

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

DĚTSKÝ PACIENT Z POHLEDU ZDRAVOTNICKÉHO
ZÁCHRANÁŘE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA PERGEROVÁ

Praha 2015

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

DĚTSKÝ PACIENT Z POHLEDU ZDRAVOTNICKÉHO
ZÁCHRANÁŘE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA PERGEROVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr., Mgr. et Bc Josef Taybner

Praha 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2015

Podpis

Poděkování

Děkuji panu Mgr., Mgr. et Bc Josefovi Taybnerovi za veškeré cenné rady, trpělivost, odborné vedení a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Děkuji také zaměstnancům stanovišť oblastního střediska zdravotnické záchranné služby v Příbrami za pomoc při průzkumu a při sběru dat pro napsání této práce.

V Praze dne 31. 3. 2015

Podpis

ABSTRAKT

PERGEROVÁ, Veronika. *Dětský pacient z pohledu zdravotnického záchranáře*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr., Mgr. et Bc Josef Taybner. Praha. 2015. ??s. (doplnit počet stran)

Bakalářská práce se zabývá tématem péče o dětského pacienta v přednemocniční neodkladné péči. Cíle práce se zaměřují na zmonitorování nejvíce stresujících urgentních stavů u dětí pro zdravotnické záchranáře na stanovištích záchranné služby ve Středočeském kraji. Dále zkoumá nejvýhodnější metody přípravy zdravotnických záchranářů na práci s dětmi a monitoruje prostředky využívané při zvládnání stresu. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část definuje a klasifikuje nejčastější dětské urgentní stavy, jejich diagnostiku, možná řešení v urgentní péči a vztah mezi záchranářem a dětským pacientem. Dále teoretická část definuje metody, které záchranáři používají při zvládnání stresu. Empirickou část tvoří kvantitativní průzkumné šetření, k jehož účelu byl sestaven dotazník s cílenými otázkami. Průzkum byl prováděn u zdravotnických záchranářů ve Středočeském kraji, na výjezdových stanovištích v Příbrami, Dobříši, Sedlčanech, Březnici, Kladně a Krásné hoře. Sběr dat probíhal od února do dubna 2015. Výsledek průzkumného šetření je znázorněn v grafech.

Klíčová slova

Dětský pacient. Přednemocniční neodkladná péče. Stres. Urgentní stav. Zdravotnický záchranář

ABSTRACT

PERGEROVÁ, Veronika. *Pediatric patients from the perspective of paramedics*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr., Mgr. et Bc Josef Taybner. Prague. 2015. ?? pages.

The bachelor's thesis is about child patients in pre-hospital emergency care. The objectives of this work are to monitor the most stressful urge states that affect children for paramedics on ambulance stations in Central Bohemian Region. It also examines the best methods of preparing paramedics for work with child patients and monitors the methods used in stress management. The work is divided into the theoretical part and the empirical part. The theoretical part classifies the most common pediatric urge states, their diagnostics and possible solutions in urgent care and relationship between paramedics and child patient. In addition the theoretical part defines methods that paramedics can use in stress management. Empirical part consists of quantitative research using a questionnaire with specific questions. The survey had been done by paramedics in Central Bohemian Region on ambulance service stations in Příbram, Dobříš, Sedlčany, Březnice, Kladno and Krásná hora. Data were collected from February to April 2015. The result of the survey is shown in the graphs.

Key words

Pediatric patients. Pre-hospital emergency care. Stress. Urge state. Paramedic

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚVOD

1 URGENTNÍ STAVY Z NEÚRAZOVÝCH PŘÍČÍN

1.1 Asthma bronchiale

1.2 Laryngitis acuta subglottica

1.3 Epiglottitis acuta

1.4 Aspirace tělesa

1.5 Intoxikace

1.6 Alergie

1.7 Horečka – Febrilní křeče

1.8 Péče o novorozence po porodu v podmínkách ZZS

1.9 Resuscitace

2 URGENTNÍ STAVY Z ÚRAZOVÝCH PŘÍČÍN

2.1 Popáleniny

2.2 Kraniocerebrální poranění

2.2.1 Komoce, kontuze, komprese

2.3 Poranění páteře a míchy

3 KRIZOVÉ INTERVENCE

3.1 Poradenství

3.1.1 Peer, Krizový intervent

- 3.2 Syndrom vyhoření**
- 3.3 Osobnost zdravotnického záchranáře**
- 4 PROBLÉM PRŮZKUMU**
 - 4.1 Cíle a hypotézy průzkumu**
 - 4.2 Metodologie a metody průzkumu**
 - 4.3 Charakteristika průzkumného vzorku**
- 5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU**
 - 5.1 Interpretace výsledků průzkumu**
 - 5.2 Diskuze**
 - 5.3 Závěr průzkumu a doporučení pro praxi**

ZÁVĚR

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

PŘÍLOHY

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1 Skóre podle Apgarové
- Tabulka 2 Pravidlo devíti
- Tabulka 3 Pohlaví respondentů
- Tabulka 4 Průměrný věk respondentů
- Tabulka 5 Dosažené vzdělání
- Tabulka 6 Počet výjezdů
- Tabulka 7 Věkové skupiny
- Tabulka 8 Potomci
- Tabulka 9 Speciální příprava
- Tabulka 10 Zájem o vzdělávání
- Tabulka 11 Forma vzdělávání
- Tabulka 12 Výjezd a stres
- Tabulka 13 Nejvíce stresující výjezdy
- Tabulka 14 Počet resuscitací
- Tabulka 15 Úmrtí dítěte
- Tabulka 16 Emoce
- Tabulka 17 Zážitky z výjezdů
- Tabulka 18 Stres
- Tabulka 19 Syndrom vyhoření
- Tabulka 20 Příznaky syndromu vyhoření
- Tabulka 21 Ukončení zaměstnání
- Tabulka 22 Peer
- Tabulka 23 Peer v profesi
- Tabulka 24 Pomoc peerů
- Tabulka 25 Přínos peerů
- Tabulka 26 Zájem o pomoc peerů

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 Pohlaví respondentů
- Graf 2 Průměrný věk respondentů
- Graf 3 Dosažené vzdělání
- Graf 4 Počet výjezdů
- Graf 5 Věkové skupiny
- Graf 6 Potomci
- Graf 7 Speciální příprava
- Graf 8 Zájem o vzdělávání
- Graf 9 Forma vzdělávání
- Graf 10 Výjezd a stres
- Graf 11 Nejvíce stresující výjezdy
- Graf 12 Počet resuscitací
- Graf 13 Úmrtí dítěte
- Graf 14 Emoce
- Graf 15 Zážitky z výjezdů
- Graf 16 Stres
- Graf 17 Syndrom vyhoření
- Graf 18 Příznaky syndromu vyhoření
- Graf 19 Ukončení zaměstnání
- Graf 20 Peer
- Graf 21 Peer v profesi
- Graf 22 Pomoc peerů
- Graf 23 Přínos peerů
- Graf 24 Zájem o pomoc peerů

SEZNAM ZKRATEK

AJ - A jiné

AP - A podobně

ARO – Anesteziolo-resuscitační oddělení

CM – Centimetr

CT – Centrální tomografie

CNS – Centrální nervový systém

DP - Dětský pacient

I. M. – Intra musculární

I. V. – Intra venózní

MIN - minut

NAPŘ - Například

PNP - Přednemocniční neodkladná péče

RTG - Rentgen

S - Strana

TBC – Tuberkulóza

TZV- Tak zvané

ZZ - Zdravotnický záchranář

ZZS - Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku urgentních stavů u dětí v přednemocniční neodkladné péči.

Urgentní stavy postihující dětské pacienty tvoří v přednemocniční péči zhruba 10 % naléhavých stavů, u kterých je nutný odborný zdravotnický zásah. Čím je pacient mladší, tím rychleji nastupující a hůře se rozpoznávají příznaky, které vedou ve většině případů k závažné poruše organismu. Urgentní stav zahrnuje selhání jednoho či více orgánů a ohrožuje nemocného selháním vitálních funkcí. Při jejich správném řešení je nutné ovládat veškeré odborné dovednosti.

Teoretická část práce se zabývá nejčastějšími dětskými urgentními stavy, se kterými se můžeme setkat v roli zdravotnických záchranářů v přednemocniční péči. Rozděluje postižení na úrazové a neúrazové. Dále se teorie zabývá psychologickou problematikou zdravotnických záchranářů a to především krizovým poradenstvím, kam spadá pomoc peerů a krizových interventů. Zmíníme se také o syndromu vyhoření a osobnosti zdravotnického záchranáře.

V praktické části jsme se rozhodli zkoumat zájem záchranářů o speciální přípravu, zmonitorovat nejvíce stresující urgentní stavy pro zdravotnické záchranáře a zjistit, jaké prostředky využívají záchranáři při zvládnání stresu. Pro sběr dat jsme použili dotazníkovou formu šetření a výzkum jsme provedli na stanovištích oblastního střediska zdravotní záchranné služby v Příbrami.

Účelem práce je zmonitorování nejčastěji se vyskytujících urgentních stavů u dětí, zmapovat zájem záchranářů o speciální přípravu na práci s dětmi. Určit vhodnou formu prezentace speciální přípravy. Zjistit jaké jsou, nejvíce stresují výjezdy, a jak se zdravotníci vyrovnávají se stresem. Zmonitorovat, zda mají záchranáři ponětí o existenci a funkce peer pomoci v jejich profesi.

1 URGENTNÍ STAVY Z NEÚRAZOVÝCH PŘÍČIN

Urgentní medicína je lékařským oborem, který se zabývá poskytováním, organizováním a vědeckým zkoumáním neodkladné péče u pacientů, které bezprostředně ohrožují život postiženého, mohou vést v důsledku prohlubování chorobných změn k náhlé smrti, způsobí bez rychlého a kvalifikovaného poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny nebo působí náhlé utrpení a náhlou bolest či změny chování a jednání postiženého, jež akutně ohrožují jeho samotného nebo jeho okolí. Jako jediný obor se zabývá poskytováním zdravotní péče při mimořádných událostech s hromadným postižením zdraví (medicína katastrof). (ČSUM a MK, 2004)

Urgentní péči o dětské pacienty můžeme rozdělit na dvě skupiny a to urgentní stavy z úrazových a neúrazových příčin.

Neúrazové akutní stavy nejsou způsobeny úrazem, ale onemocněním náhle vzniklým nebo již dříve přítomným, které se nyní zhoršilo. V praxi zdravotnických záchranářů jsou výjezdy k neúrazovým stavům častější, ale pokud se zaměříme pouze na dětské pacienty, tak zde převažují úrazové.

Rozdělení dětského věku: odpovídá zvláštnostem stadií ve vývoji motorickém, mentálním, citovém a také v typu a průběhu onemocnění, která se v daném období vyskytují

- Novorozenec – do 28 dne – adaptace na sociální prostředí (vrozené vývojové vady, následky perinatální patologie, tendence ke generalizaci)
- Kojenec – do 1 roku – intenzivní růst a psychomotorický vývoj (infekce)
- Batole – 1-3 roky – rozvoj řeči, myšlení, jemné motoriky, osamostatňování dítěte (úrazy, otravy)
- Předškolní věk – 3-6 let – rozvoj abstraktního myšlení, talentu, zařazení do dětského kolektivu
- Časný školní věk – 6-10 let – socializace, rozvoj intelektu
- Pozdní školní věk – 10-15 let – pohlavní diferenciaci, puberta
- Dorostový věk – 15-19 let – psychosociální dozrávání, fyzická dospělost (Slezáková, 2007)

Anatomické odlišnosti dětského věku:

- Velké hlava, krátký krk, objemný týl
- Úzké nozdry, velký jazyk, nedostatečná osifikace patra
- Úzké dýchací cesty, úzká prstenčitá chrupavka, krátká trachea, oba hlavní bronchy odstupují z průdušnice pod stejným úhlem 55°
- Zvýšená dechová frekvence (nedonošenec až 65 dechů/min)
- Zvýšené pulzy (novorozenec až 160 za minutu)
- Nízký tlak (novorozenec 80/45 mmGg)
- Nedostatečně vyvinutá termoregulace (Neiser, 2006)

1.1 Asthma bronchiale

Astma v České republice postihuje asi 7% lidí a v dětském věku patří mezi nejčastější chronické onemocnění. Může se objevit u jakéhokoli jedince, ale zvýšené riziko astmatu je v rodinách, kde se vyskytují alergická onemocnění.

Závažné chronické záchvatovité onemocnění dětského věku. Zúžení průdušek spasmem, otokem a sekretem na alergickém podkladě. Trpí jím asi 9 – 15 % předškolních dětí a 13 % školáků. Udržovací léčba se provádí například pomocí inhalačních kortikoidů (flutikazon aj.), případně hyposenzibilizací podáváním autovakcíny, dále vyhýbání se alergenům, jejich odstranění z prostředí nemocného.

Příznaky astmatického záchvatu jsou prodloužené expirium - fyziologický poměr 1:1,5 (nádech:výdech) při záchvatu až 1:6, narůstající dušnost, zapojení pomocných dýchacích svalů, bradypnoe, strach, neklid, pocení slabost, kašel, hypoxie, zvýšený tlak krve a zvýšená náplň krčních žil, stridor až neslyšné dýchání. Záchvat mohou vyvolat nejrůznější alergeny, jako jsou léky, psychické vlivy nebo virové infekty. (Bydžovský, 2008)

Status asthmaticus

Astmatický záchvat běžně ustupuje do půl až jedné hodiny, pokud ovšem přechází jeden záchvat ihned do dalšího, nazýváme tento stav status asthmatikus. Protrahovaná dušnost nereagující na standardní bronchodilatační léčbu. První pomoc spočívá v uložení pacienta

do Fowlerovy nebo ortoptické polohy, kdy se zapře pažemi a zapojí pomocné dýchací svaly, uvolnění oděvu, dostatečný přísun čerstvého vzduchu, podání dvou dávek bronchodilatancií, které by měl pacient nosit neustále u sebe. (Bydžovský, 2008)

Terapie v PNP

Odborná péče se zaměřuje především na lékovou terapii a to podání kortikoidů, anticholinergik a adrenalinu, nedoporučují se antihistaminika ani mukolytika, je upřednostňována nebulizace a podání tzv. spacerem s náustkem nebo maskou (nádoba, do níž se úlevový lék vstříkne a z níž jej nemocný postupně vdechuje. Pokud obtíže přetrvávají nebo se stav ještě více zhoršuje, je nutná intubace. (Volfovi, 2003)

Jan Bydžovský tvrdí, že: „V případech, kdy spacer není dostupný, lze improvizovat např. použitím PET lahve nebo plastového sáčku.“ (Bydžovský, 2008, s. 169)

1.2 Laryngitis acuta subglottica

Vladimír a Hana Volfovi definují pojem: „Laryngitis acuta subglottica neboli akutní zánět hrtanu je stav, kdy otok a zvýšené prokrvení sliznice hrtanu (laryngu) společně se spazmem hladkých svalů hrtanu může (zejména v prvních letech života dítěte) vyvolat závažnou obstrukci dýchacích cest, která může ohrozit život dítěte.“ (Volfovi, 2003, s. 22)

Postihuje nejčastěji děti ve věku 6 měsíců až 3-5 let, vyskytuje se převážně sezónně nejvíce na jaře a na podzim. Rozeznáváme virovou a bakteriální příčinu. (Bydžovský, 2008)
V 99% probíhá nemoc takřka bez příznaků, kdy choroba nebývá doprovázena dušností.

Klinický průběh

„Kromě celkových příznaků infekce je pro akutní laryngitidu typická inspirační dušnost. Nápadné je zejména zapojení pomocných dýchacích svalů, vpadávání jugula, mezižeberních prostor, epigastria, inspirační stridor, štěkavý kašel, chraptivý hlas až afonie,“ popisují Volfovi příznaky. (Volfovi, 2003, s. 22-23)

Dále uvádí, že u virové laryngitidy je nástup příznaků postupný, pozvolna se rozvíjí obstrukce a naopak je tomu u zánětu hrtanu s bakteriální příčinou, kdy je velmi rychlý vzestup teploty, rozvoj inspirační dušnosti a náhlému respiračnímu selhávání. Dítě se projevuje velmi neklidně a postupně se rozvíjí apatie. (Volfovi, 2003)

Terapie v PNP

Dítě teple oblečeme a při chladném počasí ho necháme vdechovat studený vlhký vzduch, pokud to přírodní podmínky neumožňují, posadíme dítě k otevřené mrazničce. Podáme kyslík, kortikoidy, lokálně lze užít Auxilison spray, dále je důležitá sedace pacienta, antitusika, eventuelně adrenalin. Endotracheální intubace bez použití relaxancií, zejména při oslabení dýchání v inspiriu, výrazném stridoru, kašli cyanóze. Koniotomie je v případě akutní laryngitidy neúčinná. (Bydžovský, 2008)

1.3 Epiglottitis acuta

Akutní zánět hrtanové příklopky nejčastěji postihuje malé děti ve věku od 2 do 7 let. Za hlavní příčinu je uváděna bakteriální infekce haemophilus influenzae B. Příznaky se rozvíjí časně a to především nevýrazný stridor v inspiriu i expiriu, při výdechu je slyšitelný bublavý zvuk, auskultačně mohou být nad plícemi slyšet přenesené fenomény. Je to velice závažný stav, se kterým se v dnešní době setkáme jen výjimečně díky očkování proti Hib, které je součástí očkovacího kalendáře každého novorozence. Pokud se však nemoc opravdu projeví, je to velice urgentní stav, který dokládá fakt, že Letalita je u epiglottitis acuta až 10-25 %.

Jiří Klíma popisuje příznaky ve své knize: „Příčinou často velmi těžké a rychle se rozvíjející dušnosti je bakteriální zánět příklopky hrtanové. Stav provází vysoká teplota, děti s obtížemi polykají, huhňavě mluví, často odtékají sliny z pootevřených úst. Hlas bývá často zcela normální – bez chrapotu či afonie. Inspirační dušnost je značná, kašel nebývá zřetelný. Dušnost se často zhoršuje vleže.“ (Klíma, 2003, s. 301)

Terapie v PNP

Jednou z nejdůležitějších použitých prostředků je dostatečně zvlhčený kyslík, dále antibiotika – Ampicillin, Amoxicillin, Amoksiklav podané intra venózně. Význam kortikoidů je sporný, mohou se použít inhalačně pouze časně při rozvoji stavu, celkově pak při rozvoji šoku.

Je-li to nutné, intubovat nejlépe bez relaxancií nebo provést koniotomii.

