

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
KATEDRA PSYCHOLOGIE

**AUTISMUS A STIGMA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Veronika Bárová**

*Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na vzdělávání*

Vedoucí práce: Mgr. Dana Brabcová, Ph.D.

**Plzeň, 2017**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, ..... 2017

.....  
vlastnoruční podpis

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Daně Brabcové, Ph.D., která mi byla odbornou rádkyní a dobrým metodickým vedením v celém průběhu tvorby této práce. Nemenší poděkování patří Mgr. Jiřímu Kohoutovi, Ph.D. za spolupráci při analyzování dat. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům a vyučujícím na ZČU, kteří obětovali svůj čas pro vyplnění dotazníků.

# OBSAH

Seznam zkratk	3
1 Úvod	4
Teoretická část	6
2 Poruchy autistického spektra	7
2.1 Charakteristika jednotlivých poruch	9
2.1.1 Aspergerův syndrom	9
2.1.2 Dětský autismus	10
2.1.3 Atypický autismus	11
2.1.4 Rettův syndrom	11
2.1.5 Dětská dezintegrační porucha	12
2.1.6 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací	12
2.1.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy	13
2.2 Projevy v chování	13
2.2.1 Autistická triáda	13
2.2.2 Variabilní rysy	15
2.3 Diagnostické prostředky	16
2.3.1 Screeningové a diagnostické nástroje	16
2.3.2 Psychologické vyšetření	18
2.4 Intervence	18
2.4.1 Strukturované učení	18
2.4.2 Behaviorální terapie	19
2.4.3 Nácvik komunikačních dovedností	20
2.4.4 Integrace a vzdělávání	20
2.4.5 Intervence v rodinném prostředí	21
2.4.6 Interaktivní metody	21
2.4.7 Léčiva a PAS	23
3 Stigma	24
3.1 Definice a dělení stigmatizace	24
3.1.2 Druhy stigmatu	24
3.2 Postoje společnosti	25
3.2.1 Stereotypy	25
3.2.2 Labelling	26
3.3 Stigma duševně nemocného	26
3.4 Sebestigmatizace	27
3.5 Stigma ve vztahu k autismu	27

3.5.1 Stigma v období školní docházky.....	28
3.5.2 Stigma v zaměstnání.....	29
Praktická část.....	30
4 Metodologie.....	31
4.1 Cíle práce.....	31
4.2 Psychometrické pojmy .....	32
4.2.1 Reliabilita a validita.....	32
4.3 Sběr dat.....	32
4.3.1 Soubor respondentů.....	33
5 Analýza dat.....	34
5.1 Validace znalostního testu .....	34
5.1.1 Hodnocení testu systémem “0-1” .....	34
5.1.2 Hodnocení testu se zohledněním míry jistoty u odpovědí.....	37
5.2 Validace dotazníku měřícího míru stigmatizace v souvislosti s autismem .....	42
5.3 Ověření hypotéz.....	48
6 Diskuze .....	52
7 Závěr.....	54
Resumé .....	55
Zdroje .....	57
Literatura .....	57
Online zdroje .....	60
Seznam tabulek a grafů.....	61
Přílohy .....	62
Příloha 1.....	63
Příloha 2.....	64

## SEZNAM ZKRATEK

ABA	– Aplikovaná behaviorální analýza
ADHD	– Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Hyperaktivita s poruchou osobnosti)
ADI-R	– Autism Diagnostic Interview – Revised
ADOS	– Autism Diagnostic Observation Schedule
APA	– American Psychiatric Association
ASAS	– The Australian Scale for Asperger’s syndrome
ASD	– Autism spectrum disorders
CARS	– Childhood Autism Rating Scale
CDC	– Centers for Disease Control and Preventive
CNS	– Centrální nervová soustava
ČR	– Česká republika
DSM	– Diagnostic and Statistical Manual
EEG	– Elektroencefalogram
CHAT	– Checklist for Autism in Toddlers
IQ	– Inteligenční kvocient
KMO	– Kaiser-Meyer-Olkin kritérium
MKN	– Mezinárodní klasifikace nemocí
NS	– Nervová soustava
PAS	– Poruchy autistického spektra
SSE	– Stigma Scale of Epilepsy
TEACCH	– Treatment and Education Autistic and related Communication handicapped Children
VOKS	– Výměnný obrázkový komunikační systém
VŠ	– Vysoká škola
ZČU	– Západočeská univerzita v Plzni
ZŠ	– Základní škola

# 1 ÚVOD

*Nebojte se autistů, jděte jim naproti. Mějte autisty rádi, spojte je. Nepopírejte jejich existenci, přijměte je, protože až pak můžou jejich schopnosti vyniknout.*”

*Paul Isaacs*

Počet dětí, kterým byla diagnostikována některá z poruch autistického spektra, za posledních deset let neuvěřitelně vzrostl. Většina zdrojů se shoduje na tom, že hlavní příčinou tohoto jevu je zlepšení diagnostických nástrojů, a tudíž i zlepšení specifické odbornosti diagnostiků. Jde tedy spíše o vyšší odborné a následně i veřejné povědomí o autismu než o skutečný nárůst výskytu autismu. Spolu s lepšími informacemi přichází i větší snaha o začlenění osob s autistickými poruchami do běžné společnosti. Toho lze docílit jen za podmínek, pokud se bude s pacienty pracovat od útlého věku a tím jim pomáhat se socializací, a zároveň bude mít společnost dostačující povědomí a správné informace o chování autistů, pro vytvoření správného vnitřního postoje a přístupu v jednání s pacienty s těmito poruchami. Na tomto místě se musím zeptat: „Jsou tyto dvě položky (snaha začlenit jedince a snaha uvědomit populaci) v naší společnosti v rovnováze? A jaká je možnost úspěchu, pokud stigmatizace v autismu bude jen díky nevědomosti narůstat?”

Ve svém volném čase se věnuji skautingu a lukostřelbě. Nyní zaujímám v obou společenstvích nejen roli člena, ale zároveň i vůdce/trenéra. Ve skautském i lukostřeleckém oddílu se dostávám do kontaktu s člověkem s diagnostikovaným autismem. V jednom z případů se jedná o diagnostiku Aspergerova syndromu. Druhý chlapec nemá stanovenou přesnou diagnózu, poslední stanovisko bylo zařazení pod ADHD a zároveň podezření na autistické rysy. To, jak tyto dva chlapce vnímá jejich okolí, a tím myslím jak vrstevníky, tak ostatní členy společenství, mě nutí přemýšlet nad velikostí významu pochopení jejich poruchy.

Hlavním cílem této práce je seznámit čtenáře se stigmatem v autismu. Proto se první teoretická část bude zabývat poruchami autistického spektra (dále PAS), jejich společnými a variabilními projevy a deficitem chování, dostupnými diagnostickými prostředky a zaměří se i na některé vybrané druhy intervence u lidí s PAS. Dále práce naváže na stigma, jeho význam a následně na konkrétní postavení v autismu. Teoretické zpracování tématu Stigma a autismus je v práci částečně podkladem pro vlastní výzkum. Ten se zaměří na tři oblasti. Jednou z nich je porovnání znalostí o PAS u studentů VŠ s technickým, přírodovědným a humanitním zaměřením. Druhá oblast spočívá v porovnání míry stigmatizace u těchto

skupin studentů. Třetí předpoklad, který by práce chtěla potvrdit, je postaven na zkoumání korelace těchto dvou aspektů – znalostí a stigmatizace. Předpokladem je, že vyšší úroveň znalostí bude odpovídat nižší míře stigmatizace.

Těším se na výsledky výzkumné části této práce především proto, že mě zajímá právě korelace znalostí a stigmatizace. Často slýchám od starších generací názory, že se poruchy jako je autismus nebo třeba hyperaktivita a mentální postižení v dnešní době příliš řeší. A to především u dětí. Že dřív byly pouze děti vychované a nevychované, chytré a hloupé a dnes se každý neposedá či dítě, které neposlouchá a je jiné, označuje vlastním termínem a považujeme ho za „nemocné“. S tímto přístupem samozřejmě nelze k dítěti s jakoukoli poruchou nastavit správný směr jednání. Mezi dětmi zas vidím časté odmítání autistů pro jejich odlišné chování a způsob komunikace. Ve školních třídách dnes existuje mnoho případů šikanovaných dětí, které jsou jen minimálně odlišné od ostatních. Jak tedy zajistit začlenění do běžné společnosti a zároveň se i se značnými odlišnostmi vyhnout šikaně či ponižování?

Nepochopila bych, kdyby se v budoucnu lidé nedokázali odlišnostem autistů přizpůsobit v jednání s nimi. Všichni jsme přeci obyvatelé této planety se stejnými právy. Naopak bychom se mohli ze svých zvláštností navzájem učit. Populaci by možná neuškodilo, kdyby se zde objevilo více opravdu upřímných a čistě nesymbolicky smýšlejících jedinců. Proto bych se v budoucnu ráda dostala k nějaké pomáhající profesi, která by mi umožnila přispět ke změně smýšlení a názorů alespoň budoucích generací. Dle mého názoru je to jedna z cest, jak lidem s poruchami autistického spektra pomoci se socializací, a tedy k lepšímu a jednoduššímu způsobu života.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

*“Autisté jsou jako krychličky, a problém je, že když násilím tlačíte krychličku přes kulatý otvor, tak vám vůbec nepomůže mlácení do ní. Navíc ji zničíte.”*

*Paul Collins*

Poruchy autistického spektra jsou podle MKN-10 stanoveny jako Pervazivní vývojové poruchy (F84). Patří mezi ně:

- Dětský autismus (F84.0)
- Atypický autismus (F84.1)
- Rettův syndrom (F84.2)
- Jiná dětská dezintegrační porucha (F84.3)
- Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)
- Aspergerův syndrom (F84.5)
- Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)
- Pervazivní vývojová porucha NS (F84.9)

Řadí se do stejné skupiny nemocí, jako např. poruchy řeči, motorických funkcí či školních dovedností, a tou je skupina poruch psychického vývoje (F80-F89) (MKN-10, 2009, s.248). První, kdo v roce 1943 popsal časný dětský autismus jako samostatnou specifickou poruchu, byl americký psychiatr Leo Kanner, který si všiml zvláštního nepřiměřeného chování u skupinky dětí. Pro poruchu zvolil název na základě slova „autos“, což v řečtině znamená „sám“. Domníval se totiž, že děti trpící autismem jsou osamocené, bez zájmu o okolní svět a neschopné hlubších přátelských citů. Termín autismus však použil poprvé už v roce 1911 doktor E. Bleuer ze Švýcarska jako pojmenování zpozorovaného symptomu u pacientů se schizofrenií. To je důvod, proč ještě v dnešní době mnoho lidí považuje autisty za schizofrenní osobnosti (Thorová, 2006, s.34). K zastřešení pod názvem poruchy autistického spektra došlo až v roce 1979, kdy Lorna Wingová a Judith Gouldová během výzkumu upozornily na děti s typickými rysy autistického chování, které se ale zároveň vymykaly diagnostickým kritériím původního dětského autismu.

Pervazivní vývojovou poruchu můžeme charakterizovat jako poruchu, která prostupuje celou osobností a všemi situacemi, zasahuje do všech oblastí schopností dítěte.

Symptomy se objevují v prvních pěti letech života dítěte. Typickým projevem PAS je zhoršená mezilidská interakce a stereotyp v zájmové činnosti a aktivitách. V mnoha případech jsou narušeny i kognitivní funkce (Šnýdrová, 2008, s.132). Poruchy autistického spektra jsou nevyléčitelné, ale celkový stav postiženého je možné zlepšit včasnou diagnostikou a následnou sociálně pedagogickou péčí. Autismus je diagnostikován v přítomnosti i nepřítomnosti jakékoli další psychické poruchy či nemoci. Charakteristické projevy jsou proměnné spolu s věkem (Pešová, Šmalík, 2006, s.66-67).

Autismus je v dnešní době považován za vrozenou poruchu s multifaktoriálními příčinami. Vědecké studie na něj nahlíží jako na důsledek geneticky podmíněných změn v mozковém vývoji, jedná se tedy o neurovývojovou poruchu na neurobiologickém základě. Tyto změny ústí v problémy s vnímáním a zpracováním informací. Mezi příčiny jsou řazeny různé genetické faktory, a proto i určitá rizikovost hereditu, faktory ovlivňující průběh těhotenství a také pre- a perinatální komplikace (dostupné z [www.vzdelavaniaautismus.cz](http://www.vzdelavaniaautismus.cz)).

Výzkum CDC (Centers for Disease Control and Preventive) v roce 2010 zaznamenal prevalenci výskytu Poruch autistického spektra v hodnotě 0,9 %, což znamená, že každé sto desáté dítě trpí tímto postižením. Spolu s vyššími intelektovými schopnostmi roste rozdíl mezi výskytem autismu u chlapců a dívek, obecně však platí, že Poruchami autistického spektra trpí častěji chlapci, a to v poměru přibližně 4:1 (Thorová, 2006, s.227). Projevy a potíže každého jedince v rovině sociální, behaviorální, fyzické i emocionální jsou různé. Dá se téměř říct, že neexistují dva autisté, kteří by vykazovali zcela shodné projevy (dostupné z [www.autismus.cz](http://www.autismus.cz)).

Velmi diskutovaným tématem je vyřazení Aspergerova syndromu a Nespecifikované pervazivní poruchy z kategorie pervazivních vývojových poruch v rámci revize DSM-IV v roce 2013, kterou můžeme považovat za obdobu MKN vydávanou Americkou Psychiatrickou Asociací (APA). V rámci sestavení DSM-V došlo k vytvoření nového souboru diagnostických kritérií pro zařazení mezi ASD a zároveň nové kategorie poruchy sociální komunikace. Statistiky udávají možný pokles dětí, kterým by byly diagnostikovány autistické poruchy o zhruba 32 % (Prykanowski, Gage, Conroy, 2015, s.32-36).

## 2.1 Charakteristika jednotlivých poruch

### 2.1.1 Aspergerův syndrom

Hans Asperger, vídeňský pediatr, vyčlenil ve čtyřicátých letech dvacátého století na základě pozorování ve své disertační práci tzv. autistickou psychopatii. Považoval ji za poruchu osobnosti, kvůli které se pacient odlišuje od svých vrstevníků po stránce jazykových, sociálních a kognitivních dovedností. Na rozdíl od Lea Kanner, který ve stejné době popsal dětský autismus, viděl Asperger v této poruše nejen negativní trvalé poškození, ale i jisté kompenzační projevy jako originalitu vnímání a myšlení, které podle něj mohou vést k výjimečným výkonům (Sacks, 2009, s.236). Další výzkum v této oblasti provedla až Lorna Wingová, která také poprvé použila pro tuto poruchu termín Aspergerův syndrom. Nedlouho poté určila několik základních příznaků (Attwood, 2005, s.20-21), jimiž jsou:

- Nedostatek empatie – v tomto směru se novodobé zdroje liší a často lze narazit na názor, že lidé s tímto handicapem nejsou uvnitř méně empatičtí než ostatní, pouze mají problém svůj zájem o okolí vyjádřit. Neví, jak předat informaci či sdělit emoce, proto nejčastěji neudělají nic (dostupné z [www.psychologie.cz](http://www.psychologie.cz));
- Jednostranná sociální interakce – pramení ze sebestřednosti a neschopnosti zapojit se do společné aktivity (díky behaviorálním či komunikačním odlišnostem). Nejčastěji zaujímají roli pozorovatelů, nevnímají sami sebe jako člena skupiny, nezajímá je, co dělají ostatní. Při případné interakci mají tendence ostatní řídit a usměrňovat druhé (Attwood, 2005, s.35-36);
- Nízká úroveň nonverbální komunikace – kritéria, která v této oblasti stanovili Carina a Christopher Gillbergovi ze Švédska, se týkají nevhodných výrazů, omezené gestikulace, situací neadekvátního výrazu tváře, nejasné řeči těla a zvláštního ustrnulého výrazu (Attwood, 2005, s.34);
- Pedantský a jednotvárný způsob řečového projevu – řeč je většinou ochuzená o běžné paralingvistické jevy a přirozenost a je přehnaně formální. Pro Aspergerův syndrom je také typické doslovné chápání, samomluva nebo dlouhé monology zaměřené na jeden předmět zájmu (Attwood, 2005, s. 79-84);
- Omezená až neexistující schopnost najít a udržet si přátele;

- častá nemotornost – např.: opožděná první chůze, problémy s tkaničkami u bot a jinou manuální zručností, zvláštní pohyby při běhu, neschopnost naučit se míčové hry, problémy s rovnováhou či rytmem (Attwood, 2005, s.101-108);
- Hluboký zájem o specifický obor, jev či věc - tento konkrétní zájem má pro jedince s Aspergerovým syndromem absolutní prioritu ve všech oblastech jeho jednání. Jedná se často o čísla, seznamy, řády, stroje či výsledky sportovních utkání. Zároveň je zájem spojen s vytvořením rituálů a rutinní činností (Attwood, 2005, s.87-100).

Od klasického autismu tento syndrom odděluje nepřítomnost opoždění vývoje řeči a kognitivních schopností. Značná je i výše popsaná nemotornost, která spolu s ostatními odlišnostmi přetrvává i v dospívání a dospělém věku (MKN-10, 2009, s.249). Jedinci s Aspergerovým syndromem se ve většině případů vyskytují v průměrném pásmu inteligence, ne ojediněle jsou však případy, kde některé oblasti myšlení jedince hraničí s genialitou či se u nich objevuje neobvyklé nadání (dostupné z [www.autismus.cz](http://www.autismus.cz)). Skutečností je, že výskyt Aspergerova syndromu je mnohem rozšířenější než autismus klasický. Diagnostikovat jej lze i u dětí, které by nikoho nenapadlo, že by mohly být autistické (Attwood, 2005, s.22).

