

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Adéla Říhová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Přednemocniční péče u dětí s poruchou autistického spektra

Bakalářská práce

2024

Adéla Říhová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Adéla Říhová**
Osobní číslo: **Z21172**
Studijní program: **B0913P360008 Zdravotnické záchranářství**
Téma práce: **Přednemocniční péče u dětí s poruchou autistického spektra**
Téma práce anglicky: **Prehospital care for children with autism spectrum disorder**
Zadávací 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 průzkumného 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:

- CHALUPOVÁ, Veronika. Dětský pacient s dg. autismus – specifika zásahu v přednemocniční neodkladné péči. *Florence*, č 7-8. [online]. 2017. [cit. 2023-04-23] Dostupné z: [https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/7/detsky-pacient-s-dg-autismus-specifika-zasahu-v-prednemocnicni-neodkladne-peci./](https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/7/detsky-pacient-s-dg-autismus-specifika-zasahu-v-prednemocnicni-neodkladne-peci/)
- ŘÍHOVÁ, Alena. Komunikace zdravotníků s klientem s poruchou autistického spektra. *Zdraví.Euro.cz*. [online]. 2010. [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: [https://zdravi.euro.cz/clanky/komunikace-zdravotniku-s-klientem-s-poruchou-autistickeho-spektra./](https://zdravi.euro.cz/clanky/komunikace-zdravotniku-s-klientem-s-poruchou-autistickeho-spektra/)
- SCHMIDTOVÁ, Jana. Autismus – Poruchy autistického spektra. *Asociace dětské a dorostové psychiatrie*, z. s. [online]. 2019. [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: [https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus./](https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus/)
- ŠPORCLOVÁ, Veronika. *Autismus od A do Z*. Praha. 2018. ISBN 978-80-88163-98-5.
- THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Praha. 2006. ISBN 80-7367-091-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Iveta Černožorská, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Přednemocniční péče u dětí s poruchou autistického spektra“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen 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 30.4.2024

Adéla Říhová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. Ivetě Černožorské, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce. Vaše vstřícnost při konzultacích, cenné rady a věcné připomínky mi byly neocenitelnou oporou při psaní této práce.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou přednemocniční péče u dětí s poruchou autistického spektra. Teoretický cíl práce spočívá v popisu samotné poruchy autistického spektra, jejích příznaků a zásadách komunikace s pacienty, kteří trpí touto poruchou. Průzkumným cílem je zhodnocení znalostí a dovedností studentů studijního oboru Zdravotnické záchranářství v péči o dítě s poruchou autistického spektra v PNP. Průzkum, jehož výsledky jsou prezentovány v průzkumné části práce, byl zrealizován na základě tvorby modelové situace a dotazníkového šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Autismus, komunikace, modelová situace, přednemocniční péče, zdravotnický záchranář

TITLE

Prehospital care for children with autism spectrum disorder

ANNOTATION

This bachelor thesis addresses the issue of pre-hospital care for children with autism spectrum disorder. The theoretical aim of the thesis is to describe the disorder itself, its symptoms, and principles of communication with patients who have this disorder. The exploratory aim is to assess the knowledge and skills of students in the field of Paramedic Studies in caring for a child with autism spectrum disorder in pre-hospital care. The survey, whose results are presented in the exploratory section of the thesis, was conducted through the creation of model situations and questionnaire surveys.

KEYWORDS

Autism, communication, model situation, paramedic, pre-hospital care

OBSAH

Úvod.....	11
Cíle práce	12
1 Teoretická část	13
1.1 Autismus	13
1.2 Historie autismu.....	13
1.3 Diagnostika autismu	14
1.4 Posuzovací škály.....	14
1.5 Formy autismu	15
1.5.1 Dětský autismus.....	15
1.5.2 Atypický autismus	16
1.5.3 Rettův syndrom.....	16
1.5.4 Aspergerův syndrom.....	16
1.5.5 Dezintegrační porucha	16
1.6 Příznaky autismu.....	17
1.7 Léčba autismu	18
1.8 Komunikace u dětí s PAS	19
1.8.1 Odlišnosti v komunikaci	19
1.8.2 Chyby v komunikaci.....	20
1.8.3 Vývojová specifika fyziologicky se vyvíjejících dětí v období mladšího školního věku.....	21
1.9 Přednemocniční péče	21
1.9.1 Charakteristika přednemocniční péče u dětského pacienta	22
1.9.2 Přednemocniční péče o děti s popáleninami.....	23
1.9.3 Laická první pomoc při ošetření popáleného dítěte.....	25
1.9.4 Přednemocniční neodkladná péče při ošetření popáleného dítěte	25
1.9.5 Transport pacienta.....	26

1.10	Modelová situace	27
2	Výzkumná (praktická) část	28
2.1	Průzkumné otázky.....	28
2.2	Metodika výzkumné (praktické) části.....	28
2.3	Výběr respondentů.....	29
2.4	Průběh průzkumného šetření	29
2.5	Popis modelové situace.....	30
2.5.1	Kazuistika	30
2.5.2	Řešení modelové situace.....	30
2.6	Zpracování výsledků modelové situace	31
2.7	Pomůcky potřebné k realizaci modelové situaci.....	31
2.8	Dotazník.....	31
2.9	Zpracování výsledků dotazníku	32
3	Interpretace Výsledků	33
3.1	Dotazník.....	33
3.1.1	Položky zjišťující teoretické znalosti a praktické zkušenosti respondentů.....	33
3.1.2	Položky hodnotící modelovou situaci.....	35
3.2	Desatero komunikace.....	47
3.2.1	Hodnocené body z desatera komunikace.....	47
3.2.2	Výsledky pozorování	50
4	Diskuse.....	57
5	Závěr	63
6	Použitá literatura	64
7	Přílohy.....	68
	73

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: praktické zkušenosti s dětmi s PAS	33
Obrázek 2: zkušenosti s výukou dané problematiky	34
Obrázek 3: komunikace s autistickým dítětem	35
Obrázek 4: přítomnost blízké osoby	36
Obrázek 5: vyvarování se nečekaných doteků.....	37
Obrázek 6: nechtěný oční kontakt	38
Obrázek 7: jednoduchá a srozumitelná komunikace	39
Obrázek 8: trpělivé vysvětlování	40
Obrázek 9: používání obrázkových karet	41
Obrázek 10: pocit bezpečí.....	42
Obrázek 11: vysvětlení obávaných výkonů	43
Obrázek 12: vyvarování se invazivních vstupů	44
Obrázek 13: omezení intenzivních zvuků.....	45
Obrázek 14: hlášení avíza	46
Obrázek 15: desatero komunikace	48
Obrázek 16: odběr anamnézy	50
Obrázek 17: postup ABCDE.....	51
Obrázek 18: ošetření popáleniny	52
Obrázek 19: podání léků	53
Obrázek 20: transport pacienta	54
Obrázek 21: komunikace s pacientem	55
Obrázek 22: komunikace s matkou.....	56

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou (Attention deficit hyperactivity disorder)
ADI	Diagnostický rozhovor (Autism Diagnostic Interview)
CARS	Škála dětského autistického chování CARS (Childhood Autism Rating Scale)
CBD	kanabidiol
ČR	Česká republika
ETI	Endotracheální intubace
NAUTIS	Národní ústav pro autismus
PAS	Poruchy autistického spektra
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
SŠ	Střední škola
VŠ	Vysoká škola
XABCDE	postup při vyšetřování pacienta
ZZ	Zdravotnický záchranář
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je přednemocniční péče u dětí s poruchou autistického spektra. Porucha autistického spektra (PAS) je vrozené neurovývojové postižení některých mozkových funkcí. Dítě s PAS není schopno správně porozumět tomu, co vidí, slyší a prožívá. Je narušena oblast komunikace, sociálních vztahů a představitosti, což značně ovlivňuje jejich každodenní život (Metodický portál RVP, 2017).

Rozsáhlý výzkum a epidemiologické studie během posledních let odhalují zvyšující se prevalenci výskytu dětí s PAS (Centers for Disease Control and Prevention, 2023). To je výzva nejen pro zdravotnický systém, ale i pro celou společnost. S nárůstem diagnóz PAS souvisí i pravděpodobnost navýšení počtu výjezdů zdravotnické záchranné služby (ZZS) k pacientům s tímto typem postižení. Z pohledu autorky práce se toto téma jeví jako důležité a jeho rozšíření mezi zdravotníky představuje podstatný aspekt pro poskytování kvalitní přednemocniční i následné nemocniční péče u pacientů s PAS.

Tato bakalářská práce je v teoretické části zaměřena na přiblížení problematiky poruch autistického spektra, jejich dělení a možnou léčbu. Dále jsou zde zmíněny postřehy z oblasti komunikace s dítětem s PAS a doporučení, jak s těmito dětmi komunikaci navázat. Práce je také zaměřena na specifika poskytování přednemocniční péče u dětí, a to konkrétně na problematiku popálenin.

Druhá, praktická část, je zaměřena na praktické dovednosti studentů studijního oboru Zdravotnické záchrannářství v péči o dítě s poruchou autistického spektra. Sběr dat probíhal prostřednictvím metody přímého pozorování a dotazníkového šetření v rámci modelové situace na téma popálené autistické dítě a jeho ošetření v PNP.

Hlavním záměrem autorky práce je přispět k lepšímu porozumění specifickým potřebám pacientů s PAS a navrhnout způsoby, jakými lze zlepšit jejich ošetření a celkovou kvalitu poskytované přednemocniční péče.

CÍLE PRÁCE

Teoretický cíl:

Popsat problematiku onemocnění poruchy autistického spektra, jeho příznaky a zásady komunikace s pacienty trpícími touto diagnózou.

Průzkumný cíl:

Zjistit znalosti a dovednosti studentů studijního oboru Zdravotnické záchranářství v péči o dítě s poruchou autistického spektra v přednemocniční péči.

Dílčí cíle:

Zjistit znalosti studentů v oblasti poruch autistického spektra u dětí.

Zjistit dovednosti studentů v oblasti komunikace s dítětem s poruchou autistického spektra.

Zjistit dovednosti studentů v oblasti praktického ošetřování dítěte s poruchou autistického spektra.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Autismus

Autismus se řadí mezi neurovývojové poruchy, které se projevují odlišným myšlením, vnímáním a chováním zejména v sociálních dovednostech. Tato porucha je spojena se změnami ve struktuře mozku a jeho funkcí, ke kterým dochází již během raného vývoje jedince s významnou pravděpodobností vzniku ještě před jeho narozením (Thorová, 2024).

Pro autismus je charakteristická narušená schopnost vést sociální komunikaci, navazovat a rozvíjet vztahy a uvažovat v sociálních kontextech. Chování jedinců s touto poruchou je často spojeno s projevy různých stereotypů vyžadujících jasná pravidla a rutiny. Jejich zájmy bývají neobvykle vyhraněné a často mají opakující se charakter. Myšlení jedinců s autismem je často zaměřeno na detaily a projevuje se velkou konkrétností (Thorová, 2024).

Důležitým aspektem je i jejich reakce na smyslové podněty, která může být buď přecitlivělá, nebo naopak nedostatečná. Tato charakteristika ovlivňuje interakci jedinců s autismem se svým okolím a může mít významný dopad na jejich každodenní život (Thorová, 2024).

1.2 Historie autismu

V roce 1908 Eugen Bleuler poprvé zavedl termín "autismus" mezi schizofrenickými pacienty. Následně v roce 1943 Leo Kanner provedl studii na 11 dětech s těmito, dnes charakteristickými, znaky autismu: poruchy v sociální interakci, potíže s adaptací na rutinní změny, citlivost na určité podněty (zejména zvukové), dobrá paměť, echolalie, neboli opakování slov pronesených druhou osobou bez porozumění obsahu a jinými symptomy. V roce 1944 Hans Asperger provedl obdobnou studii jako Kanner, ve které zaznamenal podobné charakteristické rysy, avšak bez přítomnosti echolalie (Mandal, 2023).

V průběhu 70. let začal autismus nabývat větší pozornosti, přičemž v 80. letech začaly nadace poskytovat vzdělávání a terapii pro děti s mentálním postižením. V této době se začal více rozvíjet výzkum autismu, který poukazoval na genetické a neurologické faktory (Mandal, 2023).

Lorna Wing a Christopher Gillberg identifikovali v 80. letech tzv. "Wingovu triádu", která poukazuje na hlavní symptomy autismu (komunikace, sociální interakce a představitost). V další dekádě byla tato triáda rozšířena o další faktor, kterým je omezená schopnost plánování (Mandal, 2023).

V průběhu 90. let se Ole Ivar Lovaas začal věnovat behaviorální analýze a léčbě autismu, přičemž se mu podařilo dosáhnout úspěchu s intenzivní terapií a léčbou v domácím prostředí u dětí mladších pěti let (Mandal, 2023).

1.3 Diagnostika autismu

Oblast diagnostiky v České republice je stále poměrně problematická. Specializovaní odborníci používají diagnózu autismus častokrát spíše sporadicky, a to především kvůli nedostatečným znalostem této problematiky. Dosud se stává, že dětem, kteří autismem trpí je stanovena chybná diagnóza (Thorová, 2006).

Diagnostický proces obvykle začíná psychologickým a psychiatrickým vyšetřením, jehož cílem je potvrdit či vyvrátit přítomnost poruchy autistického spektra. Autismus je primárně behaviorálním syndromem, jehož diagnóza se stanovuje na základě projevů chování bez ohledu na možnou příčinu vzniku. Následně se provádí další vyšetření s cílem zjistit, zda není autismus spojen s jiným somatickým onemocněním či genetickou abnormalitou. Dále se provádí objektivní hodnocení míry postižení centrální nervové soustavy. Moderní diagnostika dětského autismu je mezioborová, což umožňuje komplexní vyšetření pacienta a možnost zhodnotit toto onemocnění z různých perspektiv (Thorová, 2006).

Proces získání samotné diagnózy je pro většinu rodičů autistických dětí velice náročný a složitý. Často se ocitají v situaci, kdy se snaží podstoupit řadu specializovaných vyšetření, aby identifikovali příčinu obtíží svého dítěte a pomohli mu. Závěry diagnostických procesů prováděných na různých pracovištích mohou být rozdílné, což přirozeně přispívá k nárůstu nejistoty, zmatení a stresu rodičů (Šporclová, 2018).

Čekací doby odborných vyšetření na specializovaných pracovištích, která se zabývají problematikou autismu, jsou v České republice velmi dlouhé, což také může přispět ke zhoršení situace rodiny, ve které se autistické dítě nachází (Šporclová, 2018).

1.4 Posuzovací škály

Pro objektivní hodnocení míry dětského autismu se v České republice nejčastěji využívá posuzovací škála CARS (Childhood Autism Rating Scale, Škála dětského autistického chování). Tato škála se zaměřuje na patnáct behaviorálních oblastí (mezi které patří vztahy k lidem, schopnost nápodoby a adaptace, verbální i neverbální komunikace, percepční dovednosti, hry a manipulace s předměty, motorika). Hodnocení abnormálních projevů se provádí na čtyřstupňové škále. Pro hodnocení lze využít přímé pozorování, informace

poskytnuté rodiči nebo jiné anamnestické dokumenty. CARS je aplikovatelná již u dětí ve věku dvou let a u těch, kteří, i přestože nemluví, dosáhly alespoň 18 měsíců mentálního věku (Thorová, 2006).

Dalším nástrojem je škála ADI (Autism Diagnostic Interview), která prostřednictvím rozsáhlého dotazníku posuzuje specifické projevy dítěte jak v minulosti, tak i v současnosti. Výsledky jsou převedeny do kritérií ICD-10, což umožňuje stanovení míry narušení sociální interakce, komunikace a představitosti. Důležitá je také zjištění doby nástupu příznaků a odlišností ve vývoji dítěte do tří let věku, tak aby mohlo dojít ke stanovení definitivní diagnózy autismu (Thorová, 2006).

Konečné určení diagnózy PAS by mělo být stanoveno dětským psychiatrem s dlouholetou praxí v oblasti diagnostiky autismu. Dětský psychiatr může zároveň spolupracovat i s psychologem, což představuje záruku kvalitní diagnostiky a vhodného navazujícího léčebného postupu pro dítě s tímto typem mentálního postižení (Schmidtová, 2019).

1.5 Formy autismu

Někteří jedinci rozdělují formy autismus podle úrovně funkčnosti, což znamená určit schopnost jedince reagovat na "normální" životní situace. Vysokofunkční forma autismu umožňuje jedinci začlenit se do pracovního prostředí bez větších obtíží a je většinou schopen vést zcela normální život. Naopak nízkofunkční autismus naznačuje poruchu s nižším stupněm mentálního vývoje. Tato klasifikace však může být problematická a bývá obtížné rozlišit mírné formy autismu od těch závažnějších (Tancerová, 2021).

Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje různé typy autismu, a to konkrétně: dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom a dezintegrační poruchu (Tancerová, 2021).

1.5.1 Dětský autismus

Jedná se o postižení, které je charakteristické výraznými změnami chování ve všech oblastech Wingovy triády. Typicky se projeví před dosažením tří let věku dítěte. Dítě nemá rádo změny, projevuje specifické zájmy o neobvyklé předměty a trvá na provádění různých rutin a rituálů. Komunikační schopnosti jsou silně narušeny, přičemž některé děti nemluví vůbec, nedokáží vést konverzaci a pouze opakují slova či věty. Chybí emoční reakce a schopnost navázat přátelství, není navazován oční kontakt a projevuje se strach z běžných situací častokrát spojený s agresivním chováním, včetně sebepoškozování. Dítě často neprojevuje spontaneitu a

kreativitu při hře, a mohou se objevovat abnormální reakce na smyslové podněty. Dítě bývá uzavřené samo do sebe a nemá zájem o interakci s vrstevníky či dospělými. U přibližně 80 % jedinců s touto formou autismu se vyskytuje mentální retardace, polovina z nich nemůže dosáhnout funkční řeči a zhruba u třetiny je současně přidružena i epilepsie (Jiráková, 2014).

1.5.2 Atypický autismus

Termín "atypický autismus" se používá pro diagnózu, která nespĺňuje diagnostická kritéria pro dětský autismus, avšak abnormální vývoj dítěte se projevuje ve všech oblastech diagnostické triády, která obsahuje sociální chování, komunikaci a představitost. U jedinců s atypickým autismem bývají sociální dovednosti méně narušeny než u jedinců s dětským autismem, a u některých nemusí být přítomny stereotypní zájmy nebo pohybové stereotypy. Kvůli vyšší kvalitě sociálně komunikačních dovedností bývá často u těchto dětí diagnóza stanovena až v pozdějším věku. Při odborném vyšetření může být těmto jedincům stanovena i jiná přidružená diagnóza, jako například ADHD, vývojová dysfázie nebo sémanticko-pragmatická porucha řeči (Kendíková, 2020).

