mává na rozloučenou). Nepřikyvuje, občas zavrtí hlavou ve smyslu „ne“. Obličejovou mimiku používá velmi málo, matka však rozezná co cítí či potřebuje. Občas používá ke komunikaci cizí tělo. Rukou rodičů si podá předmět, který potřebuje, či je dovede na potřebné místo.

Smyslové reakce (zrak, sluch, čich, chuť, bolest)

Chlapec velmi špatně navazuje oční kontakt, pokud na něj člověk mluví, odvrací od něj tvář. Barvy nerozeznává. Pozitivně reaguje na hluk- začne se jakoby radovat (skáče, piští, tleská ručičkami) a je patrný úsměv. Nemá rád kontakt, je přecitlivělý.

Vztahy k lidem, chování v kolektivu

Dle matky jeví chlapec zájem o kontakt s dětmi. Na hřišti s nimi pobíhá, paralelně skáče na trampolíně. Děti sleduje, ale špatně se mu daří navazovat kontakt, většinou si pak hraje sám. Stýká se s holčičkami ze sousedství, se kterými sdílí omezené zájmy (např. jezdí s nimi s kočárkem). Co se týče projevů sdílené pozornosti, nosí rodičům předměty a ukazuje je, jsou to většinou však předměty, které slouží k jeho specifickým zájmům, či potřebuje pomoc rodičů. Je schopen se v omezené míře podělit o jídlo, hračky. S rodiči je schopen sdílet radost. Na cizí lidi téměř nereaguje.

Emocionální reakce, úzkostnost

Negativně reaguje na snahu cizího člověka o kontakt (má okolo sebe osobní zónu, pokud je narušena, jakoby se stáhne do ulity). Pokud není vyhověno jeho přání, sedá si na zem, začne křičet a odmítá spolupracovat. Rodiče jsou schopni dle jeho chování odhadnout, co asi potřebuje.

Adaptace na změny

Špatně snáší změny. Má rád pravidelnost. Matka pozoruje u chlapce rituály před usnutím. Chlapec musí sledovat nejprve večerníčka » losování sportky » čištění zubů » pohraje si » maminka přečte pohádku » chlapec jde spát. Pokud je něco jinak, hůře usíná a je v noci neklidný.

Zájmy, volná činnost, hra

U chlapce se objevují vymezené zájmy a záliby - několik měsíců měl období, kdy stavěl auta a traktory na zadní kola. Aktuálně si stále staví vláčky a jezdí s nimi, musí je však ovládat manuálně, odmítá vláčky na baterie. Zvláštní utkvělost v zájmech se projevuje například tím, že musí počkat na místě, dokud kolem neprojede tramvaj, dokáže se dlouhé minuty dívat na oblohu a sledovat letadla.

Pozornost, úroveň aktivity

Výrazné poruchy jsou v oblasti pozornosti a aktivity (především špatná koncentrace). Rozpoložení chlapce je ovlivněno aktuálním psychickým stavem a okolím.

Sebeobsluha

Čistotu udržuje plně, jen u oblékání potřebuje mírnou dopomoc dospělého.

Pohybové aktivity v rámci volnočasových aktivit

Chlapec navštěvuje Sportáček a hodiny Jógy. Práce s ním je velmi náročná. Nemá rád osobní kontakt - dle matky od doby, co ve školce užívali metodu pevného obětí. Často se velmi uzavře do sebe, nerad vykonává činnosti, které jsou mu přikázané. Objevují se agresivní sklony. Pokouší se dělat věci sám, jen velmi zřídka vyžaduje asistenci. Komunikace s chlapcem je obtížná. Nenavazuje skoro vůbec oční kontakt, verbální komunikace téměř nulová - za rok práce s ním používá většinou pouze slovo ne, jen jednou

byl schopný mi říci barvu míčku - červená. Má velice rád skákání na trampolíně, uklidňuje ho to (pokud je unavený nebo se mu prostě nechce skákat, lehne si na trampolínu a vyžaduje od ostatních, aby skákali)

7.3 Kazuistika C

Základní údaje:

Pohlaví: muž

Věk: 7 let

Diagnóza: atypický autismus, smíšená vývojová dysfázie, ADHD

Rodinná anamnéza

Matka (1975) léčena pro hyperfunkci štítné žlázy, aktuálně v ambulantní psychiatrické péči. Užívá antidepresiva. Otec prodělal běžné dětské nemoci. Setra (2001) má IPV pro vývojovou dysfázii a ADHD. Babička (z matčiny strany) léčena pro roztroušenou sklerózu.

Raný vývoj

Dítě ze druhé gravidity, matka v těhotenství léčena Biseptolem. Rizikové těhotenství (ve 24. týdnu měli lékaři obavy, že dítě neroste). Porod ve 42. týdnu, spontánní, alterace ozev ve 2. době porodní, poporodní adaptace bez patologií. V raném věku plačtivé dítě, kojen do devátého měsíce, kojení v této době sám odmítal. Převod na mléčnou stravu bez potíží.

Zdravotní stav

Časté záněty dýchacích cest (kašel, rýmy, 2x zánět dýchacích středouší). 11/2011 provedena adenotomie. Ve 2,5 letech strangulace předkožky. Sledován na ortopedii pro plochonoží. Dochází na logopedii.

Motorika

Motorický vývoj v normě, chůze ve 12. měsíci. Problém s pohybovou koordinací.

Řeč, verbální komunikace

Před dovršením prvního roku života první slabiky. Od 13. měsíce rodiče pozorovali u chlapce významnou stagnaci ve vývoji řeči. Do dvou let řeč pouze na úrovni zvuků, maximálně slabik, řeč málo využíval ke komunikaci, spíše ukazoval. Potřeby málo vyjadřoval, snažil se obsloužit sám, popř. dovedl rodiče na dané místo. Na pozdrav poprvé zamával ve 3 letech. Vývoj velmi pomalý, s výraznější akcelerací okolo čtvrtého roku. Dle rodičů v návaznosti na odstranění nosní mandle. Aktuálně hovoří v krátkých větách. Používá některé vlastní výrazy, např. zvířata pojmenuje podle zvuku, který vydávají.

Neverbální komunikace

Mimika obličeje je chudá. Ne vždy je zcela kvalitní oční kontakt. Chlapec uhýbá pohledem, eventuálně může být ulpívavý pohled. Neverbální intelektový vývoj je v pásmu normálu.

Smyslové reakce (zrak, sluch, čich, chuť, bolest)

Zvýšená citlivost na hluk (vadí mu pištění ostatních či hlasitá muzika). Vadí mu určité barvy - aktuálně rád červenou (naopak dříve ji neměl rád a dával přednost žluté). Dle rodičů má snížené vnímání bolesti.

Vztahy k lidem, chování v kolektivu

Před nástupem do MŠ neprojevoval zájem o kontakt s vrstevníky. Do kolektivu se špatně zapojil, občas pláče. Odmítá chodit s dětmi na procházku za ruku, do společných aktivit se nezapojuje, většinou si sám staví z lega. Pokud se ostatní děti pokusí o kontakt, mručí na ně či je odhání. S dospělými kontakt navazuje lépe, doma je velmi mazlivý.

Emocionální reakce, úzkostnost

Emoce vyjadřuje spíše omezeně. Na emoce ostatních nereaguje, útěchu neposkytuje.

Adaptace na změny

Změny špatně snáší od raného věku. Nemá rád cestování, přerušování hry před koncem. Má rád rituály - rovná hračky, části stavebnice dle barvy, zboží při nákupu, předměty skládá do řad. Vadí mu, pokud letáky vyčnívají ze schránky, nemá rád koupání-

především mytí vlasů a česání. Ve školce používá stále stejné WC a umyvadlo, přeskakuje prasklinky na chodníku. Pokud není po jeho, reaguje afektivním výbuchem.

Zájmy, volná činnost, hra

Již od raného věku má rád dovádivé hříčky. Aktuálně preferuje dinosaury, auta, bagry. Má rád zvukové hračky. U hry vydrží, pozornost příliš nevyžaduje.

Pozornost, úroveň aktivity

Porucha koncentrace pozornosti. Zaujetí vlastními činnostmi. K řízené aktivitě je nutno chlapce motivovat, vydrží pouze chvilku.

Pohybové aktivity v rámci volnočasových aktivit

Chlapec navštěvuje kroužek Sport'áček. Spolupráce s ním není oproti ostatním dětem s PAS tak náročná. Chlapec je schopný se v některých věcech přizpůsobit. Pouze vždy vyžaduje všechny cvičební pomůcky v červené barvě, pokud to tak není, sedne si na lavičku a odmítá spolupracovat. Nemá rád hlasité zvuky - pouští-li se hlasité písničky, některé děti křičí, chlapec si dá ruce na ouška a točí sebou dokola, dokud nenastane klid.