### **2.1.2 Dětský autismus**

Ačkoli je tato porucha vzhledem k historii jádrem celého autistického spektra, odhaduje se, že jen třetina až polovina dětí s diagnostikovaným dětským autismem by splňovala podmínky původního Kannerova syndromu (Thorová, 2006, s.177). Tato vývojová porucha se projevuje u dětí do tří let věku. U některých z nich předchází manifestaci autismu zcela normální vývoj, například včetně prvních slov, následně se však zastaví a některé dovednosti mohou u dítěte vymizet (Pešová, Šmalík, 2006, s.67). Z hlediska psychopatologie zasahuje do všech tří oblastí narušení běžných psychických funkcí. Těmi jsou komunikace, sociální interakce a stereotypní omezené chování (MKN-10, 2009, s.248). Vnější projevům předchází to, že dítě nedokáže správně rozeznat, co právě prožívá a většinou nerozumí tomu, co slyší a vidí. Neumí vyhodnotit jazykové a smyslové informace, které k němu přicházejí. Zároveň často bývá spojen s dalšími psychickými i fyzickými poruchami, jako jsou epilepsie nebo mentální retardace. Dalšími rysy vedle narušených sociálních a komunikačních dovedností jsou pak záchvaty vzteku

a agrese, poruchy spánku či příjmu potravy, problémy s tvořivostí a rozhodováním nebo různé strachy a fobie (dostupné z [www.autismus.cz](http://www.autismus.cz)).

Stupeň závažnosti dětského autismu se u jednotlivců velmi liší. Závisí to především na míře projevů jednotlivých symptomů a jejich závažnosti. V dospívání a dospělosti je většina autistů alespoň částečně závislá na asistenci. Samostatně zvládne fungovat jen malé procento postižených autismem. Určujícím prvkem je především míra adaptability. Nejzávažnější se ukazují případy, kdy jedinci nebyla včas správně diagnostikována porucha, což mělo za následky nepřiměřené jednání a reakce okolí, špatný přístup v péči a vzdělávání. Rodiče byli často odmítáni při pokusech o začlenění dítěte do kolektivů nebo sami odmítali dítě zařadit do školy (Thorová, 2006, s.181-182).

### **2.1.3 Atypický autismus**

Atypický autismus je vyčleněn jako samostatná porucha autistického spektra odlišnostmi od dětského autismu. Dříve se skrývala pod pojmem „autistické rysy“. To především proto, že některé oblasti vývoje dítěte mohou být méně narušeny, než u klasického autismu (dostupné z [www.autistickedite.cz](http://www.autistickedite.cz)). Tato porucha může být dítěti diagnostikována, pokud se u něj začaly příznaky poruchy vývoje objevovat až po třetím roce věku nebo v případě, že se nevyskytují symptomy ze všech tří psychopatologických oblastí nutných pro stanovení diagnózy autismu (MKN-10, 2009, s.248). Pro diagnostiku jsou zde ještě další dvě možnosti, které neuvádí MKN-10, a to výskyt abnormit ve všech třech problematických oblastech, ale frekvence a četnost symptomů je nižší než u běžného autismu, nebo se jedná o přidružení autistického chování k těžké mentální retardaci. Běžné jsou pro skupinu atypických autistů problémy s navazováním vztahů a zvláštní přecitlivělost na různé vnější podněty. V čem se atypický autismus od dětského neliší, je potřeba intervence a náročnost péče o daného jedince (Thorová, 2006, s.184).

### **2.1.4 Rettův syndrom**

Tento syndrom, který se vyskytuje pouze u dívek, vzniká mutací genu na chromozomu X. Genetické vyšetření, díky kterému se syndrom dá odhalit, je dostupné i v České republice, a to od roku 2001 (dostupné z [www.autismus.cz](http://www.autismus.cz)). Počátek této vývojové poruchy se uvádí mezi 7-24 měsícem věku dítěte, do té doby vývoj probíhá standardně. Počátečními projevy jsou postupná ztráta řeči a problémy s motorikou (např. nemotornost při chůzi a používání paží a rukou), zároveň dojde k zástavě růstu hlavy (MKN-10, 2009, s.248). Rettův syndrom je spojen s poruchami inteligence, a to až s hlubokou mentální retardací. Dalšími projevy jsou častý pláč a nervozita, ztráta komunikačních dovedností,

poruchy spánku a dýchání, problémy s trávicím systémem, zvláštní opakované pohyby rukou a apraxie – neschopnost ovládat své tělo – která často vede k frustraci (dostupné z [www.rett-cz.com](http://www.rett-cz.com)). U mnoha dívek dochází k různým záchvatovým onemocněním, především k epilepsii, a to u přibližně 80 % pacientek. Začne se objevovat okolo čtvrtého roku a v adolescenci mají frekvence i náročnost záchvatů tendenci slábnout (Thorová, 2006, s.214).

### **2.1.5 Dětská dezintegrační porucha**

Dětská dezintegrační porucha neboli podle svého objevitele Hellerův syndrom, se od dětského autismu opět liší příchodem autistického regresu. Dítě se vyvíjí zcela normálně, a to až do náhlého nástupu poruchy a s ní přicházející deteriorace. Ke zlomu nejčastěji dochází mezi třetím a čtvrtým rokem dítěte, může se však posunout až k hranici deseti let. Ztráta komunikačních a sociálních dovedností je zde markantnější než u dětského autismu. Dochází ke stagnaci vývoje, která může, ale nemusí, pokračovat obdobím zlepšení. Nikdy už však není dosažena úroveň dovedností v normě. Projevy přidané k dezintegrační poruše jsou agresivita, hyperaktivita, motorická neobratnost, emoční labilita a neobvyklé reakce na slyšené podněty (Thorová, 2006, s.193-196). Z hlediska intelektu je porucha spojena s mentální retardací. Zdroje uvádí 70 % výskyt epilepsie či jiných EEG abnormalit, což je o 40 % více, než u dětí s typickým autismem (dostupné z [www.autismus.cz](http://www.autismus.cz)).

Terapie i postupy ve vzdělávání jedince s dětskou dezintegrační poruchou jsou stejné jako u dětí s autismem, kvůli rychlému nástupu symptomů je však mezi PAS tato porucha nejproblémovější (Thorová, 2006, s. 204).

### **2.1.6 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací**

Tato porucha se diagnostickými kritérii vymezuje od autismu, dětské dezintegrační i hyperkinetické poruchy. Jak napovídá název, jedná se o nestandardní symptomy v motorice a inteligenci. Dítě se projevuje typickým neklidem, opakovanými pohyby celého těla, neschopností vydržet v klidu, přehnanou aktivitou, neustálým pobíháním či skákáním. Jeho inteligence sahá pod IQ 50 (MKN-10 uvádí dokonce hranici IQ 34). Stejně jako u autistických dětí jsou zde patrné stereotypní vzorce chování, rituály. Mezi kritérii pro diagnostiku této poruchy však patří i sebepoškozování. Na rozdíl od ostatních autistů však tito jedinci mohou navazovat oční kontakt, používat mimiku a gestikulaci, občas navazují vztahy s vrstevníky za účelem společné aktivity. Výjimkou nejsou ani potřeba útěchy či projevu náklonnosti k jejich osobě, projevy radosti či jiná forma sociálního kontaktu napodobující odpovídající úroveň vývoje (Thorová, 2006, s.210). K tomuto

syndromu se často ve vývoji přidruží další vývojové poruchy a opoždění (MKN-10, 2009, s.249).

### **2.1.7 Jiné pervazivní vývojové poruchy**

Pro tuto formu PAS nejsou přesně stanovena diagnostická kritéria. V Evropě není toto označení příliš časté. Míra narušení komunikace a sociální interakce nedosahuje míry jako u autistických jedinců či u atypického autismu. Výrazně narušená bývá u dětí s touto poruchou oblast představitosti (dostupné z [www.vzdelavaniaautismus.cz](http://www.vzdelavaniaautismus.cz)).

## **2.2 Projevy v chování**

### **2.2.1 Autistická triáda**

Jak již bylo popsáno v kapitole 1, poruchy autistického spektra se navenek projevují třemi oblastmi deficitů. Tyto problematické okruhy nazvala Lorna Wingová, britská lékařka, *Autistickou triádou*. Symptomy, které jsou zahrnuty pod tímto termínem, jsou společné pro všechny PAS. Jedná se o sociální chování a interakci, komunikaci, představitost a specifické zájmy (dostupné z [www.vzdelavaniaautismus.cz](http://www.vzdelavaniaautismus.cz)).

#### **2.2.1.1 Sociální chování**

Sociální interakce je následně rozdělena na pět různých typů. V rámci diagnostického závěru by mělo být uvedeno, pod který z těchto typů jedinec spadá. Nejedná se o projev stabilní, ale proměnný spolu s věkem postiženého.

- Osamělý typ – jde o samotářský styl projevu bez zájmu o mezilidskou interakci. Děti se vyhýbají vrstevníkům a hře, nekomunikují, nepožadují kontakt s rodiči. Dávají přednost ústraní a pozorování, na druhou stranu mohou být ve své sebestřednosti i agresivní. Reakce okolí jsou jim lhostejné.
- Pasivní typ – tito jedinci už mají v malé míře potěšení ze sociálního kontaktu. Sami ho nenavazují, ale ani striktně neodmítají, spíše přijímají. I zde jsou nedostatky ve vyjadřování vlastních potřeb. Schopnosti jako sociální intuice, empatie, komunikace či sdílení jsou velmi omezené.
- Aktivní zvláštní typ – jedná se o typ často spojený s hyperaktivitou, extrémní gestikulací a mimikou. Autisté s tímto druhem sociální interakce mají problém chápat hranice a přiměřenost kontaktu s druhými, a to jak v oblasti fyzické (např. proxemické zóny), tak v oblasti komunikace, kde převládají monology na téma jejich zájmů či nevhodné dotazování.



- Formální, afektovaný typ – název vypovídá o typické formálnosti řečového projevu, souvisejícího s vyšším IQ. Pedantické je i dodržování předpisů, rituálů a pravidel. Tito jedinci jsou zdvořilí, doslovně chápou veškeré informace, jejich chování je však odtažitě až chladné. Zájmy mají encyklopedický charakter.
- Smíšený, zvláštní typ – Chování těchto autistů je vždy závislé na prostředí a situaci. Je zde přítomno velké kolísání ve formě sociální interakce. Jedinci vykazují prvky všech výše zmíněných typů.

(Thorová, 2006, s.64-76)

### **2.2.1.2 Komunikace**

Ve vývoji řeči autistického dítěte jsou zaznamenány mnohé odchylky. Pokud si jedinec řeč vůbec osvojí, k čemuž zhruba v polovině případů nedochází, problémy s komunikací jsou většinou prvními zjevnými symptomy, kterých si rodiče všimají (Thorová, 2006, s. 98)

Oddělení oblasti komunikace od sociální interakce se v autistické triádě může zdát za některých okolností umělé. Především proto, že schopnost komunikovat, a to jak verbálně, tak nonverbálně, je vždy závislá na typu sociálního chování. Autisté se zde dají rozdělit na spíše hyperaktivní a spíše hypoaktivní. Podle toho, k jaké z těchto skupin jedinec patří pak vykazuje velkou a nezadržitelnou, nebo naopak malou až téměř žádnou potřebu komunikovat se svým okolím. Pod komunikaci zároveň patří i schopnost přijímat informace. Některé děti mívají stavy, kdy mezi několika působícími podněty, ač pro ostatní lidi naprosto nenápadnými, nedokážou zaměřit pozornost na jeden důležitý, kterým často bývá obsah sdělení mířící k němu. V této receptivní části komunikace se nejedná o záměrné přehlížení komunikátora (Gillberg, Peeters, 2003, s.23).

### **2.2.1.3 Představivost a zájmy**

Odlišnosti v zájmech a hře mezi autisty a jejich zdravými vrstevníky je dán narušeným vývojem představivosti. Schopnost imaginace je u většiny jedinců omezena, a i u případů, kdy má dítě představivost naopak velmi bohatou a barvitou, jsou jejím předmětem pouze specifické zájmy a předměty (Gillberg, Peeters, 2003, s.29). K představivosti dítěte neodmyslitelně patří i schopnost napodobovat své okolí, z níž se postupem času vyvíjí komplexnější schopnost plánovat. Proto má porucha představivosti několik negativních dopadů. Jednak se běžně nerozvíjí hra jako základní kámen procesu učení, kvůli čemuž

nastávají problémy s pochopením záměrného, většinou symboly provázeného, jednání lidí (Beyer, Gammeltoft, 2006, s.32). Autisté proto vyhledávají situace, které jsou průhlednější a předvídatelnější, aby jim lépe porozuměli, což je vede k činnostem typickým pro mladší jedince, a zároveň zde začíná stereotyp jejich zájmů. Nové činnosti pro ně nejsou zajímavé. Stereotyp se objevuje v motorice, kresbě, manipulaci s konkrétními předměty nebo zájmu o daný jev (Thorová, 2006, s.117-118). Stereotyp také napomáhá vytváření rituálů a může přecházet až v obsedantní chování. Pokud přijde náhlá a předem neopodstatněná změna, která naruší rituál či zájmovou činnost, může to vést ke stresu a úzkosti nebo agresivnímu jednání (Howlin, 2009, s.112).

### **2.2.2 Variabilní rysy**

V krátkosti zde budou zmíněny některé vedlejší rysy a přidružené symptomy Poruch autistického spektra. Většina z nich už byla přiřazena k jednotlivým poruchám v kapitole, ve které poruchy byly charakterizovány. Je nutné dodat, že některé z těchto variabilních projevů se vyskytují až u dvou třetin postižených autismem. Nejedná se tedy o výjimečné odlišnosti u několika případů (Thorová, 2006, s. 130).

Vedle symptomů autistické triády se u autistů často objevují poruchy smyslů. Mezi odchylky patří percepční hypersenzitivita a hyposenzitivita nebo ulpívavý zájem o některé vjemy. Tyto poruchy nejčastěji figurují u sluchového, zrakového vnímání a doteků. Nejsou ale výjimkami děti, které na základě smyslové odlišnosti preferují některé chutě a vůně. Opakem libosti bývají nepřiměřené reakce spojené s vysokou citlivostí na podnět. Například sem může patřit strach až panická reakce ze zvuků, neslušné zírání na jeden objekt, zvracení po přítomnosti nelibého zápachu či vůně, konzumace a olizování nestravitelných předmětů nebo svlékání z důvodu nesnesitelného doteku oblečení (Thorová, 2006, s.130-135).

Další problémovou oblastí je motorika. Ta se projevuje především v opožděném motorickém vývoji, který ale u některých jedinců může probíhat v normě. Problematická bývá především koordinace a obratnost. Zvláštnosti v motorice se projevují často jako stereotypní pohyby a tiky, chůze po špičkách, napodobování pohybů, vůlí neovlivnitelné sebepoškozování, odlišnosti v kresbě a písmu. K deterioraci motoriky dochází pravidelně jen u Rettova syndromu (Thorová, 2006, s.136-143).

Mezi variabilní rysy patří i nejrůznější emoční projevy, jako jsou úzkost, fobie a strachy, zlost a agresivita, pláč nepřiměřený situaci či naopak nereagování díky hyposenzitivitě (Thorová, 2006, s.160,162).

Poslední okruh tvoří problémy v chování lidí s PAS. Běžně se vyskytují problémy s chováním sexuálním, které jsou způsobeny především neschopností rozeznat, co je intimní a co veřejné. V různém věku přichází nesnáze se spánkem jako nespavost, noční můry, noční chození po bytě atd. Nejen spánek, ale i jídlo může být v jisté fázi potíží. Jídlo si autisté propojují s vlastními rituály, omezují konzumaci jen na několik vybraných potravin či odmítají jídlo na základě konzistence či barvy (Thorová, 2006, s.174).

## **2.3 Diagnostické prostředky**

V úvodu práce bylo zmíněno, že diagnostické prostředky se za poslední desetiletí zkvalitnily a tím vzrostl i počet správně diagnostikovaných autistů. V tomto směru by mohlo být jednoduché udělat chybu, protože autisté se se svými komunikačními odlišnostmi mohou často projevat stejně, jako lidé s poruchami myšlení (Howlin, 2005, s.225). Přitom se ve většině případů jedná o odlišnou interpretaci a následnou reakci, kterou zdravý jedinec posuzuje jako projev poruchy myšlení. Změna nenastává v uvažování o daném problému ale už v rozdílném přijímání informace (Vermeulen, 2006, s.34). Pokud se tedy nejedná o člověka dostatečně kompetentního ve všech oblastech diagnostiky PAS, snadno může dojít k poškození klienta (Šnýdrová, 2008, s.133).

Vzhledem k tomu, že neexistuje žádný biologický test, který by odhalil autistickou poruchu, jsou diagnostické prostředky zaměřeny na monitoring a popis chování jedince. Proces stanovení diagnózy se dělí na dvě základní části. Poté, co rodiče či pediatr pojmu podezření, probíhá psychologicko-psychiatrické vyšetření nejlépe za pomoci speciálního pedagoga. V této fázi je dítěti pouze potvrzen, nebo vyvrácen některý z autistických syndromů. Druhá část je spíše mezioborovým výzkumem, kdy se prověřuje stav CNS a zjišťuje se případná přítomnost přidružených somatických nemocí a jiných psychických anomálií (dostupné z [www.autismus.cz](http://www.autismus.cz)).

### **2.3.1 Screeningové a diagnostické nástroje**

Nástroje pro stanovení diagnózy PAS jsou především strukturované rozhovory, screeningové dotazníky a posuzovací škály (dostupné z [www.dobromysl.cz](http://www.dobromysl.cz)). Práce uvede vybrané metody, které jsou nejčastěji používány v České republice.

- CARS (Childhood Autism Rating Scale) – Asi nejpoužívanější testovací škála v ČR. Složena je z patnácti položek týkajících se komunikace, sensorické aktivity, úrovně nervozity a emočních reakcí, motoriky a hry, intelektových dovedností a sociální interakce. Výsledkem vyhodnocení škály není diagnóza,

pouze potvrzení či vyvrácení PAS a její závažnost (dostupné z [www.dobromysl.cz](http://www.dobromysl.cz)).

- ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) – Tento semistrukturovaný rozhovor s rodiči dítěte či dospělého s podezřením na autismus testuje jedince ve třech oblastech autistické triády – komunikaci a jazykových dovednostech, sociální interakci a stereotypních a opakujících se zájmech a chování. Zahrnuje 93 položek. Některé z oblastí ADI-R jsou ohraničeny věkovým limitem pro užší skupinu jedinců. Doba administrace trvá 90 minut a déle, což závisí na věku diagnostikovaného (dostupné z <https://research.agre.org>).
- ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) – Podle řečových dovedností a věku jsou rozděleni jedinci pro testování autistických symptomů do pěti skupin. Po vyšetření, které probíhá formou aktivit, je stanovena intenzita autistických příznaků v oblastech komunikace a sociální interakce (dostupné z [www.testcentrum.cz](http://www.testcentrum.cz)).
- ASAS (The Australian Scale for Asperger's syndrome) – Jedná se o dotazník vhodný pro děti ve věku mladšího školního věku, kdy jsou nejzjevnější projevy v chování a vlastnosti typické pro Aspergerův syndrom. Otázky s posuzovací škálou jsou rozděleny do šesti bloků, a to: Sociální a emocionální dovednosti, komunikační dovednosti, kognitivní schopnosti, specifické zájmy, motorické dovednosti a další charakteristiky. Pokud po vyhodnocení dojde k podezření na Aspergerův syndrom, následuje doporučené vyšetření u klinického psychologa (Attwood, 2005, s.22-25).
- CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) – Nástroj, který poukazuje na možnost ohrožení a výskyt autismu u malých dětí. Test se většinou dělá v rozmezí 16 a 30 měsíců věku dítěte. Ve dvou částech odpovídají na otázky rodiče a pozoruje dítě pediatr. Otázky se většinou týkají primárních zájmů a chování dítěte jako jsou ukazování na předměty a opakování pohybů po rodičích, také však obav rodičů při výskytu odlišností v chování dítěte (dostupné z [www.centriaautism.com](http://www.centriaautism.com)).

### **2.3.2 Psychologické vyšetření**

Diagnostické vyšetření, které následuje po otestování jedince a potvrzení poruchy autistického spektra, probíhá ve dvou fázích. Rozdílná jsou vyšetření podle věku dítěte. Testovat lze i dospělého jedince s PAS.

První fázi tvoří vždy konzultace s rodiči. Jde o shrnutí předešlých vyšetření, informací ze školky či školy a různých výtvarných děl. Zároveň jsou zjišťovány názory a přístupy rodičů k dítěti a jeho poruše. Další fází je pozorování jedince s PAS samotného. První půl hodinu tvoří pozorování dítěte při volné činnosti, další hodinu pak určuje činnost vyšetřující lékař. Zahrnuje i věku adekvátní inteligenční testy. Sleduje se především míra aktivity, spolupráce, projevy problémového chování, emoce, způsob myšlení, řečový i nonverbální projev a zjevná motorika (Thorová, 2006, s.278, 282).

## **2.4 Intervence**

Intervence u lidí s Poruchou autistického spektra může být velmi rozmanitá. Vždy je jejím úspěšným počátkem správná diagnostika v raném věku dítěte. Vzhledem k různorodosti symptomatiky a projevů u jednotlivých případů nelze určit jednotný postup pro správnou intervenci. Vždy záleží na individuálních potřebách, dovednostech a závažnosti postižení (Howlin, 2005, s.143). Jak odborné, tak alternativní směry terapie se však většinou shodují, že základem kvalitní pomoci jsou metody postavené na vzdělávacích programech. Jedná se o dlouhodobý proces, který by měl být podporován dalšími nápomocnými faktory, jako jsou spokojenost rodiny či snaha o zajištění co nejběžnějšího možného průběhu života jedince s PAS (Thorová, 2006, s.382). Dále budou popsány vybrané metody intervence.

### **2.4.1 Strukturované učení**

Za strukturované učení je považován vzdělávací program vycházející z behaviorálních teorií, který má určená jednoznačná pravidla a obsahuje přehledný sled aktivit pro jedince s PAS. Jeho principem je zrušení chaosu, který v běžném životě autistu obklopuje, a na jeho místo přináší předvídatelnost, řád a pocit bezpečí. Neschopnost předvídat proč, kdy a co se bude dít, dostává autistické jedince do stresových situací, které jsou spouštěči problémového chování. Zároveň tyto nezodpovězené otázky naplňují jedince pocity frustrace, nesamostatnosti a selhání. Součástí této metody je nejen postupné odstraňování deficitů spojených s poruchou, ale zároveň podpora a rozvoj silných stránek jedince s PAS (Čadilová, Žampachová, 2008, s.25-32).

Strukturované učení zahrnuje strukturalizaci v několika oblastech. Mezi ně patří jasná struktura pracovního prostředí, které může pro danou činnost představovat ze všech stran dobře přístupná pracovní deska nebo systém polic a regálů, kdy předměty pro konkrétní úkoly mají vždy své vlastní místo. Další oblastí je časový harmonogram. Míra důležitosti konkretizace časového údaje je pro lidi s PAS individuální. Vytváří se pak pomůcky pro vizualizaci denního režimu, jako jsou nástěnky či přenosné lišty, na které je možno suchým zipem přilepit karty s jednotlivými činnostmi. Neméně důležité je vytvořit strukturu pro úkol či aktivitu, kterou má dítě vykonat. Mělo by vždy být zřejmé, jakým způsobem bude jedinec pracovat a kolik času aktivita zabere (Čadilová, Žampachová, 2008, s.33-46).

- TEACCH – Vzdělávací program od Erica Schoplera ze sedmdesátých let 20. století je postavený na individualistickém přístupu ke každému z autistických dětí. Jejich odchylku chování od normy odmítá na základě názoru, že nic jako normální chování neexistuje. Během výuky jsou v tomto programu rozvíjeny zájmy a silné stránky osobnosti jedince. Používány jsou často vizuální pomůcky a strukturované prostředí. Na rozdíl od behaviorálních programů se méně zaměřuje na deficity spojené s poruchou (Richman, 2006, s.14,15).
- Higashi – Slovo *higashi* znamená v překladu z japonštiny slovo naděje. Tento program je cílený k tomu, aby autistický jedinec dokázal ovládnout svoji poruchu. K tomu se používá několik zásadních principů. Děti jsou vyučovány ve dvou až čtyř členných skupinách. Klade se velký důraz na strukturovanost a opakovatelnost. Jednou z technik je imitace, a to verbální či vokální, motorická a vizuomotorická. Tento program v České republice nebyl zaveden (Thorová, 2006, s.387).

#### **2.4.2 Behaviorální terapie**

ABA, aplikovaná behaviorální analýza, je terapeutický směr, který vznikl v 60. letech na univerzitě v Los Angeles pod vedením významného psychologa Ivara Lovaase. Techniky, které používá, jsou zaměřené na postupnou eliminaci až odstranění nežádoucích vzorců chování, a naopak posilování chování vhodného. Používá již osvojené a zvládnuté dovednosti dítěte, na kterých staví a propojuje znalosti nové. Čím dříve se s behaviorální terapií začne, tím větší je pravděpodobnost korekce deficitu. Její nevýhodou pro rodinu je velká časová, a tedy i finanční, zátěž. Pro dosažení efektivity je nutná pravidelnost a intenzita až 40 hodin týdně (dostupné z [www.aut-centrum.cz](http://www.aut-centrum.cz)).

### 2.4.3 Návčik komunikačnřích dovedností

Jak už bylo uvedeno výše, problémy s osvojením řeči jsou jednou ze tří nejzásadnějších problémových oblastí autistické poruchy. Návčik komunikačnřích dovedností je tedy nezbytnou součástí intervence. Jeho následkem může být zmřrnění negativních projevů chování vyvolané neschopností dítěte něčemu porozumět či se správně vyjádřit a předat informaci. U některých dětí jde o zásah do verbální složky jazykového projevu, u některých se speciální pedagogové potýkají spřš s mylným využíváním neverbálních posunků, gest a mimiky. U těchto jedinců se využívá návčik určení emocí a přání pomocí karet s obrázky, fotografií, videozáznamů a dalších pomůcek (Howlin, 2005, s.62-64).

Až v polovině případů se autistickým dětem řeč nepodaří osvojit. I tato skupina však má možnost naučit se komunikovat. Existuje několik alternativních řečovřých systémů založenřých na principu obrázků, ukazování a znakovřých posunků. Pro příklad práce uvede asi nejpoužívanější a nejúspěšnější systém VOKS (Výměnný obrázkový komunikačnří systém), jehož výhodou je do detailů propracovaný metodický materiál, vysoká motivačnří úroveň a krátká doba, za kterou si dítě systém osvojí. Jde o způsob komunikace, kterou iniciuje samo dítě formou přinášení obrázkovřých kartiček ze svého vlastního zásobníku. Jejich osvojení se provádí motivačnří formou výměny obrázku za oblíbený předmět. Postupně se dítě učí sestavit i krátké věty. Kromě komunikace má VOKS i pozitivní účinky na psychickou pohodu a radost jedince a redukuje agresivní projevy (Knapcová, Jarolřimová, 2006, s.199-203).

### 2.4.4 Integrace a vzdělávání

*„Chcete-li rozumět sociálnímu kontextu, musíte se jich účastnit. Například chcete-li se dozvědět něco o lásce, musíte se zamilovat. Chcete-li pochopit přátelství, musíte mít přátele.“*

(Beyer, Gammeltoft, 2006, s.44)

Často probíranou otázkou s rozporuplnřými názory je v dnešní době začlenění autistických dětí s osobním asistentem do běžných škol. Na obou stranách, jak u integrovaného, tak segregovaného typu vzdělávání, existují určité výhody, ale zároveň i nedokonalosti. Na prvním místě by však při vzdělávání dítěte s PAS stál jeho individuální potřeby vycházející z konkrétnřích symptomů a dovedností. Proto je pravděpodobné, že se v průběhu školní docházky ideální forma vzdělávání jedince změní. Podle literatury by bylo nejlepřším řešením nechat děti v mladřším věku projít speciální formou vzdělání, aby

se naučili základy, na kterých by pak mohly v pozdějším věku stavět při získávání znalostí v integraci s ostatními zdravými dětmi pomocí běžných školních osnov. Důležité je samozřejmě kvalitní vzdělání a zkušenosti osobních asistentů a pedagogů, kteří s autisty během vzdělávání pracují (Howlin, 2005, s.143).

#### **2.4.5 Intervence v rodinném prostředí**

Pravdou je, že nemoc vlastního dítěte nesou rodiče vždy hůř než svou vlastní. Není vůbec jednoduché se po stanovení diagnózy vyrovnat s okolnostmi, které postižení dítěte do rodiny přinese. Proto je důležité, aby s rodinami pracovali od samého počátku velmi empatictí odborníci. Přítomnost psychologické intervence, která by měla stavět na znalostech obecných zátěží pro rodinu, je zde stejně důležitá, jako strukturovaná práce s autistickým dítětem (Pešová, Šmalík, 2006, s.21). Rodinná pohoda a pozitivní atmosféra domácího prostředí je pro dítě s PAS velmi důležitá. Nastavit však za dané situace podmínky výchovy a rodinného soužití tak, aby co nejvíce podporovaly zlepšení vývojového deficitu dítěte a zároveň umožňovaly co nejběžnější život, není bez zkušené pomoci snadné. Rodiče by neměli investovat veškerou svou energii do dění kolem malého autisty, ale věnovat se také sami sobě, nedávat si situaci za vinu a užívat si jiné činnosti bez dětí. V případě problémového jednání, špatného soužití a vztahů je vždy možnost využít služeb rodinné psychoterapie, která si klade za úkol najít novou cestu zdravého vývoje rodiny a odstranit nežádoucí a špatně zafixované normy a pravidla (Thorová, 2006, s.396).

#### **2.4.6 Interaktivní metody**

Interaktivní techniky v intervenci u lidí s PAS jsou využívány jako motivační prvek a také jako doplňkové relaxační aktivity a zájmová činnost ve volném čase dítěte. Zároveň mohou mít příznivé účinky na rozvoj motoriky a koordinace, komunikační dovednosti a mohou pomáhat odstranit stres či agresivitu. Tyto techniky jsou postupně zařazeny do strukturovaného programu a denního režimu jedince s PAS. Je nutné předem promyslet, jestli s danou metodou nebude mít jedinec problém, a to z různých důvodů, jako jsou hypersenzitivita a nepřiměřené reakce na některé podněty, fobie nebo nedostatky v motorických funkcích. Důležité je vnímat tyto techniky jako něco navíc, co může přispět ke zlepšení stavu dítěte, nikoli jako hlavní léčebnou metodu (Žampachová, Čadilová a kol., 2015, s.111,112).

Mezi nejčastěji využívané a nejnámější intervenční techniky patří:



- Arteterapie – V užším pojetí je tímto pojmem označena expresivní výtvarná umělecká forma práce s klientem. Hlavním cílem této techniky je samotný kreativní proces tvorby díla a zároveň vytváří pozitivní vztah mezi klientem a psychoterapeutem. V rámci tvoření klient dostává prostor k sebevyjádření a sebepoznání. Rozbor díla může v některých případech napomáhat zpřesnit diagnózu.
- Ergoterapie – Terapie prací a činností je založena na manipulaci postiženého klienta s různými materiály ve svém okolí. Její výhodou je využitelnost v jakémkoli věku. Existují dvě základní formy ergoterapie. Jedná se o rukodělné činnosti jako modelování, vyřezávání, práce s textilem, a o nácvik činností z praktického života, kdy se klient učí pečovat o domácnost, postarat se sám o sebe či řešit problémové situace. Na rozdíl od arteterapie je ergoterapie zaměřená na výsledný produkt tvorby.
- Zooterapie – Jinak také nazývaná animoterapie, je terapie s účastí zvířat. Provádí se několika způsoby, podle toho, jakého výsledku chce dosáhnout. Zvíře může být použito jako prostředek pro aktivizaci klienta, jako prostředek pro nápravu některých fyzických či psychických funkcí, prvek, díky kterému získá klient nové poznatky a dovednosti, nebo v případě krizové intervence ke zlepšení momentálního psychického stavu či odbourání stresu. Mezi nejznámější formy zooterapie patří aktivity s koňmi – hipoterapie, a aktivity se psy – canisterapie.
- Muzikoterapie – Jedna z expresivních forem interaktivní terapie, která jako základní prvek používá složky hudby (např.: rytmus, dynamika, barva tónů, melodie). Neobsahuje jen aktivní činnostní složky jako zpěv, kompozici či hudební improvizaci pomocí nejrůznějších hudebních nástrojů, ale i složky receptivní, kdy klient především hudbu vnímá a prožívá. Pozitivní účinky jsou sledovány především v oblasti komunikace, emocí a schopnosti relaxace.
- Dramaterapie – Terapeutická disciplína, která pro své aktivity využívá dramatických a divadelních prvků. Na rozdíl od teatroterapie však do popředí staví samotný dramatický proces, nikoli vedlejší činnosti, jako jsou příprava kulís či kostýmů. S klienty se pracuje většinou ve skupinách s podobnou symptomatikou. K žádoucímu překonání problémů dochází jak v oblasti

tělesné aktivace, tak v oblastech motivace, kooperace, sebeprojekce a řečových dovedností.

- Terapie hrou – Jedná se o veškeré herní aktivity či prostředky, které jsou součástí promyšleného a komplexního plánu změny sociálního chování, komunikace a myšlení jedince. Od běžné hry se liší tím, že ji provozuje herní specialista či jiný psychologicky a pedagogicky vzdělaný odborník, který provází klienta jeho poruchou a spolupracuje zároveň i s rodinou. Terapie hrou je používána při hospitalizaci dětí v nemocnicích.
- Fyzioterapie – Tato forma terapie zaměřená na tělesnou a pohybovou stránku jedince vychází z klasické medicíny a jejích léčebných rehabilitačních postupů. Jako prostředky k dosažení co největší funkční zdatnosti používá masáže, tělesná cvičení, změny polohy těla a další pohybové i pasivní aktivity.

(Müller a kol., 2014, s. 38-78)

#### **2.4.7 Léčiva a PAS**

Poruchy autistického spektra jsou farmaky nevléčitelné, především i proto, že neexistuje jedna daná příčina poruchy, na jejíž léčbu by se mohli lékaři zaměřit. Farmakoterapie se u PAS používá na utlumení či odstranění nežádoucích přidružených potíží a nemocí. Léčiva tedy mohou zlepšit kvalitu života jedinců s autismem. Je důležité si uvědomit, že léčiva bez jakékoli další terapie jsou neúčinná a ve vyšší míře mohou mít negativní vliv na schopnost jedince účastnit se aktivit důležitých pro rozvoj. Na druhé straně je chybou úplné odmítání veškerých léků. Při správném dávkování a spolupráci s odborníkem mohou farmaka alespoň částečně vyřešit problémy s agresivitou a destruktivním či sebezraňujícím chováním, depresemi a úzkostmi, hyperaktivitou, poruchami spánku, epilepsií nebo emoční labilitou. Vždy je však důležité zvážit výhody a nevýhody účinků léku, které jsou v závislosti na symptomech velmi individuální. Může docházet i k paradoxní intenci, kdy se naopak stav jedince po užívání léku zhorší. Hledání vhodných léčiv by mělo probíhat v otevřené spolupráci a diskuzi rodiny a lékaře (Thorová, 2006, s.397,398).

