

Mladá veda

Young Science

Špeciálne vydanie

Mladá veda

Young Science

MEDZINÁRODNÝ VEDECKÝ ČASOPIS MLADÁ VEDA / YOUNG SCIENCE

Číslo 4, ročník 14., špeciálne číslo vydané v auguste 2026

ISSN 1339-3189, EV 167/23/EPP

Kontakt: info@mladaveda.sk, tel.: +421 908 546 716, www.mladaveda.sk

Fotografia na obálke: V lese. © Branislav A. Švorc, foto.branisko.at

REDAKČNÁ RADA

prof. Ing. Peter Adamišín, PhD. (Katedra environmentálneho manažmentu, Prešovská univerzita, Prešov)

doc. Dr. Pavel Chromý, PhD. (Katedra sociálnej geografie a regionálneho rozvoja, Univerzita Karlova, Praha)

prof. Dr. Paul Robert Magocsi (Chair of Ukrainian Studies, University of Toronto; Royal Society of Canada)

Ing. Lucia Mikušová, PhD. (Ústav biochémie, výživy a ochrany zdravia, Slovenská technická univerzita, Bratislava)

doc. Ing. Peter Skok, CSc. (Ekomos s. r. o., Prešov)

Mgr. Monika Šavelová, PhD. (Katedra translatológie, Univerzita Konštantína Filozofa, Nitra)

prof. Ing. Róbert Štefko, Ph.D. (Katedra marketingu a medzinárodného obchodu, Prešovská univerzita, Prešov)

prof. PhDr. Peter Švorc, CSc., predseda (Inštitút histórie, Prešovská univerzita, Prešov)

doc. Ing. Petr Tománek, CSc. (Katedra verejnej ekonomiky, Vysoká škola báňská - Technická univerzita, Ostrava)

doc. Mgr. Michal Garaj, PhD. (Katedra politických vied, Univerzita sv. Cyrila a Metoda, Trnava)

REDAKCIA

Mgr. Branislav A. Švorc, PhD., šéfredaktor (Inštitút pre vedu, kultúru a spoločenský rozvoj)

Mgr. Martin Hajduk, PhD. (Banícke múzeum, Rožňava)

PhDr. Magdaléna Keresztesová, PhD. (Fakulta stredoeurópskych štúdií UKF, Nitra)

RNDr. Richard Nikischer, Ph.D. (Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, Praha)

PhDr. Veronika Trstianska, PhD. (Ústav stredoeurópskych jazykov a kultúr FSŠ UKF, Nitra)

Mgr. Veronika Zuskáčová (Geografický ústav, Masarykova univerzita, Brno)

VYDAVATEĽ

Inštitút pre vedu, kultúru a spoločenský rozvoj

IČO: 57728038, Bajkalská 12B, 080 01 Prešov, Slovensko

v spolupráci s vydavateľstvom UNIVERSUM-EU, spol. s r. o.

PŘIPRAVENOST ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ NA ESKALACI MALADAPTIVNÍHO CHOVÁNÍ V PERIOPERAČNÍ PÉČI

PREPAREDNESS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS FOR THE ESCALATION OF MALADAPTIVE BEHAVIOUR IN PERIOPERATIVE CARE

Renáta Krčilová¹, Eva Zacharová²

Renáta Krčilová absolvovala studijní program Ošetrovatelství na Vysoké škole zdravotníctví a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Ústavu Dr. P. Blahu ve Skalici. Eva Zacharová pôsobí ako profesorka na tomto pracovisku. Obě autorky se odborně věnují ošetrovatelství, vzdelávání zdravotníckych pracovníkov a otázkam kvality ošetrovateľskej péče.

Renáta Krčilová completed the Nursing programme at St. Elizabeth University of Health and Social Work in Bratislava, Dr. P. Blaho Institute in Skalica. Eva Zacharová is a professor at the same institution. Both authors focus on nursing, the education of healthcare professionals, and the quality of nursing care.

Abstract

The study examines healthcare professionals' preparedness to manage the escalation of maladaptive behaviour in patients with pervasive developmental disorders and intellectual disabilities in perioperative care. The aim was to assess the associations between professional classification, length of clinical practice, age, completion of specialised training, and professionals' self-perceived preparedness. The research sample consisted of 575 respondents. The data were evaluated using Pearson's chi-square test of independence, while the strength of the identified associations was assessed using Cramér's V. The results indicated statistically significant associations between the examined professional and demographic characteristics and healthcare professionals' preparedness. Particular importance was demonstrated in the ability to recognise warning signs, willingness to participate in physical restraint, and completion of specialised training. The findings emphasise the need for systematic education, training in de-escalation

¹ Adresa pracoviska: PhDr. Renáta Krčilová, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Olomouc, Zdravotníků 7, 779 00 Olomouc, Česká republika
Email: krcilova.renata@fnol.cz

² Adresa pracoviska: prof. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, PhD., Inštitút sociálnej práce a ošetrovateľstva MUDr. Pavla Blahu, Skalica, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, Potočná 58, 909 01 Skalica
Email: zacharova@vssvalzbety.sk

techniques, and an individualised approach to patients with pervasive developmental disorders and intellectual disabilities.

Key words: perioperative care, maladaptive behaviour, healthcare professionals, preparedness, chi-square test

Abstrakt

Štúdia sa zaoberá pripravenosťou zdravotníckych pracovníkov na zvládanie eskalácie maladaptívneho správania u pacientov s pervazívnymi vývinovými poruchami a mentálnym postihnutím v perioperačnej starostlivosti. Cieľom bolo posúdiť súvislosti medzi profesijným zaradením, dĺžkou klinickej praxe, vekom, absolvovaním špecializovaného vzdelávania a subjektívne vnímanou pripravenosťou pracovníkov. Výskumný súbor tvorilo 575 respondentov. Údaje boli vyhodnotené pomocou Pearsonovho chí-kvadrát testu nezávislosti, pričom sila zistených vzťahov bola posúdená prostredníctvom Cramérovho V. Výsledky poukázali na štatisticky významné súvislosti medzi sledovanými profesijnými a demografickými charakteristikami a pripravenosťou zdravotníckych pracovníkov. Osobitný význam sa preukázal pri schopnosti rozpoznať varovné signály, ochote zapojiť sa do fyzickej imobilizácie a absolvovaní špecializovaného vzdelávania. Zistenia zdôrazňujú potrebu systematického vzdelávania, nácviku deeskaláčnych postupov a individualizovaného prístupu k pacientom s pervazívnymi vývinovými poruchami a mentálnym postihnutím.

