

Univerzita Palackého v Olomouci  
Katedra psychologie Filozofické fakulty

**Autistický pacient v zubní ordinaci**  
Základní podmínky pro zdárný průběh  
stomatologického ošetření

**Autistic patient at dental surgery**  
Basic conditions for successful process of dental treatment

Diplomová práce

Autor: **MUDr. Ladislav Bárta**  
Vedoucí práce: **PhDr. Miroslav Charvát, Ph.D.**

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny řádně citoval a uvedl.

Souhlasím, aby práce byla uložena na Univerzitě Palackého v Olomouci a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Olomouci 24. 3. 2011

MUDr. Ladislav Bárta

**Děkuji vedoucímu práce PhDr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D. za obětavou pomoc a cenné rady, postřehy a vstřícnost.**

**Dále děkuji:**

**- Kolektivu zaměstnanců mé stomatologické praxe za vzornou spolupráci při ošetřování hendikepovaných pacientů.**

**- Mgr. Soni Baldrmannové, supervizořce pro metodu Videotrénink interakcí za spolupráci při ošetřování autistických pacientů.**

**- doc. PhDr. Dagmar Opatřilové, Ph.D. za odborné konzultace.**

# Obsah

Úvod .....	6
<b>1 Teoretická východiska .....</b>	<b>8</b>
1.1 Vymezení pojmu autismus, etiologie, prevalence, klasifikace.....	8
1.2 Stručná charakteristika autismu.....	10
1.2.1 Oblast sociálních vztahů.....	10
1.2.2 Oblast komunikace.....	12
1.2.3 Chování a představitost.....	12
1.3 Diagnostika, průběh, prognóza a léčba autismu.....	14
1.4 Ostatní typy postižení autistického spektra .....	16
1.5 Přidružené diagnózy .....	18
1.6 Psychologické aspekty.....	19
<b>2 Videotrenink interakcí.....</b>	<b>28</b>
2.1 Princip metody videotréninku interakcí.....	28
2.2 Historie metody videotréninku interakcí.....	29
2.3 Klíčové pojmy v metodě videotrénink interakcí.....	30
2.4 Průběh terapie pomocí metody videotrénink interakcí.....	33
<b>3 Problematika zubního zdraví u dětí s autismem.....</b>	<b>37</b>
<b>4 Metodologický rámec práce.....</b>	<b>43</b>
4.1 Cíl práce a výzkumné teze.....	43
4.2 Design výzkumu.....	45
4.3 Výběrový soubor a zdroje dat.....	45
4.4 Časový harmonogram výzkumu.....	46

4.5 Etické aspekty.....	47
<b>5 Metodika práce při ošetření pacientů s poruchou autistického spektra.....</b>	<b>48</b>
5.1 Přípravná fáze.....	48
5.2 Vyšetření stavu chrupu.....	55
5.3 Realizace vlastního ošetření chrupu.....	59
5.4 Poučení rodičů.....	61
5.5 Práce s videonahrávkou.....	62
<b>6 Analýza případových studií.....</b>	<b>65</b>
6.1 Případová studie pacienta 1.....	65
6.2 Případová studie pacienta 2.....	71
<b>7 Analýza projektu vzhledem ke stanoveným výzkumným tezím a cílům práce.....</b>	<b>77</b>
7.1 Shrnutí z perspektivy výzkumných tezí .....	77
7.2 Shrnutí z perspektivy výzkumných cílů.....	81
<b>Diskuse.....</b>	<b>84</b>
<b>Závěry.....</b>	<b>88</b>
<b>Shrnutí.....</b>	<b>94</b>
<b>Seznam literatury a dalších zdrojů .....</b>	<b>98</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>101</b>
Abstrakt práce	
Zadání práce	
Komunikační fotografie	
Sestřih videozáznamů z ošetření	
Kopie souhlasu rodičů s použitím osobních dat, lékařských zpráv a videonahrávek	

## Úvod

V diplomové práci – výzkumném kvalitativním projektu na téma Autistický pacient v zubní ordinaci se zaměřím na důležitost použití specifických postupů k jedincům s poruchou autistického spektra (PAS), které musí být dodržovány i v případě jejich návštěv lékařských ordinací. Základní podmínkou úspěchu ve snaze o vyšetření a ošetření autistického pacienta je stanovení strukturovaného přístupu, který vychází ze stejného modelu, jaký je aplikován v domácím prostředí jedince a ve školském zařízení, kam dochází. Důležitý je tedy prvotní sběr dostupných informací od rodičů a pedagogů, na jejichž podkladě je vytvořen přesný postup činností lékaře a personálu ordinace během vyšetření a ošetření. Tato metodologie, vytvořená pro každého autistického pacienta individuálně je pak uplatňována ve všech návštěvách pokud možno ve stejné podobě. Způsob tvorby správného přístupu k autistickým pacientům ve stomatologické ordinaci, který doporučuji, vychází především z mých vlastních zkušeností z ošetřování takových pacientů, čemuž se věnuji již bezmála sedm let. Ještě předtím, než jsem se začal této specializaci věnovat, jsem nastudoval problematiku autismu z dostupné literatury a tyto vědomosti doplnil kurzem Výchova a vzdělávání žáků s autismem – začátečníci, pořádaným Asociací pomáhající lidem s autismem – Jižní Morava, o.s.

Úvodní kapitola diplomové práce je věnována charakteristice a formám autismu, diagnostice, průběhu, prognóze a jeho léčbě. Dále v ní uvádím psychologické aspekty problematiky a zásady výchovy a výuky jedinců s PAS.

Druhá kapitola se zaměřuje na metodu videotrenénink interakcí, jejíž prvky využívám během péče o autistické pacienty. Kromě základních principů této metody se zde zmiňuji o její historii ve světě i u nás. Klíčové pojmy této metody, které rozvádím dále, mají přímý vztah k problematice analýzy videonahrávek ošetření mých pacientů, které průběžně realizuji. Stručný popis průběhu terapie pomocí metody videotrenénink interakcí pak tuto kapitolu uzavírá.

Třetí kapitola je shrnutím současných poznatků o stavu chrupu dětí s autismem. Vycházím v ní jednak z dostupné literatury a jednak ze své postupové práce, která byla svým výzkumem na toto téma zaměřena.

Následuje empirická část diplomové práce. Ve čtvrté kapitole je stanoven cíl diplomové práce, kterým je vytvoření a ověření **metodiky práce při ošetření pacientů s poruchou autistického spektra** s přihlédnutím k nutnosti strukturovaného postupu. Ten je pak nutné v případě eventuelních problémů v komunikaci s pacientem modifikovat, k čemuž slouží pořízený videozáznam. Mnou používaný postup spolupráce se supervizorkou pro metodu videotrénink interakcí bude popsán taktéž v této kapitole.

Podrobně vypracovaná metodika práce při ošetření pacientů s poruchou autistického spektra je uvedena v páté kapitole práce.

Šestá kapitola prezentuje případové studie dvou pacientů, na kterých je ověřován mnou navržený postup tvorby a realizace strukturovaného postupu. Přiložené sestřihy videozáznamů demonstrují praktickou stránku celé problematiky.

Celý výzkum je analyzován vzhledem k cílům práce a ke stanoveným výzkumným tezím v sedmé kapitole.

Závěrem celé práce je pak doporučení pro správnou tvorbu strukturovaného postupu v podmínkách stomatologické praxe s tím, že je možné tento postup modifikovat i pro lékaře ostatních odborností, kteří participují na péči o pacienta s diagnózou autismus.

Téma diplomové práce jsem zvolil z toho důvodu, že v dostupné literatuře dle mého názoru chybí jednoduše formulovaný správný přístup a postup v komunikaci s pacienty s poruchou autistického spektra, který současně využívá výhod analýzy videozáznamu z průběhu vyšetření či ošetření.

Diplomová práce je členěna na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část práce byla zpracována procedurou monografickou za použití čerpání informací z odborných literárních zdrojů. Výzkumný projekt má charakter kvalitativního šetření.

# 1 Teoretická východiska

## 1.1 Vymezení pojmu autismus, etiologie, prevalence, klasifikace

*„I když je autismus možná nejlépe zdokumentovaný a vyhodnocený dětský psychiatrický syndrom (sec. cit. Rutter, Schopler in Gillberg, Peeters 1998), zůstává stále ohromná propast mezi teoretickým porozuměním autismu a jeho pochopením v praktickém každodenním životě“ .....„Každý postižený autismem je svým způsobem jedinečný a převažují spíše rozdíly, než podobnosti“ (Gillberg, Peeters 1998).*

*„Autismus je stažení se do sebe, sociální izolace, egocentrické, nerealistické myšlení, snění“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 63).*

Jestliže je kvalitativní postižení přítomno ve více oblastech, hovoříme o **pervazivní vývojové poruše**. Nejdůležitější charakteristikou pervazivní poruchy je fakt, že dominantní postižení se skládá z problémů v oblasti kognitivních funkcí jazyka, motoriky a sociálních dovedností (Gillberg, Peeters, 1998). Termínem “kvalitativní postižení” rozumíme skutečnost, že toto postižení není jen v pomalejším vývoji (jako u mentální retardace) nebo v sekundárním postižení (smyslové, motorické) (Gillberg, Peeters, 1998).

O přesné **etiologii** autismu se toho doposud moc neví. Je ale jasné, že jde o neurologickou poruchu, která se manifestuje v chování. Asi u jednoho ze čtyř postižených autismem nacházíme i jinou medicínskou poruchu. Spojitost těchto poruch a autismu nebyla zatím prokázána, ale předpokládá se, že tyto poruchy poškodí ty mozkové funkce, které jsou nezbytné pro normální vývoj sociálních vztahů, komunikace a představitosti. V této souvislosti jsou velmi často zmiňovány spánkové a čelní laloky mozku. Další možnou příčinou je poškození mozku dítěte během těhotenství, porodu nebo těsně po porodu. U Aspergerova syndromu jsou tyto souvislosti velmi časté (Goldberg, 1998).



## Prevalence

Autismus se ve své klasické podobě vyskytuje poměrně vzácně, u jednoho dítěte z tisíce. Je častější u mužů. Uvádí se, že u mužů je dokonce třikrát častější než u žen. Aspergerův syndrom je častější, vyskytuje se u 3 až 4 dětí z tisíce. Taktéž je častější u mužů, než u žen. Jiné příbuzné poruchy mají výskyt podobný, jako Aspergerův syndrom, avšak mají stejný poměr výskytu u mužů i u žen (Gillberg, Peeters, 1998).

## Klasifikace autismu

Kromě autismu, který popsal Kanner, existuje několik dalších poruch se stejnými, nebo podobnými charakteristikami. Pro toto spektrum autistických poruch však neexistuje jednotné rozdělení, souhrnně se označují jako **poruchy artistického spektra** (dále jen PAS).

Pro lékařskou diagnostiku neuropsychických projevů se používá Diagnostic and Statistical Manual - DSM (Diagnostický a statistický manuál), který připravuje American Psychiatric Association - APA (Americká psychiatrická asociace). Definici autismu uvádí také Světová zdravotnická organizace (WHO) v ICD 10 (International Classification of Disease).

Gillberg a Peeters (1998) rozdělují autistické spektrum na:

- klasický autismus nebo Kannerův syndrom;
- Aspergerův syndrom;
- dětskou dezintegrační poruchu;
- jiné poruchy příbuzné autismu;
- autistické rysy.

V současné literatuře, včetně naší, se stále více objevuje dělení jednodušší:

- dětský autismus;
- atypický autismus;
- dezintegrační porucha;
- Aspergerův syndrom;
- jiná pervazivní vývojová porucha (Thorová, 2008).

V tomto dělení jsou pod **atypický autismus** sloučeny dvě skupiny z klasického dělení dle Gillberga a Peeterse - **jiné poruchy příbuzné autismu** a **autistické rysy**.

## 1.2 Stručná charakteristika autismu

Základní znalosti o prožívání a chování jedinců s pervazivní vývojovou poruchou jsou klíčem k tomu, aby kdokoliv, kdo přijde s takovýmto pacientem do styku, byl připraven na všechna specifika, která tento hendikep přináší. Jedině tak se může vyvarovat chyb v komunikaci, které mohou vzájemný vztah zhoršit. A následná náprava je nejistá, mnohdy nemožná.

*„Autistické myšlení je podvědomé, tj. cíle, ke kterým směřuje, nebo úkoly, které si klade, nejsou představovány ve vědomí. Nepřizpůsobuje se vnější skutečnosti a vytváří si samo pro sebe zdánlivou skutečnost nebo skutečnost snů. Směřuje nikoli k zjištění pravdy, nýbrž k uspokojení přání..... Jako takové nemůže být bezprostředně vyjádřeno řečí, projevuje se především obrazně...“* (Vygotskij, 2004, s. 38).

Nejdůležitější charakteristikou pervazivní poruchy je fakt, že dominantní postižení se skládá z problémů v oblasti kognitivních funkcí jazyka, motoriky a sociálních dovedností (Gillberg, Peeters, 1998).

Autismus je charakterizován triádou příznaků:

- **neschopnost vzájemné společenské interakce;**
  - **neschopnost komunikace;**
  - **omezeným, stereotypně se opakujícím repertoárem zájmů a aktivit**
- (Gillberg, Peeters, 1998).

Někteří autoři se domnívají, že oblast komunikace a sociálních vztahů je navzájem tak propojená, že je jednodušší hovořit o jedné oblasti a nedělit ji tak přísně uměle na oblasti dvě. Přesto stále v literatuře převládá klasické dělení na triádu symptomů.

### 1.2.1 Oblast sociálních vztahů

U většiny dětí postižených autismem se abnormality v této oblasti objeví už před prvními narozeninami. Jen u některých trvá normální vývoj do 18 až 24 měsíců. Děti nemají zájem o hry a o věci, které je obklopují. Ve věku od dvou let je potom abnormální vývoj zcela zřejmý. Dítě nevyhledává hry založené na

reciprocitě. V kolektivu je do různé míry „odtržené“, nebo uzavřené a osamocené. Pohled těchto dětí je často upřený, strnulý, nelze však říci, že u všech by platilo, že se vyhýbají očnímu kontaktu. Nicméně jejich pohled vnímáme jakoby vzdálený, prázdný. Přesto mnoho autistických dětí má rádo tělesný kontakt. Většina jich však není schopna regulovat své chování ve chvílích frustrace z nepochopení jejich pocitů ze strany okolí. Často pak dochází ke sebezraňování. Zřejmě tu hraje roli i fakt, že většina autistů má zvýšený práh vnímání bolesti (tzn. sníženou citlivost ke vnímání bolesti). Ve školním věku se mnohé z dětí s PAS vyvíjí v sociálních vztazích pozitivně, ale stále jim chybí pocit sounáležitosti a vzájemnosti. V období adolescence dojde u některých autismem postižených dětí k určitému zlepšení v sociálních vztazích. Ale častěji však dojde k markantnímu zhoršení ve všech symptomech. Někdy dokonce nastoupí regrese až na úroveň předškolních let. V dospělosti si většinou postižený vytvoří určitý životní styl, zapadající do některé ze tří kategorií:

- uzavřený;
- aktivní, ale zvláštní;
- pasivní a přátelský (Vermeulen, 2006).

Třetí skupina pasivně přijímá společnost a někteří vypadají jako zcela nepostižení. Avšak až do doby, kdy dojde k násilné změně jejich navykého pořádku nebo ke zvýšení sociálního napětí. Tehdy dojde ke zcela zřetelnému návratu k autistickým symptomům.

Podstata problému je v tom, že lidé s autismem nerozumí (ať už plně, nebo omezeně) symbolům. Celá lidská společnost je ale na symbolech založená a závislá. Zvuk zastupuje (to znamená symbolizuje) věci, činnosti, myšlenky a city. A jazyk činí lidem s autismem největší potíže, stejně tak jako různé symboly, používané v sociálních vztazích, např. podání ruky, kývnutí, úsměv, atd. Lidé s autismem mají největší problémy se sociální komunikací. Žijí ve světě, kterému nerozumí a zároveň okolní svět nerozumí jim. Proto se autisté před tímto světem uzavírají do sebe sama nebo vyjadřují svou frustraci různým manifestním způsobem. Podstatou symptomu autismu je tedy uzavřenost. Co se týče myšlení, tak autisté obecně žijí daleko více než nepostižení jedinci

způsobem **tady a teď**. Postrádají však představivost a osobní zkušenosti a proto nejsou schopni vidět svou roli v událostech. Stejně tak mají problém s budoucností, jejich myšlenky nejsou do budoucna zaměřeny. Jejich život postrádá kontinuitu, není v něm žádná příběhová linie. Ve své paměti si skládají směsici různých obrazů a odvíjející se děje registrují jako řadu oddělených událostí (Vermeulen 2006). Od útlého dětství je u postižených autismem pozorována nedostatečná emoční odpověď na emoce jiných lidí a nedostatečné přizpůsobení sociálnímu kontaktu (Zvolský a kol., 1996).

### 1.2.2 Oblast komunikace

*„Schopnost člověka používat komunikační dovednosti může být nezávislá na schopnosti rozumět druhým“* (Bondy, Frost, 2007, s. 28). U některých dětí postižených autismem se abnormální vývoj projeví už ve stádiu žvatlání, které někdy i úplně chybí. Přesto většina rodičů uvádí, že žádné změny v tomto období nepozorovali. Kolem 8-12 měsíců mají normální děti zájem o pozornost a společné hry, u autistů tomu tak není. Dítě nereaguje, volá-li se na něj jeho jménem a nedaří se upoutat jeho pozornost ani jiným způsobem. Během druhého roku většina dětí používá slova srozumitelná i pro okolí, u dětí s autismem však tato dovednost chybí a rodiče si tak poprvé všimají odlišností. Mnoho dětí s autismem zůstane nadále němých, některé začnou postupně užívat slova, ale ve smyslu echolálie. Také často chybně používají osobní zájmena. Děti s autismem nejsou schopny správně pochopit význam jazyka jako nástroje k předávání informací. Postupem času se u dětí, u kterých se projevuje echolálie, vyvine vlastní forma komunikativní řeči. Mnozí hendikepovaní autismem rozumí lépe psanému, než mluvenému projevu (Gillberg, Peeters, 1998).

### 1.2.3 Chování a představivost

Zvláštnosti v chování zapříčiňuje omezená představivost, která nedovoluje projevit se širším repertoárem vzorců chování. U mnohých dětí s autismem se projevuje **stereotypní chování a stereotypie** v různých oblastech. Motorické stereotypy jde mnohdy těžko rozeznat od tiků. Může jít o různé plácání rukama,

otáčení ruky, až po pohupování a otáčení celého těla. Některé stereotypy mohou časem přerůst až v sebezraňující aktivity. Motorické stereotypní aktivity se mohou vyskytovat v různé míře a také jen selektivně v jednom krátkém období vývoje dítěte. Dále se mohou vyskytovat různé vokální stereotypy. U některých dětí dochází i k tomu, že si vytvoří své přesné a neměnné rituály a stereotypy, na kterých rigidně trvají. Stereotypy v oblasti zájmů se mohou u autistických dětí také v různé míře objevovat, ale typičtější jsou spíše pro postižené Aspergerovým syndromem. Kromě stereotypií je pro postižené autismem typické, že mají **omezený repertoár vzorců chování a zájmů**. Abnormální nevhodnou aktivitu je možno vytěsnit většinou pouze nalezením jiné aktivity, která je pro postiženého smysluplná a on je zároveň schopen ji vykonávat (Gillberg, Peeters, 1998).

Zvláštní kapitolou v chování autistů je problém sebezraňování, které se vyskytuje velmi často. Postižení mohou bít hlavou o stěnu, okno, atp., nejvíce je v tomto směru postižená skupina autistů, kteří trpí těžkou mentální retardací. Podstatným faktem je to, že k záchvatu sebezraňování mohou vést kromě nespokojenosti s událostmi kolem také různé somatické potíže. Na tuto příčinu je třeba myslet vždy, když se nějaká forma záchvatu nečekaně objeví u dítěte, u kterého dříve tento typ záchvatu nebyl obvyklý, nebo se objeví záchvat bez návaznosti na nespokojenost s tím, co se právě děje v okolí. Somatické potíže typu bolestí břicha, ucha či zubů mohou autistické dítě, které není schopno na svou bolest nikterak upozornit (natož na bolestivé místo ukázat), natolik vyvést z rovnováhy, že volí nějakou formu sebezraňování jako jediný způsob, jak své potíže svému okolí demonstrovat. Někdy i síla vnímaných bolestí koresponduje s intenzitou sebezraňujících činností. *„Děti, které se tlučou do hlavy či do uší, nebo si tahají vlasy, mohou trpět ušní infekcí. Zatínání zubů může, ale nemusí znamenat bolest zubů. Vztek někdy naznačuje zažívací potíže či bolest břicha“* (Richman, 2006 s. 45). Proto platí, že pokud se u autistického dítěte objeví jakákoliv forma sebezraňování, je třeba konzultovat praktického lékaře dítěte s eventuelní žádostí o další specializované vyšetření odborníkem, včetně stomatologa. Protože například „zubní“ bolest je jedna z nejintenzivnějších, kterou může lidský organismus trpět.

### 1.3 Diagnostika, průběh, prognóza a léčba autismu

Včasné stanovení diagnózy je u autistických pacientů velmi důležité. Čím dříve se nastaví správný postup ve výchovně-vzdělávacím procesu, tím lépe se dá podporovat a ovlivňovat vývoj dítěte správným směrem. Rodiče a blízké okolí také dostanou nezbytné informace o tom, jaké chování mohou od autisty očekávat. Pro lékaře a stomatologa obzvláště je znalost diagnózy včetně typu postižení vodítkem k tomu, aby správně stanovili léčebný postup vzhledem k míře spolupráce, kterou mohou od autistického pacienta očekávat.

Pro diagnózu autismus platí diagnostické kritérium časného vzniku, kdy první projevy by se měly objevit před třetím rokem života. Prvním projevem bývá porucha sociální interakce, často je narušena i emoční vazba k matce. Řeč se nevyvíjí, objevují se stereotypie (Bouček a kol., 2006). Během normálního vývoje dítěte se před třetím rokem začínají objevovat v řeči souvětí (Langmeier, Krejčířová, 2006). U postižených autismem se vývoj řeči často nápadně zastaví právě v tomto období. Diagnóza by měla být stanovena až tehdy, kdy jsou vyloučeny jiné nemoci, které by mohly způsobovat podobné klinické symptomy. Jde především o neurologická či metabolická onemocnění (Bouček a kol., 2006).

Základem diagnózy je vždy kvalitní pozorování, které je založeno na dobré znalosti normálních projevů dítěte v jednotlivých etapách vývoje. Na místě je vždy interdisciplinární spolupráce, na níž se podílí psycholog, pediatr, neurolog, dětský psychiatr, speciální pedagog, eventuálně další odborníci. Nové výzkumy ukazují, že nejpozději od 18 měsíců věku lze diagnózu autismu stanovit poměrně spolehlivě. Při podezření na autistický vývoj je nutné zaměřit se především na problémy sociální interakce a neverbální komunikace, protože ostatní diagnostická kritéria, to znamená oblast řeči a oblast stereotypů-rituálů, nejsou v útlém věku adekvátní. Projevy infantilního autismu jsou však obvykle nejvýraznější až v předškolním věku. V této době se začínají objevovat nápadné rituály a stereotypie, které jsou spolu s poruchou řeči a sociální interakce často důvodem k odeslání dítěte ke specialistovi (Langmeier, Krejčířová a kol., 2006). V současné době jsou většinou diagnostikovány děti tří

až čtyřleté, žádnou výjimkou však není stanovení diagnózy v pěti i šesti letech. Cílem je snížit věk stanovení diagnózy autismu na 18-24 měsíců, aby se dala co nejdříve zahájit speciálně-pedagogická péče (Thorová, 2006). Strunecká (2009) pokazuje na to, že včasná diagnostika je ale u nás stále problémem.

Nedořešenými oblastmi u nás je dostupnost adekvátních poradenských služeb a vyhovující síť školských a sociálních zařízení pro děti s diagnózou autismus. Zařazení těchto dětí, které jsou bez mentálního postižení do systému vzdělávání je také problematické, jelikož získání asistenta je založeno plně na libovůli úřadů (Strunecká, 2009).

Dostaví-li se klient ke stanovení diagnózy, a to v jakémkoli věku, je důležité provést náležitá vyšetření a stanovit, zda se jedná o autismus, či o mentální retardaci. Základní rozdíl mezi těmito diagnózami je v tom, že pacient s autismem „myslí“. Diagnóza autismu je však velmi často spjata u téhož jedince s diagnózou mentální retardace. Pro praxi je potom důležité zařazení takto hendikepovaného do jedné ze tří diagnostických skupin, které odráží míru mentální retardace, která s autismem koexistuje. Dělení autismu je pro tyto účely následující:

- **vysoce funkční autismus** označuje autistické jedince bez přítomnosti mentální retardace a s existencí komunikativní řeči;
- **středně funkční autismus** označuje jedince s lehkou či středně těžkou mentální retardací;
- **nízkofunkční autismus** označuje jedince s těžkou mentální retardací.

(Hrdlička, Komárek, 2004).

**Prognóza** poruch autistického spektra není příznivá. Příznaky autismu bývají nejvýrazněji vytvářeny mezi třetím až pátým rokem života. U méně postižených dětí dochází v průběhu školní docházky k získání určitých sociálních dovedností, zatímco v adolescenci potom často dochází ke zhoršení behaviorálních projevů. I v dospělosti přetrvávají nesnáze v sociálních situacích, kdy asi dvě třetiny autistů zůstanou plně odkázány na péči rodiny či institucí (Hrdlička, Komárek, 2004).

**Léčba** autismu je vzhledem k neznalosti etiologie zatím symptomatická. Zahrnuje především speciální edukaci postižených dětí, medikace se doporučuje v době, kdy má dítě přídatnou symptomatologii, která stav komplikuje (Bouček a kol., 2006). Podrobnější výčet možné léčby včetně existujících alternativních metod přesahuje rámec této práce a nebudu tedy tyto otázky dále rozvíjet.

## 1.4 Ostatní typy poruch autistického spektra

Časté jsou poruchy, které se liší od klasického Kannerova syndromu autismu tím, že není zvýrazněna v příznacích celá triáda. Tato širší skupina autismu a poruch s autistickými rysy bývá autory různě nazývána. Popisují ji jako **spektrum autistických poruch, autistické kontinuum** nebo **pervazivní vývojové poruchy** (Gillberg, Peeters, 1998). Pro stomatologa je však podstatné, že u diagnóz, jakými jsou dětská dezintegrační porucha a Rettův syndrom, není vůbec možné provést jakékoliv vyšetření ústní dutiny pro výrazný odpor a nespolupráci ze strany pacienta. A naopak u pacientů s Aspergerovým syndromem a diagnózou atypický autismus lze počítat s určitou mírou lepší spolupráce.