Letalita je u epiglottitis acuta až 10-25 %. Prevencí je očkování proti Hib, které je součástí očkovacího kalendáře. (Bydžovský, 2008)

1.4 Aspirace tělesa

Aspirace neboli vdechnutí těles jako zvratků, obsahu dutiny ústní, rozličných potravin, drobných předmětů je poměrně časný jev. U dospělých především v bezvědomí či narkóze. Děti nejčastěji aspirují v útlém věku při hře nebo po jídání nevhodných potravin například ořechů. Cizí těleso může způsobit v krajním případě závažné zúžení dýchacích cest, ohrožující život. Častěji při jen částečném zúžení dýchacích cest se projeví příznaky vdechové (inspirační) nebo výdechové (expirační) dušnosti podle toho zda cizí těleso zůstává spíše v oblasti hrtanu, nebo naopak v solních dýchacích cestách. Smíšená dušnost bývá spojena s pravidelnou změnou polohy tělesa podle fáze dechu. U většiny dětí se po počátečním kašli stav uklidní, dušnost zmizí a přítomnost cizího tělesa se projeví po čase závažnými záněty plic. (Klíma, 2003)

„Ke vdechnutí krve nebo zvratků dochází většinou v bezvědomí, při zajišťování dýchacích cest, při poruše polykání ap. Nebezpečná je zvláště aspirace kyselého žaludečního obsahu ($\text{pH} < 2$), který poleptá dýchací cesty a plicní tkáň. Vzniká otok plic a neinfekční zánět, který může být komplikován nasedajícím zánětem bakteriálním. O tzv. tiché aspiraci mluvíme při zatékání žaludečního obsahu či sekretu do dýchacích cest bez aktivního vdechnutí. Stává se tak v bezvědomí, někdy díky špatně utěsněné endotracheální kanyli.“ (Ertlová, Mucha, 2000, s. 227)

Terapie v PNP

Postup při těžké dušnosti – okamžitý pokus o odstranění překážky z dýchacích cest. Možnost odstranění cizího tělesa z dutiny ústní rukou bývá mizivá a hrozí spíše zasunutí předmětu do nižších partií, proto je více doporučováno podráždit nemocného ke kašli. Není-li kašel účinný, pokusíme se úderem mezi lopatky vyvolat „heknutí“ tzv. Gordonův manévr – proud vzduchu často vynese cizí těleso mimo hrtan a průdušnici. U malých dětí nejlépe na břicho, hlavou dolů na klíně zadržence. Není-li úder efektivní, přichází v úvahu pokus o tzv. Heimlichův manévr – stlačení nadbřišku dítěte s cílem vytlačit bránici a vypudit z dýchacích cest proud vzduchu i s cizím tělesem. (I při dobře prováděném manévru hrozí například poranění jater, proto jej provádíme zásadně až po úderu mezi lopatky). Tato technika se může provádět pouze u větších dětí, jejichž tělesná stavba se již podobá stavbě dospělého člověka. Dále nesmíme Heimlichův manévr provést při podezření na poranění páteře, břicha nebo hrudníku. Nejsme-li ani nyní úspěšní, opakujeme manévry ve stejném sledu, v případě těžkého dušení je na řadě hluboké prodýchnutí z úst do úst s cílem okysličit pacienta, naplnit plíce vzduchem a pokusit se zopakovat oba manévry znovu. Stává se, že umělý vdech „strhne“ cizí těleso do nižších partií dýchacích cest a uvolní tak alespoň část plic k dýchání. (Klíma, 2003)

Bydžovský ve své knize dodává: „Při ztrátě vědomí uložíme pacienta do vhodné polohy na zádech a zahájíme umělé dýchání i masáž hrudníku (i při hmatném pulzu) k uvolnění tělesa přerušovaně zvýšeným nitrohrudním tlakem. U dětí vždy zahajujeme 5 umělými vdechy.“ (Bydžovský, 2008, s. 37)

1.5 Intoxikace

„Na dětské jednotky intenzivní resuscitační péče a oddělení ARO se ročně přijímá přibližně 1000 dětí s diagnózou suspektní intoxikace. Z tohoto počtu asi 10% dětí vyžaduje intenzivní péči a 5% je nutno resuscitovat.“ (Kafková, 2013)

Intoxikace neboli otrava je stav, kdy jedovatá látka po proniknutí do organismu vyvolává chorobné změny narušující stav zdraví a mohou být příčinou zániku organismu (smrti). Jed

je organická nebo anorganická látka, která svým chemickým nebo fyzikálním složením již v malém množství vyvolá otravu. Jed může být pevného, plynného nebo kapalného skupenství.

Otravy u dětí patří k jedněm z nejčastějších případů, ke kterým je volána záchranná služba. Příčiny bývají různé a liší se především podle věku postižených.

U novorozenců se s otravami setkáváme velice výjimečně, a pokud již tato situace nastane, je to v nejčastějším případě kvůli podání léků matce v pozdních stádiích porodu a musí dojít ještě i k chybnému dávkování. Nejčastěji se vyskytující otravy dětí postihují kojence a batolata. Děti jsou v tomto období velice zvědavé a lehce se ztratí z pozornosti matky a jakákoli lahvička s neznámým obsahem je pro ně velké lákadlo. Jsou to otravy především léky a chemikáliemi. U starších dětí a dospívajících se často setkáváme s otravami alkoholem nebo užitím léků v suicidálním úmyslu.

Cesta vstupu toxické látky může být perorální neboli ústy, perkutánní (kůží), inhalačním vdechnutím nebo parenterální vpravení injekčně.

Příčiny intoxikací:

- Suicidální úmysly – nejčastěji v pubertě, často demonstrativní charakter, kombinace farmak a alkoholu (psychofarmaka, hypnotika, analgetika)
- Omyly – náhodná použití – průmyslové výrobky, zemědělství (kyseliny, peroxid, benzin)
- Nenáhodná použití – užití drogy, zdravotnické omyly, zneužívání osob

Dělení jedů podle účinků na organismus:

- Krevní – poškozují krevtvorbu nebo jednotlivé elementy (benzen, olovo)
- Dráždivé – podráždění kůže, vyvolávají záněty kůže a sliznic nebo alergie (formalin, dehet)
- Hepatotoxické – poškození jaterních buněk, tlumivý účinek na CNS (chloroform)
- Hepatonefrotoxické – poškození jater a ledvin (tetrachlormetan)
- Neurotoxické – poškození CNS (rtuť, arzén) (Neiser, 2006)

Intoxikace se projevuje především na CNS, kdy se u postiženého objevují poruchy vědomí, spavost, ochabuje svalové napětí, mění se chování a přestává se srozumitelně vyjadřovat. Dalším podstatným příznakem je změna zornic – mióza či mydriáza. Nastávají změny v dýchání hypo/hyperventilace nebo celková apnoe. Mění se také hladina krevního tlaku v závislosti na účinnosti jedu. Mohou se objevit arytmie, postižená osoba může začít zvracet, je přítomen zápach z úst, pozorujeme změny barvy kůže, poruchy termoregulace. (Kafková, 2013)

Terapie v PNP

V první fázi, je-li pacient při vědomí, se pokusíme vyvolat zvracení. Jako univerzální antidotum podáme suspenzi aktivního živočišného uhlí přes výplach žaludku, který má význam zhruba do 2 hodin po požití (záleží na účinné látce). Odebereme žaludeční obsah na toxikologické vyšetření a zajistíme identifikaci toxických látek, požitá množství a přesný čas, kdy pacient jedy požil. Pokud máme možnost, podáme antidotum. Kontinuálně sledujeme životní funkce a pokračujeme v infuzní terapii. Při výplachu žaludku je nutné myslet na rizika, jako jsou iontový rozvrat, hypotermie, aspirace, laryngospasmus, poranění orofaryngu, jícnu nebo perforace žaludku. Výplach nesmíme provést v případě požití louhů, kyselin, saponátů a u pacientů v bezvědomí. (Bydžovský, 2008)

1.6 Alergie

Alergie je přecitlivělost na látku, kterou imunitní systém těla rozpozná jako cizí (zejména živočišné jedy, potraviny, léky a podobné) a začne tvořit protilátky. Alergen vstupuje požitím, vdechnutím, injekční aplikací, ale i dotykem. Nějakou formou alergie trpí až 20% dětí. Nejčastěji jsou postiženi alergií na pyly, prach a zvířecí chlupy.

Asi 8% dětí trpí potravinovou alergií, např. bílkovinu z kravského mléka, ořechy, mák, vejce, ryby, některé druhy ovoce a zeleniny. Projevují se nejčastěji nauzeou, zvracením, průjmami, gastroenteritidou, kopřivkou, svěděním, případně anafylaktickým šokem. S věkem obtíže ustupují.

Diagnostika se provádí zejména kožními a dechovými testy.

Příznaky alergické reakce mohou vznikat okamžitě, během sekund, ale také s odstupem hodin, dní nebo i týdnů. Příznaky se projevují nejčastěji na kůži a sliznicích. Nejčastějšími projevy jsou zarudnutí, otok, kopřivkový exantém, horečka, nevolnost, zvracení, tachykardie, křeče. (Bydžovský, 2008)

Příznaky:

- Návaly horka a svědění kůže
- Nevolnost, neklid, zvracení
- Červené skvrny na kůži, výsev svědivých pupenců (tzv. kopřivky), otoky víček
- Zrychlený pulz a pokles krevního tlaku
- Bronchospasmus (namáhavé dýchání)
- Bolest za hrudní kostí a v zádech
- Zástava oběhu (Ertlová, Mucha, 2000)

Nejzávažnější projevy alergie:

- Quinckeho edém – otok hrtanu, dušení – nutno intubovat, případně provést koniotomii nebo koniopunkci
- Bronchospasmus – zúžení průdušek, nejčastěji během desítek sekund po i. v. podání léku, léčba okamžitým podáním inhalačního Ventolinu nebo Berotecu
- Exofoliativní epidermolýza – Lyellův, Stevens-Johnsonův syndrom- výsev puchýřů s krvavým obsahem, prosáklé podkoží, odlučování pokožky v cárech, rozvíjí se pomaleji než předchozí uvedené, kromě níže uvedené léčby nutné zajištění antibiotiky při hospitalizaci (Bydžovský, 2008)
- Anafylaktické šok – typ distribučního šoku rozvíjející se během minut v reakci na prudkou alergickou odpověď organismu

Terapie v PNP

První pomoc

- Pokud dojde k alergické či anafylaktické reakci v průběhu podávání injekce nebo infuze, okamžitě přerušit další podávání a napojit infuzi Ringer-laktátu

- Ředěný adrenalin i. v. podávaný přes lineární dávkovač současně s intenzivním doplňováním cévního řečiště
- Eventuálně i kortikoidy i. v.
- Inhalace kyslíku přes masku
- Při selhávání dýchání a oběhu neodkladná resuscitace
- Urychlený transport na ARO (Ertlová, Mucha, 2000)

Důležitou součástí léčby je monitorace stavu pacienta, rozvoj dalších příznaků zejména krevní tlak, tepová frekvence, dech a vědomí. Podle příznaků podáme kyslík, antihistaminika – Dithiaden, lokálně Fenistil či Tantum gel (antiflogistikum, i na alergické záněty. Podáme Adrenalin, pokud má alergik EpiPen aplikuje si jej sám intramuskulárně. Doplňujeme tekutiny fyziologickým roztokem, podáváme hydrocortison, dexametazon, calcium, noradrenalin, tensamin.

Chronickými projevy alergie (zejména na pyly) bývá sezónní alergická rýma (vodnatá sekrece, kýchání, ucpaný nos) a atopická nebo vernální konjunktivitida (štipání a pálení očí, zánět spojivek-typický v jarním období), případně může vzniknout až asthmatický záchvat. Léčba alergiků spočívá v podání antihistaminik a hyposenzibilizaci alergenem pomocí speciálně připravené autovakcíny (tělo si na zvyšovanou dávku alergenu zvyká), podáváme kortikoidy.

Zejména v kojeneckém věku se objevuje atopický ekzém, lokalizovaný nejdříve v obličeji a na krku, u větších dětí ve flexurách (loketní podloketní jamky). Ložisko bývá suché, zarudlé, velmi svědí (což vede k rozškrábání a sekundární infekci), šupí se, případně mokvá. Léčí se dietou, promašťováním kůže, lokálně kortikoidy.

V předškolním věku se obvykle objevuje asthma a ve školním věku alergická rýma (pollinosis). (Bydžovský, 2008)

1.7 Horečka – Febrilní křeče

Jako horečka je označována zvýšená teplota, odborně označovaná jako pyrexie. Obvykle je tak označována teplota, pokud je při měření v ústech 37 stupňů Celsia

či při měření v konečniku 37,7 stupňů Celsia. Horečka může být provázena dalšími příznaky, jako je svalový třes, bolest hlavy, pocení, žízeň, zčervenání v obličeji či rychlejší dýchání. Někdy se může přidat i zimnice, zmatenost či v případě vysokých teplot i delirium, hlavně u starších osob. Vysoká horečka může vést u dětí k tzv. febrilním křečím nebo až ke kómatu.

Příčin horečky může být více, hlavně se jedná o důsledek bakteriální či virové infekce (například zánět mandlí, chřipka či spalničky). Jako následek této infekce se v organismu uvolňují jako součást obranné reakce organismu bílkoviny označované jako pyrogeny. Tyto pyrogeny působí na centrum pro řízení a kontrolu tělesné teploty v mozku a podněcují ho ke zvýšení teploty. Cílem je zničení nepřátelských mikroorganismů.

Horečka může ale na druhé straně provázet i nemoci, které nejsou infekčního původu, ke kterým patří dehydratace, thyreotoxikóza, infarkt myokardu či lymfom. Jaký význam má horečka v tomto případě, se doposud nepodařilo jednoznačně dokázat. Někdy může jít o vedlejší účinek užívání léků. Pokud zvýšená teplota trvá déle než tři dny a pokud pacient má další charakteristické příznaky, jako je silná bolest hlavy se ztuhnutím šíje, břišní bolest nebo bolesti při močení, měl by neodkladně navštívit lékaře. Rovněž je třeba lékaře co nejdříve kontaktovat v případě dětí mladších šesti měsíců a u těch které mají v anamnéze febrilní křeče.

K léčbě horečky jsou obvykle podávány léky označované jako antipyretika, ke kterým patří kyselina acetylsalicylová (jen u dospělých) a paracetamol, které pouze teplotu pomáhají snižovat, ovšem neléčí příčinu. V žádném případě je nemá význam užívat preventivně, jak je velmi rozšířeno u paracetamolu (Paralen apod.). Je třeba mít na mysli, že tyto léky není dobré užívat zbytečně, kyselina acetylsalicylová (Acylpyrin, Aspirin) má negativní vedlejší účinky na žaludek a naproti tomu u paracetamolu hrozí nebezpečí předávkování.

Terapie se hlavně zaměřuje v případě horečky doprovázející infekční onemocnění na odstranění příčiny infekce podáváním léků, hlavně antibiotik. Z přírodních prostředků lze doporučit přípravky nespecificky zvyšující imunitu jako doplněk celkové léčby. Febrilním

křečím lze předcházet ochlazením těla ve vlažné vodě či podáváním chladných mokrých zábalů jako například Priessnitzův obklad. (Arndt, 2010)

Jan Bydžovský se vyjadřuje ke snižování teploty následovně:

„Zvýšená teplota lze snižovat fyzikálně (ochlazováním) nebo farmakologicky- léčiva snižující horečku – antipyretika jsou například Paralen, Anopyrin, Ibalgin.”

„Není vhodné srážet zvýšenou teplotu a horečku asi do 38,5 °C (není-li jinak nežádoucí nebo zvláště špatně snášena – je to obranná reakce organismu proti infekci – dochází k hyperémii tkání a zvýšené aktivitě obranných enzymatických procesů).” (Bydžovský, 2008, s. 350)

U malých dětí se musí ochlazovat velice opatrně, snadno dojde k hypotermii (rychlé prochladnutí díky ne zcela vyvinutým termoregulačním mechanismům a vysokému poměru plochy těla k jeho objemu). Zábaly se u malých dětí provádí především dolních končetin, hrudník se ochlazuje výjimečně, především kvůli možné hysterické reakci.

Zvýšení teploty o 1 °C zrychlí tepovou frekvenci o 6 - 12/ min. a metabolismus (látkovou přeměnu – energetické nároky) a nároky na tekutiny přibližně o 13 – 15 %.

Typy horeček:

- Febris continua – kontinuální – trvalá horečka, která kolísá během dne maximálně o 1 °C – vyskytuje se např. u pneumonie, virózy nebo erysipelu
- Febris remittens – remitentní – během dne kolísá o více než 2 °C, bývá u těžkých a purulentních infekcí jako jsou TBC nebo bronchopneumonie
- Febris intermittens – intermitentní – vysoká horečka se během dne střídá s fyziologickou teplotou – cholangoitidy, sepse, pleuritidy
- Febris recurrens – návratná – střídají se pravidelně období dnů s horečkou a bez horečky, bývá u návratného tyfu a malárie
- Febris undulans – vlnivá – teplota během dní postupně stoupá a opět klesá, mezi vlnami může být nemocný několik dní afebrilní

Třesavka, která horečku často doprovází, bývá obvykle jen na vzestupu teploty, opakuje-li se, bývá příznakem těžké sepse. Typický je neklid, tachykardie, zarudnutí tváří a lesklé oči (facies febrilis)

Febrilní křeče – convulsiones febriles

Postihují asi 3 % dětí od 6 měsíců do 6 let. Nejčastěji jsou postiženi děti ve věku 3 let, při horečkách nad 38 °C, může být zjištěn familiární výskyt nebo perinatální poškození mozku.

Nejvýznamnější příznaky jsou třes dítěte, nekontrolovatelné svalové kontrakce, stahy a záškuby svalstva, pěna u úst, překrvení obličeje, vyvrácené oči, nepravidelné povrchní dýchání, po odeznění křečí slabost, apatie, dezorientace. První pomoc se zakládá na ochlazení dítěte pomocí zábalů dolních končetin a podání antipyretik – paracetamol, ibuprofen. (Bydžovský, 2008)

Febrilní křeče jsou relativně častým onemocněním u kojenců a malých batolat, komplikujícím horečnatá onemocnění. Většinou se jedná o teplotu zvýšenou díky infekci, jen asi v 1 % případů jde o teplotu způsobenou onemocněním centrálního nervového systému. Prosté febrilní křeče začínají do 24 hodin od objevení se teplot, většinou u dětí ve věku od jednoho do čtyř let. Poškození intelektu po jejich opakování, pokud nejsou dlouhotrvající a nevedou k bezdeší ústíciému ve výraznou mozkovou hypoxii, není popisováno. Je však nutná dlouhotrvající preventivní léčba, která dokáže zabránit opakování křečí při dalších horečnatých onemocnění. Při nich je navíc výhodné přidat i preventivně určité léky s protikřečovou aktivitou. (Ertlová, Mucha, 2000)

Terapie v PNP

Základem léčby je podání diazepamu 0,5 mg/kg ideálně per rectum a podání kyslíku. Pokud křeče přetrvávají, jsou asymetrické nebo následuje větší psychická alterace je nutné, po odeznění záchvatu, neurologické dovyšetření. Opakované a těžké záchvaty mají tendenci k rozvoji chronické epilepsie. Je vždy nutné vyloučit kraniocerebrální poranění, meningitidu a epilepsii. (Bydžovský, 2008)

Další příčiny křečí u dětí jsou:

- Horečka
- Špatně vedená antiepileptická léčba
- Kraniocerebrální poranění
- Infekční postižení mozku a jeho obalů

- Otravy

Společným jmenovatelem všech křečí je abnormální funkce buněk mozkové kůry, které vysílají velká množství opakujících se výbojů. Důvody a mechanismy této aktivity nebyly dosud zcela objasněny. (Ertlová, Mucha, 2000)

1.8 Péče o novorozence v podmínkách ZZS

Porod ve vozidle Záchrané služby není nikdy předem plánovaný, jsou ale situace, kdy k němu může dojít. K takovéto situaci dochází nejčastěji u vícečetných porodů, dále pokud rodička dlouho odkládá odjezd do zdravotnického zařízení a u překotných porodů.

Překotný porod je název pro spontánně probíhající porod, který trvá méně než dvě hodiny. Je tomu v případech, kdy měkké porodní cesty nekladou odpor, zejména u vícerodiček, při silných děložních stazích, často také při nedostatečném uzavěru děložního hrdla a u malých plodů. Překotný porod není prospěšný pro matku ani pro dítě.

Těhotná bývá často překvapena rychlým nástupem děložních kontrakcí. Bývá ohrožena poraněním děložního hrdla, pochvy, vznikem trhlin hráze a krevních výronů.

Novorozencům hrozí nebezpečí nitrolebního krvácení. Příčinou bývají silné a časté děložní stahy, kdy je na hlavičku plodu vyvíjen nadměrný tlak. Pokud hlavička rychle prostoupí pánví, pak po jejím porození stlačení náhle opadne, hlavička částečně změní svůj tvar a při této fázi hrozí přetržení cév v mozku anebo v jeho okolí. Při pozvolném porodu k náhlým tlakovým změnám nedochází. Při překotném porodu, když žena rodí bez pomoci, hrozí přetržení pupečníku a vykrvácení dítěte.

Překotnými porody bývají tradičně zmiňované porody do záchodové mísy, nechtěné porody doma, porody v automobilu cestou do porodnice ap. Avšak překotný porod může nastat i v porodnickém zařízení.

Po překotných porodech je nezbytné dopravit matku i dítě do porodnického zařízení. U dítěte je nutné pevně zaškrtnout pupečník, zabránit vykrvácení a prochlazení.

V porodnici se o novorozence postará tým dětských lékařů. U maminky je třeba provést kontrolu, zda v dutině dělohy nezůstal zbytek placenty, který by ji ohrožoval krvácením nebo zánětem. Vždy je třeba provést pečlivou kontrolu i porodních cest, zda nevznikly trhliny děložního hrdla, poševních stěn a hráze. (Pařízek, 2009)

Pomůcky k překotnému porodu – balónková odsávačka, sterilní nůžky nebo skalpel, dvě pupečnickové svorky nebo sterilní Kellyho svorky, malé umyvadlo nebo emitní misku, čtverce mulu nebo jiný absorpční materiál, sterilní rukavice, čisté přikrývky pro dítě, hygienické vložky, identifikační značky. (Čížková, 2008)

Novorozenec se po porodu musí relativně rychle přizpůsobit podmínkám nového prostředí mimo matčino lůno. První okamžiky jeho nového života jsou pro něj proto velmi kritické. Způsob, jakým se o novorozence bezprostředně po porodu postaráme, může velmi ovlivnit – pozitivně i negativně – celý jeho další život. Jedním z nejzávažnějších problémů, který může novorozence ohrozit, je jeho asfyxie a jí způsobená hypoxie.