## 3 STIGMA

### 3.1 Definice a dělení stigmatizace

Ve slovníku cizích slov je původem řecké slovo *stigma* překládáno především jako znamení, jizva či znak o něčem svědčící (dostupné z [www.slovník-cizich-slov.cz](http://www.slovník-cizich-slov.cz)). V antickém Řecku označoval tento pojem cejch vypalovaný otrokům, který sloužil k jejich snadnému rozeznání a vyloučení ze společnosti. Stigma už tehdy ústilo v diskriminaci a znamenalo, že se danému jedinci ostatní vyhýbali (Ocisková, Praško, 2015, s.11).

V Psychologickém slovníku je výraz stigma interpretován ve vztahu k psychickým a sociálním poruchám a autoři jej zde vysvětlují jako hanlivé označení jedince, které má negativní dopady na jeho začlenění do společnosti. Z toho vyplývající stigmatizace pak znamená připisování vlastností těmto jedincům i skupinám na základě sociálních předsudků (Hartl, Hartlová, 2000, s.565). Americký sociolog Erving Goffmann, který je pokládán za zakladatele moderní teorie stigmatu, popisuje stigma jako atribut, který má diskreditující vliv na svého nositele a sráží nebo poznamenává hodnotu jeho osobnosti. Nejedná se však o veškeré nežádoucí atributy, ale pouze o ty stereotypní a utvářející představy sociálního okolí o osobnosti jedince (Goffmann, 2003, s.10,11).

#### 3.1.2 Druhy stigmatu

Existují tři základní podskupiny stigmatu, rozdělené na základě toho, kdo skupinu či jedince stigmatizuje. Jde o stigma sociální, strukturální a internalizované.

- O sociální stigma jde v případě, že velká většinová skupina společnosti přijímá stereotypy a postoje vůči skupině stigmatizované.
- Strukturální neboli institucionální, stigma se projevuje negativním chováním ze strany členů veřejných institucí, jako jsou zdravotnická, školská či justiční zařízení. Následkem takového chování může být například omezování práv a příležitostí pro stigmatizované jedince.
- Internalizované stigma je v zásadě stigma zvnitřněné. Stigmatizovaný jedinec si postupně uvědomuje a následně přijímá postoje, se kterými je s ním jednáno v sociální interakci. V závěru procesu stigmatizovaný souhlasí se stereotypy a předsudky a aplikuje tato tvrzení na sebe.

(Ocisková, Praško, 2015, s.38)

Mezi stigmatizovanými jedinci se ještě rozlišují diskreditovaní a diskreditovatelní. Rozdíl je na úrovni znatelnosti či zjevnosti odlišnosti stigmatizovaného.

- Diskreditovaný je jedinec, který svou odlišnost, problém či vadu nedokáže skrýt, protože je sociálnímu okolí zřejmá při prvním kontaktu. Patří sem například nejrůznější poruchy řeči a odchylky v tělesném vzezření.
- Diskreditovatelný je ten, kdo může svou odchylku od normy skrýt nebo závisí na množství informací, které o sobě druhým poskytne. Problém pak může tvořit představa, že jedinec může být stigmatizován, pokud vyjde najevo, že patří ke konkrétní skupině, ke které se vážou negativní předsudky

(Goffmann, 2003, s.54,55).

## **3.2 Postoje společnosti**

Postoj většiny vůči menšině, která vybočuje z řady, byl v průběhu historie většinou negativní. Od již zmíněných otroků přes etnicky odlišné, fyzicky poznamenané jedince a lidi s ekonomickými problémy po duševně postižené, byli většinou vylučováni ze společnosti, trestáni nebo jim nebyla přístupná základní práva. Pro stigmatizaci si lidé vytvářeli nejrůznější vysvětlení, jen aby ospravedlnili sami sebe a své chování (Ocisková, Praško, 2015, s.21).

### **3.2.1 Stereotypy**

V oblasti sociologie jsou stereotypy popsány jako zjednodušené iracionální posuzování jedinců či skupin, jehož základem jsou často tradice a předsudky. Následkem přijetí stereotypu je možnost rychlého zařazení druhého jedince do určité kategorie, ke které ve společnosti běžně patří očekávání jisté formy chování, a to i bez předchozí vlastní zkušenosti. Součástí stereotypu je tedy i zastírání individualit, kdy jsou opomíjeny charakterové vlastnosti i jedinečné schopnosti a dovednosti každého člena skupiny. Stereotypy jsou většinou relativně stabilní v čase, existují však faktory, které je mohou pomalu pomoci změnit, jako jsou nejrůznější hnutí a humanitní organizace. Mezi příčiny vzniku stereotypu může patřit například propaganda.

Stereotypy je možné rozdělit na dvě roviny. První z nich jsou takzvané auto-stereotypy, které vychází z posuzování skupiny jedincem, který do této skupiny patří. Jde tedy o představu, kterou stereotypně přijímají jedinci sami o sobě. Stigma vycházející z těchto stereotypů je nazýváno sebestigmatizací. Druhou rovinu představují hetero-

stereotypy, což jsou posudky lidí ze skupiny, do které jedinec sám nepatří. Zdraví lidé si tak vytvářejí neopodstatněné představy o nemocných, nevěřící o příslušnících náboženství atd. (Ocisková, Praško, 2015, s. 22)

### **3.2.2 Labelling**

Na samém počátku vzniku stigmatu stojí tzv. značkování (labelling, z anglického label – „nálepka“ či „značka“). Jde o zaznamenání charakteristik osobnosti, které jsou odlišné od společenské normy. Obdržením takové značky dochází postupem času k vytvoření stereotypu, ze kterého se může stát status, a následnému vyloučení ze společnosti. Za používání nálepkování se zavedlo i používání diagnostických odborných názvů jako negativních označení a nadávek, které s původním významem už nemají nic společného. Často mezi ně patří právě názvy duševních onemocnění. Značkovací reakce však může mít i pozitivní vliv na stabilizaci či nápravu chování jedince. To se děje prostřednictvím změny nahlížení na vlastní osobnost s cílem zbavit se přidělené nálepky (Ocisková, Praško, 2015, s. 23-25).

### **3.3 Stigma duševně nemocného**

Problém stigmatizace duševně nemocných vzniká u samého počátku vytváření předsudků, a to nevědomosti. Laická veřejnost většinou nedokáže oddělit jednotlivé kategorie duševního onemocnění a každého psychiatrického pacienta tak automaticky vnímá jako blázna. Na špatné pochopení problematiky má samozřejmě vliv různorodá symptomatika jednotlivých poruch, z čehož vyplývá neschopnost ohraničit, kde tato nemoc začíná a kde končí. Představy o tom, že psychické poruchy nejsou skutečná nemoc a že si je lidé mohou jen vymýšlet, jsou hluboce zakořeněny. Přistoupit na výklad, že se nejedná o morální selhání člověka, ale poruchu v oblasti mozku, je nelehký úkol. Na duševní poruchu se hledí jako na důsledek lidské slabosti (Libiger 2002). Z různých výzkumů plyne, že vždy zhruba polovina respondentů uvažuje o lidech s duševními poruchami jako o nebezpečných a agresivních, nepředvídatelných a nedůvěryhodných, zbavených inteligence. Ačkoli se ve velkém množství vyskytují pocity lítosti, společnost si od psychicky nemocných zachovává odstup a nadpoloviční většina dotazovaných souhlasí s názorem jejich izolace (Ocisková, Praško, 2015, s. 27,28).

Problémy plynoucí ze stigmatizace snižují kvalitu života jedince trpícího duševní poruchou. Kvůli veřejností přijímaným stereotypům a postojům, které vedou ke strachu a snaze vyhnout se odlišnému, ztrácejí stigmatizovaní možnost získat dobrou práci,

kvalitní zdravotnickou péči nebo bezpečný domov. Je pro ně těžké, až nemožné, zapojit se do běžných aktivit a dostat se do jiné než právě stigmatizované skupiny lidí. Reakce okolí bývají nejčastěji odmítavé a vedou k diskriminaci. Ani vzdělání v oblasti psychologie a psychiatrie v mnoha případech nebrání odborníkům podporovat stereotypy o mentálních poruchách. Zajímavé je, že se míra stigmatizace duševních poruch liší v závislosti na kultuře. Nejvíce jí podléhají země západního světa, méně viditelná je v Asii a Africe. V zemích islámské kultury se téměř vůbec nevyskytuje (Corrigan, Watson, 2002, s.16,17).

Souvisejícím problémem je i tzv. přenesené sekundární stigma na blízké okolí stigmatizovaného jedince. Rodina, opatrovníci či přátelé jsou kvůli svému vztahu s duševně nemocným vystavováni negativnímu chování a často jsou vůči nim vytvářeny ještě horší předsudky. Stigmatizace se pak týká nejčastěji matek, které jsou posuzovány na základě chování dítěte, a dochází k ní i ze strany manželů či členů rodiny (Dehnavi, Malekpour, Faramarzi, Talebi, 2011, s. 252).

### **3.4 Sebestigmatizace**

Sebestigmatizace má ve většině případů negativní vliv na léčbu či ustálení projevů nemoci pacienta a také na správné stanovení diagnózy. S přijímáním stigmatu vůči sobě jedinec prohlubuje svůj stud a sebekritiku a utvrzuje se tak v psychickém onemocnění. S rostoucím stupněm závažnosti onemocnění klesá množství a kvalita pozitivního prožívání. S tím je spojeno pesimistické uvažování, ztráta nadhledu, a odmítavý postoj k léčebnému procesu z důvodu nevyhovující představy o budoucnosti. Sebestigmatizací je nejvíce narušeno sebepojetí a sebehodnocení. Mění se obraz o vlastní identitě a hodnotě, snižuje se sebedůvěra, dochází k odcizení se okolím i sám sobě (Ocisková, Praško, 2015, s.38-40). U některých stigmatizovaných jedinců však může docházet k pocitu vzteku nad nespravedlností předsudků a stereotypů, který je následně vybičuje k aktivnímu zapojení se do vlastního léčebného procesu. Třetím případem jsou jedinci, kteří ke stigmatu zaujímají zdánlivě lhostejný postoj. Existují faktory, které ovlivňují přístup k vlastnímu onemocnění a podmiňují případnou sebestigmatizaci. Jsou jimi míra ztotožnění se se skupinou stejně postižených jedinců, kolektivní vyhodnocení stigmatu nebo subjektivní vnímání zákonitosti stigmatu v konkrétní situaci (Corrigan, Watson, 2002, s.17,18).

### **3.5 Stigma ve vztahu k autismu**

Kvůli velmi rozličné symptomatice nelze přesně určit míru stigmatizace vůči lidem s poruchami autistického spektra. Stigma se zde vztahuje spíše na jednotlivé symptomy

a projevy chování autistů, jako jsou například poruchy intelektu, odlišnosti v komunikaci a řečovém projevu, hyperaktivita či afektivní až agresivní jednání. Stejně jako u stigmatu obecně je předmětem určitý znak chování, který vybočuje z normy. PAS ve většině případů nejsou zjevné ani nijak nápadné po fyzické stránce, proto často dochází k vytvoření stigmatu o nevychovaném dítěti a symptomy jsou mylně chápány jako neposlušnost (Ling, Mak, Cheng, 2008, s. 238).

Dále je pak stigma vytvářeno na základě předsudků bez předchozí zkušenosti vůči samotnému pojmu autismus. Poukazuje pouze na to, že jedinec s PAS není podle společenských měřítek v pořádku, a proto je iracionálně stigmatizován. Kvůli tomu dochází i k posunu významu názvu této poruchy, například je využíváno jako nadávka.

### **3.5.1 Stigma v období školní docházky**

Jedním z období, kdy by dítě mělo získávat nejvíce kompetencí a životních zkušeností, je období školní docházky. Zde se však děti s PAS často setkávají se šikanou ze strany spolužáků a stigmatizovaným přístupem ze stran učitelů. Přístup pedagogů bývá často neúměrný žákovi s takovou poruchou. Existují předsudky o extrémně nadaných a talentovaných autistických dětech, z čehož mohou vycházet vysoké nároky učitelů na výkon žáka. Nenaplněná očekávání pak vedou k ponižování či zanedbávání speciálních potřeb žáka. Pokud učitel není dostatečně empatický a nepomáhá dítěti začlenit se, dochází k sociální izolaci až šikaně (Ling, Mak, Cheng, 2008, s. 238).

Příčiny vyloučení autistického jedince z třídního kolektivu mohou být různé. Závisí to především na typu poruchy. Žáci s PAS aktivního typu, často spojeného s ADHD, jsou většinou odmítáni pro své chování, které okolí vnímá jako nevychovanost, rozmazlenost a provokaci. Děti ve třídě se mohou vymlouvat a svádět své nedostatky a výstřelky chování na svého autistického spolužáka. Na druhou stranu je evidováno mnoho případů, kdy se žák s aktivní formou PAS sám aktivně účastní šikany. Jedinci s formálním typem PAS jsou většinou odmítáni spolužáky pro své důvěřivé a poctivé jednání, které je vnímáno jako žalování, donášení či odmítání porušit jakákoli pravidla. Terčem šikany se stávají snadno pro svou důvěřivost, doslovné chápání, sociální naivitu či knižní řeč. Pasivní typ autisty je ideální podmínkou pro agresora. Takový autistický žák se snaží být ve společnosti téměř neviditelný. Proto nijak neprezentuje své emoce a v případě šikany nežádá nikoho o pomoc. Pro svůj pasivní přístup a nižší výkon bývají třídou i vyučujícím podceňováni, což vede k negativnímu sebehodnocení a nízkému sebevědomí (Bittmannová, Bittmann, 2016, s.16-39).

### 3.5.2 Stigma v zaměstnání

Stigma, které snižuje kvalitu života jedinců s Poruchami autistického spektra, je spojeno s představami o neschopnosti autistů zastávat řádně pracovní činnost. Jedná se o diskriminaci ze strany zaměstnavatelů, kteří na základě předsudků často odmítají přijmout autistické jedince jako své zaměstnance. Nezaměstnanost má pak za následek vyšší míru izolace od společnosti. Snížením příležitostí uplatnění na trhu práce se zároveň snižuje i možnost stabilizace a zlepšení některých ze symptomů PAS (McQuaid, 2013, s.706).

Problém vzniká už na úrovni vzdělávání autistů, pro které není utvořen řádný systém. Pokud se s jedincem pracuje ve speciálních třídách od samého začátku, a pokud vystuduje prakticky zaměřenou střední školu či učiliště, má šanci se uchytit například v chráněných dílnách. Starší jedinci pak nemají téměř žádnou možnost vhodnou pracovní pozici najít. Kvůli svému postižení komunikace a sociální interakce jsou vnímáni jako nespolehliví, málo pracovití a konfliktní. Částečným, ale velmi náročným řešením, jsou pracovní asistenti, kteří mají za úkol nejen připravit autistického jedince na vykonávání konkrétní pracovní činnosti, ale zároveň utvořit speciální prostředí ve firmě, kam jedinec nastoupí (dostupné z [www.spmp.cz](http://www.spmp.cz)).



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 METODOLOGIE

Vybranou metodou pro praktickou část této bakalářské práce je kvantitativní forma výzkumu. Šetření probíhalo pomocí dvou dotazníků, kde zkoumané jevy byly znalost respondentů a míra stigmatizace u poruch autistického spektra. Znalostní dotazník byl sestaven na základě výběru a dvou nezávislých překladů otázek z diplomové práce *Development and validation of a survey of knowledge of Autism spectrum disorder* (Hansen, 2015, s. 54-58). Míra stigmatizace pak byla testována pomocí české verze dotazníku SSE (Stigma Scale of Epilepsy), který byl přepracován pro PAS.

### 4.1 Cíle práce

Cíle této bakalářské práce jsou rozděleny do dvou dimenzí, a to ověření obou použitých dotazníků a porovnání stanovených hypotéz s výsledky šetření.

V rámci realizovaného výzkumu proběhla předběžná validace obou již zmíněných dotazníků. Jedním z cílů práce je tedy zjistit, nakolik umožňují tyto výzkumné nástroje měřit znalost o PAS jednotlivých respondentů a míru stigmatizace v souvislosti s těmito poruchami. Vzhledem k tomu, že uvedené dotazníky v této formě ještě nebyly použity a neexistuje pro ně tedy žádný modelový výzkum, byla při analýze dat použita explorativní faktorová analýza.

Za druhý cíl si práce klade ověření stanovených hypotéz. První a druhá hypotéza se zaměřuje na velikost rozdílů znalosti a stigmatizace mezi jednotlivými zaměřeními studentů, třetí hypotéza se zabývá korelací znalosti a stigmatizace u PAS.

*H1: Průměrné znalosti studentů VŠ o PAS měřené celkovým skórem příslušného dotazníku jsou u všech tří uvažovaných zaměření na stejné úrovni.*

*H2: Průměrná míra stigmatizace související s PAS měřená celkovým skórem příslušného dotazníku jsou u všech tří uvažovaných zaměření na stejné úrovni.*

*H3: Vyšší úroveň znalostí o PAS odpovídá u studentů všech tří zaměření nižší míře stigmatizace.*

## 4.2 Psychometrické pojmy

V tomto odstavci práce krátce shrne psychometrické pojmy, které jsou stěžejní pro její výzkum. Konkrétnější a obsáhlejší popis jednotlivých pojmů lze získat v podobně zaměřené bakalářské práci Epilepsie a stigma od Daniela Potužáka (Potužák, 2016).

### 4.2.1 Reliabilita a validita

Reliabilitou je ve výzkumu myšlena míra spolehlivosti a opakovatelnosti měření konkrétním nástrojem. V této práci byla použita ke zjištění vnitřní konzistence dotazníků tzv. Cronbachova alfa, která nabývá hodnot  $<-1,1>$ , a kde na větší vnitřní konzistenci poukazují vyšší kladné hodnoty. Vyhovující pak je ten nástroj, který dosahuje hodnoty Cronbachovy alfy v rozmezí 0,7-0,95. Jako další byla zjišťována test-retest reliabilita, která hodnotí výsledná skóre skupin dotazníků před a po uplynutí předem stanovené doby. V rámci tohoto výzkumu se časový úsek pohyboval v rozmezí 2-4 měsíců.