Kľúčové slová: perioperačná starostlivosť, maladaptívne správanie, zdravotnícki pracovníci, pripravenosť, chí-kvadrát test

Úvod

Pacienti s pervazívnymi vývojovými poruchami (PVP) a mentálnym postihnutím (MP) predstavujú v perioperačnej starostlivosti špecifickú skupinu, jejž potreby môžu byť výrazne odlišné od potrieb bežnej populácie pacientů. V súvislosti s pôsobením stresových faktorů u nich existuje zvýšené riziko vzniku alebo eskalácie maladaptívneho chování. Tímto pojmom se označují projevy, které závažným způsobem narušují každodenní fungování člověka, komplikují poskytování zdravotní péče nebo mohou ohrozit bezpečnost samotného pacienta, zdravotnického personálu či dalších osob v jeho okolí (Emerson, 2001).

Pervazivní vývojové poruchy jsou charakterizovány obtížemi v oblasti sociální interakce a komunikace a výskytem omezených, opakujících se nebo stereotypních vzorců chování a zájmů. U jednotlivých pacientů se může míra těchto obtíží výrazně lišit. Někteří jsou schopni poměrně dobře komunikovat a spolupracovat, zatímco jiní potřebují rozsáhlou podporu při porozumění situaci, vyjadřování potřeb nebo zvládnutí změn. Obtíže se mohou týkat verbální i neverbální komunikace, porozumění sociálním signálům, navazování kontaktu nebo přizpůsobování se neočekávaným situacím (American Psychiatric Association, 2013; 2022).

Mentální postižení je spojeno s omezením intelektových schopností a adaptivního chování, které se projevuje v konceptuální, sociální i praktické oblasti života. Pacienti mohou mít obtíže s pochopením složitějších informací, vyhodnocováním rizika, rozhodováním, orientací v neznámém prostředí nebo samostatným zvládnutím každodenních činností (Schalock et al., 2010). Pokud se mentální postižení vyskytuje současně s PVP, může být komunikace se zdravotnickým personálem a přizpůsobení se požadavkům perioperační péče ještě náročnější. Obě

diagnostické skupiny proto zahrnují pacienty, kteří mohou vyžadovat individuální přípravu, upravený způsob komunikace a zvýšenou míru podpory.

Klinický význam této problematiky narůstá také v souvislosti se zvyšujícím se počtem diagnostikovaných osob. Zatímco v minulosti byl výskyt autismu odhadován přibližně na pět případů na 10 000 narozených, současné odhady uvádějí přibližně jeden případ na 44 až 68 narozených. V České republice bylo v období let 2010–2018 evidováno 25 967 osob s diagnózou ze skupiny F84, do níž byly pervazivní vývojové poruchy zařazovány (ÚZIS ČR, 2022). Rostoucí počet diagnostikovaných pacientů současně zvyšuje pravděpodobnost, že se s nimi zdravotničtí pracovníci budou setkávat také v chirurgické a perioperační praxi.

Perioperační péče zahrnuje předoperační přípravu, období samotného operačního výkonu a následnou pooperační péči. Každá z těchto fází může pro pacienta s PVP nebo MP představovat značnou psychickou a senzorickou zátěž. Nemocniční prostředí je spojeno s neznámými osobami, přístroji, zvuky, světly, pachy, doteky a změnami běžného režimu. Pacient se zároveň musí podrobit vyšetření a výkonům, jejichž účelu nemusí plně rozumět a jejichž průběh nedokáže předvídat. Situaci mohou dále komplikovat časový tlak, střídání zdravotnického personálu, čekání na výkon a omezené možnosti komunikace (Emerson, 2001; Thórová, 2016).

Narušení obvyklých rutin, nedostatek srozumitelných informací a omezená možnost ovlivnit průběh situace mohou u pacienta vyvolávat úzkost, nejistotu, frustraci a pocit ztráty kontroly. Tyto prožitky se nemusí projevit přímým slovním vyjádřením. Mohou se promítnout do neklidu, odmítání spolupráce, útekových tendencí, impulzivního jednání, autoagrese nebo agrese vůči okolí. U některých pacientů se naopak objevují vyhybavé reakce, stažení se z kontaktu či výrazná pasivita.

Maladaptivní chování proto nelze vnímat pouze jako projev diagnózy nebo jako úmyslnou nespokojenost. V řadě případů jde o reakci na prostředí, které je pro pacienta nepředvídatelné, nesrozumitelné nebo senzoricky nepřiměřené. Významnou úlohu mohou sehrávat také bolest, strach, únava, hlad, nemožnost sdělit vlastní potřeby nebo předchozí negativní zkušenost se zdravotní péčí (Emerson, 2001; Milton, 2012). Více než polovina pacientů s PVP vykazuje behaviorální obtíže, při jejichž zvládnutí je nezbytné používat specifické a individuálně přizpůsobené strategie (Emerson, 2001).

Předpokladem bezpečné perioperační péče je včasné rozpoznání faktorů, které mohou eskalaci vyvolat. Zdravotničtí pracovníci by měli ještě před výkonem získat informace o obvyklém způsobu komunikace pacienta, jeho senzorické citlivosti, spouštěcích problémového chování, známkách narůstajícího stresu a strategiích, které mu pomáhají se uklidnit. Významným zdrojem těchto informací mohou být rodiče, opatrovníci, osobní asistenti nebo další blízké osoby, které pacienta dobře znají. Jejich zapojení může usnadnit přípravu pacienta, zlepšit komunikaci a snížit riziko nedorozumění.

