

Povědomí rodičů dětí předškolního věku o poskytování laické první pomoci

Miroslava Nowaková

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Miroslava NOWAKOVÁ**

Osobní číslo: **H09016**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Povědomí rodičů dětí předškolního věku
o poskytování laické první pomoci**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části vymezit základní pojmy v oblasti první pomoci – definice, cíle, dělení. Popsat vybrané části trestního zákona týkající se problematiky první pomoci. Seznámit s nejčastějšími úrazy vyskytujícími se v dětském věku. Zaměřit se na prevenci úrazů u dětí.

V praktické části sestavit dotazník pro rodiče dětí zaměřený na základní znalosti v poskytování laické první pomoci u dětí a využívání preventivních opatření pro zajištění bezpečí dítěte. Analyzovat data průzkumného šetření. Interpretovat zjištěné výsledky. Na základě výsledků zorganizovat školení pro rodiče dětí zaměřené na základní postupy poskytování první pomoci u dětí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BERÁNKOVÁ, Monika et al., 2007. První pomoc. Vyd. 2. Praha: Informatorium. ISBN 978-80-7333-054-5.

BYDÁOVSKÝ, Jan, 2011. Předlékařská první pomoc. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2334-1.

GREGORA, Martin, 2004. První pomoc u dětí. Vyd. 1. Praha: Europrint. ISBN 80-204-1064-3.

SRNAVSKÝ, Pavel, 2007. První pomoc u dětí. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1824-8.

STELZER, Jiří a Lenka CHYTILOVÁ, 2007. První pomoc pro každého. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2144-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Markéta Blažková

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

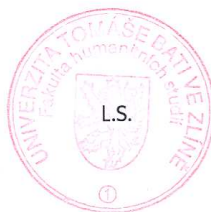
30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 14. února 2012


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použítou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 21. 5. 2012

..... 

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřená především na základní znalosti rodičů v poskytování první pomoci u dětí předškolního věku. Práce sestává z teoretické a praktické části. V teoretické části je definována první pomoc, její cíle a dělení. Pozornost je věnována také výňatku z trestního zákona - o neposkytnutí první pomoci. V další části jsou zmíněny nejčastější úrazy, které se vyskytují u dětí do šesti let věku. Závěr teoretické části je věnován preventivním opatřením proti úrazům u dětí.

V praktické části jsou uveřejněny výsledky průzkumného šetření, jehož cílem bylo zjistit, zda se rodiče dostatečně věnují preventivním opatřením, zda mají základní povědomí o tom, jak správně poskytnout první pomoc a odkud čerpají informace o postupech v poskytování první pomoci a zdali mají zájem o vzdělávání se v této oblasti.

Klíčová slova:

dítě, první pomoc, úraz, prevence.

ABSTRACT

The bachelor's degree thesis focuses primarily on the basic knowledge of parents regarding the provision of first aid to pre-school children. The work consists of a theoretical part and a practical part. The theoretical part defines first aid, its objectives and separate details. It also pays attention to an extract from the penal law on the failure to provide first aid. The work further specifies the most frequent injuries occurring with children under six years of age. The conclusion concentrates on preventive measures against child injuries.

The practical part of the thesis involves the results of an investigation survey aimed at determining whether or not parents pay enough attention to preventive measures, whether or not they have basic knowledge of the right way to provide first aid, where they find information on methods regarding first aid, and whether or not they are interested in education in this area.

Keywords:

child, first aid, injury, prevention.

Motto:

„Můžeme tolik, kolik známe.“

Francis Bacon

Děkuji vedoucí práce Mgr. Markétě Blažkové za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Dále děkuji za vstřícnost, ochotu a spolupráci respondentům a personálu dětských zařízení, kde proběhlo dotazníkové šetření. Děkuji své rodině za podporu a trpělivost.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PRVNÍ POMOC	13
1.1 DEFINICE PRVNÍ POMOCI	13
1.2 CÍL PRVNÍ POMOCI.....	13
1.3 DĚLENÍ PRVNÍ POMOCI	13
1.4 TRESTNÍ ZÁKON – NEPOSKYTNUTÍ POMOCI.....	14
2 NEJČASTĚJŠÍ ÚRAZY DĚTSKÉHO VĚKU	16
2.1 KRVÁCENÍ.....	16
2.1.1 Dělení krvácení	16
2.1.2 První pomoc při krvácení	16
2.2 ŠOK.....	17
2.2.1 Druhy šoku	17
2.2.2 Příznaky šoku	17
2.2.3 První pomoc při šoku	18
2.3 ZÁSTAVA DÝCHÁNÍ A KREVŇÍHO OBĚHU	18
2.3.1 Příčiny zástavy dýchání a krevního oběhu	18
2.3.2 První pomoc při zástavě dýchání a krevního oběhu.....	19
2.4 POPÁLENINY A OPAŘENINY	20
2.4.1 Příčiny popáleninového úrazu	20
2.4.2 Pravidlo devíti u popálenin	20
2.4.3 Určení stupně hloubky popálení.....	21
2.4.4 První pomoc u popálenin a opaření.....	21
2.5 ÚRAZY ELEKTRICKÝM PROUDEM.....	22
2.5.1 Příznaky při zasažení elektrickým proudem	22
2.5.2 První pomoc při úrazu elektrickým proudem o nízkém napětí do 1 000 V	22
2.6 NEJBĚŽNĚJŠÍ OTRAVY U DĚTÍ.....	22
2.6.1 Jak správně komunikovat s Toxikologickým informačním střediskem.....	22
2.6.2 Poranění chemikáliemi určenými pro domácnost	23
2.6.2.1 První pomoc	23
2.6.3 Otrava chemickou látkou uloženou v garážích, dílnách, zahradních domcích	24
2.6.3.1 První pomoc	24
2.6.4 Požití léků.....	24
2.6.4.1 První pomoc při otravě léky.....	24
2.6.5 Otravy rostlinami	25
2.6.5.1 První pomoc při otravě rostlinami	25
2.7 MOZKOLEBEČNÍ PORANĚNÍ	25
2.7.1 Dělení úrazů mozku	25
2.7.2 Příznaky mozkomíšního poranění	26
2.7.3 První pomoc při mozkomíšním poranění	26

2.8	ZLOMENINY.....	26
2.8.1	Základní příznaky při podezření na zlomeninu.....	26
2.8.2	První pomoc při podezření na zlomeninu	27
3	PREVENCE ÚRAZŮ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU	28
3.1	ZÁKLADNÍ ZÁSADY PREVENCE ÚRAZŮ U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU.....	28
3.2	ROLE SESTRY V PRIMÁRNÍ PREVENCI.....	29
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
4	METODIKA PRÁCE.....	33
4.1	CÍL PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33
4.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	33
4.3	METODA PRÁCE.....	33
4.3.1	Charakteristika položek.....	34
4.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	34
4.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	34
5	VYHODNOCENÍ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	36
	ZÁVĚR	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	73
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	77
	SEZNAM GRAFŮ	78
	SEZNAM TABULEK.....	80
	SEZNAM PŘÍLOH.....	82
	Tlakové body.....	95

ÚVOD

Velkou motivací pro výběr tématu mé bakalářské práce jsou několikaleté zkušenosti a práce s dětmi. Přes deset let jsem pracovala v rehabilitačním stacionáři pro děti s kombinovaným postižením. Nyní se již třetím rokem věnuji dětem v městských jeslích. Práce s dětmi je velmi obohacující, ale zároveň je to velká zodpovědnost, kterou si stále musí každý uvědomovat.

Úraz a jeho prevence patří neustále k aktuálním tématům. Především v dnešní hektické, uspěchané době to platí dvojnásob, pracovní vytížení, stres, životní tempo, tyto faktory a mnohé další jsou pro mnohé z nás „handicapem“ a nenacházíme tolik potřebného času, abychom se dostatečně věnovali svým potomkům.

Na děti, aniž by si to uvědomovaly, číhá spousta nástrah, ať už v prostředí domova, při hře, sportu či na výletě. Je na nás dospělých, abychom je od malička seznamovali, přijatelným způsobem, kde na ně čeká možné nebezpečí, co smějí a čeho se mají naopak vyvarovat. Jen tak můžeme předejít u dětí opravdu zbytečným úrazům, jejichž možné následky si budeme vyčítat po celý život.

Jsem maminkou dvou malých dětí, tudíž z vlastní zkušenosti vím, jak důležité je mít alespoň základní znalosti o poskytování první pomoci, i když budete sebe ostražitější, stačí chvílka nepozornosti k tomu, aby si dítě způsobilo úraz, byť jen banální. Často si myslíme, že nás nepředvídaná situace nemůže zaskočit a první pomoc dokážeme poskytnout ihned, automaticky a bez velkého přemýšlení, ale opak je často pravdou.

V našem vlastním zájmu je vzdělávat se v oblasti prevence úrazů i laické první pomoci a pravidelně si oživovat vědomosti týkající se právě této problematiky, proto jsem se rozhodla, že každým rokem v našem dětském zařízení zorganizuji školení na toto téma.

Jsem přesvědčená, že naše snažení, trpělivost, zvědavost a připravenost se nám vrátí v podobě toho nejcennějšího, co máme – zdravých a šťastných dětí!

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PRVNÍ POMOC

1.1 Definice první pomoci

První pomoc je soubor jednoduchých a účelných opatření logicky na sebe navazujících, jež mohou být poskytnuta kdekoliv, a která slouží k bezprostřední pomoci při náhlém postižení zdraví. První pomoc sama spadá do soustavy občanských povinností. Každý občan bez ohledu na stupeň vzdělání a věk je povinen poskytnout první pomoc podle svých schopností a znalostí a ukládá se mu vyčkat u postiženého do příchodu zdravotnické pomoci (Scheinarová, 2004, s. 8).

1.2 Cíl první pomoci

Cílem první pomoci je poskytnout pomoc postiženému tak, aby další následky pro raněného i pro naši společnost byly co nejmenší. Důležité je, aby nedošlo k poškození, ale ani k vážným následkům po poskytnutí první pomoci, ale k co nejrychlejšímu uzdravení postiženého člověka (Kelnarová et al., 2007, s. 9).

Všeobecně tedy platí: zachránit život, zabránit dalšímu zhoršení zdravotního stavu, zajistit bezpečnost poraněnému, sobě a ostatním přihlížejícím, urychlit proces uzdravení (Kelnarová et al., 2007).

1.3 Dělení první pomoci

První pomoc dělíme do tří základních kategorií:

Základní, neboli laická první pomoc, která je poskytována laiky na místě neštěstí, je poskytnuta standardním postupem, ale bez jakéhokoli speciálního vybavení. Součástí laické první pomoci je také schopnost přivolat odbornou zdravotnickou první pomoc. Zde je možnost volat na bezplatnou telefonní linku 155 a z mobilních telefonů (nově se vstupem do EU i z pevných linek) bezplatně na číslo 112 (v mobilním telefonu nemusí být SIM karta, lze zadat místo PIN kódu nebo také přes uzamknutou klávesnici) (Bydžovský, 2006).

V tomto případě je rovněž velmi důležitá komunikace s operačním střediskem zdravotnické záchranné služby. Volající musí vždy uvést své jméno a příjmení, popsat co se stalo a pro koho žádá ošetření (tzn. množství raněných). Rovněž by měl sdělit, kde se nachází, snažit se o co nejpřesnější popis. Další komunikaci již vede operátor, volající by měl co

nejpřesněji odpovídat na otázky a postupovat dle pokynů operátora. Důležité je mít na paměti, že hovor vždy ukončuje operační středisko (Kelnarová et al., 2007)!

Technická první pomoc v mnoha případech předchází zdravotnické první pomoci, nejčastěji při dopravních neštěstích. Je zde zapotřebí k vyproštění raněných speciální techniky, tuto pomoc poskytuje požární, horská nebo také báňská služba (Scheinarová, 2004).

Odborná zdravotnická pomoc je prováděna zdravotnickým personálem, spočívá v aplikaci medikamentů, použití diagnostických a léčebných přístrojů atd. (Bydžovský, 2006).

1.4 Trestní zákon – neposkytnutí pomoci

Povinnost poskytnout pomoc osobě, která jeví známky poruchy zdraví, náleží každé osobě a je stanovena zákonem včetně postihu za její neposkytnutí (Bydžovský, 2011, s. 13).

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník - § 150 neposkytnutí pomoci

(1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník - § 151 neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku

Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na pět let nebo zákazem činnosti.¹

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu - § 55 povinnosti pracovníků ve zdravotnictví, odst. 2, písm. c)

¹ MVČR, 2009, *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. [cit. 2012-05-02]. Dostupné z: www.mvcr.cz/soubor/sb011-09-pdf.aspx

Poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči (Bydžovský, 2011, s. 13).

2 NEJČASTĚJŠÍ ÚRAZY DĚTSKÉHO VĚKU

2.1 Krvácení

Je známo, že u dítěte objem krve představuje přibližně 8 % jeho celkové tělesné hmotnosti, proto náhlá ztráta asi 1/3 objemu krve vyvolává život ohrožující stav (Srnský, 2007, s. 14).

2.1.1 Dělení krvácení

Krvácení zpravidla rozdělujeme dle intenzity (malé, střední, velké), dále podle krvácející cévy (tepenné, žilní, vlásečnicové, smíšené), podle směru krvácení (vnitřní, zevní) a podle příčiny (úrazové, neúrazové) (Kelnarová et al., 2007, s. 83).

