



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Problematika poskytování první pomoci dětem vyžadujícím zvláštní péči

The Issue of Providing First Aid to Children in Need of Special Care

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Autor bakalářské práce: Babeta Dlouhá

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Monika Donevová

Kladno 2020



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Dlouhá** Jméno: **Babeta** Osobní číslo: **478133**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**

II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

Problematika poskytování první pomoci dětem vyžadujícím zvláštní péči

Název bakalářské práce anglicky:

The Issue of Providing First Aid to Children in Need of Special Care

Pokyny pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude poskytování první pomoci dětem s mentálním znevýhodněním. V teoretické části budou popsána mentální postižení a přístup k dětem mladšího školního věku s těmito poruchami. Dále zde budou uvedena nejčastější zranění, ke kterým u těchto dětí dochází a postup při první pomoci. V praktické části budou uvedeny konkrétní kazuistiky dětí s mentálním postižením ze speciálních dětských zařízení, které budou doplněny o rozhovory s pedagogy ze speciálních dětských zařízení a se zdravotnickými záchranáři, kteří mají zkušenosti s těmito dětmi.

Seznam doporučené literatury:

- [1] ČERNÁ, Marie, Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením, ed. 2., Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2015, 224 s., ISBN 978-80-246-3071-7
- [2] VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH, Mentální postižení, ed. 2., přeprac. a aktualiz., Psyché, Praha: Grada, 2018, 392 s., ISBN 978-80-271-0378-2
- [3] HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK, ed., Dětský autismus: přehled současných poznatků, ed. 2., dopl., Praha: Portál, 2014, 211 s., ISBN 978-80-262-0686-6

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

Mgr. Monika Donevová

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **18.02.2020**

Platnost zadání bakalářské práce: **19.09.2021**


prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc., MBA, dr.h.c.
podpis vedoucí(ho) katedry


prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.
podpis děkana(ky)

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Problematika poskytování první pomoci dětem vyžadujícím zvláštní péči vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 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.

V Kladně dne 27.05.2020

.....

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla moc poděkovat paní Mgr. Monice Donevové za její trpělivost a skvělé rady při vedení mé bakalářské práce. Bez její ochoty, podpory a především času, který mi věnovala, bych nikdy tuto práci nenapsala. Také chci poděkovat všem zdravotnickým záchranářům a zaměstnancům praktických škol, kteří byli ochotni mi poskytnout všechny potřebné informace a jejich profesní zkušenosti, zvláště pak paní PhDr. Jiřině Malastové, dlouholeté ředitelce praktické školy, za její nápady a odbornou pomoc.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce popisuje odlišnosti v první pomoci dětem se speciálními potřebami, především těm s mentálním postižením. Protože zdravotnické postupy jsou víceméně stejné, jako u dětí bez mentálního postižení, věnuje se práce především problémům v komunikaci.

Práce je rozdělena na praktickou a teoretickou část. Teoretická část se zabývá základy první pomoci a postupem při vyšetření pacientů. V další části jsou popsány jednotlivé druhy postižení, jejich vliv na život dítěte a kompenzační pomůcky umožňující co nejnornálnější život. Poslední a nejdůležitější částí je popis komunikace s dětským pacientem. Nejdříve je vysvětlena komunikace s dětmi obecně a poté s jednotlivými skupinami postižených, kde je popsáno jak s nimi komunikovat a čemu se naopak vyhnout.

V praktické části jsou rozhovory se zdravotnickými záchranáři a pedagogickými pracovníky, kteří zde popisují nejčastější úrazy u mentálně postižených dětí. Dále problémy, které nastávají během ošetření a své zkušenosti s komunikací s těmito dětmi. Jsou tu popsány tři kazuistiky dětí s odlišným mentálním postižením a přidruženými onemocněními, které jsou pak porovnány. Na závěr jsou navrhována opatření k eliminaci vzniku rizik a zlepšení zdravotnické péče při výjezdech zdravotnické záchranné služby k dětem se speciálními potřebami.

Diskuze porovnává péči a vzdělávání mentálně postižených v dnešní době a v minulosti. Popisuje problémy začlenění postižených do společnosti a jeden ze způsobů řešení, který se v současné době využívá.

Po vyhodnocení praktické části bakalářské práce byla navržena možná opatření, která by mohla vést k eliminaci rizik a k celkovému zlepšení zdravotnické péče o mentálně postižené lidi, stejně jako ke zlepšení komunikačních schopností zdravotnických záchranářů.

Klíčová slova

Dítě s mentálním postižením; komunikace; první pomoc; speciální potřeby; zdravotnický záchranář

ABSTRACT

This bachelor's thesis describes the differences in providing first aid to children in need of special care, especially to those with mental illness. Because medical procedures are more or less the same as for children without mental illness, the thesis focuses mainly on communication problems.

This thesis is divided into practical and theoretical parts. The theoretical part is about the basics of first aid and the process of examining patients. The next section describes different types of disabilities, their impact on the life of a child and compensation aids enabling the child to have as normal life as possible. The last and most important part is the description of communication with a pediatric patient. First, communication with children in general is explained and then with individual groups of people with disabilities, where it is described how to communicate with them and what to avoid.

In the practical part there are interviews with paramedics and pedagogical staff, who describe the most common injuries that happen to mentally ill children. They also describe the problems that occur during medical treatment and their experience of communicating with these children. Three case reports of children with different mental disabilities and associated diseases are described here, which are then compared. In the end measures are proposed to eliminate the risks and improve health care whilst providing emergency medical service to children in need of special care.

The discussion compares the care and education of the mentally ill today and in the past. It describes the problems of integration of the disabled into society and one of the solutions which is currently used. After evaluating the practical part of the bachelor's thesis, possible measures were proposed that could lead to the elimination of risks and to an overall improvement of health

care for the mentally ill, as well as to the improvement of communication skills of paramedics.

Keywords

Mentally ill child; communication; first aid; special needs; paramedic

Obsah

1	Úvod.....	11
2	Cíl práce.....	12
3	Přehled současného stavu.....	13
3.1	První pomoc.....	13
3.1.1	Hodnocení stavu pomocí algoritmu ABCDE.....	13
3.1.2	Kardiopulmonální resuscitace - KPR	16
3.2	Děti se sluchovým postižením.....	17
3.3	Děti se zrakovým postižením	18
3.3.1	Stupně zrakového postižení	19
3.3.2	Kompenzační pomůcky	20
3.4	Děti s pohybovým postižením.....	20
3.4.1	Kompenzační pomůcky	21
3.5	Děti s mentálním postižením	22
3.5.1	Mentální retardace	22
3.5.2	Dětský autismus	24
3.5.3	Downův syndrom	26
3.6	Komunikace s dětským pacientem	28
3.6.1	Komunikace se sluchově postiženými dětmi.....	29
3.6.2	Komunikace se zrakově postiženými dětmi	31
3.6.3	Komunikace u dětí s pohybovým postižením	32
3.6.4	Komunikace u dětí s mentálním postižením	33
4	Metodika.....	35
5	Výsledky	37

5.1	Rozhovory se zdravotnickými záchranáři	37
5.2	Rozhovory se speciálními pedagogy a asistenty	46
5.3	Zajímavosti a navrhovaná opatření	55
5.4	Kazuistiky dětí s mentálním postižením.....	56
5.4.1	Kazuistika č. 1 – chlapec (10 let).....	56
5.4.2	Kazuistika č. 2 – dívka (12 let).....	58
5.4.3	Kazuistika č. 3 – dívka (11 let).....	60
5.4.4	Porovnání kazuistik	62
5.5	Návrhy opatření ke zlepšení péče.....	65
6	Diskuze	68
7	Závěr	73
8	Seznam použitých zkratk.....	74
9	Seznam použité literatury	75
10	Seznam použitých obrázků	77
11	Seznampoužitých tabulek.....	78

1 ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou poskytování první pomoci dětem se speciálními potřebami, a je zaměřena především na děti s mentálním postižením.

Děti s mentálním postižením tvoří velmi specifickou skupinu lidí, která se odlišuje nejen svými zvyky, způsobem komunikace a chováním, ale také mají zcela jiné potřeby během poskytování zdravotnické péče. Přestože díky neustálému dohledu nedochází u těchto dětí k tolika úrazům, měli by mít zdravotničtí záchranáři alespoň nějakou představu o tom, jak s nimi jednat, v čem se takový výjezd může lišit a jaká jsou úskalí ošetřování mentálně postiženého dítěte.

V teoretické části této práce je stručně popsán postup při první pomoci a hodnocení celkového stavu pacienta. Dále jsou zde rozděleny různé druhy postižení vyskytující se u dětských pacientů a zásady komunikace s nimi. V praktické části jsou sepsány rozhovory se zdravotnickými záchranáři a speciálními pedagogy/asistenty, kteří popisují vlastní zkušenosti s úrazy u mentálně postižených dětí a jejich zvládnutí. Součástí práce jsou také tři kazuistiky dětí z praktické základní školy, ve kterých jsou popsána jejich onemocnění, komunikační schopnosti a riziko úrazů.

Toto téma jsem si vybrala, protože mám pocit, že se o něm moc nemluví, přestože by to mnoha záchranářům mohlo ulehčit podobné výjezdy. Speciální pedagogové absolvují mnoho kurzů o komunikaci s mentálně postiženými, ale záchranáři ne, přestože takových výjezdů není mnoho, měli by znát alespoň základy jednání a komunikace s těmito dětmi. Sama jsem si vybrala záchranářství jako své budoucí povolání a po návštěvě speciální praktické školy jsem zjistila, jak komplikovaná je práce s jejími žáky.

2 CÍL PRÁCE

Cílem této bakalářské práce je porovnání odlišností v první pomoci u dětí se speciálními potřebami. Blíže bude práce zaměřena na mentálně postižené děti a rizika, která u nich hrozí během poskytování zdravotnické péče. Dílčím úkolem je pak návrh řešení, která by mohla vést alespoň k částečné eliminaci těchto rizik.

V teoretické části bylo jako dílčí úkol zvoleno popsání různých skupin postižení, která se u dětí vyskytují. Postižení jsou zde popsána z hlediska vzniku, průběhu a celkového vlivu na život dítěte. Dále jsou zmíněny způsoby komunikace a možnosti kompenzace jednotlivých problémů. Také je zde stručně zmíněn postup při první pomoci a vyšetření pacienta, který využívají zdravotničtí záchranáři.

V praktické části jsou rozhovory se zdravotnickými záchranáři, kteří se setkali s výjezdy k mentálně postiženým dětem a kteří v rozhovorech popisují své zkušenosti s těmito výjezdy. Také se speciálními pedagogy a asistenty byly vedeny rozhovory o jejich žácích, které jsou zde vypsány. Ty jsou zaměřeny především na komunikaci s postiženými dětmi a na úrazy, které se jim nejčastěji stávají.

3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

3.1 První pomoc

Jako první pomoc je označován souhrn úkonů a opatření, která cíleně omezují rozsah a důsledky poškození, jež vznikly na člověku a které ho bezprostředně ohrožují na životě a zdraví [1].

První pomoc v přednemocniční neodkladné péči se dělí na dvě kategorie. První je nazývána laická, a to je soubor opatření, které osoba poskytuje bez specializovaných pomůcek a vybavení. Hlavní součástí laické první pomoci je přivolání zdravotnické záchranné služby (ZZS). Ve chvíli, kdy k postiženému dorazí vyškolená zdravotnická pomoc, je to už ta druhá, odborná kategorie. Odborná péče je poskytována lékaři, zdravotnickými záchranáři, nebo sestrami. Zdravotnický tým má u sebe potřebné vybavení, včetně léčebných nebo diagnostických přístrojů a léků, které používá s cílem zachovat život a zdraví pacienta. Hlavním úkolem je pak dopravit nemocného do příslušného zdravotnického zařízení a předat ho i s potřebnými informacemi na nejvhodnější oddělení [1].

3.1.1 Hodnocení stavu pomocí algoritmu ABCDE

Záchranáři v ČR se na školách učí tzv. algoritmus ABCDE. Ten je využíván k celkovému zhodnocení stavu postiženého, pro co nejlepší možné poskytnutí péče. Postupuje se dle pořadí písmen ve zkratce, přičemž každé z nich je počátečním písmenem konkrétního slova, na které se zdravotník v danou chvíli zaměřuje. Zhodnocení stavu musí probíhat od A do E a to pokud možno co nejrychleji, aby během vyšetření nedošlo k výraznému zhoršení stavu pacienta [1].

Tabulka 1 Algoritmus ABCDE

A	Airway	zhodnocení průchodnosti dýchacích cest
B	Breathing	zhodnocení dýchání
C	Circulation	zhodnocení oběhu
D	Disability	zhodnocení neurologického stavu
E	Exposure/Everythingelse	zhodnocení všeho ostatního

Airway v překladu znamená „dýchací cesty“, v tomto bodu tedy zdravotník hodnotí, zda může pacient volně dýchat, nebo se v jeho dýchací soustavě nachází nějaká obstrukce, která dýchání zcela zabraňuje, nebo jej ztěžuje. Nejdůležitějším úkonem v bodě A je záklon hlavy, při kterém je brada vysouvána směrem nahoru. Dále je možné provádět manévry jako například Heimlichův nebo Gordonův, které slouží k odstranění cizího tělesa a umožnění dýchání. Pokud pacient není schopen sám dýchat, nebo hrozí, že sám nedokáže udržet volné dýchací cesty, zajišťují je záchranáři dostupnými pomůckami, jako jsou ústní nebo nosní vzduchovod, kombitubus, laryngeální maska, nebo endotracheální kanyla [1].

Breathing je z angličtiny přeloženo jako „dýchání“. V tomto bodu se již provádí i diagnostika pomocí přístrojů, jako je například pulzní oxymetr, který měří saturaci krve kyslíkem, což je ukazatel výměny plynů v těle. Dále poslechem i pohledem kontroluje záchranář pravidelnost dýchání, jeho hloubku, dechovou frekvenci, souměrnost zvedání hrudníku a může podat pacientovi kyslík, pokud to jeho stav vyžaduje [1].

Circulation neboli krevní oběh ukazuje celkový stav pacienta. V této části vyšetření je důležité změřit pacientův pulz, jeho frekvenci a pravidelnost, délku kapilárního návratu a krevní tlak. Dále je kontrolována například barva kůže, točeno EKG srdce a jsou ošetřena drobná krvácení. Na případná další vyšetření jsou odebírány vzorky krve a zajištěny dva vstupy, do kterých mohou být v tomto kroku rovnou podávány příslušné léky [1].

Diasability označuje kontrolu stavu vědomí. Vyšetření je zde zaměřeno především na stav vědomí, které se hodnotí pomocí škály Alert-Voice-Pain-Unresponsive (AVPU) nebo trochu propracovanějšího skóre, a to Glasgow ComaScale (GCS). Dále se hodnotí symetrie a reakce zornic, hybnost končetin a jejich citlivost [1].

Exposure je poslední část, která bývá označována za vyšetření „od hlavy až k patě“. Zdravotníci hledají na pacientovi veškeré jizvy, odřeniny a další defekty na kůži. Také jsou kontrolovány otoky, podlitiny, nebo například vpichy po jehlách. Velmi důležitou součástí je i tzv. termomanagement, tedy udržování pacienta v teple [1].

Někdy bývá algoritmus označován jako cABCDE, přičemž malé c na začátku znamená, že pokud má pacient masivní krvácení jakéhokoliv typu, jeho zastavení má přednost před kontrolou dýchání a všemi ostatními body.

Pokud je u pacienta zjištěno tepenné nebo masivní žilní krvácení, musí být zastaveno přednostně. K zastavení krvácení se nejčastěji používá tlakový obvaz, který se přikládá přímo na ránu. První vrstva je sterilní čtverec, na který se přiloží tlaková vrstva ze svého materiálu, například nerozmotaný obvaz, který se pak pevně obtáčí obinadlem, aby vytvořil tlak na ránu. Pokud krev

prosakuje i přes 3 vrstvy tlakového obvazu, používá se tzv. zaškrcovadlo. Dále se používá při ztrátovém poranění neboli amputaci. Zaškrcovadlo je vždy umístěno nad místem krvácení a zásadně se umisťuje na stehno nebo paži [1].