### **Aspergerův syndrom**

U těchto dětí není navenek zjevně patrné mentální postižení, naopak jsou zvýrazněny vynikající schopnosti v určitých oblastech. Tato skutečnost často zastíní ostatní symptomy autistického spektra v oblasti komunikace či sociálních vztahů. Tito pacienti mají normální úroveň verbální komunikace a mají ve všech oblastech normální až nadprůměrnou inteligenci. Již dlouhodobě se odborníci přou o to, kam toto postižení zařadit. Zda se jedná jen o extrémní variantu normálního vývoje s určitou poruchou v komunikaci a představitosti nebo zda se jedná o úplně jinou vývojovou poruchu. Tento syndrom má mnoho společných charakteristik s autismem, sociální abnormality jsou však méně zvýrazněny. Tendence ke kontaktu s vrstevníky je naopak zvýrazněna. Dalšími charakteristickými rysy tohoto typu postižení jsou důsledná pravdomluvnost, sociální naivita či šokující poznámky vůči neznámé osobě. Typické je intenzivní



studování zájmů. Patrná je také výrazná motorická neobratnost (Gillberg, Peeters, 1998). V České republice se narodí ročně až 200 dětí postižených Aspergerovým syndromem. Tento syndrom se vyskytuje v převaze u chlapců (Strunecká, 2009).

Existuje také varianta **intelektově nadprůměrných autistů**, kdy se do jisté míry překrývají symptomy autismu a Aspergerova syndromu. Někteří zastávají názor, že Aspergerův syndrom je varianta autismu s vyšším IQ (Gillberg, Peeters, 1998).

### **Atypický autismus**

U této velmi heterogenní jednotky nebývají zcela naplněna kritéria závazná pro dětský autismus. Často sem patří děti, jejichž typ sociálního chování je typicky netlumený, spontánní, ale zároveň zvláštní. Zjednodušeně řečeno: atypický autismus je zastřešujícím termínem pro osoby, na které se hodil dříve hodně užívaný, ale vágní diagnostický termín „autistické rysy“ či „sklony“ (Thorová, 2008).

### **Dětská dezintegrační porucha**

Dítě se do jednoho a půl až čtyř let vyvíjí normálně a pak se objeví těžká symptomatologie autistického typu. Pro diagnózu je podmínkou znatelná regrese v dovednostech ve vyšším věku společně s postižením alespoň ve dvou z triády znaků typické pro autismus (Gillberg, Peeters, 1998).

### **Rettův syndrom**

Vyskytuje se pouze u dívek. Po krátkém období normálního vývoje dochází ke ztrátě manuálních a verbálních dovedností. Začátek je mezi 7-24 měsíci života, vývoj řeči je opožděn a pokračuje motorická deteriorace. Výsledkem je obraz těžké mentální retardace (Zvolský a kol. 1996). Typickými projevy Rettova syndromu jsou hyperventilace, skřípání zubů, odmítání funkce rukou, němota, plácání rukama, mytí rukou a jiné stereotypy. Tyto projevy se kombinují se somatickými obtížemi, epilepsií, poruchou koordinace, zakrnělým vzrůstem, chladnými rukama i nohama a skoliózou. Téměř všechny případy doprovází hluboká mentální retardace. Většina dívek a žen s Rettovým syndromem nepoužívá nebo používá jen velmi omezeně rukou. Nutkavé repetitivní mytí rukou a jiné stereotypní pohyby brání jakýmkoliv činnostem. Upevněním jedné

ruky můžeme zvýšit šance nácviku funkcí u druhé ruky (Gillberg, Peeters, 1998).

## **1.5 Přidružené diagnózy**

Ze své zkušenosti vím, že tak, jak je důležité odebrat anamnézu u každého pacienta, v případě pacienta s postižením PAS je důkladný pohovor s rodiči pro odebrání anamnézy ještě naléhavější. Je vhodné vyžádat si od rodičů podrobné nálezy lékařů ostatních odborností, které s dítětem v minulosti navštívili. Nález sepsaný psychologem a dodaný rodiči by měl být samozřejmostí. I když pro odebrání anamnézy mám jako stomatolog ustálený seznam cílených dotazů na rodiče, může se stát, že mi něco, čemu sami nepřikládají důležitost, nesdělí. Přitom může jít o skutečnost, která podstatně ovlivní mnou budovaný plán pro vyšetření či ošetření. Je tedy vždy velmi dobrým vodítkem opřít se o podrobnou zprávu, zpracovanou psychologem při pravidelném vyšetření dítěte. Je dobré, seznámit se s touto zprávou ještě před započítím úvodního pohovoru s rodiči.

### **Mentální retardace**

Až 80% lidí postižených autismem má IQ pod 70, u Aspergerova syndromu je IQ vyšší, u přidružených poruch je IQ v celém rozsahu hodnot (Gillberg, Peeters, 1998).

### **Epilepsie**

U jednoho z pěti dětí s autismem se objeví už v prvních letech života, u dalších se objeví zhruba ve 20% ve věku kolem puberty. Jedná se o formu epilepsie většinou mírného charakteru. Na tuto skutečnost je třeba při ošetřování autistických pacientů myslet vždy. Samozřejmostí je pohovor s rodiči, vedený v tomto smyslu, mnohdy vyplyne dg. epilepsie ze záznamu z vyšetření psychologem (Gillberg, Peeters, 1998).

### **Sluchové postižení**

Jedna čtvrtina autistů je sluchově handicapována, několik procent dokonce neslyší vůbec. Další skutečností je, že způsob „vnímání sluchem“ je u všech autistů jistým způsobem odlišný od normality. Vnímání sluchových podnětů je

velmi často i patologické. Na tuto skutečnost je třeba myslet v úvodním pohovoru s rodiči. Ordinance v plném provozu je plná různých zvuků a „hluků“. Většina autistů má problém s nějakými specifickými zvuky, kterých je potřeba se během návštěvy v ordinaci vyvarovat. Na možné nebezpečí v tomto smyslu mnohdy upozorní právě rodiče během úvodního pohovoru.

Otázku zvuků považují za velmi důležitou. Nenadálý zvuk, který je pacientovi s autismem nepříjemný může v celkovém efektu narušit průběh vyšetření či ošetření nebo ho zcela znemožnit. Někteří autističtí pacienti naopak vnímají určitý zvuk jako uklidňující, čehož je možno při vyšetření či ošetření cíleně využít. A i zde, tak jako u zvuků pacientovi nepříjemných, existuje v případě zvuků „uklidňujících“ celá škála možností. Může jít třeba o cinkání klíčů či různých řetízků nebo o poslech hudebního CD či pohádky. Použitelná v omezené míře (pro svou praktickou a technickou složitost) je i možnost využití oblíbené pohádky z DVD.

### **Postižení řeči**

Řeč a jazyk jsou u autismu také postiženy, nejedná se však o formu postižení charakteru afázie nebo dysfázie. Není narušena schopnost mluvit, ale defekt je primárně v poznání významu komunikace. Lidé s PAS nejsou schopni pochopit důvody vzájemné komunikace jako způsobu sdělování informací či pocitů mezi dvěma osobami. Tím, že nejsou schopni abstrakce jim uniká význam slova. Nechápu jeho denotativní význam, tedy to, co daným slovem označujeme (Plháková, 2005).

## **1.6 Psychologické aspekty**

Autistické dítě nevyhnutelně zasáhne do života celé rodiny. Společenský život rodiny je vždy vážně narušen, včetně formy trávení volného času. Je to dáno tím, že u autistického dítěte je zarážející kontrast jeho formální fyziognomie s patogenním chováním. Mnoho rodičů navíc trpí pocity viny či různými formami výčitek svědomí. To, že autismus má příčinu organickou dnes již víme, ale ne vždy je tato informace rodiči plně akceptována. Vše je podporováno

zkreslenými informacemi z médií. Když je diagnóza stanovena, nemá smysl živit marné naděje rodičů a příbuzných. Nevyléčitelnost autismu je v současné době holým faktem. Nicméně je nutné vždy zdůrazňovat, že vhodná výchovná a vzdělávací péče může zlepšit výkony i předpokládaný vývoj dítěte. Otázkou do diskuze zde také je, jakou formou a jak důrazně informovat rodiče o tom, že by se měli mít na pozoru před některými terapeuty, kteří slibují úplné vyléčení dítěte. Mnohdy jsou totiž tyto terapie neúčinné a zavádějící (Vocilka, 1996).

### **Týmová spolupráce**

*„O všechny postižené autistického spektra by měl pečovat tým odborníků, který se skládá přinejmenším z lékaře (neuropsychiatr, neurolog, nebo pediatr), psychologa (s praktickou zkušeností v neuropsychologii a autismu) a speciálního pedagoga (s praktickou zkušeností s autismem)“* (Gillberg, Peeters, 1998, s. 57). Já na základě svých zkušeností k tomuto dodávám, že skutečnost, že lékař jiné odbornosti je jen „občasným“ a mnohdy „dočasným“ členem tohoto týmu nikterak nesnižuje nároky na jeho erudici ve smyslu pochopení základních zásad jednání s pacienty s tímto typem postižení.

Lékař s odborností stomatology je dle mého přesvědčení stálým členem tohoto týmu. Vezme-li se totiž v úvahu nutnost pravidelných stomatologických prohlídek (tedy dvakrát do roka) a mezitím provádění různých potřebných výkonů v ústní dutině dojdeme ke zjištění, že se pacient v zubní ordinaci vyskytuje poměrně pravidelně a dosti často. Stomatologická péče má navíc taková specifika, že její provádění na pacientovi s autismem klade na stomatologa velmi vysoké nároky. Měl by tedy zásady práce s autistickým pacientem znát beze zbytku. A návštěvy stomatologa jsou nezbytné.

Do popředí také vystupuje významný fakt, že intenzita zubní bolesti je velmi vysoká. Proto je třeba takovýmto problémům účelně předcházet, protože co se asi musí odehrávat v mysli autisty, kterého bolí zub a neumí to říci? Jak popisuje Makovcová (2009) : *„ .....se probral ze svého dlouhého zhoršení, když jsme jej odvezli k zubařce, která mu vytrhla zkažený zub. .... Možná, že to nebylo žádné zhoršení epilepsie, nebo podobné katastrofické scénáře. Bolel ho*

*zub a neuměl to říct, tak v noci brečel, byl hysterický, protivný a nebyla s ním řeč.“* .

Základním předpokladem fungování jakéhokoliv týmu je spolupráce jeho jednotlivých členů. U funkčního zdravotnického týmu se navíc předpokládá možnost spolupráce tohoto týmu s ostatními odborníky, kteří se na péči o pacienta podílejí. A také naopak. Tým by měl být schopen na požádání ze strany jakéhokoliv dalšího odborníka, který se podílí na léčbě či péči o autistického pacienta, reagovat vstřícnou formou. To znamená, že by odborník a člen týmu měl na požádání sdělit potřebné informace o pacientovi, které budou mít (či by mohly mít) na praktický postup jiného odborníka vliv. Pochopitelně v souladu se všemi pravidly právního řádu. Ten vymezuje přesně, kdo má na informace o pacientovi právo, jakého druhu tyto informace mohou být a také to, jakou formou a kým mohou být tyto informace poskytnuty.

Dále platí, že „... *potřeba spolupráce „lidí medicíny“ a „lidí školy“ je v této oblasti zcela nevyhnutelná*“ (Gillberg, Peeters, 1998 s. 59). A já dodávám, že je taktéž velmi důležitá spolupráce „lidí z rodiny“. Ne vždy se však náležitá spolupráce s rodiči podaří navázat. Buď kvůli jejich nezájmu, nebo kvůli jejich neschopnosti. Osobně jsem přesvědčen, že často hraje roli jedna důležitá skutečnost. Rodiče dětí postižených autismem jsou totiž ve společnosti terčem různých nechápavých pohledů ze strany okolí. Také není žádnou výjimkou nezájem ze strany lidí-odborníků, kteří nejsou na setkání s postiženým tohoto typu připraveni, čímž působí značně nerozhodným dojmem, což rodiče postiženého dítěte (ale i dítě samo) velmi dobře vycítí. Vzhledem k tomu, že výše uvedené negativní zkušenosti jsou pro rodiče autistických dětí častou realitou, je pochopitelné, že u nich časem dojde k jisté deformaci vnímání jejich okolí. Jde o to, že podvědomě a předem očekávají od svého okolí zvědavé pohledy, únik ostatních od jakékoliv adekvátní komunikace a bezradnost a neobratnost lidí z okolí v tom, jak se mají správně chovat či jednat. Je potom pochopitelné, že někteří rodiče těchto dětí působí v prvním kontaktu značně nedůvěřivě. Mám vlastní zkušenost, že je často na rodičích při jejich první návštěvě ve stomatologické ordinaci zjevná určitá forma vnitřního neklidu. Je na

nich patrná jakási „připravenost“ na to, že se setkají zase s někým, kdo neví, co to autismus je a zná problém autismu toliko z filmu Rainman<sup>1</sup>.

Faktem, který je potřeba vzít na omluvu neobratného jednání „lidí v okolí“ je to, že dítě hendikepované autismem se na první pohled laikovi často jeví jako naprosto zdravé, není na něm vizuálně patrná žádná známka jakéhokoliv postižení. Když potom náhle dojde k nějakému pro okolí nevysvětlitelnému výkyvu v chování na první pohled „normálního“ dítěte, není divu, že to neujde náležitě pozornosti. Na druhé straně je potom skutečnost, že rodiče těchto dětí musí být na tyto situace neustále připraveni, čímž jsou při opuštění bezpečí vlastního domova neustále ve střehu, co by se mohlo neadekvátního stát. Některým místům se tedy raději vyhýbají, výjimkou nejsou ani rodiče, kteří se svým autistickým dítětem raději nechodí nikam. Tyto skutečnosti mají nesporně vliv na psychiku rodičů a jsou velmi silným stresovým faktorem v jejich každodenním životě.

Proto je pro mne jako lékaře naprosto samozřejmé, že s eventuelní nedůvěrou a nejistotou ze strany rodičů při první návštěvě na informativní schůzce počítám a jsem tedy schopen na toto vhodným způsobem reagovat. Většinou lze již při dalších návštěvách pozorovat patrnou změnu v jednání rodičů vůči mé osobě a je velmi příjemné, když cítím, jak si postupně ke mně sami nacházejí důvěru.

Z jakých „drobností pro zdravotníky“, které jsou současně významnými pro rodiče, se skládá kooperace odborník – rodič, dokumentuje velmi dobře úryvek z knihy J. Makovcové, matky autistického chlapce. Jde o pasáž, kdy se dostavila do nemocnice na plánované vyšetření mozku magnetickou rezonancí. *„Hospitalizace se vlekla příšerně. Do nemocnice jsme nastoupili v sobotu. Nevím proč, když v neděli se neudálo vůbec nic.“* (Makovcová, 2010, s.67). Dále autorka popisuje, jak bylo vyšetření naplánováno na pondělí, její autistický syn od neděle večera nejedl, od pondělního brzkého rána nepil. A k vyšetření nakonec došlo až po poledni (Makovcová, 2010). Sama se však ve svém vyprávění pozastavuje pouze nad tím, proč nastupovali do nemocnice tak zbytečně brzo, tedy v sobotu. Já k tomuto dodávám, že se dle mého názoru jednalo o neprofesionální postup ze strany zdravotníků v tom smyslu, že mělo

---

<sup>1</sup> Tato poznámka není míněna nikterak hanlivě vůči autorům tohoto filmu. Tematika autismu je v tomto filmu dle mínění autora zpracována velmi zdařile – pozn. autora.

být ošetření provedeno v ranních hodinách. Nikdo z nich si v tu chvíli zřejmě neuvědomoval, jaké to asi musí být pro matku, konejšit celé dopoledne hladového a žíznivého autistu!

## **Zásady výchovy a výuky jedinců s PAS**

Motto: Potřeba struktury především.

Tato kapitola bude rozvedena proto, že ze zásad výchovy a výuky dětí s autismem lze odvodit mnohá doporučení, kterých by se měl držet kdokoli, kdo se s postiženým autismem dostane do častějšího kontaktu. Tedy i lékař, který se v určitém věku dítěte začne podílet na péči o něj a tímto je nucen nějakou formou se svým novým pacientem komunikovat.

Mezi nejdůležitější věci ve výchově dítěte s diagnózou PAS, ne-li mezi základní, patří výchova k sebeobsluze. Mnohdy jde o velmi složitý proces, kdy je třeba využít všech schopností dítěte, ale zároveň neočekávat nereálné. Přitom jde také o to, naučit dítě nejen sebeobsluhu provádět, ale také to, aby bylo dítě schopno rozhodnout se za jakých podmínek a kdy ji má provádět. Kupříkladu dítě zvládne si obléci svetr, ale není schopno zhodnotit situaci v tom smyslu, že si svetr obléká, protože je venku, kam jde, zima.

Při výchově dítěte k takovým dovednostem je třeba držet se jeho reálných možností. Bude-li totiž rodič očekávat moc, riskuje frustraci dítěte a jeho selhání a naopak, bude –li očekávat příliš málo, může tím zpomalit postup jeho vývoje. Také je třeba zhodnotit míru asistence rodiče během celého dne dítěte. Aby totiž bylo dítě nezávislé, musí se naučit jednotlivé úkony provádět bez upomínání ze strany rodiče. V neposlední řadě musí být rodič připraven na to, že i když se rozhodne očekávat od dítěte víc a přitom mu méně asistovat, nemusí na toto dítě přistoupit. Většinou, aby se zvýšila motivace, je třeba používat systém nějakých odměn. Také je důležité dítě povzbuzovat pozorností a pochvalou (Baker, Brightman, 2000, s. 131-133).

Co se týče výuky dětí s PAS, neexistuje ve světě ani u nás žádný jednotný univerzální postup použitelný ve výchovně vzdělávacím procesu. Vždy se pracuje se širokou paletou metod a s rozdílnými technikami. Snahou je najít pro konkrétní dítě tu nejúčinnější metodu. Individuálním vzdělávacím procesem se

celá řada autistických symptomů redukuje, čímž se zlepšuje kvalita života autistického dítěte a také se zvyšuje míra jeho soběstačnosti (Vocilka, 1996).

V podmínkách českého školství existují tyto možnosti:

- a) běžná třída, u dětí s nejmenší mírou postižení;
- b) integrace dítěte v běžné třídě s přítomností jeho asistenta;
- c) auti-třídy, při školách a zařízeních pro děti s postižením, nebo při běžných školách;
- d) speciální škola pro děti s autismem (Vocilka, 1996).

Jedná se tedy o dvě možné formy vzdělávání – variantu **integrovanou** a), b) a variantu **segregovanou** c), d).

**Integrace** patří mezi dnes velmi populární termíny, které vycházejí z Charty lidských práv osob s postižením, která by měla být stejná jako u lidí zdravých. Zvýšený zájem o lidská práva lidí s postižením vyvolal diskusi o právech těchto lidí na co nejméně omezující prostředí a díky tomuto zájmu mohla celá řada klientů odejít z ústavů sociální péče, kde ochránářský systém a pečovatelská služba byly důležitější než snaha o maximálně možnou nezávislost klientů (Vítková, 1998).

V případě integrace zdravotně postiženého žáka do běžné základní školy je důležitým dokumentem **individuální vzdělávací plán**, který zpracovává třídní učitel žáka ve spolupráci se speciálním pedagogem ze Speciálního pedagogického centra (dále jen SPC). Obsahuje základní informace o žákovi, které jsou podstatné pro průběh vzdělávání, definuje cíl vzdělávání a konkrétní úkoly v jednotlivých vyučovacích předmětech. Určuje průběh výuky, způsob zadávání a plnění úkolů, způsob hodnocení a klasifikaci. Dále udává zabezpečení organizace speciální péče, spolupráci s rodiči, ale také potřebné materiální (pomůcky, učebnice, výukové programy a pod.) a finanční zabezpečení výuky (Čadilová, Žampachová, 2008). Důležitým předpokladem pro to, aby integrovanému žákovi byla poskytnuta dostatečná individuální péče je zajištění **osobní asistence**. Osobní asistent zabezpečuje rozvoj sociálních dovedností a sebeobsluhy a vykonává dozor nad žákem při plnění úkolů



zadaných třídním učitelem. Dále zabezpečuje trvalou asistenci mimo vyučování při akcích pořádaných školou (Čadilová, Žampachová, 2008).

Zásadní otázkou ale není, zda je lepší vzdělávání integrované či segregované, ale to, aby vzdělávací systém zajistil všechny sociální, emocionální a vzdělávací potřeby. Děti s PAS nejlépe prospívají v takovém prostředí, které je strukturované, individualizované a výukové cíle jsou jasné a dítěti srozumitelné (sec. cit. Rutter 1993 in Howlin, 2005).

Pro jedince trpící autismem je nezbytná soustavná celoživotní péče, která jim usnadňuje orientaci v prostoru, čase a událostech. Omezí se tak důsledky deprivace a opoždění ve vývoji. Ve světě je známa řada metod a programů zabývajících se výukou a vzděláváním autistických dětí. Jedním z nejznámějších a ve světě nejvíce užívaných je **TEACCH program** (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicaped Children - Léčení, výchova a vzdělávání dětí s autismem a jiným komunikačním handicapem), který byl vyvinut před třiceti lety v Severní Karolíně ve spolupráci odborníků a rodičů autistických dětí.

Základem tohoto přístupu jsou behaviorální a kognitivně-behaviorální intervence, celá tato metodika je postavena na teoriích učení a chování. Behaviorální intervence se zaměřuje na vnější změnu podmínek učení, kognitivně-behaviorální intervence se zaměřuje nejen na vnější podmínky, ale také na změnu myšlení (Čadilová, Žampachová 2008, s. 25). TEACCH program slouží jako model pro komplexní péči o autisty. Při jeho používání je ale nutné brát zřetel na individuální vlastnosti každého jedince, na jeho mentální úroveň a hloubku postižení (Gillbert, Peeters, 1998).

Mezi hlavní zásady TEACCH programu patří:

- individuální přístup k dítěti;
- aktivní generalizace dovedností;
- úzká spolupráce s rodinou;
- integrace autistických dětí do společnosti;
- přímý vztah mezi hodnocením a intervencí;
- pozitivní přístup i k dětem s problematickým chováním a těžkým mentálním handicapem, optimistický pohled na efektivitu a možnosti vzdělávání těchto dětí;

- aktivní snaha o pedagogickou intervenci, řešení problematického chování.

Informace o tom, kde a jak je dítě vzděláváno má důležitou hodnotu pro lékaře, který se podílí na jeho zdravotní péči. Dle mých zkušeností jsou děti integrované většinou v zubní ordinaci ošetřitelné. Děti integrované s asistentkou jsou ošetřitelné v omezené míře taktéž. U nich je vhodné zvážit, zda by při návštěvách lékaře byla přítomnost asistentky přínosem, vždy však ale záleží na tom, jaký vztah mezi dítětem a asistentkou panuje a zda (jak je občas možno vidět) se dítě setkává s asistentkou i mimo školu. Vždy je však nutné tento záměr prokonzultovat s rodiči.

Co se týče dětí ze speciálních auti tříd, tam je situace v možnosti zubního ošetřování velmi různorodá, každé dítě reaguje jinak. Měl jsem možnost si ověřit v mé praxi, že dítě, které bylo původně „neošetřitelné“ v běžné lékařské ambulanci, zcela změnilo svůj postoj, jakmile nastoupilo do specializované auti třídy. Po čase bylo možno s ním, byť v omezené míře, spolupráci navázat. U této skupiny dětí je většinou možno bez problémů vykonat prohlídku, ošetření plombou je možné jen v některých případech.

U skupiny poslední, tzn. dětí, které jsou v péči speciálních zařízení pro děti s autismem, mám zkušenost, že jejich ošetření v běžné praxi není možné. Preventivní vyšetření je možné jen u některých a to vždy ve spolupráci s rodiči, kteří přidrží hlavu a ruce dítěte. Největší překážkou je to, že se jedná o děti s hlubším mentálním postižením.

A jak je to, když autistické dítě dospěje?

Rodiny těchto dětí většinou žijí ve strachu, že se chování bude s věkem měnit směrem k agresivnějšímu, výbušnějšímu typu. Tedy směrem k dospělému člověku s nepřijatelným chováním. Občas se ale objevují články či zpovědi dospělých autistů, kterým se podařilo do různé míry vyrovnat s důsledky svého hendikepuj a vést poměrně uspokojivý život, ale vzhledem k počtu postižených se jedná o naprosté výjimky.

Faktem je, že jen málo rodin si dovede představit, co je čeká, až děti vyrostou. Všichni přitom ale mají pochopitelné obavy, zda a do jaké míry nezávislosti se jejich dítěti podaří dospět. Kladou si otázku, co bude s jejich dětmi, až se o ně nebudou moci starat. Situaci komplikuje, že péče o dospívající a dospělé nemá

žádnou systémovou podporu. Často není nikdo, na koho by se rodiče mohli obrátit o informaci či radu (Howlin, 2005).

Já sám se plně ztotožňuji s autory, kteří na tyto skutečnosti opakovaně a v současné době čím dál častěji poukazují. Také myšlenka tzv. chráněného bydlení, která je u nás stále diskutována, je velmi nesměle uváděna v život. Některé světové studie se zaměřily na to, jakých výsledků je dosahováno v tzv. komunitních rezidenčních domovech a ukázalo se, že tyto služby by mohli využívat i lidé, o kterých se mluví jako o problematických klientech. Je zde dosahováno lepších výsledků než v sociálních zařízeních. Stále však chybí v těchto zařízeních kvalifikovaný personál i odborné vedení (Emerson, 2008).

#### Shrnutí

Autismus je v současné době velmi diskutované a frekventované téma. Množí se literatura odborná i laická, která více či méně erudovaně popisuje diagnózu autismus, chování autistů, výchovu autistů a jejich vzdělávání ve škole i mimo ni. Ale přesto není odborná veřejnost dostatečně informována o tom, jak se k postiženému s autismem správně chovat, jak korektně přistupovat k jeho lékařskému ošetření. Jakoby většina odborníků spoléhala na to, že se s takovým pacientem nikdy nesetká a když už náhodou ano, tak ho odešle k „odbornějšímu“ odborníkovi. Lze jen doufat, že stále se zvyšující obecná snaha o kvalitnější a smysluplnou komunikaci s autisty povede k tomu, že stále větší počet zdravotníků i laiků sáhne po některém z odborných titulů a doplní svou erudici v tomto smyslu. Nejen kvůli autistům samotným, ale také kvůli jejich rodičům, aby jim byla jejich už tak složitá životní situace čím dál víc ulehčována. Aby se nemuseli mnohdy se strastiplnou snahou domáhat pochopení a pomoci pro své dítě. Aby se zkvalitnil, sjednotil a zpřehlednil systém pomoci pro postižené s diagnózou autismus.