U žilního krvácení vždy krev z poraněného místa volně vytéká a má tmavou barvu, naopak u tepenného krvácení krev z rány rytmicky vystřikuje a barva je jasně červená. Vlasečnicové krvácení nebývá zpravidla nijak závažné (Beránková, Fleková, Holzhauserová, 2007).

2.1.2 První pomoc při krvácení

Zkontaktujeme linku 155, u žilního krvácení postižené dítě položíme na záda a zvedneme postiženou končetinu do výšky nad úroveň srdce. Na krvácející ránu přiložíme tlakový obvaz, tlakový obvaz sestává ze tří vrstev, první vrstva kryje poranění, druhá vrstva – tlaková, kterou tvoří několik vrstev obvazu a třetí zevní vrstvu tvoří fixační obvaz (Scheinarová, 2004).

Pokud v našem dosahu tlakový obvaz není, stiskneme prsty krvácející ránu přímo přes oblečení, snažíme se zajistit co nejvyšší sterilitu. Chráníme se gumovými rukavicemi. Vyčkáme příjezdu zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) (Bydžovský, 2004).

U tepenného krvácení dítě uložíme do polohy na záda a poraněnou partii těla zvedneme do výšky. Je nutné tuto tepnu stisknout přímo v ráně a dle možností použít tlakový obvaz. Pokud je naše počínání efektivní a podařilo se nám krvácení zastavit, rozhodně nepovolujeme kompresi, pokud obvaz stále prosakuje, přidáme další dvě vrstvy, jestliže ani to nepomůže, končetinu zaškrtneme a počkáme do příjezdu ZZS (dále jen zdravotnická záchranná služba) (Srnský, 2007).

Pokud dojde k větší krevní ztrátě, monitorujeme vitální funkce, časně zajistíme ZZS a začneme provádět protišoková opatření (Srnský, 2007).

Před konečným ošetřením místa poranění si můžeme pomoci stlačením tzv. tlakového bodu. Jde o místo, kde tepna je dobře dostupná a nachází se v blízkosti pevného podkladu – kosti, tepnu proti kosti stiskneme a zabráníme tak přístupu krve k ráně (Srnský, 2007). Seznam tlakových bodů i s názorným zobrazením je uveden v příloze P V.

2.2 Šok

Šok je závažná oběhová porucha, při které dochází k postupnému selhávání krevního oběhu, snížení krevního tlaku, dochází k poruše prokrvení tkání a orgánů, což vede k jejich hypoxii a postupnému selhávání (Beránková, Fleková, Holzhauserová, 2007).

Šok u dětí bývá velmi často způsoben masivní ztrátou tělesné tekutiny – nad 20–30 % celkového objemu (Srnský, 2007).

2.2.1 Druhy šoku

- *Hypovolemický šok* je zapříčiněn velkou a rychlou ztrátou tekutin a krve. Krev zpravidla dítě ztrácí při rozsáhlém vnitřním či vnějším krvácení. Enormní ztráta tekutin je zapříčiněna průjmy, zvracením, nedostupností tekutin, ale také onemocněními ledvin či diabetem. Ke ztrátě plazmy dochází při popáleninách. Samozřejmě dehydratace šok ještě zhoršuje (Stelzer, Chytilová, 2007).
- *Kardiogenní šok* je zapříčiněn zpravidla vážným onemocněním srdce (Sheinarová, 2004).
- *Anafylaktický šok* je zapříčiněn vyhrocenou alergickou reakcí, dilatace je způsobena alergickou reakcí imunitního systému na látky, na niž je pacient přecitlivělý. Nejčastěji jde o bodnutí hmyzem, rostlinný pyl, jídlo (Stelzer, Chytilová, 2007).
- *Septický šok* vzniká následkem těžké infekce (Stelzer, Chytilová, 2007).
- *Traumatický šok* – příčinou tohoto druhu šoku bývají polytraumata, to znamená kombinace krvácení, popáleniny, zlomeniny (Beránková, Fleková, Holzhauserová, 2007).

2.2.2 Příznaky šoku

Mezi známky rozvinutého šoku patří zrychlený srdeční puls, až nad 100/min a více, dochází k poklesu tlaku krve, puls je slabý a špatně hmatný. Dech je zrychlený a povrchní.

U dítěte pozorujeme nápadnou bledost, opocenost, typický je projev žízně, třesu, rozrušenosti, změna psychického stavu, pocit nauzey, zvracení. Dochází k postupné ztrátě vědomí (Srnský, 2007; Stelzer, Chytilová, 2007).

2.2.3 První pomoc při šoku

Kontaktujeme ZZS a snažíme se odstranit to, co šok způsobilo. Pokud je to možné a dítě je při vědomí, uložíme ho do tzv. protišokové polohy. Dítě uložíme na záda, horní polovinu těla má sníženou a dolní končetiny vypodloženy minimálně o 30 cm. Pokud je dítě ve velmi těžkém stavu, zajistíme zvednutí dolních končetin, případně všech čtyř končetin kolmo k tělu. Pro záchránce je velmi důležité, nepodceňovat pravidlo pěti T. Zaměříme se na tláčení bolesti, to znamená ošetření prvotního poranění, nikdy nepodáváme dítěti léky na zmírnění bolesti ústy. Držíme pacienta v teple, snažíme se předejít podchlazení, ale i přehřátí. Pocit žízně tlumíme svlažováním rtů a obličej je vlhkým šátkem, nikdy nepodáváme tekutiny ústy. Minimalizujeme hluk a rušivé podněty, snažíme se zajistit klid v okolí postiženého. Transport zajišťuje ZZS, zdůrazníme, že jde o dítě (Scheinarová, 2004; Srnský, 2007).

2.3 Zástava dýchání a krevního oběhu

Resuscitace – neboli ožívování – je soubor opatření vedoucích k obnově oběhu okysličené krve a prevenci selhání orgánů postižených nedokysličením u osoby s náhlou zástavou oběhu. Spočívá zejména v umělé náhradě krevního oběhu a dýchání, masáží hrudníku a umělým dýcháním (Bydžovský, 2011, s. 18).

2.3.1 Příčiny zástavy dýchání a krevního oběhu

Příčiny zástavy oběhu a dýchání se většinou liší dle dětských věkových kategorií. U novorozenců jde zpravidla o nedostatek kyslíku během porodu u kojenců a batolat je nejběžnější příčinou vyžadující resuscitaci aspirace – vdechnutí jídla či cizího tělesa. Mezi další příčiny patří zánětlivá onemocnění, která vedou k zúžení dýchacích cest, patří sem epiglotitida a velmi častá laryngitida. U předškolních dětí jde o poranění hlavy, tonutí, popáleniny... (Srnský, 2007).

2.3.2 První pomoc při zástavě dýchání a krevního oběhu

Postup při poskytování první pomoci (dále jen PP) u zástavy krevního oběhu a dýchání vychází z aktuálních doporučení guidelines 2010. Schéma guidelines 2010 u dětí je uvedeno v příloze P VI.

Pokud máme podezření na vdechnutí cizího tělesa, kdy se dítě chytá za krk, projevuje známky paniky, dochází k promodráání rtů, jazyka, dutiny ústní, lape po dechu tzv. gasping, pak jednou z možností je provedení tzv. Gordonova manévru, dítě si položíme na předloktí, hlavou i obličejem je otočené dolů, dbáme na to, aby mělo otevřená ústa, otevřenou dlaní provedeme pět úderů mezi lopatky. Větší děti si přehneme přes koleno. Další možností je tzv. Heimlichův manévr, tento manévr neprovádíme v žádném případě u malých dětí, protože by mohlo dojít k poranění břišních orgánů. Pokud je naše snažení neúspěšné, zahajujeme kardiopulmonální resuscitaci (dále jen KPR) (Trapani a kol., 2006; Scheinarová, 2004).²

Nejprve se přesvědčíme, zda je dítě opravdu v bezvědomí, to znamená, že nám nereaguje na oslovení ani na zatřesení, případně na bolestivý podnět, jako je např. štípnutí. Je nutné, abychom dítě položili na tvrdou podložku, záklon hlavy neprovádíme, hlava je ve vodorovné pozici s mírně zvednutou bradou. U dětí vždy zahajujeme KPR pěti vdechy z úst do úst, u novorozenců a kojenců z úst současně do nosu a úst. Poměr stlačení a umělých dechů činí 30 : 2, masáž srdce provádíme jednou nebo u větších dětí oběma rukama, pozor na vdechovaný objem vzduchu – nesmí být příliš velký ani příliš malý. U novorozenců hlava zůstává ve fyziologické poloze – záklon neprovádíme, poměr stlačení a umělých dechů činí 3 : 1, masáž srdce provádíme dvěma prsty Po jedné minutě KPR, voláme linku 155. Velmi důležitá je samotná kvalita hloubky komprese hrudníku. U dětských pacientů je doporučována 1/3 předozadního rozměru hrudníku, musíme mít na paměti, že u kojenců tento rozměr je přibližně jen 2–3cm, důležité je následné úplné uvolnění tlaku na hrudník. Frekvence stlačování je stejná jako u dospělých, to znamená 100 za minutu, u novorozenců

² ČECHUROVÁ, Lenka, 2006. *Kardiopulmonální resuscitace*. [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.prvni-pomoc.com/view.php?cislocianku=2006120007>

je frekvence vyšší, až 120 za minutu. Resuscitaci provádíme, až do příjezdu ZZS (Srnský, 2007).³

2.4 Popáleniny a opařeniny

Tento druh úrazu patří k jedněm z nejčastějších v dětské traumatologii. Dochází k velmi bolestivým zraněním s možností infekce a dle plochy postižení je dítě rovněž ohroženo šokem, díky velké ztrátě tělesné tekutiny. Šok se u dítěte s největší pravděpodobností rozvine už při poškození nad 5–10 % popáleného povrchu těla. Obecně platí tzv. pravidlo dlaně, kdy přibližně odpovídá plocha dlaně i s prsty 1 % tělesného povrchu. Z těchto důvodů je nezbytné, aby dítě bylo ošetřeno bezprostředně po úrazu (Srnský, 2007)!

2.4.1 Příčiny popáleninového úrazu

Příčiny popáleninového úrazu mohou být různé, dělíme je na „suché“ popáleniny, které bývají zapříčiněny dotykem horkého předmětu, např. tepelných spotřebičů, cigarety atd. Dále opařeniny, které vznikají působením tzv. „vlhkého“ horka a mezi ty patří úrazy párou, horkou tekutinou nebo rozpáleným olejem. Popálení elektrickým proudem, nejčastěji se jedná o proud o nízkém napětí, který je v domácích spotřebičích. Poleptání – popálení chemikáliemi, nejčastěji jde o průmyslové chemikálie, včetně vdechnutí výparů a žíravých plynů. Radiační popáleniny od nadměrného vystavení se ultrafialovým paprskům (Srnský, 2007).

2.4.2 Pravidlo devíti u popálenin

Rozsah popálenin určujeme podle tzv. pravidla devíti. Pokud dojde k popáleninám, které svým rozsahem převyšují 15 % povrchu těla – jde o závažný stav, u 30 % zasažení povrchu těla se jedná o těžký stav a při zasažení nad 50 % povrchu těla může dojít ke smrti. Největší riziko představují děti do dvou let věku. Přibližný rozsah zranění určíme dle velikosti dlaně postiženého, velikost plochy dlaně odpovídá přibližně 1 % povrchu těla (Scheinarová, 2004).

³ FRANĚK, Ondřej, 2011. *O resuscitaci – Guidelines 2010*. [online]. [cit. 2012-03-22]. Záchraná služba. cz. Dostupné z: <http://www.zachranaslužba.cz/prvnipomoc/resuscitace.html>

2.4.3 Určení stupně hloubky popálení

- *První stupeň* – jde o nejlehčí stupeň tzv. povrchní popálení, u kterého dochází k zasažení horní vrstvy kůže. Charakteristická je zarudlost, mírný edém, citlivost, bolest. Většinou se hojení probíhá bez následků (Stelzer, Chytilová, 2007).
- *Druhý stupeň* – jde o vážnější poranění, kde popálenina zasahuje do vnitřní vrstvy kůže, pro tento stupeň poranění jsou příznačné otoky, puchýře, mokvání, velká bolest. Pokud je puchýř neporušen, pak tvoří sterilní obal, pokud dojde k protržení puchýře, zvyšuje se možnost proniknutí infekce (Stelzer, Chytilová, 2007).
- *Třetí stupeň* – zde se již jedná o hluboké popáleniny, které pronikají až do svalstva. Na pohled kůže působí voskovitě, je perleťově šedá, může být zuhelnatělá, typ této popáleniny zpravidla nebolí. Zde je nutný chirurgický zákrok s odstraněním nekrotické tkáně a provedením transplantace. Hojení přetrvává měsíce až roky s trvalými následky (Stelzer, Chytilová, 2007).

2.4.4 První pomoc u popálenin a opaření

V prvé řadě musíme zabránit dalšímu působení tepelného zdroje na dětský organismus. Ihned zkontaktujeme linku 155 a z dítěte odstraníme mokrý oděv, pokud je oblečení přiškvařené, nestrháváme ho. Hořící oblečení se pokusíme uhasit vodou, nebo přes dítě hodíme pokrývku a oheň udusíme. Odstraníme šperky, jejichž odstranění by mohl zkomplikovat otok. Co nejrychleji začneme postižená místa chladit proudem studené vody. Chladná voda zmírňuje bolest, délka chlazení by měla trvat nejméně 10–15 minut. Pozor u malých dětí, tady chladíme pouze jednorázově např. poltím z větší nádoby, aby nedošlo k podchlazení! Na rány přiložíme sterilní krytí, nekryjeme pouze popáleniny 1. stupně, hlavu a krk. V rámci první pomoci na poranění nepoužíváme zásypy ani masti, puchýře nepropichujeme. Pokud jde o popálení úst či hrdla vypitím horké tekutiny, pak necháme dítě cucat kostku ledu - zmírníme tak otok, samozřejmě záleží na věku dítěte. Pokud jde o rozsáhlejší popáleniny, provedeme protišoková opatření (Srnský, 2007).