1.5.3 Rettův syndrom

Rettův syndrom byl objeven Dr. Andresem Rettem v roce 1965. Jedná se o genetické onemocnění, které se vyskytuje pouze u žen. Postižené dítě začíná ztrácet všechny dosud nabyté dovednosti kolem 18. měsíce věku. Tento syndrom je progresivní a projevy se časem zhoršují. Dochází k omezení pohybů až do takové míry, kdy jedinec skončí na invalidním vozíku, či je upoután na lůžko (Tancerová, 2021).

1.5.4 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom představuje mírnější formu autismu, charakteristickou nižší mírou sociální interakce. Tento stav je často spojen s egocentrismem, omezenou schopností komunikace a navazováním vztahů s vrstevníky. Typickými rysy jsou detailní vyjadřování a zájmy zaměřené na specifické, často netradiční oblasti, jako například studování jízdních řádů či telefonních seznamů. Dalšími charakteristickými projevy jsou pravdomluvnost a problémy s koordinací. Nicméně intelekt je zachován, a dokonce jsou tito jedinci častokrát nadprůměrně inteligentní (Tancerová, 2021).

1.5.5 Dezintegrační porucha

Dětská dezintegrační porucha je známá také jako Hellerův syndrom nebo dezintegrační psychóza. Ačkoliv byla tato porucha identifikována a diagnostikována dávno před autismem, je v současnosti klasifikována jako jedna z variant poruch autistického spektra. Tato porucha

se liší od ostatních forem autismu v rychlosti nástupu symptomů. Dětská dezintegrační porucha je považována za pervazivní formu vývojové poruchy. Je charakteristická ztrátou dříve získaných dovedností v různých oblastech vývoje dítěte. Obvykle ke ztrátě dochází v předškolním věku, a to během několika měsíců. Tato porucha bývá reverzibilní, ačkoliv po jejím ústupu nedosahují jedinci původní úroveň znalostí a dovedností jako před jejím propuknutím. Podobně jako u jiných poruch autistického spektra, je častěji diagnostikována u chlapců než u dívek. Mezi hlavní příznaky patří ztráta zájmu o okolí, stereotypní motorické projevy a poruchy sociální interakce a komunikace (Tým rehabilitace.info, 2021).

1.6 Příznaky autismu

Jedinci trpící autismem, často vykazují komplikace v oblasti vývoje řeči, porozumění sociálním interakcím a také v navazování sociálních vztahů. Často se u nich vyskytuje stereotypní chování v určitých oblastech. Nicméně, konkrétní projevy a příznaky této mentální poruchy se často u jednotlivých autistů významně odlišují (Tancerová, 2021).

Postřehy v oblasti komunikace:

- Chybí reakce na oslovení vlastním jménem.
- Neprojevuje své potřeby či přání.
- Opožděný vývoj v oblasti jazykových schopností.
- Ignoruje pokyny a úkoly.
- Občas působí dojmem, že je neslyšící
- Pravděpodobně vnímá, co mu, kdo říká, ale neodpovídá.
- Neprojevuje při loučení gesta (nemává)
- Byl/a schopen/a používat pár slov, ale náhle schopnost komunikace ustala (Jiráková, 2014).

Postřehy v oblasti sociálního chování:

- Neusmívá se.
- Vyhledává individuální aktivity.
- Upřednostňuje sebeobsluhu a samostatnost.
- Projevuje vysokou míru nezávislosti.
- Vykonává určité činnosti velmi „brzy“.
- Nenavazuje oční kontakt.

- Působí dojem, že žije ve vlastním světě.
- Nejeví zájem o společnost ostatních dětí.
- Ignoruje přítomnost ostatních lidí (Jiráková, 2014).

Postřehy v oblasti chování:

- Časté záchvaty vzteku.
- Nadměrná fyzická aktivita, nízká spolupráce, negativismus.
- Problémy s kolektivní hrou, neumí si hrát s hračkami.
- Opakující se zájem o určité věci.
- Chůze po špičkách.
- Neobvyklá fixace na konkrétní předměty (své oblíbené hračky nosí stále s sebou).
- Tendence rovnat věci do řady.
- Přecitlivělost na určité podněty (především zvukové).
- Zvláštní pohyby rukou či nohou (Jiráková, 2014).

Indikace pro další vyšetření:

- Absence žvatlání do 12 měsíců.
- Nedostatek gestikulace do 12 měsíců (neukazuje na předměty, nemává na rozloučenou).
- Do 16 měsíců neužívá slova.
- Do 24 měsíců spontánně netvoří věty.
- Ztráta jakýchkoli jazykových nebo sociálních dovedností v libovolném věku dosavadního vývoje (Jiráková, 2014).

1.7 Léčba autismu

Zatím neexistuje dostupná terapie, která by zcela odstranila symptomy autismu a dala se považovat za účinnou léčbu. Avšak správné a včasné postupy ze strany rodiny a školy společně s přístupem odborníků specializujících se na poruchy autistického spektra mohou efektivně kompenzovat projevy autismu a umožnit dětem s touto poruchou získat dovednosti v oblasti sociální interakce a komunikace (Schmidtová, 2019).

Existuje speciální pedagogická péče založená na kognitivně behaviorální terapii, která kombinuje prvky kognitivního a behaviorálního přístupu v oblasti psychoterapie. V současné době se také stále častěji mluví o pozitivních účincích CBD (Tancerová, 2021).

Lidé s autismem jsou v dnešní době schopni normálně fungovat a také se začlenit do pracovního kolektivu. Jejich schopnost hluboce se zaměřit na specifická témata, o která se zajímají, často vede k jejich uznání a ocenění jako kvalifikovaných pracovníků a expertů ve svém oboru. Klíčovým faktorem je tedy adekvátní přístup k jejich osobě, trpělivost, respekt a porozumění ze strany okolí (Tancerová, 2021).

V ČR se pro osoby s PAS a jejich blízké také nachází několik organizací, které jim mohou pomoci tuto mentální poruchu lépe zvládat. Jedním z poskytovatelů podpory pro pacienty s autismem je Národní ústav pro autismus (NAUTIS). Tato nevládní nezisková organizace se zaměřuje především na podporu samostatnosti jedinců s PAS, jejich vzdělávání, profesní začlenění a celkově na zajištění jejich spokojeného života (Tancerová, 2021).

1.8 Komunikace u dětí s PAS

Komunikační dovednosti a jejich rozvoj u dětí s poruchou autistického spektra jsou úzce spojeny s vývojem sociálních schopností a interakcí. Sociální interakce a komunikace se navzájem doplňují. Dospělí vydávají neverbální i verbální signály, na které dítě reaguje a poskytuje jim zpětnou vazbu skrze své chování. Tato interakce pak ovlivňuje další komunikaci směrem k dítěti. Během procesu "vstřebávání" mateřského jazyka hrají klíčovou roli imitace a opakování. U dětí s poruchami autistického spektra jsou tyto aktivity často problematické. Schopnost napodobování a sociálního učení u těchto dětí může být omezená nebo úplně chybějící. Děti s autismem nemají tendenci spontánně „nasávat“ mateřský jazyk a patřičně ho využívat, což má vliv na jejich komunikační schopnosti i způsob vývoje (Novotná, 2021).

1.8.1 Odlišnosti v komunikaci

Děti s autismem často mají omezenou slovní zásobu, používají aktivně pouze kolem dvaceti slov ve věku dvou let, zatímco jejich vrstevníci bez této diagnózy ve stejné fázi vývoje využívají průměrně okolo 100 až 300 slov. Dítě s PAS zpravidla není schopné ukazovat na předměty a rozvoj gestikulace je také omezený (Novotná, 2021).

V pozdějších fázích vývoje řeči, kdy zdravé děti začínají tvořit slovní spojení a věty, děti s autismem zpravidla slovní spojení nevyužívají a pokud ano, je to velmi zřídka. Jejich kreativní jazyk bývá omezený a neverbální forma komunikace převažuje nad verbální. Porozumění

verbálním podnětům je narušené, abstraktní výrazy bývají nepochopeny. Dlouhé věty a souvětí jsou pro ně nesrozumitelné. U většiny dětí s autismem je pasivní slovní zásoba bohatší než aktivní. Gramatické prvky jako skloňování, časování, užívání zájmen a tvorba vět v gramaticky správném tvaru bývají také problematické (Novotná, 2021).

Existují však i děti s poruchami autistického spektra, jejichž vývoj řeči je nadprůměrně vyvinutý oproti jejich vrstevníkům. Nicméně s uplatňováním řeči v běžné konverzaci a sociálních situacích mohou mít tyto děti potíže, protože častokrát mají bohatou slovní zásobu pouze v určité oblasti, která je zajímavá (Novotná, 2021).

1.8.2 Chyby v komunikaci

Komunikace s dětmi s poruchou autistického spektra představuje složitou výzvu, neboť tyto děti často vykazují nedostatek verbálních schopností, nízkou schopnost porozumění a omezené chápání kontextu. Autistické děti nemají neschopnost abstraktního myšlení a dělá jim problém chápání symbolů, což dále komplikuje situaci a činí komunikaci velmi složitou. Specifické obtíže se liší podle typu autismu a stupně projevu u jednotlivých dětí, avšak základní principy komunikace zůstávají stejné. Je důležité dbát na to, aby dítě chápalo, co se mu snažíme sdělit a zároveň abychom my porozuměli informacím, které k nám přichází ze strany dítěte (Puš, 2021).

Chyby v komunikaci směrem od dítěte:

U některých dětí je řečová schopnost minimální nebo dokonce není vůbec vyvinutá (mutismus), přičemž ale schopnost pasivního porozumění zůstává relativně neporušená. V takových případech mohou být užitečné komunikační pomůcky, jako jsou například komunikační karty, fotografie nebo vizualizace. Velmi přehlížená často bývá neverbální komunikace, která může poskytnout dítěti možnost vyjádřit své nálady, potřeby a přání a nám pomůže se s dítětem lépe dorozumět (Puš, 2021).

Velmi obtížné je zvládnutí případné vulgarity, verbální i fyzické agrese, která, jak je třeba zdůraznit, je formou komunikace, která se u autistických dětí vyskytuje velmi často. Pro děti s PAS může být agresivita často jediným způsobem intenzivního vyjádření, který znají. Rozlišení mezi agresivitou vyplývající z potřeby komunikace a jinými motivy je složité, avšak je žádoucí ho rozlišit abychom lépe pochopili, co se nám dítě snaží říct. Agresivita či autoagresivita se může projevit, když nám dítě potřebuje sdělit konkrétní přání, například že má hlad, žízeň, nebo se mu zkrátka něco nelíbí. Tímto způsobem se snaží upoutat naši pozornost. Důležité je jemně korigovat komunikaci bez vyčítání nebo zvyšování hlasu a vyrovnat se se zdánlivým nezájmem dítěte (Puš, 2021).

Chyby v komunikaci směrem k dítěti:

Velmi častou problematikou bývá zahlcení při komunikaci. Máme tendenci sdělovat dětem velké množství informací najednou, což může vést ke zmatku a nepříjemným emocím. U dětí s poruchami autistického spektra (PAS) je tato situace ještě komplikovanější. Tyto děti potřebují čas a strukturu pro vstřebání informací, a proto je vhodné podávat sdělení postupně a počkat, než je dítě schopno je zpracovat. Zpomalení toku informací může v mnoha případech výrazně zlepšit komunikaci. Navíc, málo zřetelná řeč a gestikulace z naší strany mohou dále komplikovat komunikaci, a proto je důležité mluvit jasně a srozumitelně. S ohledem na sníženou schopnost abstrakce u dětí s PAS je důležité vysvětlit kontext, i když nám se může zdát naprosto samozřejmý. Při komunikaci s dítětem s PAS je nutné spojit trpělivost s empatií a přistupovat k dítěti s laskavostí a pokorou (Puš, 2021).

1.8.3 Vývojová specifika fyziologicky se vyvíjejících dětí v období mladšího školního věku

Období mladšího školního věku je obecně charakterizováno klidným průběhem bez výrazně dramatických změn ve vývoji. Zahájení školní docházky však přináší největší zlom v psychickém a sociálním vývoji dítěte. Musí zvládnout relativně dlouhé oddělení od rodičů, respektovat autoritu učitele, soustředit se na výuku a integrovat se do kolektivu spolužáků. Dochází k nabytí nových schopností, dítě je schopné plnit náročnější úkoly a rozvíjí se soběstačnost (Ptáček a Kuželová, 2013).

Dále probíhá zdokonalování motorických dovedností. Hrubá motorika je již dokonale vyvinutá, zatímco jemná motorika, jako je psaní, zůstává méně přesná. Schopnost vnímání se začíná přibližovat k vnímání dospělého člověka, což zahrnuje orientaci v čase a prostoru a zlepšení ostrosti všech smyslů. Dítě je schopné udržet pozornost a rozrůstá se slovní zásoba až na 10 000 slov, přičemž dítě aktivně využívá přibližně polovinu z nich. Dítě si začíná uvědomovat strukturu a gramatiku řeči. Dítě opouští Egocentrismus a pokud se vyvíjí normálně, projevuje tendenci být aktivní. Rádo spolupracuje s ostatními a touží poznávat svět kolem sebe (Ptáček a Kuželová, 2013).

1.9 Přednemocniční péče

„Přednemocniční neodkladná péče (PNP) je péče o postižené na místě náhle vzniklého onemocnění, úrazu nebo jiného zhoršení zdravotního stavu, které by bez poskytnutí PNP mohly vést ke vzniku dlouhodobých nebo trvalých následků, případně k selhání životních funkcí a náhlé smrti“ (Národní zdravotnický informační portál, 2024).

Přednemocniční péči lze rozdělit na:

Základní první pomoc

Jedná se o soubor základních odborných a technických opatření, která jsou prováděna bez potřeby použití speciálního vybavení. Tato opatření zahrnují aktivaci zdravotnické záchranné služby (ZZS) a poskytování péče postiženému až do příjezdu posádky ZZS, která si následně pacienta převezme. Pokud je to nezbytně nutné, provádíme improvizovaný transport postiženého do zdravotnického zařízení, nicméně je-li to možné, preferujeme počkat na příjezd odborné zdravotnické pomoci. Úkolem laické první pomoci je zachránit život postiženému, zabránit zhoršení jeho zdravotního stavu a zajistit bezpečí. Součástí první pomoci je dodržování protišokových opatření (5 T), což zahrnuje: ticho, teplo, tekutiny, tišení bolesti a transport. Nicméně je nutno říci, že u některých stavů nelze vždy tyto zásady plně dodržovat (Haluzíková, 2023).

Odborná přednemocniční první pomoc

Jednotlivé úkony jsou prováděny zdravotnickým personálem (lékařem, sestrou, záchranářem atd.). Mezi úkony, které zdravotnický personál zajišťuje patří využívání diagnostických a léčebných přístrojů a podávání léčiv. Primárním cílem přednemocniční první pomoci je zlepšení zdravotního stavu postiženého a v případě potřeby jeho stabilizace. Následně dochází k transportu pacienta do zdravotnického zařízení (Haluzíková, 2023).

1.9.1 Charakteristika přednemocniční péče u dětského pacienta

V České republice hovoříme o poskytování zdravotní péče v oblasti pediatrie u jedinců od narození až do dosažení věku 18 let. Specifické akutní stavy jsou charakteristické pro jednotlivé věkové skupiny (Mixa, 2023).

U novorozenců se často vyskytují vrozené vady a sepse. Kojenci jsou často postiženi akutními respiračními infekcemi. U dětí v batolecím věku jsou typické intoxikace, akutní laryngitidy, febrilní křeče a popáleniny. V předškolním věku dochází k častým úrazům a u adolescentů se opět objevují intoxikace a častěji dochází ke kolapsovým stavům (Mixa, 2023).

Zdravotníci i laici se často setkávají s akutně nemocnými dětmi, a proto je velmi důležité, aby všichni zdravotníci byli schopni dětem poskytnout adekvátní péči (Mixa, 2023).

Poskytování akutní a urgentní péče v dětském věku vyžaduje zvláštní přístup. Je zde několik anatomických, fyziologických a psychologických odlišností v porovnání s dospělými pacienty.

Malé děti do dvou let věku neumí vyjádřit své obtíže, ani specifikovat místo bolesti a jsou tedy plně závislé na rodičích. U těchto dětí je diagnóza stanovena především na základě příznaků a anamnézy poskytnuté doprovázejícími osobami. Pokud to situace umožňuje, je velmi doporučováno ošetření a následný transport dítěte do nemocničního zařízení za přítomnosti rodičů (Mixa, 2023).

1.9.2 Přednemocniční péče o děti s popáleninami

Prevalence termických úrazů v Evropě se pohybuje v rozmezí 0,2–3 případů na 10 000 obyvatel, přičemž asi 40 % případů se vyskytuje v dětském věku. Nejčastějším způsobem vzniku termických poranění u dětí je kontakt s horkými tekutinami, což představuje až 80 % případů. Z hlediska rizikových skupin jsou nejvíce ohroženy děti mladší 5 let (Nowaková, 2021).

Poskytnutí adekvátní přednemocniční péče u dětských pacientů s popáleninovým úrazem je závislé na šesti základních prognostických faktorech: mechanismu úrazu, procentu popálené plochy, věku, lokalizaci popáleniny, hloubce poškození a anamnestických datech. Z hlediska etiologie rozlišujeme termická traumata na opaření, popálení, chemická poškození a úrazy způsobené elektrickým proudem. Pro stanovení popálení je možné využít tabulkových metod nebo palmárního pravidla. Hloubka poškození kůže je rozdělena do tří základních stupňů, přičemž nejrizikovějšími oblastmi jsou ruce, obličej, krk a genitálie. Pro krátkodobou prognózu je klíčový vztah mezi věkem pacienta a rozsahem postižení. Anamnestické údaje představují neodmyslitelnou součást komplexního hodnocení úrazu (Zajíček, 2016).

1.9.2.1 Rozsah popáleniny

Zhodnocení rozsahu popálené plochy v PNP bývá spojováno s vysokou mírou chybovosti a nepřesným určením. Z praktického hlediska se nejčastěji využívá pro stanovení rozsahu popálení metodika známá jako palmární pravidlo, kde jedno procento povrchu těla dítěte odpovídá ploše jeho dlaně s nataženými prsty. Pro přesnější určení rozsahu postižení se využívá Lundův-Browderův diagram (viz příloha A), který zohledňuje poměry povrchu jednotlivých částí těla dítěte vzhledem k jeho věku. Na rozdíl od dospělých pacientů není u dětí možné aplikovat pravidlo devíti k určením rozsahu postižené oblasti (Mixa, 2023).