Validita pak odhaluje míru schopnosti dotazníku měřit účel, pro který byl vytvořen. Ke zjištění validity byla v této práci použita tzv. Explorativní faktorová analýza. Její pomocí se v dotazníkových šetřeních nalézají skupiny otázek, které mají společný faktor. Jednotlivé faktory jsou pak pojmenovány a vytváří se na jejich základě škály pro další analýzu.

## 4.3 Sběr dat

Realizace výzkumného šetření byla z časového hlediska, díky velkému vzorku a retestování respondentů, zakomponována do téměř celého období tvorby práce. První dotazníky byly rozdány začátkem prosince 2016 a poslední retesty sebrány koncem května 2017. Interval mezi testováním odpovídá zhruba třem měsícům. Retestovaných respondentů je dostatečné množství, asi jedna třetina prvního vzorku. Pro spolupráci byly vybráni studenti dvou českých univerzit, a to Západočeské univerzity v Plzni a Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Konkrétně spolupracovaly na obou univerzitách fakulty pedagogické, na ZČU pak i Fakulta strojní, elektrotechnická a aplikovaných věd. Většina dotazníků byla respondentům předána osobně v době přednášek (po předchozí konzultaci s přednášejícím), pouze některé retesty byly zaslány elektronickou formou. V hlavičce dotazníku uvádí respondent svůj věk, pohlaví, jméno a příjmení či jiné označení pro možnost spárování prvního testu s retestem a studovaný obor a fakultu pro určení zaměření.

### 4.3.1 Soubor respondentů

Podmínkou pro zařazení mezi respondenty bylo pouze studium humanitního, přírodovědného či technického oboru vysoké školy. Do jednotlivých skupin pak byli typově zařazeny obory:

- Humanitní obory – učitelství 1. stupně ZŠ, psychologie, tělesná výchova, výchova ke zdraví, studium jazyků a historie, hudební a vizuální kultura a humanistika.
- Přírodovědné obory – geografie, biologie, chemie, matematická studia, fyzika, technická výchova, učitelství přírodovědy a zeměpisu.
- Technické obory – elektroenergetika, průmyslové inženýrství, inženýrská informatika.

V rámci testování byl studentům objasněn termín PAS a jeho možná zaměnitelnost s pojmem autismus v dotaznících. Rozdíly ve věku a studijním zaměření vytvořily poměrně pestrý soubor, jehož základní charakteristiky jsou obsaženy v tabulce 1.

Tabulka 1 – Základní charakteristiky souboru respondentů

Charakteristika	1.testování (n=328)	2. testování (retest, n=100)
<b>Pohlaví</b>		
<b>Muž</b>	165 (50,3 %)	47 (47 %)
<b>Žena</b>	163 (49,7 %)	53 (53 %)
<b>Věk</b>	21,5±3,5 <sup>a</sup> roku (rozpětí 18-46 let)	21,4±4,4 roku (rozpětí 18-46 let)
<b>Setkal se s pojmem autismus</b>		
<b>Ano</b>	307 (93,6 %)	97 (97 %)
<b>Ne</b>	21 (6,4 %)	3 (3 %)
<b>Osobní znalost někoho s autismem</b>		
<b>Ano</b>	75 (22,9 %)	21 (21 %)
<b>Ne</b>	253 (77,1 %)	79 (79 %)
<b>Studovaná skupina oborů</b>		
<b>Humanitní</b>	132 (40,2 %)	41 (41 %)
<b>Technické</b>	106 (32,3 %)	31 (31 %)
<b>Přírodovědné</b>	90 (27,5 %)	28 (28 %)

<sup>a</sup> průměr ± výběrová směrodatná odchylka

## 5 ANALÝZA DAT

### 5.1 Validace znalostního testu

Souhrnné vyhodnocení znalostního testu je možné realizovat vzhledem k jeho povaze různými způsoby. Klasickou metodou je u každé položky započítat jeden bod za správnou odpověď a nula bodů za odpověď nesprávnou, a to bez ohledu na uvedenou míru jistoty u dané odpovědi. Výhodou tohoto postupu je jeho jednoduchost, nevýhodou pak to, že značná část správných odpovědí může být natipována zcela bez znalosti problematiky<sup>1</sup>. To může mít negativní vliv na vnitřní konzistenci testu a následně na další psychometrické vlastnosti. Další možnost spočívá v zohlednění uváděné míry jistoty u jednotlivých položek testu a potlačení vlivu odpovědí, u nichž respondenti uvádí, že je tipovali, a naopak posílit vliv odpovědí udaných s vysokou mírou jistoty.

V této práci nejprve uvedeme klasické vyhodnocení, jež nám umožní získat základní představu o úspěšnosti u jednotlivých položek a v testu jako celku. Uvidíme však, že psychometrické vlastnosti nejsou v tomto případě vyhovující. Následně přejdeme k zohlednění míry jistoty u odpovědí, což povede ke značnému zlepšení z hlediska psychometrie. To nám následně umožní provést hlubší analýzy.

#### 5.1.1 Hodnocení testu systémem "0-1"

##### a) položková analýza

V Tabulce 2 je uvedena procentuální úspěšnost jednotlivých položek testu. Pro informaci je rovněž vždy uvedeno, kolik procent respondentů hodnotilo svoji odpověď jako zcela nejistou, kolik procent si bylo jistých částečně a kolik procent zcela. Procenta jsou stanovena z celého souboru respondentů čítajícího 328 osob bez ohledu na studovanou skupinu oborů.

---

<sup>1</sup> Vzhledem k dichotomickému pojetí „pravda-nepravda“ je pravděpodobnost úspěchu 50 % i v případě, kdy respondent odpověď vůbec netuší.

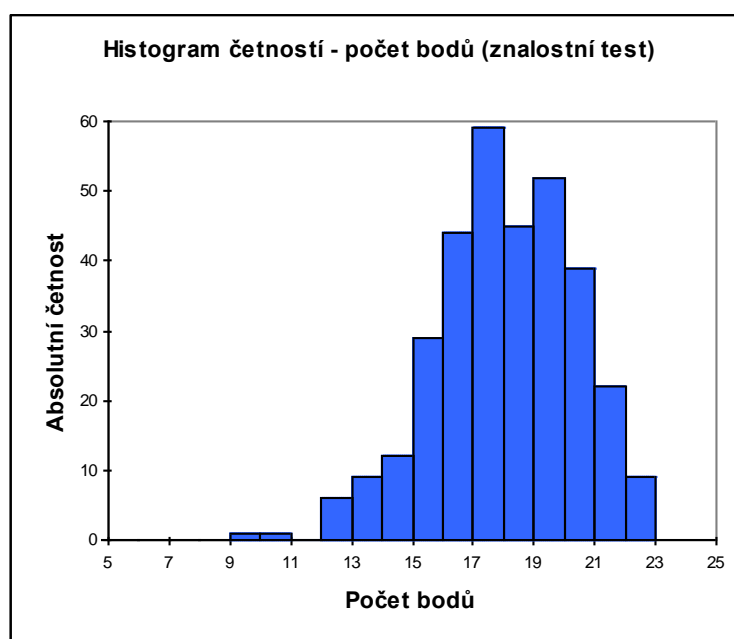
**Tabulka 2 - Procentuální úspěšnost jednotlivých položek testu**

Číslo položky	Podíl správných odpovědí (%)	Podíl zcela nejistých odpovědí (%)	Podíl částečně jistých odpovědí (%)	Podíl zcela jistých odpovědí (%)
1	60,1	16,2	66,8	17,1
2	91,5	5,2	43,6	51,2
3	60,4	13,4	66,2	20,4
4	63,4	24,7	54,9	20,4
5	89,9	13,1	39,6	47,3
6	35,4	38,7	51,5	9,8
7	89,9	20,1	48,8	31,1
8	85,1	71,1	26,8	2,1
9	76,8	49,7	41,2	9,1
10	84,8	24,7	57,9	17,4
11	84,5	35,1	45,7	19,2
12	55,5	44,2	44,8	11,0
13	53,1	35,1	50,0	14,9
14	58,8	37,2	49,1	13,7
15	70,4	39,7	40,5	19,8
16	96,6	5,5	16,5	78,0
17	85,7	19,5	38,1	42,4
18	74,4	30,2	57,9	11,9
19	63,1	43,3	45,4	11,3
20	41,2	51,5	39,0	9,5
21	86,6	27,1	59,2	13,7
22	77,2	33,5	52,1	14,4
23	87,2	21,9	54,9	23,2
24	83,5	29,0	44,8	26,2
Celkově	73,1	30,4	47,3	22,3

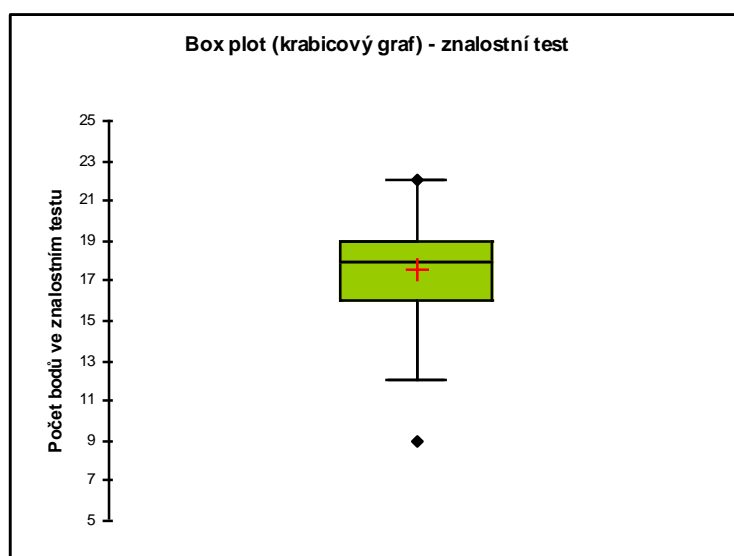
Z tabulky 2 je patrné, že úspěšnost u jednotlivých položek se pohybuje v rozmezí 35–97 %, přičemž celková úspěšnost je zhruba 73 %. U položek 6 a 20 je úspěšnost pod 50 %, což znamená, že zde respondenti dopadli hůře, než kdyby pouze tipovali odpovědi zcela bez jakékoliv úvahy. Naopak u položek 2 a 16 byla zaznamenána velmi vysoká úspěšnost s hodnotami přes 90 %. Více než 30 % všech odpovědí bylo v podstatě natipováno (respondenti uvedli, že si u příslušných otázek jsou zcela nejistí), naopak pouze něco přes 22 % odpovědí bylo uvedeno s úplnou jistotou. Největší míra nejistoty (přes 70 %) byla zaznamenána u položky 8, kde, na první pohled překvapivě, byla poměrně vysoká úspěšnost přes 85 %. U většiny položek však platilo, že vysoká míra jistoty odpovídala velkému podílu správných odpovědí. Například u nejméně úspěšné položky číslo 16 (úspěšnost přes 96 %), byla zároveň zaznamenána nejnižší míra tipování (pouze něco přes 5 % zcela nejistých odpovědí oproti 78 % odpovědí uvedených s jistotou).

## b) celkové skóre a jeho normalita

Celkové skóre v testu bylo při uvedeném způsobu vyhodnocení stanoveno jako prostý součet bodů za jednotlivé otázky. Pohybovalo se tak v rozmezí 0-24 bodů. Průměrný výsledek byl 17,55 bodu, směrodatná odchylka poté 2,32 bodu. Maximální zaznamenaná hodnota je 22 bodů, minimální poté 9 bodů. Histogram četností podle počtu bodů je patrný z grafu 1, box plot (krabicový graf) s vyznačenými kvartily a mediánem (červený křížek) je pak uveden v grafu 2.



**Graf 1- Rozložení četností podle počtu bodů u jednotlivých položek testu**



**Graf 2 – Krabicový graf pro celkové skóre znanostního dotazníku**

Z histogramu četností je zřejmé, že rozložení dat neodpovídá příliš dobře Gaussově křivce. Zdá se tedy, že předpoklad normality zde nebude nejspíš splněn. To se potvrdilo provedením exaktního Shapiro-Wilkova testu. Jeho výsledky (testová statistika  $W = 0,97$ ,  $p < 0,0001$ ) jednoznačně ukázaly, že je možné zamítnout hypotézu o tom, že data pocházejí z normálního rozdělení. Tento výsledek je důležitý, protože mnohé statistické techniky (parametrické testy apod.) buď přímo vyžadují normalitu dat nebo alespoň dávají pro normálně rozdělené populace jistější výsledky.

### **c) psychometrické vlastnosti**

Vnitřní konzistence dotazníku byla stanovena na základě tzv. Cronbachova alfa vypočteného v našem případě vzhledem k povaze dat (binární data) z tzv. tetrachorických korelací. Byla zjištěna hodnota 0,431, což je podle všech psychometrických kritérií nedostatečné z hlediska vnitřní konzistence. Můžeme tedy říci, že jednotlivé položky nezapadají dostatečně do jednoho společného konceptu (latentní proměnné) a není tak smysluplné se zabývat dalšími psychometrickými analýzami jako je např. faktorová analýza, kde je existence konceptu společného všem položkám požadována. To ostatně potvrzuje i výpočet tzv. KMO kritéria ověřujícího faktorovatelnost, které nebylo v našem případě možné vzhledem k singularitě příslušné matice vůbec stanovit. Můžeme tedy shrnout, že znalostní test nemá při zde užitém způsobu vyhodnocování „0-1“ dobré psychometrické vlastnosti. Potvrdil se tak předpoklad daný předchozími výzkumy, podle nichž vysoké procento natipovaných odpovědí má velmi negativní dopad na vnitřní konzistenci, a tedy i využitelnost znalostních dotazníků/testů.

## **5.1.2 Hodnocení testu se zohledněním míry jistoty u odpovědí**

### **a) položková analýza**

Ve snaze překonat výše popsany problém s nízkou vnitřní konzistencí při klasickém způsobu vyhodnocení byla provedena modifikace způsobu hodnocení tak, aby zahrnovalo míru jistoty u odpovědi deklarovanou respondentem. Rozhodli jsme se pro následující způsob hodnocení položek: chybně zodpovězené otázky byly hodnoceny vždy nula bodů. Správně zodpovězené otázky byly rovněž hodnoceny nulou v případě nulové jistoty respondenta (tj. zcela natipované odpovědi), jedním bodem v případě částečné jistoty a dvěma body v případě zcela jisté odpovědi. Tím jsme zohlednili vliv míry jistoty na hodnocení a zcela odfiltrovali natipované odpovědi<sup>2</sup>. Následně jsme opět provedli

---

<sup>2</sup> Bylo by samozřejmě možné zvolit i jiný model např. odečítat body za chybné odpovědi uvedené s velkou jistotou apod. To je však nad rámec této bakalářské práce. Cílem je nějak vyřešit problém s nízkou vnitřní konzistencí, což se, jak uvidíme později, podařilo.



položkovou analýzu (tentokrát je možné rozpětí u každé položky 0-2 body). Vybrané výsledky jsou uvedeny v Tabulce 3. Minimum bylo u všech položek 0 bodů, maximum poté 2 body.

**Tabulka 3- Výsledky znalostního dotazníku při zohlednění míry jistoty odpovědí**

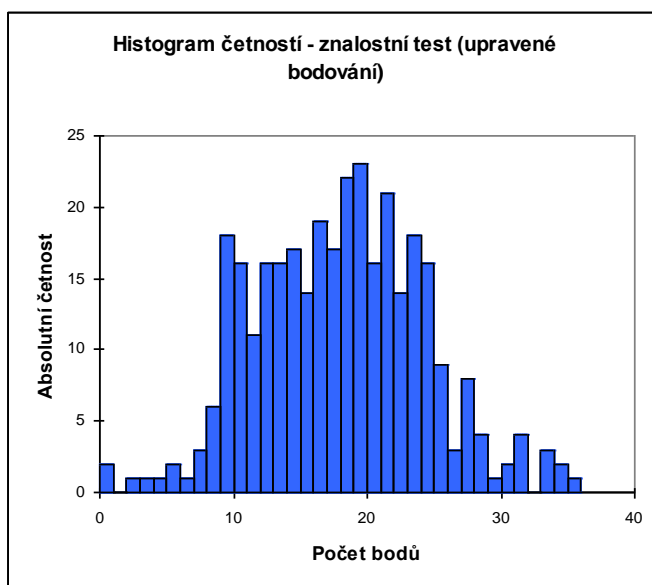
Číslo položky	Průměrný počet bodů	Výběrová směrodatná odchylka počtu bodů
1	0,63	0,68
2	1,37	0,69
3	0,68	0,71
4	0,65	0,71
5	1,28	0,77
6	0,24	0,49
7	1,04	0,75
8	0,29	0,50
9	0,51	0,64
10	0,83	0,68
11	0,74	0,74
12	0,43	0,61
13	0,47	0,65
14	0,40	0,57
15	0,57	0,73
16	1,69	0,62
17	1,11	0,83
18	0,65	0,66
19	0,49	0,65
20	0,23	0,51
21	0,77	0,66
22	0,66	0,68
23	0,92	0,72
24	0,84	0,77
Celkově	17,45	6,29

Z tabulky 3 vidíme, že průměry u jednotlivých položek se pohybují od pouhých 0,23 bodu u položky 20 (mající velmi nízkou úspěšnost) až po 1,69 bodu u položky 16, kde byla naopak úspěšnost nejvyšší. Při tomto způsobu vyhodnocování hrála velkou roli i míra jistoty, což je jasně vidět u položky 8 vykazující zde druhý nejhorší výsledek (průměr pouze 0,29 bodu, ačkoliv samotná úspěšnost dle tabulky 1 dosahovala nadprůměrných 85 %. V celkovém pohledu je průměrná hodnota téměř stejná jako při prvním vyhodnocení (Tabulka 1). Velký rozdíl je však ve výběrových směrodatných odchylkách, což úzce

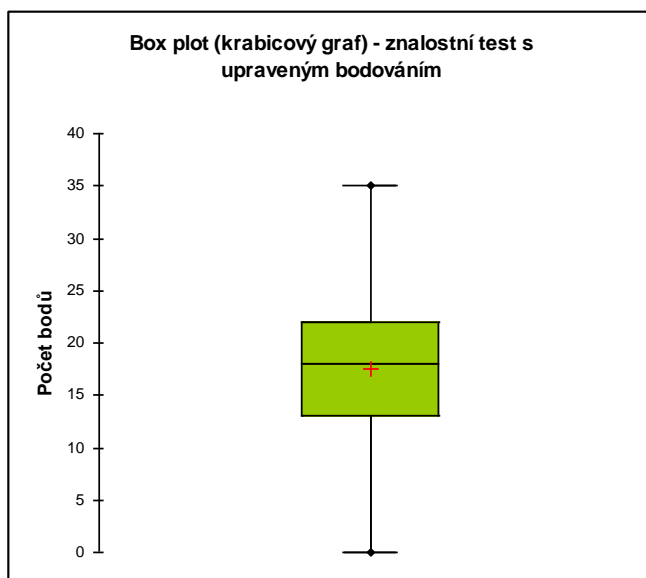
souvisí s tím, že je zde rozpětí celkového skóre 0-48 bodů oproti rozpětí 0-24 bodů v prvním případě.