U popálenin třetího stupně zranění nechladíme, pouze zajistíme sterilní překrytí, zajistíme dítě proti šoku a kontaktujeme linku 155 (Stelzer, Chytilová, 2007).

2.5 Úrazy elektrickým proudem

U tohoto druhu úrazu jsou nejvíce ohrožena batolata a děti předškolního věku, jejichž zvědavost je často příčinou velkého neštěstí (Srnský, 2007).

Celková závažnost poranění závisí na intenzitě a napětí elektrického proudu, časové délce kontaktu těla s vodičem, na směru průchodu proudu organismem a na vlivu tepla, které se uvolňuje (Srnský, 2007, s. 64).

2.5.1 Příznaky při zasažení elektrickým proudem

Jak u dospělých, tak u dětí dochází zásahem elektrickým proudem k poškození více tělních systémů, dochází k poruchám srdečního rytmu, ke křečím dýchacího svalstva, k různému stupni poruchy vědomí. Po návratu vědomí si dítě většinou nepamatuje, co úrazu předcházelo. Úraz, který je způsoben proudem o vysokém napětí, způsobuje silný stah svalstva, v důsledku kterého mohou vzniknout zlomeniny. V místě vstupu či výstupu proudu jsou viditelné popáleniny. Součástí domácností je proud o nízké intenzitě, a právě tímto proudem jsou nejčastěji u dětí úrazy způsobeny (Trapani a kol., 2006; Srnský, 2007).

2.5.2 První pomoc při úrazu elektrickým proudem o nízkém napětí do 1 000 V

Ihned zajistíme přivolání ZZS, velmi důležitým krokem je zamezit dalšímu působení elektrického proudu, tohoto dosáhneme odpojením elektrospotřebiče ze zásuvky, není-li toto možné, pak za pomoci nevodivého předmětu (kus látky, suché dřevo apod.) odstraníme vodič z těla dítěte. Pokud se dítě nachází v bezvědomí, ihned začneme s resuscitací, po zajištění základních vitálních funkcí se můžeme věnovat ošetření popálenin a ostatních zranění. Pokud je dítě při vědomí, je nutné zajistit základní životní funkce a samozřejmě věnovat pozornost zraněním, která přímo neohrožují život dítěte (Srnský, 2007; Beránková, Fleková, Holzhauserová, 2007).

2.6 Nejběžnější otravy u dětí

2.6.1 Jak správně komunikovat s Toxikologickým informačním střediskem

Ještě před tím, než budeme kontaktovat Toxikologické informační středisko na telefonní lince 224 919 293 nebo 224 915 402, je vždy potřeba myslet na to, že poskytnuté informace ohledně možné otravy by měly být co nejpřesnější a nejkompletnější. Je potřeba zdůraznit:

- komu se nehoda stala, čas nehody;
- věk a hmotnost dotyčného;
- jakou látku dítě požilo – saponát, lék, rostlina...;
- přibližné množství požití látky;
- jaké má postižený příznaky;
- jaké postupy byly provedeny.⁴

Všeobecně tedy platí, že k lékařskému ošetření se snažíme dle možností zajistit vzorek látky, která nehodu způsobila, příbalové letáky, etikety, případně zajistíme zvratky. Tím značně urychlíme postup při ošetření (Trapani a kol., 2006; Srnský, 2007).

2.6.2 Poranění chemikáliemi určenými pro domácnost

Těmito přípravky je nejvíce ohrožena věková skupina dětí od jednoho roku do čtyř let, dětská zvědavost mnohdy nezná hranic, děti objevují okolní svět a v tomto věku ještě nejsou schopny rozpoznat číhající nebezpečí. Převážná většina těchto úrazů je naprosto zbytečná, jde o nepozornost rodičů či prarodičů. Dítě nejčastěji nebezpečnou látku polkne, vdechne nebo na sebe vylije (Trapani a kol., 2006).

V našich domácnostech se vyskytuje nepřehledné množství lákových lahviček, krabiček, které děti upoutají svou barvou, vůní a nápaditým označením. Jedná se o: avivážní přípravky, přípravky do myček na nádobí, lešticí prostředky, saponáty, odstraňovače usazenin atd. (Srnský, 2004).

2.6.2.1 První pomoc

Při požití chemické látky zvracení nevyvoláváme, dítě tím můžeme ještě víc ohrozit, je-li to možné, pouze dítěti vypláchneme ústa čistou vodou, je možné podat vlažný čaj či vodu. Ihned vyhledáme lékařské ošetření, popřípadě kontaktujeme Toxikologické informační středisko (dále jen TIS). Zjistíme-li, že dítě je potřísněno ještě na jiných částech těla, pak

⁴ MRÁZOVÁ, Karolina, 2008. *Dětské otravy*. [online]. [cit. 2012-03-22]. Dostupné z: <http://www.tis-cz.cz/informace-o-stredisku/publikace>

kůži na těchto místech oplachujeme 15 min vlažnou čistou vodou (Srnský, 2004; Gregora 2004).

2.6.3 Otrava chemickou látkou uloženou v garážích, dílnách, zahradních domcích

Jde o nejnebezpečnější otravy, děti velmi rády pomáhají při práci dospělým, ať už při zahradničení v garážích či dílnách. Nejčastěji se jedná o otravy těmito chemickými látkami: benzín, nafta, oleje, ředidla, rozpouštědla, Fridex, herbicidy – prostředky k hubení plevelu, insekticidy – prostředky k hubení škůdců, hnojiva atd. (Srnský 2007).

2.6.3.1 První pomoc

Zvracení nikdy nevyvoláváme, ani nepodáváme mléko, tuky či dokonce alkohol. Zjistíme požité množství a ihned kontaktujeme TIS či lékaře. Pokud došlo k otravě látkou sloužící k ochraně rostlin, musíme myslet rovněž na vlastní bezpečnost, použijeme rukavice a chráníme sobě i dítěti nos kapesníkem před vdechováním nebezpečné látky. Pokud se nacházíme v uzavřeném prostoru a jsme ohroženi vdechováním nebezpečných látek, ihned dítě vyneseme na čerstvý vzduch. Pokud je dítě chemickou látkou potřísněné, sundáme z něj nasáklý oděv a zasažená místa omýváme vodou s mýdlem. V případě otravy ethylenoglykolem – Fridexem podáme dítěti alkohol – 1,5 ml 40% alkoholu na každý kilogram váhy dítěte, každý 1,5 ml zředíme 10 ml džusu nebo šťávy. Pokud nemáme alkohol, podáme dítěti pivo – 15 ml na každý kilogram váhy (Srnský, 2007).

2.6.4 Požití léků

Za otravu považujeme stav, kdy dítěti vnikne cizorodá škodlivá látka do těla, většinou za jeho aktivního přispění. Je prokázáno, že nejvíce otrav se vyskytuje u dětí od 1–3 let, celkem 53 %. 70–90 % otrav u dětí bývá způsobeno v domácím prostředí, díky nepozornosti jejich rodičů (Srnský, 2007).

Jde o nejběžnější otravu u dětí, z 90 % jde o neuvědomělé požití – děti láká barva, zajímavý tvar a sladká chuť sirupů, v dalších případech jde o terapeutický omyl (Srnský, 2007; Gregora, 2004).

2.6.4.1 První pomoc při otravě léky

Jestliže se nám nepodaří ihned situaci konzultovat s lékařem nebo TIS a pokud přímo vidíme, že dítě léky požilo, ihned se pokusíme vyvolat zvracení tím, že si dítě přehneme přes koleno, hlava je níže než tělo, otevřeme dítěti ústa a podrážděním kořene jazyka se poku-

síme vyvolat zvracení. Zvracení nevyvoláváme u dětí mladších šesti měsíců, nebo pokud se již začnou projevovat účinky léku. Pokud se nám zvracení nedaří vyvolat, podáme dítěti 3 – 5 – 10 rozdrcených tablet aktivního (černého, živočišného) uhlí, rozmíchaných v čaji či vodě. Jakmile pozorujeme, že dítě ztrácí vědomí, zvracení nevyvoláváme, ani nepodáváme nic ústy, dítě uložíme do stabilizované polohy a ihned zkontaktujeme ZZS. Upadnuli dítě do bezvědomí, uložíme ho opět do zotavovací polohy, dbáme na to, aby nedošlo k podchlazení, při poruše vitálních funkcí zahájíme resuscitaci (Srnský, 2007).

2.6.5 Otravy rostlinami

I otravy rostlinami bývají poměrně časté, hlavně malé děti lákají barevností listů či rozmanitostí a vzhledem bobulí. Nejčastěji se jedná o požití listů, květů či plodů černého bezu, pámelníku, rulíku zlomocného, diffenbachie či jmelí (Srnský, 2007).

2.6.5.1 První pomoc při otravě rostlinami

Pokud má dítě v ústech zbytky rostliny, tak je odstraníme a ústa důkladně vypláchneme čistou vodou. Pokusíme se vyvolat zvracení, ale jen v případě, pokud dítě nepálí ústa. Podáme čaj nebo vodu smíchanou s 3–5 – 10 tabletami aktivního uhlí (dle množství požitých rostliny). U požití dieffenbachie podáme hodně studenou tekutinu, snažíme se tak zabránit či zmírnit možný otok dýchacích cest. Zjistíme množství požitých bobulí či listů, kontaktujeme lékaře nebo TIS. (Srnský, 2007; Srnský, 2004; Gregora, 2004).

2.7 Mozkolebeční poranění

Jde o jeden z nejčastějších úrazů u dětí. U kojenců je příčinou většinou chybná manipulace s dítětem – třes při úchopu v podpaží, u batolat jde převážně o pády z nezajištěné postýlky, u větších dětí je převážná většina úrazů způsobená při sportu, ale také při autonehodách (Srnský, 2007).

2.7.1 Dělení úrazů mozku

- *Otřes mozku* – nejedná se o tak závažný stav, změny jsou jen dočasné a většinou dojde k jejich odeznění (Bydžovský, 2006).
- *Zhmoždění mozku* – při tomto poranění dochází k mechanickému poškození mozku, což často může vést k trvalým následkům (Srnský, 2007).

- *Stlačení mozku* – jde o velmi závažné, život ohrožující zranění, pro které je typické poškození cév a krvácení dovnitř lebky, čímž dochází k pozvolnému utlačení mozku. K charakteristickému příznaku patří tzv. dvoufázové bezvědomí, kdy nejprve dochází ke krátké poruše vědomí a poté dochází opět k jeho obnovení. Za krátký čas ovšem nastupuje druhá fáze, kdy dítě upadá do hlubokého bezvědomí. Začínají selhávat základní vitální funkce (Srnský, 2007).

2.7.2 Příznaky mozkolebečního poranění

Záleží na závažnosti úrazu. Mezi obecné příznaky poranění hlavy patří bolest hlavy, různý stupeň poruchy vědomí, nevolnost až zvracení. Pro poranění baze lební je charakteristická vytékající krev z ucha případně nosu, vytékat může rovněž mozkomíšní mok, který je žlutočiré barvy. Po několika hodinách se objeví tzv. brýlový hematom v oblasti očí (Srnský, 2007).

2.7.3 První pomoc při mozkolebečním poranění

Úraz hlavy nikdy nesmíme brát na lehkou váhu, nepodceňovat ho. I při banálním úrazu hlavy navštívíme lékaře a dítě necháme zkontrolovat, často tak předejdeme komplikacím (Trapani a kol., 2006).

Pokud je u dítěte zachováno vědomí, položíme jej na záda, hlava je jen mírně podložená, ošetříme případná přidružená zranění. Kontrolujeme stav vědomí dítěte a zajistíme odborné vyšetření (Srnský, 2007).

Je-li dítě v bezvědomí, ihned voláme posádku ZZS, zkontrolujeme průchodnost dýchacích cest, stav dýchání, případně zahájíme KPR. Vyčkáme příjezdu ZZS (Srnský, 2007; Bydžovský, 2006).

2.8 Zlomeniny

Obecně rozlišujeme uzavřenou zlomeninu, kde není zlomeninou narušen kožní povrch a otevřenou zlomeninu, kde je kost na první pohled patrná, ale i naopak kost nemusí být v ráně viditelná (Stelzer, Chytilová, 2007).

2.8.1 Základní příznaky při podezření na zlomeninu

Příznaky dělíme na jisté, nepřírozený tvar, abnormální hybnost končetiny v místě fraktury, či přímo vyčnívající úlomek nebo část kosti z rány. K nejistým známkám řadíme značnou

bolest, otok, hematom, omezenou hybnost končetiny. U otevřených zlomenin nebo zlomenin dlouhých kostí dochází ke krevním ztrátám, proto musíme počítat i s možnou infekcí a šokovým ohrožením (Srnský, 2007).