3.1.2 Kardiopulmonální resuscitace - KPR

Pokud postižený nedýchá ani nereaguje na žádné podněty, zahajuje se u něj tzv. kardiopulmonální resuscitace. Člověk musí být položen na záda na tvrdou podložku, protože na měkkém povrchu, jako například v posteli, by byla resuscitace neúčinná. Poté mu záchránce uvolní dýchací cesty a zahajuje KPR. Hřbet dlaně položí na střed hrudní kosti (u mužů je možné řídit se bradavkami), přiloží druhou ruku a stlačuje hrudník přibližně do hloubky 5 cm. Frekvence by měla být pravidelná, nejméně 100 stlačení za minutu a mezi stlačeními by měl být tlak na hrudník zcela uvolněn. Po 30 stlačeních hrudníku by měly být provedeny dva normálně hluboké vdechy, při kterých musí být zakloněna pacientova hlava a stlačený nos. Poté záchránce provede zase masáž hrudníku a tyto dva úkony se neustále opakují. Resuscitace se ukončuje v případě obnovy oběhu a dýchání, předání pacienta zdravotníkům (pokud KPR provádí laik), nebo úplného vyčerpání záchránce [1].

KPR u novorozenců

Princip resuscitace je vesměs stejný, stlačování hrudníku a dýchání, ale pár odlišností zde je. U novorozenců se začíná 5 iniciálními vdechy, kdy jim záchránce musí ústy obejmout jak pusu, tak i nos, a vdechuje pouze objem svojí dutiny ústní, kvůli malému objemu plic dítěte. Pokud nezačne spontánně dýchat, nebo má srdeční frekvenci <60, musí být zahájena nepřímá masáž srdce. Stlačení se provádí dvěma prsty, a to nejčastěji ukazováčkem a prostředníčkem,

nebo oběma palci, umístěnými v distální třetině hrudní kosti. Frekvence je opět 100 kompresí za minutu, ale poměr je 1 vdech na 3 stlačení [1].

KPR u dětí

U dětí jsou opět nejdřív provedeny iniciální vdechy a neobjeví-li se žádná reakce, musí být zahájena resuscitace. Jednu ruku umístí záchránce na dolní část sternu a provádí stlačení, opět se stejnou frekvencí, 100 za minutu. Poměr je stejný jako při resuscitaci dospělého, pouze pokud jsou záchránci 2, provádí se 2 vdechy na 15 stlačení [1].

3.2 Děti se sluchovým postižením

Sluch je jedním z nejdůležitějších lidských smyslů, jeho poruchy či úplná absence velmi komplikují rozvoj řeči dítěte a jeho celkový sociální život. Dítě se sluchovým postižením přichází o veliké procento informací, což pak může mít za následek potíže v celkovém psychickém a sociálním rozvoji dítěte, přičemž největším problémem je komplikované učení mluvené řeči. Sluch ale lidem neslouží pouze ke komunikaci. Umožňuje nám včas zaregistrovat blízké nebezpečí a zhodnotit dění kolem nás, a to i věci, které momentálně nevidíme [5, 9].

Každá porucha sluchu je jiná, má jiný rozsah, dobu vzniku, příčinu a také původ. Centrální postižení znamená, že sice ucho funguje správně, ale mozek nedokáže zpracovat informace, které přenáší. Pokud mluvíme o periferním postižení, nachází se problém v uchu jako sluchovém orgánu. Dítě může mít nedoslýchavost jednoho ze tří stupňů (lehkou, střední, těžkou) nebo až úplnou hluchotu. Nedoslýchavost je vada, kterou je možno korigovat například použitím sluchadla. Úplná hluchota může postihovat jen jedno ucho, nebo obě zároveň, což dělá z dítěte zcela neslyšící. Příčin vzniku sluchových

vad nejsou často známy, ale mezi ty nejběžnější patří genetické vady, infekce a mechanická poškození [5, 9].

Lidé s poruchami sluchu využívají ke komunikaci především znakový jazyk. Ačkoliv to není mezi lidmi moc známo, má i tento jazyk svou gramatiku a pravidla, odlišná od běžného mluveného českého jazyka. Komunikace spočívá v různých gestech rukou, jejich poloze, v mimice obličeje i pozici hlavy a trupu. Existuje i verze, která doslovně překládá českou verzi jazyka, slovo od slova, ale mezi neslyšícími se využívá jen zřídka. Tato metoda se nazývá znaková čeština. Pokud je při komunikaci třeba hláskovat, např. příjmení či názvy, bývá využívána tzv. prstová abeceda, kdy různý styl položení prstů na dlaň symbolizuje písmena české abecedy. Stejně jako pro lidi s poruchou zraku, i pro hluché a hluchoněmé se prodávají přístroje, které převádí mluvenou řeč na text a naopak. Velmi složitou komunikační metodou na naučení je odezírání ze rtů, kdy neslyšící sleduje pohyby úst mluvícího člověka, tento způsob dorozumívání je ale velmi složitý a často nespolehlivý [5].

3.3 Děti se zrakovým postižením

Téměř každý člověk musí v určité fázi života kvůli zhoršení zraku nosit brýle nebo čočky, ale za postižení zraku se považuje až taková vada, která se nedá korigovat běžnými optickými pomůckami či zákroky. Taková vada může být buď vrozená, nebo se objevuje až časem. Vrozené vady jsou většinou podmíněné geneticky, nebo vzniknou v průběhu problematického těhotenství. Pokud člověk žije se slepotou (částečnou nebo kompletní) od narození, je to pro jeho život i celkový psychický stav méně náročné, než když se nemoc objeví později v průběhu života. Roli také hraje čas, čím pozvolnější rozvoj slepoty, tím spíše se s ní pacient vyrovná a naučí žít. Takovéto postižení lidí

a především děti často izoluje, komplikuje jim komunikaci, orientaci a celkově sociální interakci s ostatními dětmi [5, 6].

3.3.1 Stupně zrakového postižení

Slabozrakost

Jako slabozrakost označujeme stav, kdy u člověka dojde ke snížení funkce zraku. Nejčastější příčinou bývá špatná nebo žádná korekce běžných zrakových vad. Dochází především k problémům s orientací v prostoru. Tento stav je nevratný, ale dítě může za dobrých podmínek normálně fungovat (větší písmo, lupa, dostatečné osvětlení) [5, 7].

Zbytky zraku

Děti se zbytky zraku i při nošení brýlí dokážou rozpoznat předměty pouze na velmi malé vzdálenosti. Často musí při pohybu a orientaci využívat kompenzační pomůcky nebo pomoc druhé osoby. V některých případech jsou děti schopné číst alespoň veliká tučná písmena, ale část z nich musí používat Braillovo písmo (viz níže)[5].

Nevidomost

Za nevidomost se označuje téměř úplná až úplná ztráta zraku, včetně světlocitu. Nevidomí jedinci se postupně snaží využívat ostatní smysly, aby mohli být co nejvíce samostatní. Nevidomost je ireverzibilní a nedá se kompenzovat optickými pomůckami [5].

Zraková postižení se dále dělí podle doby a místa vzniku, etiologie a podle postižení zrakových funkcí.

3.3.2 Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcky pro lidi s poruchou zraku slouží především ke zlepšení kvality života. Napomáhají k lepší orientaci, pohybu a komunikaci. Nejznámější pomůckou pro lidi s poruchou zraku jsou brýle, vyráběny přesně podle konkrétních potřeb pacienta. Brýlová skla mají různou tloušťku, zbroušení, tvar a další vlastnosti, zmírňující oční vadu. Na podobném principu fungují také oční čočky, které jsou stále oblíbenější, především kvůli jejich nenápadnosti při nošení. Na rozdíl od brýlí neomezují pacientovo zorné pole, do kterého při nošení brýlí zasahují obroučky. Dále je možné využít jakákoliv zvětšovací skla ve formě například lupy apod. [7].

Nevidomé osoby využívají celou řadu technických pomůcek, například čtecí zařízení, které rozpozná text a nahlas ho odříká. Na trhu lze také zakoupit speciální počítače a mobilní telefony, uzpůsobené lidem se zrakovým postižením. K orientaci v prostoru pak využívají bílých nebo červenobílých slepeckých holí, přičemž červenobílá poukazuje na to, že má osoba poškozený i sluch. Někteří využívají pomoc od speciálně vycvičených slepeckých vodících psů, kteří jim pomáhají nejen orientovat se v prostoru, ale také upozorňují na nebezpečí v podobě aut a překážek. Ke čtení nejčastěji využívají Braillovo písmo, které se čte hmatem. Je to systém bodů vyražených do papíru nebo jiného materiálu, přičemž každé písmeno má jiný počet vyražených bodů do určitého tvaru. Existují speciální psací stroje a tabulky, na kterých lze tímto druhem písma psát [7,8].

3.4 Děti s pohybovým postižením

Pohybové neboli tělesné postižení je porucha kostí, svalů, kloubů nebo šlach, ale také nervového systému. Takové postižení brání lidem v pohybu, ať už jen částečně, nebo celkově. Problém může zasahovat pouze horní končetiny, dolní

končetiny, oblast obličejových svalů, nebo jakoukoliv kombinaci zmíněných. Problémy mohou vzniknout už během vývoje plodu, při porodu, nebo během nějakého onemocnění v jakkoliv fázi života. Veliké procento postižení pohybového aparátu vzniká během různých nehod a úrazů. Dalším druhem je postupně získaná imobilita vlivem vysokého věku, při které dochází k degeneraci kloubů i kostí.

U dětí s tělesným postižením je velmi důležitá včasná rehabilitace, v současné době je nejspíš nejvíce využívána Vojtova metoda. Ta je založena na zapojení celého těla do tzv. pohybových vzorců, kdy je dítě k pohybu motivováno vlastní zvědavostí, takže jsou mu dávány různé podněty, kvůli kterým se má potřebu např. plazit, případně zdravotník působí tlakem na určitá místa na těle dítěte [5, 16].

Postižení je možné rozdělit na lehké, střední a těžké. Dítě s lehkou formou tělesného postižení by mělo být schopné se samo pohybovat, zatímco u střední formy už musí využívat různé kompenzační pomůcky. Při těžké formě už je samostatný pohyb nemožný. Toto onemocnění má velký vliv i na psychiku dítěte, protože bývá vytrženo z kolektivu, nemůže se účastnit akcí, na které chodí jeho vrstevníci, a postižení mu může v budoucnu bránit ve vykonávání vysněného povolání [5].

3.4.1 Kompenzační pomůcky

Každá tělesná vada vyžaduje jiné kompenzační pomůcky, aby mohlo dítě vést co nejnornálnější život. Pokud jde pouze o mírnou vadu, stačí lokomoční pomůcky, jako například hole a berle, které pomůžou dítěti dojít, kam potřebuje. Pro úplně imobilní (i částečně) jsou pak invalidní vozíky, které se dělají jak mechanické, které pohání lidská síla, tak elektrické, ovládané páčkami a knoflíky. Pro tyto vozíky jsou pak do aut i budov se schody

instalovány rampy, po kterých může vozík pohodlně vyjet. Aby mohli postižení vykonávat běžné denní činnosti, jako hygiena a jídlo, vyrábí se různé verze běžných předmětů, jako např. příbor upravený pro snadnější držení. Samozřejmě ani sport není pro částečně imobilní děti tabu. Vyrábí se mnoho upraveného sportovního vybavení, různé pomůcky k plavání, upravená jízdní kola a mnoho dalších. Ortotika a protetika jsou obory, které se neustále rozvíjí, vznikají nové druhy robotických pomůcek a realistických protéz, se kterými je možné vést téměř normální život [17].

3.5 Děti s mentálním postižením

3.5.1 Mentální retardace

Mentální retardace, nebo také mentální postižení je trvalé poškození mozkové činnosti. Do této skupiny jsou řazeni lidé se sníženou schopností adaptace a zaostalým vývojem schopností a vlastností, a to jak rozumových tak psychických. Pokud má člověk sníženou adaptační schopnost, znamená to, že jeho schopnost samostatného jednání a komunikace neodpovídá jeho věku. K této poruše dochází zejména z důvodu špatného vývoje mozku, nebo poškození mozkové tkáně. Mezi nejčastější příčiny tedy patří například infekce, úrazy, hladovění, hypoxie a samozřejmě zde hrají velkou roli i genetické faktory. Ke vzniku tohoto stavu dochází jak prenatálně, tak i postnatálně a dokonce i během samotného porodu, kdy může dojít k nedostatečnému okysličení mozku dítěte [2].

Diagnostika mentálního postižení je často obtížná, musí proběhnout psychologická vyšetření, hodnotí se dlouhodobé chování dítěte, někdy probíhají i neurologická vyšetření a důležitou součástí správné diagnózy jsou testy inteligence. Nejčastějším vyjádřením úrovně inteligence je měření tzv. inteligenčního kvocientu (IQ). IQ se počítá jako poměr mentálního věku,

tedy schopnost řešit úlohy přiměřené určitému věku, a skutečný chronologický věk dítěte [2, 19].

Lehká mentální retardace

Do této kategorie spadá největší procento postižených. IQ se u lehké retardace pohybuje mezi 50-69 body. Mentální věk těchto lidí je přibližně 10-11 let a je tedy možné se správným vedením i navštěvovat speciální školy. Většina umí v běžných situacích účelně verbálně komunikovat, ale vývoj řeči bývá pomalejší, než u dětí s vyšším IQ. Stejně je to i s osobní hygienou a péčí o sebe samého, nebývá problém děti naučit běžným návykům, ale opět to trvá podstatně déle. Objevují se zde problémy se čtením a počítáním, přesto ale mohou být zaměstnaní. Tito lidé většinou pracují na místech, kde je pracovní náplní především manuální činnost a opakované úkony. Není zde potřeba stálý dohled, ale o finance, bydlení a další náročnější záležitosti by se měla starat jiná blízká osoba [2, 19].

Středně těžká mentální retardace

Procento postižených v této skupině je již výrazně menší a pohybuje se pouze kolem 10 %. IQ je zde v rozmezí 35-49 bodů. Přibližný mentální věk u středně těžké retardace je 4-8 let. Samotná řeč, stejně jako její porozumění, je u těchto lidí výrazně opožděná a omezená, často se jedinci s postižením nenaučí mluvit vůbec. Ve speciálních zařízeních je snaha naučit tyto děti alespoň základy čtení, psaní a počítání, ale u některých případů se nepodaří ani to. I u dospělých je potřeba téměř stálý dohled, během kterého ale můžou vykonávat jednoduchou manuální práci. Samostatného života nejsou téměř žádní jedinci z této kategorie schopni, přestože nejsou většinou zcela mobilní. Starají se o ně ve speciálních domovech, nebo zůstávají doma s rodiči, vše záleží na úrovni vyspělosti konkrétního člověka, finanční situaci a ochotě rodiny.

Někdy se vyskytují také přidružená onemocnění, nejčastěji to bývá epilepsie, nebo například autismus [2, 19].

Těžká mentální retardace

Do této kategorie patří jedinci s IQ 20-34 bodů, kteří tvoří asi 5 % z celkového množství mentálně postižených. Mentální věk se zastavuje na úrovni malého dítěte, přibližně ve věku 18 měsíců až 3,5 roku. Dochází u nich k výrazným poruchám motoriky a veškeré problémy popsané výše u střední retardace se v této kategorii prohlubují. U těchto dětí je snaha o včasnou rehabilitaci k rozvoji motoriky a komunikačních schopností [2, 19].