Důležitým preventivním opatřením je také přizpůsobení prostředí a průběhu péče individuálním potřebám pacienta. Může zahrnovat omezení čekací doby, snížení hluku a počtu rušivých podnětů, používání jednoduchých a konkrétních instrukcí, vizuálních pomůcek nebo alternativních komunikačních prostředků. Pacientovi může pomoci také předvídatelný postup,

postupné seznamování s prostředím a možnost přítomnosti blízké osoby. Individualizovaná příprava však vyžaduje koordinaci mezi jednotlivými členy perioperačního týmu a předávání relevantních informací mezi pracovišti.

Zásadní úlohu při prevenci zhoršování situace má deeskalace, kterou lze chápat jako soubor komunikačních, behaviorálních a organizačních postupů směřujících ke snížení napětí a obnovení pocitu bezpečí. Patří sem klidný způsob komunikace, omezení konfrontačních požadavků, respektování osobního prostoru pacienta, snížení množství podnětů a nabídnutí srozumitelných možností dalšího postupu. Účinná deeskalace předpokládá, že zdravotnický pracovník dokáže včas rozpoznat časné varovné signály a přizpůsobit jim své jednání (Hallett a Dickens, 2017).

Pokud preventivní a deeskalační postupy selžou a vznikne bezprostřední riziko ohrožení, může být nezbytné využít restriktivní opatření, včetně fyzické imobilizace. Takový postup však musí představovat krajní řešení, být přiměřený aktuálnímu nebezpečí a trvat pouze po nezbytně nutnou dobu. Jeho použití by mělo být průběžně vyhodnocováno, řádně dokumentováno a ukončeno ihned po odeznění nebezpečí (Hallett a Dickens, 2017; Muskat et al., 2015; Wilson et al., 2022). Nevhodně provedené omezení může prohloubit úzkost pacienta, zvýšit riziko poranění a negativně ovlivnit jeho budoucí vztah ke zdravotní péči.

Významným faktorem ovlivňujícím kvalitu péče je připravenost zdravotnického personálu. Nedostatečné vzdělávání může souviset s nižší profesní jistotou, vyšší mírou stresu a častějším používáním restriktivních opatření (Shin et al., 2013). Pracovníci, kteří nemají dostatek znalostí a praktických zkušeností, mohou některé projevy pacienta nesprávně interpretovat jako úmyslnou agresi nebo neposlušnost. Takové hodnocení může vést k nevhodné komunikaci, zvýšení napětí a následné eskalaci situace.

Naopak odborná příprava zaměřená na specifika PVP a MP, nácvik deeskalačních postupů a týmové zvládání krizových situací mohou posílit profesní jistotu pracovníků. Individualizovaný přístup může přispět ke snížení výskytu maladaptivního chování, zlepšení spolupráce pacienta a bezpečnějšímu průběhu perioperační péče (Muskat et al., 2015; Wilson et al., 2022; Nicolaidis et al., 2015). Připravenost personálu proto zahrnuje nejen teoretické znalosti, ale také komunikační dovednosti, schopnost rozpoznat varovné signály, prakticky reagovat na eskalaci a spolupracovat s rodinou i ostatními členy týmu.

Přestože zahraniční studie upozorňují na přetrvávající nedostatky v připravenosti zdravotnických pracovníků na péči o pacienty s PVP a MP (Nicolaidis et al., 2015; Shin et al., 2013), situace v českém perioperačním prostředí dosud není v dostupné odborné literatuře dostatečně empiricky popsána. Chybějí zejména podrobnější údaje o zkušenostech jednotlivých profesních skupin, jejich schopnosti rozpoznávat časné projevy eskalace, ochotě zapojovat se do zvládání krizových situací a dostupnosti specializovaného vzdělávání.

Cílem předkládané studie proto bylo posoudit připravenost zdravotnických pracovníků podílejících se na perioperační péči o pacienty s PVP a MP. Pozornost byla zaměřena na souvislosti mezi profesním zařazením pracovníků, délkou jejich klinické praxe, věkem, absolvováním specializovaného vzdělávání a subjektivně vnímanou připraveností. Studie se současně zaměřila na postoje pracovníků k rozpoznávání varovných signálů, používání deeskalačních postupů a zapojení do fyzické imobilizace v situacích bezprostředního ohrožení. Získané poznatky mohou přispět k přesnějšímu vymezení vzdělávacích potřeb perioperačních týmů a k

vytvoření cílených opatření podporujících bezpečnou, individualizovanou a důstojnou péči o pacienty s PVP a MP.

Metodológia

Charakteristika výzkumného souboru

Do dotazníkového šetření bylo zařazeno 585 zdravotnických pracovníků podílejících se na perioperační péči. Po vyřazení 10 neúplných dotazníků tvoří finální soubor 575 respondentů. Ženy představují 79,1 % souboru. Nejpočetnější věkovou skupinou jsou respondenti ve věku 45–54 let (33,7 %).

Profesní členění zahrnuje 75,8 % nelékařského zdravotnického personálu a 24,2 % lékařů. Tyto podíly odpovídají 436 a 139 osobám. Protože je mezi 436 osobami zahrnuto 90 sanitářů, kteří se nemají účastnit profesního porovnání, pracuje analýza H1 s 346 členy nelékařského zdravotnického personálu a 139 lékaři, tedy s $N = 485$. H2 a H3 využívají celý soubor $N = 575$.

Charakteristika	Kategorie	n	Podíl
Pohlaví	Ženy	455	79,1 %
Pohlaví	Muži	120	20,9 %
Profese pro H1	NLZP bez sanitářů	346	71,3 % z $N=485$
Profese pro H1	Lékaři	139	28,7 % z $N=485$
Mimo analýzu H1	Sanitáři	90	15,7 % z $N=575$

Tabulka 1 – Rozdělení analyzovaného souboru

Zdroj: vlastní zpracování

Metodologický a statistický postup

Výzkum je koncipován jako kvantitativní, průřezový a neexperimentální. Sledované proměnné jsou kategorizované, proto jsou hypotézy testovány Pearsonovým chí-kvadrát testem nezávislosti. Hladina významnosti je stanovena na $\alpha = 0,05$. Síla vztahu je popsána Cramérovým V.

$$\chi^2 = \sum (\mathbf{O}_{ij} - \mathbf{E}_{ij})^2 / \mathbf{E}_{ij}; \quad \mathbf{E}_{ij} = (\text{součet řádku} \times \text{součet sloupce}) / \mathbf{N}$$

Očekávané četnosti musí být dostatečně vysoké a jednotlivá pozorování nezávislá. Ve všech tabulkách jsou očekávané četnosti vyšší než 5. Orientačně lze Cramérovo V kolem 0,10 označit jako slabý, kolem 0,30 jako střední a kolem 0,50 jako silný vztah.