## 2 Videotrénink interakcí

### 2.1 Princip metody videotréninku interakcí

Videotrénink interakcí (dále jen VTI) je technikou, která byla původně formou pomoci rodinám s dětmi, které mají problém s jejich výchovou a vedením. Tato technika se poté rozšířila i do jiných oblastí. Pracuje s klienty v jejich přirozeném prostředí, v případě rodiny doma, v případě práce s pedagogem ve škole a podobně. Základním principem této metody je kladení důrazu na pozitivní zpětnou vazbu, to znamená na „nalezení“ a zdůraznění toho „dobrého“ ve verbální i neverbální komunikaci. VTI není tedy zaměřen na to, co funguje špatně, ale na to, co jde dobře. Využívá se k tomu videonahrávek z reálných situací, kdy jsou poté jednotlivé komunikační prvky pomocí videotechniky analyzovány. Tento proces, tzv. videointerakční analýza, je nejdůležitější součástí VTI. Další důležitou složkou je vedení klienta videotrénem k aktivnímu přístupu v řešení problému. Principiálně se jedná o metodu se třemi základními kroky:

- videonahrávka v rodině či ve škole;
- analýza nahrávky odborníkem (VTI trenérem );
- poskytnutí zpětné vazby ve formě rozhovoru.

Pracuje se tedy s pořízeným videozáznamem, který zpravidla obsahuje určité množství podařených interakcí, ve kterých lze vyzorovat základní principy kvalitního kontaktu. VTI trenér sám vybírá takové momenty, kdy se komunikace daří a ty pak při další návštěvě v rodině přehrává a hovoří o nich s rodiči. Cílem je ukázat rodičům, jaké prvky utvářejí úspěšný kontakt a naučit je, jak lze tímto způsobem dosáhnout lepší komunikace se svými dětmi. Zakladatelé VTI vycházejí z toho, že každé dítě vyvíjí pozitivní iniciativy. Prostřednictvím videozáběrů se o nich rodiče sami přesvědčují. Videozáznamy se také mohou přehrát i zpomaleně a slouží jako jakási lupa. Při posilování pozitivní komunikace klienti zároveň automaticky přestávají používat negativní komunikační vzorce. Je vhodné pracovat na postupném

dosahování malých, snadno viditelných a dosažitelných cílů. Úspěchy v komunikaci pak podpoří její další vývoj. I když o metodě VTI není doposud mnoho literatury ani empirických zkušeností, pomáhá všude tam, kde je komunikace důležitá a kde je ochota komunikantů na sobě v této oblasti pracovat (Koběřská, 1999).

## 2.2 Historie metody videotréninku

„Videotrénink interakcí“ je metodou s inkonzistentní teorií. Jako taková se totiž tato metoda začala nejprve prakticky realizovat a následně se pak hledaly teorie, o které by bylo možné ji opřít. Teoretickým podkladem jsou práce etologů Konrada Lorenze a Nico Tinbergena, kteří v 70. letech minulého století používali filmovou kameru k zaznamenání interakcí různých druhů mláďat se svými rodiči. Tato technika sloužila jako jakýsi mikroskop chování, kdy bylo možné jejich komunikaci sledovat, analyzovat a popsat. Poté se začíná videotechnika stále více používat ke zkoumání sociálního chování mezi rodiči a dětmi. Základní teorii a důkazy pro metodu videotréninku poskytli Colvyn Trewarthen z Edinburghu, Daniel Stern z New Yorku a *H. a M. Papouškovi* z Mnichova. Metoda videotréninku vznikla v Nizozemsku začátkem 80. let minulého století. Zde se pro ni dodnes stejně jako ve většině ostatních zemí Evropy i USA používá název Video Home Training (a zkratka VHT). Vznikla jako krátkodobá, intenzivní forma pomoci v domácím prostředí rodin, tedy přímo tam, kde se problém vyskytuje. Původně byla alternativou k institucionálnímu umístění dětí s poruchami v sociálním vývoji. Metodu rozpracoval a rozvíjel Harrie Biemans, psycholog v ústavním zařízení „De Widdonck“ v Limburgu. Metoda se ukázala být velmi efektivní a začala se rychle rozšiřovat i do ostatních zemí. Používá se v dětských domovech, denních centrech, zařízeních pro péči o rodinu různého typu, atp. Postupem krátkého času se metoda VHT začala používat i v dalším prostředí, které je pro dítě významné, ve škole (Beaufortová a kol., 1999).

## **Historie VTI v ČR**

V České republice byla dána přednost názvu „Videotrénink interakcí“ a zkratce „VTI“, protože tento termín zcela přesně vystihuje podstatu metody. Metoda VTI se do České republiky dostala v roce 1993, kdy byla založena nevládní organizace SPIN a celý program rozvoje VTI získal podporu Ministerstva práce a sociálních věcí. Vzniklo národní centrum pro VTI, které se zabývá rozvojem a implementací metody do sítě psychologických služeb, školství i zdravotnictví v naší zemi (Koběřská, 1999).

## **Občanské sdružení SPIN**

SPIN je sdružení odborníků různých profesí – psychologů, sociálních pracovníků, speciálních pedagogů a psychoterapeutů, kteří se rozhodli prosadit a rozšiřovat v ČR Videotrénink interakcí jako účinnou metodu, která pomáhá nejen rozvoji komunikace mezi lidmi, ale která může přispět k dílčím změnám v oblasti psychosociálních služeb, školství a zdravotnictví ve smyslu zvyšování kvality i efektivity poskytovaných služeb, respektu ke klientům a jejich zplnomocňování. Sdružení SPIN se v roce 1998 stalo členem mezinárodní asociace pracovišť, která se zabývá videotréninkem interakcí a jeho vzdělávací program odpovídá mezinárodním vzdělávacím standardům. Jako jediná organizace v ČR má oprávnění udělovat certifikáty pro VTI (trenér VTI, supervizor VTI). Cílem tohoto sdružení je vytvářet a realizovat vzdělávací programy pro odborníky psychosociálních služeb, školství a zdravotnictví. SPIN také ustanovuje etický kodex VTI trenéra (Koběřská, 1999).

## **2.3 Klíčové pojmy v metodě Videotrénink interakcí**

Klíčovými pojmy ve VTI jsou: komunikace, iniciativa a její příjem, principy kontaktu, věnování pozornosti, naladění se.

### **Komunikace**

Komunikace, její zlepšení, je základním tématem VTI. Videotrénink interakcí se zaměřuje především na rozvíjení verbálních a neverbálních komunikačních dovedností, které podporují pozitivní interakci a tím i příjemnou atmosféru a

dobré vztahy. Dá se souhrnně říci, že cílem VTI je naučit se, co vytváří dobrý kontakt tak, aby došlo k dobré a kvalitní komunikaci. Snažit se dělat v dané chvíli pro dobrou komunikaci to nejlepší z toho, co dovedeme. Zde je právě velkou výhodou použití videozáznamu, kde je možno se opakovaně vracet k úspěšným komunikačním momentům a tyto dále trénovat a využívat (Koběrská, 1999).

### **Iniciativa a její příjem**

Pojmem iniciativa rozumíme ve VTI takový signál, kterým dáváme druhé osobě najevo, že s ní chceme být v kontaktu. Takovouto iniciativou může být třeba pohled, dotek, oslovení, otázka, naslouchání, přátelský výraz tváře – může mít tedy verbální i neverbální charakter. Samotná iniciativa však ke komunikaci nestačí. Aby se mohla rozvíjet, musí být na druhé straně někdo, kdo odpoví. Může se však stát, že na iniciativu nepřijde žádná odpověď. Pak tedy není kontakt navázán a nemůže být zahájena ani komunikace. K navázání kontaktu a komunikace s druhou osobou je totiž také nutné umět nejprve rozpoznávat (vidět, slyšet) a následně přijímat její iniciativy. Příjmem je to, že první osoba dá druhé najevo, že viděla a slyšela to, co druhá osoba udělala či řekla. Pro kvalitu každé interakce je rozhodující právě příjem, tedy kvalita odpovědi na jednotlivou iniciativu.

V interakci se střídá otázka a odpověď – iniciativa a příjem. Tento řetězec, pokud se skládá z pozitivních iniciativ a reakcí, se nazývá „**ano-série**“. Ta však může být přerušena negativní reakcí či iniciativou a ta může vyvolat opět negativní odpověď. Řetězec negativních iniciativ a reakcí se nazývá „**ne-série**“. Určitý počet těchto „momentů kontaktu“ tvoří základní komunikaci. Pokud převažují kladné vzorce v komunikaci, mluví se o pozitivní komunikaci, v případě záporných vzorců jde o negativní komunikaci, někdy může dojít až k „nekomunikaci“. Komunikace probíhá dobře, pokud se uskutečňuje za pozitivního emočního ladění. V tom případě si lidé často říkají „ano“ a dochází k výstavbě „ano-série“. Na druhé straně v „ne-sérii“ často zaznívá „ne“, „nedělej“, „nesmíš“, což způsobuje ztrátu příjemné atmosféry a konflikty. Videotrénink interakcí se zaměřuje na výstavbu „ano-sérií“ s cílem naučit klienty

všímat si, z čeho se „ano-série“ skládají, co vytváří úspěšný kontakt a jakým způsobem je možné jej dosáhnout (Koběrská, 1999).

### **Principy kontaktu**

Chování, které umožňuje vývoj komunikace, je třeba detailně pozorovat a popsat v kategoriích, které mohou být spolehlivě identifikovány na videozáznamu. Tyto kategorie se ve VTI nazývají **principy kontaktu** a jsou to jednotlivé pozorovatelné prvky chování, které jsou zaznamenávány při videoanalýze. Můžeme tak lépe porozumět situacím, ujasnit si je, zpřehlednit. Na základě mnoha pozorování úspěšně se vyvíjející komunikace byl vytvořen přehled takovýchto prvků, které postupně vytváří vzorce lidského chování. Při vlastní práci ve VTI se postupuje od základních prvků a vzorců, do kterých jsou sdruženy, k vývojově složitějším. Základní otázkou na počátku práce metodou VTI je to, kdo je nejvíce iniciativní a zda jsou iniciativy přijímány. Následující dva vzorce objasňují, co je v tomto případě důležité (Koběrská, 1999).

### **Vzorec: Věnování pozornosti**

Vzájemné **věnování pozornosti** je základním stavebním kamenem úspěšné komunikace. Aby mohl jedinec přijímat, musí zaznamenat iniciativu. A pozornost věnuje především vizuálně a nasloucháním, přičemž nedostatečně věnovaná pozornost může způsobit mnoho nesnází. Na záznamu pak videotrenér sleduje a analyzuje, zda věnují účastníci komunikace jeden druhému pozornost, zda se sledují navzájem. Vzorec věnování pozornosti vytvářejí tyto pozorovatelné prvky komunikace: obracení se k druhému, oční kontakt, fyzický kontakt, přátelská pozice těla, přátelský výraz tváře, výrazné signály, rozdělování pozornosti, naslouchání, vzájemné sledování (Koběrská, 1999).

### **Vzorec: Naladění se**

„*Naladění se*“ vypovídá hodně o tom, zda a jak jsou iniciativy přijímány. Identifikovat tyto prvky lze až po jejich zaznamenání. V běžné interakci se dvě



osoby díky důkladnému **věnování pozornosti** automaticky přizpůsobí jedna druhé. Jde o **naladění se**. Pomocí přitakávání, říkání „ano“, „dobře“, souhlasného pojmenovávání, připojení se k iniciativě druhé osoby získá první osoba nezbytné informace o tom, že její iniciativa byla zaznamenána a akceptována. Obě osoby tak cítí porozumění, pochopení, přijetí, a situace se tak stává uspořádanou. Připojení se k druhé osobě a naopak je též příležitostí k rozvinutí a prohloubení interakce. Komunikace se stává efektivní a přináší oběma stranám uspokojení. V odborné praxi naladění se na klienta například znamená přizpůsobení se jeho tempu a možnostem. To má za následek dlouhé a pozitivní interakční výměny, kontakt s klientem je intenzivní a stabilní. Nedostatečné **naladění se** znamená většinou příliš mnoho „ne-sérií“, neporozumění klientovi a jeho možnostem. V konečném důsledku může dojít i ke vzdání se kontaktu. V neverbální komunikaci pak převažují nesouhlasné pohyby hlavou, nepříjemný výraz, odvracení se, vyhýbání se očnímu kontaktu, podrážděný hlas. Ve verbálním projevu je hodně opravování, napomínání, příliš rychlé a časté říkání „ne“, vyjadřování nesouhlasu nebo neodpovídání a nereagování. Taková komunikace potom vyčerpává a je považována za neefektivní.

Na komunikaci se ve VTI nahlíží jako na stavbu, která se skládá z jednotlivých podlaží, kterým se říká **klastry**. Klastry jsou souborem jednotlivých vzorců. Vzorce **věnování pozornosti** a **naladění se** jsou prvním patrem (klastrem) komunikace. Na nich se potom staví další patra, jakými jsou utváření skupiny a kooperace, diskuse a řešení rozporů (Koběřská, 1999).

## 2.4 Průběh terapie pomocí metody Videotrénink interakcí

### Seznámení

Klient přichází do instituce se svým problémem a žádá pomoc v jeho řešení. Prvotní je navázání kontaktu, při kterém platí základní pravidla:

- být vstřícný,
- být si vědom svého postavení,

- soustavně objasňovat vlastní pozici,
- přebírat starost jen tam, kde není zbytí (Úlehla 1996).

Poté je třeba dohodnout s klientem jeho konkrétní *zakázku* - oblast spolupráce a cíl spolupráce. Jasná zakázka vyplyne až po dojednávání, které je založeno na klientových **objednávkách** a na **nabídkách** ze strany videotrenéra, který objasní vlastní možnosti a možnosti metody. Objednávkou ze strany klienta mohou být všechny poznámky, věty, slova, které klient vysloví a videotrenér jim rozumí, že to jsou přání, očekávání nebo návrhy (Kolektiv 1, 1999).

### Úvodní nahrávka

Po dohodnutí kontraktu mezi klientem a videotrenérem se pořídí první záznam. Jde o videonahrávku běžné situace o délce 10-15 minut. Nahrávku pořizuje videotrenér v klientově běžném prostředí. Může se stát, že klienti se nebudou cítit při natáčení přirozeně a nebudou uvolnění. Toto lze odstranit tak, že klient dostane nabídku, aby nahrávku sám pořídil. Důležité je také klienta upozornit, že se budou vybírat jen pozitivní momenty, tedy to, co v komunikaci funguje a klienti se tedy nemusí bát kritiky (Koběřská, 1999).

### Analýza nahrávky

Jde o velmi důležitý krok v postupu VTI. Tuto část práce provádí trenér na svém pracovišti. Sleduje v nahrávce jednotlivé momenty interakcí. Pokládá si otázky: Co se tady děje? Kdo má iniciativu? Jaká je tato iniciativa? Identifikuje jednotlivé prvky v interakci, které budou předmětem diskuse s klientem při společném sledování těchto prvků v nahrávce. Je důležité, aby trenér věděl, proč klientovi či rodičům jednotlivé části nahrávky ukazuje a co by si klienti měli z těchto úseků odnést. K cíli se postupuje jen velmi malými kroky (Kolektiv 1 1999, s.12-13). Analýza je velmi často doprovázena mikroanalýzou, což je zastavování nahrávky krok za krokem v místech užitečných momentů v interakci. Všechny vybrané ukázky a sekvence klientovi pomáhají rozvíjet jeho možnosti a zdůrazňují jeho silné stránky a zdroje. Neupozorňují na jeho selhání (Koběřská, 1999).

## **Zpětnovazebný rozhovor**

Zpětnovazebný rozhovor je nejdůležitější součástí procesu VTI. Klienti pod vedením videotrenéra ve vybraných momentech videonahrávky popisují a uvědomují si věci, které před tím neviděli, případně viděli, ale dávali jim jiný význam, mluví o tom, co slyší, vidí nebo cítí, jak si tyto momenty vysvětlují. Díky tomu se pak snaží o postupné změny v jejich každodenním životě. Průměrná délka rozhovoru je 1-1,5 hodiny. Úkolem videotrenéra přitom není učit klienty novým prvkům v chování, ale ukazovat ty, které se osvědčily. Tím je spolupráce pro klienty užitečná a uvědomují si význam jednotlivých prvků. Jsou jim díky této zpětné vazbě zřejmé vzájemné iniciativy a také to, jak na ně reagovat. Trenér si v průběhu sezení stanoví s klientem nejbližší malý cíl, který se bude snažit naplnit. Cíl je samozřejmě přizpůsoben klientovi, aby byl schopen jej do příštího setkání zvládnout. Stanovení takovýchto malých cílů je pro klienty většinou velkou motivací, v krátké době mohou totiž spatřovat viditelné změny k lepšímu. Po rozboru s klientem následuje druhá nahrávka. Ta je poté opět s klientem rozebírána a tím je klientovi poskytnuta další zpětná vazba. Tento proces se opakuje tak dlouho, jak je to užitečné a je ukončen tehdy, když je stanovených cílů dosaženo (Koběřská, 1999).

## **Ukončení spolupráce**

Intenzita a délka trvání VTI záleží na závažnosti problematiky a přístupu klientů. K ukončení spolupráce dochází po splnění zakázky, nebo pokud o ukončení požádá sám klient. Po ukončení spolupráce si lze dohodnout vzájemný tzv. „follow-up“ kontakt, tj. setkání trenéra s klientem s časovým odstupem od ukončení terapie, většinou po šesti měsících. Může se totiž stát, že klienti začnou opět padat do „ne-série“ a toto následné setkání je může nasměrovat zpět k pozitivnějšímu kontaktu.

Je důležité konstatovat, že se pochopitelně nedá tvrdit, že klienti po absolvování videotréninku interakcí se již vždy budou chovat efektivně. Naučili a osvojili si ale jednu významnou dovednost, kterou je způsob, jak se dostat od

negativní interakce k „ano-sérii“. A toto je středobodem každého cíle u jakékoliv zakázky, se kterou klient k videotrenérovi interakcí přichází (Koběrská, 1999).

## Shrnutí

Videotrénink interakcí je poměrně mladou metodou krátkodobé intervence, která si získává značnou oblibu nejen u psychologů. Postupem času se stává oblastí zájmu ze strany odborníků věnujících se školní psychologii a řešení problémů z edukačního procesu vyplývajících, odborníků v sociálních oborech. Není se čemu divit, že tato technika začne pronikat i do ostatních oblastí, zdravotnictví nevyjímaje. Je zřejmé, že využití nahrávky v sebe-edukaci má svoje místo všude tam, kde je třeba komunikaci podpořit, zlepšit či modifikovat. A práce s handicapovanými klienty je přesně tou oblastí, kde komunikace hraje velmi významnou roli. Ze tří důvodů. Prvním je to, že handicapovaný klient je na správnou formu komunikace velmi citlivý. Druhým důvodem je potom fakt, že první kontakt s handicapovaným pacientem je většinou pro druhou stranu něčím „jiným“, což poměrně často vyvádí nezkušeného z jistoty běžného komunikačního procesu ve smyslu ztráty vlastní přirozenosti a jistoty, která je ze strany handicapovaného nepříznivě vnímána. Třetím důvodem je to, že hendikepovaný jedinec komunikuje „jinak“ a pro druhého je obtížné se na něj naladit a zvolit efektivní komunikační vzorec.

### 3 Problematika zubního zdraví u dětí s autismem

Kazivost chrupu je u hendikepovaných pacientů problémem. Souvisí totiž s celkovými problémy v sebeobsluze, které jsou u nich velmi časté. Jde přitom o možnost ji vykonávat (motorické postižení) a o pochopení nutnosti ji vůbec vykonávat (mentální postižení). Vždy je v těchto případech nutná pomoc ze strany rodiny či spolubydlícího, protože hygiena, včetně hygieny zubní, patří do základu každodenních činností.

Nedostatečně očištěný chrup má za následek usazování zubního plaku, což je mikrobiální povlak na zubech a dásni. Základem tohoto povlaku je substance složená převážně z polysacharidů, které jsou metabolickým produktem mikroorganismů vyskytujících se v ústní dutině (častý příjem sladkého umocňuje proces tvorby této substance). Takto vzniklá matrix je následně kolonizována dalšími mikroorganismy a vzniká tak zubní plak. Zrání plaku začíná od třetího dne jeho vzniku. Tímto procesem rozumíme určité uspořádání mikroorganismů a matrix, čímž začíná období jeho zhoubného vlivu na zuby a dásně. Metabolismus plaku je velmi složitý, ale rozhodující je zde přítomnost streptokoků, které dokáží z okolních cukrů tvořit kyseliny, čímž se výrazně snižuje pH. Tato kyselost má pak za následek demineralizaci anorganických komponent zubních tkání. Do takto demineralizovaných míst se dostanou mikroorganismy, které narušují organický substrát zubních tkání a vzniká tak zubní kaz, který postupně proniká do hloubky a může po čase zasáhnout i dřeňovou dutinu zubu. Kromě působení na tvrdé zubní tkáně vyvolává zubní plak také zánět dásně v okolí zubu, který postupně proniká do hloubky celého závěsného aparátu. Následkem toho je pak jeho destrukce a vznik tzv. paradontálních chobotů, které způsobí po čase viklání zubu a není-li zavčas zasáhnuto terapeuticky, dochází k jeho ztrátě. Třetí oblastí „působnosti“ zubního plaku je potom celý krevní oběh. Bakterie z něj se totiž dostávají přímo do krevního oběhu a mohou se tedy přemístit kamkoli v těle. Nebezpečí hrozí zejména srdečnímu svalu a kloubům (Wotke, 2001).

Je velmi důležité odstraňovat zubní povlak již při jeho vzniku, čímž nedochází k jeho zrání. Jedinou možností je dodržování správné ústní hygieny. Dvě základní podmínky správné hygieny jsou: vhodná technika a pravidelnost. U

pacientů s PAS je problém v tom, že jim není možno náležitě vysvětlit důležitost zubní hygieny. Většinou je pak otázkou jen jejich tolerance „nechat“ si hygienu provádět ze strany rodičů. Minimální procento pacientů s PAS je schopno (a ochotno) provádět zubní hygienu samostatně v rámci sebeobsluhy, téměř ve všech případech je nutné následné „dočištění“ ze strany rodičů. V naprosté většině případů je tomu ale tak, že autisté nejsou schopni sami vykonávat zubní hygienu vůbec. Její provádění ze strany rodičů je zde proto nezbytné. Velmi často je však toto spojeno se značnou nevolí ze strany postiženého, který mnohdy čištění zubů vůbec neumožní, ba co víc, jeho odpor je nezřídka silný a může vést i k záchvatům vzteku.

Celou situaci následně komplikuje fakt, že nedostatečně dlouhodobě odstraňovaný plak způsobuje chronický zánět dásně v celé ústní dutině, což je provázeno jejím překrvením a bolestivostí při jakémkoliv doteku. Potom dochází k tomu, že pokusy o čištění zubů ze strany rodičů selhávají, protože dásně silně krvácí, což autistu rozrušuje stejně tak jako značná bolestivost, která je spojena s jakýmkoliv přiložením zubního kartáčku na dásně. Tímto vzniká bludný kruh, kdy nedostatečným čištěním zubů dochází k hromadění zubní plaku, jehož přítomnost způsobuje doprovodné problémy, které jeho následné odstranění komplikují.

V souvislosti s prováděním zubní hygieny je důležité myslet i na problémy, které mohou být způsobeny různou mírou rigidity v jednání autistů. Stává se totiž velmi často, že odmítají použití zubní pasty kvůli její chuti, konzistenci, či barvě. Taktéž nevole k určité barvě zubního kartáčku není výjimkou. Na všechny tyto doprovodné okolnosti je třeba myslet a rodiče v tomto smyslu upozornit. Úprava hygieny chrupu „ušitá na míru“ každému postiženému zvlášť je nezbytností.

Dle mých zkušeností se často stává, že zubní hygiena zůstává ve své důležitosti podceněna jak ze strany postiženého, tak ze strany rodičů. Obecným problémem je to, že náležitá kvalita informací o nutnosti prevence a hygieně ve stomatologii není v naší republice na takové úrovni, jaké by bylo třeba (Bárta, 2009). V případě handicapovaných pacientů navíc vystupuje nutnost individuální modifikace hygienických postupů. Tyto je potřeba s handicapovaným natrénovat, pokud je toho schopen. Pakliže není, musí být proveden nácvik s osobou, která bude v provádění jeho hygieny nápomocná.

Ideálem by bylo, kdyby toto považovaly za samozřejmost všechny tři zainteresované strany. To znamená ošetřující lékař, rodič handicapovaného i hendikepovaný sám.

Vzhledem k tomu, že v případě hendikepu mentálního či PAS často jedna ze stran (tedy pacient sám) „vypadne ze hry“, musí tuto odpovědnost převzít dvě ostatní strany. Tedy rodič a lékař. Rodič musí být ochoten tyto informace a dovednosti přijímat a ošetřující personál musí být naopak schopen je předávat. O tom, že ne vše funguje jak by bylo třeba, svědčí vysoká prevalence výskytu zubního kazu a onemocnění parodontu u autistických pacientů (Bárta, 2009).

Prvním problémem je nízká informovanost rodičů pacientů (a v případě této práce autistických pacientů) o tom, že péče o chrup je stejně důležitá jako veškerá ostatní lékařská péče. Mluvím o péči o chrup, jak ve smyslu hygieny, tak o nutnosti pravidelných prohlídek u lékaře. Neboť tyto dvě oblasti spolu souvisí a společně tvoří preventivní péči o chrup jako celek. Je s podivem, že mezi odborníky, podílejícími se na diagnostice, se nenajde nikdo, kdo by upozornil rodiče na to, že je nutno kromě jiných věcí i pravidelně navštěvovat stomatologa (a mimo jiné si ho často problematicky hledat).

Dalším, neméně vážným problémem je to, že je stále dost lékařů napříč všemi odbornostmi, kteří neví, jak se k mentálně hendikepovanému nebo jinak postiženému pacientovi správně „chovat“, což v případě mentálního handicapu kombinovaného s autismem platí několikanásobně. Ve správné komunikaci neerudovaný lékař často projeví nejistotu, ne-li neochotu se takovému pacientovi věnovat a raději ho přepoše na jiné pracoviště. Že je toto vnímáno velmi negativně ze strany jak pacienta, tak jeho rodičů či doprovodu je zcela nasnadě.

V roce 2009 jsem se proto zaměřil v rámci své odborné postupové práce na to, jaká je úroveň informovanosti a připravenosti rodičů dětí s PAS v problematice nutnosti a průběhu návštěv ordinací odborných lékařů, jakými jsou například stomatolog, oční lékař, ORL lékař. Dalším cílem bylo zjistit úroveň kompetence odborníků podílejících se na péči o pacienty s PAS. Jednalo se o subjektivní pohled rodičů na tuto problematiku.

Celý výzkum byl realizován jako kvantitativní šetření, které probíhalo v letech 2008-2009. Empirická část byla zpracována za použití techniky dotazníku. Dále byly použity klinické metody – rozhovor, pozorování a případové studie. Rozdáno bylo 50 dotazníků, návratnost činila 28 dotazníků. Celkový počet respondentů byl tedy 28. Ze závěrů výzkumů vyplynuly následující informace.

