

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Michaela Procházková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Transport dětského pacienta v přednemocniční péči

Michaela Procházková

2020

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Michaela Procházková**
Osobní číslo: **Z17116**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Téma práce: **Transport dětského pacienta v přednemocniční péči**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Michal KLIMOVIČ. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-427-5.
- MIXA, Vladimír, Pavel HEINIGE a Václav VOBRUBA. *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4643-5.
- REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.
- ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.
- VESELÁ, Katarína. AKUTNÍ STAVY U DĚTÍ V KONTEXTU ABCDE. *URGENTNÍ MEDICÍNA: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. 2018, (2), 18-22. ISSN 1212-1924.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Iveta Černošská**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 12. 5. 2020

Podpis autora
Michaela Procházková

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych touto cestou velmi poděkovat paní Mgr. Ivetě Černožské za trpělivost, cenné rady a nesmírnou ochotu při odborném vedení této bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří byli ochotní podělit se o své zkušenosti, a v neposlední řadě děkuji celé rodině za velikou podporu při studiu.

ANOTACE

Bakalářská práce je prací teoreticko-průzkumnou a zabývá se problematikou bezpečného transportu dětí v přednemocniční péči s ohledem na doporučené transportní pomůcky. Cílem průzkumné části bylo zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů s výjezdy k dětským pacientům s ohledem na jejich psychickou náročnost a používané pomůcky. Pro průzkumnou část byl zvolen kvalitativní design s polostrukturovanými rozhovory s experty.

KLÍČOVÁ SLOVA

Dětský pacient, přednemocniční péče, transport, zdravotnický záchranář

TITLE

Transport of a child patient in pre-hospital care

ANNOTATION

The bachelor's thesis is a theoretical and exploratory study that deals with the issue of safe transport of children in pre-hospital care with the focus on the recommended transport aids. The exploratory part examines the experience of paramedics with pediatric patient interventions, especially concerning the patient's mental demands and the aids used. For the exploratory part, qualitative design with semi-structured interviews with experts was chosen.

KEYWORDS

Child patient, pre-hospital care, transport, paramedic

OBSAH

Úvod.....	11
CÍLE PRÁCE.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA	13
1.1 Výjezdové skupiny ZZS.....	14
1.2 Vybavení dopravních prostředků ZZS pro dětské pacienty	15
2 BEZPEČNÝ TRANSPORT A LEGISLATIVA	17
2.1 Legislativa týkající se převozu dítěte	17
2.2 Zabezpečení dítěte během převozu	18
3 ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ.....	21
3.1 Osobnost zdravotnického záchranáře.....	21
3.2 Rizika spojená s profesí zdravotnického záchranáře	22
4 DĚTSKÝ PACIENT	23
4.1 Rozdělení dětského věku.....	23
4.2 Anatomické a fyziologické odlišnosti dětského věku	24
4.3 Specifika akutní a urgentní péče v dětském věku	25
4.4 Komunikace s dětským pacientem.....	26
5 PRŮZKUMNÁ ČÁST	28
5.1 Stanovené cíle a průzkumné otázky	28
5.2 Metodika průzkumu	28
5.3 Výběr respondentů	29
5.4 Průběh průzkumu	29
6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	30
6.1 Výsledky otevřeného kódování.....	30
6.2 Výsledky axiálního kódování.....	48
6.3 Výsledky selektivního kódování	51

7	DISKUZE	52
8	ZÁVĚR	57
9	POUŽITÉ ZDROJE	59
10	PŘÍLOHY	63

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Tabulka 1 – Otevřené kódování.....	30
Tabulka 2 – Počet ošetřených pacientů ZZS (rok 2017, 2018)	64
Tabulka 3 – NACA skóre (pouze část IV-VII).....	64
Tabulka 4 – Kategorie vozidel.....	65
Tabulka 5 – Kategorie vozidel M	65
Tabulka 6 – Kategorie vozidel N	65
Tabulka 7 – Četnost okruhové otázky č. 1.....	71
Tabulka 8 – Četnost okruhové otázky č. 2.....	72
Tabulka 9 – Četnost okruhové otázky č. 3.....	73
Tabulka 10 – Četnost okruhové otázky č. 4.....	74
Tabulka 11 – Četnost okruhové otázky č. 5.....	75
Tabulka 12 – Kategorizace okruhové otázky č. 1	76
Tabulka 13 – Kategorizace okruhové otázky č. 2.....	76
Tabulka 14 – Kategorizace okruhové otázky č. 3.....	76
Tabulka 15 – Kategorizace okruhové otázky č. 4.....	76
Tabulka 16 – Kategorizace okruhové otázky č. 5.....	76
Tabulka 17 – Soubor respondentů z kraje P a H.....	77
Tabulka 18 – Soubor respondentů z kraje V.....	77
Obrázek 1 – Axiální kódování průzkumná otázka č. 1	49
Obrázek 2 – Axiální kódování průzkumná otázka č. 2.....	50
Obrázek 3 – Selektivní kódování.....	51

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
KZOS	Krajské zdravotnické operační středisko
NACA	National Advisory Committee for Aeronautics
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistik ČR
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
LZS	Letecká záchranná služba
RV	Rendez-vous systém
DC	Dýchací cesty
UPV	Umělá plicní ventilace
PEEP	Positive end-expiratory pressure

ÚVOD

Přednemocniční neodkladná péče je komplexním souborem úkonů, které vedou k odbornému zajištění pacientova zdravotního stavu. Její nedílnou součástí je i případný nezbytný transport nemocného do zdravotnického zařízení. Zdravotnický záchranář je po celou dobu v kontaktu s postiženým a jeho úkolem je mimo poskytnutí adekvátního ošetření i celkové vypořádání se se vzniklou situací, kterou formuje nespočet vlivů. Přítomnost dětského pacienta bývá jedním z nich. Transport dítěte a obecně výjezd k dítěti je i v dnešní pokročilé době pro mnoho pracovníků zdravotnické záchranné služby značně zatěžující situací. Původcem obav obvykle bývá sama skutečnost, že pacientem je dítě (řešení kritického stavu), dále pak menší četnost výjezdů k dětem a následky při nezdařilém pokusu o záchranu. Záchranné služby mají k dispozici speciálně uzpůsobené vybavení pro dětské pacienty, které jim pomáhá situaci na místě řešit. Jeho množství a kvalita se mezi záchrannými službami liší a současně se také liší i schopnosti personálu s ním umět pracovat. Bezpečný transport pacienta je pro zdravotnické záchranáře významnou prioritou. Zdravotnický záchranář se řídí a opírá o legislativní předpisy. Aby těmto nařízením vyhověl, musí umět reagovat na konkrétní stav, správně zvolit pomůcky pro zajištění daného stavu a pro následný transport, neboť ze správně zvolených prostředků těžší nejen pacient, ale i posádka.

Bakalářská práce je rozdělená do dvou oddílů. Teoretická část shromažďuje informace z odborné literatury, které jsou oporou pro průzkum. Obsahuje kapitoly, které charakterizují vybavení dopravních prostředků pro děti, legislativu zabývající se transportem a osobnost zdravotnického záchranáře. Kapitoly o dětském pacientovi popisují hlavní anatomicko-fyziologické rozdíly a význam vhodné komunikace v různých věkových kategoriích dětí. Praktická část je založená na kvalitativním typu průzkumu s použitím metody polostrukturovaných rozhovorů s experty. Tato část spočívá v prozkoumání oblasti transportu dětského pacienta pohledem zkušeností zdravotnických záchranářů z terénu. Pro vyhodnocení získaných dat byla použita metoda zakotvené teorie.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl práce

Zmapovat problematiku bezpečného transportu dětí v přednemocniční péči s ohledem na doporučené transportní pomůcky.

Cíl teoretické části práce

Zpracovat literární rešerši k tématu práce.

Cíl průzkumné části práce

Zmapovat problematiku bezpečného transportu dětí vozem a vrtulníkem realizovaného v rámci přednemocniční péči.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

„Zdravotnická záchranná služba je formou zdravotní péče, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, poskytována zejména přednemocniční neodkladná zdravotní péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života“ (Remeš a Trnovská, 2018).

V současné době máme na území České republiky zřízeno 14 krajských záchranných služeb. Pro oficiální označení zdravotnické záchranné služby se používá kombinace – Zdravotnická záchranná služba + název příslušného kraje, který je jejím zřizovatelem. ZZS je součástí integrovaného záchranného systému a její hlavní činností je poskytování tzv. „přednemocniční neodkladné péče“. Přednemocniční neodkladnou péčí se rozumí poskytování péče o postižené na místě vzniku jejich úrazu, nebo náhle vzniklé nemoci či zhoršení zdravotního stavu, které by bez poskytnutí PNP vedlo k bezprostřednímu ohrožení postiženého na životě. Novodobou koncepcí zdravotnické záchranné služby můžeme rozdělit na dva pilíře. Tyto dva pilíře zajišťují komplexnost přednemocniční neodkladné péče. Prvním pilířem je zdravotnické operační středisko daného kraje a druhým pilířem jsou jednotlivé výjezdové základny. Krajské operační středisko pracuje v nepřetržitém provozu a jeho hlavní činností je příjem a vyhodnocování tísňového volání s následným operačním řízením výjezdových skupin. Výjezdové základny umožňují v jednotlivých krajích dostupnost odborné zdravotnické péče, kterou musí výjezdové skupiny zahájit do 20 minut od přijetí výzvy z KZOS (Remeš a Trnovská, 2018). Dle charakteru výzvy je k pacientovi vyslána výjezdová skupina s lékařem, nebo bez lékaře (Franěk, 2002).

Veškerá činnost zdravotnické záchranné služby vychází z platné legislativy. Konkrétně ze zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a zákona č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách. Tyto zákony jsou zároveň upravovány prováděcími vyhláškami. Nejvýznamnější z nich je vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě (Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky, 2013).

Na základě ročních výkazů z ÚZIS ČR je možné zjistit celkový počet ošetřených pacientů zdravotnickou záchrannou službou za daný rok. Pro účely této bakalářské práce byly dohledané nejmladší zpřístupněné statistiky, a to výkaz z roku 2017 a 2018. Pro přehlednost

byla vytvořena tabulka (*Příloha A*), kde jsou údaje rozdělené dle věku a hodnoceného stupně závažnosti stavu (NACA skóre). Z tabulky je možné zjistit celkový počet ošetření ZZS během těchto dvou let, četnost výjezdů k dětem a dospělým zařazených do NACA IV-VII a jejich rozdíl. Z tabulky je patrné, že z celkového počtu pacientů bylo v roce 2017 celkem 0,35 % pacientů ve věku 0-19 let. V roce 2018 hodnota klesla o dvě procenta na 0,33 % dětských výjezdů (ÚZIS ČR, 2018).

1.1 Výjezdové skupiny ZZS

Personální zastoupení ve výjezdové skupině obvykle tvoří lékař, zdravotnický záchranář a řidič. V případě letecké záchranné služby je na palubě vrtulníku zpravidla lékař, zdravotnický záchranář a pilot. Na některých místech je součástí posádky i palubní technik (Remeš a Trnovská, 2018).

Lékařem u zdravotnické záchranné služby může být pouze urgentní lékař, anesteziolog, intenzivista, chirurg, internista, kardiolog, neurolog, traumatolog, dětský lékař, praktický lékař, nebo praktický lékař pro děti a dorost se specializovanou působností. Na pozici zdravotnického záchranáře jsou dosazováni pracovníci nelékařského zdravotnického povolání, kteří jsou kvalifikováni k výkonu povolání bez odborného dohledu. Do skupiny pracovníků NLZP, kteří mohou vykonávat činnost u ZZS, patří zdravotnický záchranář, sestra pro intenzivní péči nebo všeobecná sestra způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu. Kompetence zdravotnických záchranářů upravuje vyhláška č.55/2011 Sb. v aktuálním znění, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných pracovníků, v § 17 a § 109. Pro výkon povolání „řidič vozidla ZZS“ je nutné středoškolské vzdělání, absolvování certifikovaného kurzu řidiče ZZS a řidičské oprávnění skupiny C1 (Remeš a Trnovská, 2018).

Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby dělíme na:

RLP – „rychlá lékařská pomoc“, kdy je posádka nejméně tříčlenná a vedoucím týmu je lékař. Dalšími členy posádky jsou NLZP a řidič vozidla. Posádka RLP zasahuje u pacientů akutně ohrožených selháním základních životních funkcí (Šindler, 2014).

RZP – „rychlá zdravotnická pomoc“ tvořená nejméně dvoučlennou posádkou, jejíž vedoucím je NLZP. Druhým členem posádky je řidič vozu ZZS. Posádka RZP je vysílána k pacientům, jejichž zdravotní stav po vyhodnocení operačním střediskem nevyžaduje zásah lékaře zdravotnické záchranné služby (Šindler, 2014).

R-V – „rendez-vous systém“ je výjezdová skupina tvořena lékařem a zdravotnickým záchranářem, který je zároveň řidičem vozidla. Společně s výjezdovou skupinou R-V vysílá krajské operační středisko i posádku RZP, která je v případě potřeby schopná pacienta transportovat do zdravotnického zařízení. Vozidlem R-V je obvykle osobní automobil, díky němuž je posádka v terénu daleko flexibilnější (v případě potřeby může lékař po ošetření pacienta ihned odjet k dalšímu zásahu) (Šindler, 2014).

LZS – „letecká záchranná služba“, v níž je zdravotnická část posádky tvořena lékařem a zdravotnickým záchranářem (Šindler, 2014). Letecká záchranná služba je využívána v případě nepřístupného terénu pro pozemní posádku, v případě delší časové dostupnosti místa události pro pozemní posádky a za předpokladu prvního, nebo druhého stupně naléhavosti tísňového volání. Dále pak pokud je předpoklad zkrácení doby přepravy pacienta do zdravotnického zařízení o více než 15 minut a pokud se přepravou pomocí LZS omezí zhoršení zdravotního stavu pacienta v porovnání s jinou možností přepravy. Využití vrtulníku sebou nese určitě výhody, kterými jsou například zkrácení doby pro poskytnutí PNP při omezené dostupnosti pozemní výjezdové skupiny a zkrácení doby transportu na specializované pracoviště, dosažení místa zásahu v obtížném terénu a snadnější vyhledání místa události/místa zásahu. Jako každá mince má dvě strany, tak i využití letecké posádky má určité nevýhody, jimiž jsou vysoké náklady na provoz, závislost vzletu na viditelnosti a povětrnostních podmínkách, nemožnost přistání v určitých podmínkách (např. členitý terén), malý prostor uvnitř vrtulníku omezující některé činnosti během poskytování zdravotní péče a v neposlední řadě také rizika spojená se zvýšenou hladinou hluku během letu (Remeš a Trnovská, 2018).

1.2 Vybavení dopravních prostředků ZZS pro dětské pacienty

Pomůcky a vybavení dopravních prostředků ZZS se řídí dle vyhlášky 296/2012 Sb., o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky, ve znění pozdějších předpisů. Dle výše zmíněné vyhlášky dopravní prostředky ZZS disponují pro zajištění dítěte těmito pomůckami:

Pro zajištění DC a ventilaci dětí mají záchranáři k dispozici laryngoskop s různými typy a velikostmi lžic, endotracheální kanyly a supraglotické pomůcky od nejmenších velikostí. Dále pak ruční dýchací přístroj s příslušenstvím pro novorozence a děti. Žilní vstup mohou zajistit pomocí vhodně zvolené velikosti periferního žilního katetru, nebo pomocí intraosseálního vstupu, kdy využijí speciální sady pro intraosseální vstup, která má ve svém vybavení i jehlu

v dětské velikosti. K měření fyziologických funkcí se v pediatrické výbavě nachází tonometr s malými velikostmi manžet a pulzní oxymetr. Dále pak mohou využít dětské provedení prostředků pro znehybnění krční páteře a imobilizaci – krční límec v dětské velikosti a pohotovostní porodní soupravu v případě ošetřování novorozence. Zádržný systém pro děti je povinnou součástí nosítek, jímž se zajišťuje bezpečnost při transportu do zdravotnického zařízení (Remeš a Trnovská, 2018).

2 BEZPEČNÝ TRANSPORT A LEGISLATIVA

Legislativa provází zdravotnického záchranáře ve všech odvětví jeho oboru. Není tomu jinak ani v případě transportu pacienta do zdravotnického zařízení. V prvním odstavci této kapitoly představují povinnosti a výjimky pro řidiče zdravotnické záchranné služby, které vyplývají z platné legislativy. Tato problematika je ve skutečnosti mnohem složitější, ale vzhledem k rozsahu práce jsou zde uvedeny jen vybrané informace úzce související s cíli práce. Ve druhé části kapitoly budou představeny typy bezpečnostních zádržných systémů a jejich použití ve vozidle zdravotnické záchranné služby.

2.1 Legislativa týkající se převozu dítěte

Zákon č. 361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích a změně některých zákonů obsahuje mimo jiné i povinnosti řidiče účastnícího se provozu na pozemních komunikacích. Dle zákona má řidič povinnost zajistit bezpečnost přepravované osoby. Musí být za jízdy připoután na sedadle bezpečnostním pásem, pokud jím je sedadlo povinně vybaveno. Toto ustanovení je však neplatné pro řidiče zdravotnické záchranné služby, který musí vozidlo za účelem provedení dalších nezbytných povinností opustit a bezpečnostní pás by mu v rychlém výstupu bránil (Zákon č. 361/2000 Sb.).