2.8.2 První pomoc při podezření na zlomeninu

I když si nejsme jistí, že se jedná o zlomeninu, i přesto při ošetření postupujeme tak, jako by se o zlomeninu jednalo, abychom zamezili možným komplikacím, které by mohly následně vzniknout. Jako první provedeme znehybnění zlomené kosti, je důležité, aby byl správně zafixován kloub nad i pod zlomeninou. U zavřených zlomenin na horní končetině si vypomůžeme šátkovým závěsem, končetinu fixujeme pod úhlem 90°. Pro dokonalejší znehybnění použijeme kombinaci 2–3 šátků. U zlomenin kostí na dolní končetině je nutné provést stabilizaci alespoň pomocí improvizované dlahy, případně pomocí šátků pevně končetiny zafixujeme k sobě, zároveň musíme myslet na měkké vypodložení kloubů, čímž zabráníme vzniku možných otlaků (Stelzer, Chytilová, 2007).

Pokud jde o otevřenou zlomeninu, nikdy se nepokoušíme zasunout vyčnívající kost, okolí rány obložíme válečky sterilní smotané gázy a sterilně obvážeme poranění, tak, aby nedošlo k tlaku na kost. Kontrolujeme prokrvení končetiny, chlazením zmírňujeme otok a bolest. U zlomenin musíme myslet také na šokový stav. U větších, komplikovanějších zlomenin vyčkáme příjezdu ZZS, u nekomplikovaných zlomenin můžeme vyhledat odborné ošetření sami (Stelzer, Chytilová, 2007; Srnský, 2007).

3 PREVENCE ÚRAZŮ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Česká republika se řadí mezi státy s nejvyšší úmrtností dětí v důsledku úrazů. V České republice jsou úrazy nejčastější příčinou úmrtí dětí a mladých dospělých a třetí nejčastější příčinou úmrtí v celé populaci. Přestože úmrtnost na úrazy v poslední době mírně klesá, celkový počet úrazů neklesá. Dle statistik dochází k nejzávažnějším úrazům v dopravním prostředí; nejčastějším místem vzniku úrazu je domov a škola.⁵

3.1 Základní zásady prevence úrazů u dětí předškolního věku

Asi nejpočetnější věkovou kategorií, co se týká dětských úrazů, jsou úrazy u dětí do šesti let. S narůstajícím věkem dětí úrazů způsobených v domácím prostředí ubývá. K vůbec nejčastějším úrazům patří pády z různé výšky, tady dochází ke zranění hlavy a obličeje, tyto úrazy se rovněž řadí mezi nejzávažnější. Několikanásobně častěji než u školáků se u předškolních dětí a dětí do jednoho roku setkáváme s popáleninami a otravami. Proto se snažíme již od nejútlejšího dětství dbát na prevenci a eliminovat rizikové faktory v domácím prostředí a v okolí, kde se dítě pohybuje (Tošovský et al., 2006).

- Snažíme se nenechávat malé dítě nikdy samotné, bez dozoru dospělé osoby. Nejedná se pouze o prostředí domova, ale i okolí např. dětské hřiště, park. Dítě je opravdu schopné se dostat kamkoliv, nepodceňovat pobyt u bazénu, ve vaně, v kuchyni, garáži, dílně.
- Dbáme rovněž na pasivní ochranu dítěte – volíme bezpečnější neklouzavé povrchy, bezpečná schodiště, bezpečné uložení a chod elektrických přístrojů, pozor na horkou tekutinu v nádobách. Nemalou pozornost věnujeme výběru vhodných hraček.
- Využíváme vhodné doplňky do domácnosti, které snižují riziko vzniku poranění: kryty ostrých rohů nábytku, kryty zástrček, bezpečnostní úchyty na police a skříně proti převrnutím, zarážky oken, dveří, lednice, trouby na pečení.

⁵ MZČR, *Národní akční plán prevence dětských úrazů*. 2008. [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/prevence-detskych-urazu-v-ceske-republice_1011_3.html

- V bytě taktéž odstraníme z dosahu dítěte rizikové věci, jako jsou léky, chemikálie – ty nepřeléváme z originálních lahví, jedovaté rostliny. Vždy dbáme na jejich bezpečnou likvidaci, nevhazujeme do volně přístupných košů na odpadky.
- Do dostatečné výšky, zamknutou, ukládáme domácí lékárníčku. Neskladujeme léky s prošlou dobou použitelnosti. V případě podezření požití léků či jiných nebezpečných látek ihned kontaktujeme toxikologické středisko 224 919 293, 224 915 402.
- Doporučíme rodičům absolvovat kurzy a přednášky ohledně první pomoci a prevence úrazovosti. S dětmi od malička hovoříme o možných nástrahách a nebezpečích vzniku úrazu.
- Dbáme bezpečnostních předpisů, co se týká přepravy dítěte v autě – menší děti vždy sedí v autosedačce. Větší děti připoutáme pomocí bezpečnostního pásu, který musí být veden přes boky a klíční kost (Tošovský et al., 2006).

3.2 Role sestry v primární prevenci

O dětské pacienty se v primárním sektoru stará dětský lékař ve spolupráci s dětskou sestrou, právě ta má nezastupitelnou úlohu v poskytování informací, navození důvěry u dítěte i jeho rodičů. Sestra se podílí na podpoře zdraví a prevenci vzniku onemocnění, mimo jiné se zaměřuje i na prostředí, ve kterém dítě žije a na celkový styl života rodiny.⁶

Praktické využití edukační činnosti sestry v ordinacích pediatriů, co se týká prevence dětských úrazů, je stále nedostatečné, většinou zůstává ve formální rovině. Dle Fričové by se

⁶ VINCENOVÁ, Dana, 2007. *Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči*. *Pediatric pro praxi*. [online]. [cit. 2012-03-25]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/02/12.pdf>

měla sestra držet několika praktických rad pro zdárné a přínosné uskutečnění samotné edukace.⁷

Rola sestry jako edukátora (učitele) nie je v tom, aby bola „poskytovateľom informácií“, ale aby aktívne podporovala učenie a vytvárala podmienky prispievajúce k učeniu a neočakávala, že sa tak stane automaticky. Aby boli pacienti v edukačnom procese aktívni, sestra by mala posobiť ako koordinátor a vytvárať situácie, ktoré budú motivovať jednotlivcov, aby sa chceli učiť všetko pre to, aby sa mohli učiť. To si vyžaduje od sestry posudzovanie edukačných potrieb pacienta/rodiny, plánovanie a návrh edukácie s využitím vhodných vyučovacích metód a edukačného materiálu, ako aj hodnotenie vzdelávania a učenia s aktívnou účasťou sestry a pacienta/rodiny (Nemcová, Hlinková et al., 2010).

První preventivní prohlídka čeká dítě po návratu z porodnice, dětská sestra navštíví rodinu přímo doma, jejím úkolem je nejen zhodnotit sociální úroveň rodiny, ve které bude dítě vyrůstat, ale také zaměřit se na celkový stav dítěte a na jeho adaptaci. Úkolem sestry je rovněž navázání přátelského vztahu a další vzájemné spolupráce v péči o narozené miminko. V domácím prostředí a posléze při preventivních prohlídkách by sestra měla informovat maminku o správném polohování dítěte při ukládání do postýlky, aby dítě mělo dostatek podnětů k otáčení hlavičky. Rovněž je velmi důležité matku poučit o nevhodnosti ukládání dítěte ke spánku do polohy na břicho, při které hrozí syndrom náhlého úmrtí kojence, v poloze na bříšku by mělo být dítě pouze pod dohledem.⁸

Rodiče musí být také sestrou upozorněni, že ani pády nejsou v novorozeneckém období ničím výjimečným, pády nastávají v důsledku neopatrné manipulace s dítětem např. při koupání, přebalování, přenášení. Pro kojenecké období, které končí prvním rokem života dítěte je charakteristický rychlý psychomotorický vývoj, dítě začíná nejprve zvedat hlavičku, přetáčet se, sedět, ložit. Děti rády překonávají překážky a samy se dostanou i do výšek,

⁷ FRIČOVÁ, Silvia. 2010. *Význam a možnosti využití edukace*. Sestra 3/2010. [online]. [cit. 2012-04-19]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/vyznam-a-moznosti-vyuziti-edukace-v-psihiatrickem-osetrovatelstvi-450436>

⁸ VINCENOVÁ, Dana, 2007. *Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči*. *Pediatric pro praxi*. [online]. [cit. 2012-05-12]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/02/12.pdf>.

přičemž může snadno dojít k pádu, protože jejich pohyby nejsou ještě zdaleka dokonalé. Maminky musí být obezřetné a ostražitě, i když je dítě např. v kočárku, v postýlce, v jídelní stoličce. Dítě v tomto období pomalu přechází na tuhou stravu, sestra by měla mamince objasnit správný způsob podání stravy, aby nedošlo k aspiraci potravy a zároveň poskytnout informace o první pomoci. Riziko polknutí či vdechnutí cizího tělesa hrozí i při nevhodném výběru hraček, na tuto skutečnost by sestra měla taktéž upozornit, hračky je nutné vybírat dle věku a schopností dítěte, neměly by obsahovat drobné části. Batolata, což jsou děti do tří let, jsou již po motorické stránce velmi šikovné, jsou zvědavé, neposedné, objevují dětský kolektiv, toto rovněž platí pro děti v předškolním věku. Tady je nutné rodiče informovat o preventivních opatřeních a následně první pomoci, úrazy hrozí nejen doma např. otravy léky, chemikáliemi, opaření horkou tekutinou, při koupání ve vaně, ale i na dětských hřištích, kde nejčastěji dochází k pádům z odrážedel, dětských kol, z houpaček a skluzavek, zvýšená opatrnost je opravdu nezbytná. Spolupráce a vzájemná komunikace mezi dětskou sestrou a rodiči v primární prevenci dětských úrazů má své opodstatnění a je důležitým faktorem ve snížení úrazovosti u dětí v předškolním věku. To vše jsou věci, na které by měla sestra v rámci primární prevence upozornit a edukovat rodiče dětí.⁹

Motto: „... každé dítě má přirozené právo na život...

Rodiče mají společnou a prvotní odpovědnost za výchovu a vývoj dítěte...“

(Úmluva o právech dítěte, 1989)

⁹ JASTRABOVÁ, Olga, 2010. Úrazy novorozenců, kojenců a batolat. [online]. [cit. 2012-05-12]. Dostupné z: <http://urazy.zdrave.cz/urazy-deti/>

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Cíl průzkumného šetření

V bakalářské práci jsem si stanovila tyto cíle.

Cíl číslo 1 Zjistit zdroje získaných znalostí v poskytování PP a zájem o vzdělávání se v této oblasti.

Cíl číslo 2 Zjistit, zda se rodiče zaměřují na prevenci proti úrazům u dětí.

Cíl číslo 3 Zjistit úroveň základních znalostí potřebných k poskytnutí PP.

Cíl číslo 4 Zorganizovat školení pro rodiče dětí ohledně poskytování PP u dětí předškolního věku.

4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Průzkumného šetření se účastnili rodiče předškolních dětí. Jednalo se o rodiče, jejichž děti navštěvují dětská zařízení, konkrétně šlo o jednu mateřskou školu a troje jesle ve Zlíně. Do dotazníkového šetření byli také zapojeni respondenti z rehabilitačního stacionáře, tady šlo pouze o rodiče, kteří mají vedle handicapovaného dítěte i dítě zdravé ve stanovené věkové kategorii.

4.3 Metoda práce

Ke zpracování praktické části bakalářské práce jsem využila metodu kvantitativní – dotazníkové šetření.

Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek. Jde o relativně nejrozšířenější a nejpopulárnější techniku (Bártlová, 2005, s. 46).

Dotazník byl zcela anonymní, rozdělen do čtyř oddílů, dle cílů bakalářské práce. Skládá se ze 30 položek. Nejobsáhlejší část dotazníku představují položky *uzavřené*, kde respondent z nabízených odpovědí vybere pouze jednu, o které se domnívá, že je správná. Dalším typem položek, které se nacházejí v dotazníku, jsou položky *polouzavřené*, kde si mohli respondenti vybrat z daných odpovědí či zvolit variantu „jiná odpověď“ a doplnit vlastními

slovy. Dvě položky jsou tzv. *filtrační*, kde respondenti mají na výběr pouze možnost ano, či ne. Dotazník je uveden v příloze P I.

4.3.1 Charakteristika položek

Položky č. 1, 2, 3 jsou identifikační, zde jsem se zajímala o věk, pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

Položky č. 4, 5, 6, 7, 8 se týkají vzdělání, zjišťují, kde a kdy naposled respondenti získali znalosti o poskytování PP, zda ji umí správně poskytnout a zda by uvítali více dostupných školicích akcí v oblasti týkající se PP.

Položky č. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 jsou zaměřeny na prevenci, znalost dostupných bezpečnostních pomůcek a rizik spojených s úrazy u dětí.

Položky č. 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 mají charakter znalostního testu, jednotlivé položky jsou zaměřeny na základní znalosti v poskytování laické první pomoci u dětí.

4.4 Organizace šetření

Než byly dotazníky distribuovány za pomoci sester v jeslích a učitelek v mateřské škole, oslovila jsem tři náhodné respondenty z řad rodičů a provedla sondáž, abych zjistila, zda jsou jednotlivé položky jasně a srozumitelně formulovány. Na základě pilotážního průzkumu a po schválení konečné verze vedoucím práce byly dotazníky rozdány rodičům. V úvodu jsem respondenty seznámila se svou osobou, rovněž s tématem, které je předmětem mého průzkumného šetření a s postupem potřebným pro správné vyplnění jednotlivých položek.