### **Kompetence rodičů, které se uplatňují před návštěvou zubního lékaře**

Rodiče nejsou vždy správně informováni o náležitostech a specifikách, které se s problémem diagnózy PAS u jejich dítěte pojí. Při sdělení diagnózy rodiče nebyli často současně poučeni o tom, že jejich dítě nebude s vysokou pravděpodobností schopno sdělit rodičům, odkud pochází pocit tělesné nepohody či bolestivosti. Že jejich dítětem vnímaná bolest zapříčiňuje často výkyvy v chování, které mohou někdy přejít až v určitou formu záchvatu, jehož příčinu nedokáží nalézt.

### **Kompetence dítěte s PAS při návštěvě zubní ordinace**

Diagnostika potíží, majících dentální či stomatologický původ, je u pacientů s PAS velmi obtížná. Je obrovskou výhodou, pokud je dítě schopno ukázat alespoň prstem na místo, odkud vychází aktuální bolest. Pokud tohoto dítě s PAS není schopno, je třeba myslet na stomatologickou příčinu výkyvů nálad vždy, pokud k nim dojde, zvláště v období fyziologické výměny chrupu dočasného za stálý. Například jde-li o nervozitu dítěte bezprostředně po jídle, může jít o problém pocitu bolesti po retenci stravy ve vykotlaném zubu.

### **Kompetence, které musí zvládat lékař v problematice specializace stomatologie**

Samotným prvotním problémem je už to, že rodiče nejsou mnohdy schopni pro své dítě najít stomatologa, který by se o něj postaral. Někteří lékaři po oznámení diagnózy autismu mají tendenci dítě ihned „odeslat“ na vyšší, specializované pracoviště, aniž by k tomu měli jiný důvod, než obavu o své vlastní selhání v komunikaci s postiženým dítětem. Na druhé straně se často



vyskytuje alibistická tendence typu „nebudeme ho vyšetřením trápit“, která samozřejmě postupem času vede k nakupení problémů, jež vedou ke zhoršování stavu chrupu. Pak je nutná akutní návštěva specializovaného pracoviště, která je pro dítě s PAS maximálním stresujícím zážitkem, neboť se jedná často o bolestivé ošetření již dlouho bolestivého zubu. Taktéž není možno věnovat se náležitě přípravě před takovýmto ošetřením, takže dojde většinou k dramatické události spojené s velmi nepříjemnými pocity. Tato negativní zkušenost se stomatologem mnohdy nadlouho do budoucna způsobí výraznou nevoli dítěte už při spatření zubního křesla i kdekoli jinde.

Co se týče erudice zdravotnického personálu v otázkách informovanosti o PAS, tam bohužel úroveň není často vysoká ani na odborně vyšších pracovištích. Zdá se, že problém spočívá hlavně v neuvědomění si té nejpodstatnější věci, kterou je nutnost získat co nejvíce informací o specifikách toho kterého konkrétního pacienta ještě před jeho první návštěvou u lékaře. A je přitom zcela jedno, o jakou odbornost lékaře se jedná. Získání obecných informací o novém pacientovi je alfou a omegou úspěchu celého následného ošetření.

Je chybou, pustit se do ošetřování dítěte s PAS a nevyžádat si předem informace o specifikách jeho chování a o možných nebezpečích, kupříkladu co vyvolává záchvatovité chování. Pokud není lékař předem na všechny eventuality připraven, může být sám zaskočen náhlým výkyvem v jednání a chování dítěte. Zásadní informace přitom poskytnou nejlépe rodiče dítěte a taky jimi přinesená dokumentace od psychologa, psychiatra nebo neurologa.

Výše uvedené informace využívám jako východisko pro další ověření a rozšíření v rámci předkládané diplomové práce.

### **Závěry pro další východiska**

Rodiče dětí s PAS nejsou dostatečně informováni o nutnosti prevence a o specifikách prevence u handicapovaného pacienta už vůbec ne. To, že musí většinou čistit zuby svému dítěti jen sami a denně, často ani neví a o vhodných doplňcích zubní hygieny nejsou informováni. Taktéž nejsou nikým informováni o nutnosti chodit pravidelně se svým dítětem na preventivní stomatologické prohlídky. Téměř ve 100% případů rodiče vůbec neví, že je

nutné v případě jejich dětí konzultovat a nacvičit správnou formu zubní hygieny, která je pro jejich postižené dítě „ušita na míru“.

Častá neerudice ošetřujících lékařů je bohužel dalším problematiku zhoršujícím faktorem. Mnohdy ani odeslání na vyšší odborné pracoviště problém neřeší. Rodiče jsou často odkázáni na hledání praxe či ordinace, kde budou ochotni jejich postižené dítě přijmout a ošetřit. Že je to spojeno s nemalými finančními nároky, je už jen důsledkem současné neuspokojivé situace. V budoucnosti bude jistě nutno dát v této oblasti zdravotnické péče jasná pravidla a mantinely.

## 4 Metodologický rámec práce

### 4.1 Cíl práce a výzkumné teze

Cílem diplomové práce je vytvořit a ověřit **metodiku práce při ošetření pacientů s poruchou autistického spektra** (dále jen PAS) s přihlédnutím k nutnosti strukturovaného přístupu. Práce je zaměřena především na vztah mezi pacientem s PAS a ošetřujícím lékařem, na správnou přípravu ordinace před každou návštěvou pacienta s PAS a na možnosti analýzy situace při neúspěchu v komunikaci s pacientem s PAS pomocí metody Videotrénink interakcí.

Jako **dílčí cíle** jsem si stanovil:

1) **Ověření obsahu přípravné fáze při práci s pacientem s PAS**, to znamená jak se na celé vyšetření pacienta připravit. Základem všeho je získat co nejvíce informací o pacientovi, pak se teprve dá vytvořit postup pro zdárný průběh jeho návštěvy. Jde o přichystání ordinace, poučení personálu i rodičů, stanovení vhodné formy komunikace s autistickým pacientem tak, aby bylo možno provést předem vytyčené úkoly ve smyslu prohlídky ústní dutiny pacienta a eventuelně terapie jeho zanícené dásně či kazivého chrupu.

2) **Ověření strukturovaného postupu** při vyšetření a ošetření – jde o ověření, zda v přípravné fázi stanovený strukturovaný postup je potřebný a také zda je nutné ho aplikovat v každé další návštěvě v neměnné podobě;

3) **Ověření účinnosti práce s prvky metody videotrénink interakcí** - .

Strukturovaný přístup při ošetření včetně využití prvků videotréninku bude prezentován formou případových studií dvou pacientů.

Všechny tři dílčí cíle jsou součástí jedné metodiky, která vznikla v mé stomatologické praxi. Její následné sepsání bylo pak nutným krokem pro ověření cíle 1).

V mnou vypracované metodice jde o podrobný postup, jak jednat s rodiči od prvního okamžiku - tím je kontakt z jejich strany a žádost, abych se ujal ošetřování jejich autistického dítěte. Dále v ní popisují formu sběru informací o novém pacientovi, stanovení správného strukturovaného postupu při vyšetření a ošetření tak, aby byly eliminovány možné chyby ze strany všech zainteresovaných stran. Dále rozvádím nutné prvky přípravy celé ordinace před návštěvou autistického pacienta a popisují také strategii, jak ve spolupráci se supervizorem odhalit příčinu eventuelního neúspěchu v komunikaci s ním. K tomuto doporučuji pořizování videonahrávek z každé návštěvy pacienta.

Metodika vznikla na základě mých vlastních mnohaletých zkušeností, péči o zubní zdraví autistických pacientů se věnuji od roku 2004. Když jsem začal pracovat s autistickými pacienty, pokoušel jsem se o nalezení vlastní smysluplné cesty přístupu k nim. Z odborné literatury jsem nastudoval jen informace o diagnóze autismus a o chování autistů. Pak jsem šel v tvorbě mého přístupu svou vlastní cestou a všechny záměry jsem postupně realizoval. Od počátku jsem si všechna vyšetření, tak jak šla po sobě, nahrával na videokameru a pak je analyzoval. Tak jsem mohl korigovat svůj postup tak, aby se stal dokonalejším. Některé zjištěné skutečnosti se pak staly základní kostrou mého přístupu, která je stejná u všech pacientů. Vše ostatní je už přísně individuálně postavený přístup, který se liší od pacienta k pacientovi. Je na základě shromážděných informací „ušit“ každému na míru.

Vzhledem k těmto skutečnostem uvádím celou metodiku zvlášť jako samostatnou kapitolu v praktické části mé práce.

### **Výzkumné teze**

K naplnění cílů výzkumného projektu jsem si stanovil následující výzkumné teze:

**VT1:** Pro zdárné ošetření pacientů s diagnózou autismus je nutná důsledná odborná příprava lékaře s celým participujícím týmem.

**VT2:** K získání uceleného obrazu o pacientech s diagnózou autismus je nutná spolupráce s rodiči, případně se školou.

**VT3:** Stanovení přesného pracovního postupu při vyšetření a ošetření je pro každého pacienta s diagnózou autismus individuální.

**VT4:** Pro zdárnou komunikaci mezi lékařem a pacientem s diagnózou autismus je nutné náležité uspořádání prostředí.

**VT5:** Po první návštěvě ordinace a při eventuelním dílčím neúspěchu během vyšetření či ošetření je nutná analýza postupu za použití získané videonahrávky.

## **4.2 Design výzkumu**

Vzhledem k malému počtu participantů a ke stanoveným výzkumným tezím a cílům jsem zvolil kvalitativní přístup.

Jedná se o klinický výzkum, ve kterém jde o detailní analýzu v kontextu toho, co se při vyšetření a ošetření autistického pacienta děje, protože jejich projev je nepředvídatelný.

Výzkumným designem jsou pak případové studie. (Miovský, 2006)

## **4.3 Výběrový soubor a zdroje dat**

Kritériem výběru výzkumného souboru byl diagnostikovaný autismus. U pacientů bylo provedeno dlouhodobé pozorování při ověřování metodického postupu během realizace jeho vyšetření a ošetření ve stomatologické ordinaci. Pro důvěryhodnější analýzu sledovaných pacientů jsem použil práci s kamerou. Jednotlivé návštěvy v ordinaci pak byly analyzovány ošetřujícím personálem. Nahrávky prvních návštěv pacientů byly analyzovány společně se supervizorkou metody videotrénink interakcí stejně tak jako nahrávky návštěv, ve kterých došlo k nějakým změnám či ztrátě spolupráce ze strany pacienta.

Výzkumným souborem jsou případové studie dvou pacientů a jejich rodičů. První z nich – **Pacient 1**, ročník 2006, je mým pacientem od června roku 2010. V této kazuistice se zaměřím na nutnost strukturovaného přístupu, který vyplyne z analýzy videonahrávky po první návštěvě pacienta. Druhý pacient – **Pacient 2**, ročník 2000 je u mne registrován od června roku 2008. V této kazuistice se zaměřím na správnou přípravu ordinace včetně poučení personálu, detailně bude popsána situace, kdy došlo ke změně chování pacienta, kdy přestal spolupracovat a musel být modifikován strukturovaný přístup za pomoci analýzy videonahrávky. V obou případech byla nahrávka analyzována společně se supervizorkou pro videotrénink interakcí. Sestřih videozáznamů z obou kazuistik je součástí přílohy této diplomové práce.

V případových studiích jsou data získávána z těchto zdrojů:

- dokumenty o pacientech s autismem;
- rozhovor s rodiči;
- video-záznamy interakcí v průběhu vyšetření;
- analýza videozáznamů metodou VTI;
- vyjádření supervizora pro VTI;
- dlouhodobé pozorování;
- průběžné záznamy a poznámky.

#### 4.4 Časový harmonogram výzkumu

- tvorba metodiky 2005 - 2010
- zpracování metodiky do písemné podoby 2010
- zpracování teoretické části diplomové práce: leden 2010 – září 2010;
- pozorování pacientů (dále jen pacient č. 1 a pacient č. 2):

pacient 1: červen 2008 - únor 2011

pacient 2: červen 2010 – únor 2011

- realizace výzkumného projektu: červen 2008 – únor 2011;
- analýza a interpretace získaných informací: leden 2011 - únor 2011;
- prezentace výsledků a obhajoba diplomové práce: květen 2011.

## **4.5 Etické aspekty**

Při získávání informací o sledovaných pacientech byly dodržovány etické zásady. Všichni rodiče byli seznámeni s cílem výzkumného projektu. Rozhovory s rodiči a lékařským týmem byly vedeny dobrovolně, u rodičů s možností na otázku neodpovědět. Všichni rodiče souhlasili s pořizováním videozáznamů vyšetření a ošetření jejich dětí a byli obeznámeni s tím, že tyto nahrávky budou použity pro účely analýzy pozorování a přesného zaznamenání projevů pacientů s diagnózou autismus. S uchováváním záznamů stejně tak jako s jejich prezentací za účelem diplomové práce a přednáškové činnosti autora této práce rodiče souhlasí. Toto vše je stvrzeno podpisem rodičů pod jejich souhlasem a je přílohou této diplomové práce. Z důvodu anonymity pacientů nejsou v diplomové práci uváděna skutečná jména pacientů, ale tito jsou uváděni jako „pacient 1“ a „pacient 2“.

## **5 Metodika práce při ošetření pacientů s poruchou autistického spektra**

Přípravná fáze a vlastní realizace ošetření je členěna do několika kroků:

1. krok: přípravná fáze
2. krok: vyšetření stavu chrupu
3. krok: realizace vlastního ošetření
4. krok: poučení rodičů

### **5.1 Přípravná fáze**

#### **Konzultace s rodiči eventuelně školským zařízením**

Bezprostředně po kontaktu s rodiči, kteří projeví zájem o ošetření jejich hendikepovaného dítěte u mne v ordinaci, jsou pozváni na předběžnou informativní schůzku, kam se dostaví sami. Jsou požádáni, aby vzali s sebou výsledky vyšetření jejich dítěte u specialisty, většinou jde o neurologa či psychologa. Tento materiál mi slouží k tomu, abych se zorientoval v diagnózách jejich dítěte a hlavně v míře jeho postižení. Je pro mne důležité předem odhadnout, zda vůbec bude jejich dítě nějakého ošetření nebo alespoň vyšetření schopno. Snažím se ale vyvarovat toho, abych předčasně sliboval rodičům, že budu v čemkoliv během návštěvy jejich dítěte „úspěšný“. Nedávám jim plané naděje, ale současně zdůrazním své úsilí být nápomocen snahou o co nejúspěšnější průběh.

Jsou však některé diagnózy PAS, které dle mých zkušeností neumožní ošetření ba ani vyšetření dítěte. Pokud mám takovou pochybnost již po prostudování odborných materiálů, sdělím ji bezprostředně rodičům. Většinou se ale s nimi přesto domluví, že mne s dítětem navštíví a že to „zkusíme“. Vidím jako důležité pro rodiče to, že se necítí odmítnuti, aniž bych jejich dítě viděl. Také je jeho návštěva důležitá v tom, že mohu vypracovat stručnou charakteristiku



postižení v žádance o eventuelní ošetření v celkové anestézii na klinickém pracovišti, kam rodiče s dítětem odešlu.

Součástí první návštěvy rodičů je také odebrání anamnézy se zaměřením na ostatní choroby dítěte, alergie, krvácivé projevy, atp. Další dotazy z mé strany směřují k jasnému cíli, kterým je nalezení vhodného způsobu, jak se na vyšetření hendikepovaného připravit. Je důležité, abych věděl, co dítě rozrušuje, proto se ptám cíleně na zvuky (zvonění telefonu, puštěné rádio), toleranci vůči přibližování cizí osoby do intimní zóny kontaktu (vzhledem k tomu, že se stomatolog pohybuje v těsné blízkosti pacientova obličeje), intonaci mého hlasu (zda mám hovořit konejšivě či naopak rázně až přísně), intenzitu hlasu (nahlas či potichu), atp.

Důležité je zeptat se rodičů, co mohou obecně od chování jejich dítěte v mé ordinaci očekávat, jak poznám, že se blíží konec ochoty jejich dítěte ke spolupráci nebo že nastupuje eventuelní projev vzteku či nějaká forma záchvatu. Dále se snažím zjistit, co dítě naopak uklidňuje. Na tento dotaz většinou rodiče odpoví bezprostředně, protože různé formy uklidňujících aktivit a odměn jsou jejich mocným pomocníkem ve zvládnání jejich postiženého dítěte, v jeho výchově a edukaci. Uklidňujícím prostředkem může být kupříkladu oblíbené CD s hudbou či DVD s filmem nebo pohádkou. Jako odměny lze v mém případě použít to, že mu slíbím po ošetření zapůjčení jeho oblíbené hračky, kterou je často provázek, řetízek či různá „kroutítka, motátka“ atp. (Jako odměnu jednomu pacientovi nosili jeho rodiče na každou návštěvu u mne žehličku, s jejíž přívodní šňůrou si dokázal dlouhou dobu hrát, bez žehličky však o tuto šňůru neměl žádný zájem.) Dohodnu se s rodiči, zda a jakou odměnu zvolíme a dohodneme se, že mi tento předmět před další návštěvou zajistí a donesou. Vše, co se dozvím, si bezprostředně formou poznámek zaznamenám a vložím do dokumentace jako její součást.

Pak se s rodiči domluvíme, jak bude jejich návštěva s dítětem probíhat. Jestli budou přítomni těsně vedle zubního křesla či dítě držet za ruku nebo zda budou sami stát bokem. Oznamím jim můj postup, který navrhuji použít a nechám si jej z jejich strany odsouhlasit. Navržený postup si pak zaznamenám podrobně do dokumentace. Poté společně najdeme termín návštěvy s přihlédnutím k tomu, která denní doba je podle rodičů nejvhodnější, kdy je dítě nejklidnější.

Rodičům doporučím, ať návštěvu v mé ordinaci vhodným způsobem zařadí do týdenního či měsíčního plánu, pokud jej používají, a vhodnou formou tuto návštěvu připomínají. Autismem postižený totiž nemá schopnost vnímat svět v souvislostech – jako krátké akce a logické důslednosti. Nechápe, že se den skládá z jednotlivých událostí ve sledu za sebou. Také nedokáže události předvídat a už vůbec nerozumí tomu, že se dá sled události i měnit. Události jsou pro něj poskládané do scénáře, který vnímá tak, že ho nelze měnit. Neexistuje jeho flexibilita. Neumí pro sebe formovat tzv. koncepci flexibilních scénářů a musí pokaždé řešit ty samé situace (Beyer, Gammeltoft 2006, s. 29-31). Proto je metoda přesného denního plánu pro autistu mnohdy jedinou jistotou a je tedy důležité nějakou formou návštěvu zubaře do tohoto plánu „propašovat“.

Velmi vhodná je též návštěva školského zařízení, kam dítě dochází (pochopitelně se souhlasem rodičů). Často zde obdržím doplňující informace a udělám si ucelenější obraz o tom, jaké chování mohu od dítěte očekávat, jaká je míra jeho rigidity, jaká je vhodná forma komunikace atp.

### **Plán vhodné formy komunikace s autistickým pacientem**

Porozumět záměrům a cílenému chování jiných osob je základem sociálních interakcí. Autistické dítě má ale velký problém pochopit, že lidé jednájí záměrně a nedokáže rozpoznat důležité prvky lidského chování. Takové dítě se potom ocitá v situaci, které nerozumí a kterou nedokáže předvídat. Navíc je zahlceno detaily a smyslovými podněty, které jsou pro většinu lidí bezvýznamné. Je pro něj obtížné představit si i něco jiného než to, co právě vidí a slyší (Beyer, Gammeltoft 2006, s. 32).

Dalším aspektem, se kterým je třeba počítat je zaměření pozornosti. Zatímco zdravý jedinec je schopen vybírat určité informace pro následné podrobné zpracování a opomíjet současně informace jiné (Atkinson 2003, s. 172-174), postiženému autismem tato schopnost chybí. Často se mi během kontaktu s takovým pacientem zdá, že je schopen vnímat stejnou intenzitou svého zájmu „vše“, co se okolo děje, co se snad jen okamžikem „mihne“. Ale jakmile jej oslovím s nějakým požadavkem, jako bych v tu chvíli pro něj „neexistoval“.

Proto je velmi důležité ujasnit si ještě před první návštěvou takového pacienta formu komunikace, jak bude probíhat z mé strany, abych vzbudil náležitou pozornost. Informaci o tom, jak by měla komunikace probíhat, získám nejlépe od rodičů. Taktéž je vhodné přizpůsobit ji formě, na kterou je dítě zvyklé ze školy, kam dochází.

S většinou autistů, kteří dochází do mé ordinace, je možná slovní komunikace. Mám však pacienta, se kterým jsem před léty komunikoval pomocí fotografií, jelikož mi bylo matkou sděleno, že jsou pro něj obrázky srozumitelnější. Nafotil jsem proto různé situace a okamžiky v zubní ordinaci (otevřená ústa, kelímek na vyplachování, vyšetřovací nástroje, atp.) a během jeho návštěvy jsem svoje slovní žádosti doplňoval současným ukazováním vhodné fotografie z tohoto cyklu. Důležité při tomto postupu je, aby byl počet po sobě ukazovaných fotografií co nejmenší, aby pacient nebyl příliš „zahltčen“. Vystačil jsem většinou s obrázkem „otevři“, „budeme píchat injekci“, „budeme vrtat“ či „budeme trhat zub“ a „vypláchni“. Taktéž jsem vyfotil obličej svůj i mé asistentky a předal tyto fotografie matce. Ta pak zařadila návštěvu mé ordinace do synova denního plánu a vždy, když o tom mluvila, ukázala současně na obrázcích naše tváře. (Vzory těchto komunikačních fotografií jsou přílohou této práce).

Používání mluveného slova k zadávání jednoduchých příkazů („*otevři pusu*“, „*nehýbej se*“, atp.) má také svá specifika. U postižených autismem může být řeč zdánlivě na dobré úrovni včetně slovní zásoby a skladby věty. Mají ale velký problém s porozuměním. Proto často selhávají v reakci na pokyny, což může být mylně interpretováno jako negativismus (Howlin 2005, s. 45). Je proto důležité nějakou vhodnou a pro autistu srozumitelnou formou jeho vnímání a chápání požadavku podpořit. Základem je používat jednoduché věty, hovořit pomalu a řádně artikulovat se současnými jasnými až přehnanými pohyby mimických svalů. Podobně jako se sluchově hendikepovaným pacientem, kdy je snahou umožnit mu odezírat ze rtů. Také jsem postupem času zjistil, že je zbytečné mé požadavky vyjadřovat jakoukoliv formou naléhavosti v hlasu, ať už intonací či hlasitostí. Požadavky musí být vyjadřovány stručně, jasně, ale bez jakékoliv známky nátlaku.

Dalším aspektem v komunikaci, se kterým je třeba počítat je to, že existuje široká škála chování, se kterým se můžeme u postižených autismem setkat.

Existují dva extrémní protipóly: na jedné straně je pól osamělosti, na druhé pól extrémní sociální aktivity. Vždy však zůstávají zvláštní projevy neverbální komunikace, jakými jsou omezené využívání gest, nejasná řeč těla, malá výpovědní hodnota výrazu tváře, neschopnost „předávat informace“ očima, atp. (Vosmik, Bělohávková 2010, s. 18-20). Toto je důležité mít stále na paměti a v případě autisty, který má typ aktivního chování nepodlehnout klamnému dojmu, že této míře odpovídá i kvalita sociální interakce.

### **Poučení sestry a ostatního personálu**

Personál ve svém uvažování o klientech často dělá chyby, mezi nimiž zaujímá čelné postavení tzv. **základní atribuční chyba**. Znamená to, že „....*ve chvíli, kdy vidíme problémové chování klienta, dochází v našem myšlení k tzv. atribuci, což je prisuzování příčin. Atribuci děláme na základě našich předchozích zkušeností s uživatelem a na základě našich životních přesvědčení.*“ (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007 s. 100).

U pacientů s PAS dochází v daleko větší míře než u jiných hendikepovaných pacientů k výkyvům nálad a často i k chování, které i při největší snaze není možno pochopit a nijak si vysvětlit. S tímto přesvědčením je třeba přistupovat ke každému takovému pacientovi, včetně připravenosti na to, že se může jeho reakce na již dříve akceptované postupy měnit od návštěvy k návštěvě. Ba co víc, během jedné návštěvy jako takové. Prudká změna nálady pacienta může být způsobena mimo jiné tím, že se ošetřující personál dopustí odchylky (mnohdy minimální) od „zaběhnutého“ postupu, která není pro personál podstatná, ale autista ji vnímá velmi rušivě. Stejně tak může být jakýkoliv výkyv v reakci pacienta spojen s jeho momentální indispozicí z úplně jiného důvodu, který nám zůstává skrytý. Proto věnuji poučení personálu náležitou pozornost. Asistentka musí vědět, zda pacient snese nějaké doteky (chtěla-li by mu například přidržet ruku či hlavu), stejně tak jako to, jak správně ordinaci nachystat před jeho příchodem. Osvědčilo se mi, že asistentka během návštěvy autistického pacienta nehovoří, aby nevytrhovala jeho pozornost. Komunikaci s pacientem obstarávám tedy sám. To ovšem neznamená, že by autista přítomnost sestry nevnímal. Z toho důvodu je také důležité, aby byl objednáván

vždy v den, kdy je přítomna „jeho sestra“, na kterou je zvyklý (mám totiž asistentek ve své praxi více).

Jakmile je objednáno a zapsáno do objednacích knih, je k tomuto záznamu červeně připsána poznámka „AUTI“. Na to jsme si zvykli proto, abychom měli během ordinačního dne stále na „očích“, že je objednáno autista a přizpůsobili náš program tomu, abychom s předchozími pacienty skončili zavčas a připravili ordinaci tak, aby mohl přijít dovnitř bez jakéhokoliv zbytečného čekání. Nenechat autistického pacienta čekat v čekárně má dvojí důvod. Prvním je to, že doba, po kterou se „nic neděje“ by mohla způsobit jeho zvýšenou nervozitu, která by byla přenesena do ordinace a mohla by vést ke ztrátě ochoty ke spolupráci. Druhým důvodem je specifikum autistova vnímání okolního světa. Frances (n.d.) doporučuje obejít čekárnu a jít rovnou do vyšetřovací místnosti. Dítě s autismem tak musí zpracovat ve svém vnímání jen jedno prostředí. Pokud tuto variantu pracoviště technicky umožňuje, jde o ideální postup.

### **Přichystání ordinace, nástrojů a stomatologického přístroje**

Z úvodního pohovoru s rodiči a eventuálně z předešlé návštěvy pacienta vyplynou požadavky na přesné nachystání ordinace a vlastní nachystání se obecně. Asistentka musí být přesně obeznámena, co hodlám během návštěvy dělat a dle toho nachystá všechny potřebné nástroje. Včetně jednotlivých vrtáčků, neboť působí velmi rušivě, když musím během vyšetření či ošetření cokoli hledat a odvracet tak svou pozornost mimo pacienta. Mám zkušenost, že toto velmi autisty znepokojuje, protože začnou být nejistí, nebude-li následovat něco „jiného a nového“, co neznají, na co nejsou zvyklí. Součástí přípravy jsou i takové věci jako použití ochranné roušky kolem krku pacienta, používání savky a odsliňovače, používání rukavic. Co se týče ochranných rukavic je velmi vhodné dodržet stejný postup již od první návštěvy. To znamená dodržovat i takovou maličkost, jako je nasazování rukavic před pacientem či mít je nasazené již při jeho příchodu dovnitř. Jak může být otázka rukavic důležitá dokumentuji v jedné z kazuistik včetně přiložené videonahrávky, kdy jsem požadavek ze strany pacienta pochopil až za pomoci analýzy videozáznamu společně se supervizorkou pro videotrénink.