Hluboká mentální retardace

Pouze necelé 1 % lidí tvoří skupinu s hlubokou mentální retardací. IQ je nižší než 20 bodů a mentální věk nedosahuje ani k 18 měsícům. Jediná komunikace, které je jedinec schopný, je jednoduchá neverbální komunikace. Většina dokáže vyjádřit radost úsměvem a smutek pláčem. Řeč a porozumění jsou bohužel zcela minimální. Nehledě na věk potřebují tito lidé stálý dozor a péči, protože jsou imobilní, často inkontinentní a zcela neschopní se postarat sami o sebe [2].

3.5.2 Dětský autismus

Autismus se v dnešní době řadí mezi tzv. neurovývojová onemocnění. Je charakterizován především problémy v sociální interakci, a tím i v komunikaci, ale také malým spektrem zájmů a opakujícími se vzorci chování [3].

U autistického dítěte se tedy projevují poruchy ve 3 hlavních oblastech:

1. Kvalitativní poškození v sociální interakci.
2. Kvalitativní poškození komunikace.

3. Omezená a opakující se škála zájmů a aktivit.

Dítě s touto diagnózou bývá většinou samotářské a osamělé. Nedokáže s lidmi navázat vhodný kontakt a často nechápe, proč mu lidi nerozumí. Velmi zvláštním způsobem pak vyjadřuje své potřeby a touhy, trvá velmi dlouho, než okolí porozumí jeho chování a často se to povede pouze velmi blízkým osobám. Projevují se zde výrazné nedostatky v používání mimiky, gest a celkové neverbální komunikace, kterou neovládá téměř žádný autista. Chybí empatická schopnost sdílet s někým radost, strach a další důležité emoce, proto je pro většinu autistických dětí téměř nemožné navázat jakýkoliv hlubší citový vztah s jinou osobou [4].

Poměrně závažnou komplikací je již zmíněné kvalitativní poškození komunikace, kdy zde dochází k opoždění mluvené řeči. Děti s autismem často ani nejeví zájem o verbální komunikaci, nepokoušejí se o opakování slov a většinou začnou mluvit až o několik let později než zdravé děti, v některých případech nezačne jedinec používat mluvenou řeč nikdy. To tvoří v kombinaci s neschopností komunikovat neverbálně poměrně veliký problém jak pro rodiče, tak později pro pedagogy [4].

Diagnostika onemocnění probíhá především na základě triády zmíněné výše. Abnormality v chování lze pozorovat již od prvních týdnů života dítěte. Kojenec se například vyhýbá očnímu kontaktu, nenaváže žádný významnější vztah s matkou a při odloučení od rodiny nevykazuje známky strachu. V pozdějším věku pozorujeme tedy nezájem o navazování vztahů s okolím, pozdní vývoj řeči, která bývá monotónní a s malou slovní zásobou, a zanedbatelnou gestikulaci a mimiku. Autista dodržuje určité rituály a naučené vzorce chování. Pokud mu cokoliv pozmění jeho rutinní denní program, bývá rozrušený až velmi vzteklý. Je schopen věnovat se celé hodiny

činnosti, která by jiné děti po pár minutách omrzela, například ježdění s autíčkem sem a tam, či točení s jeho koly [3].

Nejčastějším přidruženým onemocněním bývá mentální retardace (viz výše), která se vyskytuje téměř ve $\frac{3}{4}$ případů dětského autismu. Nejčastějším neurologickým onemocněním, které se vyskytuje spolu s autismem, pak bývá epilepsie [3].

3.5.3 Downův syndrom

Downův syndrom je onemocnění způsobené tzv. trizomií 21, kdy každá buňka obsahuje tři chromozomy 21 místo dvou. Všechny buňky takového jedince tedy obsahují 47 chromozomů, na rozdíl od těch zdravých, které jich mají pouze 46. Příčina tohoto jevu není stále známá, a ačkoliv se vyskytuje mnoho spekulací o vzniku onemocnění, bylo dokázáno, že na vznik nemá žádný vliv chování rodičů v průběhu těhotenství ani před ním. Jediným potvrzeným faktorem podporujícím narození jedince s Downovým syndromem je vysoký věk matky [10, 11].

I tato zdánlivě malá genetická mutace způsobuje změny nejen v chování jedince, ale také vzhledu. Downův syndrom má poměrně nápadné a nezaměnitelné znaky. Patří mezi ně například:

- malý vzrůst;
- menší ústa;
- plochá lebka a obličej;
- šikmé oči;
- krátké křivé prsty;
- rýha v dlani (tzv. opičí rýha).

Toto onemocnění s sebou bohužel přináší i celou řadu přidružených problémů. Pokud má dítě Downův syndrom, je poměrně vysoká pravděpodobnost, že u něj bude potvrzena i mentální retardace, nejčastěji to bývá ta středně těžká. Spolu se syndromem jsou až ve 40 % případů spojené srdeční vady v podobě nedomykavosti chlopní apod. Většina dětí s touto nemocí nosí dioptrické brýle, protože veliké procento z nich trpí krátkozrakostí, nebo naopak dalekozrakostí, či jinými vadami zraku. Pokud se neobjeví nějaké jiné závažné onemocnění, je průměrný věk dožití 50-60 let, pokud se jedinec s Downovým syndromem dožije vyššího věku, je zde veliká pravděpodobnost nástupu stařecké demence, bývá uváděno až 75 % [15].

V raném dětství může matka jako prvotní příznak pozorovat opožděné a jen velmi mírné pohyby dítěte. To je způsobené horším svalovým tonem. Později je možné si všimnout, že dítě nejeví zájem o okolní svět, nechce nic poznávat a chybí mu zdravá zvědavost. Jeho vývoj je celkově pomalejší, například první slova se objevují až o rok později, než u zdravých dětí, stejně tak chůze se rozvíjí pomaleji, ale i tak se naučí chodit samostatně. Již v raném dětství u většiny těchto dětí nastupuje nadváha, která je způsobena jak nedostatkem pohybu, tak přejídáním. Pokud není přidružené ještě jiné komplikující onemocnění, jsou tito jedinci poměrně soběstační, ať už jde o hygienu, nebo jídlo a oblečení. Také jsou velmi komunikativní, když jsou ve známém prostředí. Nejdříve komunikují nonverbálně a později i pomocí známých slov a kratších vět. V dospělém věku pro ně nebývá problém pracovat v nějakém bezpečném prostředí, ať už v továrně, kde dělají stále tu samou práci, nebo například v sociálním zařízení. Někteří z nich dokonce zvládají i samostatně bydlet [15].

3.6 Komunikace s dětským pacientem

Správná komunikace s dítětem je při první pomoci a celém průběhu jeho ošetřování velmi důležitá. Specifika komunikace se odvíjí především od věku dítěte, jeho schopností vnímat a reagovat, jeho charakteru, ale také od situace, ve které se momentálně nachází. Jeho zranění či onemocnění může komunikaci velmi komplikovat, nebo způsobovat až takové rozptýlení, že k žádnému předání informací ze strany dítěte ani nedojde. Při komunikaci s dítětem musí být zdravotnický pracovník velmi trpělivý, protože ačkoliv mu rodič může popsat vzniklou situaci, informace přímo od zraněného jsou vždy nejdůležitější [5].

Klíčem ke správné komunikace je trpělivost, vlídnost a především klid. Přestože může mít zdravotník pocit, že mu dítě nerozumí, je důležité vždy nahlas a srozumitelně říci, co se bude dít, a požádat malého pacienta o svolení. Přístup musí být vždy pozitivní, aby v dítěti nevyvolával strach, ale naopak nabádal ke spolupráci. Ve vozech rychlé záchranné služby je jako součást výbavy plyšová hračka, tzv. Kryštůfek, kterého je možné využít pro lepší komunikaci a případně i pro demonstrování léčby. S dítětem každého věku je důležité navázat kontakt, až už verbální, či alespoň neverbální. Práce záchranářů při správném přístupu pak probíhá rychleji, efektivněji a dětský pacient je tak vystaven kratšímu stresu [5].

Přestože novorozenci můžou působit dojmem, že nevnímají, i u nich je komunikace velmi důležitá. Takto malé děti reagují především na lidský hlas a občas i výraz, proto je důležité na ně klidně a vesele mluvit. U kojenců je to velmi podobné, ti dokážou již více rozeznávat mimiku, proto jsou klidnější, když vidí lidem do obličeje. Vlídny dotek je také velmi důležitý. Pohlázení či houpání může dítě uklidnit a usnadnit tak ošetření. Batolata už jsou schopna

rozeznat některá slova, takže je dobré zjistit od rodičů, která slova to jsou, a používat je [5].

S dětmi v předškolním a školním věku už zdravotníci vedou jednoduchý rozhovor. Důležité je nepoužívat cizí termíny, popřípadě je vysvětlit. Věty by neměly být složité ani dlouhé. Pokud dítě samo mluví, neměl by ho nikdo přerušovat, pokud to není nezbytně nutné. Opět je potřeba postup ošetření předem vysvětlit a přesvědčit se, že mu dítě rozumí. U menších dětí je stále dobré využívat hraček jak k uklidnění, tak vysvětlení způsobu ošetření. Není nikdy dobré dítěti lhát. Pokud mu zdravotník řekne, že výkon bude bezbolestný, ale nebude tomu tak, nejspíše už na sebe nenechá sáhnout a získat důvěru zpět nebude lehký úkol. V tomto věku už je možné odvést pozornost dítěte vyprávěním, nebo výzvou, aby sám vyprávěl například o svých prázdninách nebo rodině [5].

S dospívajícími pacienty už je většinou možné jednat téměř jako s dospělými. Před tykáním by se měl záchranář zeptat, zda to pacientovi nevadí, je možné používat odbornější výrazy a nechat ho diskutovat o průběhu léčby [5].

3.6.1 Komunikace se sluchově postiženými dětmi

Úplně každá komunikace má určitá pravidla, nebo lépe řečeno zásady, které by se měly dodržovat, aby nedocházelo k nedorozuměním a omylům. Komunikace s postiženými má těch zásad daleko víc, než ta běžná, ale jsou to pravidla poměrně logická, když se nad tím zamyslíme. Málokdo v běžném zdravotnickém prostředí, ať už na ZZS nebo v nemocnici, ovládá znakovou řeč, ale přesto je nutné se domluvit i se sluchově postiženým pacientem. Bohužel ne v každé nemocnici je tlumočnický a zdravotnický personál si musí většinou poradit sám. Mezi hlavní zásady komunikace s pacientem, který má vadu sluchu a umí alespoň částečně odezírat, patří např.:

- Upozornit pacienta, že na něj bude někdo mluvit – poklepání na rameno, navázání očního kontaktu, zamávání atd.
- Neslyšící musí vždy vidět mluvící osobě do obličeje.
- Mluvit pomalu a zřetelně.
- Používat krátké věty bez cizích výrazů.
- Nechat neslyšícího reagovat, aby bylo vidět, zda správně rozuměl.
- Složitější věci je vhodné pro jistotu i napsat.
- Gestikulovat rukama, používat mimiku apod., to vše může neslyšícímu pomoci porozumět.
- Pokud jde o člověka, který má alespoň zbytky sluchu, měly by být odstraněny všechny rušivé zvukové elementy z okolí.

U dětí je komunikace trochu složitější, odezírání se učí kratší dobu, také budou nejspíš ve stresu a nebudou dávat takový pozor. U neslyšících od útlého dětství může nastat i problém s psanou češtinou, kvůli málo rozvinuté slovní zásobě. Také je důležité se děti ptát, co rozuměly, a pokud pochopily špatně, je třeba jim sdělení pomalu zopakovat. Je vhodné mluvit s dětmi na jejich výškové úrovni, tzn. sednout si, popřípadě dítě posadit na vyšší místo, aby si oba účastníci rozhovoru koukali do očí [5, 13, 14].

Pokud má pacient tlumočníka, není vhodné mluvit s ním, místo s pacientem. Nehledě na to, že tlumočnick je osoba, která nám v tu chvíli pomáhá komunikovat, je důležité neustále se dívat na pacienta. Je také důležité mluvit tak, aby tlumočnick stíhal překládat vše do znakové řeči. Ideální je postavit se při rozhovoru vedle tlumočnicka, aby pacient viděl na oba dva. Nechávat pauzy je také velmi podstatné, aby měl neslyšící prostor vstoupit do rozhovoru a zeptat se na vše, co ho zajímá [14].

3.6.2 Komunikace se zrakově postiženými dětmi

Pro nevidomé děti je velmi důležitým smyslem sluch i hmat. Nejdůležitější složkou komunikace s nevidomými je tedy samozřejmě ta verbální. Hmat je oproti zraku výrazně pomalejší, pokud jde o rozpoznávání věcí, na člověka s poruchou zraku se proto zásadně nesmí spěchat. To, že jim většina věcí trvá déle, není známkou mentální opožděnosti a nemělo by se tak s nimi jednat. Každý člověk chce být schopný samostatného života, proto není dobré jim za každou cenu se vším pomáhat, když to nechtějí. Je důležité mít na paměti, že v cizím prostředí nemají přehled o věcech ani lidech kolem sebe, stejně tak nevidí pohyby ostatních lidí, takže mimika a gestikulace v tomto případě komunikaci nijak nepomůžou. Při jednání s nevidomým pacientem je důležité dodržovat několik zásad:

- Zdravotník či jiná osoba, která chce navázat kontakt s nevidomým zdraví jako první.
- Je vhodné podat pacientovi ruku (předem je nutno mu samozřejmě říci, že mu je podávána ruka).
- Před jakýmkoliv fyzickým kontaktem je nutné slovní upozornění.
- Při popisu lokalizace je vhodné používat slova jako „vlevo“, „vpravo“, „dole“, „nahore“ atd., nikdy ne „támhle“.
- Nikdy nepřemisťovat věci v domácnosti nevidomého člověka.
- Detailně mu popsat nové prostředí (např. nemocniční pokoj).
- Vždy předem vysvětlit, jak bude probíhat vyšetření a léčba, popřípadě i nechat osahat jednotlivé přístroje a pomůcky.
- Nikdy neodcházet bez upozornění.

Nevidomé dítě může být velmi vyděšené, nemá ponětí, co se kolem něj děje a kdo jsou všichni ti cizí lidé. Je potřeba se představit a vše pomalu vysvětlit. Ve většině případů má u sebe doprovod, ať už rodiče nebo

asistenta/asistentku, přesto by dítě nemělo být vynecháváno z rozhovorů. Je třeba dětského pacienta bezpečně odvést do auta ZZS a pak i do nemocnice na konkrétní místo. I vedení nevidomého má svá pravidla, jako držení za ruku nad úroveň lokte s tím, že postižený jde vždy půl kroku za osobou, která ho vede [5, 13, 14].

Pokud má u sebe pacient vodícího psa, je ideální vzít psa s sebou, měl by mu být bez problému umožněn vstup do nemocnice. Je důležité nechat psa dělat jeho práci a nijak ho nevyrušovat. Také by na něj bez dovolení majitele neměl nikdo sahat, ani mu dávat cokoli k jídlu. Psa je dobré nechat na pokoji, je cvičený a ví, jak má svému pánovi pomoci [14].

3.6.3 Komunikace u dětí s pohybovým postižením

Při komunikaci s tělesně postiženými je velmi důležité si uvědomit, zda má člověk problém pouze s pohybem, nebo trpí i dalším onemocněním, např. mentálním. Pokud mají pouze tělesné postižení, tvoří na komunikaci nejjednodušší skupinu dětí, protože s nimi můžeme mluvit zcela normálně, co se verbální složky komunikace týče. Součástí takového postižení může být i problém s ovládním obličejových svalů nebo jazyka, takže mohou mít problém s výslovností a mluvou celkově, ale neznamena to nižší inteligenci. To jsou věci, které je velmi důležité si uvědomit před samotným rozhovorem s pacientem. Mezi nejdůležitější zásady takového rozhovoru a vyšetření dítěte patří např.:

- Komunikovat z očí do očí (snížit se, sednout si).
- Ptát se, jak s ním manipulovat, na co je zvyklé.
- Potřebné pomůcky mu nechat v dosahu.
- Mluvit přímo s pacientem, ne s doprovodem.
- Nevnucovat pomoc za každou cenu.