7.4 Kazuistika D

Základní údaje:

Pohlaví: muž

Věk: 13let

Diagnóza: dětský autismus, ADHD, epilepsie, porucha růstu

Rodinná anamnéza

Chlapec vyrůstá v úplné funkční rodině. Matka (1979) prodělala běžné dětské nemoci. Otec (1975) trpí tupozrakostí. Z otcovy strany je častý výskyt různých forem rakoviny, babička (maminka otce) trpí psychickými obtížemi, užívá antidepressiva, nějaký čas pobývala v psychiatrické léčebně, aktuálně v ambulantní péči. Z matčiny strany trpí její sestra poruchami štítné žlázy, má dvě děti, jeden ze synů trpí stejnou poruchou jako

chlapec - v rodině se objevuje nespecifická vada alely, kdy mají při porodu chlapce 50% pravděpodobnost, že bude mít poruchu autistického spektra (dívky jsou přenašečky).

Raný vývoj

Matka prodělala v těhotenství boreliózu (po klíštěti) - dle lékařů neměla tato skutečnost na vývoj chlapce žádný vliv. Chlapec se narodil 10 dní po termínu - porod vyvolán. Již od prvního týdne života měl chlapec problémy s vyprazdňováním.

Zdravotní stav

Většina příznaků poruchy autistického spektra se začala výrazně projevovat od 3. roku věku. V této době se také poprvé projevila epilepsie (dítě se matce dusilo, až modralo). Ve čtyřech letech odstranění nosních mandlí. V pěti letech podstoupil operaci z důvodu strabismu. V roce 2011 byl na zmenšení krčních mandlí a znovu na odstranění nosních mandlí. Nosí brýle. Levé oko 4,5 dioptrie, pravé 5 dioptrií.

Farmaka

Na epilepsii užívá Keppra Lamictal. Na psychické poruchy Asentral a Rorendo. Dále užívá pyridoxin a kyselinu listovou.

Motorika

Motorický vývoj zpomalený. Dlouho pouze lezl po čtyřech. První kroky až kolem 30. měsíce. Jemná motorika a grafomotorika (libovolně čmárá po papíru, 2 body na obrázku spojí nepřesně) se jeví neobratně. Vyskytují se potíže při koordinaci pohybů.

Imitace

V této oblasti jsou zjevné nejvýraznější obtíže v oblasti verbální imitace (zopakuje pouze hlasy zvířat). Napodobí jednoduché pohyby, užívání předmětů při každodenních činnostech (hřeben » česání), dospělého při domácích pracích. Složitější pohybové vzorce napodobit nezvládne.

Řeč, verbální komunikace

Řeč je dysláická, místy až nesrozumitelná. První slova až ve 4,5 letech. K vyjádření myšlenky používá jednoduché věty (zpravidla 4 - 5 slov), tvoří otázky, časuje

s chybami. Správně pojmenuje své pohlaví, běžné věci na obrázku. V současné době dochází na logopedii.

Neverbální komunikace

Řeč často doprovází gesta, pokud něco chce, neustále na to ukazuje. Souhlas/nesouhlas (přikývnutí/zavrtění hlavou) gestem nevyjádří. Používá jednoduchá gesta na požádání či spontánně jednoduchá nacvičená gesta (mává na rozloučenou). Obličejovou mimiku používá velmi málo.

Smyslové reakce (zrak, sluch, čich, chuť, bolest)

Rozlišuje barvy, přiřadí barevné předměty k odpovídajícím terčům, po ukázce si zapamatuje většinu obrázků. Rozliší různé zdroje zvuků, ze známých hudebních nástrojů na obrázku vybere ten, jehož zvuk slyší. V oblasti taktilního vnímání rozpozná známé předměty hmatem. Má zvýšený práh bolesti. Zvýšená čichová funkce.

Vztahy k lidem, chování v kolektivu

Chlapec projevuje zájem o druhé, nerozlišuje však mezi blízkou či cizí osobou. Objevuje se nepřiměřené chování při kontaktu s druhými z důvodu neporozumění základních pravidel společenského chování. V jeho chování přetrvává agresivita vůči druhým - není však naschvál, chce se všemi kamarádit.

Emocionální reakce, úzkostnost

Emoce vyjadřuje spíše omezeně, především k rodině. Pokud není vyhověno jeho přáním, velmi hlasitě se jich dožaduje, dokud mu to není splněno. Nejistota je spojená zejména s neznámými situacemi.

Adaptace na změny

Změny snáší hůře. Musí být o nich předem informován, aby se na ně mohl připravit. Má rád pravidelnost. Dodržuje rituály - sleduje AZ-kvíz » pořad Taxík » dostane prášky » růstový hormon » jde se spát. Pokud je nějaká změna, cítí se nespokojený, je roztržitý. Před usnutím musí mít svého medvídka na spaní.

Zájmy, volná činnost, hra

Mezi přetrvávající zájmy patří letáky hypermarketů (prohlíží si je, vystřihuje obrázky), panenky, čte písmena, sbírá fotografie a ukládá si je do desek. V současné době má zálibu v náramcích a hodinkách - pokud je někdo má, hned je po nich chce, naskládá si je před sebe a neustále je sleduje, ale nehraje si s nimi.

Pozornost, úroveň aktivity

Výrazné poruchy v oblasti pozornosti a aktivity, špatná koncentrace. Při komunikaci často odbíhá od tématu.

Sebeobsluha

Zvládá sám obléknout si jednoduché oblečení a svléknout se. Má potíže při oblékání ponožek, zapínání zipu či knoflíků. Jí samostatně u stolu. Udržuje čistotu, na WC není úplně samostatný. Pokud má špinavé ruce či ústa, umyje se až po upozornění.

Pohybové aktivity v rámci volnočasových aktivit

Chlapec navštěvuje hodiny Plavání a Šikulky. Spolupráce s ním je velmi náročná. Je velmi hyperaktivní, schopnost soustředění malá. Je obtížné ho něčím zaujmout, aby se alespoň chvíli věnoval zadané činnosti. Důležitou roli zde hraje motivace. Chlapec má oblibu v současné chvíli v hodinkách a náramcích, je vhodné na hodinu si něco přinést a dát mu to, vytvoříte si s ním určité pouto a chlapec vás lépe přijme. Má obtíže při práci. Kde je třeba jemná motorika, vyžaduje asistentku, bez dopomoci není schopný téměř nic vyrobit. Má poruchu růstu, proto je velmi důležitá pohybová aktivita. Velmi ho baví plavání, ale musíme ho neustále motivovat. Pro asistentku či lektorku je práce s chlapcem z důvodu jeho velmi špatné koncentrace a potřeby mít neustále pozornost okolí, velmi náročná.

8 VÝSLEDKY

8.1 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ

Připravené dotazníky jsem donesla do organizace Motýl o.s., se kterou spolupracuji, a požádala jsem rodiče o jejich vyplnění. Musím ale dodat, že jsem se občas setkala s neochotou rodičů vyplnit dotazník, která byla především způsobena tím, že podobných dotazníků již bylo zpracováváno mnoho a z jejich pohledu tyto výzkumy nevedly k výraznějším změnám postupů u poruch autistického spektra.

Při vypracovávání dotazníků jsem si stanovila cíle jejich vyhodnocování:

- možnosti integrace
- postoj rodičů zdravých dětí
- postoj rodičů dětí s PAS
- zjištění pozitivního a negativního vlivu integrace

Celkem jsem rozdala rodičům 43 dotazníky. Rodičům zdravých dětí jsem dala 28 dotazníků a vrátilo se mi jich 19, u rodičů dětí s PAS jsem zanechala 15 dotazníků a zpět jsem obdržela 9 vyplněných dotazníků.

8.1.1 Zpracování informací z dotazníků

Dotazník pro rodiče dětí s poruchou autistického spektra

- 1) Uveďte počet dětí ve Vaší rodině.

Ve třech rodinách je jen jedno dítě, ve čtyřech rodinách jsou sourozenci (jeden případ jsou postižená dvojčata) a v jednom případě jsou v rodině tři děti.

- 2) Uveďte počet dětí v rodině s poruchou autistického spektra (PAS).

Pouze v jedné rodině jsou 2 děti s poruchou autistického spektra (dvojčata).

V ostatních rodinách má tuto poruchu pouze jedno dítě.

3) Jaká forma poruchy byla Vašemu dítěti diagnostikována?

U čtyř dětí byl diagnostikován dětský autismus, u stejného počtu Aspergerův syndrom, třikrát byl diagnostikován atypický autismus a jiné pervazivní vývojové poruchy. U některých dětí bylo shledáno více poruch najednou.

4) Trpí Vaše dítě ještě nějakou další vadou?

Pět rodičů uvedlo, že jejich dítě trpí ADHD, u čtyř dětí se projevuje hyperaktivita. Třikrát se mezi odpověďmi objevila vývojová dysfázie. U dvou dětí je přítomný strabismus, středně těžká mentální retardace a X-fragilní chromozom (u dvojčat). Po jednom se objevil strabismus, svalová ochablost, atopický ekzém, epilepsie, porucha růstu, vybočené kotníky, ploché nohy.

5) V kolika letech/měsících jste si poprvé všimli neobvyklého chování u Vašeho dítěte?

Nejčastější odpovědí bylo kolem 3. roku života dítěte. Rodiče dvojčat uvedli, že u prvního chlapce byly rozdíly patrné již od narození, u druhého hochy kolem 18. měsíce. U jednoho dítěte maminka uvedla, že první příznaky se objevily kolem druhého roku života, ale výraznější projevy byly, až když dítě nastoupilo ve čtyřech letech do mateřské školy.