Ve vozidlech kategorie M1, N1, N2 nebo N3 (viz. *Příloha B*), která jsou vybavena zádržným bezpečnostním systémem, se smí transportovat dítě, jehož tělesná hmotnost nepřevyšuje 36 kg a tělesná výška nepřevyšuje 150 cm, pouze za použití dětské autosedačky. Dětská autosedačka musí odpovídat tělesné konstituci daného dítěte a při umístění na sedadle s aktivovaným airbagem je zakázána přeprava autosedačky čelem proti směru jízdy. Dítě převyšující hmotnost 36 kg a výšku 150 cm se smí přepravovat pouze připoutané bezpečnostním pásem. Ve stejné kategorii vozidel řidič nesmí na sedadle vedle řidiče přepravovat dítě mladší tří let a menší než 150 cm v situaci, kdy vůz nedisponuje zádržným bezpečnostním systémem. V kategorii vozidel M1 a N1 je možné na zadním sedadle připoutat dítě, které je starší 3 let a menší než 150 cm pouze v případě, jsou-li vybavena zádržným bezpečnostním systémem a kdy vznikl nedostatek prostoru pro umístění třetí autosedačky obsazením zadních sedadel již dvěma dětskými autosedačkami. Řidič je povinen poučit osoby starší 3 let nebo osoby doprovázející přepravovaného ve vozidle kategorie M2 a M3, pokud ještě nebyly poučeny o povinnosti použít zádržný bezpečnostní systém ve vozidle (Zákon č. 361/2000 Sb.).

Výše zmíněná zákonná ustanovení neplatí pro řidiče, který přepravuje osobu, jejíž zdravotní stav neumožňuje použití zádržného bezpečnostního systému. Stejně tak neplatí pro řidiče zdravotnické záchranné služby při řešení mimořádné události, nebo poskytování zdravotnických služeb dítěti (Zákon č. 361/2000 Sb.).

Zdravotní důvody je nutné doložit lékařským potvrzením. Lékařské potvrzení v případě stavu, který není trvalý, je časově omezené. Nejdéle na 1 rok. Potvrzení musí mít řidič, přepravované dítě, nebo osoba doprovázející přepravované dítě za jízdy u sebe. Výjimka pro lékařské potvrzení platí, pokud aktuální zdravotní stav vypovídá o náhlých zdravotních potížích a brání použití zádržného bezpečnostního systému nebo musí využít poskytovatele zdravotnické záchranné služby pro poskytnutí zdravotních služeb (Zákon č. 361/2000 Sb.).

2.2 Zabezpečení dítěte během převozu

Zádržný bezpečnostní systém je podle zákona č. 361/2000 Sb. zařízení, které slouží pro zajištění bezpečnosti přepravované osoby. Takovým zařízením může být bezpečnostní pás, nebo dětský zádržný systém.

Dětský zádržný systém neboli „dětská autosedačka“ se používá pro zajištění bezpečnosti přepravovaných dětí. Použití dětské autosedačky je omezeno hmotností a výškou dítěte. Tělesná hmotnost přepravovaného dítěte nesmí přesáhnout 36 kg a tělesná výška nesmí převyšovat 150 cm. Pokud tělesné parametry dítěte tyto hodnoty přesahují, musí být pro bezpečnou jízdu zajištěné bezpečnostním pásem (Zákon č.361/2000 Sb.).

Správně vybraný typ autosedačky pro dítě odpovídá jeho váze a věku. Jako dalším faktorem pro bezpečnost a výběr zádržného systému je, že musí být schválený českou normou, která zádržný systém rozděluje do 4 kategorií (MDČR, 2020).

Kategorie dětských zádržných systémů dle české normy:

Skupina 0 a 0+ je skupinou pro nejmenší děti od 0–13 kg v rozmezí od narození do dvanácti měsíců (viz. *Příloha C*). V této skupině jsou děti přepravované v sedačce, která musí umožňovat polohu v pololeže. Tato autosedačka se připevňuje v protisměru jízdy a může být použita na předním i na zadním sedadle. Je však nutné, aby byl airbag v případě přepravy dítěte na předním sedadle v tomto zádržném systému vypnutý (MDČR, 2020).

Skupina I je pro děti s 9-18 kg a věkem od 9 měsíců až 4 let (viz. *Příloha C*). V tomto případě jsou děti fixovány upraveným popruhovým systémem, takzvaným systémem

„kalhotových šlů“. U těchto dětí je předpoklad, že již dokáží udržet polohu v sedě, ale pro lepší oporu je jim sedačkou poskytnuta opora do stran (MDČR, 2020).

Skupinou II se stávají děti s hmotností 15-25 kg a v rozmezí 4-6 let věku (viz. *Příloha C*). V této skupině je dítě zabezpečeno pomocí klasického bezpečnostního pásu, který vede přes sedící dítě v autosedačce. Vždy je nutné dbát na polohu pásového systému vzhledem k tělesné konstituci dítěte (MDČR, 2020).

Skupina III je pro děti o hmotnosti 22-36 kg a do výšky 150 cm (viz. *Příloha C*). V této skupině jsou již větší děti, které se posazují na zvýšené sedadlo, které se společně s dítětem připevní pomocí bezpečnostního pásu (MDČR, 2020).

Sanitní vozidla zdravotnické záchranné služby disponují speciálními nosítky s podvozkem, kterými zajišťují transport pacienta z místa zásahu do zdravotnického zařízení. Nosítka se dělí podle různých kritérií na několik druhů, ale touto problematikou se bakalářská práce nezabývá, a proto zde jednotlivé druhy nebudou zmiňované. Nejběžněji používaná nosítka Extero od firmy Mediol (viz. *Příloha C*), jsou pro bezpečnou fixaci pacienta během transportu vybavena zádržným bezpečnostním systémem pro dospělé i děti. Dítě je pomocí vícebodového systému popruhů připoutáno na nosítka v oblasti ramen, hrudníku a nohou (Mediol, 2020).

Pro bezpečný převoz dítěte je dále možné použít pětibodový zádržný systém Kidy Safe (viz. *Příloha C*). Pomocí této pomůcky je možné transportovat děti jak v sanitním vozidle, tak i ve vrtulníku. Pacient je připoutaný pomocí nastavitelných popruhů, které vedou přes ramena, boky a rozkrok na podložku, která je společně s ním fixovaná na transportní nosítka. Hmotnost dítěte, které se umísťuje do systému Kidy Safe, by měla být v rozmezí od devíti do třiceti šesti kilogramů (Clarke Health Care Products, 2020).

Jako další alternativou pro bezpečný transport dítěte je uváděn „dětský zádržný systém do sanitek PEDI s vakuovou matrací“ (viz. *Příloha C*). Jedná se o vakuovou matraci s integrovaným zádržným systémem, která umožňuje mimo adekvátní fixaci i celkovou stabilizaci těla převáženého dítěte. Pacienta je možné uložit do polohy v sedě i v leže a pro připoutání slouží tři zádržné dětské pásy s bezpečnostní přezkou. Vakuovou matraci je pak možné pomocí upínacích pásů připevnit k transportním nosítkům (VYZA professional, 2020).

V případech, kdy je nutné transportovat kriticky nemocného novorozence, je možné v některých oblastech využít vyškolené neonatologické týmy. Neonatologický tým se skládá z neonatologa, sestry se specializací pro péči o novorozence a řidiče zdravotnické záchranné služby (Sádlo, 2006). Novorozenec je převážen pomocí transportního inkubátoru (viz. *Příloha C*), pomocí kterého jsou neonatologické týmy schopny pacientovi poskytnout intenzivní péči během převozu do zdravotnického zařízení (Dartin spol. s.r.o., 2017).

3 ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ

V této kapitole bude přenesena pozornost na zdravotnického záchranáře. Uvádí, jakými vlastnostmi by měl být vybavený člověk, který vykonává, nebo by chtěl vykonávat tuto profesi. Součástí textu jsou velmi stručně prezentovaná rizika, která jsou s tímto povoláním spjata, a zároveň představeny programy, které pomáhají těmto rizikům předcházet či již vzniklá rizika zvládat.

3.1 Osobnost zdravotnického záchranáře

„Základními požadavky na osobnost záchranáře jsou znalost, zkušenost, zručnost, rychlost a chladnokrevnost“ (Bydžovský, 2008).

Pro výkon profese zdravotnického záchranáře by měl mít zdravotník jisté osobnostní předpoklady. Jsou jimi například zodpovědný a tvůrčí přístup k práci. Pokud bychom zmínili prostředí, ve kterém bude zdravotnický záchranář vykonávat svoji profesi, tak je to hlavně práce ve směnném provozu – ve dne i v noci, za každého počasí a skoro vždy v cizím prostředí. Je důležité, aby byl schopen improvizovat, aby uměl reagovat na nepředvídatelné situace, protože se velmi často dostane do situace, kdy něco nebude fungovat na 100 %. Může to být použití pomůcky pro pacientovo zajištění zdravotního stavu, která zrovna nebude k dispozici ve vhodné velikosti, nebo nebude k dispozici vůbec. Mohou to být situace, kdy se stav pacienta z minuty změni v boj o život, nebo řešení emočně vypjatých situací. Pro vlastní, ale i pacientovo zvládnutí emočně vypjatého stavu patří do osobnostního balíčku záchranáře schopnost empatie, mít klidné a přiměřeně sebevědomé vystupování, schopnost sebereflexe a mít smysl pro humor (Zacharová, 2017). Povolání záchranáře jde daleko od hranice „normálního“ zaměstnání. Zdravotnický záchranář musí zvládat velkou psychickou zátěž a musí být odolný vůči situacím, ve kterých bude ohrožený lidský život. Záchranář ale zároveň očekává, že těmto situacím, kdy půjde o ohrožení lidského života, bude často vystavován, neboť to je důvod proč tuto profesi dělá – chce pomáhat lidem (Andršová, 2012).

Zdravotnický záchranář nepřichází do kontaktu jenom s pacientem, ale zároveň komunikuje i s jeho rodinou a okolím, kteří jsou zrovna na místě události s ním. Pacient, ke kterému záchranář přijede, se obvykle nachází ve stavu úzkosti. Prožívá bolest a má reálnou obavu o svůj život. V prvních chvílích příjezdu se může záchranář vyskytnout v pozici, kdy se pro pacienta (nebo případně i pro pacientovo okolí) stane buď „spasitelem“, nebo naopak „hromosvodem“. V tu chvíli mohou být veškeré nahromaděné emoce přítomných směřované na jeho bedra. Proto je nutné, aby v situacích, kdy jsou přítomny ještě jiné osoby, využil

vysokou dávku empatie a komunikačních dovedností. „*Důkladný rozhovor, lidský přístup a teplé lidské slovo umí nejen získat mnohé cenné informace přístroji nezjistitelné, ale často i zlepšit zdravotní stav pacienta*“ (Andršová, 2012). Batt (2019) ve svém článku uvádí, že empatie má v roli profese zdravotnického záchranáře velký význam. Je definovaná jako pochopení a vcítění se do pocitů nejen svých, ale i do myšlenek či problémů ostatních. Dále uvádí, že úroveň této vlastnosti se na rozdíl od jiných vlastností dá pomocí několika metod zvýšit (v rámci učení, či osobnostního rozvoje). Na úrovni osobnostního rozvoje lze úroveň zlepšit pomocí těchto metod: zůstat otevřený pro nové výzvy, přemýšlet proč se něco děje a přemýšlet o svých vlastních předsudcích, obklopit se lidmi s jinými zájmy a vyhledávat zpětnou vazbu od přátel, kolegů či vrstevníků, a především – žít v přítomnosti.

3.2 Rizika spojená s profesí zdravotnického záchranáře

Stejně jako každé jiné zaměstnání, tak i profese zdravotnického záchranáře sebou nese jistá rizika, která se bez včasného řešení podepší do profesního i osobního života a mohou vyústit až v syndrom vyhoření. Jedná se o takzvaná psychosociální rizika, do kterých mimo další faktory patří stres a zátěžové situace. Zátěžovým situacím je záchranář vystavovaný buď nárazově, nebo dlouhodobě. Nárazově ho do takové situace může postavit již samotná výzva z dispečinku, nebo následné řešení kritického stavu a časová tíseň na místě události či samotný transport pacienta do zdravotnického zařízení. Za chronickou zátěžovou situaci se považuje například práce ve směnném provozu, vysoká pracovní zodpovědnost, potlačování emocí, minimální pozitivní zpětná vazba a v neposlední řadě také nízké společenské a finanční ohodnocení. Obecně lze říci, že záchranáři považují projev emocí a podlehnutí strachu jako formu vlastního selhání. Lidé pracující v záchranných složkách a zdravotníci pečující o druhé, mají pocit, že nepotřebují pomoc od ostatních, protože si automaticky umí pomoci sami (Bydžovský, 2008).

Preventivní a intervenční programy se v České republice dynamicky rozvíjejí již od roku 1998, ale zavedení cílených psychologických programů na některých stanovištích záchranných služeb můžeme počítat až od roku 2004. V těchto programech je největší důraz kladen na osvojení správných zvládacích technik a mechanismů. V edukačních přednáškách je záchranářům přiblíženo, co je stres a jak se projevuje, je jim představena problematika důsledků profesního stresu a jejich rizika. Součástí edukačního programu je například vysvětlení, že jejich reagování na mimořádnou situaci je normální reakce na nenormální situaci. Jako další využívanou intervenční technikou je certifikovaný kurz – Technik krizové intervence (Šeblová, 2007).

4 DĚTSKÝ PACIENT

„Je to malé, nedá se s tím domluvit, křičí to, brání se to, a v lékařích i záchranářích vzbuzuje, když ne strach, tak mírný tlak v žaludku zcela jistě – dětský pacient“ (Šeblová, 2018).

V předchozích odstavcích se bakalářská práce doposud zabývala obecně zdravotnickou záchrannou službou, technickým vybavením vozidel ZZS, možnostmi transportu dětského pacienta, legislativou a osobností zdravotnického záchranáře. V této kapitole je pozornost přenesena na dětského pacienta, a to s ohledem na cíle práce, především klíčové anatomicko-fyziologické odlišnosti od dospělého a specifika spolupráce s malými dětmi.

4.1 Rozdělení dětského věku

V dětském věku dochází v průběhu růstu k velkým anatomickým a fyziologickým změnám, které je nutno při ošetření dítěte respektovat. Vývoj dítěte se podle věku dělí do několika období. Novorozenecké období je prvním mezníkem, které je vymezeno pro prvních 28 dní života (Mixa et al., 2017). Charakteristikou novorozeneckého období je proces adaptace na nové prostředí, kdy se přestavují a dozrávají všechny tělesné systémy. Porodní hmotnost novorozence se pohybuje mezi 2500-4000g a tělesná délka k padesáti centimetrům (Klíma, 2016).

Kojenecké období začíná od ukončeného prvního měsíce do jednoho roku života (Mixa et al., 2017). Z hlediska růstu je toto období nejintenzivnější ze všech stádií. Kojenec je schopen ke konci prvního roku života svoji tělesnou délku prodloužit o 50 % a tělesnou hmotnost až ztrojnásobit. V kojeneckém období také dochází k velkému psychomotorickému vývoji. Na začátku tohoto období kojeneček zvládá zvedat hlavičku, opírat se o předloktí a reaguje na přítomnost člověka tzv. sociálním úsměvem. V průběhu získává schopnost měnit polohu ze zad na břicho, lézt po čtyřech, je schopen manipulovat s předměty a ukončuje se proces vertikalizace. Do třetího měsíce věku dítěte je nutné dbát při manipulaci s dítětem na dostatečnou fixaci přechodu hlava – krk (oblast šíje). Při nesprávné manipulaci je zde riziko poranění vaziva kolem páteře. Pokud k takovému poranění dojde, tak se toto poškození buď neprojevuje vůbec – zcela asymptomaticky, což bývá častěji, nebo se poškození může manifestovat až později jako blokády krční páteře a problémy související s touto oblastí (Hartz, Höwer, Kienzle-Müller, 2019). Dvanáctiměsíční dítě již reaguje na přítomnost známého a neznámého člověka, je schopné vyhovět jednoduchému příkazu a zákazu, používá jednotlivá slova a jednoduché říkanky (Klíma, 2003).

V batolecím období, které je vymezené do 3 let věku, se zpomaluje růst i hmotnostní přírůstek, ale významně se vyvíjí osobnost dítěte. Co se týče růstu, batole vyrostou zhruba o 12-15 cm za rok. Pro tento věk je typické, že končetiny a trup rostou rychleji než hlavička. Batole ovládá celé tělo, jemnou i hrubou motoriku, rozvíjí se řečové dovednosti a citové stránky, získává společenské návyky (Klíma, 2016).

Od tří do šesti let je dítě v předškolním věku. Zpomalení tělesného růstu pokračuje, ale je zde převaha psychických a sociálních změn. Předškolák zvětšuje svojí slovní zásobu, neodděluje skutečnost od fantazie a postupně si uvědomuje vlastní „já“. Dokáže si hrát s ostatními a postupně si utváří vlastní představu vztahů v rodině a mezi vrstevníky (Klíma, 2016).

Školní a adolescentní období je ve věku od šesti do patnácti let dítěte. Toto období je charakteristické velkým rozvojem duševních pochodů a tělesnými změnami (růst je do začátku puberty plynulý, po nástupu puberty dochází k akceleraci růstu) (Klíma, 2016). Dokončuje se pohlavní zrání a vývin sekundárních pohlavních znaků (Klíma, 2003).