### b) celkové skóre a jeho normalita

Celkové skóre získané součtem bodů za jednotlivé položky má rozpětí 0-48 bodů. Minimální zaznamenaná hodnota byla 0 bodů, maximální poté 35 bodů. Průměr a směrodatná odchylka jsou patrné z Tabulky 3. V Grafu 3 je uveden histogram absolutních četností pro celkové skóre, v Grafu 4 je poté příslušný box plot (krabicový graf) s vyznačeným mediánem (červený křížek) a kvartily.



**Graf 3- Rozložení četností podle počtu bodů při zohlednění míry jistoty odpovědí**



**Graf 4- Krabicový graf pro celkové skóre při zohlednění míry jistoty odpovědí**

Ohledně normality by se mohl na první pohled z histogramu zdát, že data příliš dobře neodpovídají Gaussově křivce a normalita dat tudíž stejně jako u prvotního vyhodnocení splněna není. Zdání však v tomto případě klame. Exaktní Shapiro-Wilkův test (testová statistika  $W = 0,992$ ,  $p$ -hodnota testu =  $0,06$ ) v tomto případě neumožňuje na běžně užívané hladině významnosti  $0,05$  zamítnout hypotézu o tom, že data pocházejí z normálního rozdělení. Tento závěr pak potvrzují i další testy normality vyhodnocované pomocí programu XLSTAT (Lillieforsův test, Andersenův-Darlingův test, Jarque-Berraův test). Z toho plyne, že data u celkového skóre můžeme v tomto případě pokládat za normálně rozdělená a je tak možné běžně užívat parametrické testy apod.

### **c) psychometrické vlastnosti**

Z hlediska psychometrických vlastností je klíčové, zda popsaná úprava při vyhodnocování přispěla ke zlepšení vnitřní konzistence testu. Ukazuje se, že ano, když Cronbachova alfa vypočtené z příslušných tetrachordických korelací dosáhlo poměrně vysoké hodnoty  $0,816$  v porovnání s velmi nízkou hodnotou  $0,431$  v předchozím případě. Vnitřní konzistence je tak na dobré až velmi dobré úrovni a má smysl se dále zabývat případnou faktorovou strukturou dotazníku. Předpoklady faktorové analýzy (viz Potužák, 2016) zde byly splněny ve všech klíčových kritériích. Pro informaci uvedme, že např. KMO kritérium udávající typicky faktorovatelnost zde dosáhlo souhrnné hodnoty  $0,663$ , když u všech položek s výjimkou otázek 6 a 20 (kde byly velmi nízké bodové průměry) překračovalo toto kritérium hodnotu  $0,5$ .

### **d) test-retest reliabilita**

Test-retest reliabilita znalostního dotazníku byla ověřována na vzorku 100 respondentů (podmnožinou celkového souboru 328 respondentů, jejíž charakteristiky jsou uvedeny výše), kteří vyplňovali test dvakrát s odstupem cca dva až čtyři měsíce. V původním testu i retestu byla u dané skupiny zaznamenána prakticky shodná průměrná celková skóre ( $18,03$  bodu v prvním testování<sup>3</sup> a  $18,10$  bodu v retestu), totéž platilo pro výběrovou směrodatnou odchylku ( $7,31$  bodu v prvním testování,  $7,58$  bodu v retestu). Pearsonův korelační koeficient pro celkové skóre dosáhl velmi vysoké hodnoty  $0,825$ , což svědčí o výborné test-retest reliabilitě znalostního testu jako celku. Pro jednotlivé položky byly vzhledem k povaze dat (stupnice 0-1-2 body) užity polychorické korelace. Byly zaznamenány pouze kladné hodnoty v širokém rozmezí  $0,07$ - $0,83$ , přičemž u většiny

---

<sup>3</sup> Jde o něco vyšší hodnotu než je výše uvedený průměr pro celou skupinu 328 respondentů v prvotním testování.

položek byla tato hodnota větší než 0,6. S převahou nejnižší test-retest reliabilita byla zaznamenána u položky 20, kde byla zároveň velmi malá míra úspěšnosti. I další nízké hodnoty byly zaznamenány vesměs u otázek s nízkou až velmi nízkou úspěšností. Uvedené výsledky jasně ukazují vysokou míru test-retest reliability znalostního testu ovšem s tím, že v případném dalším vývoji testu by bylo vhodné zvážit vypuštění či nahrazení položek, u nichž je zaznamenávána velmi nízká úspěšnost související následně s nízkou test-retest reliabilitou.

#### **e) explorativní faktorová analýza**

Vzhledem k uvedeným výsledkům mělo smysl provést explorativní faktorovou analýzu. Ta byla realizována v programu XLSTAT metodou hlavních faktorů a na základě polychorických korelací vystihujících povahu třístupňové škály u jednotlivých položek. Počet faktorů nebyl prvotně nijak omezen (což odpovídá skutečnosti, že o faktorové struktuře dotazníku nebylo předem nic známo), rotace faktorů byla postupně prováděna pro jeden až pět faktorů s využitím metody Varimax předpokládající nekorelovanost faktorů.<sup>4</sup> Při výpočtu vlastních čísel byla zjištěna dominantní role prvního vlastního čísla (hodnota 4,21), celkem tři další čísla překročila hodnotu 1 (postupně hodnoty 1,59; 1,29 a 1,20). Orientační Kaiserovo pravidlo by tak naznačovalo existenci čtyř faktorů, tento údaj ale není možné brát absolutně. Podrobná analýza výsledků pro rotaci 1-5 faktorů ukázala, že vícefaktorová řešení nejsou přesvědčivá a věcně rozumně interpretovatelná. Navíc faktorové zátěže u mnoha položek jsou menší než 0,4, což naznačuje slabou vypovídající hodnotu modelu. Na základě analýzy a studia literatury se proto přikláníme k tomu, že nejrozumnější je zde jednofaktorová struktura zahrnující obecný faktor vystihující znalosti o problematice PAS. Uveďme, že k odborné interpretaci faktorové struktury znalostního testu dospěli např. američtí autoři Wodrich et al. (2011) v jejich studii zaměřené na znalosti o epilepsii. Jako problematické se jeví především položky 6 a 20, u nichž je vedle nízké hodnoty KMO kritéria rovněž velmi nízká hodnota příslušné faktorové zátěže v jednofaktorovém modelu.

Můžeme tedy shrnout tuto část věnovanou validaci znalostního testu zaměřeného na problematiku PAS následovně: Při užití upraveného hodnocení beroucího do úvahy míru deklarované jistoty u odpovědí vykazuje tento test vyhovující psychometrické vlastnosti včetně vysoké vnitřní konzistence. Preferujeme jednofaktorovou strukturu vyjádřenou

---

<sup>4</sup> Pro lepší představu byla rovněž provedena rotace metodou Oblimin počítající naopak s významnými korelacemi mezi faktory. Výsledky byly ve většině případů podobné, užitá metoda rotace faktorů tak podle všeho není zásadní.

obecným faktorem znalostí o PAS. Do budoucna by bylo vhodné se zabývat dalšími psychometrickými vlastnostmi dotazníku (např. diferenciální validitou), to je však mimo rozsah této bakalářské práce. Stejně tak zde není uvedeno podrobnější zkoumání toho, zda by některé položky neměly být z dotazníku vyřazeny (kandidáty na vyřazení jsou zde především položky 6 a 20).

## **5.2 Validace dotazníku měřícího míru stigmatizace v souvislosti s autismem**

Vyhodnocení tohoto dotazníku bylo realizováno v souladu s tím, jak byl vyhodnocován dotazník SSE zaměřený na stigma spojené s epilepsií. U každé z otázek je tak škála 1-4 body (větší počet bodů vždy odpovídá větší míře stigmatizace, což je zajištěno invertováním hodnot u položek 1 a 4g). Celkový hrubý skór je pak dán prostým bodovým součtem a jeho rozpětí je v tomto případě při 24 otázkách 24-96 bodů. Tento hrubý skór je následně lineárně transformován na procenta, přičemž nejsou uvažovány nezodpovězené položky. Podrobněji je tvorba hrubého skóru popsána v práci (Potužák, 2016). Podobně jako u znalostního dotazníku byla v prvním kroku byla realizována základní položková analýza dotazníku, následně byla věnována pozornost vlastnostem celkového skóre a otázkám normality, a nakonec jsme stanovili vybrané psychometrické vlastnosti dotazníku včetně explorativní faktorové analýzy<sup>5</sup>

### **a) položková analýza**

U všech položek byl minimální počet jeden bod, maximální pak 4 body. V Tabulce 4 jsou uvedeny průměrné počty a výběrové směrodatné odchylky pro jednotlivé položky stejně jako celkové hodnoty pro celý dotazník (již po transformaci na procenta).

---

<sup>5</sup> Vzhledem k tomu, že uvedený dotazník nebyl dosud ve studiu stigmatizace spojené s autismem využit, nemá v této předběžné studii smysl pokoušet se o konfirmativní faktorovou analýzu. Totéž platí pro výše diskutovaný znalostní dotazník.

**Tabulka 4 – Výsledky dotazníku měřícího míru stigmatizace**

Číslo položky	Průměrný počet bodů	Výběrová směrodatná odchylka počtu bodů
1	3,00	0,54
2a	2,30	0,82
2b	2,25	0,80
2c	2,16	0,88
2d	2,60	0,83
3a	3,16	0,71
3b	2,90	0,70
3c	3,08	0,74
3d	2,52	0,84
3e	2,92	0,69
3f	2,90	0,90
3g	2,93	0,87
4a	1,96	0,81
4b	2,29	0,91
4c	2,09	0,85
4d	2,14	0,84
4e	1,78	0,75
4f	2,33	0,82
4g	3,22	0,92
5a	2,77	0,78
5b	2,47	0,88
5c	2,67	0,77
5d	2,79	0,76
5e	2,24	0,87
Celkově	52,08 <sup>a</sup>	11,54 <sup>a</sup>

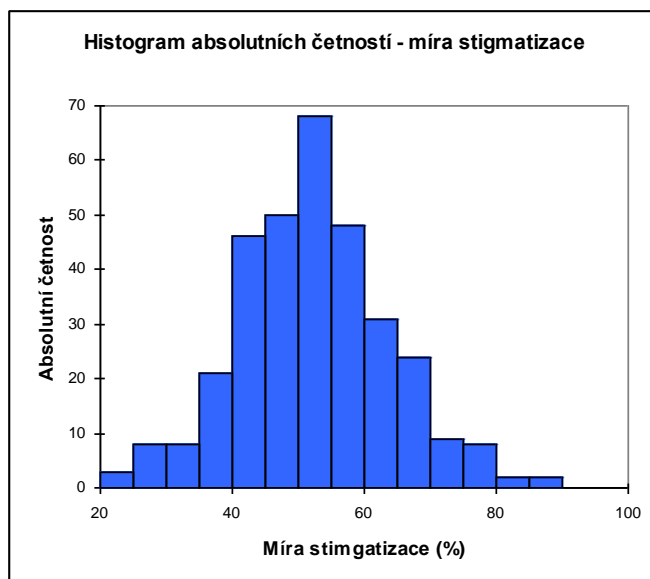
<sup>a</sup> údaj v procentech

Z tabulky je patrné, že největší míra stigmatizace související s PAS (průměr 3,22 bodu) byla zaznamenána u položky 4g týkající se toho, zda se jedinci s PAS cítí stejně jako ostatní či nikoliv. Naopak nejmenší průměrná hodnota 1,78 bodu byla u položky 4e týkající se pocitů studu u osob s PAS. Celkově dosahuje průměrná míra stigmatizace hodnoty 52,08 %. Porovnání s výsledky pro epilepsii zjištěnými stejným dotazníkem budou později předmětem diskuze.

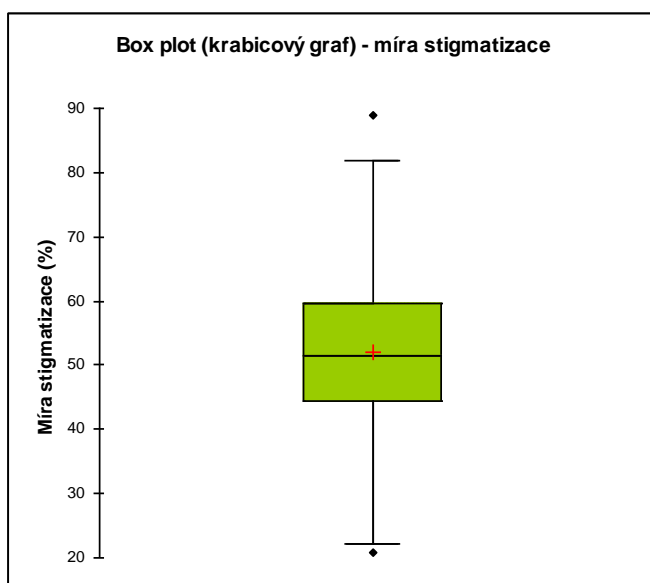
#### **b) celkové skóre a jeho normalita**

Nejnižší zaznamenaná hodnota pro míru stigmatizace v celém souboru respondentů byla po přepočtení na procenta 20,8 %, nejvyšší hodnota poté byla 88,9 %. Průměr a výběrová směrodatná odchylka jsou patrné z posledního řádku výše uvedené tabulky 4, výběrová šikmost činila 0,166 a výběrová špičatost poté 0,249. Graf 5 poté udává

histogram absolutních četností pro celkové skóre u míry stigmatizace, graf 6 následně box plot (krabicový graf) s vyznačenými významnými charakteristikami.



**Graf 5 - Rozložení četností celkového skóre dotazníku měřícího míru stigmatizace**



**Graf 6 – Krabicový graf pro celkové skóre dotazníku měřícího míru stigmatizace**

Z histogramu četností je poměrně dobře vidět, že data opticky odpovídají alespoň rámcově průběhu Gaussovy křivky a je tudíž šance, že by mohla pocházet z normálního rozdělení. To se potvrdilo užitím exaktního Shapiro-Wilkova testu, jehož výsledky (testová statistika  $W = 0,994$ ,  $p$ -hodnota testu =  $0,174$ ) nám neumožňují zamítnout na běžně užívané hladině významnosti  $0,05$  hypotézu o tom, že data jsou normálně rozdělena. Celkové skóre míry stigmatizace tak můžeme v zásadě pokládat za proměnnou s normálním rozdělením a můžeme tak v tomto případě užívat běžné parametrické testy.

### **c) psychometrické vlastnosti dotazníku**

Základem pro studium psychometrických vlastností dotazníku bylo stejně jako u znalostního testu ověření vnitřní konzistence. Tu jsme posoudili na základě tzv. Cronbachova alfa spočítaného vzhledem k povaze dat opět z polychorických korelací. Výpočet ukázal hodnotu 0,836, jež odpovídá velmi dobré vnitřní konzistenci dotazníku jako celku. Má tak smysl mluvit o existenci latentní proměnné a následně o studiu faktorové struktury dotazníku. Předpoklady faktorové analýzy zde byly splněny, KMO kritérium sloužící k ověření faktorovatelnosti dosáhlo v rámci celého dotazníku hodnoty 0,672 a u žádné z položek nekleslo pod hodnotu 0,5, označovanou někdy jako kritickou.

### **d) test-retest reliabilita**

Opět bylo provedeno ověření na podmnožině 100 respondentů vyplňujících i retest. V původním testu i retestu byla u dané skupiny zaznamenána relativně podobná průměrná celková skóre (53,11 bodu v prvním testování<sup>6</sup> a 51,17 bodu v retestu), totéž platilo pro výběrovou směrodatnou odchylku (12,39 bodu v prvním testování resp. 12,20 bodu v retestu). Celková test-retest reliabilita dotazníku je vyjádřena Pearsonovým korelačním koeficientem, který v případě celkového skóre dosáhl hodnoty 0,620, což je kladná a statisticky významná hodnota. Z hlediska hodnocení reliability se jedná o akceptovatelnou hodnotu, ačkoliv zde není splněn občas uváděný požadavek na korelaci 0,7 či větší. Pokud jde o jednotlivé položky, byla test-retest reliabilita vyjádřená polychorickými korelačními koeficienty v rozmezí 0,21 – 0,67, přičemž nejnižší hodnoty bylo dosaženo u položky 3c, u všech ostatních již byl korelační koeficient větší než 0,3, což odpovídá statisticky významné hodnotě. Jako celek dotazník vyhovuje základním požadavkům na stabilitu v čase vyjadřovanou pomocí test-retest reliability.