Krev protékající plícemi plodu není v děloze okysličována, takže nevzdušné a tekutinou vyplněné plíce plodu neobsahují kyslík. Na vydatnosti prvních reflexních vdechů novorozence po porodu proto závisí i vydatnost rozšíření a provzdušnění plic a vytěsnění zbývající tekutiny z alveolů (část této tekutiny vytlačil z plic již samotný mechanismus vaginálního porodu).

Jestliže je však novorozenec jakkoli oslaben či postižen ze svého nitroděložního vývoje nebo z jiných důvodů není schopen plně zapojit své adaptační mechanismy, projeví se u něj známky asfyxie a hypoxie. V reflektorické reakci nejprve zrychlí své dýchání. Přetrvává-li asfyxie i poté, upadá pacient do bezdeší, které označujeme jako primární apnoe. V takové situaci zpravidla stimulace dýchání a oxygenoterapie postačí k obnově dechové aktivity.

Trvá-li však asfyxie i nadále, reaguje novorozenec lapavým dýcháním (gasping), které postupně slábne až do další apnoické pauzy. Snižuje se srdeční frekvence i krevní tlak. Mluvíme o sekundární apnoei, při níž už dítě není schopno dýchání obnovit vlastními silami a je zpravidla nezbytná kompletní neodkladná resuscitace.

Primární apnoe může přejít v sekundární již v děloze, takže bezprostředně po porodu může být nemožné rozhodnout, jakým typem apnoe je dítě vlastně postiženo. Bezdeší novorozence bezprostředně po porodu proto musíme považovat vždy za sekundární apnoei a okamžitě

zahájit resuscitaci. Bezdeší vede pochopitelně k hypoxemii a hypoxii s následnou acidózou. Důsledkem je plicní vazokonstrikce, přetrvávání otevřené tepenné dučeje a fetálního typu oběhu, jinými slovy snížení plicní perfuze. V těžkých případech novorozenecké asfyxie proto ani řízená ventilace sama o sobě nemusí hypoxii zlepšit, nejdou-li s ní ruku v ruce i další léčebná opatření, směřující ke zlepšení prokrvení plic.

Důsledkem nesprávně prováděné nebo vůbec neprováděné resuscitace je vždy hypoxická encefalopatie, tedy postižení CNS z nedostatku kyslíku, projevující se těžkými poruchami CNS nebo smrtí novorozence. (Ertlová, Mucha, 2000)

Ošetření novorozence

Je nutné zabránit uniku tepla a tím podchlazení novorozence a vzniku infekce. Sestra šetrně osuší kůži připravenou plenou a jemně odsaje sterilním katétrek sekret z nosu a úst. Svorkou nebo sterilní tkaničkou podváže pupečník, aby nedošlo k druhotnému krvácení z pupečnickových cév. Proveďte se kredeizace (vykapání očních spojivek Ophthalm-Septonexem), sterilně překryje podvázaný pupek a zabalí dítě do pleny. (Volfovi, 2003)

Zralý fyziologický novorozenec je dítě narozené v termínu 38. – 42. Týdne gestačního věku s hmotností mezi 2500 – 4200 gramy a délkou 48 – 52 cm.

Známky zralosti:

- Somatické – vyvinutý podkožní tuk, přerostlé okraje nehtů, zřetelné rýhování dlaní a plosek nohou, úpon pupečníku zhruba uprostřed mezi processus xiphoideus a sponou stydkou, chrupavky ušních boltců a nosu pevné, velké stydké pysky kryjí u dívek malé, u chlapců jsou obě varlata sestouplá v šourku
- Funkční – dobrá termoregulace, zralost CNS, přítomnost pátracího, sacího, polykacího reflexu, zralost plicních funkcí s pravidelným dýcháním (Klíma, 2003)

Skóre podle Apgarové

Je to bodové hodnocení novorozence, které slouží k posouzení stavu novorozence po porodu. Výsledný součet 7 – 10 vyjadřuje, že novorozenec je v dobré kondici, 4 – 6 v uspokojivé kondici (novorozenec může mít středně závažné potíže CNS, ochablé svaly, cyanózu)

a dýchací potíže), 0 – 3 značí nebezpečí a je nutno zahájit okamžitou resuscitaci podle pokynů lékaře. Hodnocení se provádí v 1., 5. a 10. minutě po narození.

Tabulka 1 Skóre podle Apgarové

Zdroj: (Čížková, 2008, s. 528)

Příznak	0	1	2
Srdeční frekvence	schází	méně než 100 úderů/min	více než 100 úderů/min
Dýchání	schází	pomalé, nepravidelné	dobré, pláč
Svalový tonus	ochablost	určitá flexe a rezistence vůči natahování	aktivní pohyb
Reakce na podráždění	bez reakce	grimasy nebo slabý pláč	silný pláč
Barva kůže	Bledost, cyanóza	růžové tělo, modré končetiny	celé tělo růžové

1.9 Resuscitace

Potřeba resuscitace novorozence bývá překvapivější, než je tomu v ostatních stádiích života. Riziko můžeme často odhadnout v předstihu, pokud plod vykazuje známky tísně nebo jde o porod výrazně před termínem. Ale i pokud porod probíhá zcela fyziologicky, může nastat situace, kdy je neodkladná resuscitace zapotřebí.

Dýchací cesty se uvolní polohováním na zádech v neutrální poloze, případně s podložením lopatek (kvůli časté prominenci týlu), je možné také zvednutí dolní čelisti. Nedýchá-li novorozenec do 90 sekund nebo je frekvence srdeční akce pod 100/min je nutné provedení 5 umělých vdechů, každý po dobu 2 – 3 sekund. Pokud vzrostla frekvence srdeční akce, ale nenastoupilo spontánní dýchání, provádíme umělé vdechy frekvencí 30 – 40/ min.

Je-li frekvence srdeční akce pod 60/min, začneme provádět masáž hrudníku obejmutím hrudníku rukama a stlačováním spodní třetiny sternu dvěma palci zhruba do 1/3 hloubky hrudníku frekvencí 120/min.

Resuscitaci nezačínáme při zjištění trizomie chromozomů 13 nebo 18, anencefalii, gastačním stáří pod 23 týdnů nebo porodní hmotnosti 400 g.

Léčiva je vhodné podávat umbilikálním žilním katetrem. Adrenalin se používá v dávce 0,1 – 0,3 ml/kg v ředění 1:10 000, bikarbonát 1 – 2 ml/kg v ředění 8,4 %, glukóza 10 % 2,5 ml/kg, při krevní ztrátě F1/1 10ml/kg během 10 – 20 sekund.

Rozdíly při neodkladné resuscitaci novorozence a dospělého:

- Při resuscitaci novorozence je vhodné zavést žaludeční sondu (stačí orogastrická)
- Záklon hlavy: u dospělého hyperextenze, u novorozence neutrální poloha
- Dýchací vak: pro dospělého kolem 1500 – 2500 ml, pro novorozence do 750 ml, vždy s kyslíkovým rezervoárem
- Masky: pro novorozence ta nejmenší velikost, která ještě překryje nos, ústa i špičku brady, co do tvaru je vždy lepší anatomicky tvarovaná maska, nicméně pro novorozence lze použít i okrouhlou
- Zavádění ústního vzduchovodu: u dospělého i u dětí zpočátku konvexitou proti jazyku, poté rotace o 180°, pouze u novorozenců hned od počátku konkavitou vpřed – podél jazyka, bez rotace
- Velikost a tvar lžice laryngoskopu: pro nedonošené novorozence lžice č. 0, pro donošení č. 1, u dospělého zpravidla dáváme přednost lžici zanuté, u novorozence lžici rovné
- Endotracheální rourka: velikost minimálně 2,5, zásadně jen rourky bez nafukovací manžety
- Frekvence umělého dýchání: dospělý kolem 16 za minutu, novorozenec 40-60 za minutu
- Zahájení nepřímé masáže: u novorozence již při bradykardii pod 60 za minutu
- Technika masáže: u dospělého hranou zápěstí, u malých dětí dvěma prsty a u novorozenců dvěma palci
- Rychlost: dospělí 80 kompresí/min, novorozenec 120/min
- Intenzita kompresí: dospělí 4-6 cm, u novorozence 1,5-2-5 cm (Ertlová, Mucha, 2000)

Syndrom náhlého úmrtí novorozenců

Doktorka Hana Houštková se na webovém portálu vyjadřuje k syndromu náhlého úmrtí novorozenců následovně:

„SIDS - sudden infant death syndrome - je náhlé, nečekané úmrtí kojence, u kterého nebyly pozorovány v době bezprostředně předcházející úmrtí žádné příznaky onemocnění a ani podrobné patologicko-anatomické vyšetření vlastní příčinu úmrtí neobjasní.

Dítě umírá ve spánku a netrpí. Nejčastěji umírají děti mezi 2. a 4. měsícem věku, 80 % obětí SIDS umírá do 6. měsíců. Dítě nejspíše umírá zástavou dechu, nelze vyloučit jako příčinu smrti i poruchu rytmu srdečního. Častěji umírají děti z rodin s více dětmi, a častěji umírají děti z dvojčat.

V současné době je u nás SIDS nejčastější příčinou smrti kojenců (tj. dětí do jednoho roku) od sedmého dne života (do sedmi dnů jsou nejčastější příčinou úmrtí dítěte komplikace těhotenství, porodu a vrozené vývojové vady).“

Doporučuje se:

- Nepokládat kojence k spánku na břicho, ale na záda či bok. Některé maminky mívají strach, aby dítě ležící na zádech nevdechlo ublinknutou potravu. Veškeré studie potvrdily, že tato poloha není s ohledem na možnost vdechnutí stravy riskantní.
- Nekouřit v těhotenství a po narození dítěte v jeho přítomnosti. U obětí SIDS byl opakovaně nalezen vysoký obsah nikotinu a jeho metabolitů v tekutině osrdečníku. Tlumivý vliv nikotinu na dechové centrum byl prokázán v pokusech na zvířatech.
- Nepřehřívat ani nepodchlazovat dítě ve spánku! Důležité je ponechávat nezakrytou hlavičku (doporučuje se pokládat dítě co nejnižší do "nohou" postýlky tak, aby ani při kopání nožkami nemohlo dítě zajet hlavou pod pokrývku, a tím se přehřívat).
- U přehřátého kojence se mohou přemnožovat bakterie v horních cestách dýchacích, které mohou vyvolat impuls k tvorbě imunitně aktivních látek. Ty mají tlumivý vliv na dechové centrum v centrálním nervovém systému dítěte a mohou tudíž způsobit útlum dechu, ev. jeho zástavu.

- Dříve se tvrdilo, že i kojení snižuje výskyt SIDS, ale tento fakt nebyl v poslední době potvrzen. Samozřejmě i nadále platí, že výživa mateřským mlékem je pro kojence nejlepší a je doporučováno kojit co nejdéle. (Houšťková, 2003)

2 URGENTNÍ STAVY Z ÚRAZOVÝCH PŘÍČIN

Úrazy u dětí jsou statisticky nejvýznamnější příčinou dětské úmrtnosti. V posledních letech pourazová úmrtnost stále stoupá, proto je nezbytné této problematice věnovat mimořádnou pozornost nejen za strany zdravotníků, ale především rodičů a pedagogů. V celospolečenském kontextu je třeba těmto zbytečným ztrátám na zdraví a bohužel často i na životě v co největší míře předcházet.

„Dětské úrazy jsou různého charakteru – podle věku a stupně vývoje dítěte a podle prostředí, ve kterém se nejčastěji zdržuje.

V kojeneckém věku jsou to nejčastěji pády (z nábytku, ze schodů) a různé tržné a zhmožděné rány od nekrytých hran nábytku či jiných předmětů. Dalším častým poraněním jsou opařeniny (kávou, polévkou). Příčinou je nejčastěji nedbalost a nedostatečný dozor dospělých, podceňování schopností a zvědavosti dítěte.

V batolecím věku jsou rovněž časté pády. Vzhledem k proporcím těla kojence a batolete – s hlavou výrazně těžší a větší v poměru k tělu – končí většina pádů úrazem hlavy. Děti tohoto věku často vyhledávají výšky, ze kterých padají (židle, skříně ale i okna). Častější jsou i úrazy teplem – opařeniny (stržení na sebe vroucích pokrmů ze stolu či sporáku) a spáleniny (kamna, žehlička, nástroje v dílně rodičů).

V předškolním věku převažují úrazy při dětských hrách (nejen pády, ale i kontakty s ostrými či jinak nebezpečnými předměty). Stále vysoký je podíl popálenin a opařenin. Procento postižené popálené plochy jednotlivých částí těla se liší podle věku dítěte. Stoupá riziko utonutí.

Ve školním věku již výrazně převažují dopravní úrazy – dítě vystupuje jako chodec i cyklista. S věkem stoupá také počet úrazů při sportu, při bojových hrách (špatně nebo vůbec nezajištěných). V zimě dochází k omrzlinám při nedostatečném oblečení. S věkem a podílem plavců v populaci klesá počet utonulých (stoupá opět až v dospívání – při přecenění vlastních sil)“ (Klíma, 2003, s. 42-43)

Ertlová a Mucha uvádějí: „Druh poranění v dětském věku je také dán váhovým poměrem jednotlivých součástí těla a jejich velikostí. Relativně velká a těžká hlava na štíhlém krku s málo vyvinutým krčním svalstvem vede k tomu, že mozkolebeční (kraniocerebrální) úrazy jsou nejfrekventovanějším typem poranění dětského věku, a to i při jízdě na kole či dětských hrách. Současně může být přítomno až v 10% případů poranění krční páteře. Je nutné vědět, že díky značné poddajnosti kostěných struktur může dojít k poranění míchy bez postižení obratlů.“ (Ertlová, Mucha, 2000, s. 297)

2.1 Popáleniny

Mezi nejtěžší úrazy dětí patří bezpochyby popáleniny, jelikož postižení velké části kůže vyžaduje dlouhodobou a bolestivou léčbu. Pro popálení je léčeno přibližně 1 % obyvatel ročně, z toho 40 % postižených představují děti. Epidemiologické studie úrazů u dětí do 14 let ukazují, že nejrizikovějším místem popáleninového traumatu u dětí je domácí prostředí (opaření, oheň, kontaktní popálení, elektrické popálení).

Popálení vzniká krátkým působením extrémně vysokých teplot na kůži (plamen, pára, rozžhavené předměty), ale může vzniknout i delším působením relativně nízkých teplot na povrch těla (termofor). Riziková hranice teploty je poměrně nízká, pouhých 56°C. Zdroje vysoké teploty – sluneční záření, rentgen, horké tekutiny, plyny, plamen, pára, mechanické tření, horká pevná tělesa. Popáleniny horkou parou nebo tekutinami nazýváme opařeniny. (Ertlová, Mucha, 2000)

Stupně popálenin:

- I. stupeň – Překrvení, zarudnutí (erytém), zduření, bolest- například od slunce – hojí se dny
- II. stupeň – S puchýři, nejbolestivější – teplota nepřesáhla 60°C, hojí se týdny
 - II. A – může se zhojit obnovou zbylých buněk spontánně, poškození povrchových vrstev

-II. B – až ke spodině škáry, chybí zde kapilární návrat, poškození hlubokých vrstev, vždy vznikne jizva

- III. Stupeň – teplota kolem 100°C, poškození – nekróza v celé hloubce, příškvary, šedá, bílá nebo černá kůže, nejsou bolesti, hojí se měsíce, často nutná transplantace

-popálení na 10% tělesného povrchu a více vyvolá šok – nutno nahradit tekutiny

-u cirkulárních popálenin (např. krku, končetin) vzniká compartment syndrom - soubor příznaků vznikající při zvýšení tlaku v uzavřeném anatomickém prostoru (kompartmentu), což vede k vaskulárním okluzím působícím lokální ischemii. (Bydžovský, 2008)

Hloubka popálení se ihned po poranění nedá přesně posoudit. Proto je při první ohledání dělíme pouze na povrchové (I. a II. A stupeň) a hluboké (II. B a III.)

K odhadu plošného rozsahu popálenin se nejčastěji používá tzv. Wallaceovo pravidlo devíti.

U dětí zejména novorozenců a batolat je pravidlo devíti odlišné, proto je vhodnější zvolit variantu posouzení rozsahu pravidlo jedné dlaně, kdy velikost plochy dlaně popáleného pacienta odpovídá cca 1% velikosti jeho tělesného povrchu.

Tabulka 2 Pravidlo devíti

Zdroj: (Bydžovský, 2008, s. 128)

	Dospělí	Děti	Kojenci
Hlava	9%	14%	18%
Trup	18%	18%	18%
Záda	18%	18%	13% + 5% hýždě
Horní končetiny	18%	18%	18%
Dolní končetiny	36%	32%	28%
Pohlavní orgány	1%		

Terapie v PNP

Jako první věc bychom měli sundat šperky, především prsteny, náramky, hodinky – drží teplo a s pozdějším snímáním mohou být při rozvoji otoku potíže. Nikdy nestrháváme přiškvařený oděv. Chladíme pacienta tak dlouho, dokud mu to přináší úlevu (vodou nebo mraženými potravinami, před vrstvu látky), ale pouze do 20% povrchu děla, při větším postižením hrozí hypotermie. Analgetika (ketamin), sedace, preventivně ATB, infúzní léčba a evidence bilance tekutin (číslování infúze). Na ránu přikládáme gelové sterilní obvazy,

speciálně určité na toto postižení, tento gel na vodní bázi chladí, zklidňuje a přináší úlevu od bolesti, hydratuje pokožku a některé mají dokonce obsah vitamínu E, který zmírňuje odlupování pokožky. Jedná se například o water jel, dále sterilně kryjeme. Je vhodné absolutně postižené místo znehybnit (vakuová matrace – u malých dětí využít vakuovou dlahu na dolní končetinu). Transport dle stavu pacienta na popáleninové centrum. (Bydžovský, 2008)

„Komplikace popálenin:

- Infekce
- Inhalační poškození – poleptání dýchacích cest, edém plic
- Celková intoxikace – jedovatými zplodinami v důsledku inhalace teplého kouře, páry, jedovatých zplodin hoření
- Celková reakce organismu – nemoc z popálení
- Popáleninový šok – v důsledku ztráty tekutin a bolesti

Přímé ohrožení života, tzv. popáleninový šok, vzniká únikem tekutin z teplem poškozených cév do popáleninových otoků, puchýřů a raných ploch, a tím náhle sníženou náplní krevního řečiště. “(Ertlová, Mucha, 2000, s. 286)

2.2 Kranocerebrální poranění

Poranění hlavy je nejčastější příčina úmrtí u dětí starších jednoho roku a třetí nejčastější u kojenců do jednoho roku věku života. Výskyt poranění lebky a mozku stoupá úměrně s věkem. Traumata tohoto typu vznikají obvykle při pádech s výšky, dopravních nehodách, úderech do hlavy nebo porodech. Často se s nimi setkáváme při týrání dětí.

Prudký úder do hlavy působí rychlý pohyb lebky a naléhající části mozku. Mozek může být stlačen či jinak deformován, může se pohybovat a tak se poranit o okolní struktury lebky. Výsledkem je poranění v místě úderu nebo protilehlých úsecích mozku. Trauma může postihnout v různé kombinaci skalp, lebku či mozek.

U dětí do dvou let převládají prosté fisury kalvy bez jiných intrakraniálních traumatických změn a v menších počtech případů se v tomto období vyskytují mozkové komoce. V novorozeneckém a kojeneckém věku se také vyskytují specifická kraniotraumata, jakými jsou impresivní fraktury typu pingpongového míčku a rostoucí fraktury kalvy. Od 3. roku věku začíná narůstat počet mozkových komocí, které tvoří nejčastější typ poranění hlavy u dětí školního věku. U adolescentů se vyskytuje nejmenší počet izolovaných prostých fraktur kalvy, jelikož kalva dosahuje pevnosti a tloušťky kalvy dospělého člověka, a fisura kalvy je tudíž téměř vždy spojena s intrakraniálním traumatem. (Bydžovský, 2008)

Nitrolební poranění tvoří asi 60% všech dopravních úrazů. Na závažnosti se podílí tyto faktory:

- Lokalizace a rozsah primárního poranění mozku
- Stáří poraněného (s narůstajícím věkem je prognóza horší)
- Vznik sekundárního poškození mozku (poúrazový edém a expanzivní krvácení)

Stupeň nitrolebního poranění přitom většinou neodpovídá rozsahu viditelných zevních poranění hlavy a obličeje. Často dochází ke zlomeninám klenby i spodiny lební se závažným poraněním mozku bez současných viditelných poranění měkkých tkání hlavy.