Jelikož byl dotazník poměrně obsáhlý, respondenti měli na jeho odevzdání časový interval tří dnů.

V rámci šetření bylo rozdáno 150 dotazníků, vrátilo se 126 dotazníků, 5 dotazníků muselo být vyřazeno pro nezodpovězení tří a více otázek. Z této skutečnosti vyplývá, že výzkumné šetření bylo provedeno ze 121 dotazníků, tj. návratnost 80,67 %.

Získaná data jsou graficky zpracována formou tabulek a grafů.

4.5 Zpracování získaných dat

U každé z položek byla získaná data zpracována do tabulek s absolutní a relativní četností.

Absolutní četnost nás informuje o velikosti rozsahu zkoumaného jevu. Relativní četnost je vyjádřena poměrem příslušné četnosti absolutní a celkového rozsahu souboru. Pro názorné zobrazení relativní četnosti byly použity výsečové grafy, jejichž součástí je legenda a výsledky vyjádřené v procentech.

V publikaci Výzkum a ošetřovatelství je uvedeno, že: *Graf výsečový (kruhový, sektorový), který se užívá zpravidla pro zobrazení struktury sledovaných souborů. Plocha celého kruhu je v případě výsečového grafu rovna 100 %, plochy jednotlivých výsečí pak představují zastoupení jednotlivých variant a dohromady musí tvořit 100 % plochy. Jednotlivé výseče musí být odlišeny šrafováním nebo barevně, uvedeny by rovněž měly být jednotky a jejich množství, které je výsečemi reprezentováno* (Bártlová, 2005, s. 94).

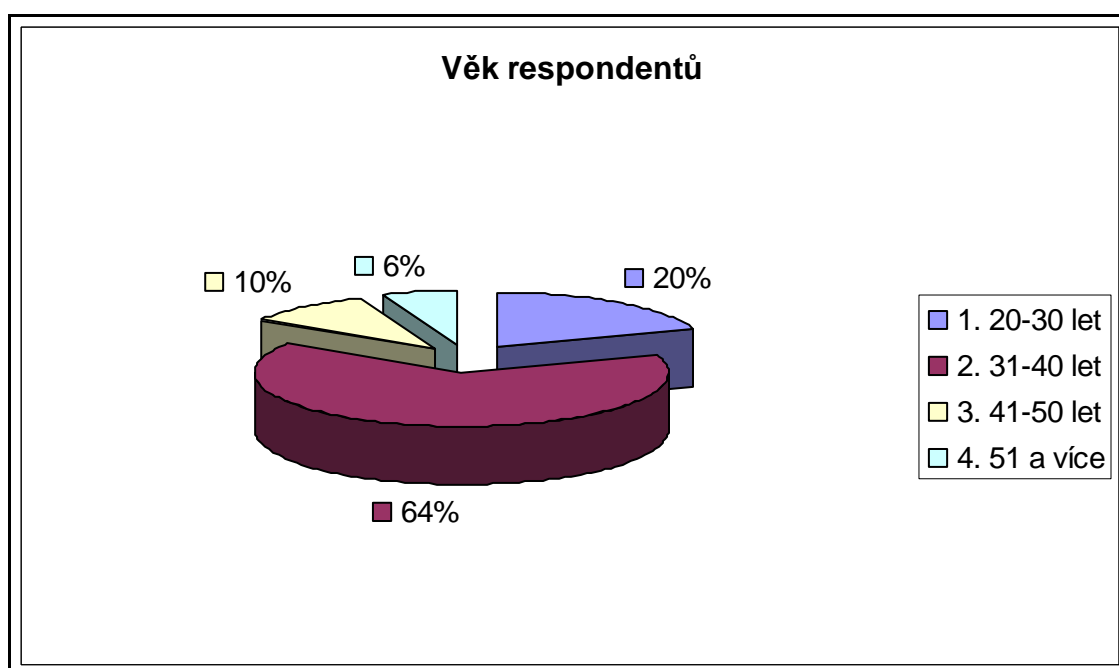
Veškerá data byla vyhodnocena v PC programu Microsoft Excel.

5 VYHODNOCENÍ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Položka č. 1 Kolik je vám let?

Tab. 1 Věk respondentů

Kolik je vám let?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. 20-30 let	24	20%
2. 31-40 let	78	64%
3. 41-50 let	12	10%
4. 51 a více	7	6%
Celkem	121	100%



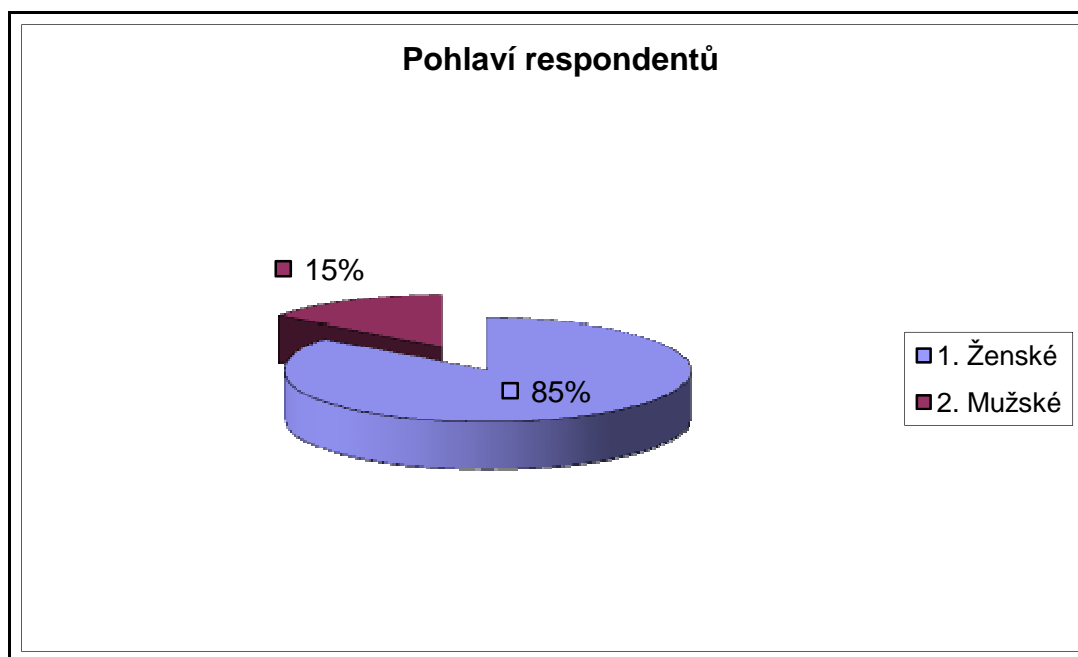
Graf 1 Věk respondentů

Z celkového počtu respondentů 121 (100 %) spadalo 78 (64 %) respondentů do věkové kategorie 31–40 let, tato kategorie byla zastoupena nejpočetněji, 24 (20 %) respondentů spadalo do kategorie 0–30 let, 12 (10 %) respondentů bylo ve věkovém rozmezí 41–50 let a nejméně byla zastoupena kategorie ve věku 51 a více let, ta čítala pouze 7 (6 %) respondentů.

Položka č. 2 Vaše pohlaví:

Tab. 2 Pohlaví respondentů

Vaše pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Ženské	103	85%
2. Mužské	18	15%
Celkem	121	100%



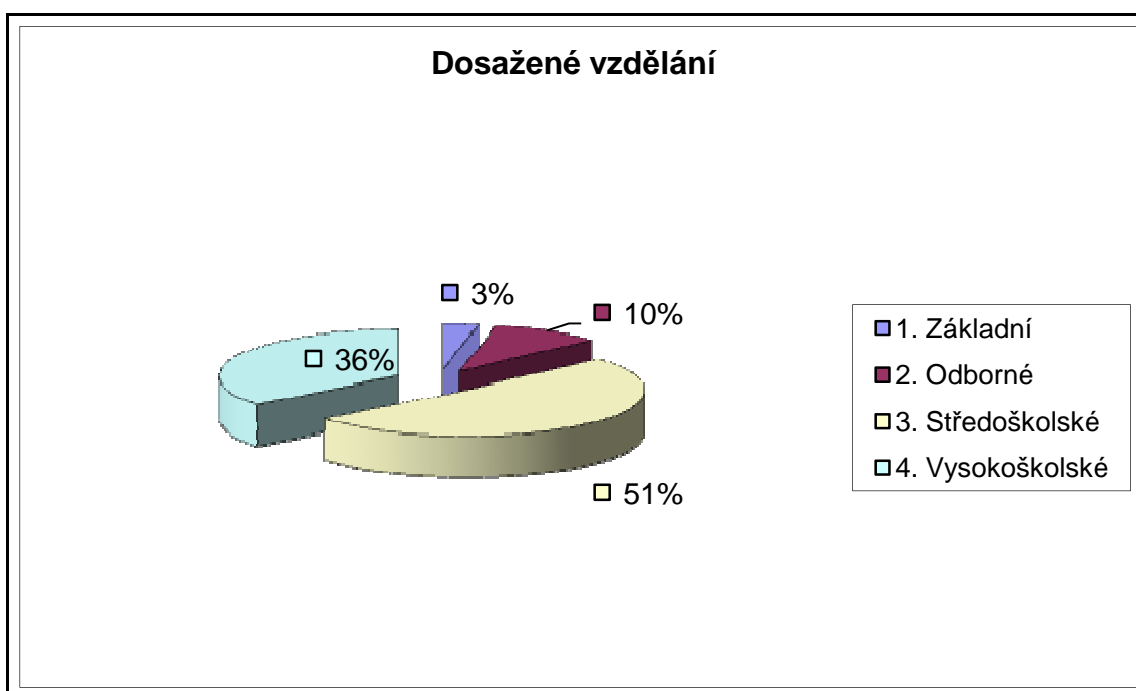
Graf 2 Pohlaví respondentů

Z celkového počtu respondentů 121 (100 %) bylo 103 (85 %) respondentů ženského pohlaví a 18 (15 %) respondentů pohlaví mužského.

Položka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání:

Tab. 3 Dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Základní	4	3%
2. Odborné	12	10%
3. Středoškolské	62	51%
4. Vysokoškolské	43	36%
Celkem	121	100%



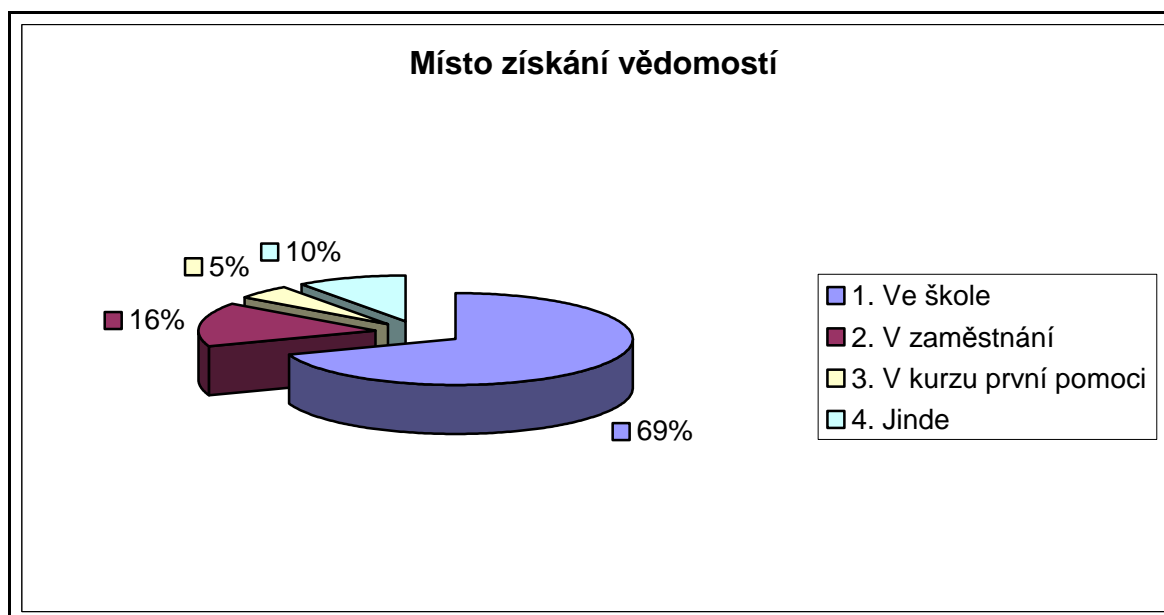
Graf 3 Dosažené vzdělání

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů dosáhlo nejvíce respondentů 62 (51 %) středoškolského vzdělání, další skupinou s největším zastoupením tvořili vysokoškolsky vzdělaní respondenti, těch bylo 43 (36 %), 12 (10 %) respondentů mělo odborné vzdělání a 4 (3 %) respondenti měli pouze základní vzdělání.

Položka č. 4 Kde jste získali vědomosti v oblasti první pomoci?