### **e) explorativní faktorová analýza**

Explorativní faktorová analýza byla realizována v programu XLSTAT metodou hlavních faktorů a na základě polychorických korelací. Počet faktorů nebyl prvotně nijak omezen (což opět odpovídá skutečnosti, že o faktorové struktuře daného dotazníku nebylo předem nic známo<sup>7</sup>). Při výpočtu vlastních čísel bylo zjištěno, že celkem pět vlastních čísel překročilo hodnotu 1, ačkoliv u pátého vlastního čísla byla hodnota jen o málo větší

---

<sup>6</sup> Jde o nepatrně vyšší hodnotu, než je průměr pro celou skupinu 328 respondentů v prvotním testování

<sup>7</sup> Uvedený dotazník byl získán úpravou dotazníku Stigma Scale of Epilepsy, u jehož české verze byla v předchozí studii (Potužák, 2016) prokázána čtyřfaktorová struktura metodami explorativní i konfirmativní faktorové analýzy. Není však žádný teoretický důvod domnívat se, že pro stigma spojené s PAS by měla být faktorová struktura stejná nebo velmi podobná jako pro epilepsii.



než 1. Orientační Kaiserovo pravidlo by naznačovalo existenci pěti faktorů, pro získání lepší představy však byla provedena rotace postupně pro tři až šest faktorů (uvedený počet byl rozumný z hlediska průběhu tzv. sutinového grafu popisujícího vlastní čísla i z hlediska celkově vysvětleného rozptylu) opět s využitím metody Varimax předpokládající nekorelovanost faktorů.<sup>8</sup> Podrobná analýza výsledků po rotaci ukázala, že z hlediska interpretovatelnosti je jednoznačně nejrozzumnější třífaktorové řešení, u něhož bylo možné získat poměrně jasnou představu s relativně velkými a jednoznačnými faktorovými zátěžemi pro dominantní položky. Škály vytvořené na základě těchto faktorů navíc v případě uvedeného třífaktorového řešení vykazovaly poměrně vysokou vnitřní konzistenci. Z těchto důvodů se přikláníme právě k třífaktorovému řešení. V Tabulce 5 jsou uvedeny faktorové zátěže u jednotlivých položek pro toto řešení.

**Tabulka 5 – Faktorové zátěže pro 3faktorové řešení**

Položka	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1	0,069	<b>0,164</b>	0,045
2a	0,301	-0,004	<b>0,500</b>
2b	0,323	0,013	<b>0,772</b>
2c	-0,048	0,082	<b>0,649</b>
2d	0,034	0,027	<b>0,501</b>
3a	-0,094	<b>0,612</b>	0,074
3b	0,102	<b>0,630</b>	0,195
3c	0,117	<b>0,364</b>	0,160
3d	0,048	<b>0,629</b>	0,065
3e	-0,005	<b>0,483</b>	0,260
3f	0,226	<b>0,486</b>	0,079
3g	0,127	<b>0,395</b>	0,078
4a	<b>0,652</b>	0,109	0,081
4b	<b>0,586</b>	0,081	0,119
4c	<b>0,745</b>	0,070	0,162
4d	<b>0,556</b>	0,158	0,029
4e	<b>0,733</b>	0,067	0,138
4f	<b>0,656</b>	0,132	0,014
4g	<b>0,567</b>	-0,115	0,052
5a	0,130	<b>0,679</b>	-0,150
5b	0,266	<b>0,513</b>	-0,110
5c	0,224	<b>0,585</b>	-0,057
5d	0,057	<b>0,454</b>	0,087
5e	0,124	<b>0,433</b>	0,002

<sup>8</sup> Pro lepší představu byla rovněž provedena rotace metodou Oblimin počítající naopak s významnými korelacemi mezi faktory. Výsledky byly ve většině případů podobné, užitá metoda rotace faktorů tak podle všeho není zásadní.

Z uvedené tabulky je vidět, že Faktor 1 sytí všechny podotázky v otázce 4, Faktor 2 pak všechny podotázky u otázek 3 a 5 a konečně Faktor 3 všechny podotázky u otázky 2. U otázky 1 je největší faktorová zátěž velmi malá (pouze 0,168 u Faktoru 2), což naznačuje, že tato otázka nezapadá do struktury a bylo by vhodné ji úplně z dotazníku odstranit. Podotkněme, že podobný problém byl u otázky 1 zaznamenán i u české verze dotazníku SSE zaměřeného na epilepsii (Potužák, 2016). U ostatních položek je největší faktorová zátěž vždy v rozmezí 0,36 – 0,77. Jako částečně problematické se z hlediska zařazení do struktury jeví ještě položky 3c a 3g s faktorovými zátěžemi pod 0,4, přinejmenším v první aproximaci je ale asi možné pokládat tyto položky za akceptovatelné.

Na základě analýzy obsahu položek a srovnání s předchozími studiemi o epilepsii interpretujeme uvedené faktory následovně:

- Faktor 1 – **faktor emocí souvisejících s autismem**; faktor odpovídá internalizovanému stigmatu a pocitům zahanbení, neschopnosti či strachu, které očekává veřejnost ze strany jedinců s autismem
- Faktor 2 – **faktor omezení a předsudků v souvislosti s autismem**; uvedený faktor se zaměřuje na omezení jedinců s autismem v běžném životě a na s tím související předsudky o autismu v této oblasti
- Faktor 3 – **faktor emocionálních reakcí veřejnosti na projevy autismu**; tento faktor je sytěn položkami zaměřenými na reakci veřejnosti na případný záchvat vzteku související s autismem.

Pokud vytvoříme na základě uvedené faktorové struktury subškály, budou všechny tři subškály vykazovat dostatečnou vnitřní konzistenci, když příslušné Cronbachovo alfa se pohybuje v rozmezí 0,69 až 0,84. Z hlediska korelací mezi subškálami vycházejí následující hodnoty:

- mezi subškálami 1 a 2 je Pearsonův korelační koeficient roven 0,289
- mezi subškálami 1 a 3 je příslušná hodnota 0,294
- mezi subškálami 2 a 3 je korelace rovna hodnotě 0,181

Ve všech případech se pro daný počet respondentů jedná o statisticky významné hodnoty na hladině významnosti 0,05, ačkoliv nejde o nikterak vysoká čísla. Zdá se tedy, že určitá kladná korelace mezi jednotlivými subškálami sice existuje, je však jen slabá.

### 5.3 Ověření hypotéz

V předchozí části práce byly formulovány hypotézy týkající se (ne)existence rozdílů v průměrné úrovni znalostí, resp. míře stigmatizace mezi vysokoškolskými studenty různých zaměření (humanitního, technického a přírodovědného) a případné souvislosti úrovně znalostí a míry stigmatizace. Nyní tyto hypotézy ověříme. Na úvod je třeba říci, jaké statistické metody zde použijeme. Z tohoto pohledu je podstatná otázka normality dat. Již v předchozí části bylo ukázáno, že v rámci celého souboru respondentů nebylo možné ani u testu znalostí ani u dotazníku na míru stigmatizace zamítnout hypotézu o tom, že data pocházejí z normálně rozdělené populace. Pro úplnost je však třeba ještě rozhodnout, zda totéž platí i v rámci všech tří uvažovaných podmnožin (studenti humanitního, technického a přírodovědného zaměření nebo zda u některé z těchto skupin dochází k signifikantní odchylce od normality dat.

U testu znalostí přinesl klasický Shapiro-Wilkův test pro celkové skóre testu stanovené na základě upraveného způsobu hodnocení následující výsledky: humanitní zaměření (132 respondentů) – testová statistika  $W = 0,991$ ,  $p = 0,511$ ; technické zaměření (106 respondentů):  $W = 0,991$ ,  $p = 0,739$ ; přírodovědné zaměření (90 respondentů) – testová statistika  $W = 0,987$ ,  $p = 0,484$ . Je tak zcela zjevné, že hypotézu o tom, že data pocházejí z normálního rozdělení, není možné na rozumné hladině významnosti zamítnout ani u jedné ze skupin, a tudíž lze data pokládat s poměrně velkou jistotou za odpovídající Gaussově křivce.

U dotazníku na stigmatizaci jsou výsledky Shapiro-Wilkova testu normality pro celkové skóre následující: humanitní zaměření – testová statistika  $W = 0,987$ ,  $p = 0,262$ ; technické zaměření:  $W = 0,993$ ,  $p = 0,875$ ; přírodovědné zaměření (90 respondentů) – testová statistika  $W = 0,983$ ,  $p = 0,277$ . Ani v tomto případě tedy hypotézu o tom, že data pocházejí z normálního rozdělení, není možné zamítnout ani u jedné ze skupin. I v tomto případě tak lze data pokládat za odpovídající Gaussově křivce.

Je tedy možné v případě obou výzkumných nástrojů používat standardní parametrické testy mající jako předpoklad normalitu dat. Nyní již můžeme přistoupit k ověření jednotlivých hypotéz.

*H1: Průměrné znalosti studentů VŠ o PAS měřené celkovým skórem příslušného dotazníku jsou u všech tří uvažovaných zaměření na stejné úrovni.*

Jde o srovnání středních hodnot tří populací, k testování jsme proto použili jednocestnou Analýzu rozptylu, která je v podstatě zobecněním dvouvýběrového t-testu pro případ více než dvou populací. Tato technika má jako předpoklad (vedle již prokázané normality dat) rovněž shodu rozptylů všech uvažovaných populací. Z tabulky 6 je patrné, že výběrové rozptyly jsou u všech tří skupin velmi podobné (rozpětí pouze 38 – 40,5) a rovněž exaktní testování užitím pomoci testu shody rozptylů pro více populací prokázalo, že na hladině 0,05 není možné zamítnout hypotézu o existenci rozdílů v rozptylech mezi skupinami (p-hodnota byla rovna 0,995 v případě Levenova testu a 0,934 v případě Bartlettova testu). Uvedený předpoklad o shodě rozptylů je tak splněn. Výsledky testování jsou uvedeny v tabulce 6. Z ní je patrné, že na hladině 0,05 není možné zamítnout nulovou hypotézu o tom, že střední hodnota všech uvažovaných populací je stejná (příslušná p – hodnota je větší než 0,05 a testová statistika je logicky menší než kritická hodnota pro uvažovanou hladinu). Můžeme tedy uzavřít testování hypotézy H1 s výsledkem, že tuto hypotézu **přijímáme** a mezi jednotlivými skupinami není statisticky významný rozdíl (mírně vyšší průměr pro studenty humanitního zaměření patrný z tabulky 6 není při daném počtu respondentů průkazný).

**Tabulka 6 – Výsledky testování pro ověření hypotézy H1**

<i>Zaměření</i>	<i>Počet respondentů</i>	<i>Součet bodů</i>	<i>Průměr</i>	<i>Výběrový rozptyl</i>
humanitní	132	2417	18,31061	40,50584085
technické	90	1542	17,13333	38,09438202
přírodovědné	106	1765	16,65094	38,62938005

ANOVA						
<i>Zdroj variability</i>	<i>SS</i>	<i>Rozdíl</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>F krit</i>
Mezi výběry	174,469455	2	87,23473	2,223150796	0,109911	3,023516
Všechny výběry	12752,75006	325	39,23923			
Celkem	12927,21951	327				

H2: Průměrná míra stigmatizace související s PAS měřená celkovým skórem příslušného dotazníku jsou u všech tří uvažovaných zaměření na stejné úrovni.

Při testování této hypotézy budeme postupovat zcela analogicky jako v případě předchozí hypotézy H1. Opět je nutné ověřit předpoklad Analýzy rozptylu týkající se shody rozptylů všech tří populací (normalita dat byla již prokázána na začátku této kapitoly). Ačkoliv rozptyl dat u studentů technických oborů je o poznání menší než u studentů humanitního a přírodovědného zaměření (viz tabulka 7), testování shody rozptylů užitím Levenova a Bartlettova testu neumožnilo zamítnout hypotézu o shodě rozptylů na dostatečně nízké hladině významnosti. Rozptyly tak můžeme pokládat za rámcově shodné, ačkoliv je zde větší pravděpodobnost chyby tohoto předpokladu než u testu znalostí diskutovaného u hypotézy H1<sup>9</sup>. Předpoklady tak můžeme pokládat za splněné. Výsledky testování shody středních hodnot jsou uvedeny v tabulce. Z ní je patrné, že na běžné užívané hladině významnosti 0,05 není možné zamítnout hypotézu o tom, že střední hodnoty jsou u všech tří uvažovaných populací shodné (p-hodnota je 0,149, testová statistika F je pak o poznání menší než příslušná kritická hodnota testu). Můžeme tedy shrnout, že hypotézu H2 o neexistenci rozdílů mezi zaměřeními ve vztahu k stigmatizaci **přijímáme** (drobné rozdíly ve spočteném průměru jednotlivých skupin nejsou statisticky významné).

**Tabulka 7 - Výsledky testování pro ověření hypotézy H2**

Zaměření	Počet	Součet	Průměr	Rozptyl
přírodovědné	90	4719,444	52,43827	147,182
technické	106	5336,111	50,34067	98,53804
humanitní	132	7026,612	53,23191	149,8038

ANOVA						
Zdroj variability	SS	Rozdíl	MS	F	Hodnota P	F krit
Mezi výběry	507,3794	2	253,6897	1,914307	0,149103	3,023516
Všechny výběry	43069,98	325	132,523			
Celkem	43577,36	327				

<sup>9</sup> To však není pro Analýzu rozptylu velký problém. Důležité je, aby shoda rozptylů nebyla narušena zcela zásadním způsobem, což zde podle všeho nenastává...

*H3: Vyšší úroveň znalostí o PAS odpovídá u studentů všech tří zaměření nižší míře stigmatizace.*

K ověření této hypotézy použijeme klasickou korelační analýzu (zjišťujeme zde vztah mezi dvěma proměnnými...). Celková skóre obou dotazníků odpovídají u všech sledovaných zaměření normálnímu rozdělení dat, je tudíž postačující použít Pearsonův korelační koeficient s příslušným testem nezávislosti. Výpočet přinesl následující výsledky (kladná hodnota korelačního koeficientu odpovídá tomu, že vyšší znalosti odpovídají vyšší míře stigmatizace, záporná, že vyšší znalosti odpovídají naopak nižší míře stigmatizace; uvedené p-hodnoty odpovídají testu nezávislosti, tj. při p-hodnotě větší než 0,05 není možné na dané hladině významnosti zamítnout hypotézu, že skutečná korelace je rovna nule a obě proměnné jsou tudíž nezávislé):

- humanitní zaměření (132 respondentů) – korelační koeficient je  $-0,056$ ,  $p = 0,524$
- technické zaměření (106 respondentů) – korelační koeficient je  $-0,075$ ,  $p = 0,480$
- přírodovědné zaměření (90 respondentů) – korelační koeficient je  $0,179$ ,  $p = 0,067$

Ani u jedné ze skupin nebyly zjištěné korelace staticky významné. To znamená, že musíme **zamítnout** hypotézu H3 o tom, že vyšší míra znalostí odpovídá nižší míře stigmatizace. Zdá se naopak, že mezi oběma proměnnými není žádná lineární vazba.

## 6 DISKUZE

V této části práce se nachází krátká diskuze, která by měla ve vztahu k výsledkům výzkumu především navrhnout některé drobné úpravy použitých měřících nástrojů pro jejich zkvalitnění. Dále jsou pak stručně zmíněny rozdíly mezi výsledky dotazníku zjišťujícího stigma vůči poruchám autistického spektra a jeho výchozího dotazníku použitého Potužákem (Potužák, 2016) pro výzkum epilepsie. V závěru se diskuze věnuje ověření hypotéz.

Nejprve se zaměříme na znalostní dotazník o PAS. Oproti původnímu souboru otázek v diplomové práci Hansenové (Hansen, 2015, s. 54-58), který obsahuje 51 položek, jich bylo do znalostního dotazníku pro výzkum vybráno pouze 24. Proběhly dva nezávislé překlady z původního anglického jazyka do českého. Struktura dotazování i možnosti odpovědí byly zanechány stejné, jako v originálu. Jak už bylo zmíněno, při zohlednění míry jistoty u jednotlivých odpovědí, znalost se pohybovala v rozpětí 0-35 získaných bodů z možných 48. Otázkou pro zamyšlení je, co by se dalo udělat pro obecné navýšení tohoto skóre. Psychometrické vlastnosti znalostního dotazníku můžeme označit za uspokojivé, kromě zmíněných otázek č. 6 a 20, popřípadě otázky č. 8. Vzhledem k výsledkům by bylo vhodné tyto otázky v dalším měření z dotazníku vyřadit s cílem celkového zvýšení úrovně validace. V dotazníku zaměřeném na stigma bychom mohli diskutovat o stejném problému (vyřazení) u otázek č. 1, 3c a 3g. Otázka pro respondenty může být nejasně stanovena, její chápání může být variabilní či zavádějící. Například příliš obecná formulace „zvládat svoji nemoc“ u otázky č. 1 může být pro těžko uchopitelná a respondent pak neví, co si pod tím představit. U položek 3c a 3g, které se ptají na potíže autistů s jejich emocemi a sexualitou, pak může nastat problém s neschopností představit si či vžít se do emocionálních a dalších prožitků jedinců s PAS, natož zhodnotit situaci z jejich úhlu pohledu. Takové otázky by kvalitní měřící nástroj neměl obsahovat.

Z hlediska srovnání měření stigmatizace u PAS a epilepsie je možné okomentovat, že základní výsledky týkající se stigmatu jsou málo rozdílné. Průměrná míra stigmatizace dosahuje u PAS hodnoty 52,08 %, u epilepsie 46,17 %. Nejnižší hodnota míry stigmatizace u PAS byla naměřena 20,08 % a nejvyšší hodnota pak 88,9 %. U epilepsie byly hraniční hodnoty zjištěny 15,94 % a 84,06 %. Celková výběrová směrodatná odchylka se u jednotlivých dotazníků lišila pouze o 1,44 %.