Primární nitrolebeční poranění

- Otevřené nitrolebeční poranění je důsledkem přímého násilí, které proniká do mozku přes porušenou tvrdou plenu mozkovou.
- Zavřené nitrolebeční poranění je každé poranění mozku a lebeční kosti, při kterém je tvrdá plena nepoškozena.
- Zlomeniny klenby a spodiny lebeční s poraněním měkkých pokrývek hlavy nemají na závažnost nitrolebečních úrazů výrazný vliv, jsou však známkou velikosti a místa působení mechanického násilí. Zlomeniny spodiny lebeční bývají doprovázeny krvácením do zevního zvukovodu, nosu a úst s nebezpečím aspirace nebo únikem mozkomíšního moku, s možností následného rozvoje infekce nitrolebečního prostoru.

2.2.1 Komoce, kontuze, komprese

Komoce mozku – Commotio cerebri

Otřes mozku je nejlehčí stupeň poranění mozkové tkáně, při kterém dochází k přechodným změnám v biochemii mozkových buněk. Dočasná, spontánně reverzibilní změna ve funkci neuronů v důsledku úderu do hlavy. Nejčastěji se vyskytuje při dopravních nehodách, rvačkám nebo jako sportovní úraz.

Nejvýznamnějším příznakem je přítomnost bezvědomí, které se objevuje až v 90% případů. Rozdělujeme ho dle délky trvání do tří stupňů – I. do 5 minut, II. Do 15 minut a III. nad 15 minut.

Dále může být přítomna bolest hlavy, amnézie na událost, závratě, zvracení, bledost, pocení, mělký rychlý dech, změny srdeční akce, speciálně u dětí je typická nápadná spavost – každou hodinu po úraze, by se dítě mělo budít a kontrolovat stav vědomí. (Bydžovský, 2008)

Postkomoční syndrom

Paní Tyna Ilenčíková se vyjadřuje následovně: „Postkomoční syndrom je komplikací komoce (otřesu) mozku. Postihuje až 50% pacientů, kteří nejčastěji následkem úrazu prodělali otřes mozku. Nejpočetnější skupinu tvoří děti, které jsou především v letních měsících náchylnější k úrazům.“

Zhruba polovina nemocných je do týdne po úrazu bez příznaků a nepocítuje žádné další potíže. U té druhé poloviny se však může rozvinout postkomoční syndrom. Nelze přesně určit, u kterých postižených se syndrom projeví, stejně tak nelze předvídat, za jakou dobu se dostaví první příznaky. Někteří jedinci pocítují potíže krátce po úrazu, jiní až po několika dnech. Postkomoční syndrom se projevuje bolestmi hlavy, poruchami soustředění závratěmi a únavou. Pacienti trpí nespavostí, podrážděností a frustrací. Někteří nemocní pocítují pískání v uších. Nemocného příznaky velmi omezují, dochází k extrémnímu snížení výkonnosti. U některých jedinců se dokonce mohou rozvinout úzkostné poruchy.

„Lékař diagnostikuje postkomoční syndrom na základě informací o prodělaném otřesu mozku. Pomocí různých zobrazovacích technik (rentgen, CT) se navíc ujistí, zda nedošlo například ke krvácení do mozku nebo fraktuře (zlomenině) lebky.

Léčba postkomočního syndromu není možná, lékař tak doporučí pouze symptomatickou léčbu. Ta je založena na podávání analgetik na bolest hlavy, dodržování klidového režimu, který napomáhá předcházet vyčerpání, případně užívání léků na spaní. V případě postkomočního syndromu hraje hlavní roli prevence samotného otřesu mozku. “ (Ilenčíková, 2013)

Terapie v PNP

Nedílnou součástí léčby je podání analgetik a protiedémová léčba především kortikoidy. Transport do nemocničního zařízení k neurologickému vyšetření (EEG). Sledování po dobu tří dnů a delší klid bez fyzické aktivity.

Zhmoždění mozku – Contusio cerebri

Jedná se o ložiskové mechanické poškození mozku, kdy jsou přerušeny některé neuronové axony, vznikají prokrvácené nekrózy a otok kolem léze – tím se zvyšuje tlak. Může nastat úplné zhmoždění, které nazýváme lacerace.

Ložisko poškození může být na straně působící síly nebo i na straně protilehlé nárazu (par contrecoup). Nejčastěji bývá poškozen čelní a spánkový lalok.

Téměř vždy je u zhmoždění přítomna ztráta vědomí, často trvá až více než 2 hodiny, dále dezorientace a amnézie po nabytí vědomí. Mohou se vyskytnout nejrůznější neurologické poruchy, např. poškozená nebo vymizená fotoreakce, decerebrací nebo dekortikační postavení končetin.

Terapie v PNP

Sledování životně důležitých funkcí, protiedémová léčba pomocí hypoventilace, mannitolu a kortikoidů, dále znehybnění a transport do nemocničního zařízení, kde je v nejčastějším případě indikován k chirurgické léčbě.

Podávají se preventivně antiepileptika, protože v místě kontuze může vzniknout epileptický fokus, který se stává zdrojem Jacksonových křečí. (Bydžovský, 2008)

Stlačení mozku – Compressio cerebri

Mozková komprese je třetím a nejzávažnějším stupněm poškození mozku. Vzniká jako sekundární poranění mozku stlačením hematomem – subdurální, epidurální, subarachnoideálním krvácením.

Terapie v PNP

Jelikož se jedná o sekundární poranění, řešíme vždy v PNP převážně příčinu vzniku. U všech poranění nad úrovní klíční kosti je vhodné fixovat krční páteř límcem. Všechna kraniocerebrální poranění, zejména s nevolností, zvracením, poruchou vědomí a podobně odesíláme k dovyšetření na RTG nebo CT a k observaci do nemocnice. Nově se v diagnostice a prognostice mechanické léze CNS uplatňuje stanovení proteinu S100 β . Vhodné je chlazení hlavy a inhalace ochlazeného, zvlhčeného kyslíku. U každého kraniocerebrálního poranění je nutné provést alespoň základní orientační neurologické vyšetření, jehož součástí je kvalita vědomí, citlivosti, hybnosti a tonu končetin, stav zornic, pokoušíme se pátrat po lateralizaci (asymetrii) a meningismu (příznaky dráždění mozkových a míšních obalů). (Bydžovský, 2008)

Sekundární poškození mozku

-jsou druhotné komplikace zhmoždění mozku

- Úrazový edém mozku jako nejčastější a velmi závažná komplikace zhmoždění mozku. Vyvolává zvýšení nitrolebního tlaku, a jestliže dosáhne určité hodnoty a trvá určitou dobu, může být příčinou smrti i při nevelkém primárním poranění.
- Nitrolebeční expanzivní krvácení ohrožuje bezprostředně život poraněného stlačením mozku a značně zhoršuje prognózu nitrolebečního poranění. Je charakteristické vznikem klinických příznaků obvykle až za určitou dobu po poranění. Tuto dobu nazýváme volný interval. Řadíme sem epidurální, subdurální a intracerebrální hematom.
- Epidurální hematom vzniká krvácením z poraněné tepny mezi lebeční klenbou a tvrdou plenou mozkovou. Ke krvácení dochází obvykle v průběhu několika hodin po úrazu, ale může vzniknout i podstatně později, i za několik týdnů. Epidurální hematomy se sice vyskytují přibližně jen u 2% postižených nitrolebečním poraněním, mají však úmrtnost až 25%.

- Subdurální hematom je pětikrát častější než hematom epidurální. Také mortalita je až 50%. Vzniká žilním krvácením do prostoru pod tvrdou plenu mozkovou, většinou za několik dnů, týdnů někdy až měsíců po poranění.
- Intracerebrální úrazový hematom je prognosticky nejzávažnější a jeho mortalita dosahuje až 80%. U dětí se vyskytuje velice výjimečně, nejčastěji postihuje starší poraněné na základě sklerózy mozkových cév.

Hlavní příznaky nitrolebního přetlaku jsou narůstající bezvědomí, zvracení, porucha dýchání a oběhu, poškození hybnosti a citlivosti, křeče obličejového a končetinového svalstva, nestejná velikost zornic (širší zornice je obvykle na stejné straně jako stlačení mozku). (Ertlová, Mucha, 2000)

2.3 Poranění páteře a míchy

„Poranění páteře tvoří asi 3 % všech úrazů. Ze všech případů poranění páteře je asi 25 % lokalizováno v oblasti krční, 75 % v oblasti hrudní a bederní. Asi třetina případů poranění páteře je spojena s poraněním míchy a nervových kořenů. Každoročně přibývá 20 až 40 lidí s poraněním míchy na jeden milion obyvatel. V ČR dojde každý rok ke vzniku zhruba 250 míšních postižení, ve Spojených státech 5000. Ve dvou třetinách se poranění míchy týká mladých mužů ve věku 15 až 30 let. Nejčastěji tato poranění vznikají při dopravních nehodách, na druhém místě jsou pracovní úrazy, následují sportovní úrazy a násilné trestné činy. Struktura všech ošetřených úrazů - jak ambulantně, tak i za hospitalizace: vedou sportovní (21 %) a pracovní úrazy (14 %), dopravní úrazy činí asi 7 % celkové úrazovosti, 58 % úrazů vzniká při jiné činnosti ve volném čase. Celkový počet závažnějších úrazů vyžadujících hospitalizaci je přibližně stejný několik let a nejčastějšími vnějšími příčinami poranění, která si vyžádala nemocniční péči, byly pády (57 %) a dopravní úrazy (16 %). Úrazy páteře jsou také nejčastější příčinou dětské úmrtnosti. V ČR zemře ročně 150-300 dětí do 14 let, kde nejčastější příčinou jsou dopravní nehody.“ (Chrobok, Prokop, 2006)

Úrazy páteře a míchy jsou označovány pojmem spinální poranění. Velmi často jsou součástí polytraumat, tj. velmi vážných a komplikovaných sdružených poranění, kdy je poraněno dvě a více orgánových soustav, z nichž je alespoň jedno poranění život ohrožující, při kterých se výrazně zvyšuje riziko přehlédnutí poškození páteře a míchy. Tyto úrazy jsou velmi často spojeny s poraněními hlavy a s poraněními hrudníku.

Úrazy tohoto typu dělíme:

- Úrazy páteře bez poranění míchy
- Úrazy páteře s poraněním míchy
- Úraz míchy bez poranění páteře

Poranění páteře vznikají přetížením mechanické odolnosti páteře. Dochází k poškození vazivových spojení, meziobratlových plotének, příp. vlastní struktury obratlů. Nejčastěji dochází k poranění v úseku krčním a na přechodu hrudní a bederní páteře.

Poranění míchy představují nejzávažnější komplikaci provázející poranění páteře. K primárnímu poranění míchy a míšních kořenů dochází při luxaci obratlů, luxačních zlomeninách, tříštivých zlomeninách a nestabilních zlomeninách obratlů. K poranění míchy dochází též při střelných a bodných zraněních, která jsou ale méně častá. Zhruba 7% poranění míchy vzniká iatrogeně nešetrnou manipulací s raněným.

Příznaky poranění páteře jsou nepřirozená poloha těla, bolesti zad, mravenčení a necitlivost končetin.

Příznaky poranění míchy jsou nepřirozená, strnulá poloha vleže, lokalizovatelné bolesti zad, otok, poruchy hybnosti a citlivosti, mravenčení, ochabnutí svěračů a ileus.

První pomoc je základem pro další počínání. Musí se velice opatrně s postiženým manipulovat ideálně v 5 – 7 záchráncích, vždy předpokládáme poranění míchy, proto se přenášení a transport provádí výhradně na rovné pevné podložce, ideální jsou scoop rám, vakuová matrace, improvizovaně vysazené dveře.

Při poranění nad C5 bývají poruchy až zástava dechu, je nutná umělá plicní ventilace. Při poranění míchy obdobně jako při poranění mozku může vzniknout míšní komoce, kontuze, komprese a edém míchy.

Znehybnění páteře se provádí krčním límcem, krční vakuovou dlahou, vyprošťovací zádovou deskou, vakuovou matrací (u malých dětí můžeme improvizovat s vakuovou dlahou určenou na končetiny dospělých nebo kramerovou dlahou). (Bydžovský, 2013)

Terapie v PNP

Šetrná manipulace s využitím veškerých možných pomůcek a za pomoci většího počtu záchránců. Zajištění žíly, sledování základních životních funkcí. Podání kyslíku, neopiátová analgezie (aby nedošlo k útlumu dechového centra), kortikoidy proti otoku míchy (methylprednisolon). Transport do zdravotnického zařízení na vyšetření zobrazovacími metodami. Při neorogenním šoku podáme atropin k blokadě tonu parasympatiku, zavedeme nasogastrickou sondu k dekompresi žaludku při ileu a permanentní močová katétr, kvůli močové retenci. (Bydžovský, 2008)

3 KRIZOVÉ INTERVENCE

Výraz krize byl používán zejména v medicíně v období, které předchází výrazné změně v pacientově zdravotním stavu, ať již ve směru uzdravení, nebo úmrtí. V posledních desetiletích se pojem krize stále více používá v kontextu jevů psychologického, sociálního a ekologického charakteru. Jelikož předpokládáme, že řada zdravotníků se za dobu své praxe setkala s nějakou krizí, a práce s dětmi je v některých případech velice stresující, věnujeme této problematice také jednu kapitolu práce.

Krizová intervence je psychoterapeutická služba a pomoc v přímém kontaktu nebo po telefonu zaměřená na akutní potíže postiženého nebo jeho blízkých osob (např. rodinných příslušníků) v naléhavých krizových situacích. Je to specializovaná pomoc osobám, které se ocitly v krizi. Nejedná se o individuální psychoterapeutický zásah, ale také o zásah na úrovni rodiny a v nutných případech také o intervenci psychofarmakologickou, spojenou popřípadě s krátkodobou hospitalizací. Krizová intervence poskytována osobám, jejichž život nese pečeť takového chronického znevýhodnění, musí být zacílena na socio-environmentální konflikt, který individuální krizi obklopuje. Prioritním cílem je podpořit využívání vnějších zdrojů. Na druhém konci tohoto kontinua jsou osoby, pro něž jsou běžné zdroje dostupné a u nich je krizová intervence zaměřena na psychologickou podporu intrapsychických rezerv a schopností jich adekvátně využít.

Od klasické psychoterapie se krizová intervence liší v mnoha ohledech. Bývá kratší, někdy se omezí pouze na jeden kontakt, většinou nepřesáhne šest setkání. Je zaměřena na zvládnutí aktuálního problému, snaží se postihnout biopsychosociální vazby a intervenovat v několika rovinách. Pomoc by měla být pokud možno okamžitá, odložení třeba jen na druhý den, může v postiženém prohloubit bezmoc a zvýšit agresivní chování. Pomoc by měla být snadno dosažitelná. V krizové intervenci není místo pro moralizování, poučování a posuzování. I radit je dost ošidné, lze to jen v případech, kdy je co radit a klient o to opravdu stojí. (Matoušek, 2008)

3.1 Poradenství

„Poradenstvím se dnes zabývají všechny pomáhající profese, je považováno za všestrannou činnost, na níž se podílí mnoho osob a organizací. Poradce lze nalézt běžně v institucích, jako jsou střední a vysoké školy a vzdělávací instituce vůbec, armáda, věznice, psychiatrická zařízení a kliniky, podnikový sektor, organizace, sdružení občanských komunit. Nejen školní poradci dnes dobře vědí, že k nezbytným schopnostem člověka patří umění učit se, pracovat s informacemi, komunikovat, spolupracovat, rozhodovat se, řídit a rozumět měnícímu se světu a že k rozvoji člověka, a dospělého především, dochází seberozvíjením osobnosti cestou objevování. Je užiteční připomenout, že poradenství neprovozují jen aprobovaní poradci. Rady lidem poskytují také jejich rodiče, příbuzní a přátelé, v širším měřítku je získávají i prostřednictvím rozličných vzdělávacích, průmyslových, sociálních, náboženských a politických institucí a také prostřednictvím tisku a dalších médií. Výsledkem takového širokého poradenství je získání informací, které lidem umožňují zvýšit rozsah znalostí i dovedností, jak řešit určité životní problémy. Jednou z nejdůležitějších schopností poradce je umění člověka vyslechnout.“ (Matoušek, 2008, s. 83)

Snad každá práce, při níž dochází ke kontaktu s jinými lidmi, obsahuje potenciální prvky poradenství. Zvyšující se společenské nároky kladou důraz na to, aby určité komunikační dovednosti znali a užívali lidé všeobecně a zejména všichni ti, kdo mají v popisu práce péči o druhé lidi. Odborní poradci hrají důležitou úlohu, nemají však nahrazovat cennou práci všech těch, kdo si na takové označení nedělají nárok. Každý kdo má nadprůměrné komunikační schopnosti a je schopen se vcítit do pocitů druhých, je schopen poskytnout alespoň základní psychologické poradenství. (Matoušek, 2008)

3.1.1 Peer, Krizový intervent

Psychologická pomoc může být věnována zdravotníkům prostřednictvím peer podpory. Psychologická pomoc věnovaná našim pacientům a veřejnosti na místě mimořádné události se provádí pomocí tzv. krizové intervence.

Peer podpora je první psychologickou pomocí věnovaná záchranářům vyškolenými kolegy neboli peery v případech, kdy dochází k narušení psychické rovnováhy záchranářů a selhávají běžné zvládací mechanismy. Peer podpora začne fungovat na žádost jednotlivce nebo také na základě požadavku vedení ZZS. Je určena pro zdravotníky, záchranáře a lékaře, kteří mají potřebu hovořit o svých profesních, psychických a dalších problémech.

Mezi akutně vzniklé stresové situace patří trauma nebo neúspěšná KPR dítěte, dopravní nehoda sanitního vozu se zraněním kolegů, agresivní pacienti, ohrožení vlastního života, zásahy u známého, sebevraždy, hromadná neštěstí či jakákoliv jiná událost, která má na jedince negativní dopad.

Chronicky vzniklé stresové situace

- Nepravidelnost pracovního režimu
- Nárazová práce s minimálním plánováním
- Vysoká zodpovědnost
- Nutnost potlačení emocí, kvůli profesionalitě
- Absence pozitivní zpětné vazby

Hromaděním stresu dochází k

- Poruchy spánku
- Snížení pracovního výkonu
- Vznik závislostí
- Somatická onemocnění
- Syndrom vyhoření

Peer pracovník musí být proškolený pro poskytování psychické podpory, je diskrétní, musí zachovávat anonymitu, nehodnotí, zachovává mlčenlivost a tím nabízí pocit bezpečí a jistoty, neradí, pokud to postižený doslovně nevyžaduje, rozhodně nekritizuje, musí umět dokonale naslouchat. Peer není psycholog ani psychiatr, nejde o psychoterapii, ale o orientaci v dané situaci a schopnost uklidnění postiženého. Musí umět dodat pocit, že člověk není na problém sám.

Krizová intervence je psychosociální první pomoc poskytována školenými krizovými interventy v akutní fázi reakce na těžký stres u pacientů a široké veřejnosti, kteří se setkali s nějakou mimořádnou událostí.

Krizového intervenanta vyžaduje vždy lékař RLP posádky po dohodě se zasaženými osobami na místě zásahu výjezdové skupiny. Interventa je možné zavolat se souhlasem alespoň jedné osoby na místě události, a nemusí to být vždy zasažený jedinec. Pomoc krizového intervenanta může požadovat i osoba blízká, známí, sousedé. (Fousková, 2014)

Kritická událost je jakákoliv příhoda, která je natolik emocionálně silná, že přesahuje běžné schopnosti člověka se s ní vypořádat. Po prožití kritické události patří celá řada projevů na úrovni tělesné, pocitové, myšlenkové, psychické – hovoříme o tzv. posttraumatických jevech. Tyto projevy slouží k zvládnutí situace samé a jsou ve své podstatě zdravé. Pokud, ale přetrvávají a jsou intenzivní i po skončení kritické události a jejím vyřešení, stávají se z nich poruchy.