Tab. 4 Místo získání vědomostí

Kde jste získali vědomosti v oblasti první pomoci?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Ve škole	84	69%
2. V zaměstnání	19	16%
3. V kurzu první pomoci	6	5%
4. Jinde	12	10%
Celkem	121	100%



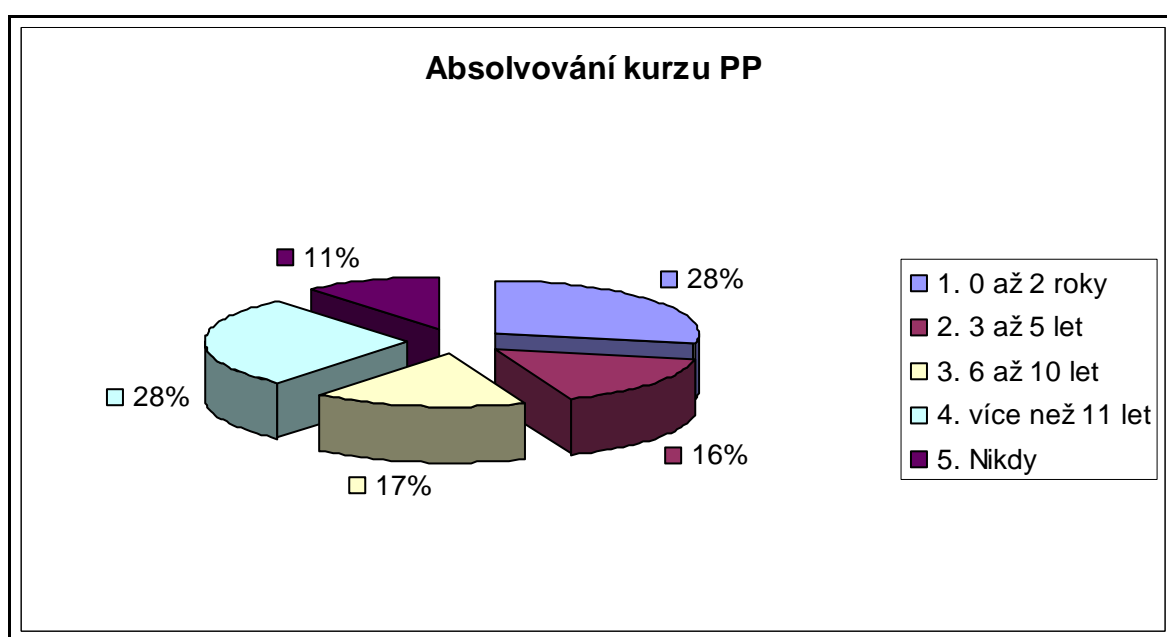
Graf 4 Místo získání vědomostí

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů získalo 84 (69 %) respondentů vědomosti v oblasti první pomoci ve škole – tato skupina byla zastoupena nejpočetněji, 19 (16 %) respondentů v zaměstnání, 12 (10 %) respondentů uvádí jako zdroj získaných vědomostí internet – 2 respondenti, základní vojenskou službu – 1 respondent, autoškolu – 7 respondentů, nikde – 2 respondenti, 6 (5 %) respondentů získalo vědomosti v kurzu první pomoci.

Položka č. 5 Kdy jste naposled absolvovali školení či kurz první pomoci?

Tab. 5 Absolvování kurzu PP

Kdy naposled jste absolvovali školení či kurz PP?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. 0 až 2 roky	34	28%
2. 3 až 5 let	19	16%
3. 6 až 10 let	21	17%
4. Více než 11 let	34	28%
5. Nikdy	13	11%
Celkem	121	100%



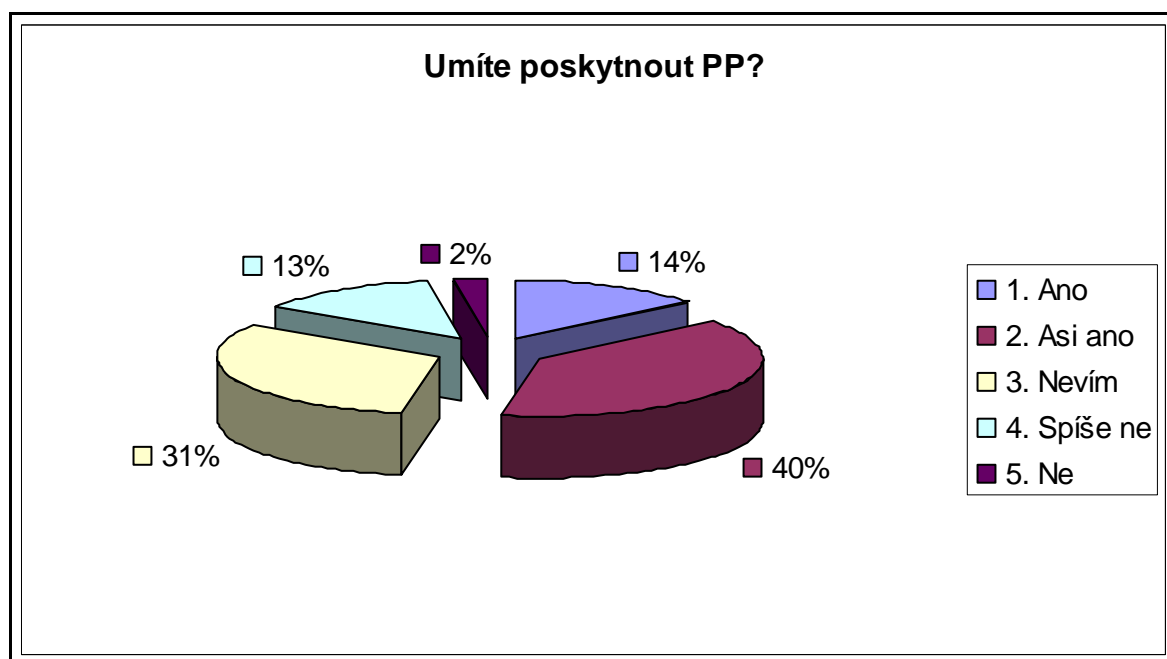
Graf 5 Absolvování kurzu PP

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů na otázku, kdy naposled absolvovali školení či kurz první pomoci, odpovědělo překvapivě shodně 34 (28 %) respondentů před 0 až 2 lety a 34 (28 %) respondentů před více než 11 lety 21 (17 %) respondentů, před 6 až 10 lety, 19 (16 %) respondentů před 3 až 5 lety a 13 (11 %) respondentů kurz první pomoci neabsolvovalo nikdy.

Položka č. 6 Myslíte si, že umíte správně poskytnout PP?

Tab. 6 Umíte poskytnout PP?

Myslíte si, že umíte správně poskytnout PP?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Ano	17	14%
2. Asi ano	47	40%
3. Nevím	38	31%
4. Spíše ne	16	13%
5. Ne	3	2%
Celkem	121	100%



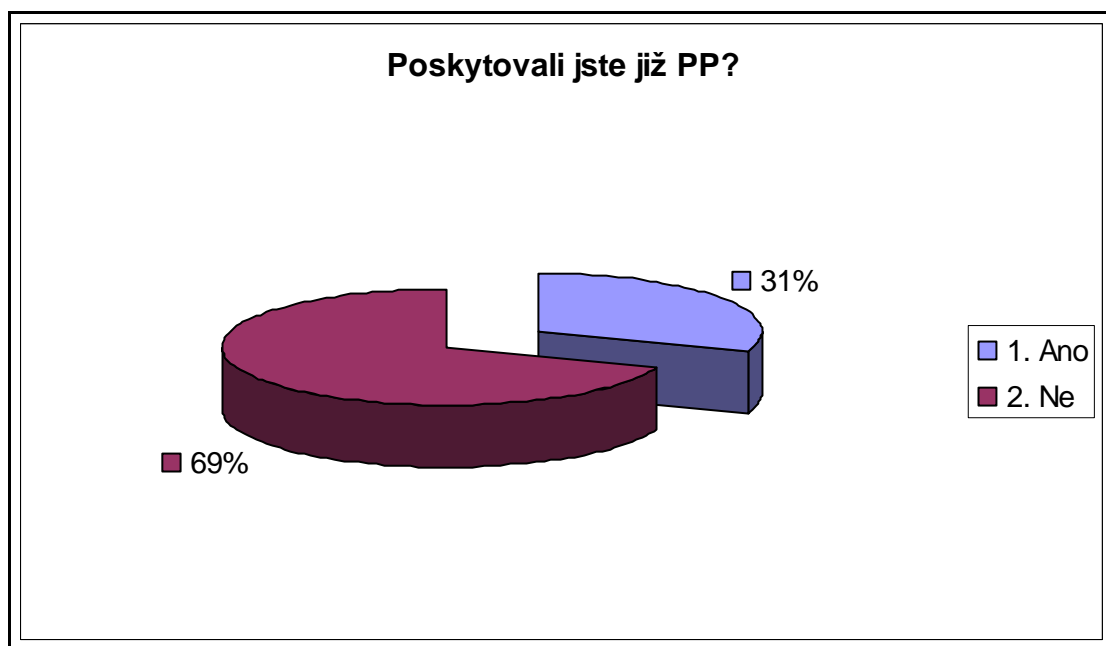
Graf č 6 Umíte poskytnout PP?

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů na otázku, zda umí správně poskytnout první pomoc, odpovědělo 47 (40 %) respondentů asi ano – tato skupina byla zastoupena nejpočetněji, 38 (31 %) respondentů nevím, 17 (14 %) respondentů ano, 16 (13 %) respondentů spíše ne a 3 (2 %) respondenti odpověděli ne.

Položka č 7 Poskytovali jste již někdy první pomoc?

Tab. 7 Poskytovali jste již PP?

Poskytovali jste již někdy PP?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Ano	37	31%
2. Ne	84	69%
Celkem	121	100%



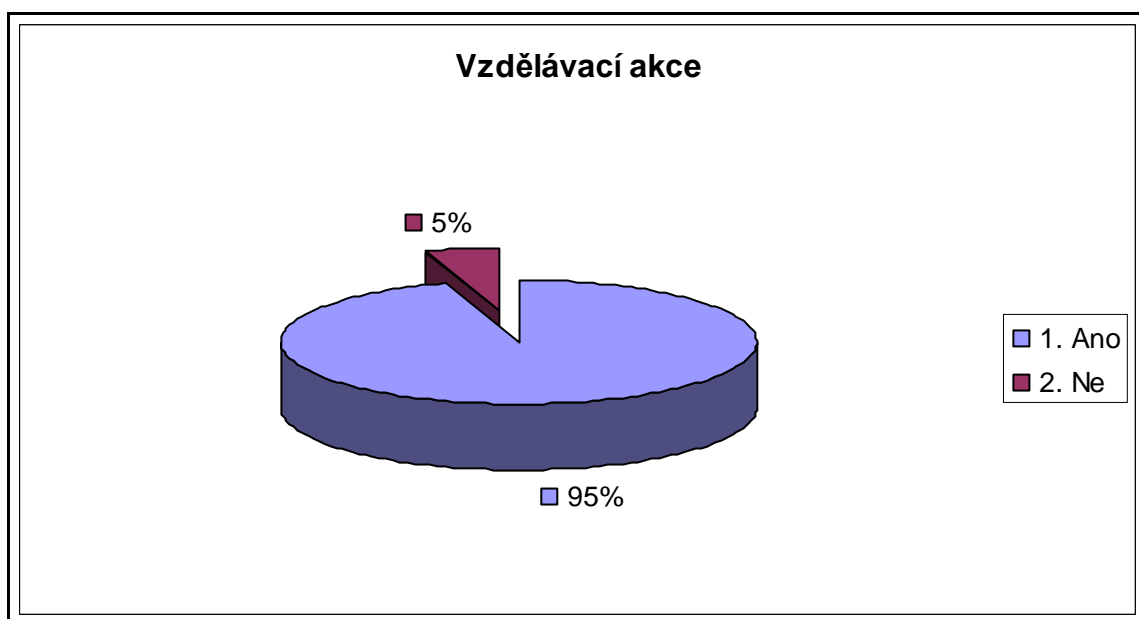
Graf 7 Poskytovali jste již PP?

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů na otázku, zda někdy poskytovali první pomoc, odpovědělo 84 (69 %) respondentů ne a 37 (31 %) respondentů již první pomoc poskytovalo.

Položka č. 8 Přivítali byste více dostupných vzdělávacích akcí pro veřejnost v oblasti první pomoci?

Tab. 8 Vzdělávací akce

Přivítali byste více dostupných vzdělávacích akcí pro veřejnost v oblasti PP?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Ano	115	95%
2. Ne	6	5%
Celkem	121	100%



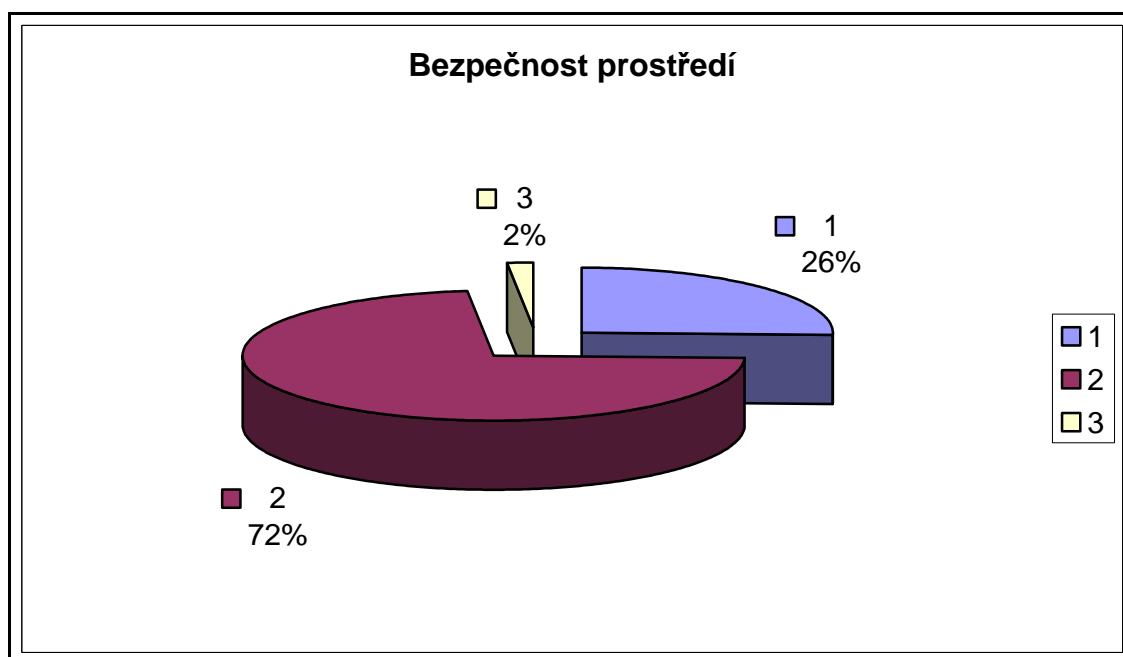
Graf 8 Vzdělávací akce

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů na otázku ohledně zájmu o vzdělávací akce v oblasti první pomoci odpovědělo pozitivně 115 (95,04 %) respondentů a 6 (4,96 %) respondentů zájem o vzdělávání nemělo.