- Není-li na vozíku, najít vhodné místo na sezení/ležení [13, 14].

Pokud dítě trpí i mentálním onemocněním, je potřeba přizpůsobit komunikaci oběma problémům. Pokud však žádná přidružená nemoc není, můžeme s dítětem komunikovat jako s každým jiným, pokud se budeme držet zásad zmíněných výše. Důležité je nechat pacienta jednat co nejvíce samostatně, aby se necítil ponížene a méněcenně. Je potřeba ho podporovat a dát mu na vše dostatek času. Také je dobré se před jakýmkoliv výkonem a vyšetřením pacienta zeptat, jak a kde by to bylo vhodné provést, například odběr krve. Pacient zná své tělo a postižení lépe než zdravotník a může mu poradit, kde má například přístupné žíly a kde je mu nejlepší měřit tlak. Podstatné je nebát se zeptat a komunikovat [18].

3.6.4 Komunikace u dětí s mentálním postižením

Komunikace s dítětem, které má mentální onemocnění, není vůbec lehká. Vše se odvíjí od toho, jakým onemocněním dítě trpí, a jak těžké jeho postižení je. Každé dítě je jiné, ať už zdravé či nemocné, a proto je potřeba individuálně volit způsob komunikace, především podle jeho mentální úrovně. Přesto existují zásady, které by měl zdravotník dodržovat vždy, např.:

- Dodržovat zásady slušného chování.
- Nejdříve oslovovat dítě, pak až doprovod.
- Používat jednoduché věty, známá slova – dle úrovně inteligence.
- Být trpělivý, dát čas na rozmyšlení i jednání.
- Na vše o čem mluvíme ukazovat.
- Ověřovat si, že dítě rozumělo, popř. v klidu zopakovat.
- Neříkat mnoho věcí najednou.

Samozřejmě ne každé takové dítě je schopné komunikace, v tom případě se jedná s doprovázející osobou, ale přesto je důležité dítě upozornit na vše, co se s ním bude dělat. Někdy může dítě odmítnat mluvit se zdravotníkem, proto je možné předat veškeré informace osobě jemu blízké a ta mu vše poví a vysvětlí.

4 METODIKA

V bakalářské práci jsou k získání důležitých dat použity rozhovory. Rozhovor je forma výzkumu, při které jsou kladeny otázky k získání potřebných informací. Existuje několik typů rozhovorů, ten první se nazývá nestrukturovaný, ten nebývá připravený do hloubky, otázky vznikají a upravují se na základě odpovědí respondenta. Další je polostrukturovaný, ten má předem připravené otázky, které je ale možné během rozhovoru upravit, doplnit nebo jinak formulovat pro lepší pochopení. Strukturovaný rozhovor má oproti dvěma předchozím druhům přesně dané otázky i jejich pořadí, nelze v nich vůbec měnit znění otázek.

Praktická část je založena na tzv. polostrukturovaných rozhovorech se zdravotnickými záchranáři, kteří zažili výjezdy k mentálně postiženým dětem. Otázky se týkají především komplikací, ke kterým během takového výjezdu může dojít, nejčastějším poraněním a problémům a také komunikace. Se speciálními pedagogy a asistenty byl veden podobný rozhovor, ve kterém byly položeny otázky na nejčastější úrazy, které v praktické škole vídají, na jejich zkušenosti s výjezdy ZZS a na způsob komunikace s postiženými dětmi. Výsledky získané z polostrukturovaných rozhovorů jsou zobrazeny pomocí grafů, aby bylo možné porovnat rozdílné zkušenosti ZZ a pedagogů.

Jako výzkumný vzorek byli v této práci použiti záchranáři z různých výjezdových základen Ústeckého kraje. Jejich věkové rozmezí je 25-60 let, aby zde byly informace od lidí s různými pracovními zkušenostmi, vzděláním a přístupem. Rozhovory na půdě školy byly vedeny nejen se speciálními pedagogy, ale i jejich asistenty, opět kvůli různému pohledu na tuto problematiku. Všichni dotázaní pedagogové působí na speciálních školách,

taktéž v Ústeckém kraji. Výzkum probíhal od druhé poloviny února do konce dubna 2020.

Součástí praktické části jsou také kazuistiky. Kazuistika, nebo také případová studie, je konkrétní případ, jenž je rozebrán a popsán ve výzkumných pracích. V kazuistice se hledají příčiny konkrétních problémů a jejich řešení, jsou vzájemně porovnávány a posuzovány vzhledem k povaze a tématu práce.

Níže jsou popsány tři kazuistiky dětí z prvního stupně praktické školy s různým mentálním postižením a přidruženými onemocněními. Kazuistiky jsou porovnávány jak z hlediska mentálních schopností dětí a soběstačnosti, tak jejich komunikačních dovedností. Porovnávána je taky četnost úrazů, ke kterým u nich dochází a to především během navštěvování školy.

Speciální nebo také praktické školy, jsou zařízení uzpůsobená ke vzdělávání mentálně postižených dětí a dětí, které by nezvládly absolvovat běžnou základní školu (ZŠ). V takových školách jsou pro výuku žáků stanoveny speciální podmínky dle jejich potřeb. Vyučuje se individuálně nebo po malých skupinkách. Ani učivo není pochopitelně stejné, jako na jiných ZŠ, vše je individuálně upravováno podle jednotlivých žáků. Nejdůležitější je výuka sebeobsluhy, takže základy hygieny, oblékání, samostatného jídla apod. Dále zde usilují o co největší rozvoj komunikačních schopností, ať už pomocí obrázků, znakové řeči, psaného slova nebo mluvené řeči. Pedagogové jsou speciálně vzděláváni pro výchovu takových dětí, absolvují rovněž mnoho kurzů, které jim v tomto úkolu pomáhají. Dalšími pomocnými silami ve školách jsou asistenti, kteří musí také absolvovat příslušný kurz a pomáhají pak speciálním pedagogům během výuky.

5 VÝSLEDKY

5.1 Rozhovory se zdravotnickými záchranáři

Rozhovory byly vedeny se záchranáři Ústeckého kraje. Proběhlo celkem 15 rozhovorů, z nichž 6 nejzajímavějších je popsáno níže. Otázky byly zaměřeny jak na počet výjezdů k mentálně postiženým dětem, tak na hlavní komplikace při těchto výjezdech. Také v nich zdravotničtí záchranáři specifikovali, ke kterým úrazům a neúrazovým problémům se vyjíždí nejčastěji, a zda vůbec věděli, že jde o dítě s mentálním postižením. Na konci rozhovoru bylo pak zhodnoceno, jak byl celý výjezd zvládnut a zda byl v něčem těžší, než ten běžný, k mentálně zdravým dětem. Jednotlivé odpovědi jsou psány pod sebe pro lepší porovnatelnost.

Jak dlouho již pracujete jako zdravotnický záchranář?

1. Asi 2 roky.
2. 16 let.
3. 22 let.
4. 2 roky.
5. 25 let.
6. 4 roky.

Setkal/a jste se někdy s výjezdem k mentálně postiženému dítěti?

1.-6. Ano

S kolika přibližně?

1. Za ty dva roky jsem zažila pouze 1 takový výjezd.
2. Určitě víc než 10, ale přesný počet neznám.

3. K mentálně postiženému dítěti jsem mohla jet tak přibližně 20x.
4. Nikdy jsem to nepočítala, ale řekla bych, že jich bylo asi do 10.
5. Něco málo přes 10 myslím.
6. Dělán tuto práci teprve pár let, takže podobné výjezdy jsem měla myslím jen 4.

Věděli jste předem, že jde o dítě s mentálním postižením? Jak zněla výzva?

1. Ano, ve výzvě bylo mentální postižení zmíněno spolu s tím, že dítě momentálně trpí bolestmi břicha, kvůli kterým jsme byli přivoláni.
2. Ano, většinou to je ve výzvě zmíněno. Nejčastější výzvy jsou u těchto dětí k aspiracím jídla, pití nebo zvratků. Také hodně jezdíme k dušnostem, bolestem břicha, febriliím a někdy také k zástavě oběhu.
3. Většinou to ve výzvě bývá, ale někdy to zjistíme pouze podle známé adresy ústavu nebo zvláštní školy.
4. Ano, poznala jsem to podle adresy ve výzvě.
5. Ano, ve výzvě to bývá téměř vždy, navíc tu máme v okolí jen 2 ústavy, takže už si pamatujeme adresy. Nejčastější výzvy jsou asi dušnost a aspirace jídla a pití. Někdy samozřejmě dochází i k zástavě oběhu, ať už z důvodu aspirace nebo jiného.
6. Ano, ale teď si vzpomenu jenom na výzvu „NZO (náhlá zástava oběhu) – upadla v koupelně“, dále bylo ve výzvě uvedeno, že má holčička střední stupeň mentální retardace.

Jaké jsou podle Vás nejčastější úrazy u této skupiny dětí?

1. Z úrazů jsou asi nejčastější zlomeniny dlouhých kostí. Pokud jde o neúrazové potíže, bývají to především aspirace potravin, dušnosti, bolesti břicha a záchvaty různých typů.

2. K úrazu jako takovému jsem nikdy nejela, spíše k problémům, které jsem zmiňovala u výzvy. Nejčastějšími problémy jsou podle mě febrilie (teplota vyšší než 38 °C, takže horečka), bolesti břicha, dušnost a aspirace. Většina těchto potíží bývá způsobena přidruženými nemocemi, které jdou často ruku v ruce s mentálním postižením.
3. U těchto dětí se velmi často vyskytují křeče, ať už epileptické, febrilní, nebo způsobené jiným onemocněním. Nejčastějšími úrazy jsou tedy ty po pádu, takže úrazy hlavy, obličeje a rukou.
4. Zažila jsem hodně úrazů po pádu způsobeného křečemi. Nejhorší byl asi u dítěte, které dostalo záchvat na schodech, takže se skutálelo. Mělo poraněnou hlavu, pohmožděná žebra i obličej a zlomenou ruku. Na rovině padají nejčastěji dozadu a bývá tak pohmožděná víceméně jenom hlava.
5. Přímo k úrazu jsem asi nejela. Většinou jde spíše o nějaký astmatický záchvat, vdechnutí cizího tělesa nebo až zástava, takže musíme provádět KPR.
6. Nejčastější jsou asi pády. Mentálně postižené děti bývají nepozorné, takže padají ze schodů nebo třeba ze židlí. Některé pády bývají také způsobené různými záchvaty.

V čem se tyto výjezdy lišily od jiných?

1. Takový případ jsem zažila pouze jeden, ale největší problém byl asi v komunikaci. Dítě se mnou nechtělo mluvit ani spolupracovat, takže bylo velmi těžké zjistit, kde ho to břicho bolí a zjistit tak příčinu. Měla jsem sice informace od personálu, ale nemohla jsem dítě pořádně vyšetřit. Také byl poměrně veliký problém zajistit žilní vstup, pacient měl defiguraci končetin (špatné postavení kloubů) a celkově byly končetiny

deformované, to také poměrně komplikovalo celkovou manipulaci a transport.

2. Mentálně postižené děti měly kvůli křečím a přidruženým onemocněním často svalový spasmus (svalová křeč/stah), to velmi komplikovalo jak vyšetření, tak léčbu. Nemohla jsem se dostat všude, kam jsem potřebovala a například zajištění žilního vstupu bylo v některých případech téměř nemožné, protože dítěti nešla natáhnout ruka. Dalším problémem je samozřejmě komunikace, ta bývá u většiny případů poměrně komplikovaná. Jsme pro ty děti úplně cizí lidi a nechtějí s námi mluvit, ale někdy to jde alespoň přes prostředníka, kterého znají.
3. Pro mě se asi v ničem výrazně nelišily. Je to velmi podobné jako výjezdy k malým mentálně zdravým dětem, kdy musíte téměř všechny informace získávat od rodičů, učitelů, ošetřovatelů a svědků okolo. Samozřejmě nějaké rozdíly tam jsou, horší komunikace a nějaká přidružená onemocnění, ale nepříjde mi to jako žádná výrazná komplikace.
4. Nemůžu říct, že by byly tyto výjezdy jiné, podle mě je jediný rozdíl v přístupu k tomu nemocnému dítěti. Musí se na něj celkově pomaleji, vše „polopaticky“ vysvětlit, názorně ukazovat, co se bude dít a dát dítěti čas to zpracovat. Ale tak je to téměř u každého dítěte a často i u dospělých lidí, takže výjezdy k mentálně postiženým dětem nepovažuji za nějak odlišné.
5. Tyto děti bývají často velmi neklidné, takže je s nimi opravdu špatná domluva. Naštěstí bývá u ošetření většinou rodič nebo někdo, kdo dítě zná a pomůže nám. Také bývá potíž zajistit kanylu, protože u mentálně postižených se často vyskytují různé tělesné anomálie, které napíchnutí žíly zrovna neulehčují. Můžou mít špatně rostlé klouby a kosti, můžou se u nich vyskytovat spazmy svalů a tak dále, je toho hodně a někdy je zajištění vstupu opravdu oříšek.

6. Komunikace s postiženými dětmi je na výjezdech asi to nejtěžší. Občas vůbec nevím, jak na ně. Někdy pomůže plyšák, vlídné slovo a někdy nepomůže vůbec nic a při ošetření musí jiná osoba dítě držet.

Považujete tyto výjezdy za těžší než k lidem bez postižení?

1. Ano, určitě považuji, a to především kvůli všem komplikacím, které jsem popisovala v předchozí otázce.
2. Ano, pro mě to nejsou úplně jednoduché výjezdy. Především ta horší komunikace a spolupráce bývají poměrně problém, předáváme pak v nemocnici nekompletní informace.
3. Nemyslím si, že tyto výjezdy jsou těžší, jsou pro mě téměř jako každé jiné k menším dětem. Informace získáme od rodičů nebo ošetřovatelů, a pokud je potřeba, pomůžou nám i s ošetřením.
4. Ne, jsou to výjezdy jako každé jiné. Žádný výrazný rozdíl tam není a postupy jsou taky pořád stejné. Těžší mi určitě nepříjdou.
5. Nijak zvlášť. Trochu celý postup ošetření komplikuje těžší komunikace, ale není to nic, co by se nedalo zvládnout.
6. Rozhodně, nebyly to pro mě zrovna jednoduché výjezdy. Musím říct, že tyhle výzvy nemám moc ráda.

Zvládl/a jste komunikaci s dítětem sám/sama, nebo asistoval rodič/pedagog/asistent/ošetřovatel?

1. U výjezdů k mentálně postiženým lidem, a obzvlášť pak dětem, je vždy nutná komunikace s ošetřujícím personálem, nebo s rodiči. V mnoha případech se s dítětem bez přítomnosti známé osoby nedá domluvit, ani ho správně vyšetřit. Můj jediný výjezd tohoto typu byl do ústavu pro mentálně postižené děti a celou dobu byl u ošetření přítomen ošetřovatel.

2. Při většině mým výjezdů mi velmi pomohla přítomnost asistenta/asistentky. Oni ty děti znají a vědí, jak je uklidnit a vysvětlit jim, co se bude dál dít. Pokud se nějaký úraz stal doma, tak samozřejmě pomohl rodič.
3. Vždycky byl po celou dobu výjezdu po ruce někdo, kdo s dítětem pomáhal. Nevzpomínám si, že bych musela někdy s dítětem pracovat sama.
4. Takových výjezdů jsem moc neměla, ale většinou jsem si poradila sama. Na postižené dítě se musí pomaleji, ale nakonec se s nimi vždycky nějak domluví, takže asistenci speciálních pedagogů jsem nepotřebovala.
5. Podle mě by měl vždycky pomoci někdo, kdo je dítěti blízký. Žádné dítě nebude klidné v přítomnosti jenom cizích osob, natož pak dítě s mentálními problémy. U mých výjezdů byl asi vždycky buď rodič, nebo asistent. Ne že bych bez nich výjezd nezvládla, ale i pro dítě je to pak celkově psychicky míň náročné a vše probíhá rychleji.
6. U všech výjezdů někdo pomáhal, většinou to byl pečovatel a jednou tam byl myslím i rodič. Je to tak lepší, oni nejlíp vědí, jak dítě uklidnit.