Rozlišujeme dvě podoby akutní reakce na stres

- 1. Reakce typu A – aktivní reakce

Je častější, jde o reakci útok-útěk, jedná se o rychlou mobilizaci sil za účelem aktivní obrany. Příznaky: svalové napětí, pocení, pulz a dech jsou zrychleny, výrazné emoce – pláč, křik, agresivita, smích, třes končetin, rychlá řeč, těkavé pohledy, neúčelné pohyby, nepřesná koordinace

- 2. Reakce typu B – pasivní reakce

Jde o uzavření, jedinec se tímto způsobem chrání před silnými emocemi, jejichž nástup by nebyl v danou chvíli schopen ustát a udržet pod kontrolou.

Příznaky: bez vnějších projevů emocí, obličej bez výrazu, ztuhlé pohyby, bledost, pocit zimy, rozšíření zornic, nelze navázat oční kontakt, vytěsnění události, tendence k regresi

Skupiny obětí:

- Přímé oběti – účastníci neštěstí
- Příbuzní a přátelé přímých obětí
- Záchranáři

- Obyvatelé místa, kde se neštěstí odehrálo

Důležité je mít na paměti, že záchranáři jsou rovněž obětmi a stejně tak se u nich projevují posttraumatické projevy. (Vodáčková 2012)

3.2 Syndrom vyhoření

Burn-out syndrom jinak řečeno syndrom vyhasnutí, vyprahnutí nebo vyhaslosti byl poprvé popsán v roce 1974 H. Freudenbergerem. Nejde pouze o celkovou únavu, syndrom je vždy spojen s otázkou smyslu vlastní práce. Nejčastěji se objevuje u sociálních pracovníků, zdravotníků a pedagogů, obecně u všech, kteří pracují s lidmi, ale také u lidí, kde hodnocení efektivity vykonané práce závisí na hodnocení jiných lidí.

Syndrom vyhoření představuje komplex příznaků, které se projevují pod vlivem stresu a zasahují do oblasti psychiky, kdy se u postiženého objevuje únava emoční vyčerpání, apatie, marnivost, rezignace, ztráta energie a motivace, zhoršuje se schopnost empatie a klesá pozitivní vztah k lidem, hrozí až úplná ztráta komunikace. V oblasti psychické se syndrom projevuje únavou, poruchami spánku, žaludečními obtížemi, zvýšeným pocením a třesem. V oblasti sociální se postižený distancuje od lidí a společnosti, je apatický vůči svým klientům, buduje pouze formální vztahy, vyhýbá se kolektivu a uzavírá se do sebe. Vývoj syndromu vyhoření může trvat až několik let.

Proces probíhá v několika fázích:

- Nadšení – zdravotník je plný ideálů, pracuje nad rámec svých pracovních povinností, do práce chodí s nadšením
- Stagnace – zdravotník postupně slevuje ze svých ideálů, požadavky klientů ho začínají obtěžovat a unavovat, snaží se vyhýbat zbytečnému kontaktu s pacienty, je to fáze prozření, které je doprovázena nesplněním očekávání a pozvolným nástupem stresu z vysokých nároků, kterým není zdravotník schopen dostát
- Frustrace – dostavuje se velké zklamání z povolání

- Apatie – zdravotník vykonává pouze nejnnutnější pracovní úkony, vyhýbá se komunikaci s pacienty kolegy a odmítá další vzdělání
- Vyhoření – postižený se vyhýbá profesním požadavkům, je negativistický vůči pacientům i vůči sobě, ztrácí pocit zodpovědnosti a schopnost se radovat, je agresivní, netrpělivý, nervózní, unavený, cynický

Hlavní rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření jsou dva. Jednak je to profese, jejíž součástí je náročná práce s lidmi a jednak je to sám jedinec, který je méně odolný vůči stresu, má nízké sebevědomí, je emočně labilní nebo depresivně naladěný. Prvotní počátky syndromu lze rozeznat daleko lépe, pokud je již člověk o něm alespoň částečně informován. Diagnostika se provádí především pozorováním jednotlivých příznaků, vedením diagnostického rozhovoru a vyplňováním dotazníků založených na porovnávacích škálách. (Kapounová, 2007)

„Prevence syndromu vyhoření:

- Kvalitní příprava na profesi zahrnující výcvik v potřebných sociálních dovednostech a dostatečně dlouhou praxi s klientelou srovnatelného typu, s jakou se pak pracovník setká v instituci, kde bude působit
- Jasná definice poslání organizace a metod práce, s nimiž se nastupující pracovník důkladně seznámí
- Jasná definice profesionální role pracovníka a náplně práce
- Existence systémů zácviku nových pracovníků
- Možnost využít profesionálního poradenství poskytovaného zkušeným odborníkem ve vlastní instituci nebo jinde
- Existence programů osobního rozvoje a podpora dalšího vzdělávání pracovníků ze strany instituce, v níž jsou zaměstnáni
- Průběžná supervize
- Případové konference v jedné instituci nebo s účastí pracovníků několika spolupracujících institucí
- Omezení počtu případů, s nimiž je jeden pracovník v kontaktu během určité doby
- Nasazení více pracovníků v náročných programech se skupinami klientů

- Organizování programů, při nichž se klienti dostanou do jiného prostředí a personál při nich může objevit jejich skryté charakteristiky
- Omezení administrativní zátěže spojené s prací s klienty
- Omezení pracovního úvazku
- Kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi, jež nezahrnují přímou práci s klienty“ (Matoušek, 2008, s. 58)

Ukázkový test

Pokud na jakoukoliv otázku z tohoto testu odpovíte kladně, jste vážně ohroženi syndromem vyhoření.

Původně jste s chutí a tvrdě pracovali, byli optimisté a nyní trpíte tím, že:

1. Cítíte se unaveni, frustrováni, bez iluzí
 2. Máte pocit, že pracujete stále více a přináší vám to stále menší potěšení
 3. Musíte se nutit do běžných činností
 4. Je vám zatěžko důvěřovat ostatním
 5. Jste bez nálady, otrávení, znučení a snažíte se tento pocit přebít nějakým vzrušujícím zážitkem
 6. Pijete více alkoholu než dříve
 7. Ztrácíte potěšení ze sexuálního života
 8. Potřebujete téměř denně nějaký uklidňující prostředek
 9. Potřebujete téměř každou noc hypnotikum, abyste se mohli slušně vyspat?
- (Kapounová, 2007)

3.3 Osobnost zdravotnického záchranáře

„Osobní zážitek člena záchranného týmu může být silně stresující, pokud se nechá příliš unášet dramatičností situace, pokud si je vědom své nedostatečné odborné, případně technické vybavenosti, případně se cítí nekompetentně k určitým zákrokům. Stresová situace může vést až k dezorganizaci chování a k neefektivnímu chování vůči okolí. Na intenzitě

nabývá emoční chování až do té míry, že může vytráčet i schopnost účinně jednat. Je proto významné osvojit se v činnosti záchranáře takové dovednosti.“ (Ertlová, Mucha, 2000, s. 133)

- Efektivní verbální i neverbální komunikace
- Vysoká míra sebekontroly
- Schopnost vzhledu do dané krizové situace

Mezi záchranáři se nachází celá řada různých typů osobností, neexistuje jeden optimální typ, který by byl pro práci ve zdravotnictví nejvhodnější. Každý by měl však projít cestou určité sebevýchovy a sebepoznání, protože právě sebepoznávání umožňuje lépe zvládnout nároky zdravotnické profese. Podle typu osobnosti by si každý měl zvolit pracoviště, kde může své schopnosti nejlépe uplatnit.

Zdravotničtí záchranáři jsou ve většině případů silně extrovertní s výraznými vůdcovskými rysy. Jsou manuálně velmi zruční a schopni logicky uvažovat. Umějí spolupracovat v týmech, jsou akční, odvážní a mají dobře rozvinutou schopnost improvizace. Mají výraznou potřebu obětovat se a pomáhat bližnímu jedinci v jeho těžké či krizové životní situaci, bez ohledu na vlastní pohodlí nebo potřeby. Rádi vyhledávají adrenalinové situace, umí se v nich pohybovat a zvyšují jim výkonnost a motivaci. Mají jistou potřebu exhibicionismu, touhu předvést své odborné záchranářské schopnosti, která ale není na škodu, protože díky ní jsou schopni pracovat před přihlížejícím okolím i pacientem samotným. Záchranář je pokorný, uctivý, má respekt k lidské důstojnosti. Díky pokroku má neustálou motivaci k dalšímu vzdělávání, spolupracuje při zavádění nových postupů do vlastní praxe i do praxe zdravotnické záchranné služby jako takové. Očekává se, že záchranář zvládne velmi odbornou činnost, práci s moderní technikou, je fyzicky zdatný, dovede motivovat a řídit, zvládá administrativní činnost. Musí být sebekritický, empatický, citlivý, pohotový, sebevědomí ne však povýšený. (Baštecká, 2005)

4 PRŮZKUMNÉ PROBLÉMY

Jaké jsou názory zdravotnických záchranářů na psychickou zátěž spojenou s ošetřováním dětských pacientů?

4.1 Cíle a hypotézy průzkumu

Cíle průzkumu:

1. Zmapovat zájem záchranářů o speciální přípravu na práci s dětmi
2. Zmonitorovat nejvíce stresující urgentní stavy u dětí pro zdravotnické záchranáře
3. Zjistit, jaké prostředky zdravotničtí záchranáři využívají při zvládnání stresu

Hypotézy průzkumu:

1. Záchranáři mající potomky mají větší zájem o speciální přípravu na práci s dětmi, než bezdětní záchranáři
2. Více stresující jsou pro záchranáře těžká traumata, než neúrazové případy
3. Záchranáři při zvládnání stresu využívají častěji pomoc psychologů, než jiné metody

4.2 Metodologie a metody průzkumu

Pro sběr dat jsme využili nestandardizovaný dotazník. Dotazník obsahoval celkem 24 otázek, z nichž bylo 3 identifikační, 13 zavřených, 6 polootevřených a 2 otevřené. Distribuovali jsme 60 dotazníků, vrátilo se nám 50. Návratnost byla 83%. 5 dotazníků bylo vyplněno nesprávně, tudíž se nehodily ke zpracování. Pracovali jsme tedy s konečným počtem 45 dotazníků. Zjištěné údaje byly zpracovány v počítačovém programu MS Excel. Průzkum

probíhal v období únor – duben 2015 na stanovištích oblastního střediska zdravotnické záchranné služby v Příbrami.

4.3 Charakteristika průzkumného vzorku

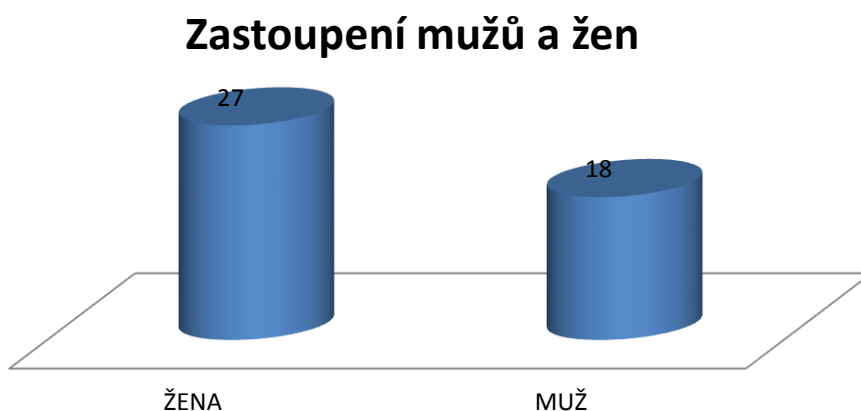
Výběrový soubor tvořilo celkem 45 záchranářů a charakterizují ho pohlaví, věk a dosažené vzdělání.

Otázka 1 – Vaše pohlaví?

- A) Žena
- B) Muž

Tabulka 3 Pohlaví respondentů

ODPOVĚĎ	R	R %
ŽENA	27	60%
MUŽ	18	40%



Graf 1 Pohlaví respondentů

Celkový počet respondentů je 45, tedy 100%.

Výzkumu se účastnilo 27 žen, tedy 60%.

Výzkumu se účastnilo 18 mužů, tedy 40%.

Otázka 2 Váš věk?

Odpovědi respondentů: 36, 38, 34, 34, 39, 39, 37, 34, 43, 48, 53, 42, 41, 38, 41, 38, 31, 42, 40, 34, 53, 40, 40, 36, 43, 40, 38, 54, 50, 45, 44, 26, 27, 38, 40, 37, 26, 28, 35, 29, 25, 35, 29, 27, 30

Průměrný věk: 37,7

Tabulka 4 Průměrný věk respondentů

Průměrný věk respondentů	37,7
--------------------------	------



Graf 2 Průměrný věk respondentů

Průměrný věk 45 respondentů byl 37,7.

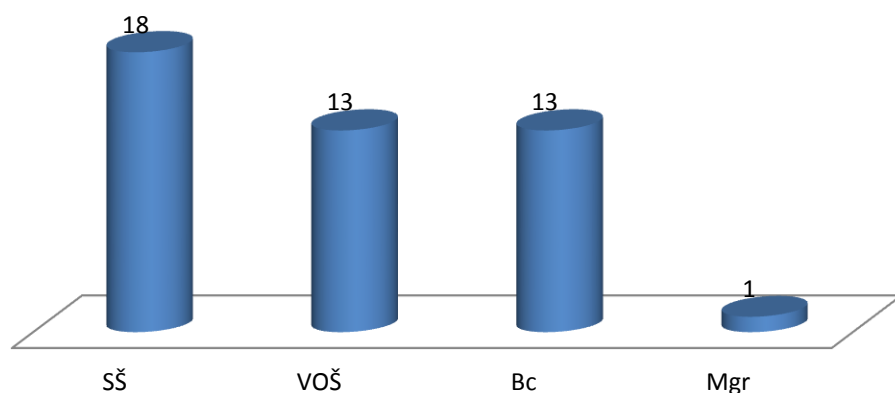
Otázka 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- A) SŠ
- B) VOŠ
- C) Bc.
- D) Mgr.

Tabulka 5 Dosažené vzdělání

Odpověď	R	R%
SŠ	18	40%
VOŠ	13	28,9%
Bc.	13	28,9%
Mgr.	1	2,2%

Dosažené vzdělání



Graf 3 Dosažené vzdělání

Celkový počet respondentů je 45, tedy 100%.

Střední školou ukončilo vzdělání 18 respondentů, tedy 40%.

Vyšší odbornou školou ukončilo vzdělání 13 respondentů, tedy 29,9%.

Bakalářským studiem ukončilo vzdělání 13 respondentů, tedy 29,9%.

Magisterským studiem ukončil vzdělání 1 respondent, tedy 2,2%

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

5.1 Interpretace výsledků průzkumu

Hypotéza 1: Záchranáři mající potomky mají větší zájem o speciální přípravu na práci s dětmi, než bezdětní záchranáři.

K této hypotéze jsou přiřazeny otázky pod čísly: 4, 5, 6, 7, 8, 9

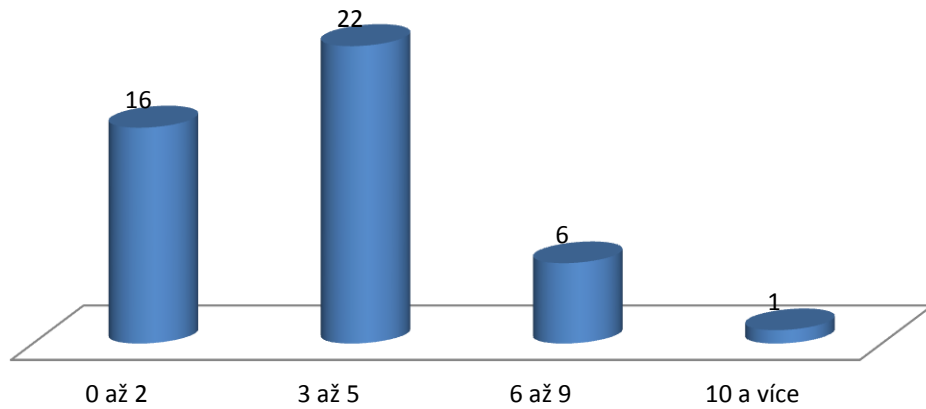
Otázka 4 Kolik výjezdů máte odhadem měsíčně k dětským pacientům?

- A) 0-2
- B) 3-5
- C) 6-9
- D) 10 a více

Tabulka 6 Počet výjezdů

Odpověď	R	R%
0-2	16	35,6%
3-5	22	48,9%
6-9	6	13,3%
10 a více	1	2,2%

Počet výjezdů



Graf 4 Počet výjezdů

Celkový počet respondentů je 45, tedy 100%.

Nula až dva výjezdy mělo 16 respondentů, tedy 35,6%.

Tři až pět výjezdů mělo 22 respondentů, tedy 48,9%.

Šest až devět výjezdů mělo 6 respondentů, tedy 13,3%.

Deset a více výjezdů měl 1 respondent, tedy 2,2%.

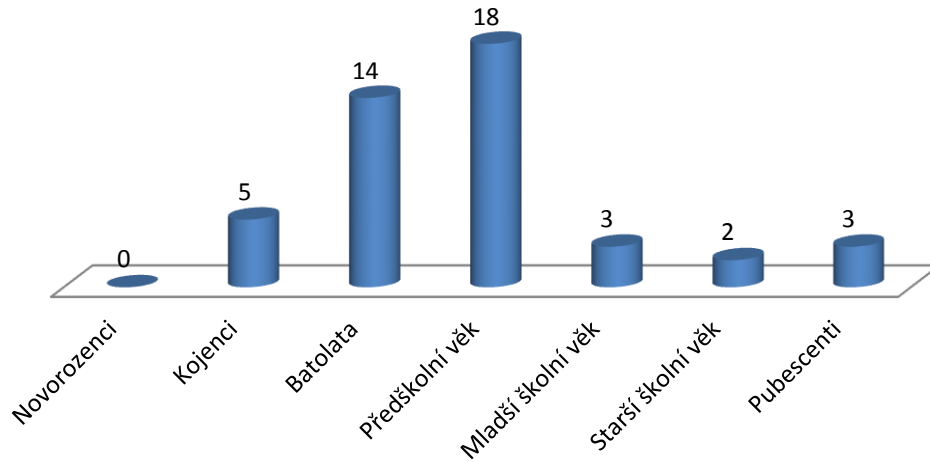
Otázka 5 K jaké věkové skupině dětí nejčastěji vyjíždíte?

- A) Novorozenci
- B) Kojenci
- C) Batolata
- D) Předškolní věk
- E) Mladší školní věk
- F) Starší školní věk
- G) Pubescenti

Tabulka 7 Věkové skupiny

Odpověď	R	R%
Novorozenci	0	0%
Kojenci	5	11,1%
Batolata	14	31,1%
Předškolní věk	18	40%
Mladší školní věk	3	6,7%
Starší školní věk	2	4,4%
Pubescenti	3	6,7%

Věkové skupiny



Graf 5 Věkové skupiny

Celkový počet respondentů je 45, tedy 100%.

Novorozence nevedl žádný respondent, tedy 0%.

Kojence uvedlo 5 respondentů, tedy 11,1%.

Batolata uvedlo 14 respondentů, tedy 31,1%.

Děti předškolního věku uvedlo 18 respondentů, tedy 40%.

Děti mladšího školního věku uvedli 3 respondenti, tedy 6,7%.

Děti staršího školního věku uvedli 2 respondenti, tedy 4,4%.