4.2 Anatomické a fyziologické odlišnosti dětského věku

V anatomických a fyziologických odlišnostech má dětský věk svá specifika. Oběhový systém dítěte se od počátku kojeneckého období, z hlediska anatomického uspořádání, od dospělého člověka již neliší. V oběhovém systému dítěte je klíčové, že srdeční výdej dítěte je až trojnásobně větší než u dospělého a dítě je nedokáže zvýšit jinak než zvýšením srdeční frekvence. Bradykardie (zpomalení srdeční frekvence) je pro dítě velmi nebezpečná, nezávisle na jejím vzniku (například z důvodu hypoxie či přes stimulaci nervus vagus). Krevní tlak je obecně nižší, kdežto srdeční frekvence bývá naopak vyšší. Pro příklad tepová frekvence novorozence je fyziologicky 120-150 pulzů za minutu. Krevní oběh novorozence se fyziologicky nachází ve stavu centralizace, kdy při velké krevní ztrátě hrozí riziko oslabení tohoto kompenzačního mechanismu (Mixa et al., 2017).

Anatomie dýchacích cest dítěte má také své specifické odlišnosti. Dítě má proti dospělému hrtan umístěný až na úrovni třetího a čtvrtého obratle krční páteře, nejužším místem dýchacích cest je subglotický prostor, průdušnice je relativně úzká a má oválný tvar. Hrudník a plíce malých dětí jsou málo plastické a jsou v tzv. inspiračním postavení. Díky tomuto převažuje brániční dýchání, které je při zvětšení náplně dutiny břišní ohroženo rychlým rozvojem respiračního selhání. Zvýšenou potřebu kyslíku je možné, vzhledem k malým dechovým objemům, kompenzovat pouze zvýšením dechové frekvence. U dítěte se jako

následek hypoxie velice rychle rozvíjí bradykardie, s čímž také souvisí zvýšené riziko aspirace kvůli nedostatečně vyvinutému kašlacímu reflexu (Mixa et al., 2017).

Centrální nervový systém – mozek u novorozence je poměrně větší proti dospělému a dozrává pomaleji než ostatní orgány. Hlavička má ve srovnání s tělem dítěte větší hmotnost. Přebývá zvýšený tonus parasymptiku, který se při podráždění vagových zakončení projevuje už výše zmiňovanou rizikovou bradykardií. Některé léky mohou způsobit vystupňování nežádoucích účinků na centrální nervový systém z důvodu zvýšené propustnosti hematoencefalické bariéry (Mixa et al., 2017).

Z hlediska přednemocniční neodkladné péče je jednou z nejdůležitějších položek udržení dostatečné termoregulace. U novorozenců a kojenců vzniká velké riziko podchlazení hned z několika důvodů. Vrstva podkožního tělesného tuku se teprve dotváří, chybí třesová termoregulace a děti mají poměrně velký nepoměr mezi tělesným povrchem a hmotností. V podmínkách PNP lze obtížně zajistit ideální teplotu pro ošetřování novorozence, která je stanovená na 31,0 °C, a proto je nutné maximálně zabránit ztrátám tepla pomocí aktivních, nebo pasivních prostředků. Hypotermie u dítěte způsobuje útlum dýchání s následnou hypoxií, pokles minutového srdečního výdeje a centralizaci oběhu. Je nutné myslet na to, že podchlazení prodlužuje farmakodynamiku většiny léků, a je také nutné myslet na riziko vzniku regurgitace a aspirace žaludečního obsahu vázaného na podchlazení (Mixa et al., 2017).

4.3 Specifika akutní a urgentní péče v dětském věku

Mixa et al. (2017) uvádí, že v České republice se dětská péče poskytuje pacientům od narození do 18 let + 364 dní věku. Obecně lze říci, že četnost výskytu akutních případů u dětských pacientů je nižší než u dospělé populace, což i mimo jiné faktory vede k nejistotě v provádění jednotlivých úkonů. Proto je pro práci zdravotnického záchranáře nezbytné mít dostatečnou erudici a praxi o specifikách péče o dětského pacienta, aby byl schopen se o dítě v akutním stavu na místě zásahu adekvátně postarat, stabilizovat jeho stav a transportovat do cílového zdravotnického zařízení (Mixa et al., 2017). Vzhledem k výše zmíněné frekvenci výskytu akutních stavů u dětí byl vytvořen „Pediatrický protokol“ (viz. *Příloha D*), který například pomáhá zajistit bezpečné dávkování léků a použití pomůcek vhodné velikosti (Veselá, 2018).

Každá věková skupina dětí má své charakteristické akutní stavy či rizika úrazů. Většina těchto stavů je vázaná na aktuální proces tělesného vývinu a pohybovou aktivitu dítěte. Pro novorozenecké období je typický výskyt vrozených vad a sepsí. V kojeneckém období

jsou charakteristické akutní respirační infekty. V batolecím věku začíná být dítě pohybově velice aktivní. Z toho vyplývá, že akutními stavy v tomto věku běžně bývají úrazy a intoxikace, akutní laryngitidy, febrilní křeče a popáleniny. Se stoupající zvědavostí předškolních dětí vzrůstá počet úrazů a pro adolescenty je typický výskyt intoxikací a kolapsových stavů (Mixa et al., 2017).

Veselá (2018) zmiňuje, že „v současné době neexistuje žádný univerzální návod přístupu k pediatrickému pacientovi“ a v časopise Urgentní medicína představila několik stěžejních bodů, které mohou usnadnit přístup zdravotníků k dětskému pacientovi. První bod nazvala „Poznej anatomické rozdíly“. Znalost anatomických rozdílů vede k lepšímu odhadnutí situace na místě, prevenci vzniku dalšího poškození v rámci manipulace a rychlejší volbě léčby. „Pediatrické ABC“ je druhým bodem, pomocí kterého záchranář hodnotí přítomnost akutního stavu. Třetí bod nazvaný „Identifikuj hlavní problém“ klade důraz na dokončení primárního vyšetření před odběrem podrobné anamnézy, kterým zdravotník může ztratit významný čas pro stabilizaci pacienta. Dle čtvrtého bodu „Věnuj pozornost rodičům“ by měl ošetřující věnovat pozornost rodičům s cílem nejen získat anamnézu, ale odhalit případné týrání a zneužívání dětí. Pátý bod „Ulehči si svoji práci“ odkazuje na používání tzv. „Pediatrického protokolu“, jehož používáním se snižuje riziko možného pochybení během zajišťování dětského pacienta. Do šestého bodu „Poznej jednotlivé vývojové fáze dítěte“ zahrnuje nutnou znalost vlastností jednotlivých vývojových fází dětí, která může pomoci odhalit základ problému v případě, kdy není možné získat anamnézu od rodičů, nebo samotného nemocného. Poslední bod s názvem „Kompetence vyvolává důvěru“ vyzdvihuje důležitost dalšího vzdělávání se. Specializace v daném oboru snižuje míru stresu během výjezdu a vzbuzuje důvěru nejen pro samotnou výjezdovou posádku, ale i pro rodiče pediatrického pacienta.

4.4 Komunikace s dětským pacientem

Umění komunikovat je součástí profesionality zdravotníka. Neznamená to používat pouhá slova. Komunikace nám umožňuje získávat významné údaje o pacientovi a zároveň mu podávat informace týkající se jeho stavu. Je to klíč k získání pacientovy důvěry a navázání kontaktu. Zdravotník by měl rozlišovat komunikaci dle specifikací pacienta, protože na jiné úrovni bude probíhat dorozumívání se s nemocným dítětem, s nemocným se zvláštními potřebami, pacientovou rodinou, či s kolegy (Plevová a Slowik, 2010).

Dle Fendrychové a Klimoviče (2005) je v komunikaci s dětským pacientem důležité brát ohled na jeho věk, vývoj a zralost. Zdůrazňuje, že k dítěti by se nemělo přistupovat jako ke

zmenšené kopii dospělého. Z hlediska navázání vztahu mezi zdravotníkem a dítětem je důležité dát mu prostor pro vyjádření vlastního názoru a přání. Tím, že bude ošetřující pečlivě naslouchat sdělením malého pacienta a bude ho podporovat ve zpětné vazbě, lépe se mu ověří, jestli jeho sdělením pacient správně rozumí. A zároveň jestli pacientovým přáním rozumí i on. Pokud ze strany zdravotníka vznikne pochybení, měl by nedopatření přiznat a omluvit se. I za přítomnosti dítěte je důležité neopomínat význam pozdravu a poděkování. Je důležité chválit a povzbuzovat nemocného. Na druhou stranu může vzniknout i situace, kdy je zapotřebí dítě pokárat. V případě, kdy je nutné malého pacienta napomenout, je na místě vyjádřit se srozumitelně a jednoznačně, případně vytyčit „hranice“, které by neměl přesáhnout.

Dospívající adolescent už je schopný charakterizovat své potíže a k problému se vyjádřit. Úskalím v komunikaci s pacientem v období dospívání může být nápadný verbální projev, nebo naopak přílišná úzkost. Je zde také otázka, zda pubescenta oslovovat vykáním či tykáním. Obecně nejvhodnější způsob, jak takovou situaci vyřešit je domluva přímo s pacientem. Přístup k dospívajícímu by měl být klidný a objektivní. Zdravotník by měl najít rovinu mezi nadměrnou autoritativností a přizpůsobováním se chování adolescenta. Pro navázání dobrého vztahu a důvěry mezi ošetřujícím a dospívajícím je vhodné nabídnout možnost spolurozhodování (Fendrychová a Klimovič 2005).

Všechny tyto „maličkosti“ pediatrický pacient vnímá. Nezáleží, jestli se jedná o malé dítě, nebo dítě v období dospívání. Pokud zdravotník umí reagovat na individualitu dítěte, pokládá tím základ úspěšného léčení (Fendrychová a Klimovič 2005).

5 PRŮZKUMNÁ ČÁST

5.1 Stanovené cíle a průzkumné otázky

Hlavní cíl: Zmapovat problematiku bezpečného transportu dětí vozem a vrtulníkem realizovaného v rámci přednemocniční péči.

Průzkumné otázky:

1. Jaké zkušenosti mají zdravotničtí záchranáři s psychickou náročností u transportu dětí?
2. Jaké zkušenosti mají zdravotničtí záchranáři s vybavením používaným při transportu dětí?

5.2 Metodika průzkumu

Pro průzkumnou část byl zvolen **kvalitativní design průzkumu**. Podstatu kvalitativního průzkumu Švaříček a Šed'ová (2007) shrnují jako podrobné hledání souvislostí u široce definovaného jevu, u kterého se snaží průzkumník zjistit maximální množství informací. K získání dat byla zvolena metoda **polostrukurovaného rozhovoru s experty** formou zúčastněného pozorování. Rozhovor obsahoval celkem 6 otázek a jejich znění je k dispozici v přílohách (viz. *Příloha E*). Získaný materiál od respondentů byl pak následně přepsán doslovnou transkripcí. Přenesený text nebyl převeden do spisovného jazyka, přeformulován z dialektu a nebyla mu upravena větná skladba. S veškerým textem bylo pak následně operováno v programu MS Word a v programu MS Excel.

Metodou analýzy dat byla zvolena **zakotvená teorie – analýza a interpretace dat pomocí kódování** (Hendl, 2012). Začínajícím procesem analýzy je tzv. otevřené kódování, pomocí kterého jsou získány kódy, které umožní „rozklíčovat“ text. Tyto kódy je nutné neustále přehodnocovat a ověřovat, aby byly dostatečně výstižné pro danou část textu. Tím, že se jednotlivé pojmy stále hodnotí, postupně dochází k třízení pojmů s podobnými vlastnostmi, a to je podkladem pro vznik větších kategorií, které reprezentují určité jevy – tzv. kategorizace (Hendl, 2012). Pokud se objevil kód, který odpovídal některé z jiných skupin, byl zapsán ke každé z nich. Následuje axiální kódování, kde se nachází vazby mezi jednotlivými kategoriemi. Pro výstižné formulování vztahů Hendl (2012) doporučuje použít tzv. obecné kódovací paradigma, které má tuto podobu: **příčinná podmínka → jev (fenomén) → kontext → intervenující podmínka → strategie → následek**.

5.3 Výběr respondentů

Výběr respondentů byl záměrný za použití metody „*Sněhové koule*“ (*Snowball sampling method*), kdy dochází k výběru jedinců z málo dostupných skupin. Nejprve se osloví počáteční respondenti a na základě jejich doporučení je výzkumník odkazovaný na další osoby (Sociologický ústav AV ČR, 2018). Hlavní kritéria pro volbu respondentů byla: povolání zdravotnického záchranáře, zkušenosti s dětmi v přednemocniční péči a ochota poskytnout rozhovor. Průzkumný soubor tvořilo celkem 12 zdravotnických záchranářů ze 3 různých krajů. Z prvního kraje (kraj označen kódem V) 5 z pozemní posádky a 1 z LZS tohoto kraje. Z druhého kraje (kraj označen kódem P) také 5 z pozemní posádky. Ze třetího kraje (kraj označen kódem H) 1 záchranář LZS. Pro ochranu respondentů a zdravotnických záchranných služeb, kteří mi vyšli vstříc a umožnili provést průzkum v jejich řadách, je jejich identita ponechána v anonymitě.

5.4 Průběh průzkumu

Začátku průzkumu předcházelo získání souhlasů s provedením průzkumu ve zvolených krajích. Následovala pilotní fáze průzkumu, kdy byl realizován první rozhovor s cílem zjistit srozumitelnost otázek. Na základě prvního rozhovoru bylo zjištěno, že není nutné výrazně měnit otázky a bylo možné zahájit vlastní průzkum. Aby si respondenti mohli udělat představu, jak bude rozhovor probíhat, byl jim týden dopředu před uskutečněným rozhovorem zaslán seznam otázek. Odpovědi respondentů byly nahrávány na diktafon.

Rozhovory probíhaly od února do března 2020. Místo a čas k rozhovorům bylo vždy zvoleno podle přání záchranáře. Časový limit jednoho rozhovoru byl 20-30 minut. V úvodu dialogu byli respondenti požádáni o ústní souhlas s nahráváním a krátký úvod o sobě – délka praxe u ZZS, jestli je respondent rodičem, či zda se účastní nějakých aktivit spojených s dětmi – dětské tábory, zájmové kroužky apod. Přehled respondentů společně s jejich pracovními zkušenostmi a bližšími informacemi je vložený v *Příloze H*.

Po získání veškerých rozhovorů bylo přistoupeno k další fázi průzkumné části, a to analýze a vyhodnocování získaných dat.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

6.1 Výsledky otevřeného kódování

V *Tabulce 1* jsou zobrazeny jednotlivé kategorie s kódy, které do dané kategorie patří. U každého kódu je červeně zvýrazněná četnost výskytu kódu, pro ilustraci uvedená část transkripce rozhovorů některých respondentů a poznámky průzkumníka. Celkem vzniklo 53 kódů a 14 kategorií. V tabulce jsou použity zkratky např. R1 V, R1 P, nebo R2 H – myšleno jako: R1 – respondent č.1; V, P, H – vlastní označení krajů.

Pro úplnost a přehled o získaných datech byly dále zpracovány tabulky: Četnost výskytu kódů u jednotlivých respondentů (*Příloha F*), výsledná kategorizace (*Příloha G*).

Tabulka 1 – Otevřené kódování

1. OTÁZKA KATEGORIE: PROFESNÍ VÝVOJ	ČÁST TRANSKRIPCE ROZHovorŮ	POZNÁMKY
ZKUŠENOST S DĚTMI – PRACOVNÍ (10)	<p>„..., člověk praxí, kterou absolvuje a kolik roků odjezdí, tak získává zkušenosti. ... Ne že by to bylo potom vždycky super, ale reaguješ klidněji, víš asi na co se máš zaměřit, co víc jako vyšetřovat, ...“ (R4 LZS V)</p> <p>„..., mám jednak dvacet let zkušeností z ambulance, kde těch dětí prochází spousta, oproti tomu, kdy bych měla být dvacet let jenom na záchraně, tak se s tolika dětma nesečkám. ...“ (R1 P)</p> <p>„..., hlavně u té letecké se k tomu dostaneš častěji, ...“ (R2 LZS H)</p>	
ZKUŠENOST S DĚTMI – MIMOPRACOVNÍ (11)	<p>„..., vidíme to z druhé strany, měla jsem tam sebou kolegu, který měl stejně starou dceru a ten to nesl hodně špatně. Když člověk je jako bezdětný, tak to tak nevnímá a může jakoby pracovat s chladnou hlavou než s myšlenkou, že něco takového může probíhat i doma, ...“ (R5 V)</p> <p>„..., děti ještě nemám, ale mám malou neteřinku a bráčku, takže tam to taky určitě vnímám. Že to nemusí být úplně mé dítě...“ (R6 P)</p>	<p>R5 V uvedla, že to byl nedávný výjezd resuscitace 14ti měs. holčičky, která už po příjezdu jevila známky smrti.</p>