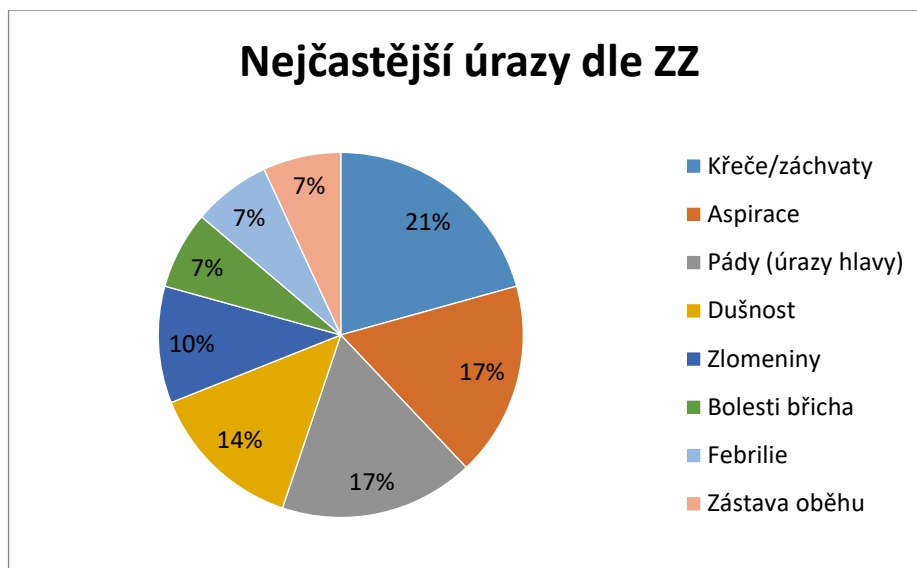
Absolvoval/a jste někdy školení o komunikaci a přístupu k mentálně postiženým?

1. Ne, vzpomínám si, že ve škole jsme na to nějakých pár hodin měli, ale od nástupu do zaměstnání jsem nic takového neabsolvovala.
2. Bohužel ne, a přitom si myslím, že alespoň nějaké krátké školení o komunikaci by nemuselo být na škodu.
3. Ne, nic takového nemáme. Podle mě to ani není potřeba, jsou to pacienti téměř jako každý jiný. To bychom museli mít školení na malé děti, děti v pubertě, na staré lidi a na všechna jiná možná onemocnění a to by nešlo. Člověk si nakonec vždycky nějak poradí i bez školení.

4. Ne, nevidím k tomu důvod.
5. Žádné takové školení jsem nikdy neabsolvovala, obávám se, že každé mentálně postižené dítě je jiné a jedno několikahodinové školení by nestačilo na naučení všech možných druhů komunikace.
6. Ne, naše školení jsou zaměřena spíše na hromadná postižení osob a tak.

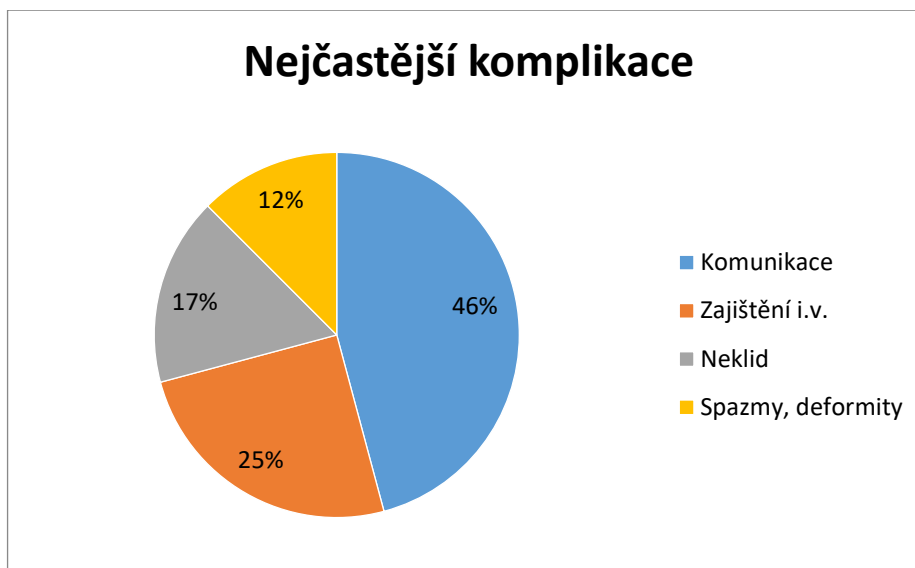
Jaký je Váš celkový pocit ze zvládnutí těchto výjezdů a připravenosti na ně?

1. Pocity mám asi stejné, jako z jiných výjezdů. Postupovala jsem, jak nejlépe jsem uměla, stejně jako vždy. Postupy jsou vesměs stejné, takže vlastně standardní výjezd.
2. Asi stejný jako vždycky. Člověk dělá, co umí a ono to nějak dopadne. Žádné extra jiné pocity z těchto výjezdů nemám.
3. Mám z nich dobrý pocit. Myslím, že to byly dobře zvládnuté výjezdy, ať už jde o komunikaci nebo celkové ošetření. Jsou to výjezdy jako každé jiné.
4. Těch pár výjezdů, které jsem k těmto dětem měla, šly dobře, většinou nešlo o nic vážného a rodiče nebo asistenti toho hodně zvládli, než jsme vůbec dorazili a pak nám i dost pomáhali.
5. Myslím, že tyhle výjezdy zvládám vcelku dobře. Občas to bývá trochu „oříšek“, ale nakonec jsme si vždy poradili, děti ošetřili a dopravili na příslušné oddělení.
6. Ačkoliv takové výjezdy moc nemusím, pocit z jejich zvládnutí mám dobrý. Líbí se mi, jak i ostatní děti okolo chtějí pomoci a vše je moc zajímavé. V ústavech i zvláštních školách nás někdy děti úplně obklopí a nechtějí nás pustit. Trochu to občas komplikuje práci, ale na druhou stranu je to hezké.



Obrázek 1 Nejčastější úrazy dle ZZ

Obrázek 1 znázorňuje nejčastější důvody výjezdů ZZS k mentálně postiženým dětem. Jak můžeme vidět, nejvíce se objevují různé druhy křečí a záchvatů, a to z toho důvodu, že mentální postižení (MP) s sebou často nese různá další přidružená onemocnění. Nejčastěji to pak bývá právě epilepsie, ta způsobuje záchvaty a křeče, které mohou vést k pádům a úrazům hlavy, což jak vyplývá z grafu, je třetím nejčastějším důvodem pro přivolání ZZS. Na druhém místě je aspirace, která opět souvisí s postižením, protože současný výskyt problémů s polykáním u něj není výjimkou. Z grafu tedy vyplývá, že většina výjezdů ZZS k této skupině dětí přímo souvisí s jejich postižením.



Obrázek 2 Nejčastější komplikace během výjezdu

Na obrázku 2 jsou znázorněny nejčastější komplikace, ke kterým podle ZZ dochází během vyšetření a ošetření dětí s MP. Největší problém vidí právě v komunikaci, na kterou je tato práce zaměřena. Většina těchto dětí nemluví s cizími lidmi, nebo dokonce vůbec s nikým, takže je těžké zjistit, jaký přesně mají problém a jak ho vyřešit. Bývají samozřejmě často neklidné, což vyšetření neulehčuje, brání se jakémukoliv dotyku, křičí. Problém na 2. a 4. místě spolu velmi úzce souvisí. K mentálnímu onemocnění mají děti často i fyzické, které velmi komplikuje zajištění žilního vstupu a podání vhodných léčiv. Mohou mít vrozené deformity kloubů i kostí, svaly v křeči atd. což znemožňuje některé druhy vyšetření, např. měření krevního tlaku. Žádné jiné komplikace záchranáři neuvedli, jak můžeme vidět, dva ze čtyř problémů souvisí se samotným MP, zatímco druhé dva opět souvisí s přidruženými onemocněními.



Obrázek 3 Porovnání s běžnými výjezdy

Z obrázku 3 vyplývá, že celé 2/3 záchranářů považují tyto výjezdy za těžší, než ty běžné ke zdravým dětem. Dle jejich slov by pomohlo, kdyby byli předem připraveni na práci s postiženými dětmi, například kdyby absolvovali nějaký kurz o komunikaci s lidmi, kteří mají zvláštní potřeby. Zbývající třetině přišly tyto výjezdy zatím v podstatě stejné, jako všechny ostatní, protože postupy ošetření se u zranění a ostatních problémů nemění.

5.2 Rozhovory se speciálními pedagogy a asistenty

Se zaměstnanci speciálních praktických škol byl veden podobný rozhovor, který byl ale více zaměřený na komunikaci s mentálně postiženými dětmi. Kladen byl důraz především na druh poranění, ke kterým ve škole dochází nejčastěji a postup pedagogů při jejich řešení. Důležitou otázkou je také ta, věnující se odlišnostem v komunikaci s těmito dětmi. Na konci byli respondenti dotázáni, zda už někdy volali ZZS a zda zdravotníkům pomáhali s komunikací a první pomocí. Rozhovorů proběhlo 17, 5 nejzajímavějších z nich je popsáno níže.

Jak dlouho již pracujete jako speciální pedagog/asistent?

1. Jako speciální pedagog pracuji od roku 1980, takže už téměř 40 let.
2. Jako učitelka, tedy speciální pedagog, pracuji ve školství 41. Rokem.
3. Na místo speciálního pedagoga jsem nastoupil v roce 1992, bude to tedy 28 let.
4. Pracuji jako asistentka pedagoga, letos to jsou 3 roky.
5. Jsem asistentka pedagoga a dělám to už 8 let.

Jaké školy a kurzy jste absolvoval/a?

1. Studovala jsem učitelství pro 1. stupeň základní školy a speciální pedagogiku. Celé studium jsem absolvovala na Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem.
2. Absolvovala jsem pětiletý studijní obor speciální pedagogika – psychopedie na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Později jsem tam také složila rigorózní zkoušky, takže jsem získala tzv. malý doktorát. Kurzů jsem absolvovala mnoho, takže si všechny ani nepamatuji, ale většinou byly zaměřeny na rozšíření vědomostí v oboru logopedie. Také jsem se účastnila různých kurzů o nových poznatcích k autismu a dalším onemocněním.
3. Nejdříve jsem vystudoval magisterské studium pedagogika, občanská výchova a pedagogická psychologie na Pedagogické fakultě UK v Praze, poté jsem složil zkoušku z rozšiřujícího studia speciální pedagogiky, tentokrát na Pedagogické fakultě UJEP v Ústí nad Labem. Poslední bylo bakalářské studium školského managementu opět na PF UK v Praze. Seminářů jsem absolvoval nespočet, například seminář Romské dítě v české škole, Agrese a agresivita u dětí, Učitel v ohrožení a další. Stejně

tak hodně dalších programů a kurzů, např. o sexuální výuce a přenosu sexuálních chorob, tedy jak to vyučovat mentálně postižené žáky, seminář prevence stresu na pracovišti, několik kurzů moderní výuky atd.

4. Absolvovala jsem kurz asistenta pedagoga a v současné době studuji druhý ročník Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy obor speciální pedagogiky.
5. Po dokončení všeobecného gymnázia jsem absolvovala půlroční vzdělávací program Studium pedagogiky na Národním institutu dalšího vzdělávání v Karlových Varech. Absolvovala jsem kurz o zvládnutí šikany, komunikaci s rodiči a kurz základů znakové řeči.

Máte pravidelná školení první pomoci?

1. Ano, škola nám zřizuje pravidelná školení.
2. Ano, na naší škole jsou kurzy první pomoci povinnou součástí školení BOZP (bezpečnost a ochrana zdraví při práci)
3. Ano, otázky PP jsou řešeny v rámci školení BOZP.
4. Ano, školí nás pravidelně.
5. Ano, každé dva roky máme v rámci pracovního poměru školení první pomoci zprostředkované zaměstnavatelem.

Jak často se setkáváte s úrazy ve škole? (myšleno i problémy neúrazového typu jako např. křeče)

1. Musím říct, že s moc úrazy jsem se ve škole naštěstí nesešla. Takže se podle mého názoru stávají velmi málo.
2. S úrazy se setkávám jen velmi zřídka. Občas vidám ve škole epileptické záchvaty a nějaké menší úrazy. Za ta léta, co učím ve škole, jsem naštěstí nikdy nezažila žádný velký úraz, za což jsem velmi ráda!

3. Nejčastěji se s úrazy setkávám při tělesné výchově, při pracovních vyučováním, ale také samozřejmě v době přestávek. Drobné úrazy podle mě nejsou nic neobvyklého.
4. Vzhledem k poměrně nízkému počtu žáků na naší škole nejsou úrazy nijak časté, ale máme zde děti jak s epilepsií, tak s dalšími problémy, takže párkrát do roka se k nám ZZS volá.
5. Úrazy zažívám tak 3x do roka, pokud mluvíme o těch úplně malých, jako jsou odřeniny, tak ty párkrát do měsíce. Ale větší úrazy tak ty 3 do roka, z toho jeden bývá na přivolání ZZS.

Jakého typu jsou úrazy/problémy nejčastěji?

1. Nejčastěji se asi stávají drobné úrazy při tělesné výchově. Na tom není nic zvláštního, myslím, že tak to je i na každé jiné škole. Při míčových hrách si děti občas narazí prst, trefí je míč do obličeje, sem tam si někdo podvrkne kotník a tak dále. Zkrátka běžná zranění.
2. Úplně nejčastěji řeším asi nějaká bodnutí hmyzem přes léto, někdy i s následnou alergickou reakcí. Sem tam nějaké drobné oděrky, to se stává poměrně často. Máme na škole i hodiny vaření v kuchyňce, takže i menší popáleniny se občas přihodí. Zažila jsem i jeden útok psa na dítě, zatímco jsme byli na vycházce, ale nic hrozného se naštěstí nestalo. Pak už akorát výjimečně ty epileptické záchvaty, jak už jsem říkala.
3. Ve školních dílnách dochází občas k říznutí pilou nebo nožem, v kuchyňce pak k drobným popáleninám od hrnců, nebo opařením horkou vodou. Sem tam nějaké dítě uklouzne nebo spadne na schodech, takže dochází k různým naražením, podvrknutím a výjimečně i k nějaké zlomenině. Při nevhodném chování mezi spolužáky, což se děje asi všude,

se pak také stávají drobné úrazy, ale to bývají především modřiny a odřeniny.

4. Většinou se setkávám se silnými nevolnostmi, ty jsou docela časté. S žádným velkým úrazem jsem se na naší škole naštěstí zatím neseťkala, pouze různá drobná poranění, jako modřiny, boule a odřeniny.
5. Nejvíce dochází k různým naražením rukou a nohou, občas podvrknutí kotníku, pádu ze schodů, nevolnostem a někdy ke kolapsu.

Jak úrazy řešíte?