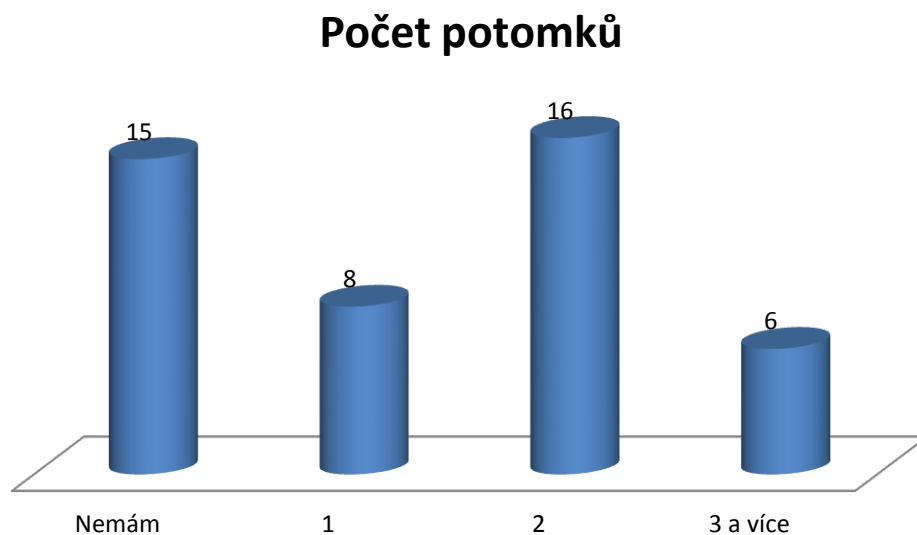
Pubescenty uvedli 3 respondenti, tedy 6,7%.

Otázka 6 Máte vlastní potomky?

- A) Nemám
- B) 1
- C) 2
- D) 3 a více

Tabulka 8 Potomci

Odpověď	R	R%
Nemám	15	33,3%
1	8	17,8%
2	16	35,6%
3 a více	6	13,3%



Graf 6 Potomci

Celkový počet respondentů je 45, tedy 100%

Bezdětných je 15, tedy 33,3%.

Jednoho potomka uvedlo 8 respondentů, tedy 17,8%.

Dva potomky uvedlo 16 respondentů, tedy 35,6%.

Tři a více potomků uvedlo 6 respondentů, tedy 13,3%.

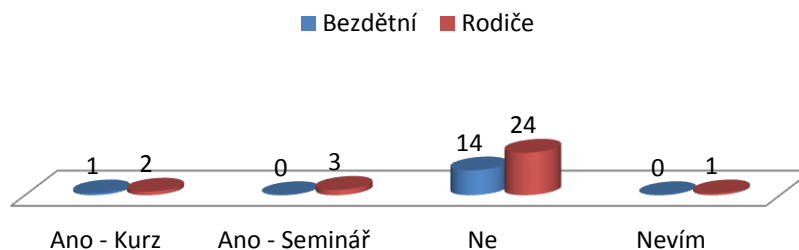
Otázka 7 Absolvoval/a jste někdy speciální přípravu na práci s dětmi?

- A) Ano- uveďte ... Kurz, Seminář
- B) Ne
- C) Nevím

Tabulka 9 Speciální příprava

Odpověď	R bezdětní	R bezdětní %	R rodiče	R rodiče %
Ano - Kurz	1	6,7%	2	6,7%
Ano - Seminář	0	0%	3	10%
Ne	14	93,3%	24	80%
Nevím	0	0%	1	3,3%

Speciální příprava



Graf 7 Speciální příprava

Celkový počet bezdětných respondentů je 15, tedy 100%.

Absolvování speciálního kurzu uvedl 1 respondent, tedy 6,7%.

Absolvování speciálního semináře neuvedl žádný respondent.

Neabsolvování speciální přípravy uvedlo 14 respondentů, tedy 93,3%.

Odpověď nevím nezvolil žádný z bezdětných respondentů.

Celkový počet rodičů respondentů je 30, tedy 100%.

Absolvování speciálního kurzu uvedli 2 respondenti, tedy 6,7%.

Absolvování speciálního semináře uvedli 3 respondenti, tedy 10%.

Neabsolvování speciální přípravy uvedlo 24 respondentů, tedy 80%.

Odpověď nevím zvolil 1 rodič respondent, tedy 3,3%.

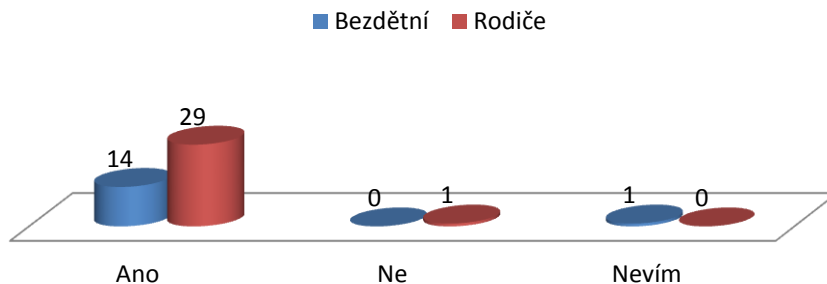
Otázka 8 Měl/a byste zájem o další vzdělávání v urgentní péči o dětské pacienty? (zvolíte-li odpověď A) nebo C) pokračujte následující otázkou, pokud vyberete možnost B) pokračujte otázkou číslo 10)

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

Tabulka 10 Zájem o vzdělávání

Odpověď	R bezdětní	R bezdětní %	R rodiče	R rodiče %
Ano	14	93,3%	29	96,7%
Ne	0	0%	1	3,3%
Nevím	1	6,7%	0	0%

Zájem o vzdělávání



Graf 8 Zájem o vzdělávání

Celkový počet bezdětných respondentů je 15, tedy 100%.

O další vzdělávání by mělo zájem 14 respondentů, tedy 93,3%.

Žádný nevedl, že zájem nemá.

Odpověď nevíml zvolil 1 bezdětný respondent, tedy 6,7%.

Celkový počet rodičů respondentů je 30, tedy 100%

O další vzdělávání by mělo zájem 29, tedy 96,7%.

O další vzdělávání nemá zájem 1 respondent, tedy 3,3%.

Odpověď nevíml nezvolil žádný rodič respondent.

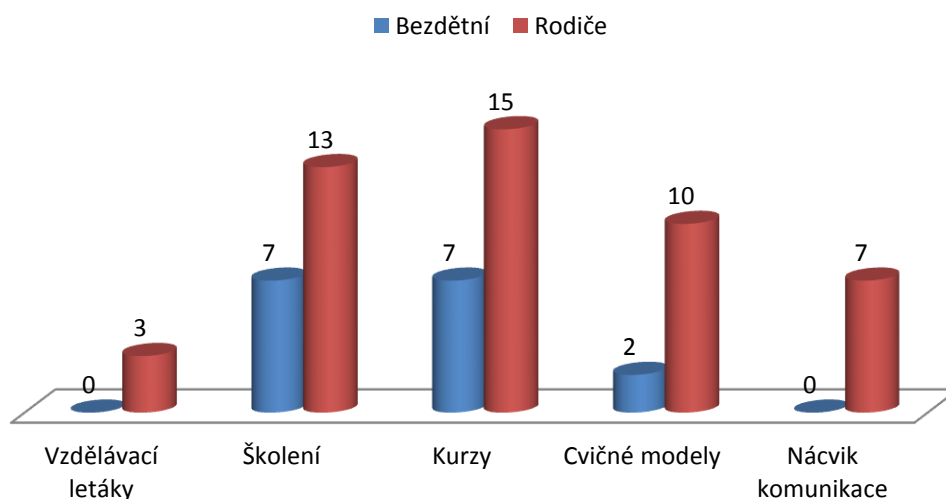
Otázka 9 Jakou formou by pro Vás bylo nejpřijatelnější další vzdělávání? (více možných odpovědí)

- A) Vzdělávací letáky
- B) Školení
- C) Kurzy
- D) Cvičné modely
- E) Nácvik komunikace

Tabulka 11 Forma vzdělávání

Odpověď	R bezdětní	%	R rodiče	%
Vzdělávací letáky	0	0%	3	6,3%
Školení	7	43,7%	13	27,1%
Kurzy	7	43,7%	15	31,3%
Cvičné modely	2	12,6%	10	20,7%
Nácvik komunikace	0	0%	7	14,6%

Forma vzdělávání



Graf 9 Forma vzdělávání

Celkový počet odpovědí bezdětných respondentů je 16, tedy 100%.

Vzdělávací letáky ne zvolil žádný respondent.

Školení získalo 7 hlasů, tedy 43,7%.

Kurzy získaly 7 hlasů, tedy 43,7%

Cvičné modely získaly 2 hlasy, tedy 12,6%.

Nácvik komunikace nevolil žádný bezdětný respondent.

Celkový počet odpovědí rodičů respondentů je 45, tedy 100%

Vzdělávací letáky získaly 3 hlasy, tedy 6,3%.

Školení získalo 13 hlasů, tedy 27,1%.

Kurzy získaly 15 hlasů, tedy 31,3%.

Cvičné modely získaly 10 hlasů, tedy 20,7%.

Nácvik komunikace získal 7 hlasů, tedy 14,6%.

Z tohoto průzkumu vyplývá, že odpověď na 1 hypotézu je kladná. Záchranáři mající potomky mají větší zájem o speciální přípravu na práci s dětmi než bezdětní záchranáři. Hypotéza se potvrdila u otázky číslo 8, když 93,3% bezdětných záchranářů uvedlo, že mají zájem o speciální přípravu a 96,7% rodičů záchranářů uvedlo, že mají zájem o speciální přípravu na práci s dětmi.

Hypotéza 2: Více stresující jsou pro záchranáře těžká traumata, než neúrazové případy.

K této hypotéze jsou přiřazeny otázky pod čísly: 10, 11, 12

Otázka 10 Je pro Vás Výjezd k dítěti více stresující než k dospělému?

- A) Ano vždy
- B) Spíše ano
- C) Spíše ne
- D) Ne nikdy

Tabulka 12 Výjezd a stres

Odpověď	R	R%
Ano vždy	11	24,5%
Spíše ano	28	62,2%
Spíše ne	5	11,1%
Ne nikdy	1	2,2%



Graf 10 Výjezd a stres

Celkový počet respondentů je 45, tedy 100%.

Odpověď Ano vždy zvolilo 11 respondentů, tedy 24,5%.

Odpověď Spíše ano zvolilo 28 respondentů, tedy 62,2%.

Odpověď Spíše ne zvolilo 5 respondentů, tedy 11,1%.

Odpověď ne nikdy zvolil 1 respondent, tedy 2,2%.

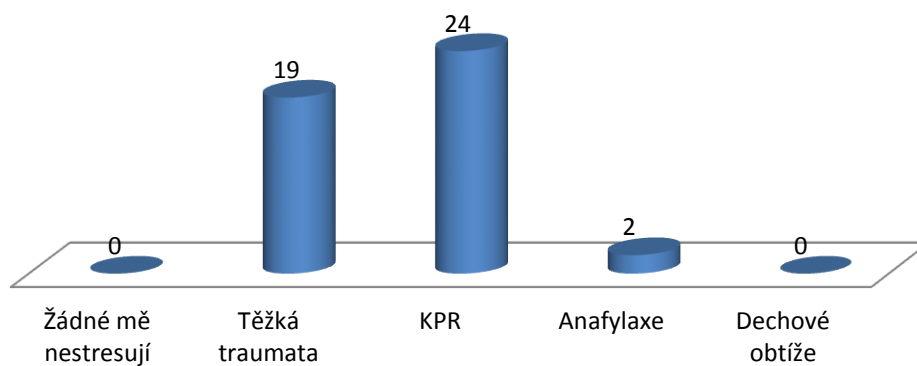
Otázka 11 Jaké výjezdy k dětem jsou pro Vás nejméně stresující?

- A) Žádné mě nestresují
- B) Těžká traumata
- C) KPR
- D) Anafylaxe
- E) Dechové obtíže

Tabulka 13 Nejméně stresující výjezdy

Odpověď	R	R%
Žádné mě nestresují	0	0%
Těžká traumata	19	42,2%
KPR	24	53,3%
Anafylaxe	2	4,5%
Dechové obtíže	0	0%

Nejméně stresující výjezdy



Graf 11 Nejméně stresující výjezdy

Celkový počet respondentů je 45, tedy 100%.

Odpověď Žádné mě nestresují nezvolil žádný respondent.

Odpověď Těžká traumata zvolilo 19 respondentů, tedy 42,2%.

Odpověď KPR zvolilo 24 respondentů, tedy 53,3%.

Odpověď Anafylaxe zvolili 2 respondenti, tedy 4,5%.

Odpověď dechové obtíže nezvolil žádný respondent.

Otázka 12 Kolikrát jste prováděl/a resuscitaci dítěte?

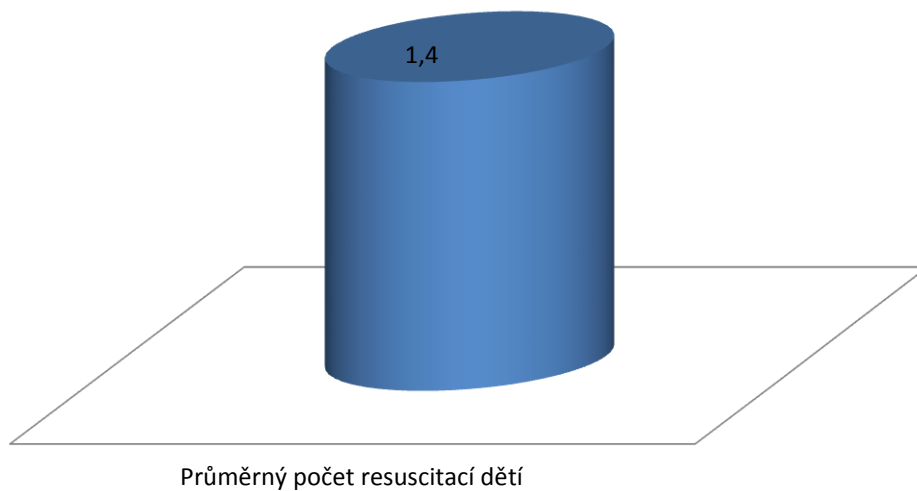
Odpovědi respondentů: 0, 1, 5, 4, 3, 3, 1, 1, 2, 1, 2, 1, 2, 1, 2, 1, 0, 2, 0, 0, 0, 1, 1, 0, 0, 2, 3, 1, 0, 1, 2, 0, 3, 1, 0, 0, 5, 3, 0, 0, 2, 2, 0, 1, 3

Průměrný počet resuscitací dětí: 1,4

Tabulka 14 Počet resuscitací

Průměrný počet resuscitací dětí	1,4
---------------------------------	-----

Počet resuscitací



Graf 12 Počet resuscitací

Průměrný počet resuscitací dětí je u 45 respondentů 1,4.

Z tohoto průzkumu vyplývá, že odpověď na 2 hypotézu je záporná. Nejvíce stresující výjezdy jsou pro zdravotnické záchranáře KPR dětí. Hypotéza se vyvrátila u otázky číslo 11, když KPR získala 53,3% respondentů a těžká traumata 42,2% respondentů.

Hypotéza 3: Záchranáři při zvládnání stresu využívají častěji pomoc psychologů, než jiné metody.

K této hypotéze jsou přiřazeny otázky pod čísly: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

Otázka 13 Setkal/a jste se někdy s úmrtím dítěte? (zvolíte-li odpověď A) pokračujte následující otázkou, pokud vyberete možnost B) nebo C) pokračujte otázkou číslo 15)

A) Ano

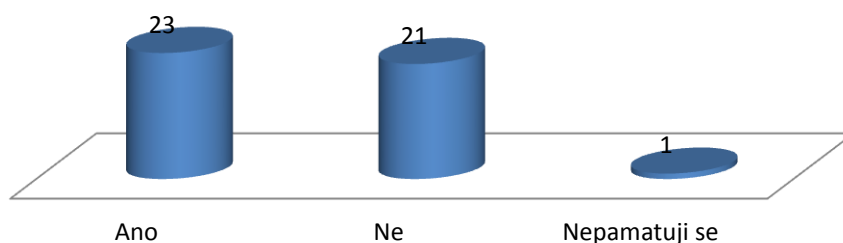
B) Ne

C) Nepamatuji se

Tabulka 15 Úmrtí dítěte

Odpověď	R	R%
Ano	23	51,1%
Ne	21	46,7%
Nepamatuji se	1	2,2%

Úmrtí dítěte



Graf 13 Úmrtí dítěte

Celkový počet respondentů je 45, tedy 100%.

S úmrtím dítěte se již setkala 23 respondentů, tedy 51,1%.

S úmrtím dítěte se nikdy neseťkalo 21 respondentů, tedy 46,7%.

Odpověď 'Nepamatuji se' uvedl 1 respondent, tedy 2,2%.

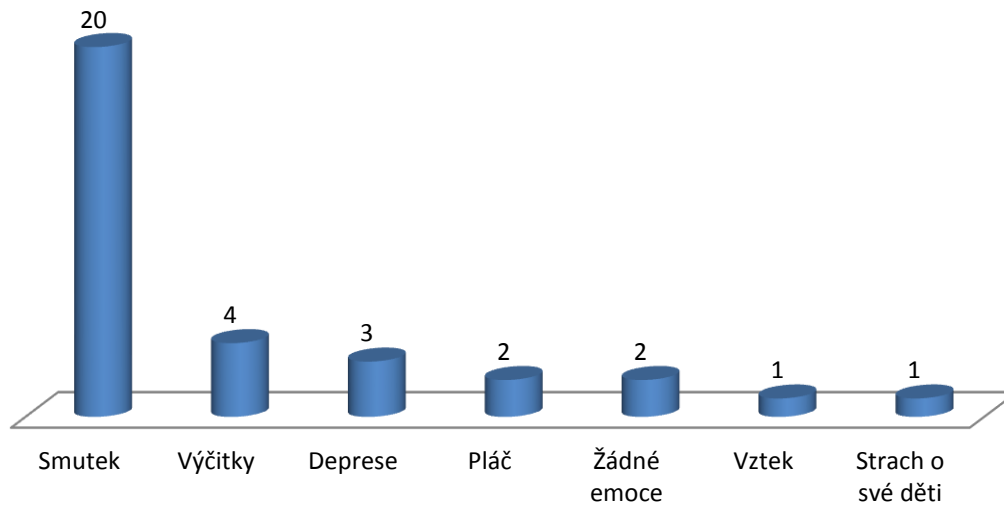
Otázka 14 Co ve vás setkání se smrtí dítěte vyvolalo? (více možných odpovědí)

- A) Smutek
- B) Výčitky
- C) Deprese
- D) Pláč
- E) Žádné emoce
- F) Jiné ... Vztek, Strach o své dítě

Tabulka 16 Emoce

Odpověď	R	%
Smutek	20	60,6%
Výčitky	4	12,1%
Deprese	3	9,1%
Pláč	2	6,1%
Žádné emoce	2	6,1%
Vztek	1	3,0%
Strach o své dítě	1	3,0%

Emoce



Graf 14 Emoce

23 respondentů uvedlo celkem 33 odpovědí, tedy 100%.

Odpověď Smutek získala 20 hlasů, tedy 60,6%.

Odpověď Výčitky získala 4 hlasy, tedy 12,1%.

Odpověď Deprese získala 3 hlasy, tedy 9,1%.

Odpověď Pláč získala 2 hlasy, tedy 6,1%.

Odpověď Žádné emoce získala 2 hlasy, tedy 6,1%.

Odpověď Vztek získala 1 hlas, tedy 3%.

Odpověď Strach o své děti získala 1 hlas, tedy 3%.

Otázka 15 Mluvíte s kolegy o zážitcích z výjezdů?

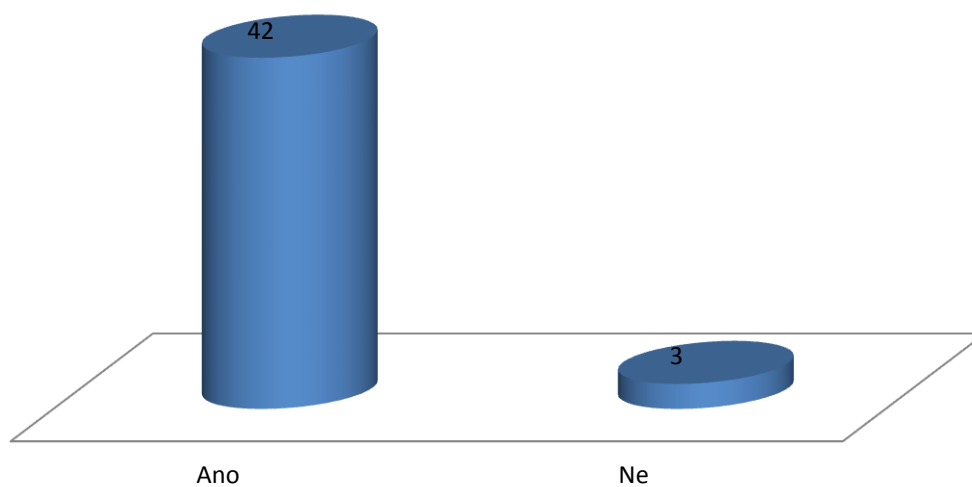
A) Ano

B) Ne

Tabulka 17 Zážitky z výjezdů

Odpověď	R	R%
Ano	42	93,3%
Ne	3	6,7%

Zážitky z výjezdů



Graf 15 Zážitky z výjezdů

Celkový počet respondentů je 45, tedy 100%.