Položka č. 9. Pokud svěříte dítě na hlídání, víte, zda se pohybuje v bezpečném prostředí?

Tab. 9 Bezpečnost prostředí

Pokud svěříte dítě na hlídání, víte, zda se pohybuje v bezpečném prostředí?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Vždy si ověřím bezpečnost prostředí (uložení léků, chemikálií, jedovaté rostliny...).	31	26%
2. Věřím, že osoba, která má dítě na hlídání se o něho dobře a spolehlivě postará, ale již si neověřuji, zda je po bezpečnostní stránce vše v pořádku.	88	72%
3. Za zdraví dítěte nese zodpovědnost osoba, které dítě svěřím, tyto věci vůbec neřeším.	2	2%
Celkem	121	100%



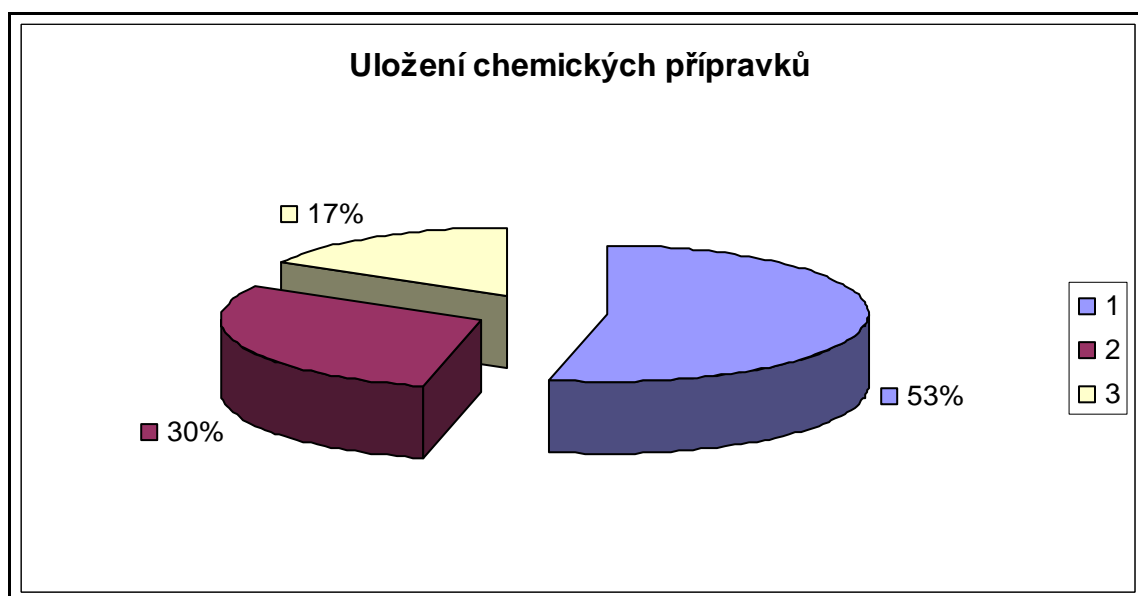
Graf 9 Bezpečnost prostředí

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů by 88 (72 %) respondentů spoléhalo na osobu, které bylo dítě svěřeno, 31 (26 %) respondentů, by ověřilo bezpečnost prostředí, a 2 (2 %) respondenti by bezpečnost prostředí neřešili vůbec.

Položka č. 10 Jak máte v domácnosti uloženy chemické přípravky?

Tab. 10 Uložení chemických přípravků

Jak máte v domácnosti uloženy chemické přípravky?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Jsou uloženy v uzamčené skříňce, skříňka je mimo dosah dítěte.	65	53%
2. Jsou uloženy dostupně, spoléhám na bezpečnostní uzávěry.	36	30%
3. Jsou uloženy dostupně, dítě je poučeno.	20	17%
Celkem	121	100%



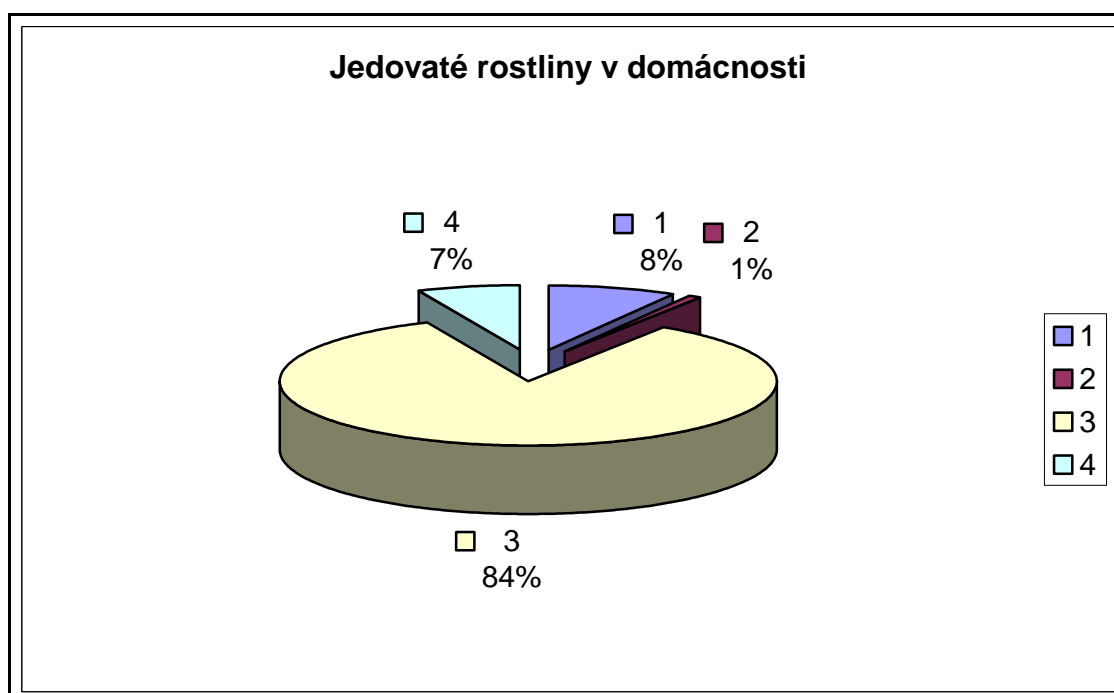
Graf 10 Uložení chemických přípravků

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů mělo nejvíce 65 (53,72 %) respondentů chemické přípravky uloženy mimo dosah dítěte, 36 (29,75 %) respondentů spoléhalo na bezpečnostní uzávěry a 20 (16,53 %) respondentů mělo chemikálie uloženy dostupně s tím, že děti byly poučeny.

Položka č. 11 Vyskytují se u vás v domácnosti jedovaté rostliny?

Tab. 11 Jedovaté rostliny v domácnosti

Vyskytují se u Vás v domácnosti jedovaté rostliny?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Ano, ale jsou umístěny mimo dosah dítěte	10	8%
2. Ano, ale dítě je poučeno, že na ně nemá sahat	1	1%
3. Ne	102	84%
4. Nevím	8	7%
Celkem	121	100%



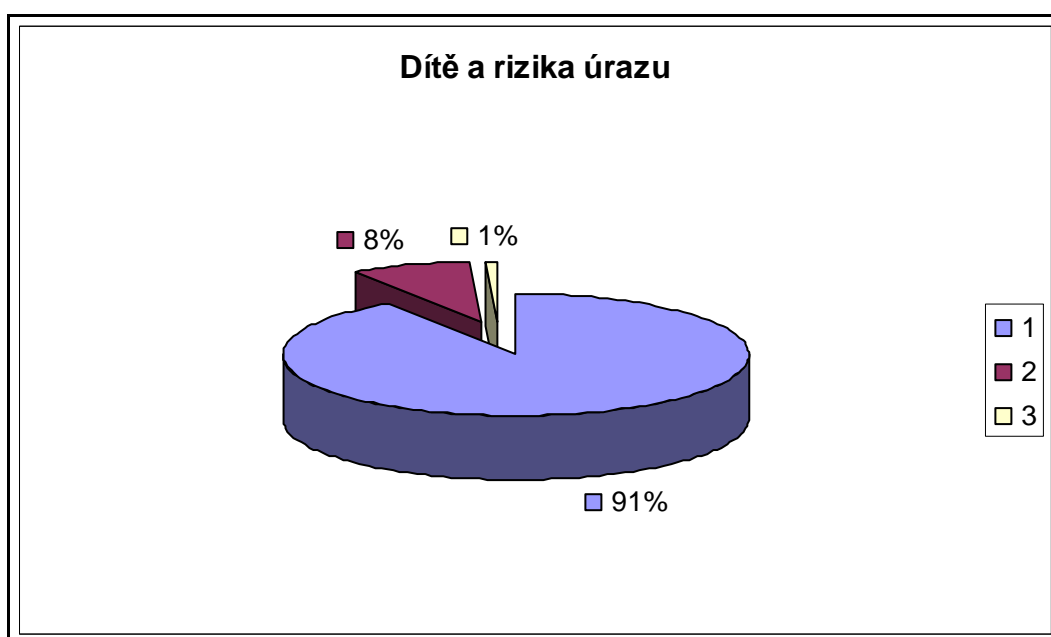
Graf 11 Jedovaté rostliny v domácnosti

S celkového počtu 121 (100 %) respondentů uvedlo 102 (84 %) respondentů, že jedovaté rostliny v bytě vůbec nemá, mimo dosah dítěte 10 (8 %) respondentů, 8 (7 %) respondentů neví, zda se v jejich domácnostech jedovaté rostliny vyskytují a 1 (1 %) respondent poučil dítě, že na ně nemá sahat.

Položka č. 12 Mluvíte s dítětem o rizicích úrazu, co smí a co ne, na co si má dávat pozor?

Tab. 12 Dítě a rizika úrazu

Mluvíte s dítětem o rizicích úrazu, co smí a co ne, na co si má dávat pozor?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Ano	110	91%
2. Spíše ne	10	8%
3. Předpokládám, že dostatečné informace dítě dostane ve školce, škole...	1	1%
Celkem	121	100%



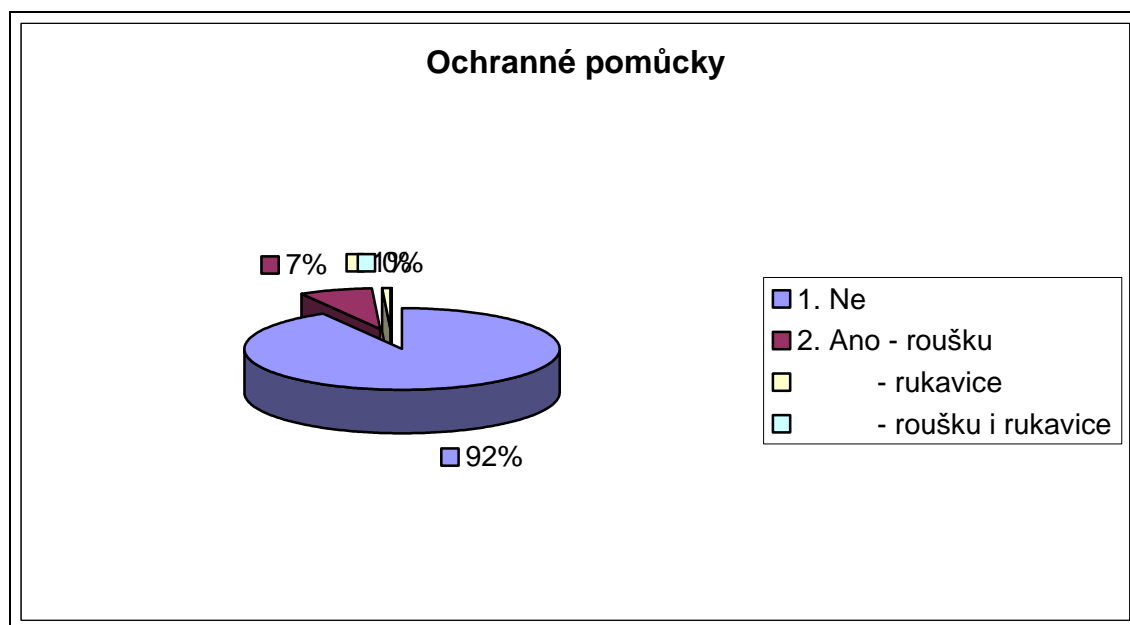
Graf 12 Dítě a rizika úrazu

S celkového počtu respondentů 121 (100 %) odpovědělo na tuto otázku pozitivně 110 (91 %) respondentů, 10 (8 %) respondentů odpovědělo ne a 1 (1 %) respondent se domnívá, že potřebné informace poskytne dítěti škola.