1. Všechny úrazy je důležité řešit s vedením školy. Pochopitelně drobná krvácení obvážu, naražené části těla chladím apod. K větším úrazům voláme s vedením zdravotníky, ale většinou si poradíme sami a není nutná žádná odbornější pomoc.
2. Úrazy řešíme podle metodického pokynu MŠMT (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR) a podle školního řádu. To znamená, že vše zapíšeme do knihy úrazů, kontaktujeme zákonného zástupce, kterému vše vysvětlíme, a žáka ošetříme, jak nejlíp umíme. Ošetřování probíhá podle těch absolvovaných školení první pomoci, takže nějaké obvazy, znehybnění zlomené končetiny a tak. Pokud to úraz vyžaduje, voláme na pohotovost a přijede ZZS.
3. Úrazy řeším dle povahy zranění, ta drobná jako malá říznutí a popálení zvládneme ošetřit sami, ve škole je samozřejmě lékárnička a potřebné vybavení na zástavu krvácení apod. Vždy informujeme zákonného zástupce žáka o zranění. Vyžaduje-li si zranění žáka lékařské ošetření, přivoláme lékaře ZS nebo se žákem zajede k lékaři jeho zákonný zástupce. Úrazy vždy zapisujeme do Knihy úrazů.
4. Uvedeme žáka co nejvíce do klidu a ošetříme poranění, pokud to jde. Po celou dobu je u něj přítomen pedagogický pracovník. V těch lehčích

případech pouze obeznámíme se situací zákonného zástupce a dítě s ním odešleme k lékaři, v závažnějších případech voláme ZZS.

5. Pokud jde o rozbité koleno, nebo jiné odřeniny, vše vydezinfikují a zalepím, popřípadě i obvážu. Kolapsy řeším položením žáka a zvednutím nohou. Podvrknutí kotníku chlazením a klidovým režimem. Ke všem zraněním je volán zákonný zástupce, pokud se nedovolám, odvádím žáka na místo jeho bydliště.

Volal/a jste někdy ZZS?

1. Sama jsem ZZS nikdy nevolala. Nikdy se pod mým dozorem nestal takový úraz, abych musela okamžitě volat záchrannou službu, a pokud jsme se s vedením dohodli, že by bylo vhodné ji pro jistotu zavolat, zařídili to z kanceláře.
2. Ano, ZZS jsem volala asi dvakrát, a to kvůli epileptickým záchvatům, ty je vždy lepší přenechat odborníkům.
3. Ano, když to situace vyžadovala.
4. Já jsem ZZS nikdy nevolala.
5. Ano, volala jsem záchranku k mimořádnému kolapsu. Byl velmi nečekaný, žák nemá nic podobného ve spisu, ani se to nikdy nestalo.

Pokud ano, asistovala jste u komunikace a první pomoci?

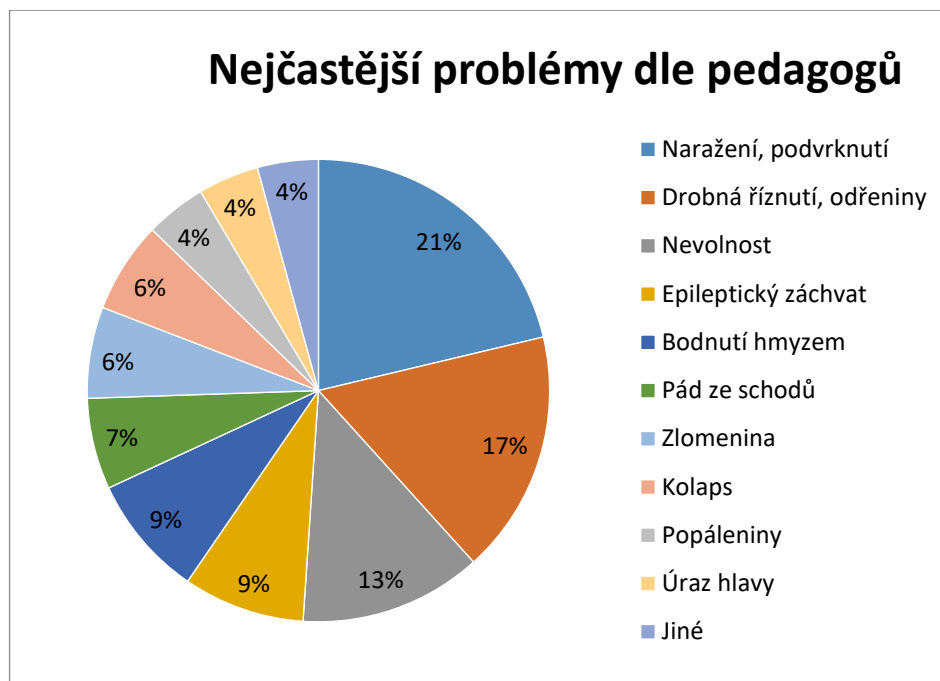
1. Ne, nikdy to nebylo potřeba.
2. Ano, záchranáři byli za mou pomoc velmi rádi. Učitel zná žáky často i lépe než vlastní rodič, umí s žákem komunikovat. Někdy i těm záchranářům rozumíme lépe než rodiče a samotné děti, takže můžeme být k ruce.
3. Ano, pomáhal jsem žáka zklidnit, aby ho mohli záchranáři ošetřit.

4. Kdyby taková situace nastala, myslím, že by to bylo věci prospěšné. Děti mě znají a už tak nějak vím, jak je uklidnit.
5. Ano, předala jsem lékaři veškeré podstatné informace o žákovi, popsala událost a pomoc, kterou jsme poskytli. Mezitím jsem pomáhala dítě uklidnit, aby ho mohli vyšetřit.

**V čem se liší přístup v komunikaci u dětí s a bez mentálního postižení?
(Myšleno komunikace při úrazech – během vyšetření a ošetření)**

1. Mentálně postižené dítě by nemělo být nikdy se zdravotníky samo. Vždy u sebe potřebuje někoho blízkého, ať už je to třídní učitel, asistent pedagoga nebo rodič. Každé dítě ve zvláštní škole je jiné a vyžaduje velmi individuální přístup. Nám samotným nějakou dobu trvá, než zjistíme, jak s kterým dítětem jednat, takže zdravotník nemá šanci na to přijít během pár minu, proto kdybych volala záchranku k nějakému úrazu, pomohla bych jim dítě uklidňovat a ošetřit.
2. Komunikace s dítětem s mentálním postižením musí být konkrétní a velmi individuální, je potřeba se ptát několikrát, neustále vše pomalu vysvětlovat, ověřovat pochopení otázky. Musí být volena jednoduchá slova, nepoužívat žádné cizí výrazy. Někteří naši žáci často rozumí více vulgárním výrazům, než těm normálním, pokud můžu uvést příklad, tak např.: „Fanoušku, ty ses počůral?“ a on mi doslova odpoví „Ne, pochcal, paní učitelko?“. Jejich rodinné prostředí je velmi často na nízké socio-kulturní úrovni, proto se člověk nesmí nechat jejich slovní zásobou zaskočit. Učitel mívá v osobní dokumentaci zapsané názvy různých léků, které žák bere, a rodič si je často ani nepamatuje, proto je pro záchranáře komunikace jednodušší právě s učitelem. Ten žáka zná, umí s ním vést rozhovor a především může upřesnit a doplnit mnohé informace.

3. Dítě s mentálním postižením se více soustředí na bolest a na to, že se mu něco stalo, proto potřebuje zklidňující a utěšující slova a přístup. Je vhodné u takového dítěte přesně vysvětlit, jak bude ošetřeno a jaký bude další postup.
4. Zásadní je myslím to, že u dětí s mentálním postižením lze očekávat větší až přehnanou emoční reakci na stresovou a nečekanou situaci. Je tedy velmi důležité dítě, pokud možno, zklidnit použitím přiměřené haptiky a několikanásobného opakování jasných a co nejstručnějších pokynů pronášených klidným hlasem. Je jasné, že komunikaci ovlivňuje i hloubka mentálního postižení. Za další důležitou věc v krizové komunikaci se zraněným dítětem, ale i s dospělým mentálně postiženým, považuji připravit pacienta na každý úkon, který je nutno provést. Spíše ale v rovině toho, co to u něj může vyvolat, takže např. „bude to pálit“, „teď to štípne“ a tak. To je pro ně důležitější, než vysvětlení toho, co přesně se bude dělat.
5. Vlastně ani přímo nevím, jaký je mezitím rozdíl, protože na běžné základní škole jsem nikdy nepracovala. Ale určitě můžu říct, že každé dítě je vyděšené, bojí se, a ty mentálně postižené bývají při úrazech přímo hysterické. Děti bez postižení ve škole učí, jak vypadá první pomoc a co s jakým úrazem dělat, takže mají alespoň trochu nějakou představu a snaží se pomoci, naše děti ne, ty se leknou a stáhnou do ústraní.



Obrázek 4 Nejčastější problémy dle pedagogů

Na obrázku 4 jsou opět nejčastější poranění, ale tentokrát jsou sepsána z pohledu speciálních pedagogů a jejich asistentů. Z obrázku je jasné, že nejčastější úrazy, které se stávají ve škole, jsou odlišné od těch, které nejvíce vidají zdravotničtí záchranáři. Nejčastěji byla zmiňována naražení prstů a celkově končetin, nebo podvrknutí kotníku. To jsou poměrně běžná zranění při tělesné výchově. Dále často ošetřují různé drobné odřeniny a říznutí, ke kterým dochází během vycházek, na hřištích i při hodinách v kuchyni. Také nevolnost nebo bodnutí hmyzem nejsou výjimečnou událostí. To vše jsou naprosto běžné úrazy a problémy, které se stávají všem dětem i na běžných základních školách, a podle učitelek se jich u dětí s MP, kvůli stálému dohledu, stává dokonce méně. Pak jsou zde již v menším zastoupení epileptické záchvaty, nebo například pády ze schodů, které byly zmíněny již ZZ. Z obrázku jasně vyplývá, že nejvíce se stávají běžné drobné úrazy a problémy spojené s mentálním onemocněním se stávají o dost méně, až vzácně.



Obrázek 5 Volání ZZS pedagogy

Tvrzení z předchozího obrázku podporuje i obrázek 5, podle kterého pouze 35 % dotázaných pedagogů v průběhu svého profesního života volalo k žákovi ZZS. 65 % v rozhovoru uvedlo, že zažili pouze drobná poranění, se kterými si vždy poradili sami, popř. poslali žáka domů v doprovodu rodiče.

5.3 Zajímavosti a navrhovaná opatření

Někteří pedagogové v rozhovoru uvedli, že děti na jejich škole většinou panikaří, když se stane nějaký úraz, buď mlčí, nebo se utíkají někam schovat, ale žádné z nich není schopné pomoci. Porovnávali mentálně postižené děti s těmi, které navštěvují běžné základní školy, kde se učí postup při poranění a první pomoc. Existují ale i kurzy první pomoci pro mentálně postižené, kde je učí alespoň základy toho, co je v případě nouze třeba udělat. Učí je zavolat na číslo 155, doběhnout pro pomoc a dokonce i základy zástavy krvácení a resuscitace. Proto si myslím, že by alespoň část dětí, které jsou toho mentálně schopné, mohly absolvovat ve škole kurz první pomoci. Pro děti by to mohlo být zajímavé a především užitečné v případě nouze.

Jedna záchranářka uvedla konkrétní případ nezvládnutí komunikace při výjezdu s postiženým dítětem. Během výjezdu ošetřovala dítě se středně těžkou mentální retardací, které utrpělo úraz hlavy. Během ošetřování byla přítomna asistentka, která dítě po celou dobu uklidňovala, aby se nechalo ošetřit. Pak ale potřebovala dojít pro zdravotní dokumentaci a dítě nechala jen se záchranáři. To okamžitě začalo křičet, házet sebou, bránilo se a nešlo jej uklidnit. Než ho stihl někdo chytit, vytrhlo si dokonce z ruky kanylu, a uklidnilo se až ve chvíli, kdy se vrátila asistentka a začala na něj mluvit. Proto se domnívám, že do odvozu dítěte do nemocnice by měli být přítomni alespoň dva lidé, kteří dítě znají. Odchod asistentky způsobil komplikace v ošetření a nejspíš i mírné trauma dítěte, které bylo najednou samo s cizími lidmi. Pacient s MP by měl mít po celou dobu doprovod, který ho zná, a který ho umí uklidnit.

5.4 Kazuistiky dětí s mentálním postižením

Níže jsou popsány tři kazuistiky, které se věnují dětem navštěvujícím speciální praktickou školu. Kazuistiky obsahují základní popis rodinného prostředí, onemocnění a chování mentálně postižených dětí. Následující informace se zaměřují především na komunikační schopnosti těchto dětí, jejich soběstačnost, sociální schopnosti a riziko úrazů, které u nich mohou nastat.

5.4.1 Kazuistika č. 1 – chlapec (10 let)

Rodinná anamnéza

Chlapec se narodil zdravé matce romského původu. Matka má ukončené základní vzdělání s dobrými výsledky, otec má ukončené střední vzdělání bez maturity. Rodiče žijí odděleně, matka se o ně nestará, chlapec je v péči babičky. Má 3 sourozence, z nichž 2 jsou chlapci s dobrými školními výsledky,

kteří žijí s otcem v Německu. U starší sestry je potvrzena lehká mentální retardace způsobující problémy v komunikaci, navštěvuje základní praktickou školu. Původ nemoci u sestry je neznámý. Žádný jiný výskyt mentálních onemocnění se v rodině nepotvrdil.

Osobní anamnéza

Chlapec narozen ze 4. těhotenství bez předchozích potratů. Celé těhotenství probíhalo v pořádku. Při porodu došlo k hypoxii dítěte, což vedlo k dlouhodobým následkům v podobě dětské mozkové obrny (DMO), která způsobuje především střední levostrannou hemiparézu. Paréza způsobuje velké problémy v chůzi a bez pomoci není schopen chodit vůbec. Na velmi krátké vzdálenosti je s velkou dopomocí schopen ujít pár kroků.

Již v raném dětství se u chlapce začaly objevovat poměrně časté záchvaty, které byly po různých testech diagnostikovány jako epileptická encefalopatie. Tento druh epilepsie téměř nereaguje na farmakologii a u dítěte probíhá několik záchvatů denně. Velká část záchvatů jsou jen drobné, u kterých nedochází ke ztrátě vědomí, chlapci například jen spadne hlava. Při větších záchvatech dítě padá na zem s poruchou vědomí, při čemž velmi často dochází k úrazům hlavy, které vyžadují lékařské ošetření. Někdy se proto k chlapci jak doma, tak ve škole volá ZZS.

Verbální komunikace je téměř nemožná, jediná slova, která dítě používá, jsou „babi“, „pít“ a „dej“. Pokud má horší den, nemluví vůbec, ani nijak nereaguje na svoje jméno. Oční kontakt udrží lépe zaměřený na nějaký předmět, než na člověka. Musí být pod neustálým dozorem kvůli nesoběstačnosti a opakujícím se epileptickým záchvatům. Je trvale plenován kvůli inkontinenci a není schopný sám provádět jakékoliv hygienické úkony. Sám se nenají ani se není schopen pohybovat. Jen málokdy je orientován místem a časem.

Rozumí jen velmi málo základním jednoduchým úkonům. Ve škole snaha o učení základních sebeobslužných činností, zaměření pozornosti na určité lidi nebo věci a cvičení na rozvíjení motoriky.

Dle pedagogů by žák sám nebyl schopný ani ochotný komunikovat se zdravotníky ZZS. Dokáže velmi špatně vyjádřit, jaký má problém a na jakoukoliv komunikaci s cizím člověkem je vždy potřeba prostředník, který dítě zná. Vzhledem k nízkému mentálnímu věku je při ošetření nejdůležitější zklidnění dítěte, vysvětlování procedur je bezpředmětné, protože je dítě nepochopí.

Vyhodnocení: Chlapec se narodil do rodiny, kde už se vyskytuje dítě s mentální poruchou, ale nejpravděpodobnější příčinou jeho postižení byla hypoxie při porodu. Vada se projevovala již v kojeneckém věku, kdy chlapec nenavazoval oční kontakt a nejevila zájem o okolí. Velmi brzy se přidala epilepsie, což život dítěte a jeho rodiny ještě více komplikuje, protože nesmí být nikdy ponecháno bez dozoru. Komunikace je velmi obtížná, chlapec ovládá pouze pár slov a s cizími lidmi nekomunikuje žádným způsobem. Dochází u něj k častým úrazům hlavy, při kterých je velmi neklidný a není schopný spolupráce se zdravotníky. Hlavním cílem pedagogů a rodičů (babičky) v této situaci je ho uklidnit. Kvůli svému stavu mu bylo doporučeno navštěvovat základní školu praktickou, kde absolvuje jednu hodinu denně pod stálým dozorem pedagoga a babičky.