6) Jakým způsobem komunikuje Váš potomek?

Až na jeden případ, kdy dítě pouze vydává zvuky a spíše užívá gesta, rodiče uvedli, že jejich potomci komunikují pomocí řeči (úrovně schopnosti verbální komunikace jsou u dětí různorodé).

7) Jaké kroužky Vaše dítě navštěvuje v rámci volnočasových aktivit?

Pět dětí dochází na Plavání a Jógu, čtyři děti navštěvují Sportáček a dvě děti navštěvují Šikulku (kroužek na jemnou motoriku).

8) Podle kterých kritérií jste se rozhodovali při výběru kroužku?

Rodiče uvedli několik kritérií, podle kterých se rozhodovali, jakou volnočasovou aktivitu zvolit. Např. podle počtu dětí v kroužku, náročnosti,

schopnosti rozvíjet jejich vlohy, motivace, věku, mentálních možností a především, podle zájmu svých ratolestí. Někteří rodiče uvedli, že zkoušeli více kroužků najednou či postupně a až časem vybrali ten správný dle reakce dětí.

9) Máte pocit, že se Vaše dítě dobře zaintegrovalo mezi ostatní děti?

Většina rodičů uvedla, že se jejich dítě zaintegrovalo dobře. Jen v jednom případě bylo uvedeno, že si rodiče nejsou jisti; jejich potomek dle nich spíše preferuje dospělé a s vrstevníky si příliš nerozumí. Jednou z odpovědí také bylo, že má maminka občas pocit, že rodiče ostatních dětí mají problém s hyperaktivitou jejího syna.

10) Co Vám či Vaším dětem přinesla tato zkušenost? (pozitivně i negativně)

Většina rodičů uvedla, že děti mají možnost se seznámit s ostatními vrstevníky, učí se vzájemně spolupracovat, zlepšit orientaci v prostředí, učí se spolupracovat i s jinými dospělými než jen s rodiči. Jako negativní stránku rodiče vidí malou informovanost ostatních rodičů o integraci dětí se zdravotním postižením v kroužku.

11) Jak bylo Vaše dítě přijato kolektivem?

Většina rodičů uvedla, že kladně. V některých případech chvíli trvalo, než si ostatní zvykli na odlišné chování či požadavky jejich potomka.

12) Vypozorovali jste u vašeho potomka nějaké změny od doby, co navštěvuje kroužek?

Z odpovědí vyplývá, že děti jsou v kroužcích spokojené. Objevují se pokroky v oblasti komunikace, sociálního citění, motorice, zlepšila se spolupráce s vrstevníky. Děti mají ve svém volném čase nějakou pravidelnou aktivitu, na kterou se těší.

13) Je Vaše dítě v kroužku spokojené?

U této otázky se rodiče shodli, že po určité době, která byla nutná k aklimatizaci, jsou děti v aktuálním kroužku spokojené. Pouze v jednom případě

byla uvedena poznámka, že dítě není v kroužku rádo, pokud tam přijde „velký kluk“ (jeden starší chlapec, který kroužek občas také navštěvuje).

14) Je možno využít pomoc asistentky? (využili jste jí či jí využíváte)?

Ve všech kroužcích je možno využít pomoc asistentky a většina rodičů tuto možnost využívá nebo již v minulosti využila.

15) Místo pro vaše dotazy, zkušenosti, připomínky

Možnost vyjádřit se využili tři z dotazovaných rodičů.

„Jsem velmi ráda, že jsem měla možnost nalézt kroužek, ve kterém se mému dítěti líbí, a také rodiče zdravých dětí jsou velmi příjemní a nekoukají se na mého syna skrz prsty.“

„Bez účasti asistentky by bylo dlouhodobé navštěvování kroužku problematické.“

„Měla jsem možnost poznat i další rodiče, kteří mají stejně postižené dítě jako já. Uvědomila jsem si, že nejsme se synem na světě s touto poruchou sami. Nejen můj syn, ale i já jsem potkala nové přátele. Nasbírala jsem plno nových zkušeností a rad.“

Dotazník pro rodiče zdravých dětí

- 1) Jaké kroužky Vaše dítě navštěvuje v rámci volnočasových aktivit?

Šest dětí navštěvuje Jógu a Sportáček, pět dětí dochází na Šikulku a tři děti navštěvují hodiny Plavání.

- 2) Jaké máte informace o poruchách autistického spektra (PAS)?

Většina rodičů uvedla, že nemá téměř žádné informace o této poruše. Jen ve dvou dotaznících se objevila odpověď, že se rodiče o tuto poruchu více zajímají a sami si zjistili informace.

- 3) Kde jste získala informace o PAS?

Většinou byly jako zdroje informací uvedeny odborné publikace, internet, rodiče nemocných dětí či vedoucí kroužků.

- 4) Kolik dětí s (PAS) navštěvuje kroužek Vašeho dítěte?

U pěti dotazníků se objevila odpověď, že rodiče vůbec netuší, zda kroužek navštěvuje handicapované dítě. Jinak rodiče uvedli rozmezí 2 - 5 dětí. Někteří rodiče uvedli, že kroužek nenavštěvuje dítě s PAS i přesto, že ve skutečnosti kroužek dítě s touto poruchou navštěvuje.

- 5) Navštěvují kroužek děti s ještě nějakým jiným postižením?

Opět zde si několik rodičů nebylo jisto, zda ano, či ne. U kroužku Jóga, Plavání a Sportáček rodiče uvedli, že je navštěvují i děti s jiným postižením. Počty neuváděli, neboť si nebyli jisti, zda se jedná o poruchu autistického spektra či jiný handicap.

- 6) Byli jste předem informováni, že se jedná o kroužek s integrací handicapovaného dítěte?

Ve většině případů rodiče předem tuto informaci věděli. Jedna z maminek uvedla, že má bohužel jednu negativní zkušenost s neinformováním.

7) Byla pro Vás při rozhodování důležitá skutečnost, že se jedná o kroužek, do kterého jsou integrovány děti s postižením?

Až na jednu výjimku všichni uvedli, že to pro ně nebylo rozhodující. V jedné odpovědi zaznělo, že z důvodu nízkého věku potomka a ze strachu o něj do kroužku raději dceru neposlali.

8) Jaký je váš postoj k integraci dětí s PAS ve volnočasových aktivitách?

Všichni dotazovaní uvedli, že k této problematice a možnosti integrace mají kladný postoj.

9) Co Vám či Vaším dětem přinesla tato zkušenost? (pozitivně i negativně)

Jako pozitivní zkušenost rodiče uvedli získání nových kamarádů, informací a zkušeností od ostatních rodičů a lektorů, jejich děti od té doby vědí, že na světě existují také nemocné děti a že by je měly brát jako sobě rovné. Mezi negativa zařadili dřívější špatnou zkušenost, kdy dle nich lektorka vedla kroužek špatně.

10) Místo pro vaše dotazy, zkušenosti, připomínky

Možnost vyjádřit se využili dva z dotazovaných rodičů.:

„Ráda bych zlepšila a změnila integraci dětí s PAS. Stoprocentně jsem pro integraci dětí s PAS.“

„Jsem ráda, že mé dítě ví, že svět není perfektní a že tu vždy bude něco, co bude jiné a ne stejné. Mělo by to vědět od útlého věku.“

Shrnutí informací získaných z dotazníků

Tabulka 7 Shrnutí výsledků informací získaných od rodičů dětí s PAS

Formy PAS	Aspergerův syndrom, dětský autismus, atypický autismus, jiné pervazivní vývojové poruchy.
Počet dětí v rodině s PAS	Pouze v jednom případě dvě (dvojčata) v ostatních rodinách pouze jedno dítě.
Další přidružené vady	ADHD, vývojová dysfázie, strabismus, mentální retardace, epilepsie, atopický ekzém, poruchy růstu, ploché nohy.
Věkové rozhraní zaznamenání prvních příznaků poruchy	Většinou kolem třetího roku života. V jednom případě kolem 2 let. U dvojčat byly příznaky v jednom případě již po narození, u druhého kolem 18. měsíce.
Způsob komunikace	Ve většině případů pomocí jednoduchých slov či vět. V jednom případě pouze pomocí gest a zvuků.
Důležitá kritéria při výběru vhodné volnočasové aktivity	Počet dětí v kroužku, náročnost, věk, mentální možnosti potomka, jejich záliby.
Úspěšnost integrace, přijetí dětí v kolektivu, spokojenost v kroužku	Výsledky velmi pozitivní.
Co vše možnost integrace přináší	Děti mají možnost poznat nové kamarády, učí se spolupracovat, orientovat v novém prostředí. Z negativního hlediska zjištění, že společnost je o PAS velmi málo informovaná.
Pokroky dětí s PAS	Zlepšení v oblasti komunikace, sociálních vztahů, motorice.
Možnost využít pomoc asistenty	ANO (většina rodičů možnost využívá\la)

Zdroj: vlastní

Tabulka 8 Shrnutí výsledků informací získaných od zdravých dětí

Míra informovanosti o PAS	Téměř žádné informace. Výjimečně se rodiče o poruchu zajímají více do hloubky.
Zdroje informací o PAS	Odborné publikace, internet, rodiče dětí s PAS, lektoři.
Kolik dětí s PAS navštěvuje volnočasovou aktivitu společně s potomky	Rozmezí 2 - 5. Někteří rodiče odpověď neznali.
Kolik dětí s jinou poruchou navštěvuje volnočasovou aktivitu	Navštěvují, ale rodiče nevěděli počet, neboť si nebyli jistí, zda se jedná o poruchu PAS nebo jiné postižení.
Poskytnutí informace o integraci před nástupem potomka do kroužku	Až na jednu výjimku rodiče předem věděli, že se jedná o integraci.
Byla informace, že se jedná o integraci dítěte s PAS důležitá při výběru kroužku	Ne
Postoj rodičů k integraci	Kladný
Co vše možnost integrace přináší	Děti mají možnost poznat nové kamarády, zjistit, že na světě existují také nemocné děti. Rodiče získali informace o PAS. Jako negativní přínos byla uvedena zkušenost se špatným vedením hodiny.