Během ošetřování je potřeba mimo jiné odložit telefon do jiné místnosti a zajistit, aby nikdo jiný do ordinace pokud možno nevešel (což bývá často problematické).

Před následující první návštěvou pacienta s PAS je otázkou volby zařadit ještě tzv. „přednávštěvu“, jak tuto formu sám nazývám. Autistický pacient přijde společně s doprovodem do mé ordinace jen za tím účelem, aby si mohl nové prostředí prohlédnout a seznámit se s ním, včetně toho, co se tam děje. Ravel (2005) doporučuje nabídnout rodičům návštěvu dentální praxe tak, aby si ji mohli s dítětem projít, aby se mohlo dítě dotýkat jejího vybavení a zvyknout si tak na něj. Dle mého názoru je tato forma prvního kontaktu možná, ale s výhradou dotýkání se koncovek na stomatologickém unitu. Hrozí vysoké riziko, že i v dalších, „ošetřujících“ návštěvách bude pacient na koncovky sahat a tím bude práce lékaře znemožněna. Pokud se s rodiči na „přednávštěvě“ domluvíme, zařazuji do celého procesu ještě pacienta, kterého ošetřuji tak, aby mohlo dítě s PAS vidět zubní praxi i s jejím běžným provozem. Za tímto účelem se domluví s nějakým pacientem, zda by mu nevadilo, kdyby se na jeho ošetřování díval někdo jiný a vysvětlím mu důvody mé prosby. Pak, během normálního provozu ordinace, vejde dovnitř doprovod s autistickým novým pacientem a nechá ho prohlédnout si cokoliv, může se po ordinaci procházet. Já se během jeho přítomnosti věnuji své práci u křesla a vlastně okolí jakoby nevnímám. Jeho doprovod je pouze poučen v tom smyslu, aby dítě hlídal, kdyby chtělo s něčím manipulovat. Osahávat je však v plné míře možno (kromě koncovek přístrojů). Mám tu zkušenost, že si dítě nejdříve vše prohlídne, a pak se zájmem chodí okolo a vše detailně pozoruje. Já se snažím během té doby na ošetřovaném pacientovi použít takové nástroje, které budou potom potřeba na něj, ale u toho se snažím periferně vnímat, zda ho zvuk nějaké koncovky na vrtačce vyloženě neznepokojuje. Poté doprovod s postiženým pacientem odejde.

Tuto metodu jsem dříve praktikoval u všech nových pacientů, ale stalo se mi, že u jednoho vyvstal problém, když si při jeho vlastním vyšetření měl sednout na křeslo sám. Nechápal proč a celou situaci cítil jako nepříjemnou změnu oproti jeho minulé jen „dívací-sledovací“ návštěvě. Proto v současnosti variantu tzv.

„přednávštěvy“ konzultuji s rodiči a zeptám se jich, zda si myslí, že by byla prospěšná nebo naopak. Pak ji teprve realizujeme.

## 5.2 Vyšetření stavu chrupu

V této fázi se jedná o první návštěvu autistického pacienta v ordinaci. Jejím účelem je přimět ho k tomu, aby otevřel ústa a nechal si prohlédnout zuby. Druhým důležitým výstupem z této návštěvy je ověření správnosti postupu, který jsem zvolil na základě schůzek s rodiči eventuelně s pedagogy a doplnil o mé vlastní zkušenosti. Před touto návštěvou si důkladně zafixuji mnou naplánovaný postup. Pak mám ve svém vnímání prostor na to, abych mohl sledovat ostatní, které postupně vystávají. Provádím mimoděk i to, co výstižně popisuje Francis (n.d.): snažím se vnímat celou situaci během návštěvy autisty jakoby přes jeho smysly – oči, uši, nos a kůži.

Je také zprovozněna videokamera, protože celou návštěvu zaznamenávám, abych ji mohl poté podrobit analýze společně se supervizorem pro VTI. S ním pak konzultuji svůj postup a promýšlíme strategii do budoucna (viz kazuistika 1, včetně přiložené videonahrávky). K pořízování videonahrávek mám samozřejmě souhlas rodičů pacienta, kteří jsou informováni o mých důvodech a záměrech.

Těsně před příchodem pacienta je tedy ordinace nachystána, videokamera v provozu, asistentka má nachystanou kartu k pořízení záznamu o prohlídce a já mám nasazeny vyšetřovací rukavice. Taktéž nesmím zapomenout případně pustit hudbu či film, na kterém jsme se s rodiči dohodli. Po příchodu pacienta ho krátce uvítám, většinou slovem „ahoj“ a poté připojím výzvu „*sedni si, podívám se na zuby*“. U toho současně ukazuji na křeslo a gesty jej vybízím, aby se posadil. Až si sedne, dám pokyn „*otevři pusu*“, jakmile toto vyslovím, doširoka rozevřu své rty, abych mu naznačil, co od něj žádám. Poté, co otevře ústa se pomalým pohybem k němu přiblížím a pokusím se vložit svůj prst dovnitř, abych mohl provést předběžnou prohlídku. Až teprve potom zkusím prohlédnout ústní dutinu detailněji za pomoci většinou jen zubního zrcátka. Během této činnosti občas zopakuji „*neboj se*“. Současně vnímám, a toto považuji za klíčově

důležité, jak na vše pacient reaguje a sleduji dle tenze mimických svalů i svalů celého těla, zda ještě dále udrží pozornost a klid. Potřebuji totiž ještě provést jeden „test“, kterým je v závěru prohlídky vsunutí koncovky ultrazvuku či zubní vrtačky do jeho úst a její uvedení do chodu. Sleduji tímto jediný cíl, dotvořím tak scénář toho, co se bude v ordinaci dít při každé další návštěvě. Na závěr řeknu „*ted* očistíme a osprchujeme zuby“ a současně s tímto sdělením se koncovkou ultrazvuku dotknu zubů. Koncovka nástroje zároveň stříká vodní spray, který asistentka odsává savkou. Zjednodušeně řečeno se tímto vším snažím poznat, jak dlouho se mnou bude mít pacient trpělivost. Samozřejmě nelze tyto výkony prodlužovat, protože každý projev nevěle znamená ukončení mého snažení. Jakmile se objeví v reakci pacienta znatelný odpor k mé činnosti, neukončím okamžitě své počínání, ale naopak řeknu „*ještě to není*“ a i za cenu přidržení jeho otevřených úst chvilkově ve své „sprchovací“ činnosti pokračuji. Sleduji tím jediný cíl, kterým je pro pacienta zafixování skutečnosti, že jsem to já, kdo rozhoduje o ukončení procesu.

Dalším problémem, který je velmi často v průběhu vyšetření potřeba náhle řešit, je tendence pacienta sahat na nástroje, které používám. Je to prostá zvědavost společně se strachem, které vedou každé dítě k prozkoumávání nových „věcí“. Zdravé dítě bez problémů pochopí, že na tyto věci sahat prostě není možno. Autismem postižené dítě však tuto souvislost nechápe a chce vše nové prozkoumat, přičemž hmat je ve výběru použitých smyslů jeho první volbou. Vystává tedy problém, jak tomuto zabránit, protože osahávání nástrojů jednak znemožňuje mou práci, ale hlavně je velmi nebezpečné z hlediska úrazu. Přitom nápravu je třeba sjednat okamžitě a rázně - nenechat dítě v této činnosti pokračovat, protože by velmi rychle došlo k zafixování toho, že „se to může“. Není vhodné ani nechat dítě napřed si nástroj prohlédnout a osahat a pak to zakázat, jako to praktikuji běžně u zdravých (myslím nehendikepovaných) dětských pacientů. Jsou v zásadě dvě možnosti, jak takovému nežádoucímu chování zabránit. Buď to dítěti **zakázat** nebo ho **zaujmout** něčím jiným. Emerson (2008) ještě uvádí třetí možnost, tzv. **eliminaci**, kterou dává do protiváhy k tzv. **tvořivému přístupu**. Eliminace spočívá v tom, že se v jednání s autistou vyhneme situacím, které ho rozrušují nebo zneklidňují či způsobují z jeho strany nežádoucí chování. Tvořivý přístup spočívá v tom, že se snažíme



přijít na to, jak můžeme takového pacienta podpořit, aby reagoval v určitých situacích vhodnějším způsobem. Tvořivý přístup má výhody v tom, že vytváří nový typ chování či dovedností. Tento postup je také přirozenější v tom smyslu, že určité chování, které má být odstraněno, je nahrazováno chováním novým. Jde tedy o dynamický proces (Emerson, 2008, s. 71-73).

V případě ošetřování v ordinaci metoda eliminace nepřichází v úvahu, protože výkony, které provádím nemohu jednoduše „nedělat“ nebo je nahradit jinými. Metoda zákazu ve většině případů nepřipadá v úvahu proto, že vyvolává okamžitou negativní reakci ze strany autisty, která je nezřídka spojena s paušálním odmítnutím všeho následujícího, co by bylo jakkoli spojeno se zubním křeslem. Pravdou je, že mám pacienta, u kterého striktní zákaz „zafunguje“. Ten je mezi mými pacienty s autismem ale výjimkou a o této skutečnosti mi řekla jeho matka v úvodním pohovoru, takže jsem v této taktice „šel najisto“. Dle mých zkušeností však není radno techniku striktních zákazů u pacientů paušálně a příliš často používat, protože většinou vede k okamžitému odporu. Osvědčilo se mi ji jen v případě potřeby jednorázově vyzkoušet, zda by nefungovala. Zdaleka nejúčinnější metodou je tedy zaujetí něčím jiným, protože správným postupem nahrazování nevhodného chování jiným, přijatelným, mohu docílit eventuelní spolupráce i do budoucna. V těchto případech je mým „zdatným pomocníkem“ autistům vlastní zvýrazněná rigidita.

Je však velmi důležité si uvědomit, že než je zahájen proces nahrazování špatného chování jiným, je třeba mít přesně ujasněno, jakým jiným novým chováním má být to nevhodné nahrazeno. Je nutné vybrat takovou strategii, kterou lze snadno provádět (Richman 2008, s. 44). I z tohoto důvodu je tak důležité vyptat se rodičů na všechny podrobnosti v úvodním pohovoru. A pak použít k odreagování pacienta to, co oni sami vidí jako vhodné. Někdy stačí dítěti vložit do rukou oblíbený předmět, hračku, atp. někdy funguje použití budíku či minutky. Jednoho mého pacienta například velmi zaujalo, když jsem mu vložil do ruky zrcátko, aby mohl sám pozorovat, co v jeho ústech dělám.

Uvedu zde mou zkušenost, byť zdánlivě humornou, s kuchyňskou „minutkou“. Jedná se o autistického pacienta, který mi při prvních návštěvách stále sahal na koncovky vrtaček, což bylo pro jakékoliv další ošetřování nepřijatelné. Také byla u něj patrná neustálá nervozita, kdy už „to“ skončí. Bylo tedy jasné, že ho

musím nějak „zaměstnat“. Jeho ruce i jeho zaměření pozornosti. Zkusil jsem mu tedy dát do ruky kuchyňskou minutku (stopky na odpočítávání času se závěrečným zvukovým signálem) a vyzval jsem ho, ať ji drží. Už to velmi zaměstnalo jeho pozornost. Pak jsem mu řekl, že ji nastavíme na 5 minut a jak zazvoní, ukončíme v tu chvíli ošetření. Mým záměrem tedy bylo, aby měl jasnou hranici své ochoty ke spolupráci. Všechno fungovalo jak má, až na jeden problém, který jsem si neuvědomil. Pět minut je příliš dlouhá doba na jakoukoliv činnost v ústní dutině při běžné prohlídce, spojené s „osprchováním“. Když jsem si tuto skutečnost uvědomil již po třech minutách chodu minutky, musel jsem chtě-nechtě na ni sáhnout a o kousek ji posunout. Naštěstí nebylo toto vnímáno ze strany pacienta nikterak rušivě a vyšetření proběhlo zcela bez problémů. Pak se pacient dostavil na další termín. Nastavili jsme zase minutku na 3 minuty a já jsem zahájil vyšetření. Najednou se mi ale zdálo, že jsou ty tři minuty nějak „dlouhé“ a podíval jsem se na ruce onoho pacienta a uviděl jsem, jak pevně a poctivě svírá v obou rukách minutku, jenomže ji držel tak pevně, že se nemohl otáčet její horní díl oproti dolnímu a ona tedy žádný čas neodpočítávala. Tak jsem zase musel „zasáhnout“ a čas posunout. Výše uvedené sice s humorem, nicméně zcela přesně vystihuje a dokumentuje, na co vše je potřeba dávat pozor, jaké drobnosti mohou uniknout a předem dokonale vymyšlený plán může lehce selhat. A závěr této příhody: nepodařilo se nám s matkou tohoto pacienta sehnat v obchodech jednoduchou minutku, která by se nastavovala tak, aby se neotáčely dva díly proti sobě. Pacient si ale nakonec přece jen navykl držet tu původní jen za spodní díl, tak jsme ji mohli i nadále používat. Po čase jsme ji mohli zcela vyřadit, chlapec si již odvykl sahat na nástroje a podařilo se nám dokonce po pár návštěvách provést preventivní rentgenové snímky a dokonce i zhotovit plombu po vyvrtání zkaženého zubu.

Dalším důležitým momentem při každé prohlídce je její závěr a ukončení. Jakmile k tomuto dojde, zřetelně vyjádřím své uspokojení a pacienta pochválím. Volím k tomuto účelu poněkud teatrálnější formu, kdy hlasitě až jakoby zvolám „výborněéééé“, „šikulkáááá“, „hotovóó“ a tak podobně. Během této slovní zřetelné pochvaly i tleskám rukama, aby autista vnímal, že když mi vyhověl a bylo po mém, jsem šťastný a spokojený. Nyní nastává i chvíle k tomu, abych dítěti předal slíbenou odměnu, pokud jsme se na ní předem s rodiči a s ním

dohodli. Ta totiž celou dobu ošetření leží někde vedle a blízko, když jsem ji předtím ukázal a řekl: „Až prohlédneme zuby, tak ti to dám“, nebo „...půjčím“. Tím je návštěva ukončena, já mohu informovat rodiče a dohodnout další postup a asistentka sjednat další termín návštěvy, kdy bude provedena opět ta stejná prohlídka, nebo, je-li třeba, ošetření zubů.

### **5.3 Realizace vlastního ošetření chrupu**

Pokud prohlídka pacienta proběhla zdárně ve smyslu jeho tolerance vůči nějaké „činnosti“ v jeho ústech, přikročím k realizaci ošetření, je-li potřeba. Většinou jde o vyvrtání kazu a zhotovení plomby. Někdy je nutná extrakce kazem zdevastovaného mléčného zubu.

V první řadě je samozřejmě nachystaná ordinace tak, jak bylo uvedeno v kap. 5.2. Druhou věcí, kterou je potřeba si ujasnit, je přítomnost rodičů. Jelikož je ošetření časově náročnější než prostá prohlídka, jeví se mi vhodné, aby rodič byl poblíž. Jedním důvodem je možná nevěle ze strany dítěte, které může rodič lépe zklidnit. Druhým důvodem je nutnost přidržení hlavy či ruky ošetřovaného, avšak jen je-li to nezbytně nutné, kupříkladu pro dokončení započatého výkonu. Na tom, co od rodičů očekávám se dohodneme samozřejmě před ošetřením. Do průběhu ošetření, probíhá-li v poklidu, nenechám rodiče zasahovat, a to ani slovně. Pokud na to ale samozřejmě není dítě navyklé už při prohlídce. Náhlý vstup rodiče do „děje“ může vytrhnout autistu ze soustředění a zavést jeho pozornost jinam, v tu chvíli nežádoucím směrem.

Dalším momentem, který může rozhodnout o tom, zda bude ošetření korunováno úspěchem, je správná volba zubu, který se bude ošetřovat. Jde především o to, aby při prvním ošetření byl zvolen k opravě zub s menším kazem a pokud možno s jistotou, že preparace nebude bolestivá. Tak, aby bylo vrtání co možno nejkratší. Je třeba myslet i na časovou rezervu, která bude třeba po vlastním vyvrtání. Musí se totiž do zubu ještě dát plomba. Tato část výkonu není bolestivá, ale je časově náročná. Pokud pacient ztratí ochotu spolupracovat ihned po vrtání, není většinou možno rozsáhlejší výplň do zubu aplikovat. Snad za cenu přidržení pacienta, ale zde už se jedná o určitou formu

násilného jednání, kterému se vždy vyhýbám. Jednak z principu užívání násilí jako takového a taky z toho důvodu, že takový okamžik mnohdy autisté vnímají tak nepříjemně, že další ošetření v několika následujících návštěvách není reálné. Jestli vůbec ještě někdy bude. V případě extrakcí zubů je ale přidržení hlavy dítěte nutné, aby mohl být výkon proveden co nejrychleji. K tomuto však využívám pomoci mé asistentky, ne rodičů.

Zvláštní kapitolou je otázka použití lokální anestézie ke zmírnění vnímání bolesti při výkonu. Vzhledem k tomu, že pacienti s PAS mají většinou zvýšený práh bolestivosti, lze od použití lokální anestézie při malých výkonech upustit. Pokud se však jedná o preparaci kazu většího rozsahu, je vhodné ji použít. U trhání zubů je pak její podání samozřejmostí. Otázku lokální anestézie vždy řeším předem s rodiči, kdy se ptám, zda má jejich dítě strach z injekční stříkačky. Je sice možno vyzkoušet, jak se bude dítě s aplikací lokální anestézie vyrovnávat, hrozí ale vysoké riziko, že bude tento okamžik prožívat negativně, což může vést k projevům tak silné agrese v budoucnu, že nebude možno u něj provést ani preventivní prohlídku. Takovéto „pokusy“ se tedy vzhledem k míře rizika ztrát nevyplatí. Naštěstí nemusím takováto dilemata řešit příliš často, většinou provádím jen výplně drobné, protože pokud je pacient s PAS schopen „vrtání“, je schopen i preventivních prohlídek, které provádím pravidelně. Pokud při takovéto prohlídce odhalím sebemenší kaz v zubu, ihned se snažím takový zub co nejdříve opravit. Naleznu-li kaz většího rozsahu, což bývá u nespolupracujícího dítěte, které není ani schopno vydržet preventivní prohlídku (takže malé kazy nemohou být odhaleny zavčas), je pravidlem, že takových kazů je víc i na jiných zubech. Taktéž jsou často v ústní dutině takových pacientů vykotlané zuby. Pak je vhodnější realizovat komplexní ošetření na specializovaném pracovišti, kdy po podání celkové anestézie dojde k ošetření všech kazů výplněmi a k odstranění neošetřitelných zubů jejich extrakcemi.

Rozhodnu-li se provést extrakci zubu v mé ordinaci, vždy se vyptám předem rodičů, jak jejich dítě reaguje při pohledu na vlastní krev, protože ji bude po vytrhnutí zubu vyplivovat. Poté s rodiči spolu dohodneme vhodnou strategii postupu.

## 5.4 Poučení rodičů

Po každé návštěvě je třeba ihned domluvit další termín. Trvám na intervalu tří až čtyř měsíců, protože doba půl roku, kdy je běžná frekvence preventivních prohlídek se mi zdá dlouhá. Jednak proto, že je větší pravděpodobnost, že „vymizím“ dítěti z paměti jako nezbytná součást jeho života, jednak proto, že půl roku je při eventuelní špatné zubní hygieně dlouhá doba, kdy může nerušeně zub napadat zubní kaz. Také rodiče požádám, aby návštěvu u mne nezapomněli zařadit do plánu činností jejich dítěte a aby mu mne připomínali s poznámkou, že půjde ukázat a „osprchovat“ zuby.

Další věcí, kterou je potřeba s rodiči vyřešit, je forma ústní hygieny jejich dítěte. Tento rozhovor však není vhodné realizovat za přítomnosti pacienta, protože jde o delší dobu, během které by se autista bez jakýchkoli podnětů nudil a zaměstnával tím rodiče tak, že by se oni sami nemohli plně soustředit na téma tohoto rozhovoru. Jeho základem je zhodnotit, jak zubní hygiena probíhá a navrhnout postupy k tomu, aby probíhala lépe. Vycházíme s rodiči společně z toho, zda si dítě čistí zuby samo nebo zda si nechá zuby vyčistit jimi či zda zubní hygienu odmítá absolutně. Navádím rodiče k úvahám, co by mohlo být příčinou nevěle dítěte k čištění. Může to být chuť zubní pasty (lze zaměnit za jinou nebo vyloučit pastu úplně – kartáček k očištění stačí), barva kartáčku nebo také přílišná bolestivost či krvácení zanícených dásní, když se jich dotknou ostré štětiny kartáčku. Snažíme se vždy najít nějakou formu hygieny, aby i při nespolupráci dítěte bylo možné alespoň v nějaké míře zuby mechanicky očistit. Cestou může být také to, co doporučuje Schopler (1999), tedy zkusit zaujmout dítě tím, jak si rodič sám čistí své zuby a pak sledovat v zrcadle, jak si čistí svoje zuby.

Eventualitou je i použití elektrického zubního kartáčku, jehož pohyb v ústech často autistické dítě zaujme a navíc nahradí eventuelní motorickou neobratnost jeho rukou, která je poměrně častá. Za tímto účelem mám tento typ kartáčku v ordinaci k dispozici. Rodiče si jen koupí svou koncovku a mohou si ode mne přístroj zapůjčit, aby mohli doma vyzkoušet, zda by touto formou hygiena byla možná.

Je ale dost autistů, kteří jakoukoliv ústní hygienu striktně i za pomoci násilí odmítají. U takovýchto pacientů je potom jedinou možnou formou očisty zubů návštěva v mé ordinaci, samozřejmě za předpokladu, že mnou provedené očištění tolerují. Je ale samozřejmé, že takto občasné provedené odstranění zubního plaku je naprosto nedostatečné a nutnost ošetření v celkové anestezii je jen otázkou času.

## 5.5 Práce s videonahrávkou

Cílem spolupráce se supervizorkou pro **videotrénink interakcí** (dále jen VTI) bylo zaměření na dobrý kontakt s pacienty, který pomůže plynulosti průběhu vyšetření a ošetření. Resp. pomůže předejít nežádoucím momentům ve vzájemné komunikaci, ve vzájemných interakcích, při současném aplikování strukturovaného přístupu. Ve stručnosti řečeno jde o to, najít a poznat v reakcích autisty okamžik, kdy končí jeho ochota ke spolupráci a láme se v jeho odpor k čemukoliv dalšímu. Zda je možno posunout tento „bod zlomu“ dál za pomoci naléhavých žádostí či příkazů ze strany ošetřujícího a také to, jakou správnou formu naléhání zvolit. Pracovali jsme ve větších intervalech, než je pro VTI obvyklé vzhledem k charakteru práce. Videozáznam byl pořizován, opět pro VTI netradičně, ze stativu, protože nebyla žádoucí přítomnost další osoby, kterou je videotrenér. Pořízené záznamy byly přesto pro další práci – analýzu zcela vyhovující. Videokamerou bylo zaznamenáváno každé setkání s pacientem, následně byla prováděna analýza videozáznamu vždy 1. a 2. setkání, další dle aktuálních potřeb. Natáčení a analýza nahrávky se střídaly.

Na počátku bylo třeba analyzovat zdroje, vyzdvihnout na nahrávce a tedy si uvědomit, co funguje. U každého záběru bylo potřeba najít smysl a spojit jej s cílem – „proč je tento moment vybrán, jak jeho rozbor pomůže sledovanému cíli“. Opakovaně jsme se já a supervizorka sami sebe ptali: „co se tady děje, kdo má iniciativu, jaký je její příjem neboli jaká je odpověď na tuto iniciativu“ a taky „proč se to děje, co to znamená, může znamenat“. Výstupem každé analýzy byla informace ke konkrétním prvkům ve vzájemné komunikaci, které je

třeba dál využívat a k alternativám, tedy k tomu, co zkusit dělat jinak. Důležitost tohoto postupu není jen pro vývoj komunikace, ale také pro vývoj ošetřujícího personálu a v neposlední řadě vybrané záběry ukazují i vývoj dítěte, jeho chování, osobnost, případně totéž u rodičů.

Dosažení stanoveného cíle vycházelo z realizace postupných kroků, malých cílů. Prvním krokem bylo soustředění se na věnování pozornosti pacientovi, což znamená jeho sledování a zaznamenání např. jeho pozice těla, pohybů, výrazu, gest, jeho verbálních projevů včetně intonace hlasu. V průběhu vyšetření se totiž nelze současně soustředit na pracovní úkony a souběžně sledovat pacienta tak detailně, aby neunikla žádná změna v jeho výrazu. Jde v tomto o nároky na rozdělování pozornosti a sledování a průběžné vyhodnocování významů a důsledků ošetřujícím lékařem. Každé dítě – pacient v průběhu vyšetření a ošetření vyvíjí vlastní iniciativy (rozhlíží se kolem po prostředí ordinace, má potřebu sahat na věci ve svém okolí, jeho iniciativou je i zavírání úst v průběhu péče i snaha o odchod z křesla atp.). Na vše je třeba reagovat tak, aby byly podpořeny ty žádoucí a eliminovány ostatní projevy. Iniciativy přijímáme např. přiblížením se na stejnou úroveň, otočením na stejnou stranu, zopakováním gesta, zvuku, slov, úsměvem, pokýváním hlavou, říkáním ano, příjemným hlasem a příjemným výrazem tváře, pojmenováním, co vidíme, slyšíme, co si o tom, co jsme zaznamenali, myslíme.

Toto vše není možné průběžně vyhodnocovat a už vůbec ne realizovat během ošetření. Proto jsme se na tyto okamžiky zaměřovali až při analýze videonahrávky. Tak se nám podařilo pojmenováním přijmout i to, co se původně jevilo jako nežádoucí a co jsem já, jako ošetřující, nechtěl, aby v chování pacienta přetrvávalo.

Vzhledem k tomu, že lékař má současně vlastní iniciativy a je třeba dávat instrukce, soustředili jsme se v nahrávkách na jejich formulaci, jasnost, zřetelnost a názornost, resp. na míru, která je vhodná pro daného pacienta a na to jakým způsobem jsou sdělovány a co je doprovází (opět je to o otočení se na někoho nebo něco o čem mluvíme, ukazujeme si, dívání se na někoho, je-li to možné, intonace hlasu, doprovodné gesto atd.).