Hypotéza H1 – rozpoznání varovných signálů

H1: Nelékařský zdravotnický personál častěji deklaruje schopnost rozpoznat varovné signály eskalace maladaptivního chování než personál lékařský.

H0: Deklarovaná schopnost rozpoznat varovné signály nezávisí na profesním zařazení.

Profesní skupina	Ano	Částečně	Ne	Celkem
NLZP bez sanitářů	235	82	29	346
Lékaři	77	42	20	139

Profesní skupina	Ano	Částečně	Ne	Celkem
Celkem	312	124	49	485

Tabulka 2 – H1 – pozorované četnosti

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 3 – H1 – očekávané četnosti

Profesní skupina	Ano	Částečně	Ne	Celkem
NLZP bez sanitářů	222,58	88,46	34,96	346
Lékaři	89,42	35,54	14,04	139
Celkem	312	124	49	485

Tabulka 3 – H1 – očekávané četnosti

Zdroj: vlastní zpracování

$$\chi^2(2) = 7,606; p = 0,0223; \text{Cramérovo } V = 0,125$$

Schopnost rozpoznat varovné signály deklarovalo 67,9 % NLZP bez sanitářů oproti 55,4 % lékařů. Protože $p = 0,0223 < 0,05$, H_0 se zamítá a H_1 je podpořena. Zjištěný vztah je slabý.

Hypotéza H2 – ochota účastnit se fyzické imobilizace

H2: Zdravotničtí pracovníci s delší klinickou praxí a ti ve středních věkových kategoriích deklarují vyšší ochotu účastnit se fyzické imobilizace pacienta při eskalaci maladaptivního chování než pracovníci s kratší praxí nebo v krajních věkových skupinách.

Hypotéza obsahuje dva prediktory, proto je rozdělena na H2a podle délky praxe a H2b podle věku. Obě analýzy používají celý soubor $N = 575$.

H2a – délka klinické praxe

Délka praxe	Ano	Spíše ano/nejistý	Ne	Celkem
Do 5 let	42	34	34	110
6–10 let	47	29	19	95
11–20 let	91	40	19	150
Více než 20 let	145	51	24	220
Celkem	325	154	96	575

Tabulka 4 – H2a – pozorované četnosti

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 5 – H2a – očekávané četnosti

Délka praxe	Ano	Spíše ano/nejistý	Ne	Celkem
Do 5 let	62,17	29,46	18,37	110
6–10 let	53,70	25,44	15,86	95

Délka praxe	Ano	Spíše ano/nejistý	Ne	Celkem
11–20 let	84,78	40,17	25,04	150
Více než 20 let	124,35	58,92	36,73	220
Celkem	325	154	96	575

Tabulka 5 – H2a – očekávané četnosti

Zdroj: vlastní zpracování

$$\chi^2(6) = 33,331; p < 0,0001; \text{Cramérovo } V = 0,170$$

Odpověď „ano“ uvedlo 38,2 % pracovníků s praxí do 5 let a 65,9 % pracovníků s praxí delší než 20 let. Výsledek podporuje část H2 vztahující se k délce praxe; zjištěná souvislost je slabá.

H2b – věková kategorie

Věk	Ano	Spíše ano/nejistý	Ne	Celkem
Do 24 let	13	10	12	35
25–34 let	60	43	27	130
35–44 let	94	41	15	150
45–54 let	128	48	18	194
55 let a více	30	12	24	66
Celkem	325	154	96	575

Tabulka 6 – H2b – pozorované četnosti

Zdroj: vlastní zpracování

Věk	Ano	Spíše ano/nejistý	Ne	Celkem
Do 24 let	19,78	9,37	5,84	35
25–34 let	73,48	34,82	21,70	130
35–44 let	84,78	40,17	25,04	150
45–54 let	109,65	51,96	32,39	194
55 let a více	37,30	17,68	11,02	66
Celkem	325	154	96	575

Tabulka 7 – H2b – očekávané četnosti

Zdroj: vlastní zpracování

$$\chi^2(8) = 47,897; p < 0,0001; \text{Cramérovo } V = 0,204$$

Odpověď „ano“ uvedlo 62,7 % osob ve věku 35–44 let a 66,0 % osob ve věku 45–54 let, zatímco v krajních věkových skupinách šlo o 37,1 % a 45,5 %. Výsledek podporuje věkovou část H2. Cramérovo V ukazuje slabý až nižší střední vztah.

Hypotéza H3 – specializované vzdělávání

H3: Zdravotničtí pracovníci, kteří absolvovali specializované vzdělávání, deklarují vyšší subjektivně vnímanou připravenost na péči o pacienty s PVP a MP než ti, kteří toto vzdělávání neabsolvovali.

Specializované vzdělávání absolvovalo 42 osob, tedy 7,3 % souboru. Vzhledem k malé skupině je analýza označena jako exploratorní a důraz je kladen na deskriptivní rozdíly a velikost účinku.

Specializované vzdělávání	Vysoká připravenost	Střední připravenost	Nízká připravenost	Celkem
Ano	27	12	3	42
Ne	183	232	118	533
Celkem	210	244	121	575

Tabulka 8 – H3 – pozorované četnosti

Zdroj: vlastní zpracování

Specializované vzdělávání	Vysoká připravenost	Střední připravenost	Nízká připravenost	Celkem
Ano	15,34	17,82	8,84	42
Ne	194,66	226,18	112,16	533
Celkem	210	244	121	575

Tabulka 9 – H3 – očekávané četnosti

Zdroj: vlastní zpracování

$\chi^2(2) = 15,776$; $p = 0,0004$; Cramérovo $V = 0,166$

Vysokou připravenost deklarovalo 64,3 % respondentů se specializovaným vzděláváním a 34,3 % respondentů bez tohoto vzdělávání. Uvedené data H3 podporují, avšak závěr zůstává exploratorní. Nízký počet vzdělaných osob omezuje stabilitu odhadu a zobecnitelnost výsledku.