Zdroj: vlastní

9 DISKUSE

Zhodnocení hypotézy 1

Cíl: Zjistit, jaké jsou nejvhodnější postupy při integraci handicapovaného dítěte ve volnočasových aktivitách.

Hypotéza: Předpokládám, že není výhodné využívat při integraci dětí s PAS stejnou metodu přístupu u všech jedinců.

U této hypotézy bych chtěla potvrdit svou domněnku, že není vhodné při práci se skupinkou dětí používat u všech stejnou metodu přístupu k nim.

Při mé práci s dětmi se mi potvrdilo, že je možno využít několik metod, které vedou k úspěšné integraci. Vždy je však velmi důležité dodržovat několik pravidel a přizpůsobit se potřebám všech dětí. Nejprve bychom si měli zjistit co nejvíce informací o dětech s poruchou autistického spektra. Co mají rádi, co naopak nikoli, jaké aktivity je baví, jakým způsobem komunikují (pomocí plnohodnotné verbální komunikace, gesty, mimikou...) a také na jaké úrovni je jejich komunikační schopnost. Mezi další důležité informace patří přesná diagnostika potíží - u některých poruch jsou děti velmi citlivé na sociální kontakt, hluk, světlo. Dále je třeba zjistit jaká je úroveň porozumění a mentálních schopností. Po zjištění všech základních informací si můžeme vytvořit počáteční úsudek a základní plán.

Při příchodu dítěte s PAS na první hodinu je důležité vše velmi pečlivě a postupně vysvětlit, povědět, co se bude dít. Někdy mají děti problém porozumět mluvenému popisu; v těchto případech je vhodné využít například metodu nakresleného plánu aktivity dle časového sledu. Pokud je možno, nejprve aktivitu předvedu sama a až poté přijdou na řadu ostatní. Při samotné aktivitě bychom měli pozorovat chování dítěte, reakce na okolí, schopnost spolupracovat a také jakým způsobem bylo přijato do kolektivu vrstevníků. Problémem těchto dětí je nesoustředěnost a neschopnost vydržet delší dobu u jedné činnosti či si samo vymyslet činnost, aby se nenudilo. Straussová říká: *„Pokud má dítě poruchy autistického spektra, pak v situacích, kdy se má zabavit samo, pravděpodobně selhává. Někdy má oblíbenou jednu nebo i několik činností, u kterých je schopné vydržet. Ale ve většině případů sledujeme, že dítě neví, jak a čím volný čas vyplnit, nastává u něj chvíle nudy. Najde nějaký předmět, který ho zaujme, avšak do několika málo minut*

přechází k jinému, kterému věnuje pozornost zase jen pár minut, hru nerozvine a přechází k další činnosti.“ (Straussová, 2011 str. 84 - 85)

Může se vám stát, že při hodině si dítě stoupne do kouta a odmítá spolupracovat. Z vlastní zkušenosti doporučuji dítě do ničeho nenutit. Nepřemlouvát ho, aby se zapojilo. Častokrát se stane, že dítě se po chvilce rozkouká a samo se postupně začne zapojovat do aktivity. Pokud se ani po určité době nezapojí, pokusíme se vymyslet formu hry, která mu bude bližší. Velmi důležité je dítě motivovat, chválit, odměňovat ho za dobře odvedenou práci. Naopak pokud dítě neposlouchá, zlobí a i přes zákaz pokračuje v činnosti, měli bychom zavést potrestání. Můžete využít papír, na kterém máte nakresleno deset „smajlíků“ (příloha - obrázek 51), kteří jdou z úsměvu postupně do mračení. Pokud dítě neuposlechne nebo nedělá to, co mu bylo řečeno, jeden ze „smajlíků“ si škrtneme nebo mu ho při jeho přítomnosti škrtneme. Pokud jsou na konci hodiny všichni „usměváčci“ přeškrtnání, nedostane odměnu (bonbón, čokoládu...). Musíme však dávat pozor na to, aby dítě neztratilo motivaci, pokud jsou mu při každé hodině vyškrtnáni všichni „smajlíci“. Tento poznatek potvrzuje ve své knize i Romana Straussová, která uvádí: „*Je těžké chtít po dítěti kooperaci při hře, pokud zatím pouze „sedí v koutě“ a interakci s dětmi nijak neinicuje. V takovém případě necháme dítě v klidu nebo nabízáme hru známou z batolecího období, typu kutálení míče, posílání auta. Abychom dítě touto činností příliš nestresovali, musíme mu nabídnout prostorové a časové vymezení a vhodnou motivaci.“ (Straussová, 2011 str. 98)*

Je vhodné do aktivit zapojit i muzikoterapii nebo arteterapii. Nechat dětem prostor pro vlastní iniciativu. Neměli bychom jim nutit naši pomoc, počkat si, pokud oni samy o ni nezažádají. Být jim nablízku, ale dodržovat jejich osobní zónu a vstoupit do ní až na požádání.

Nesmíme zapomínat, že v kroužku máme také zdravé děti, které mají rády různorodost a změny, a naopak děti s PAS, které upřednostňují pravidelnost a rituály. Musíme tedy tato fakta skloubit dohromady a vymyslet takovou aktivitu, která bude bavit všechny. Nesmíme však používat dvojí metr a viditelně zvýhodňovat jednu či druhou stranu. Pokud něco zakážeme či povolíme, mělo by to vždy platit pro všechny.

První hypotéza se potvrdila, neboť každé dítě vyžaduje rozdílné zacházení při integraci a je tedy třeba využít u každého z nich jinou metodu přístupu.

Zhodnocení hypotézy 2

Cíl: Zjistit, jakým způsobem reagují ostatní děti a jejich rodiče na přítomnost dítěte s PAS.

Hypotéza: Předpokládám, že zdravé děti a jejich rodiče vítají přítomnost dítěte s PAS při volnočasových aktivitách.

Pomocí této hypotézy bych chtěla proniknout mezi vzájemné vztahy zdravých dětí a jejich rodičů a dětí s PAS.

Dle získaných informací z dotazníků a během hovoru s rodiči či dětmi v průběhu kroužku soudím, že u této hypotézy by se dalo dojít k více závěrům hned z několika důvodů.

Reakce dětí na první setkání s jedincem trpícím poruchou autistického spektra jsou velmi různorodé. Někteří si neuvědomují vzájemné rozdíly mezi sebou, jiní však pocítují odlišnost a může nastat, že se mu budou stranit či ho vyloučí z kolektivu. Je velmi důležité dětem vysvětlit vzájemné rozdíly mezi nimi, připravit je na příchod postižené osoby. Vždy je důležité dát všemu čas, nechat děti, aby si vzájemně na sebe zvykly, zjistily o sobě informace a skamarádily se.

Projevy vrstevníků vůči handicapovanému můžou být různorodé. Někteří se snaží pomáhat, asistují mu, snaží se ho zapojovat do aktivit. Jiní naopak odmítají spolupráci, nechtějí si s ním hrát. Tento negativní postoj může dospět až k šikaně. Dítěti se můžou posmívat, shazovat ho, dělat mu naschvály či fyzicky týrat. Malé děti nechápou, že jejich vrstevníci s PAS mají potřebu jiného specifitějšího způsobu spolupráce. Kolikrát nerozumí, proč jsou jiní než oni. Nechápou, že jsou děti nemocné. Nevědí jak reagovat, pokud děti i na klasickou situaci reagují přehnaným či agresivním chováním. Vždy je důležité vše vysvětlit.

Před nástupem dítěte do kroužku je důležitá také informovanost rodičů. Říci, že společně s jejich potomky na kroužek dochází handicapované dítě. Někteří rodiče by mohli mít s touto skutečností problém a ztratí pak v nás jako lektora důvěru.