S kolegy o zážitcích z výjezdů mluví 42 respondentů, tedy 93,3%.

S kolegy o zážitcích z výjezdu nemluví 3 respondenti, tedy 6,7%.

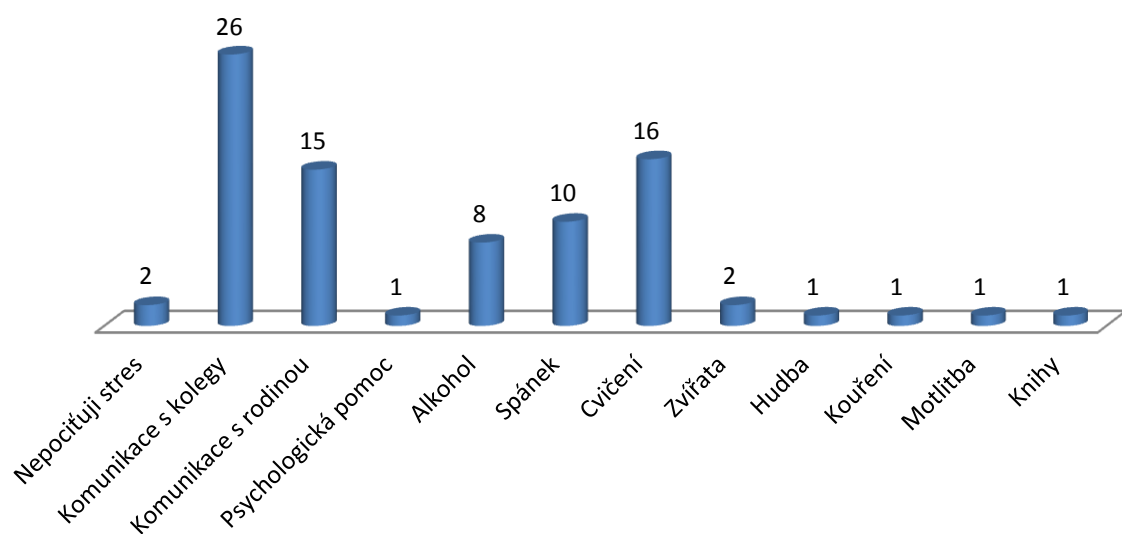
Otázka 16 Jak se vyrovnáváte se stresem? (více možných odpovědí)

- A) Nepocítuji stres
- B) Komunikace s kolegy
- C) Komunikace s rodinou
- D) Psychologická pomoc
- E) Alkohol
- F) Spánek
- G) Cvičení
- H) Jiné ... Zvířata (pes, kůň), Hudba, Kouření, Modlitba, Knihy

Tabulka 18 Stres

Odpověď	R	%
Nepocítuji stres	2	2,4%
Komunikace s kolegy	26	31,0%
Komunikace s rodinou	15	17,8%
Psychologická pomoc	1	1,2%
Alkohol	8	9,5%
Spánek	10	11,9%
Cvičení	16	19,0%
Zvířata	2	2,4%
Hudba	1	1,2%
Kouření	1	1,2%
Modlitba	1	1,2%
Knihy	1	1,2%

Stres



Graf 16 Stres

45 respondentů uvedlo celkem 84 odpovědí, tedy 100%.

Stres nepocítují 2 respondenti, tedy 2,4%.

Odpověď Komunikace s kolegy dostala 26 hlasů, tedy 31%.

Odpověď Komunikace s rodinou dostala 15 hlasů, tedy 17,8%.

Odpověď Psychologická pomoc dostala 1 hlas, tedy 1,2%.

Odpověď Alkohol dostala 8 hlasů, tedy 9,5%.

Odpověď Spánek dostala 10 hlasů, tedy 11,9%.

Odpověď Cvičení dostala 16 hlasů, tedy 19%.

Odpověď Zvířata dostala 2 hlasy, tedy 2,4%.

Odpověď Hudba dostala 1 hlas, tedy 1,2%.

Odpověď Kouření dostala 1 hlas, tedy 1,2%.

Odpověď Modlitba dostala 1 hlas, tedy 1,2%.

Odpověď Knihy dostala 1 hlas, tedy 1,2%.

Otázka 17 Setkal/a jste se někdy u sebe nebo u svých spolupracovníků se syndromem vyhoření? (zvolíte-li odpověď A) pokračujte následující otázkou, pokud vyberete možnost B) pokračujte otázkou číslo 19.)

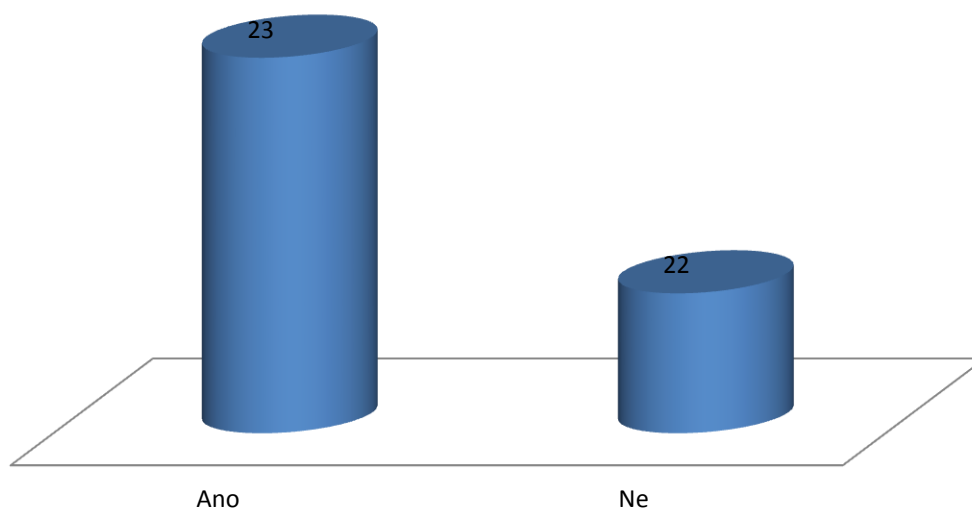
A) Ano

B) Ne

Tabulka 19 Syndrom vyhoření

Odpověď	R	R%
Ano	23	51,1%
Ne	22	48,9%

Syndrom vyhoření



Graf 17 Syndrom vyhoření

Celkový počet respondentů je 45, tedy 100%

Se syndromem vyhoření se již setkalo 23 respondentů, tedy 51,1%.

Se syndromem vyhoření se nsetkalo 22 respondentů, tedy 48,9%.

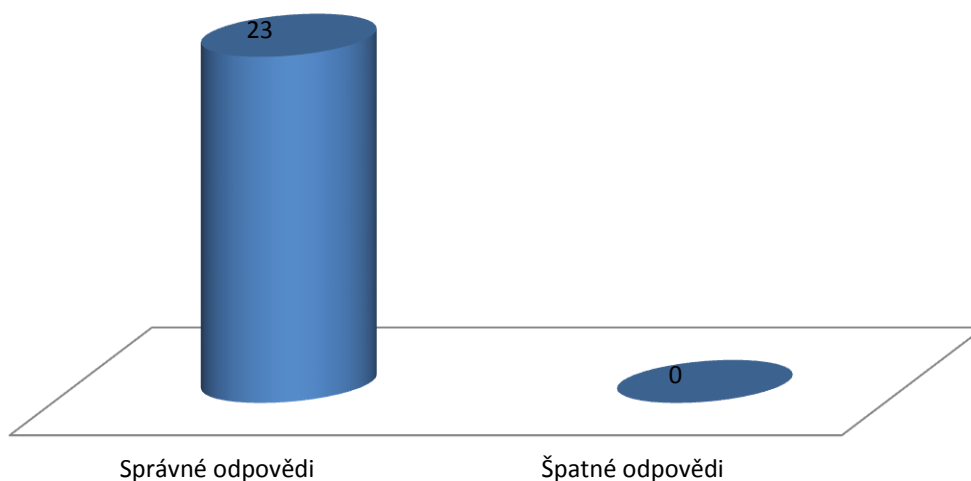
Otázka 18 Vypište několik typických příznaků syndromu vyhoření.

Odpovědi respondentů: ztráta nadšení, nechuť, lhostejnost, bezmoc, agresivita, negativní postoj, ztráta zodpovědnosti, konflikty, nízká výkonnost, uzavřenost, porucha spánku, únava

Tabulka 20 Příznaky syndromu vyhoření

Odpověď	R	R%
Správné příznaky	23	100%
Špatné příznaky	0	0%

Příznaky syndromu vyhoření



Graf 18 Příznaky syndromu vyhoření

Na otázku odpovídalo 23 respondentů, tedy 100%.

Správné příznaky uvedlo všech 23 respondentů, tedy 100%.

Otázka 19 Napadlo Vás někdy ukončit zaměstnání kvůli zážitkům z výjezdů k dětským pacientům?

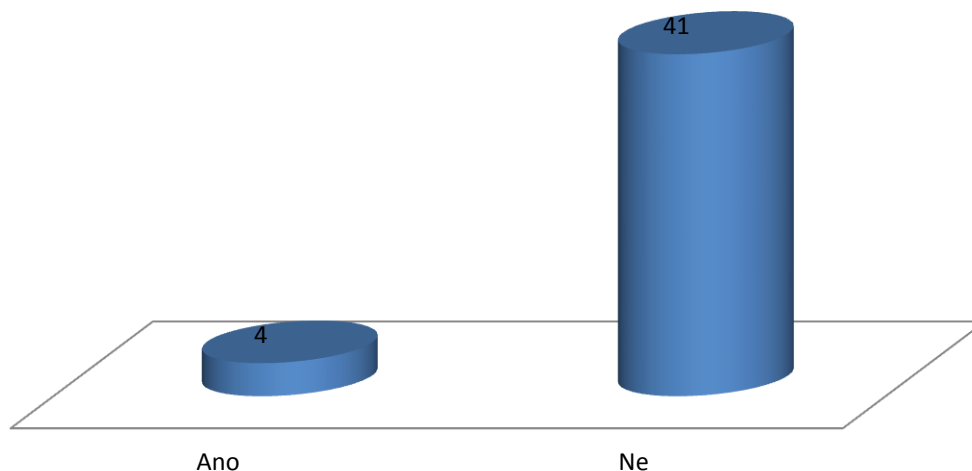
A) Ano

B) Ne

Tabulka 21 Ukončení zaměstnání

Odpověď	R	R%
Ano	4	8,9%
Ne	41	91,1%

Ukončení zaměstnání



Graf 19 Ukončení zaměstnání

Celkový počet respondentů je 45, tedy 100%.

Celkem 4 respondenti uvažovali i ukončení zaměstnání, tedy 8,9%.

Celkem 41 respondentů neuvažovali i ukončení zaměstnání, tedy 91,1%.

Otázka 20 Víte, co je náplní práce školených peerů ve Vaší profesi? (pokud odpovíte A) dotazník je pro Vás u konce, dále nevyplňujte, jestliže vyberete B) pokračujte následující otázkou)

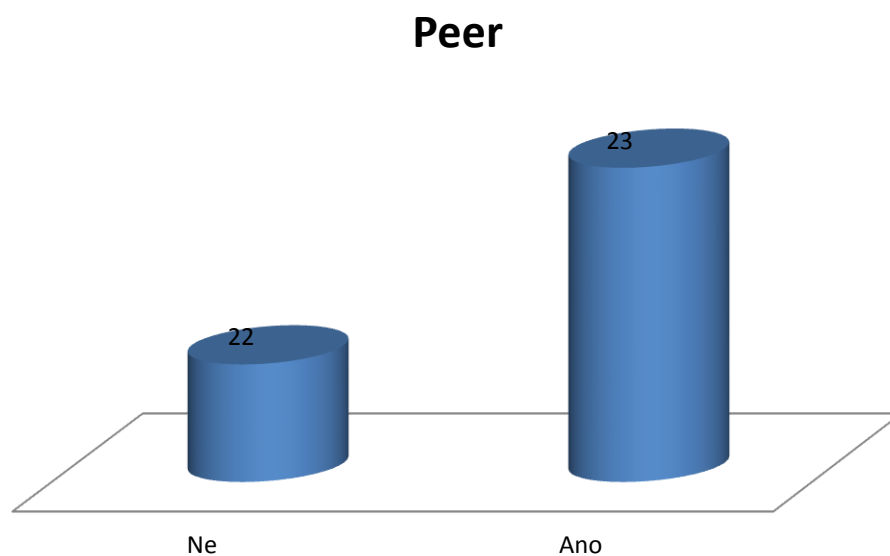
A) Ne

B) Ano – vypište

Nejčastější odpovědi u B): psychologická pomoc, komunikace, rady, vyslechnutí

Tabulka 22 Peer

Odpověď	R	R%
Ne	22	48,9%
Ano	23	51,1%



Graf 20 Peer

Celkový počet respondentů je 45, tedy 100%.

22 respondentů uvedlo, že neví co je náplní peerů, tedy 48,9%.

23 respondentů uvedlo, že vědí co je náplní práce peerů, tedy 51,1% a potvrdili to připsáním příkladů.

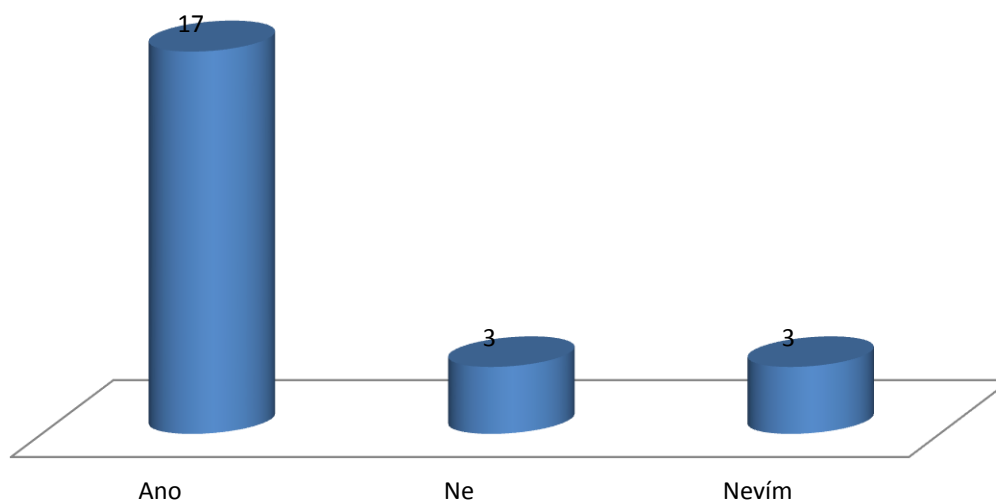
Otázka 21 Máte možnost ve své profesi využít pomoc peerů?

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

Tabulka 23 Peer v profesi

Odpověď	R	R%
Ano	17	73,8%
Ne	3	13,1%
Nevím	3	13,1%

Peer v profesi



Graf 21 Peer v profesi

Celkový počet respondentů je 23, tedy 100%.

17 respondentů uvedlo, že mají možnost využít pomoc peerů, tedy 73,8%.

3 respondenti uvedli, že nemají možnost využít pomoc peerů, tedy 13,1%.

3 respondenti uvedli, že nevědí, jestli mají tuto možnost, tedy 13,1%.

Otázka 22 Využil/a jste někdy pomoc peerů? (pokud odpovíte A) pokračujte následující otázkou, jestliže zvolíte odpověď B) pokračujte otázkou číslo 24)

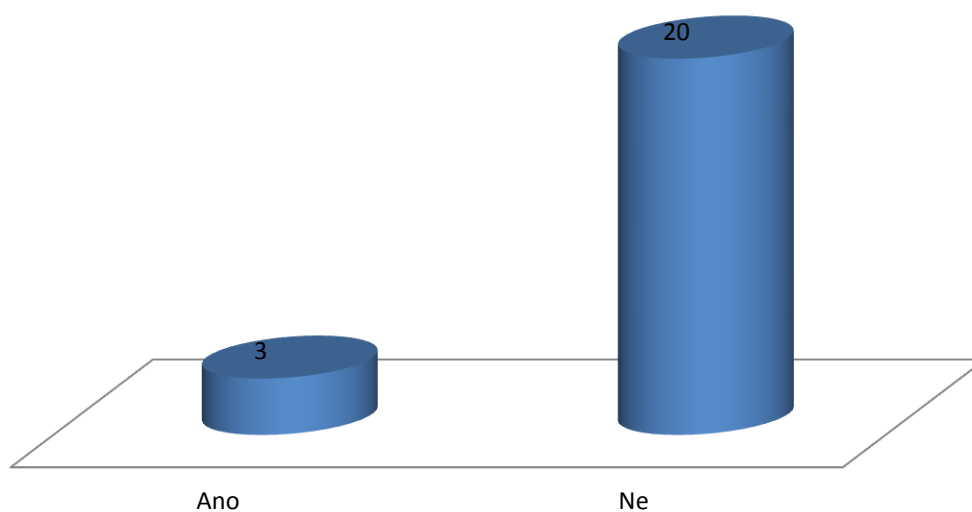
A) Ano

B) Ne

Tabulka 24 Pomoc peerů

Odpověď	R	R%
Ano	3	13,0%
Ne	20	87,0%

Pomoc peerů



Graf 22 Pomoc peerů

Celkový počet respondentů 23, tedy 100%.

Pomoc peerů již využili 3 respondenti, tedy 13%.

Pomoc peerů nevyužilo 20 respondentů, tedy 87%.

Otázka 23 Byl Vám rozhovor s odborníkem přínosný?

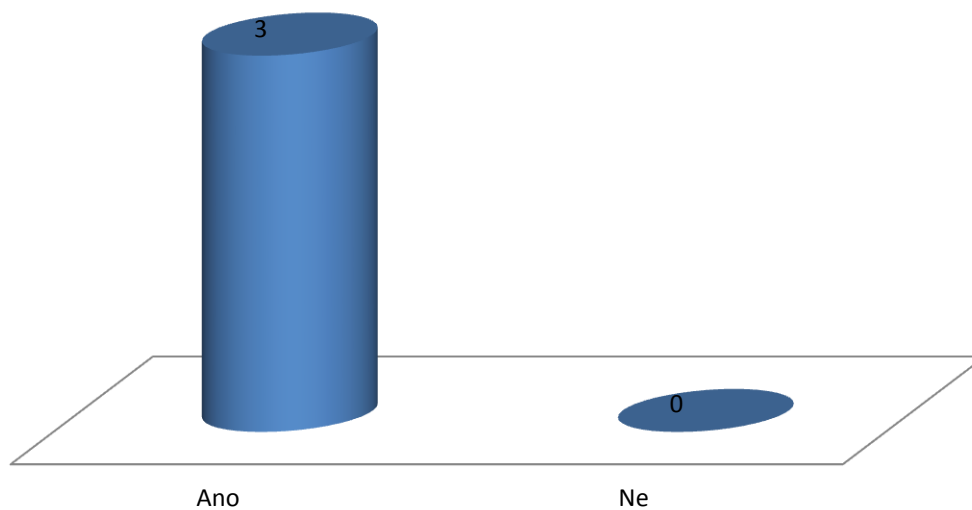
A) Ano

B) Ne

Tabulka 25 Přínos peerů

Odpověď	R	R%
Ano	3	100%
Ne	0	0%

Přínos peerů



Graf 23 Přínos peerů

Celkový počet respondentů je 3, tedy 100%.

Všichni 3 respondenti uvedli, že jim rozhovor byl přínosný, tedy 100%.