<p>ŠKOLENÍ (6)</p>	<p>„ ..., jinak tím, že máme většinou školení, pořád trénujeme resuscitace, tak člověk prakticky postupuje jako robot.“ (R2 LZS H)</p> <p>„ ..., i když pravidelně jsme na to školení, tak pořád je to takové náročné, ale ono to není na škodu mít respekt z těchto výjezdů.“ (R5 V)</p>	
<p>NADHLED (6)</p>	<p>„ ..., ale člověk za ten čas už na ty výjezdy nahlíží trochu jinak.“ (R4 P)</p> <p>„ ..., postupem času už to bereš víc v klidu. Člověk si zajede postupy, dostaneš všechno víc do ruky, odhadneš situaci.“ (R1 V)</p>	
<p>RUTINA (4)</p>	<p>„ ..., pak to máš v hlavě, že už pracuješ jako stroj. Jako když přijedeš a vidíš, že to dítě je ve špatném stavu, tak to v tobě trochu hrkne, ale pak vezmeš baťoh a pracuješ jako stroj.“ (R2 V)</p>	
<p>1. OTÁZKA KATEGORIE: PŘEDÁVÁNÍ PACIENTA V NEMOCNICI</p>	<p>ČÁST TRANSKRIPCE ROZHovorŮ</p>	<p>POZNÁMKY</p>
<p>PŘEDÁNÍ = STRES (3)</p>	<p>„Já jsem třeba nejvíce vystresovaná z předávání. To je prostě... já jsem z předávání a správného směřování pacientů, to mě asi na celém výjezdu zabere nejvíce času, abych vymyslela, kam toho pacienta dovézt a nejhůřší jsou takové ty dlouhé telefonické konzultace viz. třeba traumacentra, kde hrajeme o čas, tak někdy je to takové náročné.“ (R6 P)</p> <p>„Určitě. A to rozhodně neplatí jenom u dětských pacientů, platí to naprosto obecně a je to i prokázáno v rámci výzkumu, že většinou vůbec nejstresovější část výjezdu je to předání v té nemocnici.“ (R1 P)</p>	
<p>PŘEDÁNÍ ≠ STRES (4)</p>	<p>„Jako ty erzety to odprdnou skoro vždycky, ať přijedeme na jakékoliv oddělení, tak vždycky to bude špatně.“ „... ale nedá se říct, že by vyloženě to předávání bylo něčím, co by nás mělo rozhodit.“ (R4 P)</p>	

<p>ROLE LÉKAŘE (8)</p>	<p><i>„No... vnímám. Záleží hlavně na lékaři, který slouží. Dobré je ty lékaře neznat, protože když jedeme třeba do nemocnice XXX, kde je moc neznáme, takže nám je to jedno, ale v nemocnici YYY je známe a jedno nám to není. A tam je pan primář, který slouží poměrně dost a je fakt nepříjemný. Je dobré, když na to předání chodíme dva, abychom v případě nějakýho excesu na to byli dva a mohli se nějak krýt.“ (R3 P)</i></p> <p><i>„No záleží na lékaři, který slouží... a pokud tam je pan primář, tak tam není příjemné předání“ (R5 P)</i></p> <p><i>„Jojo, tam to uděláme takhle a je to špatně. Příště to uděláme obráceně a je to taky špatně.“ (R4 P)</i></p>	<p>Při odpovídání na tuto otázku bylo z respondentů (R3,4,5 P) cítit, že jim předávání celkově nedělá problém, ale působili pobaveně, když zmiňovali jedno konkrétní oddělení, kde předání znepríjemňuje jedna a stále stejná osoba. Respondenti tam chodí s tím, že už problém dopředu očekávají.</p>
<p>ZKUŠENOST NEMOCNIČNÍHO PERSONÁLU NA ZZS (1)</p>	<p><i>„Podle mě by si každý, kdo dělá v nemocnici měl zkusit alespoň půl roku jezdit na záchrance, aby si to zkusili. Protože jsme tady měli takové případy, kteří u nás jezdili jenom několik směn v měsíci, v nemocnici se na nás chovali nepříjemně už od dveří, a pak úplně otočili.“ (R1 V)</i></p>	
<p>1.OTÁZKA KATEGORIE OKOLNOSTI SITUACE</p>	<p>ČÁST TRANSKRIPCE ROZHovorŮ</p>	<p>POZNÁMKY</p>
<p>INDIKACE (9)</p>	<p><i>„Nemyslím si, že bych měla hrůzu z toho, že jedu k dítěti, protože když je výjezd ... na teplotku, tak mě to nevystresuje, nemám pocit, že by to bylo nějaký hrozný. Horší by to potom bylo, kdyby to bylo ve smyslu úraz hlavy třeba. Musí ten dětský pacient bejt spojený s nějakým vážnějším stavem.“ (R1 P)</i></p> <p><i>„..., je to hodně o tom, jaká je indikace. Dítě neznamená hnedka stres.“ (R3 V)</i></p>	

<p>SPOLUPRÁCE S RODIČI (2)</p>	<p>„Více než ty děti, tak mi vadí ty rodiče. ... Teď nedávno jsme měli resuscitaci tříměsíčního dítěte a nejvíc emocí tam šlo od těch rodičů. ...“ (R2 LZS H)</p> <p>„..., kolikrát rodiče jsou stokrát vystresovanější než ty děcka a pokud já jsem schopná to dítě ukecat a pokecat si s ním, tak jsem – bych byla skoro i radši, kdyby si rodič šel sednout dopředu k řidičovi, anebo se snažím ho uklidnit, aby on se uklidnil, jinak se za chvíli vystresuje to dítě, ale to je naprosto normální. ...“ (R1 P)</p>	
<p>ADRENALIN (7)</p>	<p>„..., případně pojedeme na resuscitaci, tak tam jednoznačně ano. Tam to srdíčko jede rychleji než u dospělých pacientů.“ „Protože těch dětských pacientů opravdu moc není a ani možnosti výuky, nebo ty data jak správně se na ty děti připravit, ...“ (R6 P)</p> <p>„Na záchrance se na spoustu věcí nechá zvyknout, ale na ty děti... já to říkám, že si prostě moc zvyknout nemůžu jo, tam prostě ten adrenalin stoupá, ...“ „... jedeme na to dítě rychleji, možná aniž by si to člověk uvědomoval.“ „Prostě vždycky ten dětský pacient zahraje trochu roli.“ (R3 P)</p> <p>„Tak vlastně tím, že jsem porodní asistentka a zdravotní sestra, takže samozřejmě jako měla bych si být jistější, ale pak vesměs, když se jede k dětskému pacientovi, tak jsem víc ostražitá a ten stres tam je vždycky, a to je názor asi většiny záchranářů si myslím.“ (R5 V)</p>	
<p>2.OTÁZKA KATEGORIE DOVEDNOSTI</p>	<p>ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ</p>	<p>POZNÁMKY</p>
<p>UM (7)</p>	<p>„... dřív se vozilo daleko víc věcí, všelijaké kombitubusy, fastrachy, ale mělo to jeden zásadní problém – nikdo s tím neuměl pracovat. Ono to není o tom vozit co nejvíc, ale – umět s tím pracovat – mít skills, umět s tím pracovat, přesně tak.“ (R2 LZS H)</p> <p>„U těch pomůcek jde hlavně o to vědět kdy to použít a jak to použít.“ (R5 P)</p>	

<p>IMPROVIZACE (10)</p>	<p>„A když člověk aspoň trochu přemýšlí a je kreativní, tak si vždycky dokáže poradit, aby to splňovalo to, co má.“ (R3 P)</p> <p>„... kdyby bylo potřeba, tak můžete i zaimprovizovat, můžete svléknout kolegu, aby poskytl triko a podobně.“ (R5 V)</p>	
<p>SCOOP AND RUN (2)</p>	<p>„..., naopak nemyslím si, že by se do větších invazivit někdo u těch dětí pouštěl. Jakoby zajistit a naložit a jet, scoop and run.“ (R5 V)</p> <p>„..., přesně tak, naložit a jet.“ (R6 V)</p>	
<p>2.OTÁZKA KATEGORIE VLASTNOSTI POMŮCEK</p>	<p>ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ</p>	<p>POZNÁMKY</p>
<p>LEGISLATIVA – ZÁKLAD (12)</p>	<p>„Já si myslím, že to vybavení je srovnatelné jako kdekoliv jinde v kraji. Prostě komplet.“ (R1 V)</p>	
<p>VARIABILITA POMŮCEK (3)</p>	<p>„U nás je fajn, že máme dětský okruh pro ventilátor a ten je kvalitní a umožňuje všelijaké režimy.“ (R4 LZS V)</p> <p>„My ještě vozíme, což nevím, jestli je ve všech autech, ale my vozíme malý dlahy kvůli flexilám.“ (R1 P)</p> <p>„Tam je vlastně společný s dospělými ten „combibag.“ (R5 V)</p> <p>„Možná co se nevozí jinde, tak máme Entonox, to jsou takový foukátka pro ty děti.“ (R2 V)</p>	
<p>ROZDÍLY V BATOŽÍCH (12)</p>	<p>„Tak my tady máme dva batohy. Červený a zelený plus klasicky nějaké vybavení auta. V červeném batohu vozíme věci, které se běžně používají – tonometr, kanyly, ... a potom zelený batoh, kde už jsou spíš věci k zajištění DC“. (R1 V)</p> <p>„..., my máme vlastně všechno v jednom.“ „Sice ten batoh váží 25 kg asi... Máme udělanou takovou smyčku na lanovou techniku, jako že tam cvakneme sebe, pacienta</p>	

	<p><i>a batoh, takže aby tam ještě byly bágly, to bychom vypadli jako hrozen asi.“ (R2 LZS H)</i></p> <p><i>„Máme vlastně udělané kinderbatohy, což je vlastně žlutý batoh, kde je celá resuscitace bez léků... Ty léky vozíme jenom v modrém batohu.“ (R3 P)</i></p>	
<p>POSTAČUJÍCÍ MNOŽSTVÍ (11)</p>	<p><i>„Nic bych neměnil. Já jsem rád, že se to vybavení ztenčilo, člověk tam nemá celou škálu na zajištění DC, ale pracuje jenom s tím, co umí a je to hlavně účinné.“ (R2 LZS H)</i></p> <p><i>„..., naprosto to bohatě stačí. Jak jsem říkal, těch výjezdů není tolik, ale vždycky to stačilo – na transport, na zajištění pomocí léků...“ (R3 P)</i></p> <p><i>„..., kdybych musela do toho auta kvůli každému stavu něco speciálně přidávat, tak bychom ho museli nafouknout, a ještě pojedeme s kárkou.“ (R1 P)</i></p> <p><i>„Ubral, protože u toho vrtulníku hlavně kde je problém, tak se hlídá váha. Takže tam se počítá každý gram, musíme být lehký.“ (R2 LZS H)</i></p>	
<p>FUNKČNOST KONTRA POHODLÍ (7)</p>	<p><i>„Asi všeobecně co se týče záchranky a používání pomůcek, tak by pohodlnost měla jít stranou. Hlavně aby to splnilo účel, nějakou efektivitu a pohodlnost hold... tam je priorita záchrana života a zdraví.“ (R6 V)</i></p> <p><i>„Veškeré fixační pomůcky, tak ty jsou nepříjemné, pokud ten pacient vnímá, že je má na sobě... tomu člověku to potom může zachránit život, nebo třeba neurologický výstup, jako že se jednoho dne díky tomu bude moct hýbat, takže tam jde pohodlnost stranou a bohužel i u dětí.“ (R6 P)</i></p>	
<p>POSTRÁDANÉ POMŮCKY (8)</p>	<p><i>„Špatně se mi pracuje s Lifepackem. Jako co bychom dali za Corpuls. Je to těžké, strašné to je.“ „A dávkovače máme staré.“ „A auta bych chtěl Mercedesy ... máme VW a ty jsou prostě malý.“ (R2 V)</i></p> <p><i>„Možná Corpulsy ... ty jsou fajn, ty jsou lehčí, dají se rozdělat na několik částí. No a možná když už jsme u toho, tak nové ventilátory.“</i></p>	<p>Z respondenta R2 V byla cítit nespokojenost z používaného Lifepacku, zároveň zmínil, že se chystá</p>

	<p><i>Nejenom aby zvládal dětský okruh ventilátor ve vrtulníku, ale i v autě.“ (R3 V)</i></p> <p><i>„Možná bych řekla, že je špatná savost těch pomůcek, ty roušky nebo tak v rámci porodnického balíčku, tak to bych asi zvolila jiný materiál...“ (R5 V)</i></p> <p><i>„Možná pánevní pásy pro děti, protože v tom případě si musíme umět pomoci jinak...“</i> <i>„..., problém s ventilátorem, my nejsme schopni uventilovat třeba předčasně narozené děti a my je musíme celou cestu ventilovat na ambuvaku.“ „..., porodnický balíček, tam toho materiálu je prostě podle mého názoru málo, protože jestli někdo byl u porodu v terénu, tak prostě pořád bude to dítě sušit a je tam toho podle mě málo.“ (R6 P)</i></p> <p><i>„Možná bych k tomu porodnickému balíčku přidala dvě velké podložky, nebo pleny, nebo něco takového. Jako je to málo, když ta žena není doma a nemá kolem sebe deset ručníků a pět dek...“ (R1 P)</i></p> <p><i>„Porodnický balíček, ten je super, ale není tam rouška, do které to dítě zabalíme. Jihomoravský kraj ještě navíc vozí sterilní roušky, které jsou jako plenky, akorát víc vyztužené a obšité a do toho to miminko zabalí, to bych byla pro, kdyby se tohle zavedlo.“ (R5 P)</i></p>	<p>výběrové řízení pro monitory, ale obává se, že vedení nebude nakloněné pro změnu.</p>
<p>2.OTÁZKA KATEGORIE STYL VEDENÍ</p>	<p>ČÁST TRANSKRIPCE ROZHovorŮ</p>	<p>POZNÁMKY</p>
<p>DEMOKRATICKÝ (5)</p>	<p><i>„Flexily jsou fajn, tam se dlouho vybíralo, aby vyhovovaly.“ (R3 P)</i></p> <p><i>„... vedení docela slyší, že když se nám s něčím špatně pracuje, tak se hledá alternativa.“ (R2 V)</i></p> <p><i>„...jsem někde viděla takovou jednorázovou zavinovací – zkrátka zavinovačku i s kapuckou a to nevím jestli bylo v Pardubickém, nebo ve Zlínském kraji a to se mi strašně líbilo a my to chtěli prosadit a i když to nepodléhalo</i></p>	

	<p><i>expiraci, tak nám to nebylo umožněno.“ (R5 V)</i></p> <p><i>„ ... pokud nemáme od všeho tři druhy, tak se pak těžko porovnává nějaká kvalita a manipulace. Oni nám prostě pošlou pomůcky, se kterými nás seznámí, a to je asi tak všechno.“ (R3 V)</i></p>	
<p>3.OTÁZKA KATEGORIE PROSTŘEDKY PRO TRANSPORT</p>	<p>ČÁST TRANSKRIPCE ROZHovorŮ</p>	<p>POZNÁMKY</p>
<p>LZS – VAKUOVKA A NOSÍTKA (2)</p>	<p><i>„Ve vrtulniku teda jediné ta vakuovka, pokud je malé, jinak normálně na nosítka“. (R4 LZS V)</i></p> <p><i>„Vrtulník ten má vaky, má tam nosítka bez podvozku a ty děti tam vesměs poutáme nějakými ramenníma pásama, nebo se dá do polohy výš“ (R2 LZS H)</i></p>	
<p>LEHÁTKO (10)</p>	<p><i>„Máme lehátka s třibodovým uchycením. Ono to lehátko už má samo o sobě v návodu nakreslené jakoby že se z toho udělá ta autosedačka. Ta fixace je dobrá, supr.“ (R3 P)</i></p> <p><i>„Dá se to vycvakat, umožňuje to neutrální polohu hlavičky. Je tam pásek přes břicho, takové kšandičky.“ (R4 P)</i></p>	
<p>POMŮCKY NA ZÁKLADNĚ (5)</p>	<p><i>„Na základně máme připravené vajíčko, ale ve většině případů pak překáží, protože si maminka chce vzít svoje, aby pak měli na cestu domů.“ (R3 P)</i></p> <p><i>„ ... , na základně máme autosedačku, kterou tak často nebereme, protože ty rodiny je mají.“ (R5 P)</i></p> <p><i>„Máme tam akorát inkubátor pro nedonošence. A ten inkubátor se používá spíše pro sekundární převozy. On je tam připravený, má to vlastně svoje nosítka, takže pak se vymění jenom nosítka.“ (R1 V)</i></p>	

<p>RŮZNÉ ALTERNATIVY FIXACE (11)</p>	<p>„ ..., když je to prostě malé dítě, tak si vezmu v té rodině, pokud teda jedeme z domova že jo, tak si vezmu buď vajíčko celé, nebo podsedák.“ (R1 P)</p>	
<p>BEZPEČNÉ KONTRA KOMFORTNÍ (3)</p>	<p>„ ..., tam je potom malinko problém ta separace od rodičů, nicméně se snažíme, aby pořád ty děti na ty maminky viděly, takže se natáčí sedačky, aby tam stále to spojení bylo.“ (R6 P)</p> <p>„...tam je potom váha té bezpečnosti, a právě toho komfortu, s kterým se neustále potýkáme.“ (R4 LZS V)</p>	<p>V souvislosti s fixací v dětském zádržném systému na lehátku.</p> <p>Tato odpověď je v kontextu s fixací v končetinové vakuové matraci.</p>
<p>3.OTÁZKA KATEGORIE FAKTORY OVLIVNUJÍCÍ FIXACI PACIENTA</p>	<p>ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ</p>	<p>POZNÁMKY</p>
<p>ZÁSADOVOST (8)</p>	<p>„ U dospělého se mi stane, že nepoužiju ten pětibodový, ale u dítěte bych to fakt neudělala... V žádném případě bych nedopustila, aby máma někde seděla a držela dítě“ (R1 P)</p> <p>„ Samozřejmě dáváme velký pozor na poutání, když teda přijdeme na to, jak v těch nejnovějších sedačkách poutají.“ (R5 P)</p> <p>„ Dnes už jsou takové sofistikované systémy, že nad tím kolikrát dlouho přemýšlíme a pak musí zakročit a pomoci rodič.“ (R4 P)</p> <p>„ ..., je to i o tom. Aby člověk mohl jít klidně spát a nepřemýšlel nad tím, co se mohlo všechno stát.“ (R6 P)</p>	
<p>PRIOROTY (12)</p>	<p>„ Tak nejčastěji popálené děti, tam je přes ty popálená místa prostě nechceš poutat, porody... Je to vždycky alternativa, která je něčím nedokonalá, uvědomujeme si, že je to non lege artis.“ (R4 LZS V)</p>	<p>Respondenti na mě působili rozporuplně, ale zároveň smířeně s tím, že si jsou vědomi jejich</p>