Většina rodičů však možnost vzájemné spolupráce ocení. Jejich dítě má možnost poznat skutečnost, že na světě nejsou jen zdravé děti, ale i ty nemocné. I sami rodiče mají možnost zjistit nové informace od rodičů nemocných dětí a vytvořit si nová přátelství. Ale každá mince má dvě strany a i tady platí, že bohužel ne vždy jsou pouze pozitiva. Ně kterým z rodičů můžou handicapované děti vadit a nebudou chtít, aby se jejich potomek s nimi stýkal. Často také záleží na věku a citlivosti jejich potomka. Pokud je dítě hodně

malé, může mít z postiženého dítěte strach. Shodou nešťastných náhod může dojít i k úrazu.

Zde se hypotéza nepotvrdila. Většinou rodiče a jejich děti vítají přítomnost dětí s PAS během volnočasové aktivity, ale někteří mají z přítomnosti obavy nebo jim není jejich přítomnost příjemná a mají strach o zdraví svých potomků.

Zhodnocení hypotézy 3

Cíl: Zjistit, jaké faktory mají negativní či pozitivní vliv na integraci.

Hypotéza: Předpokládám, že na úspěšnou integraci nemá vliv pouze zvolená metoda přístupu, ale také další faktory.

Touto hypotézou bych ráda zjistila, zda při integraci záleží pouze na zvolené metodě přístupu k dítěti, nebo svou roli zde sehrají také faktory vnějšího prostředí.

Při práci s dětmi jsem zjistila, že výčet všech faktorů, které mohou ovlivnit integraci, je velmi rozsáhlý. Jedním ze základních faktorů je špatný lektor aktivity, neschopnost vzájemné spolupráce mezi dětmi či velké rozdíly v pohybovém nebo mentálním vývoji dětí. Mezi další patří vliv prostředí - nesmí být žádné rušivé elementy, velké množství věcí, které děti rozptyluje, i výzdoba místnosti hraje svou roli.

Osoby s poruchou PAS jsou velmi citlivé na změny rituálů, velmi lpí na pravidelnosti. Může nastat, že dítě při příchodu nemá svou obvyklou skříňku, kam si ukládá věci, a je tak vyvedené z míry, že není schopno s námi spolupracovat. Při hodině nedostane požadovanou pomůcku (například míč červené barvy) a opět odmítá se zapojit do aktivity, pokud nedostane správnou barvu či tvar pomůcky. Důležitý je také vztah s lektorkou či asistentkou. Chybí-li asistentka nebo dojde k výměně lektorů, opět dítěti může trvat delší dobu, než si navykne na změnu. I přítomnost nového spolužáka vyžaduje čas na přijetí nové tváře.

Svou roli zde hrají také klimatické faktory, roční období nebo fáze měsíce. Z mého pozorování jsou děti během úplňku více hyperaktivní a dělají věci, které při jiných hodinách neprovádějí (například trhají koberec či podložku a jí ho), jsou velmi hlučné, nepozorné a také méně poslouchají. Naopak při zatmění slunce byly velmi zklidněné, poslouchaly, a daleko lépe spolupracovaly.

Poslední hypotéza se potvrdila, neboť na děti působí řada vnějších faktorů, které ovlivňují jejich koncentraci a schopnost zapojení se do volnočasových aktivit.

ZÁVĚR

Porucha autistického spektra je velmi obsáhlé a náročné téma, které se stalo každodenním chlebem v mnoha rodinách. Zjištění, že dítě trpí PAS, je velkou ránou pro celou rodinu. Péče o takového potomka je velmi náročná, a to především po psychické stránce. Stačí vzít v úvahu typické projevy poruchy, jako jsou pedantické dodržování rituálů, poruchy v oblasti komunikace a chování. Tyto děti potřebují naši péči a pomoc, aby se mohly alespoň malinko přiblížit „našemu“ světu.

Já sama jsem si donedávna pod slovem autismus vlastně neuměla představit nic konkrétního. Vše se změnilo v druhém ročníku v průběhu mé praxe v centru Motýl o.s. . První setkání s autistickým dítětem bylo popravdě trošku šokové. Asi osmiletý chlapeček se najednou vrátil do tělocvičny, začal všude zmatečně pobíhat a vyluzoval huhlavé a pískavé zvuky. Jakékoliv slovní napomínání nemělo žádnou odezvu a při pokusu o fyzický kontakt se dostavila agresivní reakce. Musím přiznat, že po první hodině jsem byla naprosto bezradná. Naštěstí mě kolegyně trošku zasvětila do tajů jejich světa a při další hodině už jsem alespoň částečně věděla, co dělat, či spíše nedělat. A tady začal můj zájem zjistit něco více o jejich životě, který se na jednu stranu od toho našeho naprosto liší, ale na druhou stranu je vlastně stejný. S odstupem času a hodinami získané praxe jsem měla možnost nahlédnout do jejich světa.

Hlavním předmětem mé bakalářské práce, jež nese název Integrace handicapovaného dítěte ve volnočasových aktivitách, bylo alespoň částečně nahlédnout do tajů problematiky poruchy autistického spektra. V první části bakalářské práce jsou popsány teoretické pojmy týkající se pojmu integrace, handicap a porucha autistického spektra. Druhá část má charakter výzkumného šetření. To bylo uskutečněno pomocí metody dotazníků a doplněno kazuistikami dětí. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jakým nejvhodnějším způsobem je možno integrovat autistické dítě mezi zdravé vrstevníky.

POUŽITÁ LITERATURA

APLA, *Práva osob s autismem*. [online]. Praha: Copyright© 2011. [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: <http://www.apla.cz/prava-osob-s-autismem/obsah/stanoviska-apla/prava-osob-s-autismem/listina-prav-lidi-s-autismem>

APLA PRAHA, *O autismu*. [online]. Praha: Copyright© 2011. [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.praha.apla.cz/o-autismu.html>

BONDY, Andy a FROST, Lori. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 132s. ISBN 978-80-247-2053-1.

BURGOINE, E. and WING, L. *Identical triplets with Asperger's syndrome*. The British Journal of Psychiatry 143, 1983. s.261 - 265, staženo 12. 1. 2014, dostupné z databáze PsycINFO. ISSN: 0007-1250

DE CLERCQ, Hilde. *Mami je to člověk, nebo zvíře? Myšlení dětí s autismem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 104s. ISBN 978-80-7367-888-3.

GILLBERG, Christopher a PEETERS, Theo. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 128s. ISBN 80-7178-201-7.

HRDLÍČKA, Michale a KOMÁREK, Vladimír. *Dětský autismus*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 208s. ISBN 80-7178-813-9.

HUGHES-LYNCH, Claire *Children with High-Functioning Autism*. United Kingdom: Prufrock Press, 2010. 243s. ISBN 978-15-9363-402-5.

JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Vzdělání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova, 2001. 104s. ISBN 80-7290-042-0.

JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Univerzita Karlova, 2000. 356s. ISBN 80-7184-823-9.

KANNER,L. *Autistic Disturbances og affective contact.ervous Child*, 1943, s. 217-250, ISSN: 0256-7040

LUDÍKOVÁ, Libuš a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2004. 313s. ISBN 80-244-0873-2.

PATRICK, Nancy J. *Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra: typy a strategie pro každodenní život*. 1.vyd. Praha: Portál, 2011. 160s. ISBN 978-80-7367-867-8.

PERCHTA, Kazi Pátá. *Mé dítě má autismus*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 120s. ISBN 978-80-247-2185-9.

PERCHTA, Kazi Pátá. *Mé dítě má autismus - Příběh pokračuje*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 128s. ISBN 978-80-247-2683-0.

RICHMAN, Shira *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 128s ISBN 978-80-7367-424-3.

ŘÍHOVÁ, Alena. Co by měl zdravotník vědět o PAS. *Sestra*. 2011, 4(23-24). ISSN 1210-0404.

ŘÍHOVÁ, Alena. *Poruchy autistického spektra: (pomoc pro rodiče dětí s PAS)*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 90s. ISBN 978-80-244-2677-8

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 160s. ISBN 978-80-247-1733-3.

STRAUSSOVÁ, Romana a KNOTKOVÁ, Monika. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 136s. ISBN 978-80-262-0002-4.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 456s. ISBN 80-7367-091-7.

VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 230s. ISBN 80-7184-929-4.

VERMEULEN, Peter. *Autistické myšlení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 132s. ISBN 80-247-1600-3.

VOCÍLKA, Miroslav. *Autismus*. 1. Vyd. Praha: TECH-MARKET, 1996. 115s. ISBN 80-902134-3-X.