V rámci výzkumu byly stanoveny tři hypotézy. První dvě hypotézy, týkající se rozdílů ve znalostech a stigmatizaci mezi zaměřením studia jednotlivých skupin respondentů, byly výzkumem potvrzeny, nebudou proto předmětem diskuze. Třetí hypotéza, zabývající se korelací znalosti a míry stigmatizace, byla na základě výsledků zamítnuta. Tyto korelace u jednotlivých testovaných skupin studentů byly pro potvrzení hypotézy statisticky nevýznamné. Příčinou tohoto jevu může být například podložení stigmatu u PAS spíše emocionální složkou osobnosti než racionální. Dále se na něm mohou podílet i iracionální zafixované předsudky, které znalosti nedokáží z dlouhodobého hlediska ovlivnit, nebo příliš silná, ale povrchní, negativní osobní zkušenost s jedincem s PAS.



## 7 ZÁVĚR

Tato práce si kladla za cíl předběžně ověřit psychometrické vlastnosti znalostního testu poruch autistického spektra a dotazníku míry stigmatizace těchto poruch. Jako podklad pro tento výzkum slouží teoretická část práce, která se zabývá charakteristikou jednotlivých PAS a jejich projevy, popisem diagnostických prostředků a možností intervence, snaží se čtenáři objasnit pojem stigma, a to především ve vztahu k autismu. Praktická část pak obsahuje popis realizace výzkumu, jehož největší součástí byl sběr dat na Západočeské univerzitě v Plzni a Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, a analýzu těchto dat. Jejich pomocí se podařilo potvrdit dvě ze tří stanovených hypotéz. Výsledky psychometrického ověření obou dotazníků, zmíněné v závěru každé podkapitoly, byly velmi uspokojivé, jak z hlediska vnitřní konzistence, tak test-retest reliability. U dotazníku měřícího stigma bylo dosaženo 3faktorové struktury, na jejímž základě proběhlo rozdělení položek do jednotlivých testovacích škál, které by později mohly sloužit pro přehlednější strukturu dotazníku. Po malých úpravách některých otázek by tyto nástroje mohly sloužit k dalšímu komplexnějšímu testování, jehož předmětem by mohla být například závislost znalosti na věku a pohlaví respondentů či rozdíly v míře stigmatizace u osob s vlastní zkušeností s jedinci s PAS. Míra stigmatizace u PAS by mohla být průběžně testována na velkých vzorcích populace, nejen u studentů, což by mohlo vést k porovnání dlouhodobé časové stability výsledků kontra zlepšení této problematiky. To by mohlo nastat například v důsledku sofistikovaných intervencí zaměřených na redukci stigmatu podobně jako u epilepsie (Weberová, 2016). Příprava takových intervencí je časově a technicky náročná, je to však potenciálně účinná cesta k postupnému zlepšení kvality života jedinců s PAS. Vzhledem k tomuto závěrečnému shrnutí považujeme cíle práce za splněné. Doufáme do budoucna v praktickou využitelnost dotazníkových nástrojů i samotných poznatků, které práce prezentuje, s cílem posílit znalosti a snížit míru stigmatizace spojené s autismem. Ač měla tato práce jasně stanovené formální cíle, tím primárním je snaha vytvářet lepší podmínky pro život jedinců s poruchami autistického spektra.

## RESUMÉ

Bakalářská práce *Autismus a stigma* se zabývá problematikou stigmatizace ve vztahu k lidem s poruchami autistického spektra (PAS). V textu jsou uvedeny jednotlivé poruchy včetně jejich projevů v chování, diagnostické prostředky a vybrané druhy intervence. Přes další teoretickou část zabývající se obecně stigmatem, práce obě tato téma propojuje. Teorie vytváří základ pro výzkumnou část, která ve třech oblastech hledá korelaci znalostí a míry stigmatizace u skupin studentů s technickým, přírodovědným a humanitním zaměřením. Hlavním cílem bylo předběžné psychometrické ověření dotazníků zaměřených na znalost a míru stigmatizace u PAS. Studie se zúčastnilo celkem 328 respondentů, z nichž 100 po dvou až třech měsících vyplnilo retest nutný pro stanovení reliability. U obou měřicích nástrojů byly prokázány velmi dobré psychometrické vlastnosti, ze kterých vyplývá kvalita dotazníků pro další využití v praxi.

Klíčová slova: autismus, autistická triáda, diagnostika PAS, intervence u PAS, pervazivní vývojová porucha, stigma, korelace znalostí a stigmatizace

## RESUME

This bachelor thesis *Autism and stigma* deals with the issue of stigma in relation to people with Autism spectrum disorders (ASD). There are given various disorders and their manifestations in behavior, diagnostic agents and selected types of interventions in the text. Over the next theoretical part dealing with the stigma in general, the work interconnects both topics. Theory forms the basis for the research part, that looks for correlations between knowledge and level of stigmatization in the groups of students with specialization on technical, natural sciences and humanities. The main objective was the preliminary psychometric verification of questionnaires focusing on the knowledge and stigmatization rate of ASD. The study was attended by a total of 328 respondents, 100 of whom after two to three months completed the retest required to establish test-retest reliability. For both measuring instruments, very good psychometric properties have been demonstrated, resulting in the quality of questionnaires for further use in practice.

Key words: autism, autistic triad, diagnosis of ASD, intervention of ASD, pervasive developmental disorder, stigma, correlation knowledge and stigma

## ZDROJE

### Literatura

ATWOOD, Tony. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012. 208 s. ISBN 978-80-262-0193-9

BEYER, Jannik a GAMMELTOFT, Lone. *Autismus a hra: příprava herních aktivit pro děti s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 104 s. ISBN 80-7367-157-3

BITTMANNOVÁ, Lenka a BITTMANN, Julius. *Prevence a účinné řešení šikany: u žáků a studentů s Aspergerovým syndromem a vysoce funkčním autismem*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-15-2.

CORRIGAN, Patrick W. a WATSON, Amy C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation and Chicago Consortium for Stigma Research, February 2002.

ČADILOVÁ, Věra a ŽAMPACHOVÁ, Zuzana. *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-475-5.

DEHNAVI, Sedigheh Rezaei, MALEKPOUR, Mokhtar, FARAMARZI, Salar, TALEBI, Houshang. The Share of Internalized Stigma and Autism Quotient in Predicting the Mental Health of Mothers with Autism Children in Iran. *International Journal of Business and Social Science*. University of Isfahan Isfahan, Iran, November 2011.

GILLBERG, Christopher a PEETERS, Theo. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty: výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-856-2.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Most (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-21-0.

HANSEN, Laura. *Development and validation of a survey of knowledge of autism spectrum disorder*. Hattiesburg, 2015. Master's Theses. University of Southern Mississippi. College of Education and Psychology.

- HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-x.
- HOWLIN, Patricia. *Autismus u dospívajících a dospělých: cesta k soběstačnosti*. Praha: Portál, 2005. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-041-0.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3.
- KNAPCOVÁ, Margita a Marcela JAROLÍMOVÁ. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. [2. vyd.]. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN 80-86856-14-3.
- LIBIGER, Jan. Stigma duševního onemocnění. In: BAUDIŠ, Pavel a LIBIGER, Jan. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-7262-104-1.
- LING, Candy Y. M., Winnie W. S. MAK a Janice N. S. CHENG. Attribution Model of Stigma towards Children with Autism in Hong Kong. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* [online]. 2010, **23**(3), 237-249 [cit. 2017-04-15]. DOI: 10.1111/j.1468-3148.2008.00456.x. ISSN 13602322.
- MCQUAID, Abbie. Autism and employment. *Psychologist* [online]. 2013, **26**(10), 706-706 [cit. 2017-04-15]. ISSN 09528229.
- MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice. 2., přeprac. vyd.* Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
- OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
- PEŠOVÁ, Ilona a ŠAMALÍK, Miroslav. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1216-4.
- POTUŽÁK, Daniel. *Epilepsie a stigma*. Plzeň, 2016. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta pedagogická. Vedoucí práce Mgr. Dana Brabcová, Ph.D.
- PRYKANOWSKI, Debra, GAGE, Nicholas a CONROY, Maureen. Educational Implications of the DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorders. *Beyond Behavior* [online]. 2015, **24**(2), 30-38 [cit. 2017-05-29]. ISSN 10742956.

RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-102-6.

SACKS, Oliver. *Antropoložka na Marsu: podivuhodné a výjimečné životy geniálních a psychicky odlišných osobností*. Vyd. 2. Přeložil Alena ČECHOVÁ. Praha: Dybbuk, 2009. ISBN 978-80-86862-81-1.

ŠNÝDROVÁ, Ivana. *Psychodiagnostika*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2165-1.

TABACHNICK, Barbara G. a Linda S. FIDELL. *Using multivariate statistics*. 4th ed. Boston, MA: Allyn and Bacon, c2001. ISBN 0321056779.

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

VERMEULEN, Peter. *Autistické myšlení*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1600-3.

WEBEROVÁ, Veronika. *Edukační intervence v problematice epilepsie*. Plzeň, 2016. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta pedagogická. Vedoucí práce Mgr. Dana Brabcová, Ph.D.

WODRICH, David L., Randa JARRAR, Jeffrey BUCHHALTER, Roy LEVY a Catherine GAY. Knowledge about epilepsy and confidence in instructing students with epilepsy: Teachers' responses to a new scale. *Epilepsy* [online]. 2011, **20**(2), 360-365 [cit. 2017-05-14]. DOI: 10.1016/j.yebeh.2010.12.002. ISSN 15255050.

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

## Online zdroje

THE-ART-OF-AUTISM.COM [online]. [cit. 5.1.2017]. Dostupné z: <http://the-art-of-autism.com/favorite-quotes-about-autism-and-aspergers/>

WWW.VZDELAVANIAAUTISMUS.CZ [online]. [cit. 10. 1. 2017]. Dostupné z: <http://www.vzdelavaniaautismus.cz/o-autismu>

WWW.PSYCHOLOGIE.CZ [online]. [cit. 11. 1. 2017]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/sheldon-mezi-nami/>

WWW.AUTISMUS.CZ [online]. [cit. 15. 1. 2017]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/poruchy-autistickeho-spektra/2.html>

WWW.AUTISTICKEDITE.CZ [online]. [cit. 22. 1. 2017]. Dostupné z: <http://www.autistickedite.cz/sites/default/files/ctools/Bro%C5%BEura%20AUTISMUS%20Final.pdf>

WWW.RETT-CZ.COM [online]. [cit. 30. 1. 2017]. Dostupné z: <http://www.rett-cz.com/rettuv-syndrom/co-je-rettuv-syndrom/priznaky-rettova-syndromu/>

WWW.DOBROMYSL.CZ [online]. [cit. 7. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=2227>

AGRE.AUTISMSPEAKS.ORG [online]. [cit. 8. 2. 2017]. Dostupné z: <https://research.agre.org/program/aboutadi.cfm>

WWW.TESTCENTRUM.COM [online]. [cit. 8. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.testcentrum.com/testy/ados-2>

WWW.CENTRIAAUTISM.COM [online]. [cit. 10. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.centriaautism.com/about-autism/screen-for-autism.html>

WWW.AUT-CENTRUM.CZ [online]. [cit. 13. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.aut-centrum.cz/autismus/proc-aba-/>

WWW.SLOVNIK-CIZICH-SLOV.CZ [online]. [cit. 2. 3. 2017]. Dostupné z: <http://www.slovník-cizich-slov.cz/stigma.html>

WWW.SPMP.CZ [online]. [cit. 18. 4. 2017]. Dostupné z: <http://www.spmp.cz/public/kapitola.phtml?kapitola=129111>

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 – Základní charakteristiky souboru respondentů.....	33
Tabulka 2 - Procentuální úspěšnost jednotlivých položek testu.....	35
Tabulka 3- Výsledky znalostního dotazníku při zohlednění míry jistoty odpovědí.....	38
Tabulka 4 – Výsledky dotazníku měřícího míru stigmatizace .....	43
Tabulka 5 – Faktorové zátěže pro 3faktorové řešení.....	46
Tabulka 6 – Výsledky testování pro ověření hypotézy H1 .....	49
Tabulka 7 - Výsledky testování pro ověření hypotézy H2 .....	50
Graf 1- rozložení četností podle počtu bodů u jednotlivých položek testu .....	36
Graf 2 – krabicový graf pro celkové skóre znalostního dotazníku.....	36
Graf 3- rozložení četností podle počtu bodů při zohlednění míry jistoty odpovědí .....	39
Graf 4- krabicový graf pro celkové skóre při zohlednění míry jistoty odpovědí .....	39
Graf 5 - rozložení četností celkového skóre dotazníku měřícího míru stigmatizace.....	44
Graf 6 – krabicový graf pro celkové skóre dotazníku měřícího míru stigmatizace .....	44



## **PŘÍLOHY**

# Příloha 1

## STIGMA V SOUVISLOSTI S AUTISMEM

Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na problematiku autismu

**Věk:** .....

**Pohlaví:** muž žena

Jméno a příjmení..... Datum: .....

Škola: ..... Ročník: .....

Město: .....

Setkal/a jste se někdy dříve s pojmem **autismus**? (zakroužkuj správnou možnost) ANO NE

**Znáte osobně někoho s autismem? Pokud ano, koho?**

*Nyní si postupně přečtete následující otázky a vždy **zakroužkujete** číslo, které nejlépe vyjadřuje Váš názor. Odpovídejte podle této hodnotící stupnice:*

1 - vůbec ne

2 - trochu

3 - hodně

4 – zcela

**Budte prosím upřímní ve svých odpovědích. Pokud některé otázky nerozumíte nebo nevíte, jak odpovědět, nechte ji nevyplněnou. Děkuji za spolupráci.**

**1. Myslíte si, že osoby s autismem jsou schopny zvládat svou vlastní nemoc?**

1 2 3 4

**2. Jak byste se cítil/a, když byste viděl/a u autisty záchvat vzteku?**

a) vyděšeně	1	2	3	4	c) smutně	1	2	3	4
b) vystrašeně	1	2	3	4	d) soucitně	1	2	3	4

**3. Jaké potíže si myslíte, že mají autisté v každodenním životě?**

a) ve vztazích	1	2	3	4	b) v práci	1	2	3	4
c) emocionální	1	2	3	4	d) v přátelství	1	2	3	4
e) ve škole	1	2	3	4	f) s předsudky	1	2	3	4

**4. Jak si myslíte, že se cítí autisté?**

a) ustaraně	1	2	3	4	e) zahanbeně	1	2	3	4
b) závisle	1	2	3	4	f) depresivně	1	2	3	4
c) neschopně	1	2	3	4					
d) ustrašeně	1	2	3	4					
g) stejně jako bez autismu	1	2	3	4					

**5. Podle Vašeho názoru budou předsudky o autismu souviset s:**

a) vztahy	1	2	3	4	d) školou	1	2	3	4
b) manželstvím	1	2	3	4	e) rodinou	1	2	3	4
c) prací	1	2	3	4					

**Zkontrolujte, prosím, ještě jednou svoje odpovědi! Děkuji za vyplnění dotazníku!**

## Příloha 2

### Znalostní dotazník autismus

*Máte před sebou dotazník zjišťující znalosti o PAS, z nabízených možností vyberte, zda se jedná o pravdu či nepravdu. Prosím, posuďte rovněž Vaši míru jistoty uvedené odpovědi, a to na stupnici zcela nejistý-částečně jistý-zcela jistý. Děkuji!*

- 1. Jedinci s PAS zřídka kdy budují intimní vztahy, a to i s vlastními rodiči.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 2. Jedinci s PAS mají problémy se sociální interakcí.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 3. Děti s PAS hrají podobné hry jako jejich běžně se vyvíjející vrstevníci.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 4. Jedním z prvních příznaků PAS je neschopnost zvládat mimiku, gesta a řeč.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 5. Všichni jedinci s PAS mají podprůměrné IQ.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 6. Nejméně 25 % jedinců s PAS se během svého života vůbec nenaučí používat řeč.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 7. Díky všestranné podpoře, terapii a lékům mohou být PAS zcela vyléčeny.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 8. Jedním z běžných způsobů léčby PAS je aplikovaná behaviorální analýza (ABA).**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 9. Značné procento (nejméně 20 %) jedinců s PAS zároveň trpí obsedantně-kompulzivní poruchou.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 10. Včasná intervence může zmírnit příznaky PAS a vést ke zlepšení v oblasti IQ, jazyka a sociálního chování.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 11. Většina PAS může být sama o sobě smrtelná.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 12. Problémy při narození (např. stísněnost plodu, porod koncem pánevním) souvisí s rozvojem PAS.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý

- 13. U dětí se staršími rodiči je vyšší pravděpodobnost, že se rozvinou PAS.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 14. V minulosti vědci věřili, že je PAS způsoben nedostatkem lásky při výchově a emocionálním chladem matky.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 15. Většina vědeckých studií naznačuje, že PAS mohou být způsobeny očkovacími látkami.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 16. PAS jsou nakažlivé.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 17. Existuje přesvědčivý důkaz, že nízký příjem rodiny (nedostatek financí) může být podstatným rizikovým faktorem pro PAS.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 18. Výskyt autismu u dětí se v posledních 15 letech ve vyspělých zemích znatelně zvýšil.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 19. Výskyt PAS je až pětkrát pravděpodobnější u chlapců než u dívek.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 20. Existuje jeden konkrétní gen, podle něhož můžeme identifikovat PAS.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 21. Počátečním impulsem ke zkoumání toho, zda dítě (ne)trpí PAS, jsou často problémy při rozvoji řeči.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 22. Jedinec může být diagnostikován jak s PAS, tak i s intelektovým postižením (dříve známé jako mentální retardace)**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 23. Diagnostika PAS je často založena na rozhovorech s rodiči a pozorování chování dítěte.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý
- 24. Dospělým nemohou být nikdy diagnostikovány PAS.**  
pravda – nepravda  
zcela nejistý – částečně jistý – zcela jistý