	<p>„Já jsem se ještě s ničím takovým nesetkala“ (R5 V)</p> <p>„ ..., dřív ty nosítka nebyly takhle vybavené a ty děti se vozily na klíně maminky, ale to už se vyřešilo a z bezpečnostního hlediska to bylo prostě špatně. Záleží i na tom, jak je to dítě klidné. Někdy nejsou klidné, a to potom kolikrát zhoršuje jeho stav, takže se to nedá udělat jinak než bohužel porušit předpisy.“ (R6 V)</p> <p>„ ..., v tom vrtulníku občas musíme odpoutat. Odpoutáme ve chvíli, kdy člověk začne zvracet, v tom hrají roli vyšší priority – pás jim bude k ničemu, když se udusí.“ (R2 LZS H)</p> <p>„No občas se to stane... Nebo když jsou popálený, tak to prostě kolikrát nejde jinak.“ (R2 V)</p> <p>„ ..., člověk může dostat v případě úrazů hlavy, nebo když jsou neklidní, zmatení, brání se a mají takovou sílu, ale stejně nakonec je do toho špitálu musíme dovézt a připoutat je. ... porod, tak by taková situace mohla nastat, kdy ta mamča si miminko drží v rukou. A to si pište, že pokud není vyčerpaná, tak ho z ruky nedá.“ (R3 P)</p> <p>„Asi by to potom byla fixace v rámci traumat.“ (R1 P)</p> <p>„Ale když to prostě jinak nejde, že to dítě nespolupracuje, tak není jiná možnost... je to PNP.“ (R1 V)</p>	<p>jednáním, ale daná situace je k postupu rizikového transportu zkrátka dovedla.</p>
<p>VELIKOST DÍTĚTE (9)</p>	<p>„Tak ty nejmenší se fixují pomocí toho dětského zádržného systému v lehátku, a pak dál se to odvíjí od tělesné konstituce, ale jinak se s ním na tom lehátku pracuje defacto jako s dospělým, maximálně se přitáhnou víc pásy. Myslím, že s tím úplně problém není.“ (R1 V)</p>	

<p>PŘÍTOMNOST RODIČE (4)</p>	<p>„..., podle stavu můžeme vzít i rodiče na čtvrté sedátko, ale jak říkám, záleží na stavu a musí s tím souhlasit pilot.“ (R4 LZS V)</p> <p>„..., můžeme brát, pokud nelítá nikdo navíc s námi, tak můžeme vzít rodiče sebou. Tam je sedačka navíc.“ (R2 LZS H)</p>	
<p>3.OTÁZKA KATEGORIE IMPROVIZACE</p>	<p>ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ</p>	<p>POZNÁMKY</p>
<p>RŮZNÉ ALTERNATIVY FIXACE PACIENTA (11)</p>	<p>„Jedině si pak půjčujeme vajíčka od rodiny, někdy se ještě dělá, že se zafukují do končetinové vakuovky, ale to se mi nelíbí, protože je v tom taky hrozné vedro, to dítě se v tom nemůže ani pohnout.“ (R3 V)</p> <p>„..., záleží, jak je to dítě veliké, buďto se to dítě dá do celotělové vakuovky, popřípadě u těch menších se dá pro transport využít třeba vakuová dlaha na nohu pro dospělého. Ono to funguje celkem pěkně.“ (R6 P)</p> <p>„Jako pokud by to bylo od porodu a nebyla by autosedačka, prostě nebyla, tak chci dvě auta na místo, aby máma prostě neseděla a mohla ležet a dítě by prostě taky leželo a bylo by v tom pětibodáku...“ (R1 P)</p> <p>„..., tak se to dá vyřešit ještě tak, že miminko vezeme v ervěčku ve vajíčku a jedeme za erzetou tak, aby maminka zároveň stále viděla, že za nimi jedeme a miminko v pořádku vezeme také.“ (R3 P)</p>	
<p>SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ RIZIKA (5)</p>	<p>„To pak je potřeba říct řidičovi, aby dával pozor a přizpůsobil jízdu.“ (R2 V)</p> <p>„Samozřejmě pak řeknu řidičovi, ať zpomalí a jede opatrně. A zas pokud posazuju dítě mámě do klína, tak to nebude nic dramatického, takže se jede třeba i bez majáků a v klidu se dojede až do nemocnice, aby to bylo v uvozovkách co nejvíce bezpečné, ale nemělo by to tak být.“ (R4 P)</p>	

4.OTÁZKA KATEGORIE POSTOJ K LEGISLATIVĚ	ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ	POZNÁMKY
VŠEOBECNÁ ZNALOST (12)	<p>„Tamto to je vyhláška a úplně nevím, jestli z jakého to je roku, jestli tam není nějaká nová novela, která to ještě dál doupravuje. Ale ono vesměs selským rozumem si z toho vyvodíš, že se musejí poutat ne?... že se v nějakých situacích nemusí poutat apod.“ (R2 LZS H)</p>	
BEZPEČNOST NA 1. MÍSTĚ (5)	<p>„Ale co se týče toho transportu dítěte, snažit se o maximum zajistit bezpečnost.“ (R3 V)</p> <p>„Rozhodně ať to je výjimka, nebo není, tak je to o svědomí toho záchranáře a říkám ze svých vlastních zkušeností a svých zásad – jako myslím, že já konkrétně dost improvizuju, ale co se týče fixace dětí, tak by mě to ani nenapadlo.“ (R1 P)</p>	
LIMITY LEGISLATIVNÍ ÚPRAVY (6)	<p>„Je to PNP, to prostě nejde nikde sepsat... Myslím, že je to i nereálné, aby to někdo sepsal a ve výsledku by se to stejně porušovalo, protože ty situace jsou tak různé, že by to nešlo obsáhnout. Je to těžké, dát nám zase úplně zákonnou volnost to nejde, protože to by pak nemělo žádnou právní oporu, zkrátka tohle řešit je vyšší dívčí.“ (R4 P)</p> <p>„..., celkově si myslím, že legislativa pro urgentní medicínu, konkrétně pro zdravotnické záchranáře je nedostačující.“</p> <p>„...z hlediska toho transportu si myslím, že tam jsou jako nějaké určité... určité body tam jsou, ale pak je otázka, jak se to bude řešit z hlediska znaleckých posudků... to je právě to, že pokud je pacient v kritickém stavu, to je to o čem já říkám, tak to ten člověk nemá právě moc čas řešit, ale aspoň základní, co my jsme schopni udělat a jet, a ne že my tam budeme hodinu čekat, než tatínek přiveze autosedačku z práce, takže tam pak narážíme na tohle. Ošetřený to úplně není a nemyslím si, že je to úplně dostačující.“ (R6 P)</p>	<p>Z některých respondentů jsem cítila, že mají ambivalentní postoj k legislativě a necítí v ní oporu.</p>
LIMITY ZÁKONODÁRCŮ (7)	<p>„No to si určitě nemyslím, protože většinu téhle věci sestavují lidi, kteří nemají zase takovou zkušenost z terénu a nikdy nejsou na tom místě... Ani by to nešlo vymyslet... Do toho se nikdo nepustí, to by muselo dojít úplně</p>	

	<i>kompletně ke změně zákona, a to nikdo neudělá.“ (R1 V)</i>	.
4.OTÁZKA KATEGORIE VLIV NA POSTUP ZÁCHRANÁŘŮ	ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ	POZNÁMKY
VNITŘNÍ PŘEDPISY (3)	<p><i>„ ..., sice to tam je dané, že v některých situacích se nemusíš poutat, ale my tady máme vnitřní předpisy, které nám říkají, že musíš. Pokud sedíš vzadu, tak se v těch nečekaných situacích můžeš odpoutat, ale je to zase o komunikaci s řidičem.“ (R2 V)</i></p> <p><i>„My to máme zase dané dodatkem ředitele a vnitřními předpisy a směrnice, že se poutat musíme. Jo prostě neexistuje, aby pás měli jakoby zacvaknutý, aby jim to nepípalo. Pokud se v nějaké chvíli potřebuje zdravotník odpoutat, tak musí dopředu říct, že je nepřipoutaný a musí se upravit rychlost.“ (R2 H)</i></p>	
NUTNOST IMPROVIZACE V PNP (8)	<p><i>„Ale v tom terénu to zkrátka někdy prostě nejde. Tam si člověk musí umět poradit, musí improvizovat.“ „ ... tam hraje roli místo, místo na práci. Jakoby toho pacienta řešíte hned teď, různé nehody u řek a podobně, ...“ (R3 P)</i></p> <p><i>„ ...pokud řidič nebude moct kvůli dopravní situaci zastavit a bude to možné až po 1 km a já budu potřebovat třeba defibrilovat, tak přeci nebudu čekat, to musí být hned teď. A člověk nad tím ani v tu chvíli nepřemýšlí, prostě potřebuješ jednat teď hned, tak jednáš.“ (R5 P)</i></p>	
ŠKOLENÍ (6)	<p><i>„Míváme na to školení, nebo spíš školení řidičů a záchranářů, kteří řídí, a to školení je jednou za rok, kde s námi mimo jiné probírají i legislativu, v jakých situacích se záchranáři mohou odpoutat, ale stejně z toho vyjde, že prostě pacient nesmí jet bez připoutání.“ (R6 V)</i></p> <p><i>„My máme školení, máme školení i s právníkama, kde s právníkem rozebíráme různé právní věci, co můžeme, co nemůžeme.“ (R3 P)</i></p>	

4.OTÁZKA KATEGORIE PREVENCE	ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ	POZNÁMKY
<p>KOMUNIKACE V POSÁDCE (9)</p>	<p><i>„Jako ti řidiči mají strašnou zodpovědnost. Za sebe, kolegy, a ještě pacienty a celé té situace na silnici... Na druhou stranu bych jako zmínila, že je potřeba aby ten řidič taky trochu přemýšlel, když tu práci dělá. Je to i o komunikaci mezi sestrou a řidičem, aby mu řekla, ať zpomalí...“ (R6 P)</i></p> <p><i>„... je nutné informovat řidiče, který zvolní a přizpůsobí tomu jízdu. Zavčas se musí brzdit, opatrně, ale musí ten záchranář hlásit jo.“ (R3 P)</i></p>	<p>Mnoho respondentů zmiňovalo velký význam dokumentace z hlediska jejich krytí v případě vzniklé nežádoucí události.</p>
<p>DOKUMENTACE (8)</p>	<p><i>„Tam je to potom hlavně o dokumentaci, tam musí být napsané kam co a proč si to takhle udělal.“ „Pokud bude nedobře napsané dokumentace, tak vás stejně nikdo neobhájí.“ (R4 LZS V)</i></p> <p><i>„...tam je to potom o dokumentaci. Z forezního hlediska, co je psáno, to je dáno. To je vlastně jediný papír, který nás kryje, takže na to se dbá, aby tam všechno bylo, protože kdyby něco, tak po čem prvním se půjde je ta dokumentace.“ (R6 V)</i></p>	<p>Do dokumentace mimo běžných náležitostí zapisuje R3 V například i verbální napadání od pacienta. Respondent z kraje P zmínil, že sice na školeních dostávají pokyny všechno zaznamenávat do dokumentace, ale že jim nikdo neřekl, jak a co přesně do dokumentace zaznamenávat. Nedostali informace, jak by správná dokumentace, v které by měli oporu, měla vypadat.</p>

<p style="text-align: center;">VNITŘNÍ PŘEDPISY (3)</p>	<p>„Tady jsou nějaké snahy udělat vnitřní předpisy, jako něco jde, něco vám usnadní práci. Jako možná bych dal plošně, aby všichni řidiči byli připoutaní, protože tam není důvod proč by nebyli.“ (R4 LZS V)</p>	
<p style="text-align: center;">BEZPEČNOST NA 1. MÍSTĚ (5)</p>	<p>„Vždycky je pravidlo, ať ležící, nebo sedící pacient musí být vždycky připoutaný. A to neznamená jenom nohy a pas, ale hlavně ramenní pásy, protože je dost případů, kdy to skončilo velmi špatně. Rozhodně i personál se musí poutat.“ (R2 LZS H)</p>	<p>U ZZS H velmi často kontrolují poutání personálu inspektoři provozu.</p>
<p style="text-align: center;">5.OTÁZKA KATEGORIE KOMUNIKACE</p>	<p style="text-align: center;">ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ</p>	<p style="text-align: center;">POZNÁMKY</p>
<p style="text-align: center;">OKOLNOSTI (9)</p>	<p>„Záleží, co je to za rodinu a z jaké sociální vrstvy. Také jestli je to první dítě, nebo několikáté, jestli je to první úraz, nebo už mají zkušenost.“ (R1 V)</p>	
<p style="text-align: center;">OSOBNOST ZÁCHRANÁŘE (12)</p>	<p>„Jsme lidi různí, někdo naštvaný, že má za den sedm zbytečných výjezdů. Jako být slušný, ale být zároveň asertivní.“ (R4 LZS V)</p> <p>„Jako já si myslím, že už to musí být v tom člověku.“ „...samozřejmě člověk s časem otupí, jako je to tak, ale už to musí být v tom člověku.“ „Můžou vám rupnout nervy, ale taková ta, že vás obtěžuje jenom to, že na ten výjezd musíte jet, pak na ně začnete ječet už mezi dveřmi, byť ještě ani nevíte co tomu pacientovi je, tak si myslím, že by to nemělo být.“ (R6 P)</p> <p>„Prostě jsme lidi, člověk se nemůže pořád smát no a kolikrát stačí blbá poznámka a problém je na světě.“ (R2 LZS H)</p> <p>„Na to žádný postup neexistuje a nebude existovat, protože je to o lidech a kolikrát i o dokazování jejich ega před ostatními.“ (R3 P)</p> <p>„Ta komunikace je člověk od člověka, pokud v sobě tu komunikaci nemá, takové to sociální citění, takovou tu empatii, tak to se nenaučí žádnými školeními.“ (R5 V)</p>	

<p style="text-align: center;">WORKSHOPY (11)</p>	<p><i>„Míváme školení ohledně komunikace, na týmovou spolupráci, máme peery, máme interventy...“ (R3 V)</i></p> <p><i>„My na tu komunikaci máme i školení – komunikaci s pacientem...a vždycky když vyjde ven jako že je někde problém v komunikaci, na postupu posádky, tak vždycky na to.. ten problém se sleduje, na to se zaměří a udělá se školení. Není to jen tak ledabyhle.“ (R4 LZS H)</i></p> <p><i>„Možná by byly dobré i workshopy přímo na komunikaci s dítětem, abychom uměli z nich dostat potřebné informace, zklidnit je.“ (R5 P)</i></p> <p><i>„Bylo by fajn pro ty lidi, kteří nejsou zvyklí mluvit s těma pacientama, tak právě naučit je podávat základní informace pacientům v tom základním balíčku...“ (R6 P)</i></p> <p><i>„A i ten zájem záchranářů, to je otázka.“ (R1 P)</i></p> <p><i>„Workshopy se dělají, ale nikdo to dělat nechce. Většinou se toho ujmou ti mladí. Jo rok dva na záchrance. Skvěle funguje dispečink na tyhle workshopy, takže se to dělá.“ (R3 P)</i></p>	<p>Odpovědi na otázku ohledně workshopů na mě působili spíše tak, že zájem o školení v komunikaci není ze strany záchranářů velký. Z některých jsem měla pocit, že jsou rádi, že školení nejsou tak častá, nebo povinná.</p> <p>Respondentka č.1 P by byla pro, aby se na komunikaci pracovalo, ale není si jistá, jak takové workshopy pořádat, aby byly úspěšné a účastníci si z nich odnesli mnoho zkušeností.</p>
<p style="text-align: center;">ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST (3)</p>	<p><i>„Myslím, že i ty nedorazy vznikají z toho, že veřejnost jsou většina laici ve zdravotnictví, nebo většina kouká na ty seriály, ...“ (R4 LZS H)</i></p> <p><i>„Ano my můžeme chodit na školení, ale myslím si, že by tam trošku měla být osvěta stran toho pediatra vůči těm rodičům, anebo celkově nějaká ta výchova ke zdraví na středních školách, nebo já nevím co teď mají. Tak ať jim to tam daj.. nějaký ty základy by měli mít. Pak se s nimi opravdu těžko komunikuje. Pak se to řeší tak – v pořádku, pojdte, odvezeme a je vyřešeno. Tam pak</i></p>	