SEZNAM ZKRATEK

ADHD - Attention Deficit Hyperactivity Disorder - hyperkinetická porucha

ADL - Běžné denní činnosti

APLA - Asociace pomáhající lidem s autismem

DSM - Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

EIA - Časný dětský autismus

IPV - Inaktivovaná vakcína proti poliomyelitidě

MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí

MR - Mentální retardace

PAS - Poruchy autistického spektra

PDD - Pervazivní vývojová porucha

PDD-NOS - Pervazivní vývojová porucha dále nespecifická

SPU - Specifická porucha učení

WHO - World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Škály stupňů sociální integrace podle WHO (Jesenský, 1995)

Tabulka 2 Porovnání světového klasifikačního systému MKN-10 s americkým DMS-IV

Tabulka 3 Hrubý odhad výskytu pervazivních vývojových poruch v České republice

Tabulka 4 Rozdíl mezi jednotlivými pervazivními vývojovými poruchami

Tabulka 5 Poměr pohlaví u poruch autistického spektra

Tabulka 6 Intelekt u zkoumaných dětí s PAS, poměr dívek a chlapců v jednotlivých pásmech intelektu

Tabulka 7 Shrnutí výsledků informací získaných od rodičů dětí s PAS

Tabulka 8 Shrnutí výsledků informací získaných od zdravých dětí

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek 1 Přivítání
- Obrázek 2 Žebřík/ houpačka
- Obrázek 3 Nápodoba zvířátek dle písničky
- Obrázek 4 Lezecká stěna
- Obrázek 5 Žebřiny
- Obrázek 6 Překážková dráha
- Obrázek 7 Překážková dráha
- Obrázek 8 Překážková dráha
- Obrázek 9 Pytle na skákání
- Obrázek 10 Překážková dráha
- Obrázek 11 Skluzavka
- Obrázek 12 Cvičení na míči
- Obrázek 13 Pedalo
- Obrázek 14 „ Lyže“
- Obrázek 15 „Lyžování“
- Obrázek 16 Větrník
- Obrázek 17 Balónek
- Obrázek 18 Bublifuk
- Obrázek 19 Rozloučení
- Obrázek 20 Rozloučení
- Obrázek 21 Přivítání - „kolo, kolo mlýnské“
- Obrázek 22 Nalepování obrázků
- Obrázek 23 Trénink techniky plavání – prsové nohy
- Obrázek 24 Trénink techniky plavání – kraulové nohy
- Obrázek 25 Trénink správného dýchání do vody
- Obrázek 26 Trénink plavání pod vodou
- Obrázek 27 Skok do vody
- Obrázek 29 Volné plavání na konci hodiny
- Obrázek 28 Využití pomůcky „žížala“
- Obrázek 29 Volné plavání na konci hodiny
- Obrázek 30 Přivítání

Obrázek 31 Cvik „ruce na kotníky“
Obrázek 32 Úklon stranou
Obrázek 33 Cvik „houpačka“
Obrázek 34 Most 1
Obrázek 35 Most 2
Obrázek 36 Kobra
Obrázek 37 Dýchání
Obrázek 38 Houpačka
Obrázek 39 Závěrečné protažení 1
Obrázek 40 Závěrečná protažení 2
Obrázek 41 Závěrečná relaxace
Obrázek 42 Pomůcky
Obrázek 43 Přivítání
Obrázek 44 Vystřihování
Obrázek 45 Malování obrázku
Obrázek 46 Lepení
Obrázek 47 Podpis 13-letého chlapce (s dopomocí)
Obrázek 48 Koláže
Obrázek 49 Tank
Obrázek 50 Chobotnice
Obrázek 51 „ Smajlíci“

Souhlasy s publikováním fotografií jsou uloženy u autora práce.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Ukázka struktury volnočasových aktivit

Příloha 2 - Dotazník

Příloha 3 - Listina práv lidí s autismem

PŘÍLOHY

Příloha 1 Ukázka struktury volnočasových aktivit

Pohybová aktivita Sport'áček

1) Úvodní část

- pozdrav (pomocí písničky)
- rozehrátí (např. děti vyhazují míček z kalíšku do vzduchu a chytí zpět, nechají míček spadnout na zem a po čtyřech ho oběhnou, děti tancují na písničku nebo dle slov v ní předvádí zvířátka - opici, lva...úkolem zapojit co nejvíce svalů)

2) Hlavní část

- dětem připravíme cvičební jednotku, využíváme pomůcky (overball, velký míč...), důležité je zapojit co nejvíce svalů a zvolit takovou formu, která bude děti bavit.
- pro děti vytvoříme překážkovou dráhu (využijeme prolézačky, tunely, trampolínu, balanční podložky...)
- využíváme muzikoterapii - děti předvádí aktivitu dle slov v písničce

3) Závěrečná část

- zklidnění organismu po cvičení
- využíváme prvky jógy a respirační prvky
- loučíme se pomocí básničky

Obrázek 1 Přivítání



Zdroj: vlastní

Obrázek 2 Žebřík/ houpačka



Zdroj: vlastní

Obrázek 3 Nápodoba zvířátek dle písničky



Zdroj: vlastní

Obrázek 4 Lezecká stěna



Zdroj: vlastní

Obrázek 5 Žebřiny



Zdroj: vlastní

Obrázek 6 Překážková dráha



Zdroj: vlastní

Obrázek 7 Překážková dráha



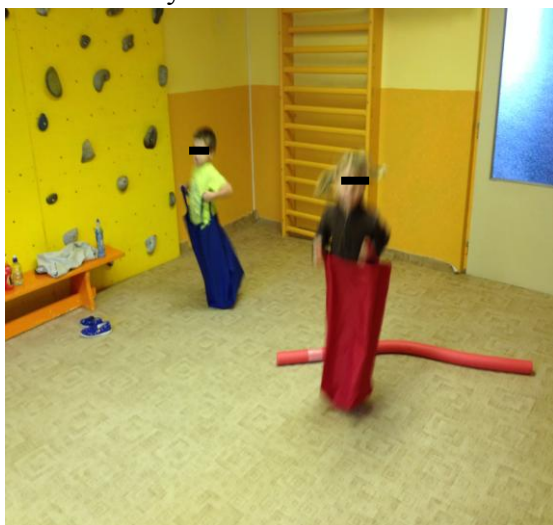
Zdroj: vlastní

Obrázek 8 Překážková dráha



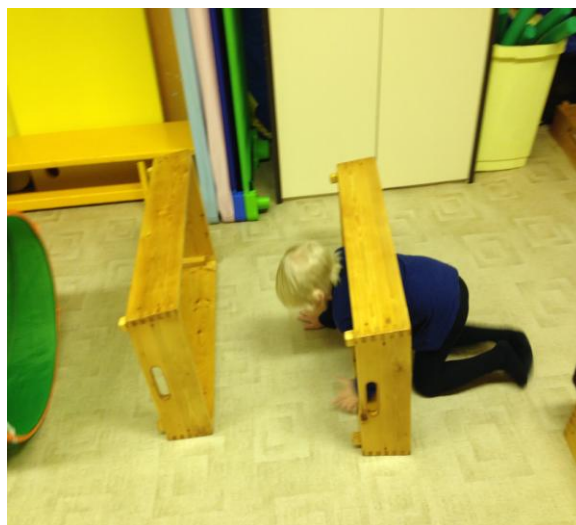
Zdroj: vlastní

Obrázek 9 Pytle na skákání



Zdroj: vlastní

Obrázek 10 Překážková dráha



Zdroj: vlastní

Obrázek 11 Skluzavka



Zdroj: vlastní

Obrázek 12 Cvičení na míči



Zdroj: vlastní

Obrázek 13 Pedalo



Zdroj: vlastní

Obrázek 14 „Lyže“



Zdroj: vlastní

Obrázek 15 „Lyžování“



Zdroj: vlastní

Respirační fyzioterapie:

Obrázek 16 Větrník



Zdroj: vlastní

Obrázek 17 Balónek



Zdroj: vlastní

Obrázek 18 Bublifuk



Zdroj: vlastní

Obrázek 19 Rozloučení



Zdroj: vlastní

Obrázek 20 Rozloučení



Zdroj: vlastní

Pohybová aktivita Plavání

U handicapovaného dítěte je při každé hodině třeba asistent. 1 dítě = 1 asistent

1) Úvodní část

- pozdrav
- rozehřátí (např. děti si navzájem hází míčkem, nosí obrázky z jednoho břehu na druhý a přilepují je na hranu bazénu, hraje se hra „spadla lžička do kafička“ nebo „kolo, kolo mlýnské“)
- využíváme muzikoterapii

2) Hlavní část

- děti se učí správnou techniku plavání
- využívají se různé pomůcky (velká nebo malá destička, žížala...)
- učí se dýchat do vody
- plavat pod vodou (uděláme tunel pomocí žížal a děti ho podplavou)
- trénujeme skok do vody či šipku

3) Závěrečná část

- zklidnění organismu
- děti pomalu plavou z jedné strany bazénu na druhou
- splývání
- loučíme se pomocí písničky