Rozsah a stupeň popáleninového úrazu, u kterého je již nutná péče v popáleninovém centru – vtaženo k věku pacienta (Mixa, 2023):

- „*Věková kategorie 0–3 roky:*

II. stupeň více než 5 % celkového tělesného povrchu, II b. a vyšší stupeň v jakémkoliv rozsahu a lokalizaci.

- *Věková kategorie 3–10 let:*

II. stupeň více než 10 % celkového tělesného povrchu, II b.a vyšší stupeň v jakémkoliv rozsahu a lokalizaci.

- *Věková kategorie 10–15 let:*

II. stupeň více než 15 % celkového tělesného povrchu, II b. a vyšší stupeň v jakémkoliv rozsahu a lokalizaci.

- *Věková kategorie 15–18 let:*

II. stupeň více než 20 % celkového tělesného povrchu, II b. a vyšší stupeň v jakémkoliv rozsahu a lokalizaci“ (Brychta, 2017, s.11) (Mixa, 2023).

1.9.2.2 Stupně popálenin

Popáleniny I. stupně: Popáleniny prvního stupně jsou charakteristické erytémem, což představuje zarudnutí kůže a jedná se pouze o povrchové poškození. Častým příkladem tohoto jevu je popálení od slunce. Postižená kůže je zarudlá, teplá a bolestivá. Obvykle dochází k rychlému zahojení bez trvalých následků (Grossová, 2016).

Popáleniny II. stupně: Popáleniny druhého stupně představují částečné poškození kůže a dělíme je na 2 typy.

Povrchní poškození (II. A) se projevuje zarudnutím kůže, na které se vytváří puchýře. Po odstranění puchýře je spodní vrstva kůže růžová a postižené místo zůstává dobře prokrvené. Tento typ popálení je obvykle velmi bolestivý (Grossová, 2016).

U hlubšího poškození (II. B) jsou zasaženy hlubší vrstvy kůže. Spodní vrstva kůže se zpočátku zbarví červeně, následně vybledne a mohou se na ní objevit drobné červené tečky (petechie). Po zhojení obvykle zůstává na kůži jizva (Grossová, 2016).

Popáleniny III. stupně: U tohoto typu popálenin dochází k postižení kůže v celé její tloušťce, což znamená, že kůže je mrtvá včetně všech nervových zakončení. Postižená oblast není bolestivá a může být zbarvená černě nebo bíle. Pro léčbu je nezbytná chirurgická operace v podobě kožní transplantace (Grossová, 2016).

Výše uvedené dělení se obvykle využívá pro počáteční zhodnocení popáleninových poranění. Hloubka popáleniny se může v průběhu času měnit. Komplikace jsou spojeny s umístěním popáleniny na těle. Mezi nejvážnější oblasti patří postižení obličeje a krku, kde otok může způsobit dýchací obtíže. Další rizikové lokality zahrnují ruce, oblast genitálu, a také plošky nohou (Grossová, 2016).

1.9.3 Laická první pomoc při ošetření popáleného dítěte

Zachránce provádí několik klíčových opatření pro ošetření popálené osoby:

- Přerušení účinku tepla: Zachránce zajistí sejmutí oděvu, případně uhasí hořící oděv. Pevně přiškvařené části oděvu se nesmí odstraňovat.
- Chlazení popálených oblastí: Zachránce použije studenou vodu (15–25 °C) k ochlazení popálených ploch. Lokální ochlazení bez omezení se provádí k úlevě od bolesti po dobu minimálně 10 minut, zatímco rozsáhlé popáleniny (nad 20 % tělesného povrchu) se chladí pouze krátkodobě a jednorázově.
- Zakrytí popálených ploch: Zachránce kryje popálené oblasti sterilním materiálem. V případě nedostupnosti sterilního materiálu použije jinou čistou textilií.
- Sejmutí šperků: Zachránce odstraní náramky, prsteny, náušnice a další šperky, které má postižená osoba na sobě (Hasík, 2017).

1.9.4 Přednemocniční neodkladná péče při ošetření popáleného dítěte

- Zahájení rozšířené neodkladné resuscitace v souladu s platnými směrnici (Guidelines) pokud u postiženého došlo k selhání životně důležitých funkcí.
- Zajištění adekvátní ventilace a oxygenace: Úprava saturace krve kyslíkem s cílem dosáhnout hodnot mezi 94 a 98 %. Při postupující dušnosti a zejména v případech podezření na inhalační trauma nebo popáleniny obličeje, dutiny ústní nebo krku se provádí časná intubace, neboť pozdější intubace může být nemožná kvůli otoku. Pokud není možné zabezpečit dýchací cesty standardními metodami, jako je endotracheální intubace (ETI), je indikována koniotomie nebo koniopunkce.
- Monitorování: Zahrnuje sledování srdeční aktivity, krevního tlaku a saturace podle klinického stavu pacienta.
- Zajištění žilního vstupu: Obvykle se zavádí jedna nitrožilní kanylka do periferní žíly. V případě neúspěchu u dvou pokusů o kanylaci periferní žíly se zvažuje alternativní metoda v podobě navrtání intraoseálního vstupu.

- Zahájení infuzní terapie: U popálených dětí ve věku 0–3 roky s postižením 10–15 % povrchu těla lze zahájit infuzní terapii například pomocí balancovaného krystaloidního roztoku, Hartmanova roztoku, nebo u nejmenších dětí použitím fyziologického roztoku. „*Rychlost podání = 10 ml/kg za hodinu. U dětských pacientů s rozsáhlým popálením se uplatňuje modifikovaná Brookova formule = Množství i.v. podaného krystaloidu v ml v prvních 24 hodinách po úrazu = 2 x % popálené plochy x tělesná hmotnost v kg + fyziologická potřeba tekutin*“ (Brychta, 2017, s.10).
- analgésie a analgosedace: intravenózní podání je preferovanou metodou. V případě nemožnosti intravenózní analgésie je alternativou možnost podání intramuskulárně nebo intranasálně. Pro zajištění analgésie se preferuje podání ketaminu intravenózně (možno i intranasálně) v dávce 0,5–1 mg/kg, případně v kombinaci s midazolamem intravenózně (možno i intranasálně) v dávce 1–2 mg na 10 kg tělesné hmotnosti.
- Prevence infekce popálených ploch: Popálenou plochu kryjeme pomocí sterilních popáleninových roušek a sterilních pohotovostních obvazů nebo sterilní gelovou rouškou na popáleniny, jako je například Water Jel. Tato opatření jsou prováděna až po stabilizaci celkového stavu pacienta.
- Odstranění šperků: například prstenů či náramků, v případě cirkulárního popálení určité oblasti, aby se zabránilo ischemizaci periferie při zvětšujícím se otoku.
- Tepelný komfort: Zejména u dětských pacientů s rozsáhlejšími popáleninami je velmi důležité dbát na prevenci hypotermie (Brychta, 2017).

1.9.5 Transport pacienta

Transport dítěte s vážným termickým poraněním by měl proběhnout co nejdříve, tak aby se minimalizoval časový interval mezi úrazem a poskytnutím vhodné ošetrovatelské péče. Obecně platí, že doba od samotného úrazu po předání pacienta nemocničnímu personálu by neměla přesáhnout 4 hodiny, výjimečně může být tato doba prodloužena až na 6 hodin. Nejvhodnějším postupem je telefonický kontakt lékaře či záchranáře, který se o pacienta stará v PNP s lékařem specializovaného popáleninového centra. V případě úrazů způsobených vysokým elektrickým napětím, může být pacient přeměrován po konzultaci s lékařem příslušného popáleninového centra, do nejbližšího traumacentra k vyšetření a vyloučení případných přidružených poranění (Mixa, 2023).

V případě, že se nejedná o kritického pacienta a popálená plocha je menšího rozsahu je možné dětského pacienta transportovat na dětskou chirurgickou ambulanci či urgentní příjem nejbližší spádové nemocnice (Mixa, 2023).

1.10 Modelová situace

Cílem medicínského vzdělávání založeném na simulaci je poskytnout správný postoj a dovednosti studentům, tak aby se byli schopni posléze adekvátně vypořádat s kritickými situacemi v reálném životě. Simulace jsou navrženy tak, aby poskytovaly zážitek, co nejpodobnější reálnému scénáři, aniž by byla ohrožena etická a zákonná práva reálných pacientů. Využití těchto simulačních technik v medicíně může přispět ke značnému pokroku ve zdravotnictví (Rashmi, 2012) (Glover, 2014).

Lékařské simulátory umožňují studentům trénovat diagnostiku a léčbu na figurínách, které jsou schopny reagovat poměrně realistickým dojmem, a navíc tato simulovaná aktivita nabízí výhodu v tom, že studenti mají možnost „resetovat“ scénář a vyzkoušet si alternativní strategie a přístupy, což umožňuje rozvíjet zkušenosti s konkrétními situacemi (Rashmi, 2012) (Glover, 2014).

Zpětná vazba, včetně debriefingu, představuje jeden z klíčových prvků vzdělávání založeného na simulaci. Důležité je, aby facilitátor měl dostatečné znalosti v dané oblasti, aby mohl posléze předat studentům své postřehy z proběhlé modelové situace a detailně její průběh rozebrat. Pro zajištění úspěšného procesu debriefingu a výuky musí facilitátor vytvořit „podpůrné klima“, kde se studenti cítí ceněni, respektováni a mají možnost svobodně se učit v důstojném prostředí. Účastníci by měli být schopni sdílet své zkušenosti otevřeně a upřímně, aby byl zážitek ze simulace co nejlepší (Fanning, 2007).

2 VÝZKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČÁST

2.1 Průzkumné otázky

1. Jaké jsou znalosti studentů studijního oboru ZZ v oblasti poruch autistického spektra u dětí?
2. Jaké jsou dovednosti studentů studijního oboru ZZ v oblasti komunikace s dítětem s poruchou autistického spektra?
3. Jaké jsou dovednosti studentů studijního oboru ZZ v oblasti praktického ošetřování dítěte s poruchou autistického spektra?

2.2 Metodika výzkumné (praktické) části

Průzkum ke zpracování této bakalářské práce byl prováděn metodou přímého pozorování modelové situace na téma popálené autistické dítě. Pozorování můžeme charakterizovat jako systematický a reflexivní proces, který je prováděn přímo na místě výzkumu, s cílem získat jednotlivé informace, případně údaje, které mají kvantitativní charakter. Přímé pozorování znamená, že pozorovatel se aktivně účastní zkoumaného jevu v čase jeho průběhu (Švaříček a Šed'ová, 2014).

K hodnocení postupu řešení modelové situace byly vytvořeny dvě tabulky zahrnující vybraná kritéria, která byla obsahem průzkumu. Supervizor, který prováděl pozorování modelové situace, měl po celou dobu tyto hodnotící tabulky k dispozici a postupně zaznamenával výkony, které již studenti splnily.

V první hodnotící tabulce (viz příloha B), která se zaměřovala především na praktické dovednosti ošetření popáleného dítěte bylo celkem 24 úkonů, které měli během situace studenti splnit.

Kritéria, která byla v této tabulce hodnocena: odběr osobní anamnézy (zjištění, že se jedná o dítě s PAS), odběr alergické a farmakologické anamnézy, správný postup podle algoritmu ABCDE (A + B – pohled, poslech plic, změření saturace, počet dechů, C – krvácení, změření tlaku krve, pulzu, zajištění žilního vstupu (nebylo nutné), D – neurologické vyšetření, glykémie (nebyla nutná), E – vyšetření od hlavy k patě, změření tělesné teploty), manipulace s pacientem a zajištění tepelného komfortu, podání léků (správná forma a dávka, konzultace s lékařem), správné ošetření popáleniny (použití WaterJelu), fixace popálené ruky pomocí trojcípého šátku, transport pacienta (společně s matkou, využití dětského zádržného systému, správná poloha),

stanovení diagnózy, správné směřování, posláni avíza, odstranění šperků na popálené ruce, určení mechanismu úrazu, stanovení typu a hloubky popáleniny, komunikace s dítětem a matkou.

Druhá hodnotící tabulka (viz příloha C) se zabývala správnou komunikací respondentů s dítětem s PAS. Pro potřeby modelové situace a její hodnocení bylo autorkou vytvořeno Desatero pro komunikaci s autistickým dítětem (viz příloha D).

Do hodnotící tabulky, bylo zaznamenáno kolik bodů z desatera bylo splněno a v závislosti na tom byly jednotlivým skupinám přidělovány body do celkového hodnocení.

Desatero komunikace obsahovalo následující kritéria: zajištění přítomnosti blízké osoby, vyvarování se nečekaných doteků a očního kontaktu, jednoduchá a srozumitelná komunikace, trpělivost při vysvětlování jednotlivých kroků při ošetřování dítěte, používání obrázkových komunikačních karet pro autisty (tyto karty měly studentům usnadnit komunikaci s dítětem, tak, že když mu ukážou kartu s obrázkem například tonometru a dodají k tomu komentář „teď ti změřím krevní tlak“ bude pro dítě mnohem jednodušší si daný výkon představit a nebude se ho tolik obávat), získání si důvěry, předvedení výkonu, kterého se dítě obávalo, vyvarování se používání jehel, omezení intenzivních zvuků a posláni avíza do nemocnice, aby se připravila na příjem pacienta s PAS.

Hodnocení úkonů proběhlo výhradně prostřednictvím přímého pozorování. Na konci modelové situace bylo doplněno o zpětnou vazbu pro studenty a prostor pro zodpovězení případných dotazů.

2.3 Výběr respondentů

Pro tuto bakalářskou práci byl výběr respondentů záměrný. K průzkumu byli vybráni studenti bakalářského studijního oboru Zdravotnické záchranářství. Jednalo se o studenty druhého ročníku a opakující studenty třetího ročníku. Průzkum byl zrealizován 13.11.2023 v prostorách VŠ v rámci praktického nácviku modelových situací. Celkový počet respondentů, který se průzkumu zúčastnil byl 51. Všichni studenti souhlasili se zařazením do průzkumu – žádný student neodmítl účast.

2.4 Průběh průzkumného šetření

Respondenti byli na začátku informováni o tom, jakým způsobem bude tento průzkum probíhat, a že výsledky tohoto šetření budou použity pro účely zpracování výzkumné části mé bakalářské práce.

Modelové situace byly standardně plněny ve čtyřčlenných skupinách (jedna skupina byla tříčlenná). Tyto skupiny byly ještě před zahájením našeho šetření rozděleny na dvojice, které paralelně řešily naprosto identickou modelovou situaci ve dvou oddělených místnostech.

Studenti dostali výzvu k výjezdu posádky ZZS, ve které stálo, že se jedná o popálené dítě, naléhavost N2. To, že se jedná o dítě s autismem jim předem přímo řečeno nebylo a bylo na nich, aby si tuto skutečnost zjistili z osobní anamnézy dítěte sami. Na místě události se kromě dítěte nacházela také jeho matka, která byla záchráncům po celou dobu zásahu k dispozici a mohli se jí ptát na všechny potřebné informace, které se od autistického dítěte nedozvěděli.

Na splnění modelové situace bylo vyhrazeno celkem 15 minut. Deset minut probíhal scénář, který měli studenti vyřešit podle jich dosavadních znalostí získaných po dobu studia. Poté následovala zpětná vazba od supervizora, který na celou modelovou situaci po dobu jejího konání dohlížel. Studentům bylo vysvětleno, v jakých bodech při řešení postupovali správně, kdy chybně a na co zapomněli. Měli možnost se doptat na to, co jim nebylo jasné.

2.5 Popis modelové situace

2.5.1 Kazuistika

10:25 – Dispečink ZZS přijal výzvu. Volá matka osmiletého dítěte, že její dcera na sebe převrhla hrnek s horkým čajem a má popáleninu na pravém předloktí. Operátorka krajského operačního střediska zahájila první pomoc po telefonu. Informuje matku, že má popálené místo chladiť studenou vodou a vyčkat na příjezd posádky Zdravotnické záchranné služby (dále ZZS).

10:35 – Příjezd posádky ZZS (RZP) na místo události.

2.5.2 Řešení modelové situace

Po příjezdu na místo záchranáři vidí dítě (8 let), které sedí na židli, pláče a má popáleninu na pravém předloktí. Na místě události se kromě dítěte nachází také jeho matka, která zodpovídá všechny případné dotazy týkající se zdravotního stavu svého dítěte. Záchranáři nejprve „vytěží“ informace, týkající se anamnézy pacienta – osobní anamnéza, zde má být zjištěno, že se jedná o autistu, dále se ptají na farmakologickou a alergickou anamnézu. Poté záchranáři přistoupí k samotnému ošetření dítěte – nutno dbát na správnou komunikaci s dítětem s PAS po celou dobu zásahu v PNP. Pacient je zpočátku velmi nedůvěřivý a nechce se od záchranářů nechat ošetřit. Pomocí správné komunikace pomalu dochází k získání důvěry dítěte. Záchranáři dítěti změní fyziologické funkce (správný postup podle algoritmu ABCDE) a ošetří popálenou končetinu. Zhodnotí rozsah a stupeň popáleniny, sundají náramky na postižené ruce, přiloží na

popálené místo WaterJel a končetinu zafixují pomocí trojcípého šátku. Dále si záchranáři po telefonu zkontaktují s lékařem možnost podání léků na bolest. Konzultující lékař jim naordinuje podání Ketaminu (Calypsolu) 0,5 mg/kg intranasálně. Po podání léku, se pacient uklidní a začíná se záchranáři více spolupracovat. Následuje transport pacienta do nemocničního zařízení, zde mají záchranáři za úkol umožnit matce jet společně s dítětem, zvolit správnou polohu dítěte během transportu, zmínit využití dětského zádržného systému a zajistit pacientovi šetrnou manipulaci a tepelný komfort. Dále záchranáři stanoví diagnózu a oddělení, na které dítě povevou. V tomto případě se jedná o popáleninu 2. stupně (2 % těla) a směřování je na (dětskou) chirurgickou ambulanci. Nutno poslat avízo do cílového zařízení a oznámit personálu příjem popáleného dětského pacienta s PAS. Posledním úkolem záchranářů je vzít společně s dítětem do nemocnice jeho doklady a lékařské zprávy z předchozích ošetření.

2.6 Zpracování výsledků modelové situace

Modelová situace byla hodnocena, jak už bylo zmíněno výše, metodou přímého pozorování. Provedené úkony byly zaznamenávány do autorkou práce vytvořených hodnotících tabulek. Za každý provedený úkon bylo možné získat určitý počet bodů (v závislosti na jednotlivém výkonu se bodová hranice pohybovala mezi 10–100 body) celkový počet bodů, který bylo možno získat za správné splnění modelové situace bylo 500. Nejvíce bodů (100) bylo přidělováno za komunikaci s autistickým dítětem. Body, které jednotlivé skupiny získaly za každé hodnocené kritérium, byly následně zaznamenány do programu Microsoft Excel a byly z nich vytvořeny grafy.