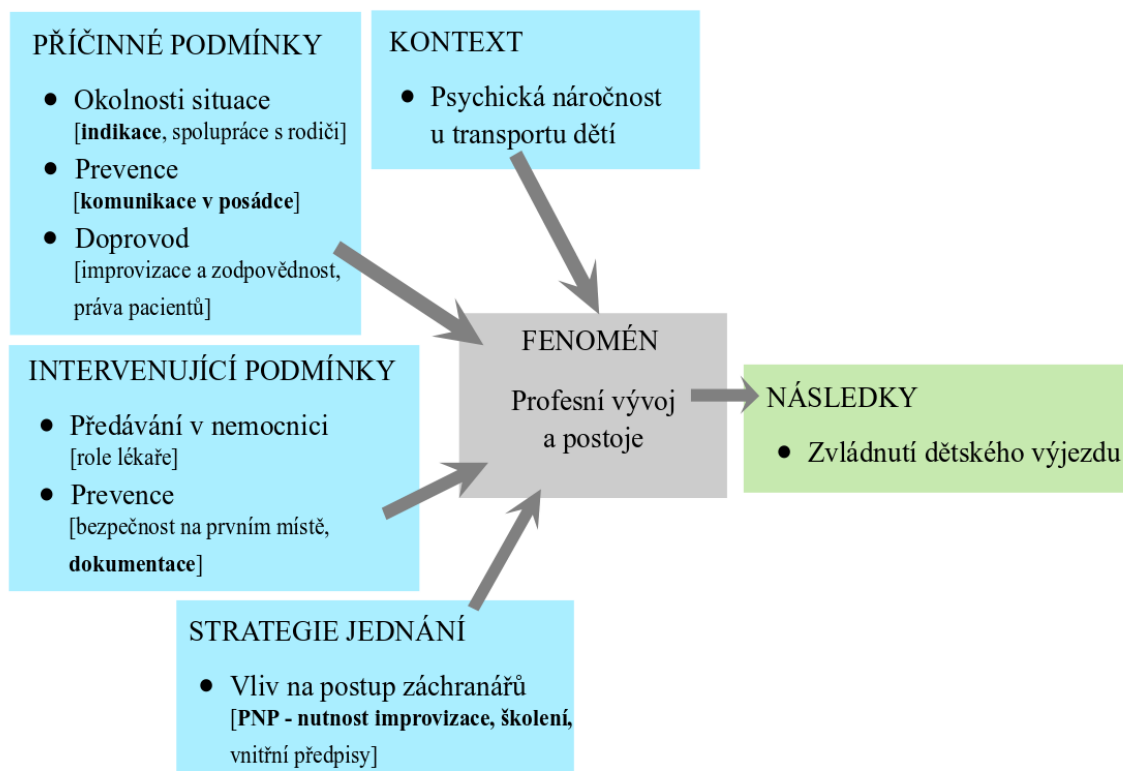
	<p><i>nemá cenu jít do nějakých konfliktů, kor v dnešní době.“ (R4 P)</i></p> <p><i>„Jakmile nastane problém tak v dnešní době ti rodiče jsou hned hysteričtí, všechno zveličujou. Maminka si na internetu přečte tohle a tohle a my tam přijedeme a hned nám hážou diagnózy.“ „A i pokud to dítě na sebe nenechá šáhnout, tak je to potom z mého pohledu špatně vychovaný jo. Ten rodič ho musí usměrnit“.</i> (R5 P)</p>	
<p>KRYŠTŮFEK (6)</p>	<p><i>„Vozíme Kryštůfky, který jsou skvělý pro ty děti a když dojdou Kryštůfci, tak kdokoliv z nás dotáhne plyšáky a rozdáváme plyšáky.“</i> (R1 P)</p> <p><i>„... , ani se ho nebojí, funguje úplně bombově. Jako někdy nefunguje, jsou vystresovaný a je jim to úplně jedno, ale jindy úplně skvěle. Dostali plyšáka a byl klid.“</i> (R3 P)</p> <p><i>„Kryštůfka máme. Boj se ho kolikrát, oni mají ty velké oči.“</i> (R2 V)</p>	
<p>ZÁKLAD ÚSPĚCHU (4)</p>	<p><i>„Já myslím, že je to základ úspěšného výjezdu, pokud jak pacientovi, tak i rodičům vysvětlíte co děláte, proč to děláte, kam jedeme, tak to předejde spoustě konfliktů, takže na té komunikaci my si zakládáme.“ „... a opravdu se mi kolikrát vyplatilo dát si ten čas a opravdu všechno vysvětlit.“</i> (R5 V)</p> <p><i>„...komunikace s pacientem a jeho rodinou je tak 80 % naší práce.“ „Ta komunikace dělá si myslím takový ten výsledek naší práce. A většina lidí reaguje na to, jak vy s nima mluvíte.“</i> (R6 P)</p>	
<p>BEZPEČNOST NA 1. MÍSTĚ (2)</p>	<p><i>„...jsou skupiny lidí, kterým to nevysvětlíte, ale základ je v klidu, žádná agrese, protože jak je to potom když je jeden agresivní... tam se to potom stupňuje, a i ten druhý začíná být agresivní, takže je potřeba to řešit v klidu. Samozřejmě pokud to nejde v klidu, tak to je věc druhá.“</i> (R6 V)</p> <p><i>„My tam nejsme od toho, abychom pacifikovali pacienty. Pokud oni už vypadají, že už to nezvládneme my jako posádka</i></p>	

	<p><i>s komunikací, tak si voláme policii na místo a oni tam jsou od toho, aby pacifikovali pacienta. To si možná někteří kolegové pletou, podle toho, co vyprávějí jiní kolegové. A to mi přijde jako špatný postup.“ (R5 V)</i></p>	
<p>OCHOTA ZLEPŠOVAT KOMUNIKACI (6)</p>	<p><i>„Tak pracovat se dá na všem a záleží strašně na člověku.“ (R1 V)</i></p> <p><i>„Určitě by se na tom dalo pracovat. Nejen my, ale i ti rodiče.“ (R5 P)</i></p> <p><i>„No samozřejmě, protože nejvíc stížností, dokážu si tvrdit i celorepublikově, není na postup, ale na komunikaci. Myslím, že i klidně 90 %.“ (R4 LZS H)</i></p> <p><i>„Vždycky, vždycky. Protože jak říkám, je to o lidech a jejich stupni vyhoření.“ (R3 P)</i></p>	
<p>5.OTÁZKA KATEGORIE DOPROVOD</p>	<p>ČÁST TRANSKRIPCE ROZHOVORŮ</p>	<p>POZNÁMKY</p>
<p>CHCEME RODIČE (12)</p>	<p><i>„Vždycky. Nepamatuju si situaci, kdy bychom ho nebrali.“ (R2 V)</i></p> <p><i>„Je to vázané na tom, jak je to dítě velké, jaký je stav, jak jsme vzdálení od základny, kvůli spotřebě paliva... jako je tam hodně faktorů, ale snažíme se vyhovět. Ptáme se pilota, ten má v tomto rozhodující slovo.“ (R4 LZS V)</i></p> <p><i>„...spousta studií ukazuje, že i když během transportu, nebo následné péči to dítě zemřelo, tak ti rodiče to potom daleko líp snášejí, když vidí, co se děje v tom smyslu, že oni o něm makali celou cestu a stejně to neklaplo, než když se zavře sanitka a odjedou a oni si potom řeknou – no Bůh ví co tam s ním dělali, takže pro toho rodiče je určitě lepší, když jede. I kdyby ti měl celou cestu nadávat dělej něco a tak ..., (R1 P)</i></p> <p><i>„A i ta nemocnice po nás vyžaduje doprovod, protože pokud já dojedu s nezletilým pacientem do špitálu, tak první, co se mě zeptají, proč jsem nevzal matku, nebo proč nepřijela. My se případně snažíme sehnat</i></p>	

	<i>kontakt na rodiče, aby následně dojeli do nemocnice a byli informováni“.</i> (R4 P)	
LÉKAŘ ROZHODUJE (3)	<i>„Musí si to nechat vysvětlit no... snažíme se jim to zdůvodnit a vysvětlit, ale v konečné fázi je to rozhodnutí lékaře.“</i> (R3 V)	
IMPROVIZACE A ZODPOVĚDNOST (5)	<i>„Oni jsou v podstatě dvě možnosti. Buď jede rodič s námi v sanitě a pokud to stav dovoluje, tak s ním sedí vzadu, nebo může jet svým autem za námi. A když je to dítě špatný, tak může jet s řidičem v ervěčku, aby neslyšel monitor, nebo kdyby ta situace opravdu nebyla vhodná.“</i> (R5 P)	
PRÁVA PACIENTŮ (5)	<i>„No oni na to mají hlavně právo, ale jde především o to dítě, pro něho je to dobré, když tam rodič je.“</i> (R3 V)	

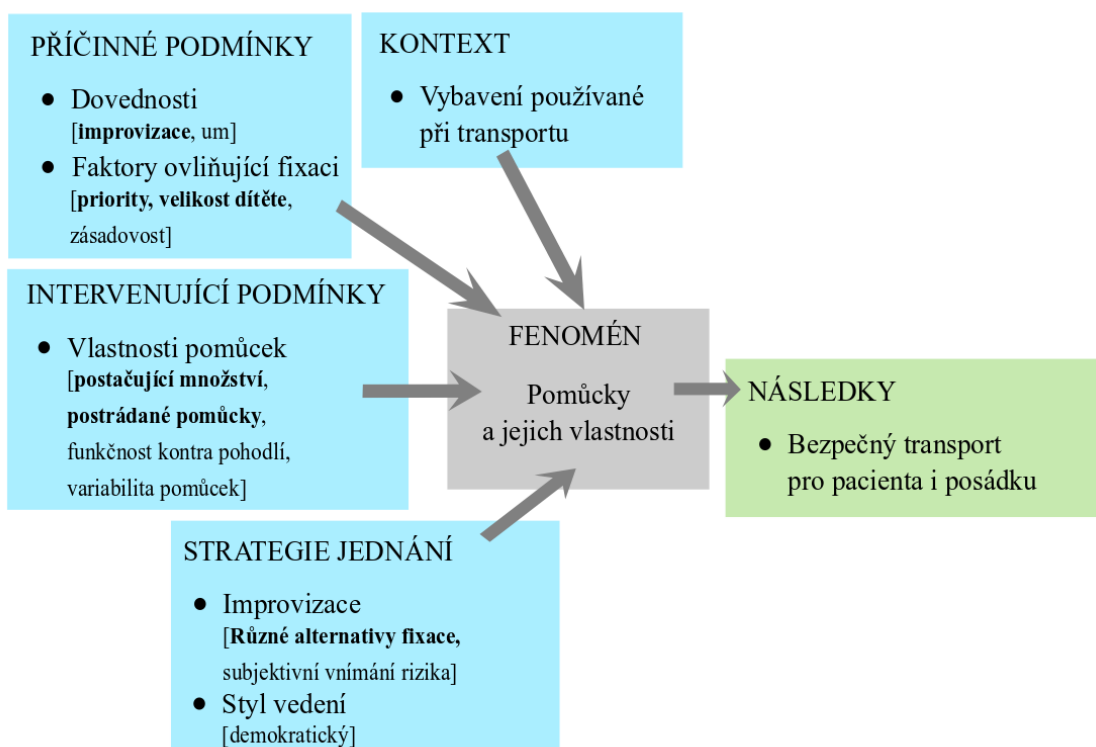
6.2 Výsledky axiálního kódování

V průběhu axiálního kódování vznikly v souvislosti s průzkumnými otázkami dva soubory sledovaných fenoménů, které jsou představeny pomocí obrázců níže v textu. Stručný popis každého fenoménu se nachází pod každým obrázkem (viz. *Obrázek 1, Obrázek 2*). Tučným písmem jsou zvýrazněné kódy s velkou četností výskytu.



Obrázek 1 – Axiální kódování průzkumná otázka č. 1

V kontextu psychické náročnosti transportu dětí vznikl fenomén, který je tvořený nejsilnějšími vztahy kódů. Fenomén *Profesní vývoj a postoje* má největší zastoupení v kódech: **zkušenosti s dětmi pracovní/mimopracovní, nadhled a osobnost záchranáře**. Dále pak **všeobecná znalost, bezpečnost na 1. místě, limity legislativní úpravy a limity zákonodárců**.

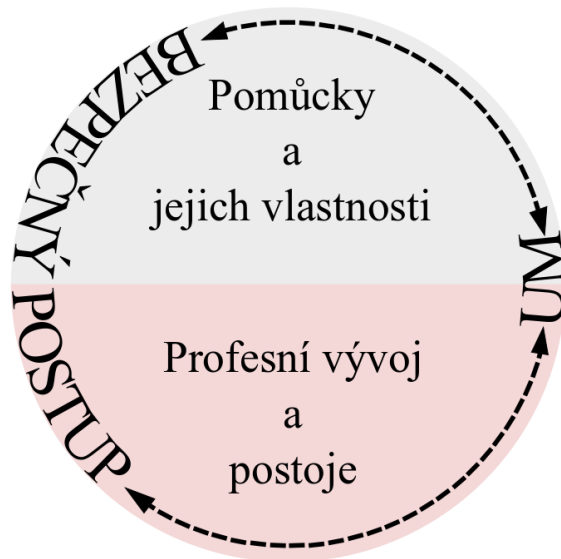


Obrázek 2 – Axiální kódování průzkumná otázka č. 2

V kontextu používaného vybavení při transportu vznikl fenomén – *Pomůcky a jejich vlastnosti*, kterému daly za vznik kódy s nejpočetnějším zastoupením a mají tak nejsilnější vliv. Jsou jimi: **legislativa – základ, rozdíly v batozích**. Dále pak **lehátko, různé alternativy fixace a pomůcky na základně**.

6.3 Výsledky selektivního kódování

Obrázek číslo 3 znázorňuje zobrazení dvou jevů – *um* a *bezpečný postup*, které vznikly při procesu selektivního kódování.



Obrázek 3 – Selektivní kódování

7 DISKUZE

V této kapitole je téma průzkumné části zpracováno s ohledem na průzkumné otázky a jejich vztah k výše uvedeným výsledkům. Otevřené kódování v tabulkách výsledků umožnilo pomocí kódovaného textu a doslovné transkripce interpretovat hlavní myšlenky, zkušenosti a názory zaznamenané v rozhovorech se záchranáři. Následné axiální kódování zobrazilo vztahy mezi jednotlivými kategoriemi kódů a kódy samotnými. Z výsledků těchto analýz lze vyčíst, za jakých podmínek vzniká určitý fenomén, jaké jsou jeho vlastnosti a jakých následků je docíleno za použití zmíněných strategií jednání. Hlubší analýza dat a neustálé porovnávání dala v průběhu selektivního kódování za vznik dvou výrazných jevů, které „drží“ celý kontext analýzy pohromadě a vystihují ho. Jev *um* vystihuje schopnosti záchranářů, jakými mohou být reakce na situaci (také reakce v komunikaci), adekvátní využití získaných zkušeností či správné použití fixační pomůcky. Jev *bezpečný postup* doprovází každou činnost záchranářů, kterou zajišťují – nejen bezpečí pacienta, ale i svou (např. i z právního hlediska). Můžeme tedy říci, že těmito dvěma jevy lze interpretovat zkušenosti záchranářů v našem průzkumném souboru.

První průzkumná otázka zněla: Jaké zkušenosti mají zdravotničtí záchranáři s psychickou náročností u transportu dětí? S touto otázkou souvisely v rozhovorech okružové otázky č. 1, 4 a 5 (*Příloha E*). Výsledky axiálního kódování ukazují, že psychická náročnost dětského výjezdu se u našeho souboru respondentů odvíjí zejména od získaných zkušeností s dětmi (mimopracovních i souvisejících s prací), osobností záchranáře, indikace a okolností výjezdu.

V souvislosti s okružovou otázkou č.1, týkající se psychické náročnosti výjezdu k dítěti, vzešly tyto poznatky: **Záchranáři, kteří jsou rodiči, nebo mají blízkého příbuzného v dětském věku tento stav sami v rozhovoru zmiňovali, stejně tak i to, že je tato okolnost při výjezdu ovlivňuje.** Například výjezd k dítěti v podobné věkové kategorii snáší mnohem obtížněji. Celkem 7 respondentů uvedlo, že u nich dětský výjezd zvyšuje hladinu adrenalinu, 9 respondentů zmínilo **zvýšenou aktivitu až dle indikace a závažnosti stavu.** Polovina záchranářů odpověděla, že se v péči o dětského pacienta pravidelně vzdělává formou školení, avšak k významu školení mají ambivalentní postoj. **Většina díky školení získává nadhled a jistotu v poskytování péče, ale pro část respondentů zůstává, i přes absolvování školení, dítě stejným stresovým faktorem.** Na zvýšenou aktivitu má také vliv celková menší četnost výjezdů k dětem ve srovnání s výjezdy k dospělým. Respondenti z LZS se shodují, že se k vážným dětským stavům dostanou častěji než pozemní posádky.

Další psychicky náročnou situací v PNP může být předávání pacienta v nemocnici. Sloužící lékař na oddělení, na kterém předávání probíhá, je dle osmi respondentů faktor, který určuje, jestli je předání dětského pacienta komplikované či ne. **Tři respondenti ze stejného kraje nezávisle na sobě odpověděli, že předání na jednom konkrétním dětském oddělení, bývá velmi nepříjemné.** Čtvrtina respondentů označila předání jako přímo stresující, pouze 4 označili, že předávání není stres.

Převoz dětského pacienta s ohledem na legislativní úpravy, byl obsahem 4. okruhové otázky v rozhovorech. Zde bylo cílem zaznamenat zkušenosti, postoje a znalosti respondentů. Z rozhovorů lze usoudit, že všichni dotazovaní alespoň v minimálním rozsahu vědí, co jim zákon ukládá. **Vědí, jaké jsou jejich povinnosti, práva a co si „mohou dovolit“.** Na druhou stranu, byl pro opakovaně uváděné legislativní limity ve výsledcích, vytvořen samostatný kód. Složitost tvorby legislativy, zahrnující velkou variabilitu stavů v PNP, naznačuje jednoznačná shoda všech respondentů v této otázce. Dle respondentů není myslitelné vytvořit dokument obsahující požadovaný postup pro všechny stavy, se kterými se setkávají záchranáři v praxi. (viz. kód *Limity zákonodárců*).