Obdobným způsobem jsme se na nahrávkách zaměřili na vyhodnocení iniciativ a příjmů přítomných rodičů, na jejich vzájemné interakce s ošetřujícím personálem a samozřejmě na interakce mezi ošetřujícím personálem.

Uváděné prvky komunikace, vědomé a cílené využívání alespoň některých z nich v komunikaci, vedlo k naplnění základních komunikačních vzorců, kterými je vzájemné věnování pozornosti a na jeho základě naladění.

Konečným cílem spolupráce ošetřujícího a supervizora bylo nalezení vhodné formy vedení ze strany lékaře za současného stavu naladění na vnímání a prožívání pacienta. Stručněji vyjádřeno: aby lékař vědomě dělal vše pro to, aby měl situaci pod kontrolou a ve svých rukou. A nejstručněji vyjádřeno: osvojil si **naladěné** vedení.

#### Shrnutí

Postup, který jsem v této kapitole podrobně popsal je ve své podstatě variací na jediné téma: **komunikaci a naladění se**. Už od prvního pohovoru s rodiči je třeba vše podřizovat jedinému cíli: získat důvěru jejich autistického dítěte do takové míry, aby bylo ochotno spolupracovat a nechalo si prohlédnout ústní dutinu. Vzájemné „naladění se“ mezi ošetřujícím a jeho autistickým pacientem je sice mnohem složitější procedurou, než je tomu u pacienta bez hendikepu, ale mnohokrát se mi potvrdilo, že toho lze dosáhnout. Faktem ale současně je, že o tento křehký komunikační vztah lze velmi rychle a náhle přijít, protože neprobádaný složitý vnitřní svět autisty je stále vzdálen našemu chápání.

Metoda videotréninku velmi vhodně doplňuje spektrum možností, které jsou k dispozici pro nalezení příčiny změny v chování autistického pacienta tak, aby bylo možné obnovení ztracené komunikace. Pravda, jde o proces časově náročný. Ale v této fázi se často rozhoduje, zda nezvolit techniku ošetření v celkové anestezii. Jsem přesvědčen, že ještě před tímto rozhodnutím by měly být vyčerpány opravdu všechny možnosti, mezi něž VTI patří. A kdyby nebyla možnost přímo VTI, je i prostá analýza videonahrávky ze strany ošetřujícího přínosem.



## 6 Analýza případových studií

Jedná se o případové studie dvou pacientů. První z nich – **Pacient 1**, ročník 2006, je mým pacientem od června roku 2010. V jeho kazuistice se zaměřím na nutnost strukturovaného přístupu, který vyplyne z analýzy videonahrávky po první a druhé návštěvě. Druhý pacient – **Pacient 2**, ročník 2000, je u mne registrován od června roku 2008. V této kazuistice se zaměřím na správnou přípravu ordinace včetně poučení personálu, detailně bude popsána situace, kdy došlo ke změně chování pacienta, kdy přestal spolupracovat a musel být modifikován strukturovaný přístup za pomoci analýzy videonahrávky. V obou případech byla nahrávka analyzována společně se supervizorkou pro videotrénink interakcí. Sestřih videozáznamů z obou kazuistik je součástí přílohy této diplomové práce.

### 6.1 Případová studie pacienta 1

Pacient nar. 05/2006 se dostavil do mé ordinace poprvé 8. 6. 2010, tedy ve svých čtyřech letech. Před tím u zubaře na preventivní prohlídce ani na ošetření nikdy nebyl. Jednalo se o předem dohodnutou návštěvu, kdy mne kontaktovala jeho matka v březnu téhož roku. Slyšela o zaměření mé praxe na ošetřování autistických pacientů. Dle jejího sdělení chlapec žádný akutní problém se zuby neměl, ale matka si všimla, že je mu cítit z úst a dostala strach, aby nedošlo k nějakému akutnímu problému. Vzhledem k tomu, že byla s chlapcem v té době objednána na vyšetření do Fakultní dětské nemocnice v Brně ke stanovení diagnózy, dohodli jsme se, že zahájíme naši spolupráci až po jejich návštěvě v nemocnici.

Vzhledem k tomu, že v té době bylo mou studijní povinností i vykonání povinné klinické praxe, požádal jsem o to, abych mohl tuto praxi vykonat ve Fakultní dětské nemocnici na pracovišti, kde se stanovují diagnózy PAS a kam byl zrovna chlapec ( můj budoucí pacient ) objednán. Mým záměrem bylo mimo jiné seznámit se s repertoárem jeho chování a prokonzultovat případně můj přístup

s odborníky, kteří se podíleli na diagnostice. Diagnostiku provádělo specializované centrum, které je součástí neurologické kliniky při Fakultní dětské nemocnici. Matka se k tomuto vyšetření dostavila na základě doporučení dětské lékařky, které matka sdělila, že se její syn už asi jeden a půl roku „chová divně“.

V nemocnici nejdříve proběhlo vyšetření struktury mozku, tzn. CT, NMR, EEG s vyšetřením všech modalit, včetně funkce spánku. Dále bylo provedeno vyšetření sluchu, zraku a vyšetření metabolické. Výsledky vyšetření byly tyto: EEG bez ložiska, bez epileptické aktivity, NMR bez patologických změn, což vše ukazovalo na diagnózu autismus. Následné psychologické vyšetření pak tuto diagnózu potvrdilo.

Popis vyšetření psychologem, u kterého jsem byl přítomen, není předmětem této práce a proto jej nebudu uvádět. O čem se ale zmíním, je chování klienta i chování jeho matky, protože oboje mělo vztažný rámec k následné návštěvě v mé praxi.

U psycholožky chlapec vešel bez ostychu do místnosti, rozhlédl se po okolí, o osobu psycholožky ani mou vůbec „nezavadil pohledem“. Při zkoušce sdílené pozornosti vůbec nereagoval na to, co se mu říkalo. Chodil stále po pracovně a „prohraboval“ hračky, zaujaly ho jenom ty, kde se něco otáčelo. S hračkami však neměl dlouhou trpělivost. K zadávaným úkolům – skládání kostek atp. se stavěl negativně, obracel svůj pohled stále jinam a vstával ze židle. Ve druhé části návštěvy, kde byla již přítomna i matka se choval stále stejně.

V závěru proběhl pohovor jen s matkou. Ta působila značně nervózním dojmem, komunikovala bez očního kontaktu a pohledu očí uhýbala. V pohovoru mimo jiné uvedla, že je s chlapcem stále doma, nechodí vůbec společně ven, ani na nákupy.

Matce byla doporučena návštěva Speciálního pedagogického centra, byla jí vysvětlena podstata onemocnění syna s tím, že je pro něj speciální výchovně-vzdělávací program nezbytný. Matce bylo dále doporučeno být v domácím prostředí v komunikaci se synem přísnější, stát si na svém, začít od nejjednodušších příkazů, např. po pokynu „dej“ trvat na tom, aby předmět předal. Taktéž bylo doporučeno chodit více ven, včetně případného zařazení

mezi vrstevníky. Závěrem bylo matce doporučeno větší zapojení celé rodiny do výchovy a péče o syna, sama by též měla zvážit osobní návštěvu psychologa.

Po tomto mém prvním kontaktu s novým pacientem jsem nabyl dojmu, že udržet chlapce na zubním křesle bude asi problematické a že jakékoliv ošetření bude téměř jistě nemožné. Domluvili jsme se s matkou, že se objedná k návštěvě u mne a nejdříve společně dohodneme taktiku.

### **Anamnestická data:**

**RA:** matka t.č. na mateřské dovolené, dříve stavební technička. Sama trpí poruchami soustředění, má zvýšenou hladinu cukru. Její otec trpěl poruchami soustředění. Bratr matky je samotář, nesnáší změny, učí se dobře. Bratranec matky nemluvil do 4 let, jeho dcera obdobně.

Otec anamnéza bezvýznamná, je spíše aktivní typ se zvýšenou sociální aktivitou. Je OSVČ, zedník.

Sestra 14 let, zdravá, její vývoj je podobný jako u jejího bratra. Chodit začala v 1,5 roce, neobratná, vyšetřena neurologicky – v normě. Je ve sledování psychologa – dysgrafik, porucha soustředění.

Rodiče byli oba před zamýšleným těhotenstvím manželky vyšetřeni na genetice, nějaký nález snad byl, ale matka si na to nevzpomíná a výsledky nejsou k dispozici. Prenatálně byla matka vyšetřována včetně amniocentézy, vše bylo, jak uvádí, v pořádku. Jednalo se o její 4. těhotenství, z toho 2x spontánní abort.

**OA:** Porod bez komplikací, v termínu, kojen plně do 6 měsíců. Chlapec celkově opožděný v psychomotorickém vývoji, nereagoval na oslovení, fixoval, sledoval, dlouho preferoval polohu na zádech, sedět začal až po prvním roce, lezení přeskočil, chůze od 20 měsíců. Jako batole byl rád sám, změny začala matka pozorovat až v době, kdy se přestal učit mluvit. Řeč: žvatlal, kolem jednoho roku říkal máma, táta, pak stagnace až regres. Často absolvoval vyšetření na ORL, že špatně slyší, nález však v normě. Na specializované vyšetření byl odeslán ošetřující pediatričkou pro podezření na PAS.

**Status praesens:** čtyřletý chlapec, nemluví, sám chodí do i ze schodů. Jemná motorika dobře vyvinutá, má rád zvukové hračky, pouští stále dokola pohádky, do kolektivu dětí zatím nezařazen, vyžaduje spolupráci matky. Na změny nereaguje. Právák. Nemá rád obrázky, jen předměty. V současné době ho velmi zajímají CD s hudbou. Doma se nerozčiluje. V současné době je těsně po vyšetření ve Speciálním pedagogickém centru, kde byla doporučena Speciální mateřská škola. Tam zatím ještě nebyl.

**Diagnóza:** Autismus se střední až těžkou symptomatikou.

### **Popis návštěv v ordinaci:**

#### **První informativní návštěva matky v zubní ordinaci**

Vzhledem k tomu, že jsem měl možnost účastnit se diagnostiky chlapce na specializovaném pracovišti, měl jsem již poměrně jasnou představu, jak by asi měla příprava vypadat. S matkou jsme tedy „doladili“ jen podrobnosti. Dohodli jsme se, že hned na první návštěvě zkusíme syna posadit na zubní křeslo a pokusíme se o jeho zubní vyšetření. Matka mi do té doby do ordinace přinese zvukové CD s oblíbenými písničkami syna a taktéž zakoupí novou zvukovou hračku tak, aby ji syn neviděl. Tuto pak já použiji jako odměnu a chlapci ji po vyšetření půjčím. Dohodli jsme se, že rodiče budou stát opodál a nebudou se během vyšetření nijak angažovat.

#### **První návštěva 8. 6. 2010**

Pacient vešel zvědavě do ordinace, prohlížel si křeslo. Já jsem si nasadil rukavici jen na levou ruku se záměrem, že otestuji jeho toleranci vůči ní. Chlapec se zpočátku nechtěl posadit na křeslo, učinil tak až po výzvě a pomoci matky. Ústa na mou žádost otevřít nechtěl, otevřel je až po naléhání matky, která byla po celou dobu vyšetření aktivní především po verbální stránce. Poté se mi podařilo zasunout své prsty do jeho úst a zahájit prohlídku ústní dutiny. I když svíral rty, nechal mne pracovat ve svých ústech 10 vteřin bez dalšího odporu. Poté uhnul hlavou. Po mé slovní pochvale „jsi šikulka“ zase otevřel svá ústa a nechal si 10 vteřin prohlížet spodní zuby. Pak zase uhnul hlavou. Ukázal jsem mu hračku a slíbil, že mu ji půjčím, až mi ukáže ještě zuby nahoře. Poté, co mi je ukázal, byť na chvíli, jsem mu hračku půjčil. Zatímco ji měl v rukách

jsem mu mohl zase na 10 vteřin prohlédnout zuby, to už ale jevil známky nevěle. Přesto jsem trval na svém a vyšetření dokončil. Rozhodl jsem se dále nepokračovat „osprchováním“ zubů za pomoci ultrazvukové koncovky, jelikož jsem se domníval, že už by to chlapec nevydržel a projevil by silnější odpor. Toho jsem se vzhledem k plánované další návštěvě obával. Celou dobu však chlapec seděl bez odporu na zubním křesle. Jeho nevěle se projevovala pouze po určité době a to větším sevřením rtů a pak uhnutím hlavy bokem. Musel jsem konstatovat, že průběh návštěvy předčil moje spíše pesimistické očekávání.

Po shrnutí mnou nabytých zkušeností z této první návštěvy a po analýze videozáznamu se supervizorkou pro VTI jsme společně navrhli lehkou modifikaci strukturovaného postupu. Dohodli jsme se, že požádám matku, aby přenechala více aktivity v komunikaci s pacientem na mé straně, abych si mohl vše řídit sám. Pokud bych potřeboval pomoc z její strany, tak se na ni nebo na otce během vyšetření obrátím. Také jsme se dohodli, že si navíc nasadím rukavici i na druhou ruku a zkusím použít ultrazvukový odstraňovač zubního kamene k očištění zubů od zubního plaku.

### **Druhá návštěva 20.7.2010**

Před ní jsem seznámil rodiče s mou novou strategií, která vzešla z analýzy videozáznamu minulé návštěvy. Rodiče mi zase sdělili, že se pacient „zasekl“ v čištění zubů. Pacient si sedal opět neochotně, aktivity se ujal otec, který ho pomohl posadit. Pak již chlapec seděl klidně. Na mou výzvu pacient otvíral ústa jen náznakově, odmítl je otevřít i po slibu zapůjčení hračky. Jakmile jsem se přiblížil k jeho ústům chytal moje ruce a prohlížel si u toho nasazené rukavice, které začal odstrkovat. Proto jsem si rukavice svlékl avšak ani potom se mi do jeho úst nepodařilo dostat. Poté na mou výzvu přikročil otec a uchopil synovi z obou stran hlavu a moje asistentka současně přidržela jeho ruce. Nejednalo se však o žádnou formu násilí, chlapec se tímto zklidnil a nechal mne, abych provedl prohlídku jeho úst. Nechal si ode mne ultrazvukovou koncovkou částečně odstranit zubní plak – jednalo se o 20 vteřin. Nechtěl jsem dále pokoušet chlapcovu trpělivost, proto jsem svou činnost se současným vyjádřením pochvaly ukončil.

Následná VTI analýza potvrdila můj dojem, že neočekávaná pomoc ze strany otce byla vhodná. Se supervizorkou jsme se dále soustředili na okamžik, kdy pacient odmítal mou prohlídku s nasazenými rukavicemi. Výstupem z naší společné analýzy videozáznamu bylo, že budu ve formě pomoci otce ve smyslu přidržení synovy hlavy pokračovat a současně si u toho budu všimnat reakcí chlapce, jeho příjmu. V otázce nasazených rukavic jsme konstatovali, že se odpor pacienta soustředil spíše na neochotu otevřít ústa, než na skutečnost přítomných rukavic, protože po jejich sundání odmítal vyšetření podobnou reakcí. Shodli jsme se však na tom, že se vrátím k první variantě, tzn. nasadím rukavici jen na svou levou ruku. Komunikace z mé strany bude probíhat stejně, tj. mluvit normální intonací, klidným hlasem a často pacienta v adekvátních situacích chválit, za současného sledování jeho reakcí.

#### **Třetí návštěva 17. 9. 2010**

Pacient si nad očekávání ochotně sedl do křesla sám a otvíral ústa. Dokonce se nepozastavil nad tím, že mu asistentka nasadila ochrannou roušku kolem krku (opomněla, že tomu tak v předchozích návštěvách nebylo). Rukavici na mé levé ruce bez problémů toleroval. Poté přistoupil otec a uchopil chlapcovu hlavu. Já jsem mohl vyšetřit chrup a ultrazvukem očistit plak a „osprchovat“ zuby, což chlapec bez známek nevěle vydržel jednu minutu. Pak jsme vyšetření ukončili.

Následná analýza videonahrávky potvrdila, že takto strukturovaný postup bude i nadále vhodný. Se supervizorkou jsme se dohodli, že další analýzu bychom provedli jen v případě nějaké změny v reakcích pacienta.

#### **Čtvrtá návštěva 5. 10. 2010**

Jednalo se o návštěvu neplánovanou, rodiče se dostavili s akutním problémem – syn si ulomil kousek klinické korunky na horním postranním řezáku. Bez problémů jsem provedl zábrus ostré hrany v lomné linii zubu, kdy otec současně přidržoval synovi hlavu. Ošetření proběhlo bez problémů.

#### **Pátá návštěva 30. 11. 2010**

Plánovaná návštěva, kdy byly dodrženy všechny předcházející osvědčené postupy. Pacientovi jsem odstranil ultrazvukem zubní plak, otec znovu přidržoval hlavu. Vzhledem k tomu, že pacient stále odmítal doma zubní hygienu i když rodiče vyřadili zubní pastu, dohodli jsme se, že si ode mne

zapůjčí elektrický zubní kartáček na vyzkoušení. Při další návštěvě mi ale sdělili, že ani tuto techniku syn netoleruje a čištění zubů stále probíhá jen s jeho odporem. I proto jsme se s rodiči dohodli na dalších návštěvách vždy po dvou měsících, aby bylo možno alespoň nějakým způsobem zuby mechanicky očistit.

#### Shrnutí

Vzhledem k tomu, že tento pacient má čtyři a půl roku, je u něj velmi žádoucí co nejdéle „udržet“ mléčné zuby in situ. Jednak se podílí na správném proporcionálním růstu čelistních kostí a také svou řadou drží místo pro první stálý molár, který začíná prořezávat okolo šestého roku věku. I když se v současné době zdá, že se jedná o pacienta, který bude mou snahu čistit mu zuby tolerovat, může se také stát, že z nějakého rodičům i mně neznámého důvodu dojde ke změně a přestane jakékoliv moje aktivity akceptovat. Je tedy velmi důležité, držet se při každé návštěvě vyzkoušeného schématu, sledovat pacienta, věnovat pozornost jeho chování a pružně reagovat na jakékoliv dílčí změny modifikací svého postupu. I tak ale předpokládám že bude dříve či později nutno přikročit k radikálnějšímu kroku ve smyslu sériové extrakce více mléčných zubů v celkové anestézii. Nicméně čím později to bude, tím lépe. Rodiče, kteří se ukázali jako výborně spolupracující, byli o všech těchto okolnostech podrobně a srozumitelně informováni, včetně toho, aby doma nepolevovali ve snaze o zubní hygienu a do mé ordinace docházeli pravidelně dle naší domluvy. V případě jakýchkoliv akutních potíží mohou zatelefonovat a dohodnout okamžitou návštěvu. Není totiž problém uspořádat ostatní objednané pacienty tak, aby mezi nimi „vznikla“ desetiminutová „skulina“. Déle totiž návštěva autistického pacienta v ordinaci netrvá.

## 6.2 Případová studie pacienta 2

Pacient, chlapec, nar. 11/2000 se dostavil do mé ordinace poprvé 25. 6. 2008. V minulosti navštěvoval jinou zubní ordinaci, kam chodil od svých dvou let. Naposledy tam s rodiči byl před dvěma lety, tedy ve svých šesti letech. Probíhaly tam jen prohlídky, ošetřován nebyl. Rodiče mne kontaktovali proto, že

v minulé zubní praxi začal mít syn problémy v komunikaci se stomatoložkou a dozvěděli se o mém profesním zaměření na pacienty s PAS.

### **Anamnestická data:**

**RA:** Rodiče jsou v současné době rozvedeni, matka žije ve společné domácnosti s druhým manželem společně se dvěma dětmi z prvního manželství a se dvěma dětmi z nynějšího druhého manželství. Matka nar. 1975 má vysokoškolské vzdělání. V dětství měla vadu řeči a opožděný nástup řeči. Otec žije mimo, narozen 1975, také vysokoškolské vzdělání. V dětství trpěl vadou řeči. Sestra chlapce nar. 2004, nyní v poslední třídě mateřské školy, školní docházku bude zahajovat v tomto roce, měla roční odklad. Lehce opožděná ve vývoji, samotářská se zpomalenou motorikou. Byla na vyšetření u psychologa, který diagnózu autistické rysy nepotvrdil a doporučil nástup do první třídy základní školy.

**OA:** Těhotenství rizikové, porod klešťový. Vývoj motoriky stimulován rehabilitací, lezl a seděl v 9 měsících, chodil ve 13 měsících. Mluvit začal kolem 9. měsíce – slova. Věty ve dvou letech. Od 9. měsíce do 1,5 roku omdlával, promodrával. Byl v péči neurologa, CT ani NMR vyšetřován nebyl, EEG vyšetření bez patologického nálezu. Mezi druhým a třetím rokem se zarazil ve vývoji řeči. Obdobné změny začaly být patrné i v sociálním chování vůči druhým dětem. Z vyšetření ve 4,5 letech ve Speciálním pedagogickém centru v Brně vyjímám: v té době užíval věty, byl povídací, ale drmolil a jeho větám nebylo rozumět. Hrál si s míčem, byl živý, zvědavý, ale u ničeho dlouho nevydržel. Obával se dětí, byl samotářský. Báł se lékařů a všeho neznámého. Vyhýbal se očnímu kontaktu, pozornost krátkodobá, těkavá. Rodičům bylo doporučeno opakované vyšetření psychologem s odstupem času k diferenciální diagnóze, zda se nejedná o vývojovou dysfázii nebo lehkou poruchu autistického spektra. Doporučen nástup do logopedické třídy mateřské školy, kam chlapec začal chodit. V 5,5 letech byla stanovena diagnóza autismu. Rodičům byl doporučen odklad školní docházky, provádět vzdělávání metodou strukturovaného učení, rozvíjet schopnosti v sociální oblasti. Od sedmi let do současnosti chlapec navštěvuje speciální třídu pro žáky s autismem při základní škole v Brně, která je zaměřena na strukturované učení



**Status praesens:** Chodí do speciální třídy při základní škole, v myšlení hodně rigidní, hůře snáší změny. Verbálně komunikuje, někdy až nadměrně, převládají však echolálie. Oční kontakt krátce udrží, v mimice převládá spíš grimasování. Vedení běžné konverzace není možné.

**Dignóza:** Dětský autismus (středně těžká symptomatika), intelektové schopnosti v horním pásmu středně těžké mentální retardace.

### **Konzultace s pedagogy ve škole**

Před vlastní návštěvou pacienta 2 v mé ordinaci jsem kontaktoval pedagogy ve škole a třídě, kam chodil. Bylo mi sděleno, že je rigidní a navyklý na strukturu. Doporučili mi, abych striktně dodržoval naplánovaný postup v ordinaci, hodně ho chválil a motivoval případně odměnou.

### **Popis návštěv v ordinaci:**

#### **První informativní návštěva matky v zubní ordinaci**

Matka mne informovala o chování syna v cizím prostředí, upozornila mne na skutečnost, že bude nedůvěřivý, vše si bude prohlížet a bude mít zřejmě tendence na vše sahat. Bude-li se smát, je to výraz strachu z něčeho nebo reakce na to, že ho něco bolí. Dohodli jsme se na tom, že hned od první návštěvy zkusíme použít ultrazvuk na očištění zubů, aby byla struktura návštěvy v ordinaci již od počátku pevná a pokud možno neměnná. Jako doprovod bude na vyšetření chodit otec a na první návštěvu mi donese odměnu - počítačovou šňůru.

#### **První návštěva 25. 6. 2008**

Pacient 2 mi odpověděl na pozdrav, přijal mou nastavenou ruku k pozdravu. Chvilí váhal a rozhlížel se, pak si sedl sám na zubní křeslo. Na mou výzvu otevřel ústa a nechal si ode mne prohlédnout zuby. Rukavici jsem měl pouze na levé ruce. Dolní zuby jsem mu prohlédl jen za pomoci svých prstů, horní pak za pomoci zubního zrcátka. Průběžně jsem jej u toho povzbuzoval pochvalou, protože měl hlavu stále lehce stranou, jakoby připraven k uhnutí bokem. Vydržel být trpělivý jednu minutu, což umožnilo provést prohlídku chrupu a ústní

dutiny. Pak jsem mu řekl „ještě zoubky vyčistíme“ a současně jsem mu ukázal šňůru s dovětkem, že mu ji pak půjčím. Když jsem se blížil s koncovkou ultrazvuku k jeho ústům, začal se smát a současně mi chytal ruku s nástrojem. Proto mu otec ruce podržel volně na klíně. Odstraňování plaku tímto způsobem však pacient neakceptoval, uhýbal hlavou. Proto jsem se rozhodl svou činnost ukončit, ale způsobem, kdy o tom rozhodnu já, ne pacient. Trval jsem na svém, že ještě jednou očistíme zuby dole a když mi toto umožnil, vzápětí jsem ošetření ukončil. Vyjádřil jsem zřetelnou slovní pochvalu a půjčil mu šňůru. Tím byla návštěva ukončena, s otcem jsme se dohodli, že budeme v návštěvách pokračovat v intervalech 4 měsíců.

Celou první návštěvu jsem poté konzultoval se supervizorkou pro videotrenink. Dohodli jsme se, že budu nadále dodržovat tento strukturovaný postup.

Při dalších třech návštěvách byl průběh vyšetření velmi podobný. Pacient si nechal vždy prohlédnou zuby, ale pokaždé měl hlavu pootočenou bokem jakoby v „pohotovostní poloze“, aby mohl kdykoliv uhnout. Moje následné úsilí o očištění zubů ultrazvukem nesl s nevůlí a musel mu vždy přidržovat ruce otec.

#### **Pátá návštěva 10. 12. 2009**

Při této návštěvě došlo k výraznému zvratu ve spolupráci a komunikaci s pacientem. Odmítal jakoukoliv prohlídku, i když jsem měl rukavici stále stejně, tedy na levé ruce. Nakonec musel otec přidržet synovi hlavu, abych mohl vůbec provést prohlídku. Očištění zubů ultrazvukem však nebylo možné. Vzhledem k tomu, že došlo k téměř úplné ztrátě kontaktu s pacientem, bylo třeba analyzovat získané předešlé videonahrávky a najít alternativy dalšího postupu tak, aby bylo znovu možno dosáhnout větší trpělivosti a spolupráce z jeho strany. Provádět další prohlídky a zákroky za současného násilného držení chlapce jsem považoval za absolutně nepřijatelné.

Při analýze videonahrávek spolu se supervizorkou jsme při zpětném sledování reakcí chlapce došli k závěru, že příčina jeho nevole zřejmě pramení ze stále stoupajících nároků a požadavků z mé strany i ze strany otce, které byly podpořeny formou jeho přidržování v zubním křesle. Jako jedinou variantu jsme viděli změnu celkového přístupu k němu tak, aby neměl dojem, že po něm něco chceme násilím a za každou cenu. Dohodli jsme se, že zkusím variantu, kdy

otec nebude asistovat při vyšetření, já sám zvolím klidnější a pomalejší formu toho, co požaduji, nebudu stále opakovat „*neboj se*“ a dám chlapci větší prostor ke svobodnějšímu rozhodnutí ke spolupráci. Také jsme se dohodli, že si obleču ochranné rukavice na obě ruce, protože pacient zjevně akceptuje přítomnost mých prstů v jeho ústech jen přes rukavici ( stále opakuje „*bílý*“ a „*bílej*“, což jsme si všimli, že se vztahuje právě k oné rukavici). O svém záměru jsem otce předem informoval s tím, že po usazení chlapce zůstane stát bokem za příčkou v ordinaci.