2.7 Pomůcky potřebné k realizaci modelové situaci

Použité pomůcky: záchranářský batoh se zdravotním vybavením, Hlava =pomůcka pro určení fyziologických funkcí a dávkování léků u dětí, monitor, WaterJel (na ošetření popáleniny), pomůcky pro měření fyziologických funkcí (tonometr, oxymetr, glukometr, fonendoskop, teploměr) trojcípý šátek, ampulárium s cvičnými léky (Calypsol, Dormicum), komunikační karty pro autisty (viz příloha E), termofolie, nasální stříkačky

Dále pro vytvoření modelové situace bylo zapotřebí čtyř živých figurantů a dvou supervizorů, kteří shodně hodnotili, jak si studenti při řešení situace vedli.

2.8 Dotazník

Po dokončení zpětné vazby směrem k předešlé modelové situaci byli studenti vyzváni k vyplnění dotazníku vlastní konstrukce (viz příloha F). Před samotným dotazníkovým šetřením

bylo u studentů provedeno pilotní šetření k ověření srozumitelnosti jednotlivých položek, které dotazník obsahoval.

V dotazníku se nacházelo celkem 14 položek. Všechny tyto položky byly uzavřené a respondenti měli možnost vybírat ze dvou až čtyř možností. Odpověď byla pouze jedna správná.

První část otázek cílila na znalosti studentů v oblasti poruch autistického spektra u dětí. Bylo zjišťováno, jestli studenti měli možnost se v rámci dosavadního studia (SŠ a VŠ) s tímto tématem setkat. Dále zdali již přišli do osobního kontaktu s dítětem s diagnózou PAS. Následující otázky se zabývaly komunikací s autistickým dítětem během modelové situace. Respondenti měli v této části za úkol odpovídat, jak se jim při řešení situace v jednotlivých kritériích, cílených na komunikaci s dítětem s PAS, dařilo. Byl zjišťován jejich individuální subjektivní názor.

Dotazník byl všemi respondenty vyplněn dne 13.11.2023 za přítomnosti supervizorů.

2.9 Zpracování výsledků dotazníku

Výsledky dotazníku byly zpracovány pomocí programu Microsoft Excel, ve kterém byly následně vytvořeny grafy absolutní četnosti k jednotlivým otázkám. Ke každému grafu byl dále doplněn krátký slovní komentář.

3 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

3.1 Dotazník

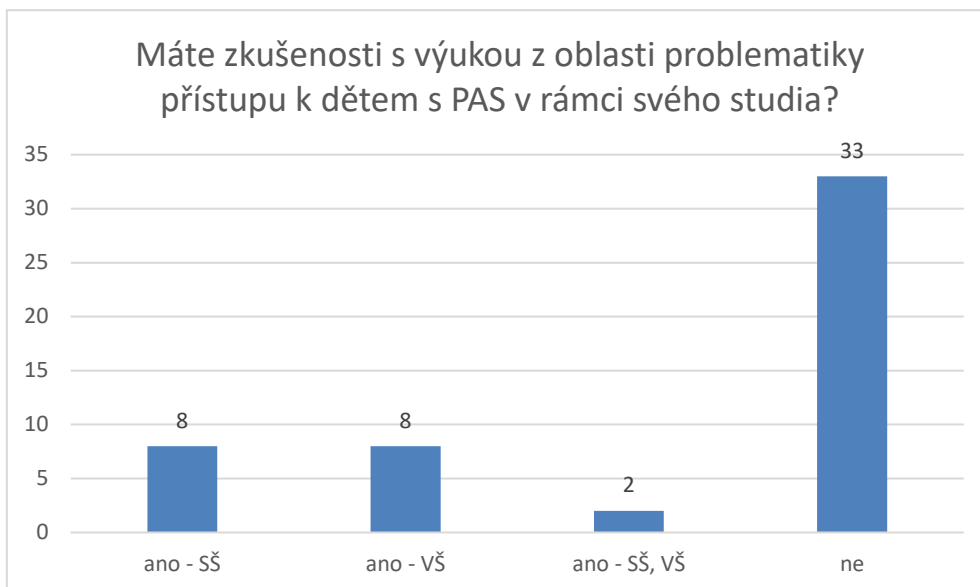
Tato kapitola se zaměřuje na zpracování výsledků z dotazníkového šetření. Dotazník vyplnilo celkem 51 respondentů. Zde jsou přiloženy grafy, ve kterých jsou znázorněny výsledky jednotlivých položek, které dotazník obsahoval. Ke každému grafu je doplněn slovní komentář.

3.1.1 Položky zjišťující teoretické znalosti a praktické zkušenosti respondentů



Obrázek 1: praktické zkušenosti s dětmi s PAS

Graf č. 1 znázorňuje praktické zkušenosti respondentů s dětmi s poruchou autistického spektra. Z celkového počtu 51 respondentů (100 %) uvedlo 21 (41 %) respondentů, že zkušenosti má (krátkodobé i dlouhodobé) a 30 (59 %) respondentů, že tuto zkušenost nemá.

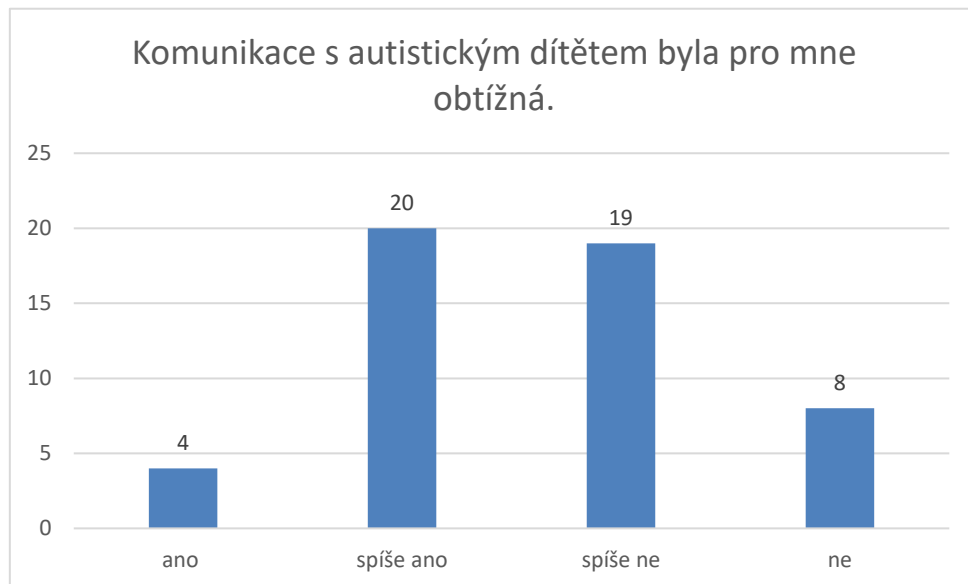


Obrázek 2: zkušenosti s výukou dané problematiky

Na grafu č. 2 vidíme, jaké mají respondenti zkušenosti s výukou z oblasti problematiky přístupu k dětem s PAS v rámci svého dosavadního studia. Celkem 33 (65 %) respondentů v dotazníku uvedlo, že se s výukou této problematiky nikdy nesešlo. Menší část respondentů (35 %) tvrdí, že toto téma bylo během jejich studia již zmíněno ať už na střední či vysoké škole.

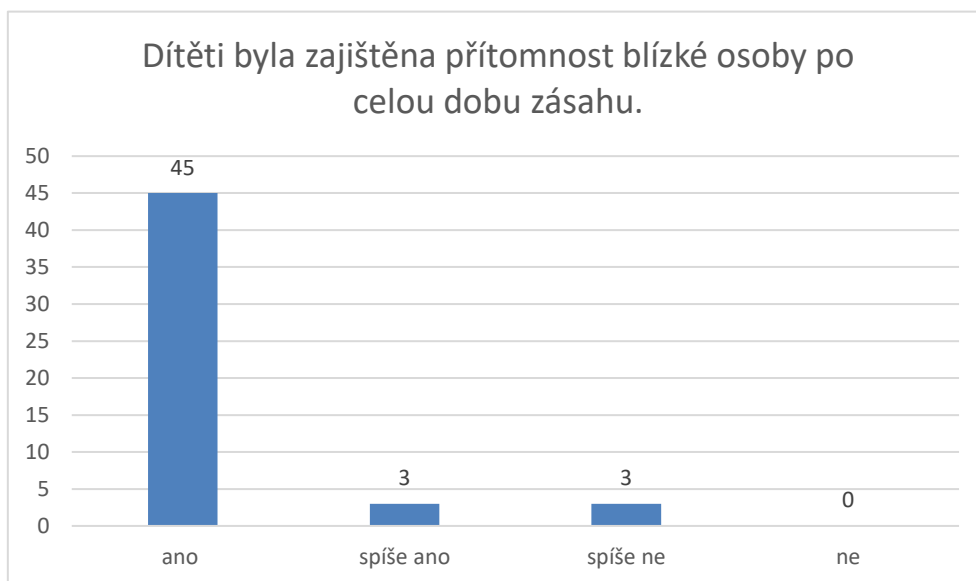
3.1.2 Položky hodnotící modelovou situaci

U následujících 12 položek respondenti vybírali vždy jednu z uzavřených odpovědí, které byly: ano, spíše ano, spíše ne, ne. Jednalo se o osobní subjektivní přesvědčení studentů z řešení vybraných oblastí modelové situace.



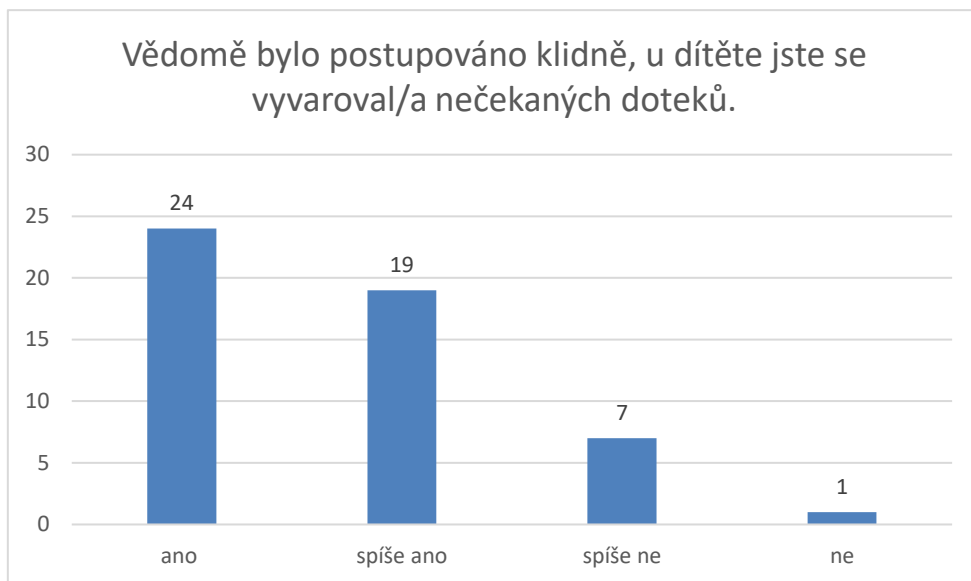
Obrázek 3: komunikace s autistickým dítětem

Na grafu č. 3 je hodnocena komunikace respondentů s autistickým dítětem. Zde vidíme, že výsledky jsou poměrně vyrovnané. Celkem 24 (47 %) respondentů v dotazníku uvedlo, že komunikace pro ně byla více či méně obtížná (odpovědi ano a spíše ano). Zbýlých 27 (53 %) studentů uvedlo, že komunikace pro ně obtížná nebyla.



Obrázek 4: přítomnost blízké osoby

Z Grafu č. 4, lze vyčíst, jak si respondenti vedli u zajištění přítomnosti blízké osoby (v našem případě matky) dítěte po celou dobu zásahu v přednemocniční péči. Na výše uvedeném grafu vidíme, že většina studentů (45; 88 %) v dotazníku uvedla, že přítomnost blízké osoby zajistila.



Obrázek 5: vyvarování se nečekaných doteků

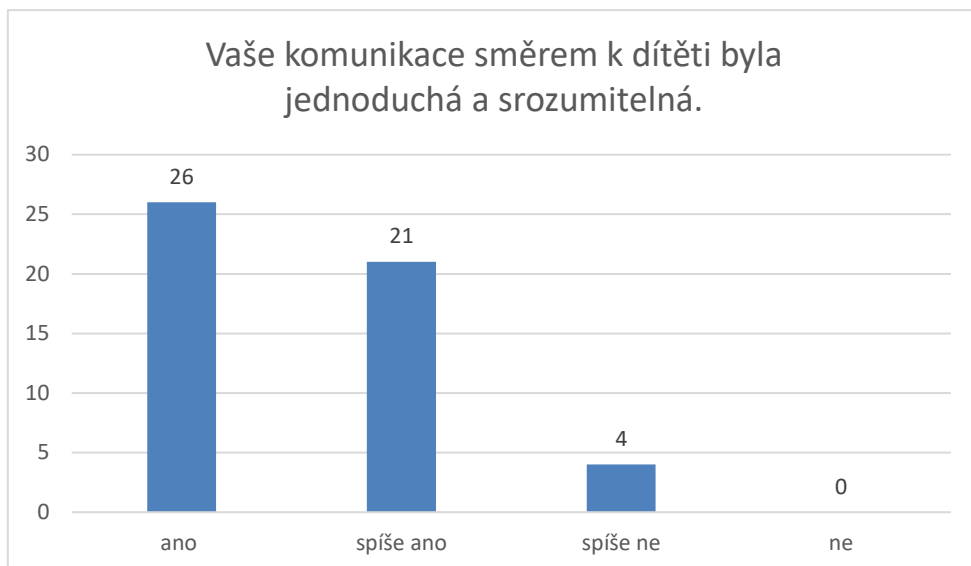
Na grafu č. 5 lze vidět, že většina respondentů (43; 84 %) v dotazníku uvedla, že jim nedělalo problém klidně přistupovat k dítěti s PAS a vyvarovali se i nečekaných doteků směrem k dítěti.



Obrázek 6: nechtěný oční kontakt

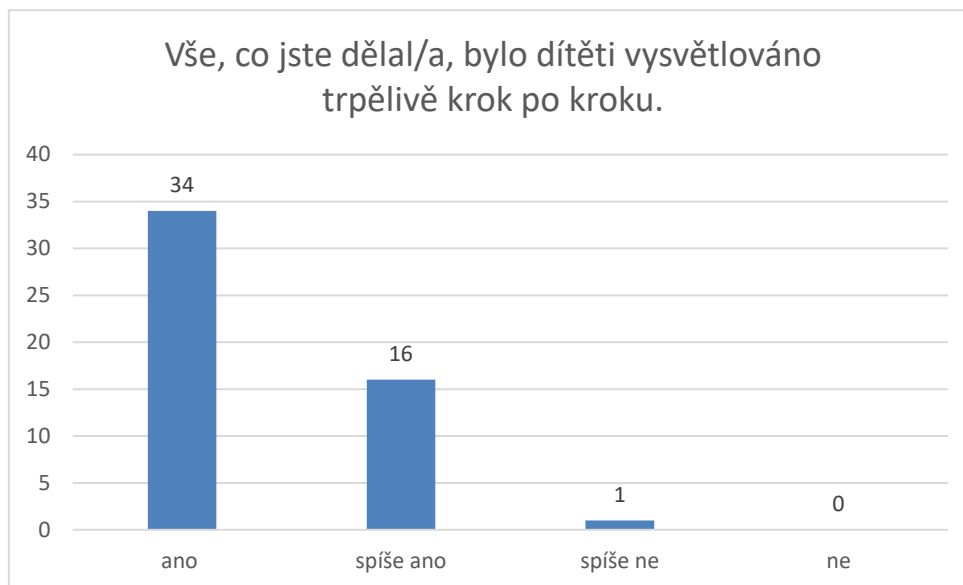
Graf č. 6 znázorňuje, jak studenti odpovídali na položku týkající se komunikace s dítětem a zdali se vyvarovali nechtěnému očnímu kontaktu. Celkem 31(61 %) respondentů v dotazníku uvedlo, že toto kritérium více či méně splnilo. Zbylých 20 (39 %) respondentů nikoliv.

(poznámka autorky: Někteří jedinci také prováděli neurologické vyšetření tím, že pacientovi svítili do očí baterkou, aby vyšetřili zornice, což dítě velmi znepokojovalo.)



Obrázek 7: jednoduchá a srozumitelná komunikace

Na grafu č. 7 je hodnocena komunikace s dítětem. Bylo dbáno na to, aby komunikace směrem od studentů byla jednoduchá a srozumitelná. Většina z nich (47; 92 %) v dotazníku uvedla, že komunikace z jejich strany byla k dítěti adekvátní a srozumitelná.



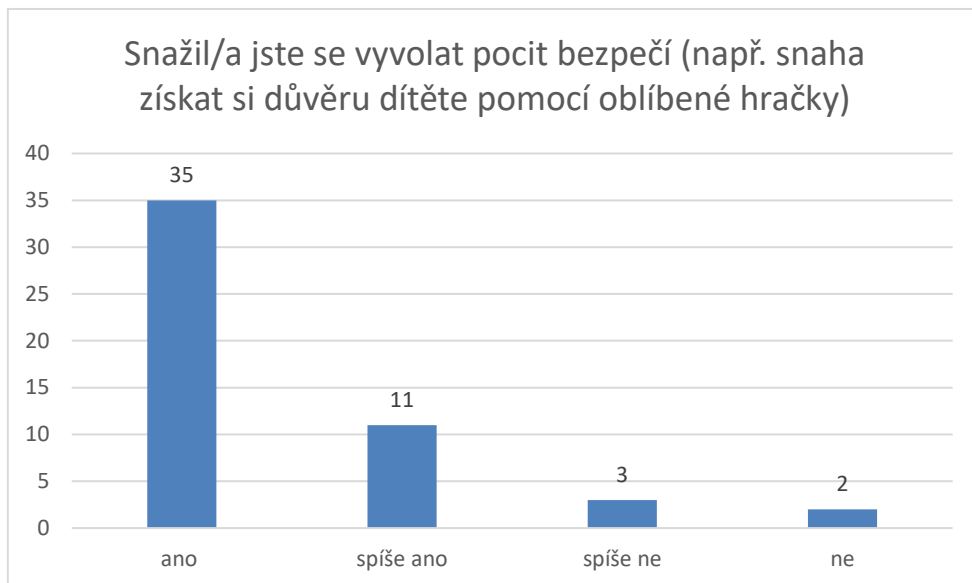
Obrázek 8: trpělivé vysvětlování

Graf č. 8 se zaměřuje na trpělivé vysvětlování jednotlivých kroků, které studenti v rámci ošetření dítěte během modelové situace prováděly. 50 (98 %) respondentů v dotazníku uvedlo, že při vysvětlování byli dostatečně trpěliví a postupovali tak, jak se od nich očekávalo.