Závěrečná, 5. okruhová otázka, se zabývala zkušeností s psychickou náročností týkající se komunikace s rodinou. Hlavním zjištěním bylo, že **všichni respondenti doprovod k dítěti chtějí a dělají vše pro to, aby byl možný,** přestože to je někdy velmi komplikované. U LZS je doprovod možný, ale zde hraje roli více faktorů, ve smyslu povětrnostních podmínek, zatížení vrtulníku apod. V tomto kontextu je však nutné doplnit, že pokud vzlétá vrtulník, tak je stav pacienta obvykle tak vážný, že rodiče sami odmítnou dítě doprovázet. U pozemní posádky zmiňovali záchranáři tři způsoby převozu doprovodu: na sedadle v zadním prostoru vozidla s pacientem, ve vozidle RV, které jede za vozidlem RZP, nebo v kabině vedle řidiče, což však může způsobit problémy. Toto sedadlo není pojištěné pro převod doprovodu a pokud řidič takovou jízdu umožní, nese za toto rozhodnutí plnou zodpovědnost.

Co se týče komunikace s rodiči 9 záchranářů uvedlo, že záleží na stavu pacienta, v jakém prostředí se nachází nebo z jaké sociální skupiny pochází. Všichni respondenti se shodli, že schopnost komunikace se odvíjí od osobnosti záchranáře. Avšak pouze polovina z nich považuje za nutné a byla by ochotná na ni pracovat. Anastázie Hořínková ve své práci *„Komunikační dovednosti v praxi zdravotnického záchranáře“* (2017) uvádí, že 75 % respondentů, účastnících se jejího průzkumu uvedlo, že považuje komunikační dovednosti záchranáře za velmi důležité a 25 % za středně důležité. 61 % respondentů by se dalšího

vzdělávání v komunikaci zúčastnila, pokud by taková možnost ze strany zaměstnavatele vznikla. Pro porovnání s výsledky mé práce 33 % záchranářů uvedlo, že komunikace záchranáře je základem pro zdařený výjezd a ½ respondentů je ochotná se v komunikaci zlepšovat. Ze získaných výsledků usuzuji, že pokud bych se v otázkách více zaměřila na váhu komunikace v PNP, dosáhla bych podobných výsledků, protože nikdo z respondentů neodpověděl, že by považoval komunikaci za nedůležitou a polovina z nich projevila zájem na komunikaci pracovat. Pokud se vrátíme k našemu průzkumu, 3 záchranáři poukázali na to, jak **komunikaci ovlivňuje nedostatečná zdravotní gramotnost veřejnosti, kterou je potřeba zlepšovat**. Otázkou zdravotní gramotnosti veřejnosti se zabýval online průzkum autorů Pleskota a Rusové s názvem *Internet – hrozba, nebo naděje české zdravotní gramotnosti*, který publikovali v časopise Kontakt (2018, roč. 20, č.4). Jejich cílem bylo zmapovat, kam se uživatelé internetu obracejí jako první v případě hledání odpovědi v otázkách zdraví, zda na internetu hledají pomoc s onemocněním nebo zda se pomocí internetu vzdělávají v otázkách zdraví. Cituji: „V online průzkumu bylo zjištěno, že 68 % z 1 013 dotazovaných preferuje jako první volbu pro hledání odpovědi v otázkách týkajících se zdraví internet; 45 % dotázaných pak hledalo pomoc s akutními potížemi a pouze 29 % uvedlo, že se na sledovaných internetových stránkách vzdělávají.“. Respondenti v mém průzkumu poukazovali na stejnou oblast, tedy že veřejnost hledá odpovědi více na internetových diskuzích, než aby se v ní aktivně vzdělávala.

Druhá průzkumná otázka zněla: Jaké zkušenosti mají záchranáři s vybavením používaném při transportu dětí? S touto otázkou souvisely v rozhovorech okružové otázky č. 2 a 3. Axiálním kódováním bylo zjištěno, že používání pomůcek se odvíjí od jejich vlastností a od dostupných prostředků pro transport (společně s legislativními podklady), na jejichž použití má vliv dovednost záchranáře, zásady pro používání a situace na místě události.

V souvislosti s okružovou otázkou číslo 2, týkající se obecné vybavenosti vozidel či vrtulníků ZZS pro děti, vzešly tyto poznatky:

Všechny posádky mají vybavení dopravních prostředků podle platné legislativy – lze tedy říci, že **mají stejný základ**. Avšak nejen mezi kraji, ale i mezi jednotlivými výjezdovými posádkami ve stejném kraji byly shledány rozdíly. Mnozí na základě vlastní iniciativy a dle svých zkušeností doplňují vozidla pomůckami, které jim pomáhají při práci s dětmi (např. dlahy pro fixaci kanyl). **Velké odlišnosti mezi ZZS V, P a LZS H, byly v uspořádání pomůcek do batohů**. Kraj V používá 2 batohy: „červený“ klasický výběhový batoh a „zelený“ vybavený pomůckami pro zajištění kritického pacienta (zajištění DC apod.). Kraj P má 3 batohy: „červený

výběhový“, „modrý pro zajištění DC + ampulárium“ a tzv. „žlutý KINDERBATO“ s pomůckami pro zajištění dítěte. LZS H má jeden velký batoh, který obsahuje všechno vybavení, uvnitř rozdělený po sekcích (DC, zajištění žíly atd.). Názory záchranářů na odlišné založení batohů jsou rozdílné, ale většina respondentů z krajů V a LZS H, se bez přímé otázky na rozdělení batohů shoduje, že mít věci ve třech batozích se zdá zbytečně komplikované a jejich uspořádání jim vyhovuje.

Téměř všem našim respondentům se zdá být vybavení pomůckami dostatečné, přesto někteří využili prostoru pro návrh na jejich zlepšení. Nutno vyzdvihnout, že záchranáři z kraje V i P poukazovali na fakt, že **porodnický balíček se zdá být nedostatečně vybavený materiálem pro dostatečné osušení novorozence a jeho následného udržování v tepelném komfortu. V obou krajích respondenti postrádají u RZP posádek ventilátory, které by umožňovaly sestavit okruh pro ventilaci novorozenců a malých dětí.** ZZS kraje P oproti ZZS kraje V nedisponuje převozovým inkubátorem. Kraj V má převozový inkubátor na jedné z výjezdových stanic a v případě potřeby jej poskytuje ostatním výjezdovým posádkám. Dominika Drymlová ve své práci *„Rizika u novorozenců narozených mimo zdravotnické zařízení“* (2019) získávala zkušenosti záchranářů s porody v terénu. Součástí otázek byla i otázka na zhodnocení používaných pomůcek u porodu a vybavení sanit. Získané odpovědi se shodují s odpověďmi respondentů mého průzkumu – vybavení porodnického balíčku je dostatečné, ale mnozí by uvítali více materiálu pro udržování tělesného komfortu novorozence. V případě potřeby musejí improvizovat. Cituji odpovědi respondentů z práce Dominiky Drymlové: *„Běželi jsme k porodu s porodnickým balíkem, který máme v sanitním vozu. Vše potřebné jsme v něm našli. K zabalení dítěte se potom dá použít jakékoliv oblečení. Je to o improvizaci.“*, *„Když jsme rodili v té sanitce, použili jsme porodnický balíček. S tím, co se v balíčku nachází, jsem byl spokojen. Akorát jsem postrádal víc plen na zakrytí dítěte.“*

Okruhová otázka č.3 se zabývala vybavením vozidel/vrtulníků z hlediska bezpečné fixace dítěte během převozu a přinesla tyto poznatky:

ZZS kraje V má ve všech vozidlech k dispozici lehátko s dětským zádržným systémem, kraj P těmito lehátky také disponuje. Z rozhovoru se záchranářem LZS kraje H vyplynulo, že v jejich kraji vozí každá sanita dětský zádržný systém, který vypadá jako vakuová matrace, a následně se i s dítětem nechá připevnit k nosítkům. LZS si tento systém v případě potřeby půjčuje od pozemní posádky.

Co se týče fixace dítěte, respondenti velmi dbají na dodržování zásad bezpečného transportu. Bohužel je někdy stav dítěte nebo celková situace nutí improvizovat. **Pokud si však situace žádá porušení pravidel, vždy se snaží udělat vše, aby byl transport bezpečný.** Rizika spojená s profesí zdravotnického záchranáře ve své práci „*Rizika práce záchranáře a jejich eliminace*“ (2017) zkoumal Jan Rejman. Ve své práci uvádí, že 10 % z celkového počtu úrazů ZZS souvisí právě s úrazy spojenými s dopravními nehodami. Dále cituji: „*Eliminace rizika dopravní nehody je velmi složitá, jelikož tento rizikový faktor ovlivňuje mnoho jiných účastníků silničního provozu. Ke zmírnění tohoto rizika přispívají pravidelná školení řidičů sanitních vozů, vysoká profesionalita těchto řidičů a jejich charakterové vlastnosti. Chování ostatních řidičů na pozemních komunikacích ale bohužel nejde ovlivnit*“. Jako závěr je v tomto ohledu podle mne nejvíce výstižné sdělení R4 LZS V, vyjadřující uvědomění záchranáře o nutnosti bezpečného transportu, ale zároveň jeho bezmoc v přednemocniční neodkladné péči, se kterou se potýká, tj. otázka bezpečnosti a legislativy, proti otázce stavu pacienta. Cituji: „*Je to vždycky alternativa, která je něčím nedokonalá, uvědomujeme si, že je to non lege artis.*“

Prvotní předpoklad, že pro každou věkovou kategorii mají respondenti speciální zádržný systém, do kterého dítě fixují. Tento předpoklad byl po prvních uskutečněných rozhovorech vyvrácen. **Záchranáři prakticky postupují třemi způsoby, které se odvíjí podle velikosti dítěte.** Pro nejmenší využijí buď „vajíčko“ (které mají na základně, nebo volí alternativu a půjčují si ho od rodiny), nebo zádržný systém v lehátku. Pokud je to dítě větší, připoutají ho na lehátko klasickým způsobem jako dospělého pacienta. Častou alternativou je využití vakuové matrace, ze které záchranáři udělají kolíbkou a k sedadlu ji připoutají bezpečnostními pásy. O této alternativní fixaci pojednává práce Kateřiny Lančaričové „*Možnosti transportu dětí záchrannou službou*“ (2010), kde v otázce zajištění dítěte během převozu v novorozeneckém, kojeneckém a batolecím věku zjistila, že vytvořená kolébka z vakuové matrace je mezi respondenty v Moravskoslezském a Jihočeském kraji nejoblíbenější variantou.

8 ZÁVĚR

V teoretické části mé bakalářské práce jsem se v souladu s cíli v první polovině zaměřila na profesi zdravotnického záchranáře, vybavenost dopravních prostředků ZZS, organizaci výjezdových skupin a úvod do legislativní problematiky zabývající se transportem pacienta. Druhá polovina tvoří teoretický podklad orientovaný na dětského pacienta a komunikaci s ním. V praktické části jsem se pomocí průzkumných otázek a vlastního průzkumu snažila dojít ke stanoveným cílům a zmapovat tak problematiku transportu dětského pacienta v PNP u pozemních a leteckých posádek ZZS.

Praktická část probíhala formou polostrukturovaných rozhovorů s odborníky z praxe, kteří zastupovali zdravotnické záchranné služby tří vybraných krajů. Z výsledků u mého souboru respondentů vyplývá, že celková psychická náročnost transportu dětského pacienta pro zdravotnické záchranáře závisí na faktorech, jakými jsou okolnosti situace (indikace a chování pacienta či jeho blízkých v místě události), dosavadní zkušenosti záchranářů s dětmi a četnost dětských výjezdů. Míru psychické zátěže ovlivňuje také fáze předání pacienta v nemocnici, kdy se zátěž orientuje na roli přijímajícího lékaře. Za účelem eliminace psychické náročnosti mají některé kraje k dispozici školení zaměřené na dětské pacienty, komunikaci a související legislativu. Pozitivní dopad jejich absolvování jde ale vždy ruku v ruce se zájmem záchranáře se vzdělávat. Můj předpoklad, že dítě v PNP se automaticky rovná stresové situaci, se na základě mých výsledků práce nepotvrdil.

Při zjišťování zkušeností s používanými pomůckami a transportními prostředky, byly zjištěny pouze malé rozdíly ve vybavení mezi kraji. S vybavením sanit jsou záchranáři většinou spokojeni, stejně tak i s vybavením vrtulníků LZS. Mezi vybavením vhodným k doplnění se nejčastěji opakovaly pomůcky pro tepelný komfort v rámci prvního ošetření novorozence. U transportu dítěte se zdravotničtí záchranáři nezdědka ocitají v situaci, kdy jsou nuceni improvizovat, improvizované postupy však přijímají vždy s ohledem na bezpečnost a s vědomím odpovědnosti kompetentní osoby.

Kladení důrazu na bezpečí a dále pak jistý komfort dětského pacienta během převozu do zdravotnického zařízení, by mělo být samozřejmostí v profesi zdravotnického záchranáře. Stejně tak ochota stále pracovat na svém vzdělávání a rozvoji osobnosti, neboť nezájem je podkladem pro výskyt pracovních rizik, omylů a nespokojených pacientů. Stále je třeba mít na vědomí, že na kvalitě záchranářské práce závisí nejen život pacienta, ale i život ostatních členů posádky.

Závěrem bych ráda doplnila, že všichni respondenti projevily zájem o výsledky této práce, především je zajímaly rozdíly v pomůckách mezi kraji ve vztahu ke zkušenostem/novým poznatkům jejich kolegů. Limitem této práce je, že průzkum byl proveden pouze ve třech krajích a zjištěné rozdíly proto nejsou velké. Z toho usuzuji, že by bylo přínosné provést průzkum zaměřený na oblast používaných pomůcek ve všech krajích České republiky a umožnit záchranářům získat celkový přehled o aktuální situaci. Řešení toho tématu pro mne bylo zpočátku těžko uchopitelné, ale díky vřelému zájmu respondentů a tomuto praktickému výstupu (i když malému) se pro mě téma práce stalo velmi blízkým a práce na něm byla radostí.

9 POUŽITÉ ZDROJE

ANDRŠOVÁ, Alena. Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi. Praha: Grada, 2012. Sestra. ISBN 978-80-247-4119-2.

ASOCIACE ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANNÝCH SLUŽEB ČR [online]. České Budějovice: Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky, 2013 [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: <http://www.azzs.cz/legislativa/zakony-vyhlasiky/>

AUTOREVUE. Jak se dělí vozidla [online]. Praha, 2019 [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: https://www.autorevue.cz/jak-se-deli-vozidla_1

BATT, Alan M. Wellbeing Series: Empathy and paramedic wellbeing. Irish Journal of Paramedicine, [S.l.], v. 4, n. 2, sep. 2019. ISSN 2009-938X. Dostupné z: <<http://irishparamedicine.com/index.php/ijp/article/view/210/280>>. [cit. 2020-11-05] doi:<http://dx.doi.org/10.32378/ijp.v4i2.210>.

BESIB. Typy autosedaček [online]. Praha 1: MDČR, 2020 [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://www.ibesip.cz/Tematicke-stranky/Cestujeme-autem/Deti-v-aute/Detske-autosedacky/Typy-autosedacek>

BYDŽOVSKÝ, Jan. Akutní stavy v kontextu. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6.

CLARKE HEALTH CARE PRODUCTS. Kidy safe [online]. Oakdale: Clarke Health Care Products, 2020 [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <http://clarkehealthcare.com/products/ems/>

ČESKO, Vyhláška č. 296 ze dne 3. září 2012 o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky. In Sbíрка zákonů České republiky.

ČESKO. Zákon č. 361 ze dne 14. září 2000 o provozu na pozemních komunikacích a změně některých zákonů. In Sbíрка zákonů České republiky.

DARTIN. Transportní inkubátor [online]. Praha: DARTIN spol. s r.o., 2017 [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <http://www.dartin.cz/produkty/neonatalni-pece/transportni-inkubator.html>

DRYMLOVÁ, Dominika. Rizika u novorozenců narozených mimo zdravotnické zařízení. Zlín, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Michal KLIMOVÍČ. Péče o kriticky nemocné dítě. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-427-5.
- HARTZ, Sabine, Ulrike HÖWER a Birgit KIENZLE-MÜLLER. Miminka v rovnováze: nošení podle poznatků fyzioterapie. Přeložil Kristýna TALAFANTOVÁ. Praha: Iva Gondeková, 2019. ISBN 978-80-270-7107-4.
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.
- HOŘÍNKOVÁ, Anastázie. Komunikační dovednosti v praxi zdravotnického záchranáře. Pardubice, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice.
- KLÍMA, Jiří. Pediatrie pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
- KLÍMA, Jiří. Pediatrie: [učebnice pro zdravotnické školy]. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. Učebnice pro SZŠ a VZŠ. ISBN 80-86432-38-6.
- LANČARIČOVÁ, Kateřina. Možnosti transportu dětí zdravotnickou záchrannou službou. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- MEDIROL. Clinic Extero [online]. Praha, 2020 [cit. 2020-04-30]. Dostupné z: <http://medirol.cz/Produkty-cs/Zachranne-sluzby/Sanitni-nositka/Nositka-s-podvozkem/Clinic-Extero>
- MIXA, Vladimír, Pavel HEINIGE a Václav VOBRUBA. Dětská přednemocniční a urgentní péče. Praha: mladá fronta, 2017. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4643-5.
- PLESKOT O., RUSOVÁ J. Internet – The threat or hope of Czech health literacy? Kontakt. 2018;20(4): e424-431. doi: 10.1016/j.kontakt.2018.10.001.
- PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. Komunikace s dětským pacientem. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.
- REJMAN, Jan. Rizika práce záchranáře a jejich eliminace. Pardubice, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice.
- REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny. 2018. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.

SÁDLO, MUDr. Martin. Převozy kriticky nemocných nedonošenců. Sanquis [online]. 2006, 2006(48), 35 [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art190>

SOCIOLOGICKÁ ENCYKLOPEDIÉ. Výběr metodou sněhové koule [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2017 [cit. 2020-04-16]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/V%C3%BDb%C4%9Br_metodou_sn%C4%9Bhov%C3%A9_koule

ŠEBLOVÁ, Jana. Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči [online]. 2018(2), 3 [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2018_2.pdf

ŠEBLOVÁ, Jana. Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb. 112. 2007, 6(3), 12-14. ISSN 1213-7057.