Souhrn a interpretace

Analýza	N	χ^2	df	p	Cramérovo V	Závěr
H1 – profese	485	7,606	2	0,0223	0,125	Podpořena (slabý vztah)
H2a – praxe	575	33,331	6	< 0,0001	0,170	Podpořena (slabý vztah)
H2b – věk	575	47,897	8	< 0,0001	0,204	Podpořena (slabý až nižší střední vztah)
H3 – vzdělání	575	15,776	2	0,0004	0,166	Podpořena exploratorně

Tabulka 10 – Souhrn testování hypotéz

Zdroj: vlastní zpracování

Diskusia

Předkládaná studie se zaměřila na připravenost zdravotnických pracovníků zvládat eskalaci maladaptivního chování u pacientů s pervazivními vývojovými poruchami a mentálním postižením v perioperační péči. Výsledky poukázaly na statisticky významné souvislosti mezi připraveností pracovníků a jejich profesním zařazením, délkou klinické praxe, věkem a absolvováním specializovaného vzdělávání. Velikosti zjištěných vztahů však byly slabé až nižší střední. Připravenost zdravotnického pracovníka proto nelze vysvětlit pouze jednou profesní nebo demografickou charakteristikou. Pravděpodobně ji ovlivňuje souběh vzdělání, praktických zkušeností, typu pracoviště, předchozího kontaktu s pacienty s PVP a MP, dostupnosti metodické podpory a spolupráce v rámci perioperačního týmu.

Profesní zařazení a rozpoznávání varovných signálů

První hypotéza předpokládala, že nelékařští zdravotničtí pracovníci častěji deklarují schopnost rozpoznat varovné signály eskalace maladaptivního chování než lékaři. Schopnost rozpoznat tyto signály uvedlo 67,9 % nelékařských zdravotnických pracovníků bez sanitářů a 55,4 % lékařů. Zjištěný rozdíl byl statisticky významný, avšak síla vztahu byla slabá ($\chi^2(2) = 7,606$; $p = 0,0223$; Cramérovo $V = 0,125$).

Vyšší deklarovaná schopnost nelékařských pracovníků může souviset s charakterem jejich práce. Sestry a další nelékařští pracovníci bývají s pacientem v častějším a déle trvajícím kontaktu, podílejí se na jeho přípravě, průběžně sledují změny chování a reagují na jeho bezprostřední potřeby. Mohou proto dříve zaznamenat narůstající motorický neklid, změny hlasového projevu, odmítání kontaktu, zvýšenou senzoryckou citlivost, snahu uniknout ze situace nebo jiné projevy svědčící o rostoucím napětí. Změnu komunikačního projevu přitom nelze automaticky vykládat jako nespokojenost; u dětí s poruchou autistického spektra ji mohou ovlivňovat různé determinanty komunikace a individuální možnosti konkrétního dítěte (Štefáková et al., 2025).

Výsledek však nelze interpretovat jako důkaz obecně vyšší odborné připravenosti nelékařských pracovníků. Hodnocena byla subjektivně deklarovaná schopnost, která nemusí zcela odpovídat výkonu v konkrétní klinické situaci. Slabá velikost vztahu zároveň naznačuje, že profesní zařazení vysvětluje pouze malou část rozdílů mezi pracovníky. Důležitější než samotné rozdělení na lékařský a nelékařský personál může být předchozí zkušenost s pacienty s PVP a MP, délka přímého kontaktu s pacientem, absolvované vzdělávání a schopnost týmu sdílet informace o rizikových projevech.

Z praktického hlediska výsledky podporují mezioborovou spolupráci. Varovné signály zaznamenané nelékařským personálem by měly být včas předávány lékařům a dalším členům týmu. Součástí předoperační přípravy by proto mohlo být stručné týmové zhodnocení komunikačních potřeb pacienta, jeho senzorycké citlivosti, spouštěčů stresu a strategií, které mu pomáhají zvládat náročné situace. Takové zhodnocení vyžaduje funkční multidisciplinární spolupráci a jasné předávání úkolů mezi členy perioperačního týmu (Bratová a Pecho, 2012).

Délka klinické praxe a ochota zapojit se do fyzické imobilizace

Druhá hypotéza sledovala souvislost mezi délkou klinické praxe, věkem pracovníků a ochotou účastnit se fyzické imobilizace pacienta při eskalaci maladaptivního chování. V části zaměřené

na délku praxe byla zjištěna statisticky významná souvislost ($\chi^2(6) = 33,331$; $p < 0,0001$; Cramérovo $V = 0,170$). Jednoznačnou ochotu zapojit se do fyzické imobilizace uvedlo 38,2 % pracovníků s praxí do pěti let a 65,9 % pracovníků s praxí delší než dvacet let.

Tento rozdíl může souviset s vyšší profesní jistotou zkušenějších pracovníků. Delší klinická praxe obvykle přináší více zkušeností s krizovými situacemi, lepší orientaci v týmových postupech a větší schopnost rychle vyhodnotit bezprostřední riziko. Zkušenější pracovníci mohou rovněž lépe rozlišovat mezi situací, kterou lze zvládnout komunikací a úpravou prostředí, a situací, při níž již existuje bezprostřední ohrožení pacienta nebo jeho okolí.

Vyšší ochota však nemusí automaticky znamenat správnější nebo bezpečnější postup. Může odrážet také větší zvyklost na používání restriktivních opatření. Fyzická imobilizace by měla být využívána pouze jako krajní řešení po vyčerpání méně omezujících možností, být přiměřená aktuálnímu nebezpečí a trvat jen po nezbytně nutnou dobu (Hallett a Dickens, 2017; Muskat et al., 2015; Wilson et al., 2022). Ochota pracovníka zasáhnout proto musí být doprovázena znalostí indikací, kontraindikací, etických a právních zásad, bezpečných technik a pravidel následného vyhodnocení události.