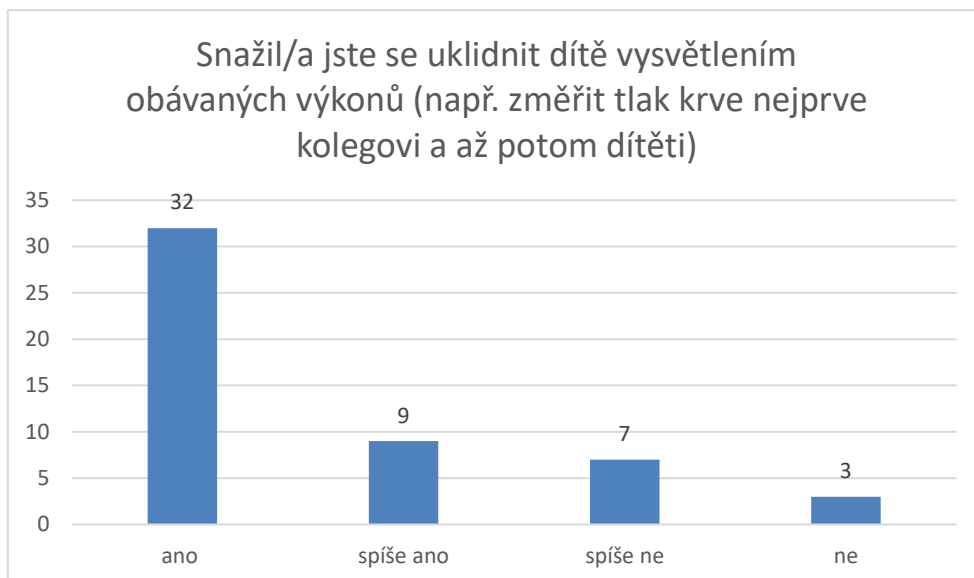
Obrázek 9: používání obrázkových karet

Graf č. 9 se zabývá tím, jestli respondenti používali ke komunikaci s autistickým dítětem obrázkové komunikační karty vytvořené pro potřeby modelové situace autorkou práce (viz příloha E). Z výše uvedeného grafu lze vyčíst, že odpovědi u této otázky byly u odpovědí „ano“ a „ne“ poměrně vyrovnané. Celkem 24 (47 %) studentů uvedlo, že komunikační karty během modelové situace využívalo, zbylých 27 (53 %) nikoliv.



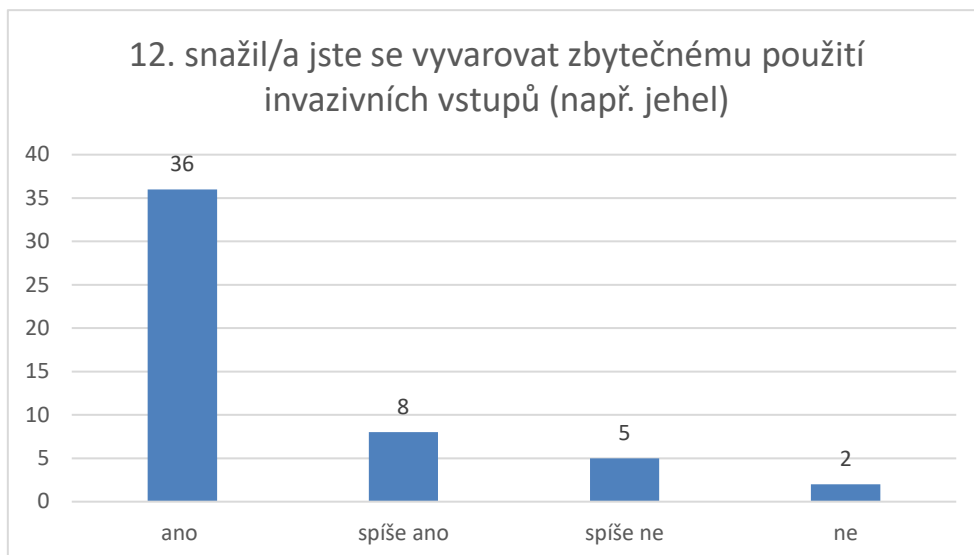
Obrázek 10: pocit bezpečí

Na grafu č. 10 vidíme, jak si respondenti vedli při zajištění pocitu bezpečí směrem k dítěti. Celkem 46 (90 %) z nich v dotazníku uvedlo, že dokázalo vyvolat pocit bezpečí u dítěte.



Obrázek 11: vysvětlení obávaných výkonů

Z grafu č. 11 lze vyčíst, jak si studenti poradili s uklidněním autistického dítěte a s vysvětlením výkonů, kterých se pacient obával. Celkem 41 (80 %) respondentů v dotazníku uvedlo, že toto kritérium splnilo, zbylých 10 (20 %) nikoliv.



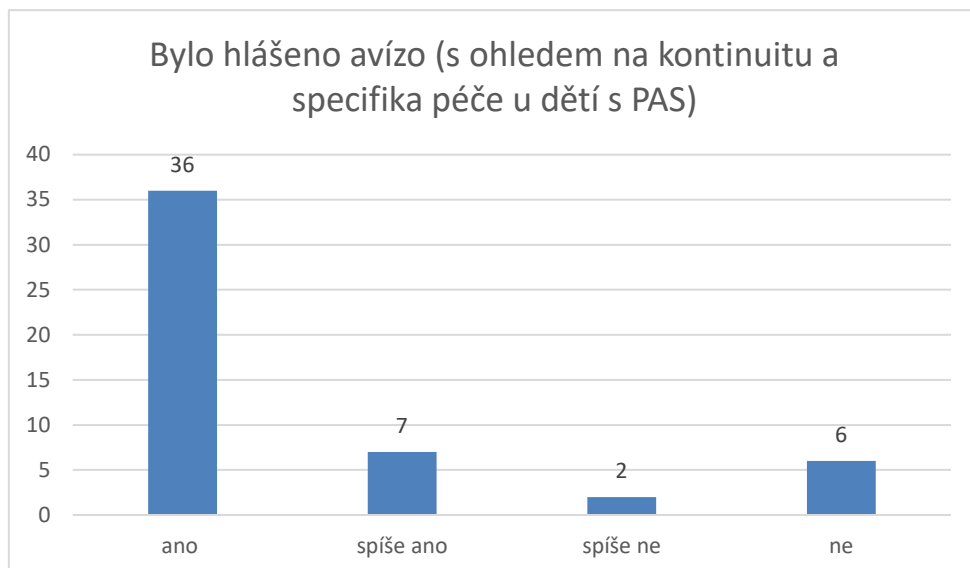
Obrázek 12: vyvarování se invazivních vstupů

Graf č. 12 se zaměřuje na to, jak si studenti vedli při vyvarování se zbytečnému použití invazivních vstupů. Většina respondentů (44; 86 %) v dotazníku uvedla, že tento bod splnila a u dítěte se zavádění invazivních vstupů vyvarovala.



Obrázek 13: omezení intenzivních zvuků

Graf č. 13 hodnotí, jestli během modelové situace byly omezeny intenzivní zvuky na minimum, a především jestli došlo k vypnutí zvukového majáku v sanitce po dobu transportu dítěte. Jak lze z grafu vyčíst, nadpoloviční většina studentů (35; 69 %) v dotazníku uvedla, že se intenzivní zvuky snažila, co nejvíce omezit. Zbylé respondenty (16; 31 %) tuto skutečnost řešit spíše nebo vůbec nenapadlo.



Obrázek 14: hlášení avíza

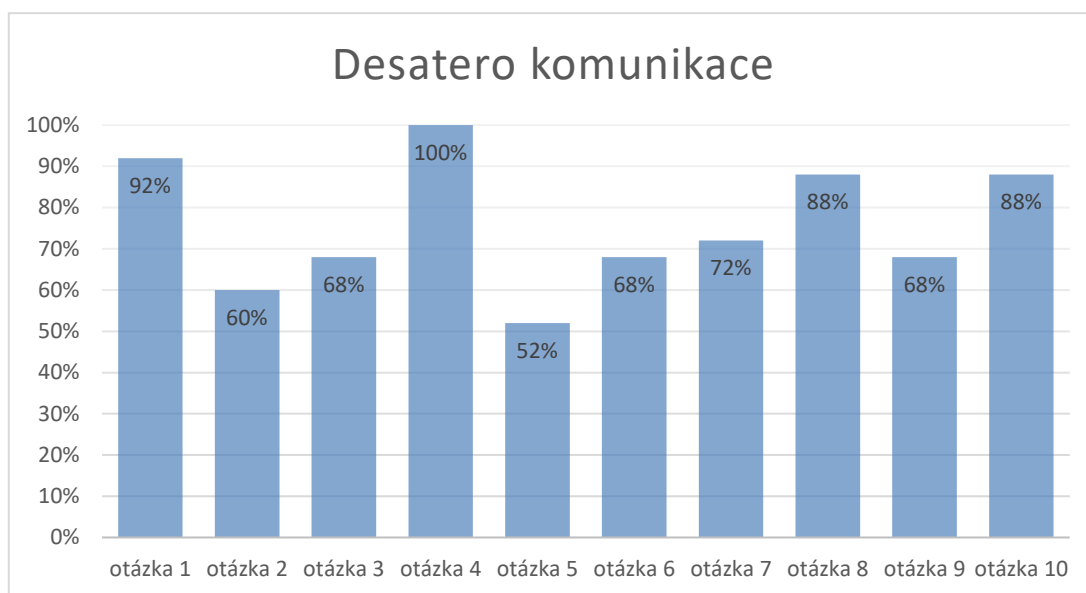
Graf č. 14 se zabývá tím, jestli bylo hlášeno avízo, tak aby byla dodržena kontinuita návaznosti ošetření pacienta s PAS a bylo možné se vyhnout zdlouhavému čekání v čekárně. Celkem 43 (84 %) respondentů v dotazníku uvedlo, že na tuto skutečnost myslelo a avízo podalo tak, jak mělo.

3.2 Desatero komunikace

Druhá část výsledků prezentuje data získaná z hodnocení výkonu celé skupiny dohromady výzkumníkem pozorujícím průběh modelové situace. Hodnocení (hodnotící tabulka – viz příloha C) obsahovalo celkem 10 bodů, které bylo nutno splnit v rámci modelové situace. Tyto body korespondovaly s předchozími výsledky zobrazujícími subjektivní sebehodnocení respondentů samotných. Výsledky zahrnují 25 skupin po 2–3 členech.

3.2.1 Hodnocené body z desatera komunikace

1. Dítěti byla zajištěna přítomnost blízké osoby po celou dobu zásahu.
2. Vědomě bylo postupováno klidně, nedocházelo k nečekaným dotekům a k nechtěnému očnímu kontaktu.
3. Komunikace směrem k dítěti byla jednoduchá a srozumitelná.
4. Vše bylo dítěti vysvětlováno trpělivě krok po kroku.
5. Při komunikaci s dítětem byly používány obrázkové kartičky.
6. Snaha o vyvolání pocitu bezpečí (např. získání si důvěry dítěte pomocí oblíbené hračky).
7. Snaha uklidnit dítě vysvětlením obávaných výkonů (např. změřit tlak krve nejprve kolegovi a až potom dítěti).
8. Snaha vyvarování se zbytečnému použití invazivní postupů (např. jehel).
9. Omezení intenzivní zvuky (např. vypnutý maják v sanitce).
10. Včas hlášené avízo, s ohledem na kontinuitu a návaznost péče u dítěte s PAS



Obrázek 15: desatero komunikace

Na grafu č. 15 lze vidět graf, na kterém je znázorněna procentuální úspěšnost u jednotlivých kritériích z desatera komunikace pro pacienty s PAS. V každé otázce byly hodnoceny všechny skupiny, které se modelové situace účastnily. Procentuální vyjádření udává, kolik skupin hodnocený bod splnilo a jak si skupiny v jednotlivých otázkách vedly.

Otázka č. 1: Byla dítěti zajištěna přítomnost blízké osoby po celou dobu zásahu v PNP? V této položce celkem 92 % skupin uspělo a přítomnost blízké osoby dítěti správně zajistilo.

Otázka č. 2: Vyvarovali jste se u dítěte nečekaných doteků a očního kontaktu? U tohoto kritéria správně postupovalo 60 % skupin, které tyto dva body splnily.

Otázka č. 3: Byla komunikace směrem k dítěti jednoduchá a srozumitelná? U této otázky uspělo celkem 68 % skupin, které zvládly komunikaci směrem k dítěti přizpůsobit jeho potřebám.

Otázka č. 4: Bylo vše, co jste dělali, dítěti vysvětlováno trpělivě krok po kroku? Tuto položku zvládly splnit všechny skupiny, tudíž zde byla 100 % úspěšnost.

Otázka č. 5: Používali jste při komunikaci s dítětem obrázkové karty? U této položky postupovalo správně 52 % skupin, které při komunikaci s autistickým dítětem využily obrázkové karty, které měly k dispozici.

Otázka č. 6: Snažili jste se vyvolat u dítěte pocit bezpečí a získat si jeho důvěru? Celkem 68 % skupin zvládlo toto kritérium splnit a důvěru dítěte si získat.

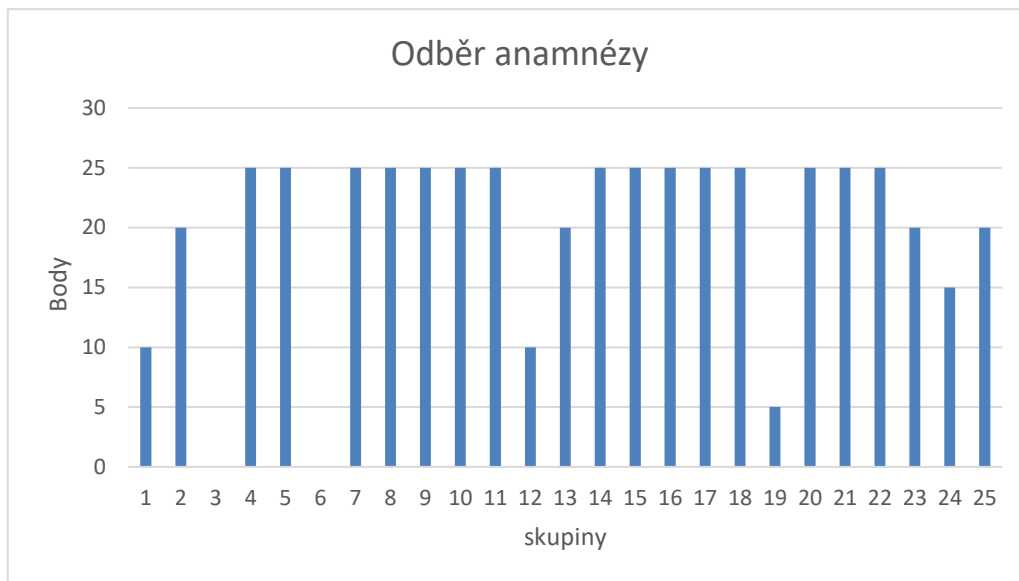
Otázka č. 7: Snažili jste se uklidnit dítě vysvětlením obávaných výkonů? V této otázce uspělo 72 % skupin, kterým se podařilo dítě uklidnit, obávaný výkon mu vysvětlit a následně ho provést.

Otázka č. 8: Snažili jste se vyvarovat zbytečnému použití invazivní postupů (např. jehel)? Tuto otázku splnilo 88 % skupin, které se zvládly použití invazivních postupů vyvarovat.

Otázka č. 9: Byly omezeny intenzivní zvuky (např. vypnutý maják v sanitce)? U tohoto kritéria uspělo pouze 68 % skupin, které na omezení intenzivních zvuků myslelo a zvládlo se jim vyvarovat.

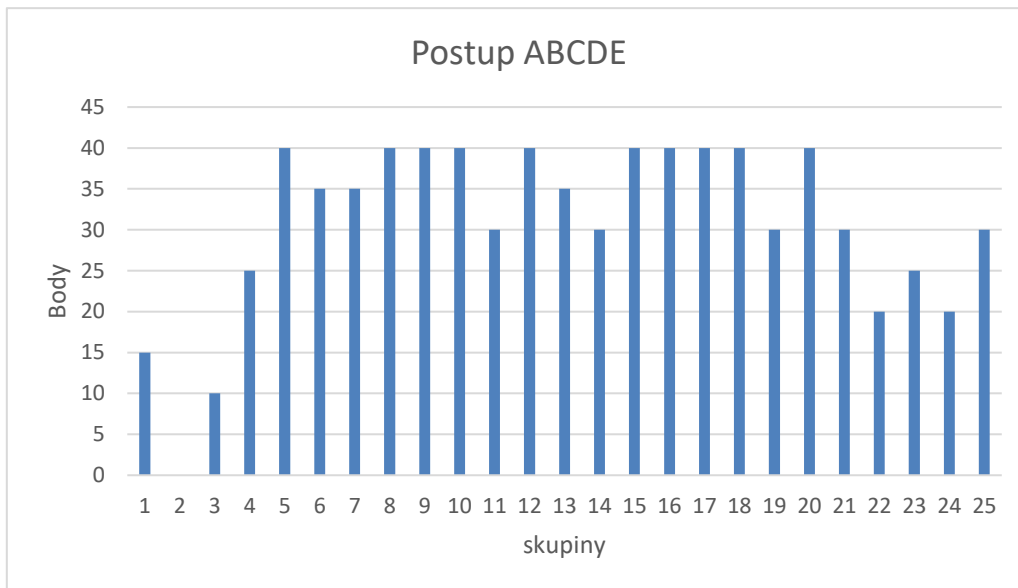
Otázka č. 10: Bylo včas hlášeno avízo s ohledem na kontinuitu návaznost péče u dítěte s PAS? Celkem 88 % skupin v této otázce uspělo a avízo podalo tak, aby kontinuita péče mohla být dodržena bez nutnosti zdlouhavého čekání v čekárně.