### **Šestá návštěva 25. 2. 2010**

Vše jsme zrealizovali dle plánu, který jsem udělal společně se supervizorkou a dohodl s otcem. Záměr vyšel, neboť se podařilo bez jakéhokoliv přidržování provést prohlídku chrupu a po chvilce přesvědčování si pacient nechal, byť chvilkově, očistit zuby ultrazvukem. K dalším výkonům jsem ho nepřesvědčoval, měl jsem obavu, abych ho zase komunikačně „neztratil“. Celou videonahrávku jsme opět probrali se supervizorkou se závěrem, že se modifikovaný postup osvědčil a podařilo se znovu získat kontakt s pacientem. V příštích návštěvách ho proto budeme opakovat se stejnou strukturou.

### **Sedmá návštěva 13. 5. 2010**

Otec opět zůstal bokem a podařilo se udržet trpělivost pacienta tak, že bylo možno vyšetření i s očištěním zubů provést tak jako dříve. V dalších návštěvách se chování chlapce postupně stabilizovalo na původní úroveň.

### **Shrnutí**

V případě tohoto pacienta je jasné, že by byl velký problém při jakémkoliv snaze o ošetření kazivého zubu plombou. Nebyl by schopen tolerovat mou práci v jeho ústní dutině ani po dobu nutnou k vrtání zubu, protože neustále odmítá přítomnost jakéhokoliv nástroje ve svých ústech. To, že se ale podařilo zpět získat jeho důvěru a spolupráci plně prokazuje, jak byla analýza videonahrávky po problematické návštěvě přínosná. Nadále bude třeba důsledně dodržovat stanovený strukturovaný postup s přísnou důsledností, neboť rigidita chlapce je velmi výrazná. Důsledně lpí na jemu známých věcech, což je nezbytně nutné akceptovat. Ověřil jsem si i prakticky, že jakákoliv změna u něj vyvolá okamžitý

odpor, který jakékoliv stomatologické vyšetření znemožní. Do budoucna bude jistě nutné jakékoliv složitější ošetření provést na klinickém pracovišti. Vzhledem k tomu, že tato nová zkušenost bude pro pacienta velmi stresující, je třeba nyní důsledně pečovat o jeho chrup tak, aby se ošetření v celkové anestézii oddálilo do doby, kdy bude pacient starší a snad i tolerantnější vůči stomatologickému ošetření.

## **7 Analýza projektu vzhledem ke stanoveným výzkumným tezím a cílům práce**

### **7.1 Shrnutí z perspektivy výzkumných tezí**

Na základě rozboru předkládaných případových studií můžeme konstatovat:

**VT1: Pro zdárné ošetření pacientů s diagnózou autismus je nutná důsledná odborná příprava lékaře s celým participujícím týmem.**

Výzkum naznačil, že bez teoretické přípravy celého ošetřujícího týmu není možná jak kvalitní komunikace s handicapovaným pacientem s diagnózou PAS, tak zdárné provedení jeho vyšetření i ošetření. Ošetřující stomatolog, jako vedoucí tohoto týmu, by měl být dostatečně vzdělán v problematice všech specifik této diagnózy tak, aby mohl náležitě celý tým vést a jeho činnost koordinovat. Měl by mít základní principy práce s takovýmto pacientem tak zažity, aby mohl současně během své práce periferně vnímat nečekané nové skutečnosti, kterým průběžně a flexibilně svou činnost přizpůsobí. Dále musí být schopen vyvodit z proběhlé návštěvy pacienta nové poznatky a zařadit je do svého postupu při návštěvě příští.

U pacienta 2 byl neúspěch během jeho páté návštěvy zapříčiněn pravděpodobně tím, že struktura vyšetření byt byla správná a prvotně úspěšná, vedla k tomu, že jsem podlehl jakémusi „automatismu“ a při každé další návštěvě jsem očekával, že vše proběhne „k obrazu mému“. Přestal jsem plně vnímat komunikační signály ze strany pacienta, nebyl jsem na něj dostatečně naladěný a striktně jsem vyžadoval již zaběhnuté schéma. Pacient zřejmě postupně začal vnímat tyto skutečnosti jako nátlak z mé strany, což dal zřetelně najevo způsobem, který je pro něj vlastní. Po úpravě struktury mého postupu a změnách v komunikaci (více naladěný – větší míra trpělivosti a klidu) došlo ke zklidnění pacienta a k obnovení spolupráce z jeho strany. Teprve rozbor videonahrávky mi pomohl najít efektivní komunikační strategii a alternativní postupy. Můj strukturovaný postup byl tak zautomatizovaný, že se pro mne stal

samozřejmým a selhání jsem si přestal připouštět. V této souvislosti bylo pro mne přínosem, že jsem si znovu uvědomil, že se může v případě těchto pacientů stát opravdu cokoliv a kdykoliv a já musím být na toto připraven.

**VT2: K získání uceleného obrazu o pacientech s diagnózou autismus je nutná spolupráce s rodiči, případně se školou.**

Navržený postup získávání co nejpodrobnějších informací o dítěti s autismem se ukázal jako plně opodstatněný. Co největší množství informací o chování autistického dítěte velmi ulehčí ošetřujícímu lékaři práci v tom, že se již předem vyvaruje věcí, které by jeho další úsilí mohly brzdit či přímo znemožnit. Jakákoliv chyba v přístupu je totiž často příčinou komplikací v další komunikaci a má za následek to, že není možno v úspěšně započatém vyšetření a ošetření pokračovat. Pakliže se i přesto podaří v tom samém dni zamýšlené a naplánované ošetření dokončit, neznamená to automaticky, že bude pacient při příští návštěvě ochoten jakkoliv spolupracovat.

V případě pacienta 1 bylo jasné, že na úspěchu, kterým bezesporu bylo provedení prohlídky chrupu a následné očištění povrchu zubů, se podílela moje prvotní zkušenost ze setkání s ním a s jeho matkou již během diagnostiky ve fakultní nemocnici. Nemohl bych totiž čerpat žádné informace ze školského zařízení a ani informace poskytované jeho matkou nebyly pro mé účely relevantní. I přes mou prvotní skepsi se podařilo strukturovat jednotlivé kroky při vyšetření chlapce tak, že je akceptoval a stal se v rámci jeho možností spolupracujícím pacientem.

**VT3: Stanovení přesného pracovního postupu při vyšetření a ošetření je pro každého pacienta s diagnózou autismus individuální.**

Otázce plánu pracovního postupu se vyplatí věnovat náležitou pozornost. Vše musí na sebe plynule navazovat tak, aby ošetřující nemusel svou činnost přerušovat. Jakmile autistický pacient vycítí jakoukoliv „mezeru“ či „hluché místo“, okamžitě zaměří svou pozornost na „to nové“, co se zrovna děje, respektive na to staré, co se neděje. Je třeba mít neustále na paměti, že autista se cítí bezpečně jen v situacích, které zná a které probíhají dle scénáře, který je mu známý. Má vytríbený cit pro okamžiky, kdy je osoba, která s ním něco „provádí“ a je s ním v kontaktu, nejistá či bezradná. Během okamžiku

skutečnost zaregistruje, což je patrné z jeho gest a nezdání jeho vlastní nervozita vede k odmítnutí další kooperace. V těchto případech je ideální využít metody videotréninku interakcí a za pomoci videonahrávky analyzovat právě ta gesta, která značila počátek ztráty spolupráce. Uvedené kazuistiky jasně dokumentují, jak je důležité krok po kroku naplánovat celou návštěvu pacienta a tohoto schématu se i v návštěvách následujících striktně držet.

U pacienta 1 jsem mohl ulomený zub během jeho neplánované čtvrté návštěvy bezesporu opravit jen proto, že byl navyklý na „sprchování zubů“, které jsem prováděl ultrazvukovou koncovkou. Tento krok byl včleněn do celkové struktury vyšetření a proto nebyl vnímán jako rušivý. Jsem přesvědčen, že kdyby pacient neměl předešlou zkušenost s něčím, co „vrčí“ a „sprchuje“ a zasouvá se to do úst, polekal by se a jistě by to dal svým odporem náležitě najevo.

Bylo tedy prokázáno, že individualizovaný pracovní postup je vhodný s tím, že je potřeba ho důsledně dodržovat i v následujících návštěvách pacienta.

#### **VT4: Pro zdárnou spolupráci mezi lékařem a pacientem s diagnózou autismus je nutné náležité uspořádání prostředí**

Uspořádání prostředí zahrnuje: vypnutí telefonů, zamezení rušivých vlivů (např. náhlý vstup jiné osoby do ordinace), příposlech hudby, využití pomůcek pro odreagování pacienta (hračka, odměna, kuchyňská „minutka“, zrcátko, atp.), použití komunikačních karet či fotografií.

Pro autistického pacienta je prostředí zubní ordinace něco nového a potencionálně nebezpečného. Je třeba dle možností co nejvíce jeho smyslům a způsobu vnímání vše přizpůsobit, tedy strukturovat. Této základní struktury je pak potřeba se v budoucnu striktně držet a pouze do ní zakomponovat dílčí změny, které si vyžádaly eventuálně proběhlé negativní zkušenosti.

V případě pacienta 2 je naprosto zřejmé, že prvotní domluva s rodiči na zapůjčení „šňůry“ byla správná a opodstatněná. Chlapec si zvykl na to, že ji má u mne v ordinaci a dokonce již při usedání na zubní křeslo často opakuje „půjčit šňůru“. Po mé odpovědi ve smyslu, že mu ji půjčím, ale až udělá to, co požaduji, akceptuje mou žádost a spolupracuje.

Výzkum ověřil tezi 4 s tím, že je důležité nejen rušivé vlivy, jakými jsou zazvonění telefonu, vstup jiné osoby do ordinace atp., eliminovat, ale zároveň

zařazovat předměty a zvuky, které ke klidu pacienta přispívají. Jde například o příposlech hudby, sledování pohádky na DVD, nebo vložení oblíbené hračky či předmětu do rukou. Pro zlepšení vzájemné komunikace je potom velmi žádoucí použít pomůcek, které je pacient navyklý používat doma či ve škole (komunikační atlas, obrázky, fotografie, atp.).

**VT5: Po první návštěvě ordinace a při eventuelním dílčím neúspěchu během vyšetření či ošetření je nutná analýza postupu za použití získané videonahrávky.**

V případě Pacienta 1 se plně osvědčila korekce mého postupu, kterou jsme navrhli společně se supervizorkou po jeho první návštěvě. Tím, že v další návštěvě matka tolik nevstupovala do průběhu vyšetření jsem i já měl více klidu ke své práci a hlavně ke sledování toho, jak chlapec na moje iniciativy reaguje. Také přidržení hlavy otcem ve správnou chvíli se osvědčilo. Pochopitelně tím nemohu být na 100% jistý, ale vycházím z toho, že pokud by to pacientovi vadilo, tak by ústa neotevřel a vyšetřit by se nenechal. Korigovaný strukturovaný postup jsem dodržel i ve třetí návštěvě, což se plně osvědčilo.

Výzkum tedy plně prokázal, že při dílčím neúspěchu během vyšetření či ošetření je velkou pomocí analýza průběhu návštěvy pacienta za použití získané videonahrávky. Je-li nutná modifikace postupu ošetřujícího, jak tomu bylo v případě pacienta 2, je důležité při jeho realizaci současně sledovat, jak na tuto změnu pacient reaguje. Je třeba vnímat a pozorovat jeho příjem. Jedině tak je možné přesvědčit se o správnosti záměru.

Toto však klade zvýšené nároky na ošetřujícího, proto veškerá ostatní činnost musí být do dostatečné míry zautomatizována. Alternativy reakcí, jak postup modifikovat, se hledají při rozboru videonahrávky s videotrenérem.

Obě uvedené kazuistiky prokázaly, že analýza videonahrávky byla potřebná. Po první návštěvě pacienta v ordinaci je totiž celý ošetřující tým doslova zahlcen novými poznatky a lehce se může stát, že nějaký moment může uniknout jejich pozornosti. Pro ošetřujícího stomatologa je také uklidňující to, že může kdykoliv, jakmile pojme jakoukoliv nejistotu, kontaktovat supervizora pro VTI a celou jemu nesrozumitelnou událost či příhodu konzultovat. Zvláště je potřeba využít této možnosti v situacích, kdy dojde k náhlé změně v reakcích pacienta ve smyslu



zhoršení či odmítnutí spolupráce. Tím, že je během ošetření stomatolog soustředěn na předmět své práce, tedy na ústní dutinu, může se lehce stát, že mimoděk provede nějakou nenadálou činnost, které si sám není vědom, ale autistického pacienta to rozruší. Nalezení této „drobnosti“ je pak často možné jen důkladnou analýzou pořízeného videozáznamu.

Výzkumná teze 5 byla potvrzena s tím, že korekce strukturovaného postupu, která byla navržena s videotrénem a potvrzena při následující návštěvě jako funkční, musí být ve všech následujících návštěvách uplatňována ve stejné podobě.

## 7.2 Shrnutí z perspektivy výzkumných cílů

Cílem diplomové práce bylo vytvořit a ověřit **metodiku práce při ošetření pacientů s poruchou autistického spektra** s přihlédnutím k nutnosti strukturovaného přístupu. Práce je zaměřena především na vztah mezi pacientem s PAS a ošetřujícím lékařem, dále na vztah ošetřujícího lékaře vůči přítomnému rodiči a také na vztah rodiče vůči svému dítěti během návštěvy stomatologa. Dalším zaměřením práce je způsob správné přípravy ordinace před každou návštěvou pacienta s PAS a na možnosti analýzy situace při neúspěchu v komunikaci s pacientem s PAS pomocí metody Videotréninku interakcí.

Díličmi cíli bylo:

- ověření obsahu přípravné fáze při práci s pacientem s PAS;
- ověření strukturovaného postupu při vyšetření a ošetření;
- ověření účinnosti práce s prvky metody videotrénink interakcí.

### **Ověření obsahu přípravné fáze při práci s pacientem s PAS**

Do co nejmenších detailů naplánovaný postup ze strany ošetřujícího personálu sníží riziko vzniku nenadálých situací během vyšetření pacienta s PAS. Správná strategie je nezbytným základem toho, aby bylo možno s autistickým

pacientem navázat jakýkoliv kontakt. Je zcela mylné domnívat se, že existuje nějaký univerzální postup, který je možno aplikovat paušálně u všech pacientů s PAS. Jsou však jistá základní pravidla, která se vyplatí dodržovat u všech těchto pacientů. Můj výzkum prokázal, že je nutná důsledná příprava před stanovením jasné struktury činností během návštěvy autistického pacienta. Jedinou cestou, jak toho dosáhnout, je sběr co nejvíce dostupných informací o každém pacientovi. Nenahraditelným zdrojem jsou v tomto smyslu rodiče hendikepovaného dítěte a zaměstnanci školního zařízení, kteří se také na výuce a výchově pacienta podílejí. Ve své praxi jsem si jasně ověřil, že čím více času věnuji přípravné fázi, tím je vyšší pravděpodobnost úspěchu při následném vyšetření i ošetření pacientů s PAS.

### **Ověření strukturovaného postupu metodiky práce při vyšetření a ošetření**

Projekt ověřil, že strukturovaný postup během jakékoliv návštěvy autistického pacienta v zubní ordinaci je nezbytný. Dodržování předem stanovené struktury je nutné během každého vyšetření či ošetření a to s co největší přesností. Pacient s PAS je v celém svém životě navyklý na určitou formu struktury, což je důležité akceptovat i při takových činnostech, jakou je návštěva zubního lékaře. Stomatolog, který participuje na zdravotní péči o pacienta hendikepovaného autismem, by měl být vzdělán v problematice komunikace s těmito pacienty tak, aby byl schopen všechna specifika, která se s touto diagnózou pojí, akceptovat.

### **Ověření účinnosti práce s prvky videotreninku interakcí**

Pořizování videonahrávek všech návštěv pacientů s PAS se mi jeví jako velmi vhodné. Jak obě uvedené kazuistiky, tak případy ostatních pacientů s PAS v mé praxi toto plně prokazují. Vždy mám pak možnost zpětně projít celou návštěvu krok za krokem a všimnout si i těch nejmenších detailů v chování a jednání autistických pacientů. Velmi cenné je, že mohu využít v případě potřeby zkušeností supervizorky pro metodu VTI. Nejsou totiž výjimkou situace, kdy pro samotné soustředění se na oblast mého zájmu, tedy ústní dutinu, „přehlédnu“ či „přeslechnu“ přesně ten okamžik, kdy došlo ke zlomu ve spolupráci ze strany pacienta. V těchto případech je neocenitelný pohled a názor odborníka

nezaujatého ústní dutinou, který se může soustředit jen na kognitivně-behaviorální složku celého procesu návštěvy zubní ordinace.

## Diskuse

Diplomová práce, kterou předkládám, jistě nemá ambice vyřešit všechny problémy, které jsou spojeny s ošetřováním pacientů s diagnózou PAS. Je však shrnutím mých zkušeností, které se snažím konfrontovat se známými fakty. Mým zájmem je, aby byla tato práce přínosem pro další řešení problematiky ošetřování pacientů s tímto handicapem v zubních ordinacích. Je výstupem z mé vlastní praxe, kdy mnou nabyté teoretické vědomosti využívám k tvorbě vlastních postupů při ošetřování těchto pacientů.

Význam této práce vidím především v tom, že vychází ze situace, která je běžná v naší republice se všemi pozitivy i negativy. I když dostupné literatury týkající se problematiky PAS utěšeně přibývá, nemám pocit, že by úměrně tomuto faktu přibývalo i kolegů, kteří by byli ochotni vzdělávat se v této problematice a následně se této náročné práci věnovat. Pochopitelnou otázkou do diskuse je v tomto směru věc motivace. Nemyslím si, že by u nich byla prioritou otázka finanční ztrátovosti takovéto činnosti, spíše zde vystupuje do popředí neznalost problematiky a s ní spojený strach z vlastního profesního selhání. Co je ale dle mého názoru demotivující je fakt, že jakákoliv forma odborného doškolení v této problematice je za finanční úhradu, která většinou není malá. Jsem přesvědčen, že otázce postgraduálního vzdělávání v této problematice by měla být věnována větší pozornost. Vzdělávání by mělo být dotováno tak, aby účast kolegů lékařů na takovémto „školení“ byla motivována jen jejich vlastní potřebou k prohloubení znalostí a zvýšení odbornosti, ne jenom snahou o získání bodů do kreditního systému povinného vzdělávání, které je navíc spojeno s kulinářským zážitkem z bohatého občerstvení.

Patrné jsou také mezery ve slabé informovanosti rodičů o problematice zubní péče. Domnívám se, že by bylo přínosem zhotovení jednoduché a stručné příručky, třeba formou letáku, kde by byla objasněna problematika zubního zdraví včetně nutnosti prevence. Vhodné by také bylo uvést zde možnou příčinnou souvislost mezi náhlými výkyvy nálad u jejich dítěte s přítomností bolestí v ústní dutině. Tyto letáky by mohly být k dispozici odborníkům, kteří se

věnují diagnostice těchto poruch tak, aby je mohli rodičům předat. Protože už samotný fakt, kdy se rodiče dozví tu nepříjemnou skutečnost, že jejich dítě trpí autismem natolik zaměstná jejich pozornost, že je zcela pochopitelné, že současně nedomýšlí, co vše je s tímto spojeno.

Často potom dochází k tomu, že hledají nějakého stomatologa až ve chvíli, kdy jsou zubní problémy zjevné například otokem tváře. Mají-li dostatek štěstí, není jejich cesta k nalezení ochotného lékaře příliš spleť. Problém je ale také v tom, co dítě během takovéto návštěvy čeká. Přichází do zubní ordinace s bolestí, je silně stresované a není mnohdy jiná možnost, než provést jeho ošetření za současného násilného držení hlavy a rukou. Není totiž čas na to, aby bylo možno naplánovat a realizovat ošetření v celkové anestézii a lokální anestézie v těchto případech není příliš účinná. Co způsobí takovýto traumatizující zážitek v mysli autistického pacienta, je více než jasné. Jakmile v budoucnu uvidí tohoto zubaře, velmi pravděpodobně nebude ochotno k jakékoliv spolupráci. Nechápe totiž, že tento člověk mu vlastně pomohl. Vnímá jen to, že mu způsobil bolest.

V těchto případech, pokud už nastanou, vidím vhodný postup takový, že akutního ošetření by se měl zhostit jiný stomatolog než ten, ke kterému hodlají rodiče s dítětem v budoucnu docházet. Je však velmi složité takto naplánovaný úmysl koordinovat, pro rodiče je to v podstatě nemožné. Je velkým přínosem, když jimi oslovený stomatolog v těchto situacích „umí chodit“ a má k dispozici nějakého kolegu, který by onu nepříjemnou práci za něj provedl. Tímto se zase oklikou dostávám k otázce odborné erudice ošetřujících lékařů. Pokud nebudou v co největší míře s celou problematikou obeznámeni a neporozumí-li úskalím, která jsou s ošetřováním pacientů s PAS spojena, nebudou také schopni spolupráce na úrovni, která by byla žádoucí. O tom, že by bylo výrazně ulehčeno rodičům takových dětí není ani pochyb. Protože telefonem shánět drahnou dobu zubaře ochotného ošetřit autistické dítě jistě nepatří do úrovně zdravotnictví v tomto tisíciletí. Bez jakékoliv diskuse.

Otázkou zůstává, zda se dá nějakým způsobem předem zjistit či předvídat, jak se bude autistický pacient ke komunikaci v zubní ordinaci stavět. Marshall a kol. (2007) na základě svého výzkumu doporučují položit tomu, kdo poskytuje péči o dítě, pět otázek z oblastí: hygieny, čištění zubů, chování u kadeřníka, dosažené

vzdělání a jazykové schopnosti dítěte. Odpovědi na tyto otázky ukazují úroveň a míru spolupráce, kterou lze od dítěte očekávat.

Mohu konstatovat, že jedině, co jsem sám nezařadil do svého seznamu otázek v „přednáštvě“ rodičů je dotaz na kadeřníka. Jsem však přesvědčen, že čím důslednější je zjišťování informací od rodičů, tím je větší naděje na úspěch proto, že se podaří stanovit co nejpřesnější strukturovaný postup. A je lhostejno, je-li otázek pět, nebo více. Rozhodující je, dle mého názoru, výtěžnost získaných informací.

Otázku na chování dítěte u kadeřníka však jistě do svého „seznamu“ zařadím, neboť jsem přesvědčený, že odpověď na ni má pro stomatologa význam. Vypovídá určitě hodně o míře a délce trpělivosti ze strany autistického dítěte, se kterou se dá počítat. A to, zda tato informace bude korespondovat s chováním u stomatologa bude jistě stát za další sledování či přímo výzkum.

Další oblastí, která která jistě stojí za více pozornosti je to, jak konfigurovat první návštěvu autistického pacienta u stomatologa. Buď během ní provést kompletní vyšetření ústní dutiny a na závěr použít koncovku ultrazvuku, jak praktikuji já, nebo zorganizovat tuto návštěvu, jak doporučuje Ravel (2005), jako krátkou a pozitivní.

Také jistě stojí za podrobnější studii, zda během první návštěvy povolit dítěti osahávat vše včetně koncovek na přístroji, jak praktikuje Frances (n.d.). Autistický pacient se tak lépe seznámí s prostředím, které je mu neznámé. Dle mého názoru je však velká pravděpodobnost, že toto bude provádět autista i při dalších návštěvách, čímž by znemožnil mou práci.

### **Doporučení pro lékařskou praxi**

Před započítím jakéhokoliv vyšetřování pacienta s PAS je důležité shromáždit co nejvíce dostupných informací o jeho chování a zvyklostech. O tom, co ho rozrušuje stejně tak jako o tom, co jej uklidňuje. Všechny tyto poznatky je pak důležité správným způsobem analyzovat pro potřebu zubní praxe a jejího chodu. Výsledkem této analýzy je následná tvorba správného pracovního postupu strukturovaná do jasných, zapamatovatelných bodů. Tento postup se ukázal jako plně oprávněný a lze jej doporučit i pro ostatní kolegy lékaře jiných

odborností, kteří se na ošetřování autismem hendikepovaných pacientů podílejí. Pravdou je, že nemusí být struktura vždy až tak dokonalá, ale v základních principech by měla být dodržována. To znamená pohovor s rodiči předem a zakomponování získaných informací do svého postupu při následné návštěvě jejich dítěte v ordinaci. Sledovat průběžně chování pacienta a nesnažit se překonat jeho odpor. V těchto případech se více vyplácí přerušit vyšetření a modifikovat jeho další průběh.

## Závěry

Cílem práce bylo vytvoření a ověření **metodiky práce při ošetření pacientů s poruchou autistického spektra**. Součástí metodiky bylo i využívání prvků metody **Videotrénink interakcí**. Celý výzkumný projekt prokázal, že vzhledem ke specifikám prožívání a chování takto hendikepovaných pacientů je velmi důležité věnovat náležitou pozornost nejen přípravě, ale i vlastní realizaci stanoveného postupu. Doporučuji dodržovat následující zásady:

### I. Přípravná fáze

Před jakýmkoliv kontaktem s pacientem s PAS pozvat rodiče pacienta a provést s nimi osobní pohovor. Požádat rodiče, aby přinesli zprávu o vyšetření jejich dítěte specialistou podílejícím se na diagnostice. Také je vhodné mít k dispozici zprávu z posledního vyšetření, na kterém dítě bylo, aby bylo možno udělat si úsudek o jeho současném stavu. Před započítím vlastního pohovoru zdůvodnit rodičům, proč je taková schůzka nutná a co bude jejím výstupem. Je výhodné vypracovat si předem seznam pokládaných otázek. Otázky by měly být strukturovány tak, aby lékař dostal co nejvíce informací z následujících oblastí:

- osobní anamnéza dítěte (zejména ostatní choroby, alergie, medikace);
- seznam současných problémů, které je přivádí ke stomatologovi;
- forma provádění ústní hygieny;
- průběh předchozích návštěv u stomatologů a jejich výsledek;
- chování dítěte při vyšetřeních u jiných specialistů;
- forma komunikace jejich dítětem akceptovaná, tj. piktogramy, obrázky, fotografie, komunikační atlas či mluvené slovo;
- způsob zadávání pokynů, na které dítě reaguje, tj. zřetelná artikulace a síla hlasu, použití krátkých stručných vět, atp.
- činnosti a zvuky, které dítě zneklidňují;



- co dítě naopak uklidňuje, tj. reprodukováná hudba a jaký žánr, film či oblíbená pohádka, oblíbené předměty;
- jak dítě snáší doteky cizích lidí a rodičů, což je nutné vědět pro případ přidržení rukou či hlavy v naléhavém případě;
- uklidňuje-li dítě je-li rodič vedle něj nebo v jeho dohledu, či drží li ho za ruku;
- dohoda o eventuelní odměně pro dítě (oblíbená hračka, řetízek, špagát, pohrát si s kelímkem a s vodou, atp.), odměnu pak rodiče do ordinace dodají s časovým předstihem;
- bude-li dítě mít tendenci sahat na nástroje či ruce ošetřujícího, zvážit variantu zaměstnání jeho rukou vložím nějakého předmětu či minutky;
- jak lze na dítěti poznat, že se blíží okamžik, kdy odmítne další spolupráci
- zda a jak se na dítěti pozná, že je pro něj vykonávaná činnost bolestivá;
- jak se projevuje když má z něčeho strach;
- důležitý je závěrečný dotaz na to, zda rodiče považují za vhodné ještě na něco upozornit, nebo jestli se na něco podstatného nezapomnělo.