ŠEVČÍK, Pavel a kolektiv. Intenzivní medicína. 3., přepracované a rozšířené vydání. Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-066-0.

ŠINDLER, Jiří. Zdravotnická záchranná služba. Ostrava: VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ-TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA, 2014. ISBN 978-80-248-3502-0.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

ÚZIS ČR. Stručný přehled činnosti oboru zdravotnická záchranná služba (ZZS) za období 2007–2018. [online]. Praha 2, 2018 [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008292/nzis-rep-2019-k16-a038-zdravotnicka-zachranna-sluzba-2018.pdf>

VESELÁ, Katarína. Akutní stavy u dětí v kontextu ABCDE. Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči [online]. 2018(2), 18-22 [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2018_2.pdf

VYZA PROFESSIONAL. Dětský zádržný systém do sanitek PEDI s vakuovou matrací [online]. Baška: VYZA Professional 2020 [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <https://www.vyza.cz/detsky-zadrzny-system-s-vakuovou-matraci-pedi/>

ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

ZACHRANNASLUZBA.CZ. Systém zdravotnické záchranné služby v ČR [online]. Praha: Ondřej Franěk, 2002 [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: <https://zachrannasluzba.cz/system-zzs-v-cr/>

10 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Počet ošetřených pacientů ZZS, NACA skóre</i>	64
Příloha B – <i>Kategorie vozidel</i>	65
Příloha C – <i>Obrazová příloha dětských zádržných systémů</i>	66
Příloha D – <i>Pediatrický protokol</i>	68
Příloha E – <i>Okruhové otázky pro respondenty</i>	69
Příloha F – <i>Četnost odpovědí jednotlivých respondentů</i>	71
Příloha G – <i>Otevřené kódování/kategorizace</i>	76
Příloha H – <i>Soubor respondentů</i>	77

Příloha A – Počet ošetřených pacientů ZZS, NACA skóre

Tabulka 2 – Počet ošetřených pacientů ZZS (rok 2017, 2018)

	Ošetření ZZS	NACA IV-VII	NACA IV-VII	NACA IV-VII	NACA IV-VII
	Celkový počet pacientů	Děti 0-19 let (Počet)	Děti 0-19 let (%)	Dospělí 20-65+ let (Počet)	Dospělí 20-65+ let (%)
2017	958 337	3 402	0,35	62 793	6,55
2018	904 842	2973	0,33	68462	7,57

Tabulka 3 – NACA skóre (pouze část IV-VII)

NACA IV	potenciální ohrožení života	NACA VI	zástava dechu či oběhu
NACA V	přímé ohrožení života (např. infarkt myokardu)	NACA VII	přiděluje se mrtvým pacientům

(NACA – skórovací systém k určení závažnosti pacientů v přednemocniční neodkladné péči. Původně pro oběti leteckých nehod: National Advisory Committee for Aeronautics (Ševčík a kol., 2014)).

Příloha B – *Kategorie vozidel*

Tabulka 4 – Kategorie vozidel

Kategorie M	Motorová vozidla, která mají nejméně čtyři kola a používají se pro dopravu
Kategorie N	Motorová vozidla, která mají nejméně čtyři kola a používají se pro dopravu nákladů

Tabulka 5 – Kategorie vozidel M

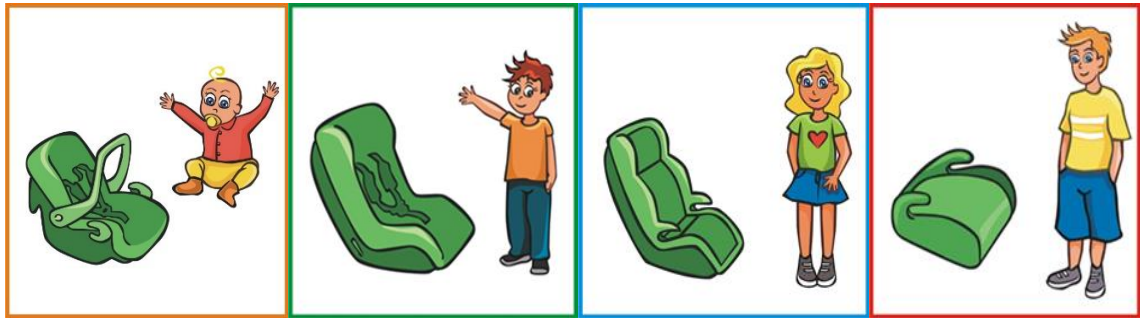
Kategorie M	
M1	Vozidla, která mají nejvýše osm míst k přepravě osob, kromě místa řidiče, nebo víceúčelová vozidla.
M2	Vozidla, která mají více než osm míst k přepravě osob, kromě místa řidiče, a jejichž největší přípustná hmotnost nepřevyšuje 5000 kg.
M3	Vozidla, která mají více než osm míst k přepravě osob, kromě místa řidiče, a jejichž největší přípustná hmotnost převyšuje 5000 kg.

Tabulka 6 – Kategorie vozidel N

Kategorie N	
N1	Vozidlo, jehož největší přípustná hmotnost nepřevyšuje 3500 kg.
N2	Vozidlo, jehož největší přípustná hmotnost převyšuje 3500 kg, avšak nepřevyšuje 12000 kg.
N3	Vozidlo, jehož největší přípustná hmotnost převyšuje 12000 kg.

(Autorevue, 2019)

Příloha C – *Obrazová příloha dětských zádržných systémů*



Obr.1 – Dětská autosedačka skupiny 0 a 0+, dětská autosedačka skupiny I, dětská autosedačka skupiny II a dětská autosedačka skupiny III



Obr. 2 – Sanitní nosítka Clinic Extero



Obr. 3 – Kidy Safe



Obr. 4 – Dětský zádržný systém s vakuovou matrací PEDI



Obr. 5 – Transportní inkubátor

Zdroje obrázků:

Obr.1: <https://www.ibesip.cz/Tematicke-stranky/Cestujeme-autem/Deti-v-aute/Detske-autosedacky/Typy-autosedacek>

Obr.2: <http://medirol.cz/Produkty-cs/Zachranne-sluzby/Sanitni-nositka/Nositka-s-podvozkiem/Clinic-Extero.aspx>

Obr.3: <http://www.emax.es/en/product/428/Kidy-Safe>

Obr.4: <https://www.bexamed.cz/detsky-zadrzny-system-s-vakuovou-matraci-pedi-repasovany.html>

Obr.5: <https://www.jihoceska televize.cz/zpravy/171-jihoceska-zachranna-sluzba-ma-novy-mobilni-inkubator.htm>

Příloha D – *Pediatrický protokol*



Obr. 6 – Pediatrický protokol

Zdroj:

<https://www.komorzachranaru.cz/files/download/ke-stahnuti/2092961005-prezentace-vlk.pdf>

Příloha E – Okruhové otázky pro respondenty

1) Psychická náročnost výjezdu k dítěti

a. Jak na Vás působí výjezd k dětskému pacientovi? (V posouzení s výjezdem k dospělému pacientovi.)

b. Pozorujete na sobě jistý profesní vývoj – od nástupu do zaměstnání po dnešní dobu – z hlediska získávání zkušeností a zvládání zátěžových situací? (Konkrétně u zajištění a transportu dítěte.)

2) Obecná vybavenost vozidla ZZS/helikoptéry pro děti

a. Jak a čím jsou vybavená vozidla RZP/LZS pro děti?

b. Zdá se Vám nynější vybavenost dopravních prostředků dostatečná? Něco byste doporučil/a ubrat, nebo přidat?

c. Jaký máte názor na kvalitu pomůcek? (Zpracování, výdrž, materiálová vhodnost pro dítě, komfort při nasazení pomůcky, manipulace s pomůckami.)

3) Zaměření na vybavenost vozidla ZZS/helikoptéry z hlediska bezpečné fixace dítěte během transportu

a. Jakými prostředky/pomůckami dodržujete zabezpečení dětského pacienta během transportu do zdravotnického zařízení?

b. Pokud se budeme držet rozdělení dětského věku, tak jakým způsobem u jednotlivých kategorií zajišťujete bezpečnou fixaci pro transport do ZZ?

c. Jsou situace, kdy nelze postupovat z hlediska fixace úplně „lege artis“ a je potřeba improvizace? Jaká situace by podle Vás mohla nastat, případně s jakými situacemi jste se již setkal/a a jak jste během nich postupoval/a.

4) Pohled na legislativu z hlediska transportu

a. Zákon č.361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a změně některých zákonů a Vyhláška č. 296/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní

prostředky. -> jsou dva legislativní dokumenty, které transport a vybavenost vozidel ZZS zastřešují. Víte, nebo máte představu, co Vám tyto dokumenty ukládají? Vyplývá z některého dokumentu nějaká výjimka pro řidiče ZZS z hlediska bezpečného zajištění pacienta?

b. Jaký máte názor na danou legislativu? Například její dostatečnost z hlediska krytí zaměstnance ZZS při vzniku nežádoucí události během převozu pacienta do zdravotnického zařízení.

5) Spolupráce s rodinou

a. Jakou máte na místě události zkušenost v komunikaci s rodinou pacienta v případě, kdy není vhodné, nebo nelze rodinného příslušníka vézt společně s pacientem do zdravotnického zařízení?

b. Myslíte si, že komunikace s blízkými pacientů je oblast, na kterou by bylo potřeba se zaměřit? Případně jakým způsobem?

6) Závěr

a. Pokud byste měl/a zájem, mohu Vám následně poskytnout zpětnou vazbu o praktických zkušenostech od kolegů z jiného kraje, ve kterém je výzkum prováděný.

Příloha F – Četnost odpovědí jednotlivých respondentů

Tabulka 7 – Četnost okružové otázky č. 1

KÓDY	PSYCHICKÁ NÁROČNOST VÝJEZDU K DÍTĚTI											
(12 KÓDŮ)	P1	2 LZS H	P3	P4	P5	P6	V1	V2	3V	4 LZS V	V5	V6
Zkušenost s dětmi – pracovní	+	+	+			+	+	+	+	+	+	+
Indikace	+		+	+	+		+		+	+	+	+
Předání=stres	+		+			+						
Předání≠stres		+					+				+	+
Role lékaře		+	+	+	+		+	+	+	+		
Zkušenost s dětmi – mimopracovní	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Školení		+	+	+						+	+	+
Spolupráce s rodiči	+	+										
Adrenalin	+		+	+	+	+					+	+
Nadhled		+	+	+	+		+			+		
Zkušenost nemocničního personálu na ZZS							+					
Rutina		+					+			+	+	+

Tabulka 8 – Četnost okruhové otázky č. 2

KÓDY (10 KÓDŮ)	OBECNÁ VYBAVENOST VOZIDLA/VRTULNÍKU ZZS PRO DĚTI											
	P1	2LZS H	P3	P4	P5	P6	V1	V2	3V	4LZS V	V5	V6
Variabilita pomůcek	+							+		+		
Rozdíly v batozích	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Um	+	+			+		+		+		+	+
Postačující množství	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+
Improvizace	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+
Funkčnost kontra pohodlí	+		+			+	+			+	+	+
Postrádané pomůcky	+		+	+	+	+			+	+	+	
Legislativa – základ	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Demokratický			+					+	+	+	+	
Scoop and run											+	+

Tabulka 9 – Četnost okružové otázky č. 3

KÓDY	ZAMĚŘENÍ NA VYBAVENOST VOZIDLA/VRTULNÍKU Z HLEDISKA BEZPEČNÉ FIXACE DÍTĚTE BĚHEM TRANSPORTU												
	(10 KÓDŮ)	P1	2LZS H	P3	P4	P5	P6	V1	V2	3V	4LZS V	V5	V6
LZS - vakuovky a nosítka			+								+		
Zásadovost	+	+	+	+	+	+	+	+			+		
Lehátko	+		+	+	+	+	+	+	+	+		+	+
Priority	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pomůcky na základně			+	+	+			+	+				
Velikost dítěte	+		+	+	+	+	+	+	+			+	+
Různé alternativy fixace pacienta	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+
Přítomnost rodiče		+									+	+	+
Subjektivní vnímání rizika				+	+			+	+	+			
Bezpečné kontra komfortní							+	+			+		

Tabulka 10 – Četnost okruhové otázky č. 4

KÓDY (9 KÓDŮ)	POHLED NA LEGISLATIVU Z HLEDISKA TRANSPORTU											
	P1	2LZS H	P3	P4	P5	P6	V1	V2	V3	4LZS V	V5	V6
Všeobecná znalost	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Vnitřní předpisy		+						+		+		
Bezpečnost na 1. místě	+	+	+			+			+			
PNP, nutnost improvizace			+	+	+	+	+	+			+	+
Komunikace v posádce		+	+	+	+	+		+	+		+	+
Dokumentace	+	+	+	+	+				+		+	+
Školení			+	+	+	+					+	+
Limity legislativní úpravy		+		+	+	+				+	+	
Limity zákonodárců	+			+	+	+	+		+	+		

Tabulka 11 – Četnost okružové otázky č. 5

KÓDY (12 KÓDŮ)	SPOLUPRÁCE S RODINOU											
	P1	2LZS H	P3	P4	P5	P6	V1	V2	V3	4 LZS V	V5	V6
Okolnosti	+		+	+	+		+	+	+		+	+
Chceme rodiče	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Osobnost záchranáře	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Lékař rozhoduje	+		+						+			
Ochota zlepšovat komunikaci	+	+	+	+	+		+					
Workshopy		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Improvizace a zodpovědnost	+			+	+						+	+
Základ úspěchu		+				+					+	+
Bezpečnost na 1. místě											+	+
Zdravotní gramotnost		+		+	+							
Práva pacientů		+			+	+			+	+		
Kryštůfek	+		+			+		+	+	+		

Příloha G – Otevřené kódování/kategorizace

Tabulka 12 – Kategorizace okruhové otázky č. 1

KATEGORIE	KÓDY
<i>PROFESNÍ VÝVOJ</i>	zkušenost s dětmi – pracovní, zkušenost s dětmi – mimopracovní, školení, nadhled, rutina
<i>PŘEDÁVÁNÍ VNEMOCNICI</i>	předání=stres, předání≠stres, role lékaře, zkušenost nemocničního personálu na ZZS
<i>OKOLNOSTI SITUACE</i>	indikace, spolupráce s rodiči, adrenalin

Tabulka 13 – Kategorizace okruhové otázky č. 2

KATEGORIE	KÓDY
<i>DOVEDNOSTI</i>	um, improvizace, scoop and run
<i>VLASTNOSTI POMŮCEK</i>	variabilita pomůcek, rozdíly v batozích, postačující množství, funkčnost kontra pohodlí, postrádané pomůcky, legislativa – základ
<i>STYL VEDENÍ</i>	demokratický

Tabulka 14 – Kategorizace okruhové otázky č. 3

KATEGORIE	KÓDY
<i>PROSTŘEDKY PRO TRANSPORT</i>	LZS – vakuovky a nosítka, lehátko, pomůcky na základně, různé alternativy fixace, bezpečné kontra komfortní
<i>FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ FIXACI PACIENTA</i>	zásadovost, priority, velikost dítěte, přítomnost rodiče
<i>IMPROVIZACE</i>	různé alternativy fixace pacienta, subjektivní vnímání rizika

Tabulka 15 – Kategorizace okruhové otázky č. 4

KATEGORIE	KÓDY
<i>POSTOJ K LEGISLATIVĚ</i>	všeobecná znalost, bezpečnost na 1. místě, limity legislativní úpravy, limity zákonodárců
<i>VLIV NA POSTUP ZÁCHRANÁŘŮ</i>	vnitřní předpisy, PNP-nutnost improvizace, školení
<i>PREVENCE</i>	komunikace v posádce, dokumentace, vnitřní předpisy, bezpečnost na 1. místě

Tabulka 16 – Kategorizace okruhové otázky č. 5

KATEGORIE	KÓDY
<i>KOMUNIKACE</i>	okolnosti, osobnost záchranáře, workshopy, zdravotní gramotnost, Kryštůfek, základ úspěchu, bezpečnost na 1. místě, ochota zlepšovat komunikaci
<i>DOPROVOD</i>	chceme rodiče, lékař rozhoduje, improvizace a zodpovědnost, práva pacientů

Příloha H – Soubor respondentů

Tabulka 17 – Soubor respondentů z kraje P a H

	ZZS	Jiná zdravotnická praxe + aktivity s dětmi	Respondent je rodičem
R 1	6 let	chirurgická ambulance, dětské tábory	Ano
R 2 (LZS H)	11let (3 roky LZS)	ARO, emergency	Ano
R 3	10 let	LSPP	Ano
R 4	15 let	ARO	Ano
R 5	7 let	LDN, JIP, ARO	Ano
R 6	4 roky	INT JIP	Ne

Tabulka 18 – Soubor respondentů z kraje V

	ZZS	Jiná zdravotnická praxe + aktivity s dětmi	Respondent je rodičem
R 1	3 roky	Lektor PP (základní, střední školy)	Ne
R 2	8 let	ARO, spolupráce se SZŽ (lektor PP)	Ano
R 3	11 let	Urgentní příjem, zdravotník na táborech, spolupráce se SZŠ (lektor PP)	Ano
R 4 (LZS V)	12let (8 let LZS)	Dětské tábory	Ano
R 5	13 let	Novorozenecká JIP, ARO, zdravotník na táborech, pořádání kulturních a sportovních akcí pro děti	Ano
R 6	11 let	ORIM	Ne