3.2.2 Výsledky pozorování



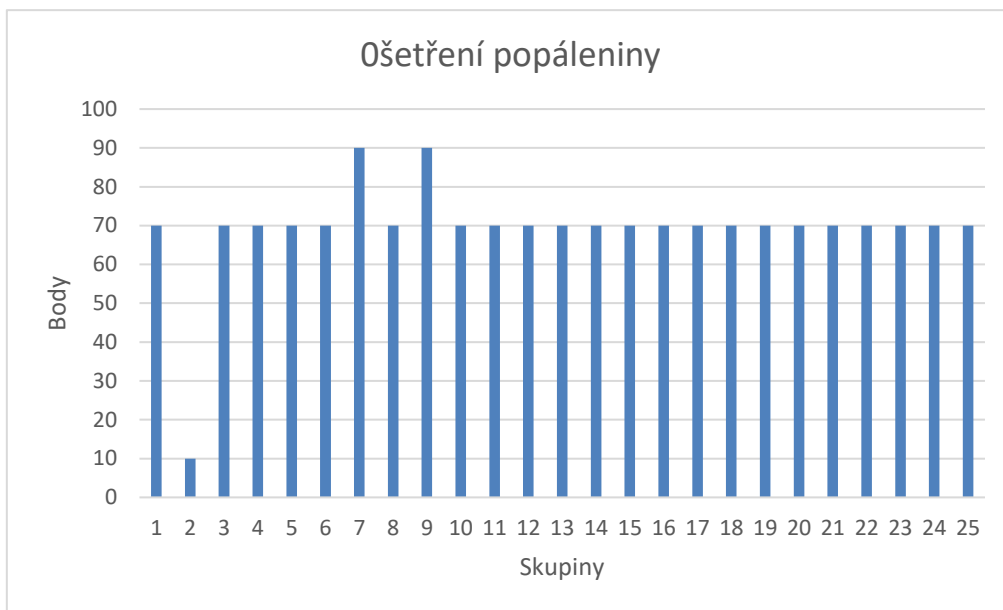
Obrázek 16: odběr anamnézy

Graf č. 16 se zabývá odběrem anamnézy od pacienta. Celkem bylo možné v této kategorii získat 25 bodů. Odběr anamnézy byl rozdělen na 3 položky – anamnéza osobní, farmakologická a alergická. Největší počet bodů (15) bylo za zjištění, že se jedná o dítě s poruchou autistického spektra. Odběr farmakologické a alergické anamnézy byl celkem za 10 bodů (5 bodů za každou položku). Celkem 15 skupin (60 %) zvládlo toto kritérium splnit na 100 % (25 bodů).



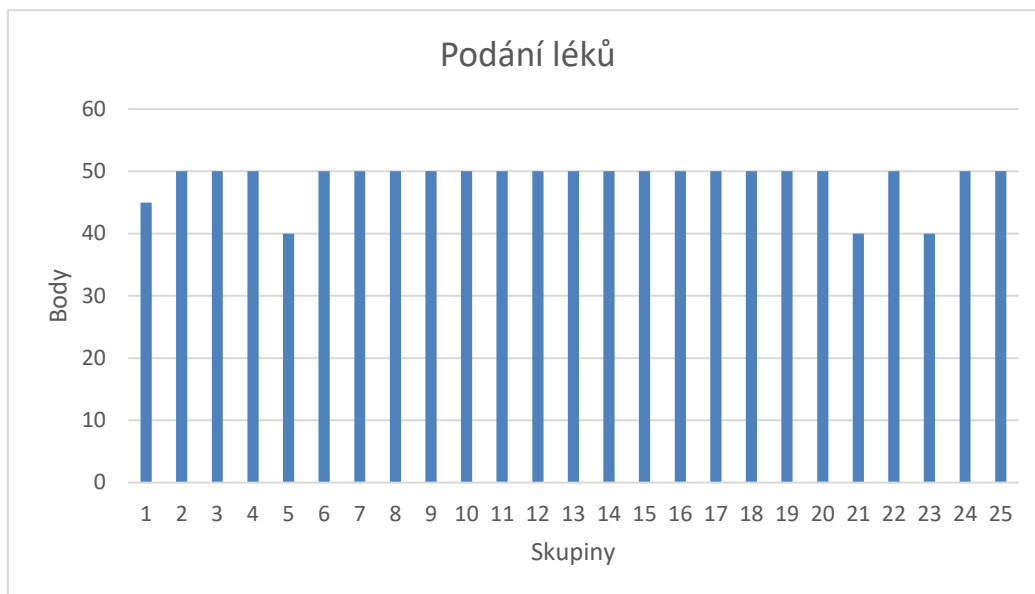
Obrázek 17: postup ABCDE

Graf č. 17 hodnotí správný postup podle algoritmu ABCDE při ošetřování pacienta. Do této kategorie bylo zařazeno: změření fyziologických funkcí (počet dechů, saturace, tlak krve, pulz, teplota), celkový pohled, poslech plic, krvácení, neurologické vyšetření a vyšetření od hlavy k patě. Za splnění všech těchto požadavků bylo možné získat celkem 40 bodů. Získat plný počet bodů v této oblasti se podařilo celkem 10 skupinám (40 %).



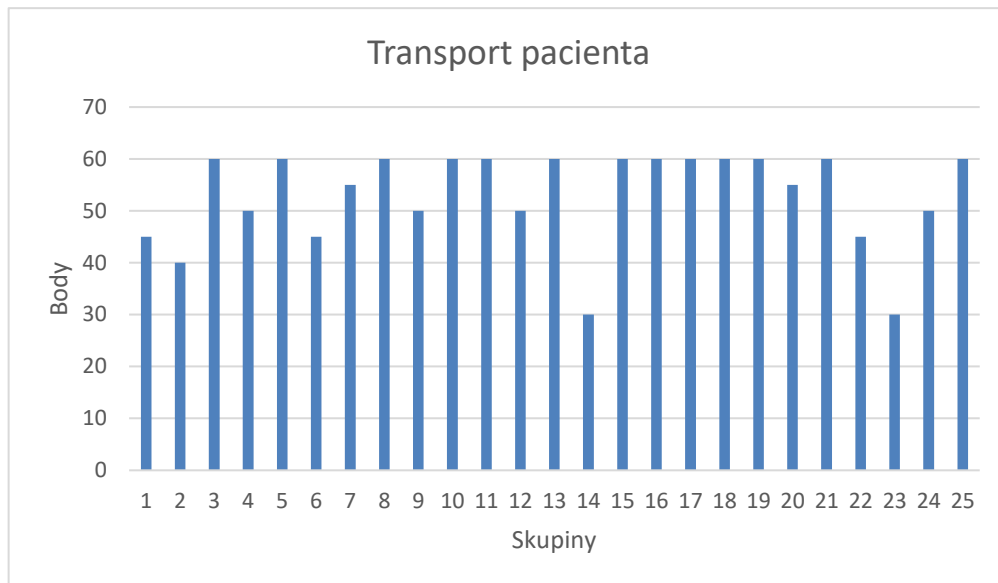
Obrázek 18: ošetření popáleniny

Na grafu č. 18 lze vidět, jak si studenti vedli při ošetřování popáleniny. Za kompletní ošetření mohli respondenti dosáhnou celkem 90 bodů. Ošetření zahrnovalo: přiložení studeného obkladu (WaterJelu) na popálené místo (50 bodů), fixace popálené končetiny do trojcípého šátku (20 bodů), zjištění mechanismu úrazu, hloubky, lokalizace a rozsahu popáleniny (20 bodů). Toto kritérium zvládly splnit na plný počet bodů pouze 2 skupiny (8 %).



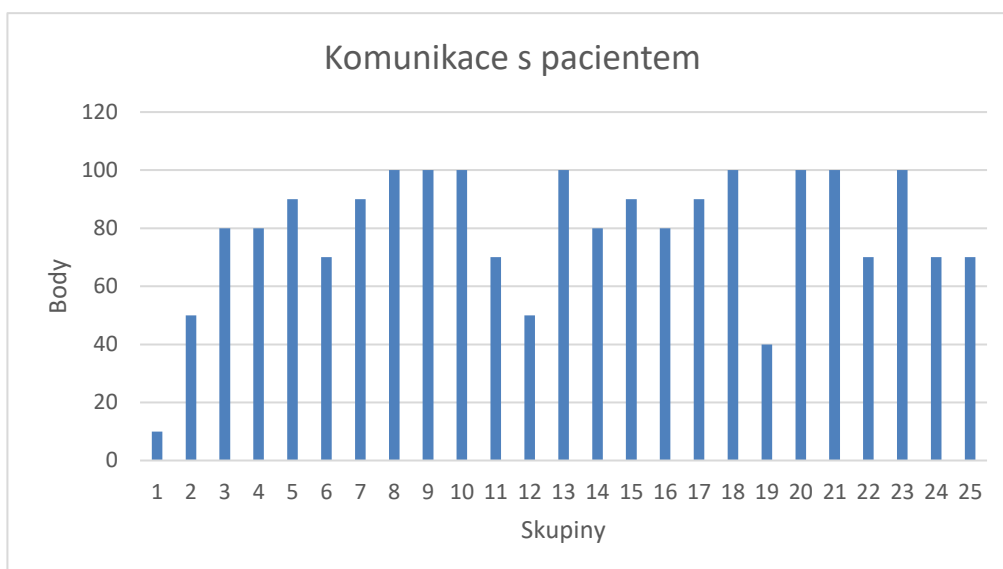
Obrázek 19: podání léků

Z grafu č. 19 lze vyčíst, jak si studenti poradili s podáním léků během modelové situace. Za správné podání bylo možné získat maximálně 50 bodů. V této kategorii bylo hodnoceno: zvolení správného léku (20 bodů), vhodné dávkování, cesta aplikace (10 bodů) a konzultace s lékařem o možnosti podání (20 bodů). Na přiloženém grafu vidíme, že podání léků studentům téměř žádný problém nedělalo. Celkem 21 skupin (84 %) dosáhlo u této hodnocené položky 100 % úspěšnosti.



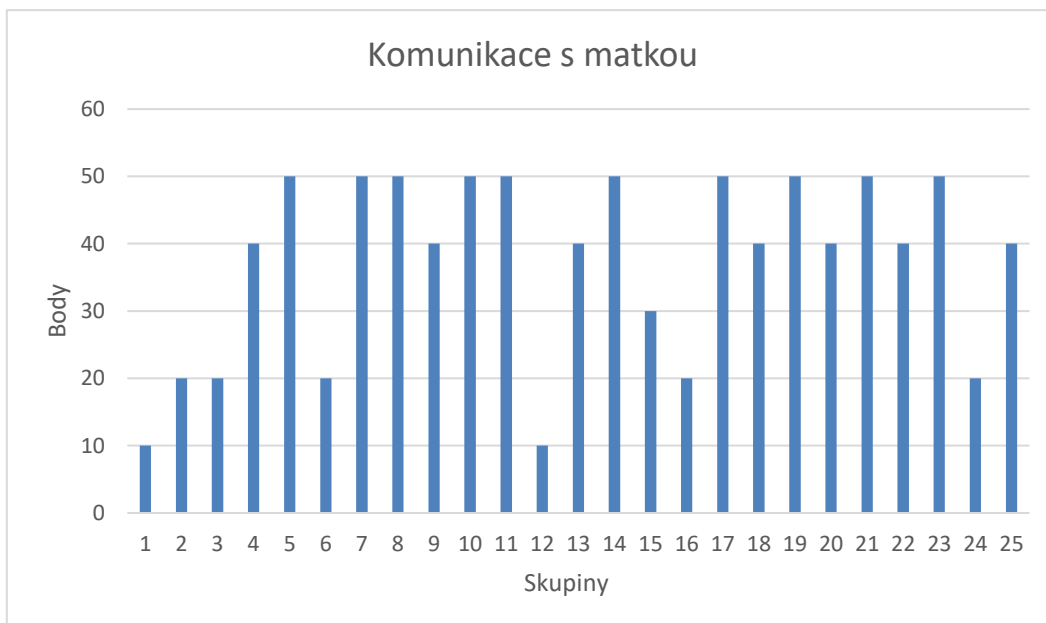
Obrázek 20: transport pacienta

Graf č. 20 se zaměřuje na správný transport pacienta do nemocnice. Transport zahrnoval tyto kroky: umožnění dítěti transport společně s matkou (10 bodů), použití dětského zádržného systému (10 bodů), zvolení správné polohy (10 bodů) a poslání avíza do cílového nemocničního zařízení (30 bodů). Za tyto hodnocené kroky bylo možné získat celkem 60 bodů. Plný počet bodů získalo celkem 13 skupin (52 %).



Obrázek 21: komunikace s pacientem

Graf č. 21 se zabývá komunikací s pacientem s poruchou autistického spektra. Bodové ohodnocení této kategorie bylo maximálně 100 bodů. Komunikace byla hodnocena podle sestavené hodnotící tabulky – desatero komunikace, kde bylo možné získat za každé kritérium 10 bodů. Celkové hodnocení jednotlivých skupin bylo vytvořeno součtem získaných bodů za splnění jednotlivých komunikačních kritérií. Celkem 8 skupinám (32 %) se podařilo získat v této oblasti plný počet bodů.



Obrázek 22: komunikace s matkou

Graf č. 22 hodnotí, jak si respondenti vedli, při komunikaci s matkou autistického dítěte. Úkolem respondentů bylo především matku uklidnit a ponechat ji v blízkosti dítěte po celou dobu zásahu. Za splnění těchto kritérií bylo možné získat celkem 50 bodů, což se povedlo 10 skupinám (40 %).

4 DISKUSE

Průzkumná otázka číslo 1: Jaké jsou znalosti studentů v oblasti poruch autistického spektra u dětí?

Výsledky dotazníkového šetření našeho výzkumného souboru ukázaly, že vybraní studenti druhých ročníků oboru Zdravotnické záchranářství zkušenosti s dětmi s poruchou autistického spektra spíše nemají. Nicméně 41 % respondentů uvedlo, že se už někdy s dítětem s PAS setkalo. Z čehož lze usuzovat, že by pro ně přístup k autistickému dítěti příliš obtížný být nemusel. V dotazníku se nacházela otázka, která zjišťovala, zdali mají respondenti zkušenosti s výukou z oblasti problematiky přístupu k dětem s PAS v rámci svého dosavadního studia, ať už na střední či vysoké škole. 65 % z nich odpovědělo, že se s tímto tématem ve výuce nikdy nesešlo. Bylo tak možné, že modelová situace bude probíhat spíše formou improvizace ze strany respondentů, a že velké množství z nich žádné znalosti, jak má k takovému dítěti přistupovat nemá. Důvod, proč je důležité o této problematice mluvit, souvisí s tím, že narůstá počet dětí, u nichž byla diagnostikována porucha autistického spektra (Centers for Disease Control and Prevention, 2023). Tím pádem se zvyšuje i počet těchto pacientů, kteří podstupují vyšetření a léčbu prostřednictvím zdravotnické záchranné služby. Zdravotnický personál, který s těmito pacienty pracuje, by měl být schopen adekvátně reagovat na výzvy spojené s tímto typem postižení (Chalupová, 2017). Do budoucna by bylo výhodné, aby studenti oboru Zdravotnické záchranářství měli možnost se v rámci svého studia s touto problematikou setkat. Například v hodinách komunikace či na kurzu komunikačních dovedností. Je to důležité především proto, aby poté v praxi studenti věděli, co komunikace s tímto typem pacientů obnáší, a jak při ošetřování postupovat, aby nedošlo k újmě ani na jedné straně.

Průzkumná otázka číslo 2: Jaké jsou dovednosti studentů v oblasti komunikace s dítětem s poruchou autistického spektra?

Na tuto průzkumnou otázku byly zaměřeny položky číslo 3–14 v dotazníku. Jednalo se o kritéria, které úzce souvisela s komunikací s dítětem s PAS v rámci řešení modelové situace. Položka číslo 3 se zaměřovala na obtížnost komunikace s autistickým dítětem z pohledu respondentů. Odpovědi na tuto otázku byly různorodé. Zhruba polovina respondentů (47 %) uvedla, že komunikace s dítětem pro ně byla více či méně obtížná. Zatímco druhá skupina studentů uvedla, že komunikace jim žádný větší problém nedělala a poradili si s ní dobře. Lze se domnívat, že jedním z hlavních důvodů, proč výsledné odpovědi respondentů byly takto rozdílné bylo to, v jakém složení řešili modelovou situaci. Pokud alespoň jeden člen ze skupiny

měl s komunikací s autistickým dítětem nějakou předchozí zkušenost, a věděl jak na to, výsledný dojem skupiny mohl být v oblasti komunikace kladný. Zatímco pro skupiny, které se v této situaci ocitly poprvé a nevěděly, jak se zachovat, bylo obtížné najít si k autistickému dítěti cestu.

Zbylé položky cílily na jednotlivé body z desatera komunikace s dítětem s PAS. Položka číslo 4 byla zaměřena na zajištění přítomnosti blízké osoby autistického dítěte po celou dobu zásahu v přednemocniční péči. Toto kritérium splnilo 88 % respondentů, což je velmi příznivý výsledek. Blízká osoba je klíčovým, avšak často přehlíženým faktorem pro pacienta s poruchou autistického spektra. Tato osoba představuje stabilní oporu v životě jedince s PAS, funguje jako průvodce v neznámém světě, který pro něj může být matoucí, nestálý a příliš rychlý. Absence této osoby může výrazně komplikovat naši roli poskytovatelů první pomoci. Dochází k potížím v komunikaci s dítětem, což může mít za následek, mimo jiné, nemožnost získání informací ohledně anamnézy pacienta, jak uvádí i Vičan (2022) ve své bakalářské práci na téma Specifika komunikace v PNP s pacientem s diagnózou autismus. Ve svém výzkumu zjistil, že 31 % jeho respondentů uvedlo, že jejich autistické dítě není schopné komunikace s cizí osobou bez jejich přítomnosti. A všichni jeho respondenti uvedli, že se domnívají, že pro snadnou komunikaci je zajištění přítomnosti blízké osoby naprosto stěžejní.

Položky 5 a 6 se zabývaly tím, jestli se respondenti vyvarovali nechtěnému očnímu kontaktu a nečekaným dotekům směrem k dítěti. Nechtěné doteky studentům problém nedělaly a zvládli se jim vyhnout. Nicméně u očního kontaktu byly výsledky horší. Celkem 39 % respondentů nechtěný oční kontakt odbourat nedokázalo, i když dítě dávalo jasně najevo negativní reakce. Podle Říhové (2010) lze o komunikaci s těmito jedinci konstatovat, že je často obtížné či omezené oční kontakt navázat. Děti s PAS projevují neschopnost soustředit se a často působí dojmem nepřítomnosti. Některé děti projevují odpor vůči fyzickému kontaktu a často se mu vyhýbají.

Položky 7 a 8 byly zaměřeny na zvolení správného typu komunikace s dítětem s poruchou autistického spektra. Důraz byl kladen na to, aby komunikace byla jednoduchá a srozumitelná. V tomto ohledu respondenti vše, co mají v plánu při ošetřování dítěte dělat, popisovali trpělivě krok po kroku. Tato oblast studentům problém nedělala ani na základě pozorování modelové situace, ani subjektivního hodnocení respondentů v dotazníku.