Obrázek 21 Přivítání - „kolo, kolo mlýnské“



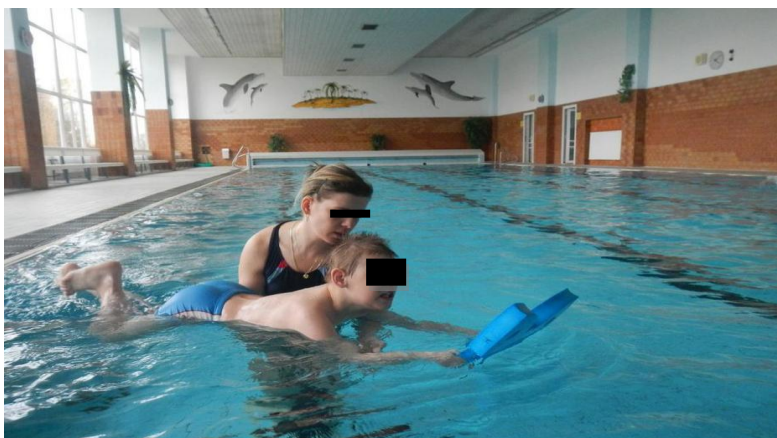
Zdroj: vlastní

Obrázek 22 Nalepování obrázků



Zdroj: vlastní

Obrázek 23 Trénink techniky plavání – prsové nohy



Zdroj: vlastní

Obrázek 24 Trénink techniky plavání – kraulové nohy



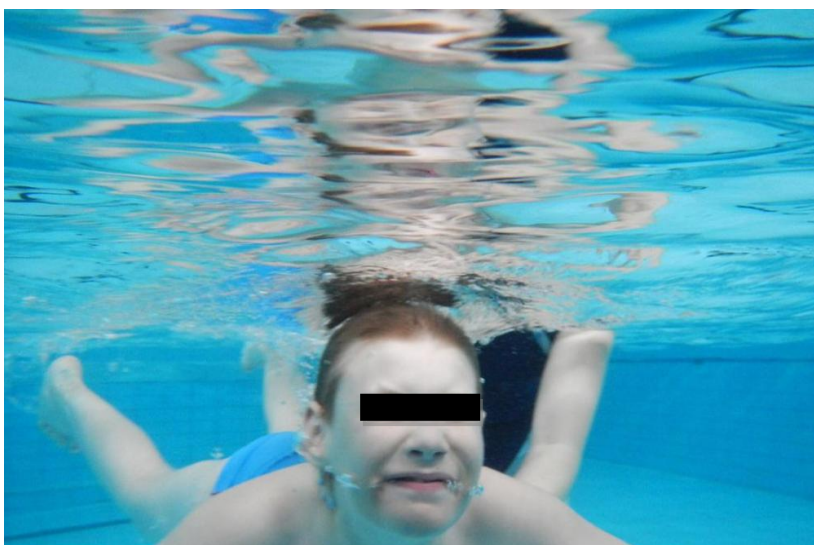
Zdroj: vlastní

Obrázek 25 Trénink správného dýchání do vody



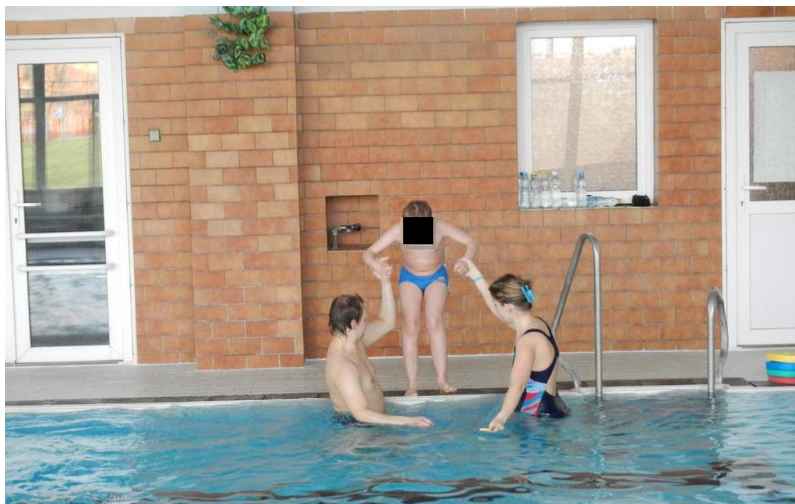
Zdroj: vlastní

Obrázek 26 Trénink plavání pod vodou



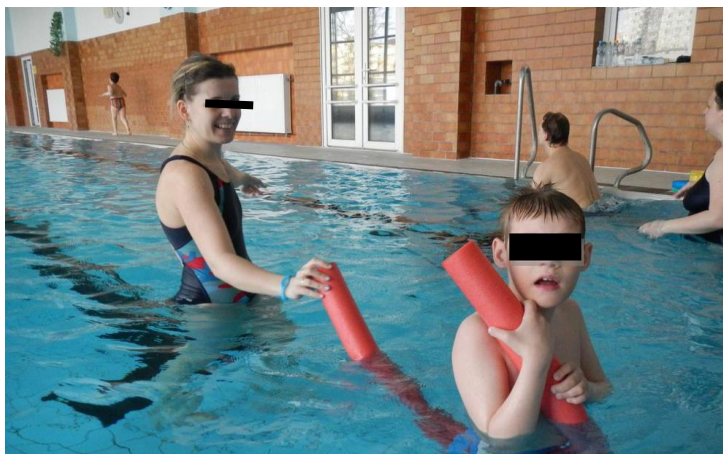
Zdroj: vlastní

Obrázek 27 Skok do vody



Zdroj: vlastní

Obrázek 28 Využití pomůcky „žížala“



Zdroj: vlastní

Obrázek 29 Volné plavání na konci hodiny



Zdroj: vlastní

Pohybová aktivita Jóga

1) Úvodní část

- pozdrav (pomocí písničky)
- rozehrání (např. dle hádanky, musí uhádnout zvířátko a pak ho předvést)

2) Hlavní část

- dětem připravíme cvičební jednotku, můžeme využít pomůcky (overball, velký míč, podložka na cvičení...)
- důležité je zapojit co nejvíce svalů a zvolit takovou formu, která bude děti bavit.
- využíváme muzikoterapii - děti předvádí aktivitu dle slov v písničce

3) Závěrečná část

- zklidnění organismu po cvičení
- využíváme prvky jógy a respirační prvky
- loučíme se pomocí básničky či písničky

Obrázek 30 Přivítání



Zdroj: vlastní

Obrázek 31 Cvik „ruce na kotníky“



Zdroj: vlastní

Obrázek 32 Úklon stranou



Zdroj: vlastní

Obrázek 33 Cvik „houpačka“



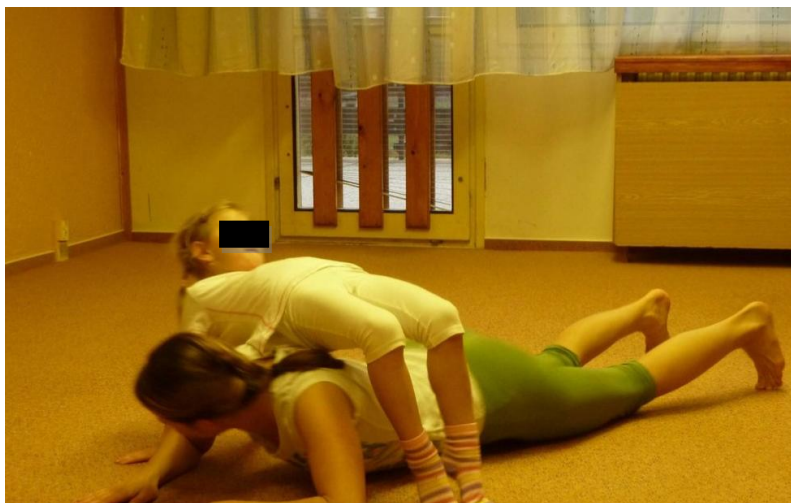
Zdroj: vlastní

Obrázek 34 Most 1



Zdroj: vlastní

Obrázek 35 Most 2



Zdroj: vlastní

Obrázek 36 Kobra



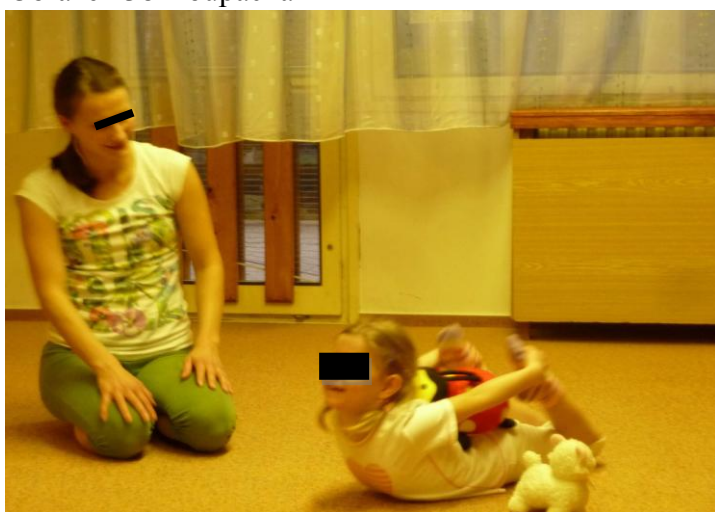
Zdroj: vlastní

Obrázek 37 Dýchání



Zdroj: vlastní

Obrázek 38 Houpačka



Zdroj: vlastní

Obrázek 39 Závěrečné protažení 1



Zdroj: vlastní

Obrázek 40 Závěrečná protažení 2



Zdroj: vlastní

Obrázek 41 Závěrečná relaxace



Zdroj: vlastní

Volnočasová aktivita Šikulka

Kroužek pro zlepšení jemné motoriky.