5.4.2 Kazuistika č. 2 – dívka (12 let)

Rodinná anamnéza

Dívka pochází z velmi dobrého prostředí úplné rodiny. Doma má skvělé zázemí a velikou podporu. Rodiče jsou oba zdravotně v pořádku. Má tři starší

sourozence, kteří všichni vystudovali střední školu s dobrými výsledky. U žádného člena rodiny se nikdy nepotvrdilo mentální onemocnění, dívka je tedy první.

Osobní anamnéza

Dívka se narodila ze 4. těhotenství bez předchozích potratů. Celé těhotenství probíhalo bez komplikací, stejně tak porod. Již od kojeneckého věku byly na dívce pozorovány problémy ve vývoji jak psychickém, tak fyzickém. O první slova se začala pokoušet později, než je obvyklé. Stejně tak jakékoliv pokusy o chůzi byly velmi opožděné. Nejevila téměř žádný zájem o hračky, chtěla pouze jednu, kterou odmítala pustit, což se dá považovat za první autistické rysy. Dívce byla po několika vyšetřeních určena diagnóza, středně těžké mentální postižení. S přibývajícím věkem se začaly projevovat i obtíže autistického charakteru. Trpí také drobnými obtížemi s chůzí a poměrně značnými problémy s jemnou motorikou. U dívky byl po pátém roku života diagnostikován také diabetes a středně těžké astma bronchiale.

S dívkou je možná jednoduchá verbální komunikace. Slovní zásobu má chudou, ale rozumí poměrně dobře. Její projev je výrazně dyslalický, takže má mluvu hůře srozumitelnou, někdy až úplně nesrozumitelnou. Rozumí jednoduchým instrukcím, pokud ne, většinou je stačí zopakovat. S dopomocí je schopná dle instrukcí plnit jednoduché úkoly a odpovídat na otázky. Pozornost udrží jen na velmi krátkou dobu a snadno se unaví. U dívky je nutný stálý dohled, je medikována a je držitelkou průkazu ZTP/P.

Navštěvuje základní školu praktickou (5. ročník), kde je její výuka zaměřena především na komunikaci a socializaci s ostatními žáky. Učí se psát hůlkovým písmem, kterým dokáže s pomocí napsat jednotlivá slova. S počítadlem dokáže napočítat do 100, nemá problém s přiřazováním obrázků a velmi ráda pracuje

na počítači, kde si sama najde hry i videa. Ve věku deseti let začaly její školní schopnosti stagnovat a nyní se zhoršují, nejspíš kvůli rozvíjejícím se autistickým příznakům. Dívka musí mít stále stejnou denní rutinu, stejnou cestu do školy, stejné zvyky. Rozvinul se u ní obrovský strach z mostů a vysokých zdí, což je přisuzováno mentální retardaci.

Během celé školní docházky u ní nedošlo k žádnému úrazu, protože kromě cesty do školy s doprovodem nikam nechodí. Nejradši je v domácím prostředí, na které je zvyklá. S cizími lidmi by nikdy nemluvila, proto by při úrazu určitě musel asistovat pedagog nebo rodič. Dívka má až panickou hrůzu z krve, proto je ji potřeba i při drobných říznutích a odřeninách neustále uklidňovat.

Vyhodnocení: V rodině dítěte není žádný jiný výskyt mentálního onemocnění. Rodiče se dívce věnují, proto je dívka, když má dobrou náladu i komunikativní, čistotná a poměrně soběstačná. Občas dokonce vypráví, jak bylo například o prázdninách. Její čas komplikují přidružená onemocnění (diabetes, astma), ale ta jsou řešena medikací. Má své denní rituály, třeba to, že na chodbě se nezdraví, paní učitelce řekne „Dobrý den!“ až ve třídě. Dokáže s dopomocí komunikovat i psanou formou, ale vždy pouze s člověkem, kterého zná. Žádné vážnější úrazy či problémy se u ní nikdy neobjevily.

5.4.3 Kazuistika č. 3 – dívka (11 let)

Rodinná anamnéza

Dívka pochází z neúplné rodiny, rodiče se rozvedli brzy po jejím narození. Matka má dceru v péči, ale nejeví o ní žádný větší zájem. Z matčiny strany má dva nevlastní bratry (jiný otec), z nichž jeden byl ve 3 letech léčen pro febrilní křeče, ale jiné problémy se u něj už nevyskytly. Druhý bratr trpí střední mentální retardací a epilepsií, navštěvuje praktickou školu. Epilepsií

trpí také dvě sestřenice ze strany matky. Otec je zdravý, pracuje jako dělník ve fabrice, s matkou dívky má další dva syny, kteří jsou oba zdraví.

Osobní anamnéza

Dívka je narozena z 5. rizikového těhotenství, kterému předcházela 2 umělá přerušení těhotenství. Ve 3. měsíci začala matka krvácet, po dvoutýdenní hospitalizaci byla propuštěna domů. Porod proběhl 3 dny po termínu zcela bez komplikací. V 10. měsíci prodělala dívka febrilní křeče, které se po medikaci již neopakovaly. Od 6. měsíce bylo pozorováno opoždění psychomotorického vývoje, dítě vůbec nemluví, ani není schopné kousat. Horší kousání a polykání způsobuje slinění. Po celou dobu kojeneckého věku je dítě až nápadně klidné.

Byla prokázána rozsáhlá vývojová vada mozku, tzv. oboustranná symetrická kortikální dysplázie, která nejspíš způsobuje epileptické záchvaty. Dále je u dívky potvrzená lehká mentální retardace (LMR) a dětská mozková obrna projevující se především pravostrannou hemiparézou. Trpí také opožděným vývojem řeči s dysartrií a afázií, dívka vůbec nemluví, ani není schopna vypláznout jazyk. Tento rozsáhlý nález vysvětluje nepostupující vývoj řeči i nadměrné slinění. Kvůli poruše polykání jí musí být všechna strava mixována.

Dívka je přes svou vadu řeči velmi komunikativní, dorozumívá se různými posunků, dokáže napsat pár slov, a pokud má slova vytištěná, sestaví jednoduché věty. Je u ní snaha o naučení znakové řeči, ale kvůli hemiparéze a problémům s jemnou motorikou je to pro ni velmi obtížné. Mentálně je na tom dívka poměrně dobře, je schopna reagovat na pokyny, stále se pomocí obrázků učí nová slova a dokáže porovnávat a seřazovat čísla. Miluje fyzický kontakt, neustále někoho objímá, stále se usmívá a velmi ráda kreslí, což je pro ni forma komunikace. Nemá problém se dorozumět se svými spolužáky a v kolektivu je oblíbená. Dělá pokroky, v současné době už se dokáže sama

obléct a dokonce i rozkousat pevnou stravu. Navštěvuje 4. ročník základní školy praktické, na kterou přešla z logopedické mateřské školy.

Po celou dobu její školní docházky nedošlo k žádnému vážnějšímu úrazu. Vyskytly se pouze asi dva krátké epileptické záchvaty, při kterých nedošlo k žádnému poranění. Dívka je energická, proto občas dojde k drobným poraněním na hřišti nebo například v kuchyňce, ale vše ošetříme rovnou ve škole a není nutná další péče. Nebojí se cizích lidí, pokud je na blízku někdo známý, takže se zdravotníky je neverbálně schopná a ochotná komunikovat i sama, ale většinu informací musí samozřejmě předat dohlížející pedagog.

Vyhodnocení: Dívka není v rodině jediná s mentálním onemocněním a epilepsií, všechny problémy se v rodině vyskytují na straně matky, hraje zde tedy roli genetický původ. Dívka je přes své postižení velmi otevřená a komunikativní, je schopná se dále učit a dělá tak ráda. Učí se dokonce tancovat a vařit. Dochází u ní k většímu počtu menších poranění, ale dívka vše bere s humorem. Rodinné zázemí není ideální, proto se ráda vrací do školy.

5.4.4 Porovnání kazuistik

Všechny kazuistiky v této práci jsou zaměřené na děti podobného věku, tedy děti navštěvující první stupeň základní praktické školy. Proto lze i přes odlišnost onemocnění porovnávat alespoň schopnosti komunikace, úroveň soběstačnosti a riziko vzniku úrazu.

Porovnání genetické predispozice

Pokud porovnáme genetické predispozice těchto dětí ke vzniku mentálního onemocnění, pak u dívky č. 3 byla největší pravděpodobnost, že se nějaké onemocnění objeví. Přestože její matka žádnými mentálními problémy netrpí, z její strany se v rodině vyskytuje hned několik případů epilepsie a především

i mentální retardace, kterou trpí i zmíněná dívka č. 3. Sice zde došlo k drobným komplikacím během těhotenství, ale ty měly nejspíš jen minimální vliv na vznik nemoci, hlavní příčinou je zde právě genetika z matčiny strany. Chlapec č. 1 má sice přímou příbuznou s (LMR), ale vzhledem k těžké hypoxii během porodu, je většina jeho zdravotních problémů přisuzována právě komplikacím provázejícím jeho narození. Samozřejmě jistou roli může hrát i dědičnost, ať už ze strany otce, nebo matky. U dívky č. 2 je původ onemocnění zcela neznámý, v rodině nikdo podobnými problémy netrpí a celé těhotenství i porod proběhly v pořádku.

Porovnání komunikačních schopností

Pokud budeme porovnávat komunikační schopnosti podle výše zmíněných kazuistik, tak nejkomunikativnější je dívka č. 3, což je vzhledem k její diagnóze poměrně překvapivé. Dívka vůbec nemluví, za celý život neřekla jediné slovo, přesto velmi ráda komunikuje mnoha jinými způsoby. Dívka se učí základy znakové řeči, pokud jí někdo nerozumí, vše nakreslí, z napsaných slov dokáže sestavit věty. Komunikovat se nebojí, naopak se velmi ráda baví s ostatními. Dívka č. 2 komunikuje o poznání hůře, ale přes svou diagnózu, středně těžkou mentální retardaci, si stále obohacuje slovní zásobu pomocí obrázků. Je jí poměrně špatně rozumět, ale je schopná poslouchat instrukce, takže klidně vše zopakuje a zpomalí. Velmi ráda vypráví své zážitky a nemá problém odpovídat na otázky. S chlapcem č. 1 s DMO je jakákoliv komunikace téměř nemožná. Chlapec málokdy slyší na své jméno, neudrží oční kontakt, a pokud opravdu něco chce, zvládá vyslovit asi tři slova. Není orientován místem ani časem, takže komunikace s ním se většinou týká pouze jídla a nějaké podpory k sociálnímu kontaktu s ostatními.

Porovnání míry soběstačnosti

Jakékoliv mentální onemocnění velmi ovlivňuje míru soběstačnosti dítěte a jeho potřebu stálého dozoru. U chlapce č. 1 je nutný dohled jak po celou dobu školy, tak i doma. Nejen, že je zcela nesoběstačný, ale navíc se u něj vyskytují velmi časté epileptické záchvaty, které mohou vést k vážným zraněním. Chlapec se sám nedokáže najíst, obléknout, ani si dojít na záchod, nosí proto trvale pleny. Všude musí být nošen, nebo dopravován na invalidním vozíku, kvůli závažné DMO spojené s výraznou hemiparézou. Dívky č. 2 a 3 mají pouze drobné problémy s chůzí, ale dokážou jít i na kratší procházky, nebo s doprovodem dojít z domova do školy. Nejlépe je na tom dívka č. 3, která bez pomoci zvládá jíst, oblékat se i se starat o vlastní hygienu, občas s tím dokonce pomáhá ostatním žákům. Dívka č. 2 všechny tyto úkony zvládá s dopomocí učitelů nebo rodiny.

Porovnání zranění

Ke zraněním u mentálně postižených dětí nedochází o mnoho častěji, než u zdravých dětí. Přestože k tomu mohou mít větší sklony, mají na rozdíl od jiných dětí neustálý dozor a nedostávají se tak často do situací, ve kterých by si mohly ublížit. Například u dívky č. 3 se vyskytuje poměrně dost drobnějších odřenin a říznutí, ale to pouze proto, že je velmi radostná, živá a ráda si hraje na hřišti, kde jsou takové úrazy běžné. Bez doprovodu nikdy nechodí nikam, kde by jí hrozilo nebezpečí. U dívky č. 2 je to podobné, jen s tím rozdílem, že má až panickou hrůzu z krve, což vede k tomu, že je opatrnější. I při malých krvavých poraněních jí musí rodič nebo pedagog velmi dlouho uklidňovat a rychle ránu ošetřit. Také kvůli právě této fobii například nechodí do školy v době menstruace, až takový má z krve strach. U chlapce č. 1 je úrazů zaznamenáno nejvíc, na jeho hlavě je viditelných několik

jizev, způsobených pády na hlavu. Bohužel kvůli jeho epilepsii dochází i k několika pádům denně a ne vždy jim jde předejít. Kvůli jeho imobilitě je ale většinu dne na židli nebo v kolečkovém křesle, proto nikdy nepadá z větší výšky a k tržným ranám na hlavě dochází málokdy.

Porovnání četnosti volání ZZS a možné komunikace se zdravotníky

Co se týče volání ZZS k těmto třem dětem, tak je potřeba pouze u chlapce č. 1, a to pouze ve výjimečných případech. Chlapec není schopný téměř žádné komunikace jak s cizími lidmi, tak ani se známými, proto se zdravotníky místo něj komunikuje pedagog. Nedokáže ani přesně vyjádřit, kde ho co bolí, pouze někdy naznačí posunky, například se chytí za hlavu. Není ochotný spolupracovat, proto je třeba ho u vyšetření přidržovat. U dívky č. 2 sice ZZS nikdy volána nebyla, ale pokud ano, určitě by s cizími lidmi nemluvila. Jeví určité příznaky autismu, takže komunikuje pouze s lidmi, které zná a pokud je ve stresové situaci, tak ani s těmi ne. Dívka č. 3 také nikdy nepotřebovala odbornou pomoc záchranářů, ale ta by nejspíš jako jediná z těchto tří dětí neměla problém se se zdravotníky domluvit. Sice nemluví, ale ani u cizích lidí jí nevádí používat základy znakové řeči, nebo přesně nakreslit, co jí zrovna trápí.

5.5 Návrhy opatření ke zlepšení péče

Ze všech rozhovorů i kazuistik vyplývá, že největším problémem u výjezdů k mentálně nemocným dětem je komunikace s nimi. Odlišnými rozumovými schopnosti dětí je vše ještě komplikovanější, protože každé nehledě na svůj skutečný věk má ten mentální úplně jiný, v závislosti na nemoci, kterou trpí. Těchto výjezdů není mnoho, někteří záchranáři jich za celý profesní život nezažijí ani deset. Přesto se domnívám, že je třeba, aby byli na podobné situace připraveni, protože při špatné komunikaci nemůže být nikdy péče 100%. Hrozí

přehlednutí nebo podcenění závažných problémů, psychickým následkům dítěte, nebo dokonce trvalým zdravotním následkům. Pokud zdravotník není schopen správně komunikovat s pacientem, je velmi snadné něco zanedbat.

Nejsnadnějším opáčením, které by mohlo výrazně eliminovat možná rizika, jsou školení a kurzy komunikace. Především pak tedy komunikace s lidmi se speciálními potřebami. Speciální pedagogové takových kurzů absolvují desítky, ale záchranáři žádné, přestože se s takovými lidmi také setkávají. Alespoň jeden takový kurz při nástupu do zaměstnání by mohl výrazně pomoci záchranářům komunikovat s postiženými dětmi i dospělými.