Otázka 9 se zabývala používáním obrázkových karet ke komunikaci s autistickým dítětem. Všechny skupiny je měly k dispozici v záchranářském batohu a bylo už na nich, zda je ke

komunikaci použijí či nikoliv. Výsledkem bylo, že 53 % skupin karty ke komunikaci vůbec nevyužilo. Nicméně zbylých 47 % je použilo a fakt, že je měly k dispozici pozitivně ocenily. Několik skupin vůbec nepřišlo na to, že mají komunikační karty k dispozici. Pár skupin je v batohu sice našlo, ale neměly tušení, co s nimi dělat, a proto je znovu odložily a pokračovaly v komunikaci bez nich. Podle Říhové (2010) je používání komunikačních PAS karet značným přínosem pro hlubší porozumění. Vizualizace, což je prezentace informací prostřednictvím obrázků a fotografií je pro autisty kolikrát snáze pochopitelná ve srovnání s klasickou verbální komunikací. Poskytuje pocit jistoty, stability a lepší představitivosti. Což je pro děti s PAS naprosto stěžejní. (Říhová, 2010)

Otázky 10 a 11 byly zaměřeny na vyvolání pocitu bezpečí u dítěte s PAS, a také na vysvětlení obávaných výkonů. V obou těchto případech respondentům mohla pomoci oblíbená plyšová hračka, která se nacházela v místnosti konání modelové situace. Po tom, co záchranáři podali dítěti hračku do ruky, začalo s nimi lépe spolupracovat a také jim více důvěřovat. Další důležitý aspekt pro vyvolání pocitu bezpečí byla přítomnost blízké osoby v místnosti. Důležitost tohoto bodu je podrobněji popsána výše u kritéria číslo 4. Co se týče vysvětlení obávaného výkonu, to studentům také problém příliš nedělalo. 80 % z nich zvládlo dítě přesvědčit i přes počáteční námitky, aby si nechalo obávaný výkon – měření tlaku krve provést. Respondenti měli za úkol dítěti vysvětlit, o co se jedná, a jak to bude probíhat. Někteří záchranáři si poradili pomocí komunikačních karet, jiní změřili tlak nejprve svému kolegovi a následně dítěti. Ostatní využili plyšáka, kterého mělo dítě v náručí a namotali manžetu na měření krevního tlaku nejprve jemu a až potom dítěti. Jak uvádí ve své bakalářské práci na téma Specifika poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou autistického spektra Doškářová (2021) u těchto pacientů je zvlášť důležitý ochotný a laskavý přístup, který zahrnuje i respekt k negativnímu postoji, který může z počátku při ošetřování přetrvávat. 100 % respondentů v jejích rozhovorech se shodlo, že nemá cenu dítě nutit k nějakému výkonu, když ho jasně odmítá. Shodují se, že je lepší, zkusit provést tento výkon s odstupem několika minut a dát dítěti prostor, aby se na něj psychicky připravilo.

Otázka 12 se zabývala tím, jestli se studenti byli schopni vyvarovat zbytečnému použití invazivních vstupů (například jehel). Celkem 86 % respondentů toto kritérium splnilo a pro podání léků volilo méně invazivní metodu, než je intravenózní podání. Jednalo se o cestu intranasální aplikace. Studenti, kteří u této položky postupovali chybně se buď pokoušeli o zavedení periferního žilního katétru, anebo chtěli u dítěte měřit glykémii z prstu. Což v této situaci vzhledem k okolnostem nutné nebylo. Vičan (2022) ve své práci uvádí, že u těchto

pacientů často dochází ke strachu, který souvisí s používáním injekčních jehel, odběrů krve a měřením glykémie. Je tedy vhodné tento zdravotnický materiál dítěti vůbec neukazovat a ani o něm nehovořit. Pokud si to situace vyloženě nežadá.

Otázka 13 hodnotila omezení intenzivních zvuků během ošetřování pacienta s PAS. Především se jednalo o vypnutí zvukového majáku v sanitce po dobu transportu dítěte do zdravotnického zařízení. Celkem 69 % respondentů, toto kritérium splnilo a intenzivní zvuky se snažilo omezit, či se jim úplně vyvarovat. Podle Chalupové (2017) je rozhodnutí o použití světelných, a především zvukových signálů v sanitním voze pro převoz pacienta s autismem záležitostí vedoucího posádky zdravotnické záchranné služby, který zohledňuje stav pacienta. Je to zvláště důležité v případech, kdy je transportováno dítě s PAS, které trpí hyperakuzí. To znamená, že je nadměrně citlivé na intenzivní zvukové podněty, které mohou být pro něj až bolestivé. Pro tyto situace mohou rodiče nebo pečující osoby mít k dispozici sluchátka na tlumení zvuku, která mohou být využita k minimalizaci nepříjemného vlivu hluku během přepravy. Je proto vhodné, se rodičů před transportem zeptat, jestli tuto pomůcku vlastní či nikoliv (Chalupová, 2017).

Otázka 14 se zabývala tím, zdali bylo hlášeno avízo s ohledem na kontinuitu a specifika péče u pacienta s PAS. Což v praxi znamená možnost vyhnout se zdlouhavému čekání v čekárně, které by mohlo více či méně autistické dítě rozrušit. 84 % respondentů na tuto skutečnost myslelo a avízo podalo správně. Doškářová (2021) ve své práci zmiňuje, že optimální je pro pacienty s PAS zajistit přednostní ošetření, což umožní minimalizovat čekání, které je pro tyto pacienty stresující. Stejně tak může autistické dítě rozrušit prostředí, ve kterém se běžně nenachází (v tomto případě nemocnice). A také lidé, se kterými nemá pravidelný kontakt (zdravotnický personál). Pokud to situace dovolí, je ideální, aby s pacientem komunikoval pouze jeden zdravotnický pracovník, a to v prostředí, které je co nejméně rušené dalšími lidmi.

Průzkumná otázka číslo 3: Jaké jsou dovednosti studentů v oblasti praktického ošetřování dítěte s poruchou autistického spektra?

Na třetí průzkumnou otázku byly zaměřeny položky vyplývající z hodnotící tabulky pro modelovou situaci. Hodnotících kritérií bylo celkem 7. Nicméně praktického ošetření popáleniny se týkalo pouze 5 z nich. Zbylé dvě položky byly zaměřeny na komunikaci s pacientem s PAS a také s jeho matkou, což je více specifikováno u průzkumné otázky číslo 2.

První hodnocené kritérium se týkalo odběru anamnézy pacienta. Studenti měli za úkol zjistit osobní, alergickou a farmakologickou anamnézu. Nejdůležitější pro ně bylo se zeptat na anamnézu osobní. Zde jim bylo sděleno, že dítě, které ošetřují má diagnostikovanou poruchu

autistického spektra. Od toho se poté měl odvíjet jejich přístup k tomuto pacientovi. Co se týče alergické a farmakologické anamnézy, tak v těchto bodech žádné úskalí nebylo. Pacient se s ničím neléčil ani nebyl na nic alergický. Body, které studenti v této kategorii ztratili, byly povětšinou z důvodu, že na nějakou z částí odběru anamnézy zapomněli. U jedné skupiny se stalo, že se na anamnézu pacienta vůbec nezeptala. Nicméně 60 % skupin na toto kritérium myslelo a pacientovu anamnézu zvládlo kompletně odebrat.

Další hodnocené kritérium se týkalo správného postupu při ošetřování popáleného autistického dítěte podle algoritmu ABCDE. Podle Hradecké (2010) je postup ABCDE klíčem k efektivnímu zhodnocení situace při ošetřování pacienta v PNP. Ovládnutí tohoto algoritmu umožňuje zdravotnickým záchranářům nejen včasné rozpoznání kritického stavu pacienta, ale také je navede na správný postup při ošetřování pacienta ve stabilizovaném stavu. Je postaven tak, aby nebyl žádný krok vynechán a pacient byl vždy kvalitně vyšetřen i mimo nemocniční prostředí. Celkem 40 % skupin získalo v této kategorii plný počet bodů. Pouze u jedné skupiny se stalo, že postup ABCDE nebyl vůbec dodržen. Zbylé skupiny postupovaly správně. Občas se stalo, že na nějakou položku zapomněly, a za to jim byly následně strženy body. Je vidět, že vybraní respondenti mají už teď ve druhém ročníku studia problematiku algoritmu ABCDE zvládnutou velmi dobře.

Třetí hodnocenou oblastí bylo správné ošetření popáleniny u pacienta s PAS. Tato kategorie byla rozdělena na několik kritérií, které musely studenti splnit, aby v této oblasti uspěli. Jak uvádí kolektiv autorů (2017) v publikaci Standardy první pomoci, nejdůležitějšími body ve správném ošetření popáleniny jsou především: přerušení vlivu tepla, chlazení popálených oblastí studenou vodou, krytí popáleniny sterilním materiálem a odstranění šperků na popálené končetině. Kromě těchto kritérií, měli respondenti za úkol v této oblasti ještě zjistit mechanismus úrazu, hloubku, lokalizaci a rozsah popáleniny a uložit popálenou končetinu do trojčipého šátku. Pouze 8 % skupin zvládlo tuto oblast splnit na 100 %. Ostatní skupiny se dopustily větších či menších chyb. Studenti nejčastěji zapomínali na fixaci končetiny. Jedna skupina popáleninu ošetřila špatně, protože zapomněla přiložit WaterJel (sterilní chladicí krytí), což bylo pokládáno za velkou chybu. Mechanismus a vlastnosti popáleniny určily všechny skupiny správně bez sebemenších problémů.

Čtvrtá hodnocená položka se týkala správného podání léků popálenému autistickému dítěti. Preferovaným způsobem podávání analgezie je intravenózní aplikace. V případě, že není možné podat analgezií intravenózně, lze zvolit alternativní metody. Například intramuskulární či

intranasální podání. Lékem první volby v případě léčby popálenin je ketamin v dávce 0,5 – 1 mg/kg v možné kombinaci s midazolamem. To uvádí profesor Brychta (2017) ve své odborné publikaci na téma Doporučený postup přednemocniční péče o termický úraz. Studenti oboru ZZ měli, v rámci modelové situace, zvolit správný lék (Ketamin), vhodné dávkování (0,5 mg/kg), vhodnou cestu aplikace (v našem případě byla s výhodou intranasální aplikace) a konzultovat s lékařem možnost podání léku. Toto kritérium studentům problém nedělalo a 84 % skupin ho zvládlo splnit. Chyby, kterých se pár skupin dopustilo, pramenily především z toho, že studenti zapomněli lék konzultovat s lékařem, či zvolili nevhodnou cestu aplikace v souvislosti s ošetřováním dítěte s PAS. Nicméně tuto položku hodnotím jako velmi úspěšnou, jelikož vybraní respondenti v době konání modelové situace za sebou ještě neměli přednášky o lécích a jejich použití v PNP. Tato problematika se hlouběji probírá až ve třetím ročníku, a i přes to většina studentů zvládla toto kritérium splnit.

Poslední hodnocenou položkou v oblasti praktického ošetřování autistického dítěte byl transport pacienta do nemocničního zařízení. Samotný transport zahrnoval umožnění dítěti převoz do nemocnice společně s matkou, dále použití dětského zádržného systému, zvolení správné polohy a poslání avíza do cílového nemocničního zařízení. Celkem 52 % provedlo transport pacienta přesně tak, jak mělo. Mezi chyby, kterých se studenti nejčastěji dopouštěli, patřily nepoužití dětského zádržného systému či opomenutí poslání avíza. Transport s matkou umožnily dítěti všechny skupiny, což bylo ve finále nejdůležitější kritérium, které tato oblast zkoumala.

5 ZÁVĚR

V rámci této bakalářské práce byly stanoveny cíle, které zkoumaly, jaké jsou teoretické znalosti a praktické dovednosti v ošetřování autistického dítěte. Průzkum byl proveden u vybraných studentů studijního oboru Zdravotnické záchranářství.

Teoretická část byla zaměřena na problematiku poruch autistického spektra. Dále na specifika komunikace s tímto typem pacientů, a také jsou zde zmíněny poznatky z přednemocniční péče u dětí. Konkrétně zde byla podrobněji rozebrána problematika popálenin a jejich ošetření v PNP.

Průzkumná část byla vypracována na základě vytvoření modelové situace na téma popálené autistické dítě a jeho ošetření v PNP. Cílem průzkumné části bylo zjistit, jaké jsou praktické dovednosti studentů studijního oboru Zdravotnické záchranářství v péči o dítě s poruchou autistického spektra v přednemocniční péči.

Z výsledků průzkumné části lze konstatovat, že vybraní respondenti mají poměrně nízké povědomí o PAS zejména ve dvou oblastech. Jedná se o praktické zkušenosti s ošetřováním dítěte s PAS a také o schopnost komunikace s tímto typem pacientů.

Práce, z autorčina pohledu, odhalila mezery v dostupnosti doporučeného postupu pro zdravotnické záchranné služby, který by byl zaměřen na specifika ošetrovatelské péče u dětí s poruchou autistického spektra. V reakci na to, práce poskytuje sadu doporučení pro komunikaci s dítětem s PAS nazvanou „desatero komunikace“, která představuje souhrn klíčových principů pro efektivní vzájemnou komunikaci. Toto desatero může posloužit i jako studijní materiál pro budoucí záchranáře, aby mohli být již v rámci výuky na VŠ seznámeni s touto problematikou.

V práci byl také rozebrán potenciál alternativních komunikačních pomůcek, jako jsou PAS karty, které mohou sloužit jako efektivní nástroj pro překonání bariér v komunikaci mezi zdravotníky a pacienty s PAS.

Výsledky této práce mohou posloužit jako východisko pro další výzkum a rozvoj praxe v oblasti péče o děti s PAS. Je zřejmé, že pro zlepšení stávající situace je zapotřebí intenzivní spolupráce mezi odborníky z různých sektorů, včetně zdravotnictví a pedagogiky.

6 POUŽITÁ LITERATURA

BRYCHTA, Pavel, 2017. Doporučený postup přednemocniční péče o termický úraz [online] [cit. 2024-03-19]. Dostupné z: <https://www.resuscitace.cz/files/files/0/2luge/prednemocnicni-pece-o-termicky-uraz.pdf>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2023. Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder [online]. [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

DOŠKÁŘOVÁ, Tereza, 2021. Specifika poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou autistického spektra [online]. Kladno [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: <https://dspace.cvut.cz/bitstream/handle/10467/97991/FBMI-BP-2021-Doskarova-Tereza-prace.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce Mgr. Martina Dingová Šliková

FANNING, Ruth, 2007. The role of debriefing in simulation-based learning. Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/Fulltext/2007/00220/The_Role_of_Debriefing_in_Simulation_Based.7.aspx

GLOVER, Ian, 2014. Simulation: An Approach to teaching and learning. [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: https://blogs.shu.ac.uk/shutel/2014/07/23/simulation-an-approach-to-teaching-and-learning/?doing_wp_cron=1618146699.0891160964965820312500

GROSSOVÁ, Ivana, 2016. Popáleniny u dětí. Šance dětem [online]. 2023 [cit. 2024-04-08]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/popaleniny-u-deti>

HALUZÍKOVÁ, Jana, 2023. Základy první pomoci a přednemocniční péče: pro nelékařské obory. Grada. ISBN 978-80-271-1739-0.

HASÍK Juljo a kolektiv, 2017. Standardy první pomoci [online]. Praha: Český červený kříž [cit. 2024-03-19]. ISBN 978-80-87729-17-5. Dostupné z: <https://www.cervenykriz.eu/files/files/cz/standardy/standardy-prvni-pomoci-2017.pdf>

HRADECKÁ, Lenka, 2010. Algoritmus ABCDE. Zdraví.euro.cz [online]. [cit. 2024-03-19]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/algoritmus-abcde/>

CHALUPOVÁ, Veronika. 2017. Dětský pacient s dg. autismus – specifika zásahu v přednemocniční neodkladné péči. Florence [online]. 2017(7-8) [cit. 2024-02-29]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/7/detsky-pacient-s-dg-autismus-specifika-zasahu-v-prednemocnicni-neodkladne-peci/>

JIRÁKOVÁ, Pavlína, 2014. Autismus. Alfabet [online]. [cit. 2024-03-19]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/dite-se-zdravotnim-postizenim/typy-zdravotniho-postizeni/autismus/>

KENDÍKOVÁ, Jitka, 2020. Vademecum asistenta pedagoga. 2. vydání. pasparta. ISBN 978-80-88290-50-6.

MANDAL, Ananya. 2023. Autism History. News-Medical.net [online]. [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: <https://www.news-medical.net/health/Autism-History.aspx>.

METODICKÝ PORTÁL RVP.CZ, 2017. Popis poruch autistického spektra. In: *digifolio.rvp.cz* [online]. Praha: Národní pedagogický institut České republiky. [cit. 2024-04-08]. Dostupné z: <https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=12736>

MIXA, Vladimír, Pavel HEINIGE, Václav VOBRUBA a kolektiv, 2023. Dětská přednemocniční a urgentní péče. 3. vydání. Grada. ISBN 978-80-271-3838-8.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2024. Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha. [cit. 15-04-2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

NOVOTNÁ, Kristina, 2021. Zvláštnosti ve vývoji komunikačních dovedností dětí s poruchou autistického spektra. Autismport [online]. [cit. 2024-04-02]. Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autisticem-spektru/detail/zvlastnosti-ve-vyvoji-komunikacnich-dovednosti-deti-s-poruchou-autistickeho-spektra>

NOWAKOVÁ, Markéta, 2021. Popálenina u dítěte. Akutně.cz [online]. [cit. 2024-04-08]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/algorithm/cs/490-popalenina-u-ditete/>

PTÁČEK, Radek a Hana KUŽELOVÁ, 2013. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR Vývojová psychologie pro sociální práci. [online]. s. 37 [cit. 2024-04-16]. ISBN 978-80-7421-060-0. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/954010/psychologie.pdf/91da3174-0856-99ce-5c24-2704a0cc7d55>

PUŠ, Jan, 2021. Opatrně s básněním: komunikace s dětmi s poruchou autistického spektra. Šance dětem [online]. [cit. 2024-04-03]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/opatrne-s-basnenim-komunikace-s-detmi-s-poruchou-autistickeho-spektra>

RASHMI, Datta, 2012. Simulation and its role in medical education. National Library of Medicine [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3862660/>

ŘÍHOVÁ, Alena. Komunikace zdravotníků s klientem s poruchou autistického spektra. In: Sestra, Praha: Mladá fronta, 2010. ISSN 1210-0404.

SCHMIDTOVÁ, Jana, 2019. Autismus – Poruchy autistického spektra, Aspergerův syndrom. ADDP [online]. [cit. 2024-03-17]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/dusevni-poruchy/autismus/>

ŠEĐOVÁ, Klára a Roman ŠVARŤÍČEK, 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 2. vydání. Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

ŠPORCLOVÁ, Veronika, 2018. Autismus od A do Z. Pasparta. ISBN 978-80-88163-98-5.

TANCEROVÁ, Tereza, 2021. Autismus má různé formy. Jak se projevuje a léčí? Zdraví.euro.cz. [online]. [cit. 2024-03-19]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/autismus-priznaky-projevy-deti/>

THOROVÁ, Kateřina, 2006. Poruchy autistického spektra. 1. vyd. Praha. ISBN 80-7367-091-7.