Nižší ochota pracovníků s krátkou praxí může naopak souviset s nejistotou, strachem z poranění, nedostatečnou znalostí postupů nebo obavou z odpovědnosti. Tento výsledek upozorňuje na význam adaptačního vzdělávání nových pracovníků. Nestačí pouze teoreticky popsat pravidla použití restriktivních opatření. Potřebný je praktický nácvik rozpoznávání rizika, deeskalace komunikace, přivolání pomoci, týmové koordinace a bezpečného postupu při bezprostředním ohrožení.

Věk pracovníků a ochota zasáhnout

Statisticky významná souvislost byla zjištěna také mezi věkem pracovníků a jejich ochotou účastnit se fyzické imobilizace ($\chi^2(8) = 47,897$; $p < 0,0001$; Cramérovo $V = 0,204$). Nejvyšší podíl kladných odpovědí byl zaznamenán ve věkových skupinách 35–44 let a 45–54 let, kde ochotu uvedlo 62,7 %, respektive 66,0 % respondentů. V nejmladší skupině do 24 let šlo o 37,1 % a ve skupině ve věku 55 let a více o 45,5 % pracovníků.

Vyšší ochota ve středních věkových kategoriích může být výsledkem spojení praktických zkušeností, profesní jistoty a fyzické schopnosti aktivně se zapojit do náročné situace. Mladší pracovníci mohou mít dostatečné fyzické předpoklady, ale menší zkušenost a nižší sebevědomí. U nejstarších pracovníků se může naopak uplatňovat větší obezřetnost, vědomí rizika poranění nebo preference jiných postupů zvládnutí situace.

Věk a délka praxe jsou však vzájemně propojené proměnné. Zjištěný vztah proto nelze interpretovat izolovaně ani z něj vyvozovat, že určitá věková skupina je obecně lépe připravena. Pro přesnější posouzení samostatného vlivu věku a délky praxe by bylo vhodné využít vícerozměrnou statistickou analýzu, která by umožnila současně zohlednit profesní zařazení, vzdělání, zkušenost s pacienty s PVP a MP a typ pracoviště.

Výsledky zároveň ukazují, že rozdělování úloh při zvládnutí krizové situace by nemělo vycházet pouze z věku nebo fyzických předpokladů pracovníků. Rozhodující by měla být odborná způsobilost, aktuální zdravotní stav pracovníka, jasně stanovené kompetence a sebranost celého týmu.

Význam specializovaného vzdělávání

Třetí hypotéza předpokládala vyšší subjektivně vnímanou připravenost u pracovníků, kteří absolvovali specializované vzdělávání. Vysokou připravenost deklarovalo 64,3 % vzdělaných respondentů, zatímco mezi pracovníky bez specializovaného vzdělávání to bylo 34,3 %. Zjištěná souvislost byla statisticky významná ($\chi^2(2) = 15,776$; $p = 0,0004$; Cramérovo $V = 0,166$).

Výsledek podporuje předpoklad, že cílené vzdělávání může posilovat profesní jistotu a schopnost reagovat na specifické potřeby pacientů s PVP a MP. Odborná příprava může pracovníkům pomoci správně interpretovat projevy pacienta, odlišit maladaptivní chování od úmyslné nespolupráce a volit méně konfrontační způsob komunikace. V perioperační péči se tím současně posiluje úloha sestry při zmírňování strachu pacienta a podpoře jeho spolupráce (Angelovičová, Šulcová a Krahulcová, 2025). Zahraniční literatura rovněž poukazuje na souvislost mezi nedostatečným vzděláváním, vyšší mírou pracovního stresu a častějším využíváním restriktivních opatření (Shin et al., 2021). Individualizovaná příprava a znalost komunikačních potřeb pacienta mohou naopak zlepšovat spolupráci a přispívat k bezpečnějšímu průběhu péče (Muskat et al., 2015; Wilson et al., 2022; Nicolaidis et al., 2015).

Specializované vzdělávání však absolvovalo pouze 42 respondentů, tedy 7,3 % výzkumného souboru. Tento nízký podíl lze považovat za významné praktické zjištění. Ukazuje na omezenou dostupnost nebo využívání vzdělávacích programů zaměřených na pacienty s PVP a MP. Současně vyžaduje opatrnost při interpretaci výsledku, protože malá početnost vzdělané skupiny snižuje stabilitu odhadu.

Vzdělávání by mělo přesahovat jednorázové předání teoretických informací. Vhodné je zařadit praktický nácvik deeskalace, práci s případovými situacemi, simulace týmového zásahu, zásady komunikace s pacientem a jeho doprovodem i postupy pro úpravu senzorického prostředí. Důležité je rovněž pravidelné opakování výcviku a následné vyhodnocování událostí, při nichž došlo k eskalaci nebo použití restriktivního opatření.

Souhrnná interpretace a dopady pro klinickou praxi

Ve všech sledovaných oblastech byly zjištěny statisticky významné souvislosti, velikosti účinku se však pohybovaly pouze od 0,125 do 0,204. Výsledky proto podporují jednotlivé hypotézy, ale současně ukazují, že připravenost zdravotnického pracovníka je komplexní jev. Profesní zařazení, věk, délka praxe ani absolvování specializovaného vzdělávání ji samostatně nevysvětlují.

Pro klinickou praxi z toho vyplývá potřeba systémového přístupu. Zdravotnická zařízení by měla vytvářet podmínky pro předoperační identifikaci individuálních potřeb pacienta, předávání informací mezi členy týmu a využívání preventivních opatření. Součástí dokumentace mohou být údaje o preferovaném způsobu komunikace, senzorické citlivosti, spouštěcích stresu, obvyklých projevech narůstajícího napětí a účinných strategiích zklidnění. Předoperační posouzení by mělo vedle komunikačních a senzorických potřeb zachytit také projevy strachu a úzkosti, které mohou ovlivnit spolupráci pacienta (Bratová a Mandáková, 2012). Důležité je také přiměřené zapojení rodiny, opatrovníka nebo jiné osoby, která pacienta dobře zná. Rodina zde není pouze zdrojem anamnestických údajů; její přiměřené zapojení je součástí holisticky orientované ošetrovatelské péče (Hudáková, Šulcová a Ivanková, 2025).