Informovanost je také klíčovou složkou pro celkové zlepšení výjezdů k dětem s MP. Ve škole se záchranáři samozřejmě učí o různých postiženích, ale výuka bývá spíše zaměřena na jejich původ, než na způsobené problémy v průběhu péče a v komunikaci. Proto by po nástupu na místo ZZ mohlo proběhnout opět pár kurzů a školení, která by byla zaměřená na postižené pacienty, na podstatu jejich onemocnění a komplikace, které mohou působit. Na výjezdové stanice může být zakoupena příslušná literatura s popisem onemocnění a alternativním přístupem k dětem s těmito problémy.

Pokud se stane hromadné neštěstí nebo jiná tragédie, existuje u nás tzv. intervenční služba, která spočívá v tom, že speciálně školený člověk, většinou psycholog, přijede na místo a poskytuje psychickou pomoc jak obětem, tak členům integrovaného záchranného systému (IZS). Bylo by podle mne vhodné, kdyby byl jeden odborně zaměřený člověk pro určitou oblast vždy k dispozici i pro výjezdy k mentálně postiženým dětem. Pokud by to situace vyžadovala, například pokud by dítě bylo velmi neklidné, nemělo u sebe nikoho blízkého a nenechalo by se ošetřit, mohl by pomoci vyškolený

profesionál. Samozřejmě aby byl na místo povolán včas, byly by potřeba přesné informace od volajících na číslo 155, což tak bohužel často není.

6 DISKUZE

Výsledky v této bakalářské práci jsou zcela jistě ovlivněny tím, že všichni respondenti jsou z Ústeckého kraje. Chod jednotlivých výjezdových stanic má starosti vždy kraj, ve kterém se nachází, proto se výjezdové skupiny v různých částech republiky řídí jinými pravidly a postupy. To platí i v komunikaci s mentálně postiženými. Například v Libereckém kraji mají od června roku 2019 v každém voze ZZS speciální komunikační karty pro handicapované pacienty. Na kartách jsou vytištěné obrázky znázorňující nejdůležitější aspekty ošetření. Záchranář ukáže dětem příslušné obrázky a spolu s tím vysvětluje slovně, co se bude dít. Na kartách se nachází vyobrazení záchranáře, doktora nebo rodinných příslušníků, pak také různé činnosti, které jsou součástí ošetření, takže například měření tlaku, pohmat, injekce atd. Dále je dětem pomoci karet s postelí, sanitkou nebo helikoptérou vysvětleno, jak budou převezeni, nebo jestli zůstanou doma. Tyto karty lze využít u lidí s mentálním postižením všeho věku, stejně tak u sluchově postižených popřípadě cizinců, kteří nerozumí česky. Je to velmi praktický komunikační prostředek, který může velmi usnadnit a zlepšit zdravotní péči u lidí se speciálními potřebami a měl by být dle mého názoru využíván ve všech krajích ČR [20].

Výše v této práci byly jako možné řešení zmíněny kurzy komunikace s mentálně postiženými. V České republice takových kurzů probíhá poměrně hodně, ale velká většina z nich je cílena na speciální pedagogy, kteří se s postiženými dětmi setkávají každý den, dále na sociální pracovníky a asistenty. Pro zdravotnické záchranáře a další nelékařské zdravotnické pracovníky (NZP) žádné speciální kurzy zaměřené přímo a tuto tematiku nejsou. Výjimečně bývají mentálně postižení zmíněni v obecných školeních o komunikaci, ale je to jen jedno z mnoha témat, které musí být probrány během pár hodin, není mu proto věnováno moc času. Myslím si, že kurz

komunikace s MP lidmi by byl velmi přínosný nejen pro práci záchranářů, ale všech lidí, kteří pracují ve zdravotnictví. Měl by obsahovat stručný popis jednotlivých mentálních onemocnění pro zopakování toho, co se zdravotník naučil ve škole. Dále by se zde ZZ naučili, jak přizpůsobit komunikaci každému jednomu pacientovi podle jeho mentální úrovně, aby si předali co nejvíce potřebných informací vedoucích k nejlepší možné léčbě. Základy neverbální komunikace jsou také velmi důležité, proto by seminář obsahoval nejen, jak takovou komunikaci používat, ale také jak správně vyčíst co nejvíce informací z pacientova výrazu a chování.

Komunikace s postiženým dítětem není vůbec snadná, o tom není pochyb, ale největším problémem je spíše fakt, že běžná populace má od rozhovoru zcela jiná očekávání, než může takové dítě splnit. Jak uvádí ve svém článku Josef Slowik, MP lidé se často velmi dobře orientují ve fungování společnosti a jediným problémem je pro ně jiný způsob komunikace, především vynechání té neverbální, což pak vede k nepochopení. Pro zdravého člověka je vyhlídka komunikace s nemocným často velmi nepříjemná, ale pokud je ochoten vystoupit ze své komfortní zóny a přizpůsobit se, pak je to základ úspěchu. Aby byli lidé schopní a ochotní takové bariéry překonávat, vznikl festival s názvem Festival porozumění, kde se setkávají právě lidi s mentálním postižením a bez něj. Baví se spolu během kulturních a výtvarných akcí, spolupracují a učí se komunikovat jeden s druhým. Dle mého názoru je tato akce nesmírně přínosná a především přináší do povědomí lidí problematiku MP. Pokud by do takové akce šlo zakomponovat i seznámení se zdravotníky, mohlo by to dětem pomoci nebát se lidí v uniformě, důvěřovat jim a svěřit se jim v případě potřeby se svými zdravotními i jinými problémy. Velmi důležitý je individuální přístup vzhledem k povaze onemocnění. Výše v této práci je odstavec o komunikaci s mentálně postiženými dětmi, ten podporuje i Slowikův článek, ve kterém píše, že pokud je sdělení jasné, stručné a alespoň

trochu zajímavé, dítě mu bude nejenom rozumět, ale bude schopné na něj i adekvátně reagovat [24].

Na velmi podobné téma je zaměřena i bakalářská práce (BP) Komunikace nelékařských zdravotnických pracovníků v ambulanci s mentálně postiženými klienty [21]. V této práci byl výzkum veden stejnou metodou, tedy rozhovory se zdravotnickými pracovníky. Respondentům byly také kladeny otázky na komunikaci s mentálně postiženými, na jejich připravenost a zvládnutí situace. Většina z nich, stejně jako v mé práci, uvedla, že na komunikaci s MP pacienty nejsou dostatečně připraveni. Sice prý situaci nakonec vždy nějak zvládnou, ale není to pro ně snadné a uvítali by na toto téma příslušné školení nebo kurz. Někteří z nich uvedli, že absolvovali kurz o komunikaci, ale o postižených v nich nebylo nic. Práce z Pardubické Univerzity tedy přichází se stejným závěrem, že zdravotníci nejsou dostatečně informováni o problematice mentálního postižení a přestože toto šetření proběhlo již v roce 2014, tedy před šesti lety, nedošlo k vůbec žádné změně a zdravotníci si stále nepřipadají připraveni na pacienty se speciálními potřebami.

Pokud budeme mluvit o nejčastějších zraněních, která se u mentálně postižených lidí vyskytují, tak americký článek, jehož autorkou je zdravotní sestra, pojednává o tom, že vysoké procento úrazů si takoví lidé způsobují sami a záměrně. Nejlogičtějším vysvětlením pro sebepoškozování je podle autorky jejich neschopnost komunikovat. Nejčastěji si prý ubližují, pokud jsou smutní, mají hlad, nebo se jim něco nelíbí. Ve chvíli kdy nevědí, jak jinak dát najevo nespokojenost, začnou bít hlavou o zeď, kousat se do rukou, nebo se škrábat až do krve. V článku je popis pacientky, která není schopná verbálně komunikovat a která se bila do obličeje vždy, když měla hlad nebo jí jídlo nechutnalo, podle toho sestry dokázaly upravit její jídelníček a tím se vyhnout sklonům k sebepoškozování. Je proto velmi důležité vypořádat,

kdy k takovým incidentům dochází a co je způsobuje, aby bylo možné jim předejít, protože terapie léky by měla být až na posledním místě. Je zajímavé, že ani jeden z dotázaných pedagogů v rozhovoru podobný problém neuvedl. Buďto se takové incidenty nevyskytují příliš často, nebo jsou děti ve škole spokojené a nemají potřebu na sebe tímto způsobem upoutávat pozornost [25].

Velmi důležitý je taky fakt, že v minulosti se k lidem s mentálním postižením přistupovalo zcela jinak než dnes. Rodiny se za takové děti styděly a schovávaly je před zraky světa. Ve středověku se dokonce věřilo, že šlo o posednutí ďáblem a terapie spočívala v exorcismu knězem. Nemocní byli zavíráni doma nebo do klášterů daleko od společnosti, což bylo častější, protože rodina nechtěla mít mentálně zaostalé děti doma a starat se o ně. Ke konci 19. století byly vybudovány první ústavy, které se začali soustředit na léčbu takových pacientů a především také jejich výuku a začlenění do společnosti. Přestože socializace byla jedním z hlavních cílů těchto ústavů, setkávali se jejich rezidenti pouze mezi sebou, nikoli s okolním světem. Veškeré vzdělávání probíhalo také pouze v těchto zařízeních, žádné speciální školy v té době zřízeny nebyly, mentálně postižené děti tedy měly v ústavu takový svůj malý svět, který nikdy neopouštěly. Individuální přístup a soukromí zde neexistovaly. Kolem poloviny 20. století sice začaly být zakládány první speciální školy, ale podmínky stále nebyly ideální, protože pokud bylo dítě označeno jako nevzdělatelné, nemělo šanci do školy nastoupit. Tak tomu bylo až do roku 1989, postižené děti byly považovány pouze za přítěž a vadu společnosti. Tento zlomový rok přinesl mnoho změn. Klade se mnohem větší důraz na životní podmínky a možnosti dětí s MP. Rodiče či opatrovníci takových dětí získávají příspěvky, za které mohou koupit kompenzační pomůcky potřebné pro co nejlepší život nebo vzdělání a začlenění do společnosti. Začaly být zakládány školy, které se zaměřovaly na jednotlivé

jedince individuálně, a došlo k velkému rozvoji v oboru speciální pedagogiky. Školy se zaměřují především na samostatnost dětí, učí se plnit základní úkony pro běžný život, co nejlépe komunikovat vzhledem k jejich postižení, někteří ve škole zvládají i základní počty a psaní. Pokud to žákův stav dovoluje, je i připravován na nějaké budoucí povolání, které bude v dospělosti schopen plnit [22, 23].

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na odlišnosti v první pomoci dětem se speciálními potřebami, a to především těm s mentálním postižením. Věnovala se hlavně jejich komunikaci se zdravotnickými záchranáři během výjezdu, ale také se speciálními pedagogy na školách. Dalším tématem byly nejčastější úrazy u této skupiny dětí.

V teoretické části byly popsány základní druhy postižení, které se u dětí vyskytují a také kompenzační pomůcky, které jim pomáhají v běžném životě. U všech těchto skupin, tedy mentálně, zrakově, sluchově a tělesně postižených, byly vyjmenovány základní postupy v komunikaci a chyby, kterým je třeba se vyvarovat. V úvodu byly také rozebrány obecné základy první pomoci a vyšetření pacienta.

Dílčím úkolem této práce bylo vyhodnocení možných rizik a komplikací během poskytování první pomoci dětem s mentálním postižením a také navržení možných opatření k co největší možné eliminaci těchto rizik. K tomu byly v praktické části použity rozhovory se zdravotnickými záchranáři, kteří poskytli svůj pohled na danou problematiku během výjezdů k MP dětem, a dále pak rozhovory se speciálními pedagogy a asistenty, kteří tráví s postiženými dětmi celou pracovní dobu. K doplnění celkového pohledu na toto téma byly do práce vloženy také tři kazuistiky popisující konkrétní onemocnění, bariéry v komunikaci a možná hrozící poranění.

Po vyhodnocení praktické části bakalářské práce byla navržena možná opatření, která by mohla vést k eliminaci rizik a k celkovému zlepšení zdravotnické péče o mentálně postižené lidi, stejně jako ke zlepšení komunikačních schopností zdravotnických záchranářů. Cíl bakalářské práce a dílčí úkoly byly tímto splněny.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ZZS	zdravotnická záchranná služba
ČR	Česká republika
EKG	elektrokardiografie
AVPU	Alert, Voice, Pain, Unresponsive
GSC	Glasgow ComaScale
KPR	kardiopulmonální resuscitace
IQ	intelligenční kvocient
NZO	náhlá zástava oběhu
UK	Univerzita Karlova
UJEP	Univerzita Jana Evangelisty Purkyně
PF	Pedagogická fakulta
BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
PP	první pomoc
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
SP	speciální pedagog
ZZ	zdravotnický záchranář
ZTP/P	zvlášť těžce postižený s průvodcem
LMR	lehká mentální retardace
MP	mentální postižení
IZS	integrovaný záchranný systém
NZP	nelékařský zdravotnický pracovník
ZŠ	základní škola

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. KELNAROVÁ, Jarmila. *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4199-4.
2. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.
3. HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK, ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., dopl. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0686-6.
4. KLUGEROVÁ, Jarmila. *Komunikace v teorii a praxi speciální pedagogiky*. Vydání I. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2017. ISBN 978-80-7452-128-7.
5. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.
6. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.
7. BENEŠ, Pavel. *Zraková postižení: behaviorální přístupy při edukaci s pomůckami*. Praha: Grada, 2019. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-2110-6.
8. BUBENÍČKOVÁ, Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. Brno: TyfloCentrum Brno, 2012. ISBN 978-80-260-1538-3.
9. MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5034-7.
10. THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.
11. Downův syndrom. *DownSyndrom CZ* [online]. Společnost rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <http://www.downsyndrom.cz/zakladni-informace.html>
12. ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.
13. WIENER, Pavel. *Přátelská místa: manuál kurzu*. 2., upr. vyd. Hradec Králové: Český červený kříž, Oblastní spolek ČČK, c2013. ISBN 978-80-260-4419-2.
14. VOČKA, Zbyněk. *Příručka pro efektivnější komunikaci zdravotnických pracovníků a osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Olomoucký kraj, 2012. ISBN 978-80-87535-53-0.
15. BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.

16. ORTH, Heidi. *Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi*. České Budějovice: Kopp, 2009. ISBN 978-80-7232-378-4.
17. ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3856-7.
18. NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
19. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.
20. CHALUPOVÁ, Veronika. Komunikační karty v přednemocniční neodkladné péči. *Www.prosestru.cz* [online]. 2019 [cit. 2020-05-07]. Dostupné z: <https://www.prosestru.cz/novinky/komunikacni-karty-v-prednemocnicni-neodkladne-peci-113026>
21. TVRDÍKOVÁ, Miroslava. *Komunikace nelékařských zdravotnických pracovníků v ambulanci s mentálně postiženými klienty*. Pardubice, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice.
22. BAŘINOVÁ, Markéta. *Rodina s dítětem s mentálním postižením a možnosti péče před a po roce 1989*. Olomouc, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci.
23. PEŠŤÁKOVÁ, Markéta. *Vývoj systému vzdělávání osob s mentální retardací před rokem 89 a po něm Diplomová práce*. Brno, 2006. Diplomová práce. Masarykova Univerzita.
24. SLOWIK, Josef. Možnosti a bariéry v komunikaci s mentálně postiženými lidmi. *Speciální pedagogika*. 2005, 15 (1), 36-40.
25. SHANNON, Teresa. Self-injury in patients with intellectual disability. *Nursing*. 2016, 46(5), 61.

10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Nejčastější úrazy dle ZZ	40
Obrázek 2 Nejčastější komplikace během výjezdu	41
Obrázek 3 Porovnání s běžnými výjezdy	42
Obrázek 4 Nejčastější problémy dle pedagogů	49
Obrázek 5 Volání ZZS pedagogy	50

11 SEZNAMPOUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 Algoritmus ABCDE	12
----------------------------------	----