THOROVÁ, Kateřina, 2024. Vše o autismu. Autismport [online]. [cit. 2024-03-17]. Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru>

TÝM REHABILITACE.INFO, 2021. Dětská dezintegrační porucha (Hellerův syndrom) – příznaky, příčiny a léčba. Rehabilitace.info [online]. [cit. 2024-03-19]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/nemoci/detska-dezintegracni-porucha-helleruv-syndrom-priznaky-priciny-a-lecba/>

VÍČAN, Daniel, 2022. Specifika komunikace v PNP s pacientem s diagnózou autismus [online]. Praha [cit. 2024-03-11]. Dostupné z: <https://is.vszdrav.cz/th/h4ooy/Vican-BP.pdf>. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5. Vedoucí práce Mgr. Jaroslav Pekara, PhD.

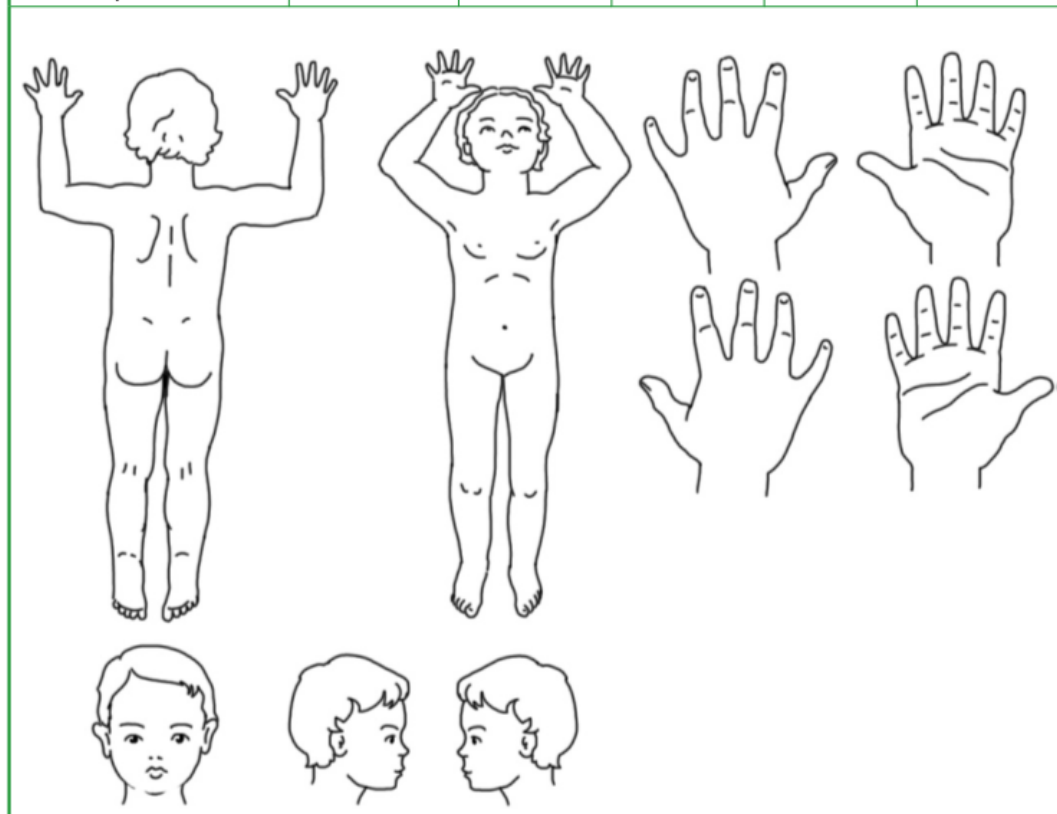
ZAJÍČEK, Robert, Ivana GROSOVÁ a Hubert ŠUCA, 2016. Faktory závažnosti popáleninového úrazu v dětském věku. *Pediatric pro praxi* [online]. 17 (4), 240–243 [cit. 2024-04-08]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/04/10.pdf>

7 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Lundův-Browderův diagram (Mixa, 2023, s.259)</i>	69
Příloha B – <i>Hodnoticí tabulka (ošetření popáleného dítěte)</i>	70
Příloha C – <i>Hodnoticí tabulka (desatero komunikace)</i>	71
Příloha D – <i>Desatero pro komunikaci s autistickým dítětem</i>	72
Příloha E – <i>Komunikační PAS karty pro autisty</i>	74
Příloha F – <i>Dotazník</i>	79

Příloha A – Lundův-Browderův diagram (Mixa, 2023, s.259)

Část těla	Novorozeně	1 rok	5 let	10 let	15 let
	%	%	%	%	%
hlava	19	17	13	11	9
krk	2	2	2	2	2
přední část trupu	13	13	13	13	13
zadní část trupu	13	13	13	13	13
obě paže	8	8	8	8	8
obě předloktí	6	6	6	6	6
obě ruce	5	5	5	5	5
genitálie zevní	1	1	1	1	1
hýždě	5	5	5	5	5
obě stehna	11	13	16	17	18
oba bérce	10	10	11	12	13
obě nohy	7	7	7	7	7



Příloha B – Hodnoticí tabulka – ošetření popáleného dítěte (vlastní zpracování)

	Hodnocené kroky	1	2	3	4	5	6	7	
1.	Vyšetření pacienta	OA (autista)	AA, FA (neg.)	A + B pohled, poslech, SpO ₂ , počet dechů	C krvácení, P, TK	D – neurologické vyšetření, glykémie (není nutná)	E – vyšetření od hlavy k patě, TT		
		/15	/10	/10	/10	/10	/10		65
2.	Ošetření	i.v./ i.o. vstup (není třeba)	manipulace + tepelný komfort	konzultace s lékařem	léky	správná forma, správná dávka (hmotnost 30 kg)	studený obklad (WJ)	Fixace popálené ruky (trojčipý šátek)	
		/0	/10	/20	/20	/10	/50	/20	130
4.	Ostatní	Transport s matkou	Dětský zádržný systém	správná poloha	avízo	směrování	stanovení diagnózy	doklady, zprávy	
		/10	/10	/10	/30	/30	/15	/10	115
5.	hodnocení konkrétního úkolu	Komunikace s dítětem (body z desatera)	Komunikace s matkou	Mechanismus úrazu, rozsah, hloubka, lokalizace	Odstranění šperků na popálené ruce				
		/100	/50	/20	/20	190			Součet 500 b.

Příloha C – Hodnoticí tabulka – desatero komunikace (vlastní zpracování)

Hodnoticí tabulka – desatero													
	Sk 1	Sk 2	Sk 3	Sk 4	Sk 5	Sk 6	Sk 7	Sk 8	Sk 9	Sk 10	Sk 11	Sk 12	Sk 13
1. přítomnost blízké osoby													
2. nečekané doteky a oční kontakt													
3. Komunikace													
4. Trpělivost													
5. Obrázkové karty													
6. Získání důvěry													
7. Předvedení obávaného výkonu													
8. Jehly													
9. Intenzivní zvuky													
10. Avízo													

Poznámky:

Sk 1	
Sk 2	
Sk 3	
Sk 4	
Sk 5	
Sk 6	
Sk 7	
Sk 8	
Sk 9	
Sk 10	
Sk 11	
Sk 12	
Sk 13	

DESATERO PRO KOMUNIKACI S AUTISTICKÝM DÍTĚTEM

Komunikace s pacientem s diagnostikovanou poruchou autistického spektra (PAS) není totožná jako s běžným dětským pacientem. Zde je pár rad, které Vám s komunikací pomohou, a také doporučení, kterých se při vyšetření autistického dítěte raději vyvarovat.

1. Umožněte dítěti přítomnost blízké osoby po celou dobu zásahu v přednemocniční péči.
2. Jednejte klidně, bez nátlaku na jeho osobu – pozor na nečekané doteky a oční kontakt (vždy, když se pacienta s PAS budete chtít dotýkat, předem mu to oznamte a na očním kontaktu netrvejte – někteří autisté ho nesnáší dobře).
3. Pro komunikaci volte jednoduchá slova a krátké věty (pokud pacient nerozumí řeči, kreslete), nepoužívejte odborné názvy, sarkasmy, dvojsmysly a vyhněte se řečnickým otázkám.
4. Vysvětlujte vše, co máte v plánu dělat krok po kroku, buďte trpěliví.
5. Používejte obrázkové kartičky – zejména malé děti mají díky nim lepší představu, co bude následovat.
6. Dejte osobě s PAS šanci Vás poznat, posilujte pocit jistoty a bezpečí – důvěru dítěte pomůže získat např. jeho oblíbená hračka.
7. Má-li autista z nějakého výkonu strach (např. měření tlaku), zkuste mu ho nejprve předvést (změřte tlak jemu blízké osobě, svému kolegovi, nebo namotejte manžetu plyšákoví – zkrátka ať vidí, že nejde o nic hrozného).
8. Pozor na jehly – většina autistů z nich má strach, proto pokud to není nezbytně nutné, nepoužívejte je (nezavádějte PŽK, neberte glykemii z prstu).
9. Zvukový maják v sanitce – po dobu transportu ho mějte vypnutý.
10. Vyhněte se zdlouhavému čekání v čekárně – Vždy včas oznamte nemocnici příjem pacienta s PAS, definujte závažnost poranění a co nejpřesnější čas příjezdu do zdravotnického zařízení.

Zdroje:

1. CHALUPOVÁ, Veronika. 2017. Dětský pacient s dg. autismus – specifika zásahu v přednemocniční neodkladné péči. *Florence*. [online]. č. 7-8/2017_[cit. 2023-11-08]. Dostupné z: Dětský pacient s dg. autismus – specifika zásahu v přednemocniční neodkladné péči (číslo 7–8 / 2017) | Archiv | Odborné články | FLORENCE – Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese
2. Projekt zdraví dětem. Kryššufek záchranář. In: projektzdravidetem.cz [online]. [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: <https://www.projektzdravidetem.cz/matrska-skola/stan-se-hrdinou-kamaradi-pojdte-s-nami-pomahejme-vsem-vzdy-radi-ms>
3. ŘÍHOVÁ, Alena. 2010. Komunikace zdravotníků s klientem s poruchou autistického spektra. *Zdraví euro.cz*. [online]. [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: Komunikace zdravotníků s klientem s poruchou autistického spektra - Zdraví euro.cz
4. ŠPORCLOVÁ, Veronika. *Autismus od A do Z*. Praha : Pasparta, 1. vydání, 2018. 123 s. ISBN 978-80-88163-98-5.

Autor:

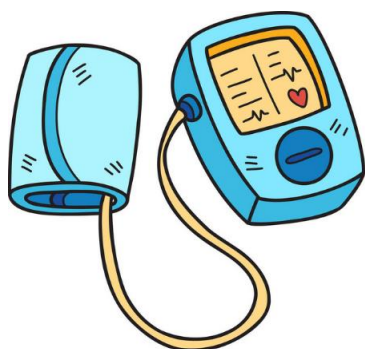
Text vytvořila Adéla Řihová (FZS UPCE, studijní obor ZZ) pro potřeby modelových situací v komunikaci s dítětem v březnu 2024.



Záchranář/ka



Sanitka



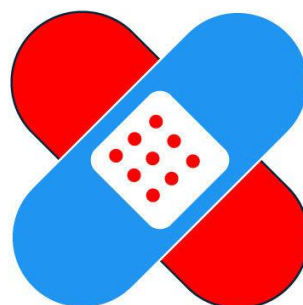
Změřit tlak



Nemocnice



Injekce



Náplast



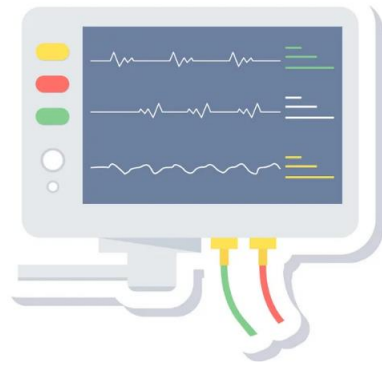
Obvaz



Poslech plic



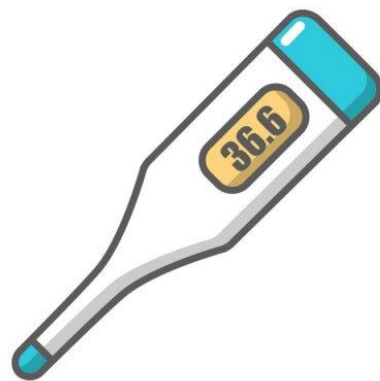
Kolíček na prst



Monitor



Léky



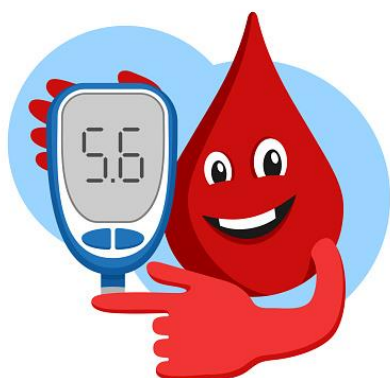
Změřit teplotu



Nosítka



Kyslíková maska



Změřit cukr



Odměna

Zdroje PAS karet:

1. https://img.freepik.com/premium-vector/man-character-avatar-icon-ambulance-staff_51635-2324.jpg?w=740
2. https://www.font.cz/res/archive/107/013234_05_094272.jpg?seek=1526298139
3. <https://cdn.create.vista.com/api/media/small/626468140/stock-vector-hand-drawn-blood-pressure-monitor-illustration-isolated-background>
4. https://st2.depositphotos.com/1420268/44436/v/450/depositphotos_444368598-stock-illustration-hospital-building-in-flat-style.jpg
5. <https://media.istockphoto.com/id/472351885/cs/vektor/injek%C4%8Dn%C3%ADst%C5%99%C3%ADka%C4%8Dka-klipart-kreslen%C3%A1-illustrace.jpg?s=612x612&w=0&k=20&c=Cn4kHCxrnF96jFOop9QWv4OJJXAEc2Er1M08HYiH6Ds=>
6. <https://www.creativefabrica.com/wp-content/uploads/2020/05/21/Illustration-of-medicinal-plaster-Graphics-4174003-1-580x386.jpg>
7. <https://cdn.create.vista.com/api/media/small/461960502/stock-vector-flat-bandage-illustration-simple-filled>
8. <https://media.istockphoto.com/id/165630899/cs/vektor/%C4%8Derven%C3%BD-kreslen%C3%BD-stetoskop.jpg?s=170667a&w=0&k=20&c=4hKxKMRsy3EWRoXXXMxANZG-3lG5L7yLBYDQPvQqWII=>
9. <https://media.istockphoto.com/id/866917784/pt/vetorial/pulse-oximeter-icon.jpg?s=612x612&w=0&k=20&c=hSgTlyWAOtbyB91BZ3x8R8l8vyV2spaDvkV5fKCKqts=>
10. https://st2.depositphotos.com/47577860/47719/v/450/depositphotos_477194668-stock-illustration-medical-monitor-healthcare-icon-in.jpg
11. https://img.freepik.com/premium-vector/pills-liquids-medicine-children-kawaii-doodle-flat-vector-illustration_609998-86.jpg?w=360
12. <https://img.myloview.cz/plakaty/ikona-teplomeru-kresleny-styl-400-97900312.jpg>
13. https://media.istockphoto.com/id/1175035059/vector/emergency-department-stretchers-flat-illustration.jpg?s=612x612&w=0&k=20&c=qoLUEf7zzAkIrnA6XW_ysBADJNmPRctcP45m0M1yz6k=
14. <https://media.istockphoto.com/id/1476480208/fr/vectoriel/femme-d%C3%A2ge-moyen-portant-un-masque-%C3%A0-oxyg%C3%A8ne.jpg?s=612x612&w=0&k=20&c=fUx1GZ6hjZyWyroTzEsACB0np4iDaSUmHIuWW76wX2A=>
15. <https://media.istockphoto.com/id/1454566400/cs/vektor/glukometr-gadget-protestov%C3%A1n%C3%AD-diabetu.jpg?s=170667a&w=0&k=20&c=px7JnerKEsg8jPkA14MfKQCgwVs8q9Zayei nG5Fo4xM=>
16. https://img.freepik.com/premium-vector/cartoon-cute-teddy-bear-sitting-isolated-white_29190-6262.jpg

Ošetření dítěte s PAS

Dobrý den,

Dovoluji si Vás oslovit s prosbou o vyplnění dotazníku, který slouží, jako podklad pro mou Bakalářskou práci na téma „Přednemocniční péče u dětí s poruchou autistického spektra“. Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění by Vám nemělo zabrat více než 5 minut. Vaše odpovědi označte prosím křížkem. * Označuje povinnou otázku.

Děkuji za spolupráci.

Adéla Říhová
Zdravotnické záchranářství, 3. ročník
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice

Položky zjišťující teoretické znalosti a praktické zkušenosti:

1. Máte praktické zkušenosti s dětmi s poruchou autistického spektra (PAS)? *
 - PAS= vrozené neurovývojové postižení některých mozkových funkcí, dítě s PAS není schopno správně vyhodnocovat informace, je narušena oblast komunikace, sociálních vztahů a představitosti. (Metodický portál RVP.CZ, 2017)
 - Ano
 - Ne
2. Máte zkušenosti s výukou z oblasti problematiky přístupu k dětem s PAS v rámci svého studia? *
 - Ano – v rámci studia SŠ VŠ
 - Ne

Položky hodnotící modelovou situaci:

3. Komunikace s autistickým dítětem byla pro mě obtížná. *
 - Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne

U následujících bodů č. 4–14 označte Váš postup při řešení modelové situace PAS. *

4. Dítěti byla zajištěna přítomnost blízké osoby po celou dobu zásahu.
- Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne
5. Vědomě bylo postupováno klidně, u dítěte jste se vyvaroval/a nečekaných doteků.
- Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne
6. Při komunikaci s dítětem jste se vyvaroval/a nechtěného očního kontaktu.
- Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne
7. Vaše komunikace směrem k dítěti byla jednoduchá a srozumitelná.
- Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne
8. Vše, co jste dělal/a, bylo dítěti vysvětlováno trpělivě krok po kroku.
- Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne
9. Při komunikaci s dítětem jste používal/a obrázkové kartičky.
- Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne

10. Snažil/a jste se o vyvolat pocit bezpečí (např. snaha získat si důvěru dítěte pomocí oblíbené hračky).

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

11. Snažil/a jste se uklidnit dítě vysvětlením obávaných výkonů (např. změřit tlak krve nejprve kolegovi a až potom dítěti).

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

12. Snažil/a jste se vyvarovat zbytečnému použití invazivní postupů (např. jehel).

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

13. Byly omezeny intenzivní zvuky (např. vypnutý maják v sanitce).

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

14. Bylo hlášeno avízo (s ohledem na kontinuitu a specifika péče u dětí s PAS) .

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

Zdroj:

Metodický portál RVP.CZ, 2017. Popis poruch autistického spektra. In: *digifolio.rvp.cz* [online]. Praha: Národní pedagogický institut České republiky. [cit. 2023-11-06]. Dostupné z: <https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=12736>