Perioperační tým by měl mít k dispozici jednotný postup pro prevenci a zvládání eskalace. Ten by měl upřednostňovat srozumitelnou komunikaci, úpravu prostředí, omezení čekání a senzorické zátěže, respektování osobního prostoru a další deeskalační strategie. Restriktivní opatření lze považovat až za poslední stupeň intervence při bezprostředním ohrožení.

Limity výzkumu a doporučení pro další zkoumání

Při interpretaci výsledků je nutné zohlednit několik omezení. Výzkum měl průřezový charakter, a proto umožňuje identifikovat souvislosti, nikoli příčinné vztahy. Nelze tedy jednoznačně určit, zda delší praxe nebo specializované vzdělávání přímo zvyšují připravenost pracovníků. Výsledky mohly ovlivnit také další proměnné, které nebyly zahrnuty do analýzy, například typ zdravotnického zařízení, pracoviště, frekvence kontaktu s pacienty s PVP a MP, předchozí zkušenost s agresí nebo absolvování obecného výcviku v deeskalaci.

Dalším omezením je využití subjektivně hodnocené připravenosti. Respondenti mohli své schopnosti nadhodnotit nebo podhodnotit a jejich odpovědi nemusí plně odpovídat skutečnému jednání v klinické situaci. Výzkumný soubor byl rovněž výrazně zastoupen ženami, což odpovídá personálnímu složení řady zdravotnických profesí, ale může omezovat zobecnitelnost některých výsledků. Opatrnost vyžaduje také interpretace výsledků skupiny se specializovaným vzděláváním vzhledem k jejímu nízkému počtu.

V dalším výzkumu by bylo vhodné doplnit dotazníkové šetření o pozorování, simulační scénáře nebo objektivní hodnocení znalostí a praktických dovedností. Přínosné by bylo také sledovat vliv konkrétního vzdělávacího programu před jeho absolvováním a po něm. Vícerozměrná analýza by umožnila oddělit účinky věku, délky praxe, profesního zařazení, vzdělávání a předchozí zkušenosti. K hlubšímu porozumění problematice by mohly přispět rovněž kvalitativní rozhovory se zdravotnickými pracovníky, pacienty a jejich rodinnými příslušníky.

Záver

Předkládaná studie se zabývala připraveností zdravotnických pracovníků na zvládání eskalace maladaptivního chování u pacientů s pervazivními vývojovými poruchami a mentálním postižením v perioperační péči. Pozornost byla zaměřena na souvislosti mezi profesním zařazením, délkou klinické praxe, věkem, absolvováním specializovaného vzdělávání a subjektivně vnímanou připraveností respondentů.

Výsledky prokázaly statisticky významnou souvislost mezi profesním zařazením a schopností rozpoznat varovné signály eskalace maladaptivního chování. Nelékařští zdravotničtí pracovníci bez sanitářů deklarovali tuto schopnost častěji než lékaři. Potvrzena byla také souvislost mezi ochotou zapojit se do fyzické imobilizace a délkou klinické praxe i věkem respondentů. Vyšší ochotu uváděli zejména pracovníci s delší praxí a respondenti ve středních věkových kategoriích. Zdravotničtí pracovníci, kteří absolvovali specializované vzdělávání, zároveň častěji hodnotili svou připravenost jako vysokou.

Zjištěné vztahy dosahovaly slabé až nižší střední intenzity. Připravenost zdravotnických pracovníků proto nelze vysvětlovat pouze jejich profesí, věkem, délkou praxe nebo absolvováním specializovaného vzdělávání. Ovlivňovat ji mohou také předchozí zkušenosti s pacienty s PVP a MP, typ pracoviště, dostupnost metodické podpory, organizace péče a úroveň spolupráce v rámci perioperačního týmu.

Výsledky zdůrazňují potřebu systematického a pravidelně opakovaného vzdělávání zaměřeného na specifické potřeby pacientů s PVP a MP. Součástí odborné přípravy by měl být nácvik rozpoznávání časných varovných signálů, deeskalační komunikace, úpravy senzorického prostředí, týmového zvládání krizových situací a bezpečného používání restriktivních opatření. Fyzická imobilizace musí zůstat krajním řešením využívaným pouze při bezprostředním ohrožení a po vyčerpání méně omezujících postupů.

Pro zkvalitnění perioperační péče je důležité zavést jednotné postupy umožňující včas zjistit komunikační, behaviorální a senzorické potřeby pacienta. Význam má také zapojení rodiny nebo jiné blízké osoby, která zná pacientovy projevy, spouštěče stresu a účinné způsoby zklidnění. Sdílení těchto informací mezi členy perioperačního týmu může snížit riziko eskalace, podpořit spolupráci pacienta a omezit potřebu restriktivních zásahů.

Získané poznatky mohou sloužit jako východisko pro tvorbu vzdělávacích programů, metodických doporučení a standardů péče. Jejich uplatnění může přispět k bezpečnějšímu průběhu zdravotních výkonů, větší profesní jistotě pracovníků a především k individualizované, důstojné a respektující perioperační péči o pacienty s pervazivními vývojovými poruchami a mentálním postižením.

*Tento článok odporúčala na publikovanie vo vedeckom časopise Mladá veda:
doc. PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.*