Na základě všech těchto informací pak lze vytvořit základní kostru strukturovaného postupu, který bude pro dané dítě nejvhodnější. Toto pak s rodiči ještě prokonzultovat a dát jim prostor pro jakékoliv dotazy.

Součástí první schůzky s rodiči je i jejich souhlas s eventuelním pořizováním videozáznamu ošetření poté, co jim byly objasněny výhody tohoto postupu.

Dále je vhodné dohodnout termín první návštěvy dítěte s přihlédnutím k denní době, kdy je nejklidnější.

Osvědčilo se doporučit rodičům, aby doma informovali dítě o jeho budoucí návštěvě zubní ordinace a zařadit termín návštěvy do denního či týdenního plánu, pokud je na něj dítě navyklé.

Všechno výše uvedené pak zaznamenat do dokumentace, heslovitě bod po bodu celý navržený strukturovaný postup.

Velmi výhodné je sjednat si ještě schůzku s pedagogy či asistenty, kteří se podílejí na vzdělávání dítěte s PAS. Tito mnohdy nejlépe vystihnou oblasti, na

kteře je potřeba dát si pozor, popíše podrobně reakce a chování dítěte atp. Uvedou, jakou formu komunikace sami používají, která se osvědčila. V neposlední řadě dokáží odpovědět na to, jaká je míra rigidity dítěte, což má rozhodující vliv na důsledné a přesné dodržování předem stanoveného přístupu a strukturovaného postupu. Je samozřejmé, že návštěva školského zařízení musí být se souhlasem rodičů dítěte.

## **II. Vytvoření plánu postupu při vyšetřování a ošetřování**

Nejdůležitější je vhodná forma komunikace. Přizpůsobit dítěti intonaci hlasu, zvolit správnou formu pro zadávané požadavky ze strany ošetřujícího. Použít ke komunikaci pomůcky, na které je dítě zvyklé (fotografie, komunikační atlas atp.). O všech záměrech lékaře je důležité informovat ostatní personál včetně požadavků na správné přichystání ordinace před návštěvou pacienta. Domluvit s asistentkou u křesla strategii, jak bude spolupracovat. Jedná se o to, že některé pracovní postupy bude třeba otestovat, zda si je autistický pacient nechá líbit. Jde o přiložení roušky kolem krku pacienta, používání odsávání, ochranných rukavic atp. Poučit asistentku o tom, že dotek formou přidržení ruky pacienta provede až na pokyn ošetřujícího.

## **III. Průběh první návštěvy pacienta**

Dítě vzít do ordinace bezprostředně po jeho příchodu, nenechat ho čekat. Před jeho příchodem nasadit ochranné pomůcky. Vyšetřovací rukavici (v barvě bílé či nažloutlé) doporučuji nasadit jen na ruku, která bude ve stálém kontaktu s ústní dutinou. V případě praváctví lékaře jde o jeho levou ruku. Pravá, tedy obratnější ruka zůstává bez rukavice proto, aby nebyla omezena sníženou citlivostí a ohebností v rukavici, kdyby bylo potřeba zasáhnout v ústech jemně a cíleně. Ochrannou roušku nedoporučuji používat, není většinou dítětem s PAS akceptována a budí jeho značnou nervozitu.

Po příchodu dítěte do ordinace jej pozdravit a vyzvat k tomu, aby si sedlo do zubního křesla. V tomto okamžiku mohou být s posazením nápomocni rodiče. Pokud se dítě však chce napřed rozhlížet a seznámit se tak s okolním prostředím, nechat mu na to dostatek času. Po usazení do křesla podat dítěti

informaci o tom, co se bude dále dít. Během dalšího postupu vždy předem sdělovat následující úmysl. Používat krátké výstižné sousloví typu: „prohlédneme zuby“, „otevři pusu“, „osprchujeme zuby“, „vyčistíme zuby“ atp. Za všechny splněné požadavky dítě výrazně chválit.

Do detailů aplikovat naplánovaný strukturovaný postup a přitom sledovat reakce dítěte. Během vyšetření průběžně podporovat a chválit. Je vhodné do první návštěvy zakomponovat očištění chrupu nějakým rotačním nástrojem, aby si dítě zvyklo na jeho přítomnost v ústní dutině. Na jakýkoliv náznak nevěle z jeho strany reagovat přerušением své činnosti a modifikací dalšího postupu. Jakoukoliv možnost eventuelního přidržení hlavy či rukou dítěte předem konzultovat a dohodnout s rodiči, nejlépe během jejich první informativní schůzky. Držením dítěte však jenom klidnit jeho nejistotu, v žádném případě neužívat násilí.

Je-li zjevná snaha dítěte o ukončení vyšetření a blíží-li se okamžik, kdy by přešlo do odporu, je dobré ještě malý okamžik „trvat na svém“ a přemoci projevy nevěle dítěte tak, aby rozhodnutí o ukončení návštěvy padlo ze strany ošetřujícího, ne ze strany dítěte. Pak teprve zřetelně a výrazně pacienta pochválit, vyjádřit vlastní spokojenost verbálně i nonverbálně (kupříkladu tleskáním rukama) a vyšetření ukončit. Předat slíbenou odměnu, nebo ho nechat pohrát s napouštěním vody do kelímku, což autistické děti často vyžadují.

Nedoporučuji nechat dítě osahávat před vyšetřením nástroje a koncovky vrtaček, neboť hrozí nebezpečí, že si dítě uloží do paměti, že se to může a bude příště chtít brát do rukou nástroje, které ošetřující drží v ruce při vyšetření či ošetření.

#### **IV. Zhodnocení první návštěvy**

Použít získané videonahrávky a vracet se k problémovým či nejasným okamžikům. Všechny změny, kterými byl modifikován naplánovaný strukturovaný přístup, dodržet i při příští návštěvě a bedlivě sledovat, zda tyto změny vedly k úpravě nevhodných reakcí či zvýšily ochotu pacienta ke spolupráci. Pakliže ne, hledat další modifikace. V těchto oblastech je velmi

výhodné konzultovat odborníka, který je obeznámen se specifiky prožívání a chování lidí s PAS, jeho znalost metody Videoréninku interakcí je ideální. Je dobré najít více variant změn strukturovaného postupu tak, aby bylo možno je v příští návštěvě postupně vyzkoušet.

## **V. Plán další terapie**

Pakliže je možno udržet dítě v klidu po delší dobu, lze se pokusit o provedení ošetření zubního kazu, pokud je to potřeba. Pamatovat na to, že je nutné získat spolupráci dítěte na dobu potřebnou nejen k vyvrtání kazu, ale také ke zhotovení výplně zubu. V realizaci ošetření postupovat tak, že se nejdříve zhotoví malý kaz a u toho se sleduje míra trpělivosti pacienta. Neošetřovat více zubů v jedné návštěvě. Postupně přecházet, v závislosti na spolupráci dítěte ke složitějším opravám. Lze zkusit, zda dítě bude tolerovat i aplikaci injekční lokální anestezie, což však bývá výjimkou. Na malé kazy však anestezie není potřeba vzhledem ke zvýšenému prahu vnímání bolesti, což bývá u pacientů s PAS obvyklé.

## **VI. Krizové situace**

Počítat s tím, že ke ztrátě zájmu dítěte a k odmítnutí spolupráce může dojít nejen během jeho návštěvy, ale také mezi návštěvami. V těchto případech je nezbytné pokusit se ve spolupráci s rodiči najít příčinu náhlé změny. Ne vždy se tato příčina najde a může se stát, že ze spolupracujícího pacienta se najednou stane pacient s výrazným odporem. Je nezbytné již v prvním kontaktu rodiče na tuto eventualitu upozornit a nedávat jim falešné naděje, že pokud je úspěšná první návštěva, bude tomu tak i vždy v budoucnu.

Je-li nutné odeslat dítě k ošetření na vyšší specializované pracoviště za použití celkové anestezie, je vhodné telefonicky se spojit s tímto pracovištěm a svůj záměr oznámit.

Složitější výkony, jako je například extrakce zubu, je dobré provést na jiném pracovišti i proto, aby dítě neztratilo důvěru v pro něj doposud bezpečné místo, kde se provádí jen prohlídky a čištění chrupu. Ideální variantou je mít předem

domluveno s vyšším pracovištěm, že se postará o následnou péči po předešlé telefonické domluvě. Vždy totiž může nastat varianta, že dojde k „záseku“ v terapii postiženého pacienta ve smyslu ztráty jeho spolupráce. Situace je často akutní a následné ošetření je potřeba provést neprodleně. Osobní kontakt s klinickým pracovištěm a domluva na dalším postupu je zde plně na místě, protože pouhá písemná zpráva s doporučením nemůže nahradit vysvětlení problematiky ústně tak, aby byla domluvena další správná strategie ošetření. A chtít po rodičích dítěte, kteří jsou už tak stresovaní nastalou situací, aby sami domlouvali vhodný postup s jiným pracovištěm je díky současné podobě našeho zdravotnictví, nejopatrněji řečeno, nereálné.

### **Tečka na závěr**

Problematika ošetřování autistických pacientů je stále velmi aktuální, protože je nedořešená. Existuje mnoho doporučených postupů, které jsou podpořeny výzkumem, ale i takových, které se opírají jen o základní známou kostru v přístupu k nim. Ta je, a jistě i zůstane, stále stejná – **důkladně ošetření naplánovat, trpělivě během jeho realizace sledovat reakce pacienta a pak se z nich poučit.** Toto je a bude platné po celou dobu, co bude diagnóza autismus existovat.

## Shrnutí

Autor se v diplomové práci zabývá **metodikou práce při ošetření pacientů s poruchou autistického spektra** ve stomatologické praxi. Pracuje jako stomatolog a ošetřování takto hendikepovaných pacientů se věnuje ve své privátní praxi již sedm let. Získané zkušenosti z praxe mu dovolily sestavit ucelený postup přípravy a realizace vyšetření a ošetření takovýchto pacientů. Ke zkvalitnění své práce využívá videonahrávek, pořízených během vyšetřování a ošetřování. Svůj postup plánuje a dle potřeby koriguje po konzultacích se supervizorkou pro metodu **videotrénink interakcí**. Využívá prvků této metody pro zkvalitnění komunikace s autistickými pacienty.

**V teoretické části** se práce zabývá charakteristikou pacientů, hendikepovaných diagnózou porucha autistického spektra, autor se zaměřuje na diagnózu autismus. Teoretickými východisky pro jeho práci jsou známá fakta o této diagnóze, získaná z literatury a internetových zdrojů. Autor popisuje základní triádu příznaků autismu:

- neschopnost vzájemné společenské interakce;
- neschopnost komunikace;
- omezený, stereotypně se opakující repertoár zájmů a aktivit.

V tomto popisu se autor zaměřuje zejména na fakta, která mají přímý vztah s jeho profesí a jeho potřebami pro zdárné ošetřování těchto pacientů. Součástí této kapitoly je rozbor psychologických aspektů při práci s autistickými pacienty. Jsou uvedeny zásady týmové spolupráce zdravotnického personálu a v případě školy a rodiny zásada strukturovaného přístupu, který je nutno aplikovat i mimo rodinu a školu.

Druhou kapitolou teoretické části práce je charakteristika metody videotrénink interakcí opět se zaměřením na fakta, která jsou podstatná a použitelná pro potřebu lékařské praxe.

Ve třetí kapitole autor popisuje problematiku zubního zdraví dětských pacientů s diagnózou PAS, kterou dokumentuje závěry z vlastního výzkumu, který prezentoval již ve své postupové práci v roce 2009.

**Empirická část** diplomové práce ověřuje autorem vytvořenou metodiku postupu při vyšetření a ošetření pacientů s poruchou autistického spektra s přihlédnutím k nutnosti strukturovaného přístupu. Práce se zaměřuje především na vztah mezi ošetřujícím lékařem a pacientem s PAS, na správnou přípravu ordinace před jeho každou návštěvou a na možnosti analýzy situace při neúspěchu ve vzájemné komunikaci pomocí metody **videotrénink interakcí**.

Metodika práce s autistickým pacientem při návštěvě lékaře, která byla autorem vytvořena, je popsána v páté kapitole diplomové práce. Je rozdělena do čtyř základních kroků: přípravná fáze, vyšetření stavu chrupu, realizace vlastního ošetření, poučení rodičů.

V přípravné fázi autor doporučuje provedení pohovoru s rodiči či pedagogy tak, aby bylo shromážděno co nejvíce informací o charakteristice pacienta. Jde o jeho návyky, co ho rozrušuje a naopak uklidňuje, s čím si rád hraje, co bude eventuelně použito jako odměna. Na základě toho potom lékař stanoví vhodnou přípravu ordinace a vytvoří strukturovaný postup, který bude aplikovat během každé návštěvy pacienta. Přípravě prostředí, nástrojů a všech pomůcek musí být věnována zvláštní pozornost vzhledem ke lpění autistů na maličkostech. Důležitým krokem je také ujasnění formy komunikace, která by měla být co nejvíce podobná té, na kterou je dítě zvyklé z rodiny a školy. O svých záměrech informuje rodiče a nechá si jimi celý plán odsouhlasit. Celý postup pak zaznamená do dokumentace. Před každou další návštěvou si tak může lékař vše připomenout, aby se vyvaroval čehokoliv, co by bylo pro autistického pacienta neznámé a budilo v něm nejistotu.

Při vyšetření jde hlavně o to, aby byla navázána s autistickým pacientem spolupráce, aby se cítil bezpečně a aby stomatologovi umožnil vsunutí jeho prstů do své ústní dutiny tak, aby mohl provést prohlídku zubů a jejich okolí. Při jakémkoliv náznaku nevěle ze strany pacienta lékař svou činnost přeruší, eventuelně ukončí. Z vyšetření je proveden videozáznam za účelem analýzy metodou videotrénink interakcí, která směřuje k tomu, aby byla vyhodnocena reakce na předem naplánovaný strukturovaný postup. Analýza je prováděna společně se supervizorkou pro metodu videotrénink interakcí. Pokud je shledána nutnost k provedení změny v postupu či komunikaci, jsou navrženy

varianty, jejichž správnost se během následující návštěvy prověří. Pokud se osvědčí, jsou zařazeny do celé metodiky jako její nová součást.

Realizace vlastního ošetření ve smyslu opravy kazu zubu výplní je možná většinou jen u pacientů s tzv. vysoce funkční formou autismu. Je třeba začít od oprav malých kazů a postupně zkoušet, jak dlouhou dobu bude pacient ochoten ke spolupráci.

Poučení rodičů je zaměřeno na správnou formu péče o chrup jejich dítěte, kdy je téměř bezvýhradně nutná asistence z jejich strany. Je také dohodnut termín další návštěvy, v případě prohlídky jde o interval čtyř měsíců. Rodičům je doporučeno zařadit pak termín návštěvy stomatologa do týdenního či denního plánu autisty, pokud jej používají.

Prezentace strukturovaného přístupu při vyšetření a ošetření včetně využití prvků videotréninku je v diplomové práci formou případových studií dvou pacientů.

Vlastní výzkum byl realizován v privátní stomatologické praxi autora v letech 2008-2011. Kritériem výběru výzkumného souboru byla diagnóza autismus U obou pacientů bylo provedeno dlouhodobé pozorování při ověřování metodického postupu během realizace jejich vyšetření a ošetření ve stomatologické ordinaci. U obou pacientů byla použita práce s videokamerou.

K naplnění cílů výzkumného projektu byly stanoveny následující výzkumné teze:

VT1: Pro zdárné ošetření pacientů s diagnózou autismus je nutná důsledná odborná příprava lékaře s celým participujícím týmem.

VT2: K získání uceleného obrazu o pacientech s diagnózou autismus je nutná spolupráce s rodiči, případně se školou.

VT3: Stanovení přesného pracovního postupu při vyšetření a ošetření je pro každého pacienta s diagnózou autismus individuální.

VT4: Pro zdárnou komunikaci mezi lékařem a pacientem s diagnózou autismus je nutné náležité uspořádání prostředí



VT5: Po první návštěvě ordinace a při eventuelním dílčím neúspěchu během vyšetření či ošetření je nutná analýza postupu za použití získané videonahrávky.

Výzkumný projekt potvrdil všechny výzkumné teze. Vyplynulo z něho doporučení pro lékařské praxe, které je prezentováno v poslední kapitole. Základní body, kterých je třeba se držet při tvorbě strategie pro vyšetření nového pacienta s autismem, jsou tyto:

1. V přípravné fázi shromáždit co nejvíce informací o osobnosti dítěte, jeho zvyklostech a specifikách jeho chování.
2. Promyslet do nejmenších detailů strategii vhodnou pro přístup k autistickému pacientovi. Tuto pak aplikovat při první návštěvě a pořídit její videozáznam. Ten potom analyzovat a potvrdit její správnost. Při všech dalších návštěvách tento strukturovaný postup bez obměn opakovat.
3. Dojde-li během jakékoliv návštěvy pacienta ke komplikacím ve smyslu odmítnutí komunikace a spolupráce je třeba znovu strukturovaný postup podrobit důkladné analýze a modifikovat jej, promyslet různé varianty pro změnu.
4. Ošetření kazivého chrupu je většinou možné jen u diagnózy autismus vysoce funkčního typu.
5. Věnovat náležitou pozornost návykům dítěte a rodiny v orální hygieně, vytvořit s rodiči společně vhodný postup provádění čištění chrupu s ohledem na možnosti jejich hendikepovaného dítěte. Kontrolní prohlídku u stomatologa provádět v intervalu kratším, než je půl roku.

Práce přináší nové poznatky v přístupu k autistickým pacientům v tom, že autor zařadil do spektra svých výkonů pořizování videonahrávek všech návštěv za účelem eventuelní analýzy v případě jakéhokoli neúspěchu. Také doporučuje, narozdíl od jiných, zařazení rotačního nástroje s vodním chlazením do strukturovaného přístupu, který je uplatňován ve všech návštěvách, včetně té první. Závěry a doporučení pro praxi jsou aplikovatelné i v jiných oborech lékařských specializací.

## Seznam literatury a dalších zdrojů

- ATKINSON, R. a kol. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.  
ISBN 80-7178-640-3.
- BAKER, B.L., BRIGHTMAN, A.J. (2000). *Steps to Independence*.  
Third printing. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.  
ISBN 1-55766-268-1
- BÁRTA, L. (2009). *Taktika a strategie přístupu k ošetřování dětí s PAS v ambulanci stomatologa*. [ nepublikovaná postupová práce ].  
FF UP Olomouc.
- BEAUFORTOVÁ, K. a kol. (1999). *Videotrenink interakcí ve škole*.  
Praha: SPIN. ISBN neuvedeno.
- BEYER, J., GAMMELTOFT, L. (2006). *Autismus a hra*. Praha: Portál.  
ISBN 80-7367-157-3.
- BONDI, A., FROST, L. (2007). *Vizuální komunikační strategie v autismu*.  
Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2053-1.
- BOUČEK, J. a kol. (2006). *Speciální psychiatrie*.  
Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1354-X.
- ČADILOVÁ, V., JUN, H., THOROVÁ, K. a kol. (2007).  
*Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál.  
ISBN 978-80-7367-319-2
- ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. (2008). *Strukturované učení*.  
Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-475-5.
- EMERSON, E. (2008). *Problémové chování*. Praha: Portál.  
ISBN 978-80-7367-390-1.
- FRANCES, N., (n.d.). *Your child with autism at the dentist*.  
Retrieved January 20, 2011, from  
<http://ezinearticles.com/?Your-Child-With-Autism-at-the-Dentist&id=5428107>
- GILLBERG, Ch., PEETERS, T. (1998).  
*Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál.  
ISBN 80-7178-201-7.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. (2000). *Psychologický slovník*.  
Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.

- HOWLIN, P. (2005). *Autismus u dospívajících a dospělých*.  
Praha: Portál. ISBN 80-7367-041-0.
- HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. a kol. (2004). *Dětský autismus*.  
Praha: Portál. ISBN 80-7178-813-9.
- KOBĚRSKÁ, P., BEAUFORTOVÁ K. (1999). *Videotrenink interakcí  
(studijní materiál pro úvodní kurzy)*. Praha: SPIN. ISBN neuvedeno.
- MAKOVCOVÁ, J. (2009). *Maminko nezpívej*. Blansko: ALMI.  
ISBN 978-80-904344-1-7.
- MAKOVCOVÁ, J. (2010). *S rukama na uších*. Blansko: ALMI.  
ISBN 978-80-904-344-7-9.
- MARSHALL, J., SHELLER, B., WILLIAMS, B., MANCL, L. (2007).  
*Cooperation Predictors for Dental Patients with Autism*.  
Pediatric Dentistry 2007, Vol 49; No 5, 369-376(8). Retrieved January 4, 2011  
from <http://www.ingentaconnect.com/>
- MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém  
výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. (2006). *Vývojová psychologie*.  
2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- PLHÁKOVÁ, A. (2005). *Učebnice obecné psychologie*.  
Praha: Academia. ISBN 80-200-1387-3.
- RAVEL, D., DDS, Pediatric Dental Health ( January 10, 2005).  
*Dental Management Of Children with Autism*. Retrieved January 15, 2011,  
from <http://dentalresource.org/topic55autistic.html>
- RICHMAN, S. (2006). *Výchova dětí s autismem*.  
Praha: Portál. ISBN 80-7367-102-6.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*.  
4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing.  
ISBN 80-247-1049-8.
- SCHOPLER, E. (1999). *Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami  
vývoje*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-202-5.
- STRUNECKÁ, A. (2009). *Přemůžeme autismus*. Blansko: ALMI.  
ISBN 978-80-904-344-0-0.

- THOROVÁ, K. (2006). *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál.  
ISBN 80-7367-091-7.
- THOROVÁ, K. (2008). *Školní pas pro děti s PAS*. Praha: APLA.  
ISBN nevedeno.
- ÚLEHLA, I. (1996). *Umění pomáhat*. Renesance Písek.  
ISBN nevedeno.
- VERMEULEN, P. (2006). *Autistické myšlení*. Praha: Grada Publishing.  
ISBN 80-247-1600-3.
- VOCILKA, M., (1996). *Autismus*. Praha: Tech-market Praha.  
ISBN 80-902134-3-X.
- VOSMIK, M., BĚLOHLÁVKOVÁ, L. (2010).  
*Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. Praha: Portál.  
ISBN 978-80-7367-687-2.
- VYGOTSKIJ, L. S. (2004). *Psychologie myšlení a řeči*  
(výbor z díla, uspořádal Průcha. J.). Praha: Portál. ISBN 80-7178-943-7.
- VÍTKOVÁ, M. a kol. (1998). *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido,.  
ISBN 80-85931-51-6.
- WOTKE, J. (2001). *Patologie orofaciální oblasti*. Praha: Grada publishing,.  
ISBN 80-7169-975-6.
- ZVOLSKÝ, P. a kol. (1998). *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum.  
ISBN nevedeno

### **Bibliografický záznam**

BÁRTA, L. *Autistický pacient v zubní ordinaci. Základní podmínky pro zdárný průběh stomatologického ošetření*. Diplomová práce. Olomouc: UP, katedra psychologie, 2011. s. 107. Vedoucí práce PhDr. Miroslav Charvát, Ph.D.

## **Přílohy**

1. Abstrakt diplomové práce
2. Abstract of the diploma thesis
3. Zadání práce
4. Sestřih videozáznamů
5. Komunikační fotografie
6. Informovaný souhlas rodičů

Vysoká škola: **Palackého univerzita Olomouc**

Fakulta: **filozofická**

Katedra: **psychologie**

Školní rok: **2010/2011**

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

Jméno: **Ladislav Bárta, MUDr.**

Obor: **Psychologie – jednooborová (komb.)**

Rok imatrikulace: **2006**

Vedoucí práce: **PhDr. Miroslav Charvát, Ph.D.**

Oponent:

Počet stran: 107

Název diplomové práce: **Autistický pacient v zubní ordinaci.**

**Základní podmínky pro zdárný průběh stomatologického ošetření**

### **Abstrakt diplomové práce:**

Diplomová práce se zabývá problematikou autismu, což je pervazivní vývojová porucha. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí, duševní vývoj dítěte je narušen hlavně v oblasti komunikace, sociální interakce a představitivosti. Autismus doprovází specifické vzorce chování.

Teoretická část diplomové práce je zaměřena na vymezení problematiky autismu, dále se zabývá využitím metody videotréninku interakcí.

Empirická část diplomové práce má charakter kvalitativního šetření a je zaměřena na ověření metodiky práce při ošetření pacientů s PAS s přihlédnutím k nutnosti strukturovaného přístupu.

Výzkum byl realizován za využití metody rozhovoru, metody videotréninku interakcí, dlouhodobého pozorování a vedení průběžných záznamů. Závěry výzkumného projektu včetně doporučení pro lékařskou praxi jsou prezentovány v poslední kapitole této práce.

### **Klíčová slova:**

Autismus, zubní ambulance, stomatologické ošetření, komunikace, videotrénink interakcí, strukturovaný přístup.

University: **Palacký University Olomouc**

Faculty: **Philosophical**

Department: **Psychology**

Year of study: **2010/2011**

## **ABSTRACT OF THE DIPLOMA THESIS**

Name: **Ladislav Bárta, MUDr.**

Field of study: **Psychology**

Year of imatriculation: **2006**

Supervisor: **PhDr. Miroslav Charvát, Ph.D.**

Opponent:

Pages: 107

Diploma thesis title: **Autistic patient at dental surgery.**

**Basic conditions for successful process of dental treatment.**

### **Abstract of diploma thesis:**

Dissertation goes about autism problematics, which is pervasive development disorder. It is congenital disorder of some brain functions. Psychological progress of child is disturbed, especially in communication, social interaction and imagination. Autism is accompanied with specific behavior schemes.

Theoretical part is focused on definition of autism problematic and use of video interaction guidance.

Empirical part is qualitative investigation and is focused on verification of work methodics in ASD (autism spectrum disorders) patients treatment with taking into account need of structured approach.

Research was realized using interview, video interaction guidance, long-term observation and take of continuous records. Conclusions, including recommendation for medical practice, are presented in the last chapter of this work.

### **Key words:**

Autismus, dental surgery, dental treatment, communication, Video Home Training, structured approach.