1) Úvodní část

- pozdrav (pomocí básničky)
- rozehřátí (procvičíme prstíky)

2) Hlavní část

- děti během hodiny vyrábějí různé výrobky
- snažíme se co nejvíce zlepšit jemnou motoriku
- úkolem je dělat i preciznější práci (např. lepení drobnějších předmětů)
- vystřihávají, lepí, modelují
- využíváme velké množství materiálů (papír, modelína, látka, lepicí páska...)
- děti se učí zacházet i s pomůckami (např. nůžky, malý nožik...)

3) Závěrečná část

- rozloučení (pomocí básničky či písničky)
- děti si po sobě uklidí pracovní místo

Obrázek 42 Pomůcky



Zdroj: vlastní

Obrázek 43 Přivítání



Zdroj: vlastní

Obrázek 44 Vystřihování



Zdroj: vlastní

Obrázek 45 Malování obrázku



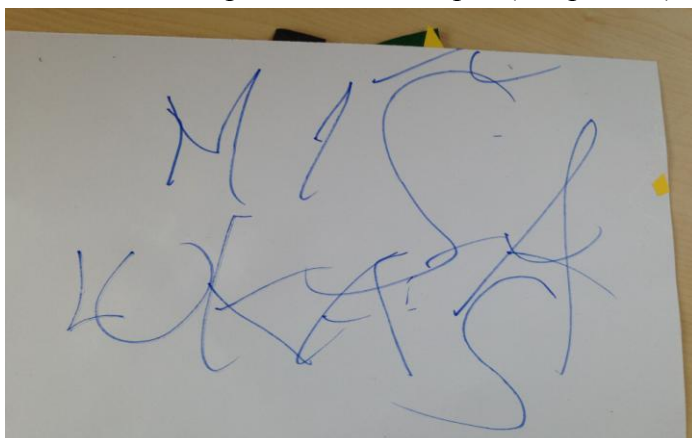
Zdroj: vlastní

Obrázek 46 Lepení



Zdroj: vlastní

Obrázek 47 Podpis 13-letého chlapce (s dopomocí)



Zdroj: vlastní

Obrázek 48 Koláže



Zdroj: vlastní

Obrázek 49 Tank



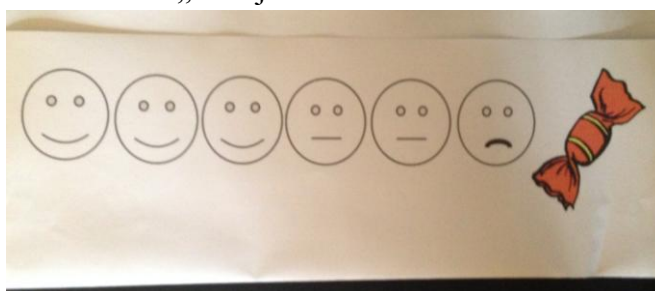
Zdroj: vlastní

Obrázek 50 Chobotnice



Zdroj: vlastní

Obrázek 51 „Smajlíci“



Zdroj: vlastní

1. DOTAZNÍK PRO RODIČE DĚTÍ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Dotazník

(pro rodiče dětí s PAS)

Vážený rodiče,

chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Jsem studentka 3. ročníku, Fakulty zdravotnických studií, oboru fyzioterapie na Západočeské univerzitě v Plzni. Dotazy, které jsou na vás směřovány, využiji při psaní své bakalářské práce na téma Integrace handicapovaného dítěte ve volnočasových aktivitách.

Předem Vám velice děkuji za ochotu a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

S pozdravem Michaela Rendlová

Studentka FZS ZČU v Plzni

- 1) Uveďte počet dětí ve Vaší rodině.
- 2) Uveďte počet dětí v rodině s poruchou autistického spektra (PAS).
- 3) Jaká forma poruchy byla Vašemu dítěti diagnostikována?
- 4) Trpí Vaše dítě ještě nějakou další vadou?
- 5) V kolika letech/měsících jste si poprvé všimli neobvyklého chování u Vašeho dítěte?
- 6) Jakým způsobem komunikuje Váš potomek?
- 7) Jaké kroužky Vaše dítě navštěvuje v rámci volnočasových aktivit?
- 8) Podle kterých kritérií jste se rozhodovali při výběru kroužku?

9) Máte pocit, že se Vaše dítě dobře zaintegrovalo mezi ostatní děti?

10) Co Vám či Vaším dětem přinesla tato zkušenost? (pozitivně i negativně)

11) Jak bylo Vaše dítě přijato kolektivem?

12) Vypozorovali jste u vašeho potomka nějaké změny od doby, co navštěvuje kroužek?

13) Je Vaše dítě v kroužku spokojeno?

14) Je možno využít pomoc asistentky? (využili jste jí či jí využíváte)?

15) Místo pro vaše dotazy, zkušenosti, připomínky

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku 😊

2. DOTAZNÍK PRO RODIČE ZDRAVÝCH DĚTÍ

Dotazník

(pro rodiče zdravých dětí)

Vážený rodiče,

chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Jsem studentka 3. ročníku, Fakulty zdravotnických studií, oboru fyzioterapie na Západočeské univerzitě v Plzni. Dotazy, které jsou na vás směřovány, využiji při psaní své bakalářské práce na téma Integrace handicapovaného dítěte ve volnočasových aktivitách.

Předem Vám velice děkuji za ochotu a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

S pozdravem Michaela Rendlová

Studentka FZS ZČU v Plzni

- 1) Jaké kroužky Vaše dítě navštěvuje v rámci volnočasových aktivit?

- 2) Jaké máte informace o poruchách autistického spektra (PAS)?

- 3) Kde jste získala informace o PAS?

- 4) Kolik dětí s (PAS) navštěvuje kroužek Vašeho dítěte?

- 5) Navštěvují kroužek děti s ještě nějakým jiným postižením?

- 6) Byli jste předem informováni, že se jedná o kroužek s integrací handicapovaného dítěte?

- 7) Byla pro Vás při rozhodování důležitá skutečnost, že se jedná o kroužek, do kterého jsou integrovány děti s postižením?

8) Jaký je váš postoj k integraci dětí s PAS ve volnočasových aktivitách?

9) Co Vám či Vašim dětem přinesla tato zkušenost? (pozitivně i negativně)

10) Místo pro vaše dotazy, zkušenosti, připomínky

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku ☺

Příloha 3 Listina práv osob s autismem

- 1. Právo lidí s autismem žít v mezích svého potenciálu co nejsamostatněji a nejplnohodnotnější život.*
- 2. Právo lidí s autismem na dostupnou, nestrannou a přesnou klinickou diagnózu a lékařský posudek.*
- 3. Právo lidí s autismem na dostupné a přiměřené vzdělání.*
- 4. Právo lidí s autismem (a jejich zástupců) na účast v každém rozhodování, které ovlivní jejich budoucnost. Přání jednotlivce je vždy nutné v co největší možné míře zjišťovat a respektovat.*
- 5. Právo lidí s autismem na dostupné a vhodné bydlení.*
- 6. Právo lidí s autismem na pomůcky, asistenci a podpůrné služby nutné k tomu, aby mohli vést plně produktivní, důstojný a nezávislý život.*
- 7. Právo lidí s autismem na příjem či výplatu, které dostačují k opatření oblečení, dostatku jídla, přiměřeného ubytování a dalších životních nutností.*
- 8. Právo lidí s autismem se v co největší možné míře účastnit rozvoje a řízení služeb poskytovaných pro jejich pocit pohody.*
- 9. Právo lidí s autismem na vhodnou péči o jejich fyzické, mentální a duchovní zdraví a na vhodné poradenství. To zahrnuje poskytnutí vhodné léčby a medikace, podávané v zájmu jednotlivce a při všech ochranných opatřeních.*
- 10. Právo lidí s autismem na smysluplné zaměstnání a pracovní nácvik.*
- 11. Právo lidí s autismem na dostupnou dopravu a svobodu pohybu.*
- 12. Právo lidí s autismem těšit se z kultury, zábavy, rekreace a sportu a aktivně na nich participovat.*
- 13. Právo lidí s autismem na využití všech zařízení, služeb a aktivit komunity rovným dílem.*
- 14. Právo lidí s autismem na sexuální a jiné vztahy včetně manželství, vztahy bez vykořisťování a nátlaku.*
- 15. Právo lidí s autismem (a jejich zástupců) na právní zastoupení a asistenci a na plnou ochranu svých zákonných práv.*
- 16. Právo lidí s autismem na bezpečí před strachem z neoprávněné internace na psychiatrických klinikách či v jiných restriktivních institucích či před vyhrožováním touto internací.*

17. Právo lidí s autismem na bezpečí před hrubým fyzickým zacházením nebo opomíjením.

18. Právo lidí s autismem na bezpečí před zneužíváním léků nebo jejich nesprávném použití.

19. Právo lidí s autismem (a jejich zástupců) na přístup ke všem informacím nacházejících se v jejich osobních, lékařských, psychologických, psychiatrických a školních záznamech.

Zdroj: APLA, *Práva osob s autismem*. [online]. Praha: Copyright © 2011. [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: <http://www.apla.cz/prava-osob-s-autismem/obsah/stanoviska-apla/prava-osob-s-autismem/listina-prav-lidi-s-autismem>