Použitá literatúra

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5. vyd., textová revízia. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 1152 s. ISBN 978-0-89042-576-3. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
2. ANGELOVIČOVÁ, K., J. ŠULCOVÁ a L. KRAHULCOVÁ, 2025. Podiel sestry na eliminácii strachu v perioperačnom období z pohľadu pacienta. In: Ružomberské zdravotnícke dni 2025 – XIX. ročník: zborník z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, VERBUM – vydavateľstvo KU, s. 197–212. ISBN 978-80-561-1195-6.
3. BRATOVÁ, A. a M. MANDÁKOVÁ, 2012. Úzkosť v perioperačnom období. In: Anestéziológia a intenzívna starostlivosť medzi teóriou a praxou. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, s. 25–29. ISBN 978-80-89542-20-8.
4. BRATOVÁ, A. a Ľ. PECHO, 2012. Multidisciplinárna spolupráca na anesteziologicko-resuscitačnom oddelení. In: Cesta k modernému ošetrovateľstvu XIV: recenzovaný zborník príspevků z odbornej konferencie s mezinárodní účastí. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, s. 42–46. ISBN 978-80-87347-11-9.
5. CHALUPOVÁ, V., 2017. Dětský pacient s dg. autismus – specifika zásahu v přednemocniční neodkladné péči. In: Florence [online]. Roč. 13, č. 7–8 [cit. 10. 8. 2026]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/7/detsky-pacient-s-dg-autismus-specifika-zasahu-v-prednemocnicni-neodkladne-peci/>
6. ČERNÝ, J., 2022. Deeskalace agresivního chování pacienta na psychiatrickém oddělení: bakalářská práce. Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta zdravotnických studií.
7. EMERSON, E., 2001. Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Severe Intellectual Disabilities. 2. vyd. Cambridge: Cambridge University Press, 210 s. ISBN 978-0-521-79444-2.
8. HALLETT, N. a G. L. DICKENS, 2017. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: concept analysis. In: International Journal of Nursing Studies. Roč. 75, s. 10–20. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003>

9. HUDÁKOVÁ, T., J. ŠULCOVÁ a V. IVANKOVÁ, 2025. Rodina ako významná súčasť holisticky orientovanej ošetrovateľskej starostlivosti. In: Medzigeneračné vzťahy v kontexte sociálnej práce a zdravotníckych vied – teória a prax. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 341–347. ISBN 978-83-61087-02-1.
10. LEE, A.-K., J.-Y. YEO, S. JUNG a S. S. BYUN, 2013. Relations on communication competence, job-stress and job-satisfaction of clinical nurse. In: The Journal of the Korea Contents Association. Roč. 13, č. 12, s. 299–308. Dostupné z: <https://doi.org/10.5392/JKCA.2013.13.12.299>
11. LODDER, A., C. PAPADOPOULOS a G. RANDHAWA, 2019. The development of a stigma support intervention to improve the mental health of family carers of autistic children: suggestions from the autism community. In: European Journal of Mental Health. Roč. 14, č. 1, s. 58–77. Dostupné z: <https://doi.org/10.5708/EJMH.14.2019.1.4>
12. MAJZNEROVÁ, Ž., 2018. Specifika ošetrovateľskej péče u detí s autismem: bakalárska práca. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
13. MILTON, D. E. M., 2012. On the ontological status of autism: the ‘double empathy problem’. In: Disability & Society. Roč. 27, č. 6, s. 883–887. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.710008>
14. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2016. Doporučené postupy v přístupu pracovníků ve zdravotnictví k osobám s poruchami autistického spektra. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky [online]. Č. 8/2016. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 10. 8. 2026]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/komunikacni-soubor-pro-osoby-s-poruchou-autistickeho-spektra/>
15. MUSKAT, B., P. BURNHAM RIOSA, D. B. NICHOLAS, W. ROBERTS, K. P. STODDART a L. ZWAIGENBAUM, 2015. Autism comes to the hospital: the experiences of patients with autism spectrum disorder, their parents and health-care providers at two Canadian paediatric hospitals. In: Autism. Roč. 19, č. 4, s. 482–490. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1362361314531341>
16. NICOLAIDIS, C., D. M. RAYMAKER, E. ASHKENAZY, K. E. MCDONALD, S. DERN, A. E. V. BAGGS, S. K. KAPP, M. WEINER a W. C. BOISCLAIR, 2015. “Respect the way I need to communicate with you”: healthcare experiences of adults on the autism spectrum. In: Autism. Roč. 19, č. 7, s. 824–831. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1362361315576221>
17. PROCHÁZKOVÁ, L., 2017. Způsoby pomoci dětem s autismem: bakalárska práca. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
18. SCHALOCK, R. L., S. A. BORTHWICK-DUFFY, V. J. BRADLEY, W. H. E. BUNTINX, D. L. COLTER, E. M. CRAIG et al., 2010. Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. 11. vyd. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 259 s. ISBN 978-1-935304-04-3.
19. SCHÖNBAUEROVÁ, A., 2012. Specifika ošetrovateľskej péče u detí hospitalizovaných s autismem: diplomová práca. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.
20. ŠKROBOVÁ, D., 2019. Péče o dětského pacienta s poruchou autistického spektra v nemocnici z pohledu rodiče: bakalárska práca. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik.
21. ŠTEFÁKOVÁ, L., I. SALVOVÁ, F. GEREC, J. VALLOVÁ, E. HALUŠKOVÁ, M. ŠUSTROVÁ a L. KIMPANOVÁ, 2025. Determinanty komunikácie detí s poruchou autistického spektra. In: Humanitné a spoločenské vedy v pregraduálnom vzdelávaní 16/2025: zborník vedeckých prác a vedeckých štúdií. Bratislava: Z-F LINGUA, s. 40–63. ISBN 978-80-8177-116-3.
22. THOROVÁ, K., 2016. Poruchy autistického spektra. Rozšírené a prepracované vydanie. Praha: Portál, 488 s. ISBN 978-80-262-0768-9.
23. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY, 2022. Pacienti s poruchou autistického spektra v datech NRHZS [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 10. 8. 2026]. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/oborove-statistiky/pacienti-porucha-autistickeho-spektra/>
24. VAŠÍČKOVÁ, M., 2016. Specifika v přístupu k osobám s autismem: bakalárska práca. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

25. WILSON, N. J., A. PRACILIO, M. KERSTEN, J. MORPHET, T. BUCKLEY, J. N. TROLLOR, K. GRIFFIN, J. BRYCE a A. CASHIN, 2022. Registered nurses' awareness and implementation of reasonable adjustments for people with intellectual disability and/or autism. In: *Journal of Advanced Nursing*. Roč. 78, č. 8, s. 2426–2435. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jan.15171>
26. ZERBO, O., M. L. MASSOLO, Y. QIAN a L. A. CROEN, 2015. A study of physician knowledge and experience with autism in adults in a large integrated healthcare system. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Roč. 45, č. 12, s. 4002–4014. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2579-2>

Mladá veda

Young Science

ISSN 1339-3189