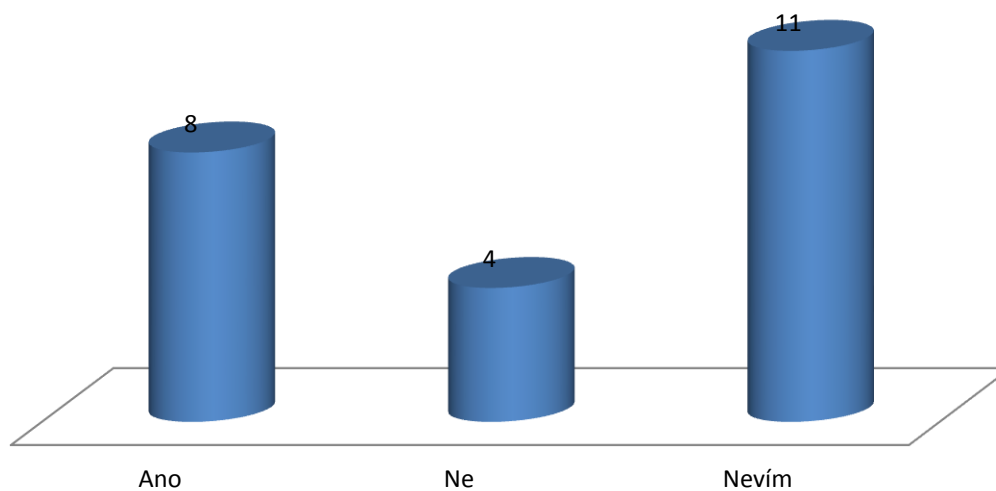
Otázka 24 Měl/a byste zájem o možnost psychologické pomoci peerů?

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

Tabulka 26 Zájem o pomoc peerů

Odpověď	R	R%
Ano	8	34,8%
Ne	4	17,4%
Nevím	11	47,8%

Zájem o pomoc peerů



Graf 24 Zájem o pomoc peerů

Celkový počet respondentů je 23, tedy 100%.

O pomoc peerů má zájem 8 respondentů, tedy 34,8%.

O pomoc peerů nemají zájem 4 respondenti, tedy 17,4%.

Odpověď Nevím zvolilo 11 respondentů, tedy 47,8%.

Z tohoto průzkumu vyplývá, že odpověď na 3 hypotézu je záporná. Záchranáři při zvládnání stresu nejčastěji využívají komunikaci s kolegy. Hypotéza se vyvrátila otázkou číslo 16, když odpověď Komunikace s kolegy získala 31% hlasů, zatímco odpověď psychologická pomoc získala pouze 1,2% hlasů.

5.2 Diskuze

Metodou dotazníkového šetření využitého v této bakalářské práci se nám podařilo získat informace od vybraných respondentů, které jsou součástí vyhodnocování výzkumných cílů a hypotéz. Výzkum probíhal od února do dubna roku 2015 na stanovištích oblastního střediska zdravotnické záchranné služby v Příbrami.

Cíli, stanovenými na počátku celé práce, bylo zjistit, zda mají záchranáři zájem o speciální přípravu na práci s dětmi. Zmonitorovat nejvíce stresující urgentní stavy pro zdravotnické záchranáře a dále zjistit, jaké prostředky využívají záchranáři při zvládnutí stresu. Pomocí empirické části práce jsme se snažili o potvrzení nebo naopak vyvrácení hypotéz stanovených na základě vytyčených cílů bakalářské práce. Nedílnou součástí práce záchranáře je péče o dětské pacienty. Jak vyšlo z průzkumu, záchranáři vyjíždí k dětským pacientům zhruba 4x měsíčně. Z našeho šetření se ukázalo, že záchranáři nejčastěji vyjíždí k batolatům, oproti tvrzení pana Martina Houdka, který uvádí: „Nejčastěji vyjíždějí sanitky k dětem do jednoho roku a pak k dospívající kategorii od patnácti do osmnácti let. Celkově je ale počet výjezdů k dětským pacientům alarmující.“ (Houdek, 2012). Z vyplněných dotazníků je dále patrné, že záchranáři nejsou dostatečně připravováni na práci s dětmi, jen malé procento z nich někdy absolvovalo nějaký speciální kurz zaměřený na práci s dětským pacientem, přestože drtivá většina respondentů uvedla, že by o podobnou přípravu měla zájem a to především formou školení a vzdělávacích kurzů. Je celkem samozřejmé, že výjezd k dětskému pacientovi sebou obvykle nese jistou dávku stresu a jak uvedla nadpoloviční většina záchranářů, jsou pro ně tyto výjezdy více stresující než k dospělým pacientům. Nejvíce stresující jsou KPR dětí. Zhruba polovina účastníků šetření uvedla, že se již ve své profesi setkali s úmrtím dítěte a vyvolalo to v nich velice negativní emoce. Paní Muknštáblová a pan Kubina uvádějí ve své výzkumu: „Za největší stresor s velkým fyzickým i psychickým vypětím a následnou únavou se sníženou pozorností považují záchranáři jednoznačně smrt dítěte (uvedlo 61 % respondentů).“ (Muknštáblová, Kubina, 2013). Povolání záchranáře patří do zajista k těm, při kterých jsou zaměstnanci vystaveni velké dávce stresu. „Povolání zdravotnického záchranáře má z hlediska psychické a fyzické náročnosti řadu specifíků. Mezi ně se řadí např. vysoký stupeň psychické zátěže, intenzivní stres při výjezdech a záchranných akcích, nebezpečná místa zásahu vyžadující fyzickou zdatnost, útoky agresivních pacientů nejčastěji pod vlivem alkoholu a drog, odpovědnost za lidské životy apod.“ (Muknštáblová,

Kubina, 2013). Jak se potvrdilo průzkumem, velké množství záchranářů se vyrovnává se stresem komunikací s kolegy, rodinou a cvičením. Zhruba desetina zdravotníků pak vyhledává útěchu v alkoholu. Více než polovina respondentů se již někdy u sebe nebo svých kolegů setkala se syndromem vyhoření a všichni jsou o něm kvalitně informováni. Drtivou většina zkoumaných záchranářů nikdy nenapadlo ukončit zaměstnání, kvůli zážitkům z výjezdů, přesto se našlo téměř 10%, kteří již o tom uvažovali. Celkem zarážející je výsledek, že 50% záchranářů nemá ponětí, co je náplní práce peer poradců a část tvrdí, že nemají možnost jejich využití ve své profesi. Přesto se najdou jedinci, kteří pomoc poradců již v minulosti využili a všichni se shodli na faktu, že jim byl rozhovor velice přínosný.

Hypotéza 1 Záchranáři mající potomky mají větší zájem o speciální přípravu na práci s dětmi, než bezdětní záchranáři se provedeným průzkumem potvrdila.

Hypotéza 2 Více stresující jsou pro záchranáře těžká traumata, než neúrazové případy se vyvrátila, jelikož v průzkumu vyšlo, že nejvíce stresující jsou výjezdy spojené s KPR dítěte.

Hypotéza 3 Záchranáři při zvládnání stresu využívají častěji pomoc psychologů, než jiné metody se nepotvrdila. Průzkum ukázal, že záchranáři při zvládnání stresu nejčastěji využívají komunikace s kolegy, rodinou a cvičení.

5.3 Závěr průzkumu a doporučení pro praxi

Cílem průzkumu bylo zjištění nejvíce stresujících urgentních stavů u dětí pro zdravotnické záchranáře. Dále zmapování zájmu záchranářů o speciální přípravu na práci s dětmi a určitě vhodné metody přípravy. Posledním cílem bylo zmonitorování prostředků, které využívají záchranáři při zvládnání stresových situací.

Na základě výsledků vyjádřených v procentech v tabulkách musíme konstatovat, že nejvíce stresující jsou pro zdravotnické záchranáře výjezdy, při kterých provádí KPR dítěte. Dále jsme zjistili, že většina záchranářů má zájem o speciální přípravu na práci s dětmi a to nejlépe formou školení a vzdělávacích kurzů. Z průzkumu vyplývá, že nejvíce záchranáři využívají při odbourávání stresu rozhovory s kolegy, rodinou a cvičením. Dále se mezi odpověďmi objevil také alkohol, spánek, kouření, modlitba, zvířata a psychologická pomoc.

Na základě analýzy a interpretace výsledků průzkumu navrhujeme následné doporučení pro praxi:

- Seznámit vrcholový management s výsledky průzkumu
- Ověřit výsledky průzkumu s časovým odstupem
- Organizovat školení a kurzy pro zdravotnické záchranáře, ve kterých by se učili komunikaci s dětmi a rodinou, odlišnosti v péči a využití pomůcek
- Informovat všechny záchranáře o možnosti využití peer poradců v jejich profesi
- Zajistit vhodné prostředí, kde by mohli záchranáři komunikovat, nejen se školenými poradci, ale také mezi sebou
- Provádět náhodné testy na alkohol a drogy u sloužících záchranářů
- Zajistit na pracovišti vhodné místo ke kouření
- Věnovat zvýšenou pozornost vyskytujícím se příznakům syndromu vyhoření
- Zkvalitnit komunikace mezi řadovými záchranáři a vedením

ZÁVĚR

Přednemocniční neodkladná péče je služba, jejímž posláním je péče o pacienty, jejichž zdravotní stav se náhle a neočekávaně zhoršil a jejichž základní životní funkce jsou ohroženy selháním, nebo již selhávají.

Téma mé bakalářské práce znělo Dětský pacient z pohledu zdravotnického záchranáře. Cílem bylo vytvořit základní přehled o nejčastějších urgentních stavech u dětí, se kterými se zdravotničtí záchranáři v přednemocniční neodkladné péči nejčastěji setkávají. Popsala jsem, jak fungují peer a krizový interventi ve zdravotnictví. Zmínila jsem se o syndromu vyhoření a osobnosti zdravotnického záchranáře.

Díky empirické části práce jsme došli k závěru, že povolání zdravotnického záchranáře je velice stresující profese. Nejvíce stresující jsou pro záchranáře výjezdy spojené s KPR a těžkými úrazy dětí. Záchranáři se snaží se stresem vyrovnat různými způsoby, ale zhruba polovina z nich neví o možnosti využití peer poradců. Drtivá většina záchranářů by měla zájem o podrobnější přípravu na práci s dětmi a to nejlépe formou školení a vzdělávacích kurzů.

Při zpracování této práce jsem měla možnost se blíže seznámit s problematikou pediatrie v přednemocniční neodkladné péči. Seznámila jsem se s několika velice chytrými lidmi, kteří mi poskytli cenné informace, které jsem využila při jejím zpracování.

Dle mého názoru by se podobné výzkumné šetření měly pořádat častěji, aby se mohl sledovat pokrok v informovanosti záchranářů.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

ARNDT, T. 2010. Horečka. [online]. [citované 2015-02-08] Dostupné na internetu: <http://www.celostnimediceina.cz/horecka.htm>

BAŠTECKÁ, B. 2005. Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 299 s., ISBN 80-247-0708-X.

BYDŽOVSKÝ, J. 2008. Akutní stavy v kontextu. 1. vydání. Praha: Triton, 450 s., ISBN 80-725-4815-8.

BYDŽOVSKÝ, J. 2013. Základy akutní medicíny: učební text pro navazující magisterské studium ošetřovatelství. Vyd. 1. Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 115 s. ISBN 978-80-260-3847-4.

ČSUM a MK, 2004. Koncepce oboru Urgentní medicína. [online]. [citované 2015-02-08] Dostupné na internetu: www.urgmed.cz/koncepce.doc

FOUSKOVÁ, J. 2014. Krizová intervence / Psychosociální pomoc ZZS. Soukromá prezentace

ERTLOVÁ, F. – MUCHA, J. 2000. Přednemocniční neodkladná péče. Vyd. 1. Brno, 340 s. ISBN 80-701-3300-7

ČÍŽKOVÁ, L. Sestra a urgentní stavy. 2008. 1. české vyd. Praha: Grada, 549 s. ISBN 978-802-4725-482.

FRIŠOVÁ, L. - COUFALOVÁ, L. - SOUKUPOVÁ, K. - BLAŽEK, J. 2006. Úrazy dětí. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 36 s. ISBN 80-8991-75-5

HOUDEK, M. 2012. Plyšový Kryštůfci. [online]. [citované 2015-02-08] Dostupné na internetu:http://www.rozhlas.cz/zpravy/regiony/_zprava/plysovi-krystufci-pomahaji-uz-i-stredocesky-zachranarum--1050007

HOUŠŤKOVÁ, H. 2003. Příčina smrti neznámá. [online]. [citované 2015-02-08] Dostupné na internetu: <http://www.rodina.cz/clanek1208.htm>

CHROBOK, J. – PROKOP, L. 2006. Úrazy páteře. [online]. [citované 2015-02-22] Dostupné na internetu: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/urazy-patere-279639>

ILENČÍKOVÁ, T. 2013. Postkomoční syndrom, příznaky, příčiny, diagnostika, léčba. [online]. [citované 2015-02-08] Dostupné na internetu: <http://cs.medlicker.com/240-postkomocni-syndrom-priciny-priznaky-diagnostika-a-lecba/>

KAFKOVÁ, Z. 2013. Intoxikace u dětí. [citované 2015-02-08] Dostupné na internetu: www.zdravi.e15.cz/clanek/sestra/intoxikace-u-deti-473290.cz

KAPOUNOVÁ, G. 2007. Ošetřovatelství v intenzivní péči. Vyd. 1. Praha: Grada, 350 s., ISBN 978-802-4718-309.

KLÍMA, J. 2003. Pediatrie. Vyd. 1. Praha: Eurolex Bohemia, 320 s., ISBN 80-864-3238-6

MATOUŠEK, O. 2008. Metody a řízení sociální práce. Vyd. 2. Praha. ISBN 978-807-3675-028.

MUKNŠTÁBLOVÁ, M. – KUBINA, F. 2013. Pracovní režim a jeho vliv na pozornost záchranáře. [citované 2015-02-08] Dostupné na internetu: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pracovni-rezim-a-jeho-vliv-na-pozornost-zachranare-473294>

NEISER, J. 2006. Pediatrické problematika v urgentní medicíně. [online]. [citované 2015-02-08] Dostupné na internetu: www.dobiasovci.sk/Neiser_Pediatrica_problematika_final.pdf

PAŘÍZEK, A. 2009. O těhotenství a dítěti. [online]. [citované 2015-02-08] Dostupné na internetu: <http://www.porodnice.cz/porod/nefyziologicky-porod/prekotny-porod>

PLEVOVÁ, I. - SLOWIK, R. 2010. Komunikace s dětským pacientem. Grada Publishing, 247 s., ISBN: 978-80-247-2968-8

SLEZÁKOVÁ, L. 2007. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-802-4720-401.

ŠEVELA, K. – WIMĚTALOVÁ, M. 2002. Intoxikace pro sestry. Brno: Neptun. 99s. ISBN 80-902896-3-0

ŠNAJDAUF, J. - CVACHOVEC, K. - TRČ, T. 2004. Dětská traumatologie. Galén, 395 s., ISBN 978-80-7262-152-1

VODÁČKOVÁ, D. 2012. Krizová intervence. 3. vyd. Praha, 543 s. ISBN 978-80-262-0212-7.

VOLF, V. - VOLFOVÁ, H. 2003. Pediatrie 2. Praha: Informatorium, 240 s., ISBN 80-733-3023-7

Seznam příloh (první nečíslovaná stránka)

Příloha A Dotazník pro zdravotnické záchranáře

Příloha B Žádost o povolení dotazníkového šetření

Příloha C Rešerže

Přílohy

Příloha A Dotazník pro zdravotnické záchranáře

DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘE

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Pergerová a jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické v Praze, studijního programu Zdravotnický záchranář. Zpracovávám bakalářskou práci na téma „Dětský pacient z pohledu zdravotnického záchranáře“, a tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku, jehož výsledky přinesou podklady k praktické části práce. Šetření je zcela anonymní, veškeré poskytnuté informace budou sloužit pouze pro mou bakalářskou práci. Vybírejte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak a zvolenou variantu zakroužkujte.

Děkuji Vám za ochotu a čas, který jste nad vyplněním dotazníku strávili.

Veronika Pergerová

3. ročník oboru Zdravotnický záchranář

Vysoká škola zdravotnická Praha

Kontakt: Peggy44@seznam.cz

1. Vaše pohlaví?

A) Žena B) Muž

A) Váš věk?

.....

B) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

A) SŠ B) VOŠ C) Bc. D) Jiné-

C) Kolik výjezdů máte odhadem měsíčně k dětským pacientům?

A) 0-2 B) 3-5 C) 6-9 D) 10 a více

D) K jaké věkové skupině dětí nejčastěji vyjíždíte?

- A) Novorozenci B) Kojenci C) Batolata D) Předškolní věk
E) Mladší školní věk F) Starší školní věk G) Pubescenti

E) Máte vlastní potomky?

- A) Nemám B) 1 C) 2 D) 3 a více

7. Absolvoval/a jste někdy speciální přípravu na práci s dětmi? (semináře, kurzy...)

- A) Ano-uveďte..... B) Ne C) Nevím

8. Měl/a byste zájem o další vzdělávání v urgentní péči o dětské pacienty? (zvolíte-li odpověď A) nebo C) pokračujte následující otázkou, pokud vyberete možnost B) pokračujte otázkou číslo 10.)

- Ano B) Ne C) Nevím

9. Jakou formou by pro Vás bylo nejpříjemnější další vzdělávání? (více možných odpovědí)

- A) Vzdělávací letáky B) Školení C) Kurzy D) Cvičné modely
E) Návěst komunikace F) Jiné-.....

10. Je pro Vás výjezd k dítěti více stresující než k dospělému?

- A) Ano vždy B) Spíše ano C) Spíše ne D) Ne nikdy

11. Jaké výjezdy k dětem jsou pro Vás nejvíce stresující?

- A) Žádné mě nestresují B) Těžká traumata C) KPR D) Anafylaxe
E) Dechové obtíže F) Jiné-.....

12. Kolikrát jste prováděl/a resuscitaci dítěte?

.....

13. Setkal/a jste se někdy s úmrtím dítěte? (zvolíte-li odpověď A) pokračujte následující otázkou, pokud vyberete možnosti B) nebo C) pokračujte otázkou číslo 15.)

- A) Ano B) Ne C) Nepamatuji se

14. Co ve Vás setkání se smrtí dítěte vyvolalo? (více možných odpovědí)

A) Smutek B) Výčitky C) Deprese D) Pláč E) Žádné emoce

F) Jiné-.....

15. Mluvíte s kolegy o zážitcích z výjezdů?

A) Ano B) Ne

16. Jak se vyrovnáváte se stresem? (více možných odpovědí)

A) Nepocítuji stres B) Komunikace s kolegy C) Komunikace s rodinou

D) Psychologická pomoc E) Alkohol F) Spánek G) Cvičení

H) Jiné-.....

17. Setkal/a jste se někdy u sebe nebo u svých spolupracovníků se syndromem vyhoření? (zvolíte-li odpověď A) pokračujte následující otázkou, pokud vyberete možnost B) pokračujte otázkou číslo 19.)

A) Ano B) Ne

18. Vypište několik typických příznaků syndromu vyhoření:

.....
.....

19. Napadlo Vás někdy ukončit zaměstnání kvůli zážitkům z výjezdů k dětským pacientům?

A) Ano B) Ne

20. Víte, co je náplní práce školených peerů ve vaší profesi? (pokud odpovíte A) dotazník je pro Vás u konce, dále nevyplňujte, jestliže vyberete B) pokračujte následující otázkou.)

A) Ne B) Ano-vypište-.....

21. Máte možnost ve své profesi využít pomoc peerů?

A) Ano B) Ne C) Nevím

22. Využil/a jste někdy pomoc peerů? (pokud odpovíte A) pokračujte následující otázkou, jestliže volíte odpověď B) pokračujte otázkou číslo 24.)

A) Ano B) Ne

23. Byl Vám rozhovor s odborníkem přínosný?

A) Ano B) Ne

24. Měl/a byste zájem o možnost psychologické pomoci peerů?

A) Ano B) Ne C) Nevím

Příloha B Žádost o povolení dotazníkového šetření

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s bakalářskou prací			
Příjmení a jméno žadatele		Pergerová Veronika	
Kontaktní adresa		Rudé armády 1043, Kostelec nad Orlicí	
Telefon	739 440 449	e-mailová adresa	Peggy44@seznam.cz
Škola	Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Praha 5, Duškova 7		
Obor studia	Zdravotnický záchranář		
Téma závěrečné práce	Dětský pacient z pohledu zdravotnického záchranáře		
Termín sběru dat	únor – duben 2015		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Stanoviště oblastního střediska zdravotnické záchranné služby v Příbrami		
Forma výzkumu	Dotazníkové šetření		
Poučení žadatele:	<p>1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.</p> <p>2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.</p>		
Datum:		Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vedoucího pracoviště			
		<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
Datum		Podpis	

Příloha C Rešerže