Položka č. 13 Jdete po ulici a jste svědky nešťastné události. Nosíte u sebe ochranné pomůcky (např. chirurgické rukavice, roušku)?

Tab. 13 Ochranné pomůcky

Jdete po ulici a jste svědky nešťastné události. Nosíte u sebe ochranné pomůcky (např. roušku, chirurgické rukavice)?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Ne	111	92%
2. Ano - roušku	9	7%
- rukavice	1	1%
- roušku i rukavice	0	0%
Celkem	121	100%



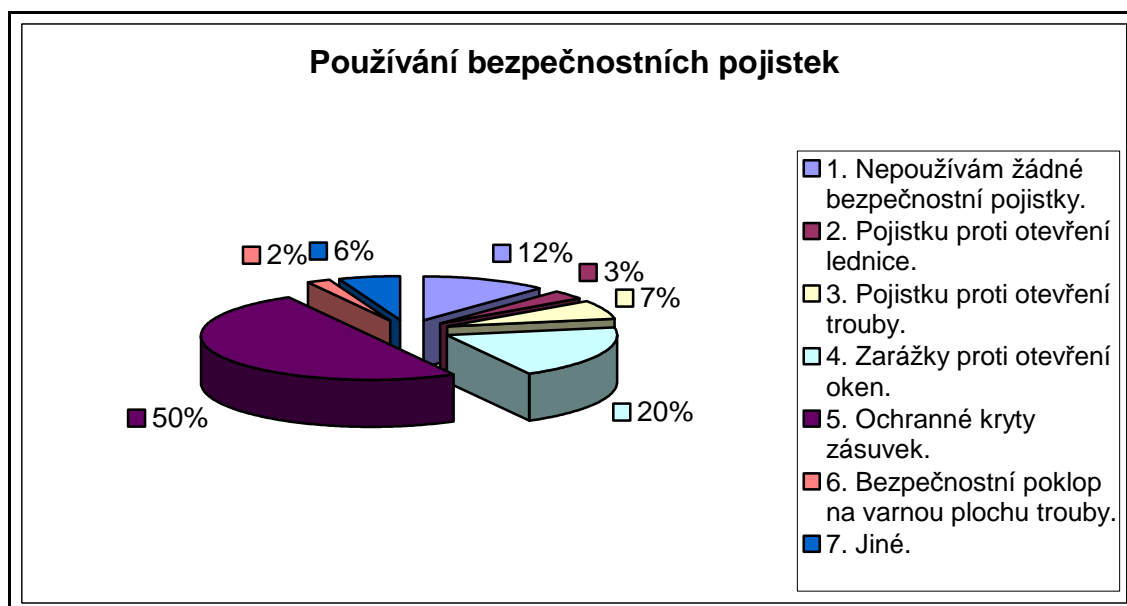
Graf 13 Ochranné pomůcky

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů, bohužel 111 (92 %) respondentů nenosí při sobě vůbec žádné ochranné pomůcky, 9 (7 %) respondentů uvedlo roušku, 1 (1 %) respondent by v případě potřeby použil rukavice. Variantu možnosti nošení roušky i rukavic nevedl nikdo.

Položka č. 14 Používáte bezpečnostní pomůcky bránící úrazu dítěte v domácnosti?

Tab. 14 Používání bezpečnostních pojistek

Používáte bezpečnostní pomůcky bránící úrazu dítěte v domácnosti?	Absolutní četnost
1. Nepoužívám žádné bezpečnostní pojistky	25
2. Pojistku proti otevření lednice	7
3. Pojistku proti otevření trouby	14
4. Zarážky proti otevření oken	41
5. Ochranné kryty zásuvek	104
6. Bezpečnostní poklop na varnou plochu trouby	5
7. Jiné	12
Celkem	208



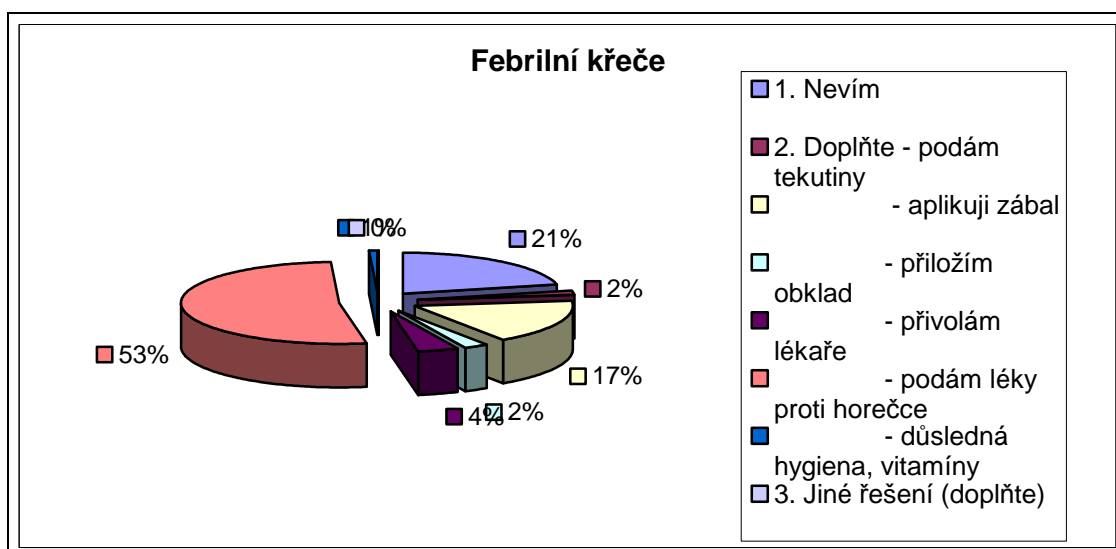
Graf 14 Používání bezpečnostních pojistek

Z celkového počtu 121 respondentů odpovědělo na otázku ohledně využívání bezpečnostních pojistek v domácnosti 104 respondentů, že využívá ochranné kryty zásuvek, 41 respondentů využívá zarážky proti otevření oken, 25 respondentů nepoužívá žádné bezpečnostní pojistky, 14 respondentů používá pojistku proti otevření trouby, 12 respondentů uvedlo využití jiných bezpečnostních pomůcek např. ochranné kryty na ostré rohy nábytku, branku na schodiště, ohrádku kolem kamen, pojistky proti otevření šuplíků či skříní, protiskluznou podložku do vany, 7 respondentů používá pojistku proti otevření lednice a nejnížší počet 5 respondentů používá bezpečnostní poklop na varnou plochu trouby.

Položka č. 15 Jaká provedete preventivní opatření, abyste u dítěte předešli febrilním křečím (křeče při horečce nad 38 °C)?

Tab. 15 Febrilní křeče

Jaká provedete preventivní opatření, abyste u dítěte předešli febrilním křečím (křeče při horečce nad 38 °C)?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Nevím	26	21%
2. Doplníte - podám tekutiny	2	2%
- aplikuji zábal	21	17%
- přiložím obklad	3	2%
- přivolám lékaře	5	4%
- podám léky proti horečce	63	53%
- důsledná hygiena, vitamíny	1	1%
3. Jiné řešení (doplníte)	0	0%
Celkem	121	100%



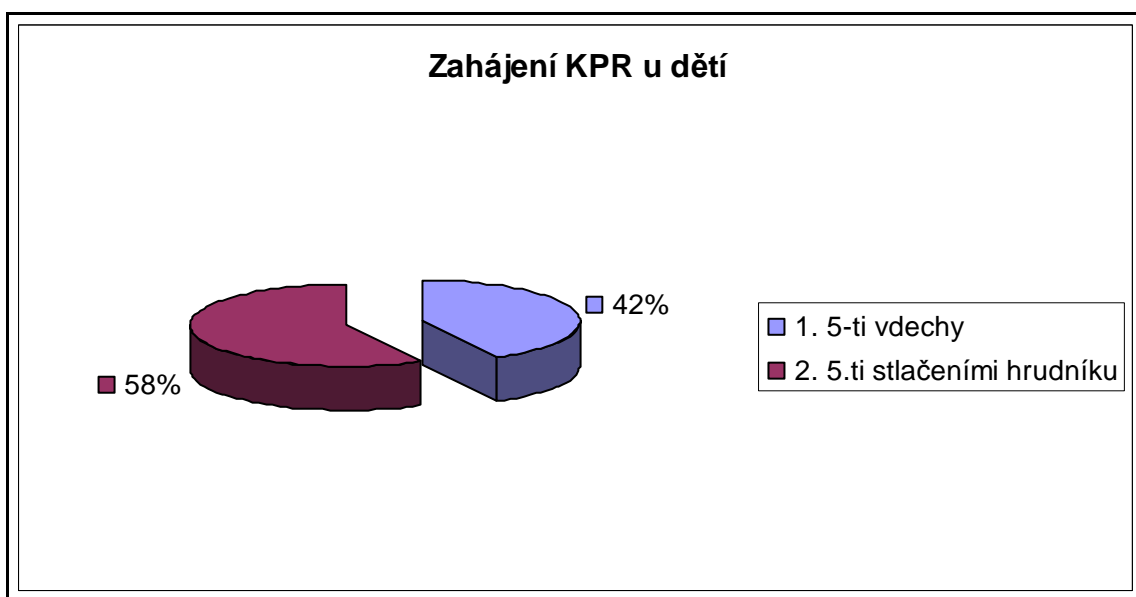
Graf 15 Febrilní křeče

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů odpovědělo na otázku ohledně předejití febrilním křečím následovně. 63 (53 %) respondentů by podalo léky proti horečce, 26 (21 %) respondentů odpovědělo – nevím, 21 (17 %) respondentů by aplikovalo zábal, 5 (4 %) respondentů by kontaktovalo lékaře, 3 (2 %) respondenti by přiložili obklad, 2 (2 %) respondenti by dítěti podávali tekutiny, 1 (1 %) respondent uvedl jako správnou odpověď podání vitamínů a dodržování osobní hygieny a možnost jiného řešení neuvedl nikdo 0 (0 %) respondentů.

Položka č. 16 Čím zahájíte kardiopulmonální resuscitaci?

Tab. 16 Zahájení KPR u dětí

Čím zahájíte kardiopulmonální resuscitaci u dětí od 1 roku do 8 let?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. 5-ti vdechy	51	42%
2. 5.ti stlačeními hrudníku	70	58%
Celkem	121	100%



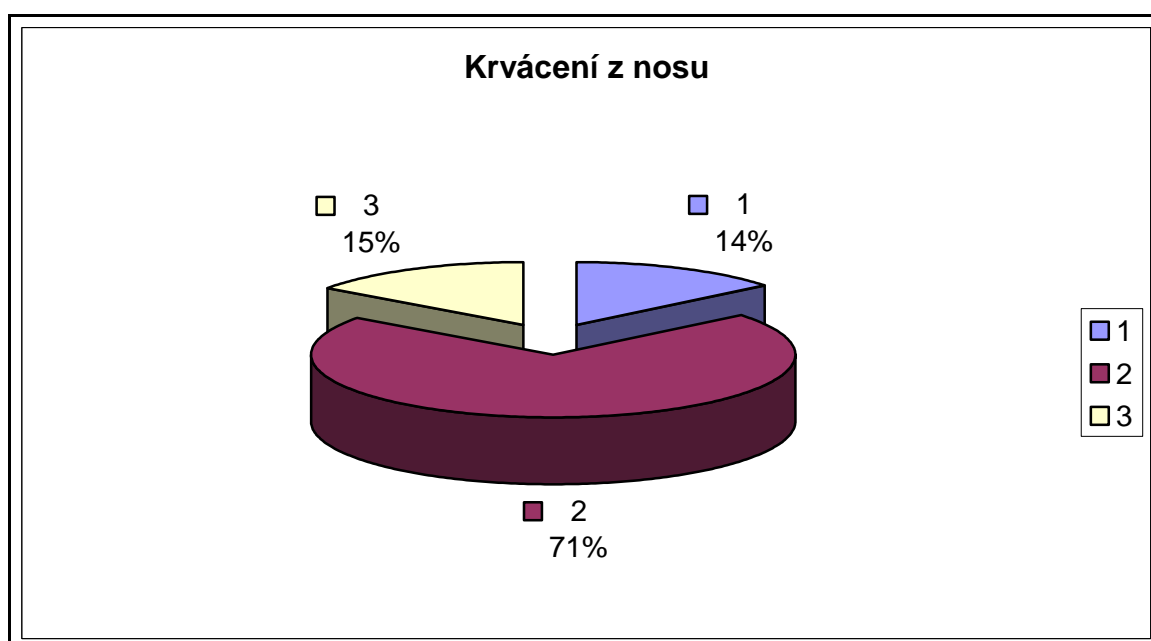
Graf 16 Zahájení KPR u dětí

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů na tuto otázku odpovědělo 70 (57,85 %) respondentů pěti stlačeními hrudníku a 51 (42,15 %) respondentů odpovědělo správně pěti vdechy.

Položka č. 17 Jak ošetříte dítě, dojde-li ke krvácení z nosu?

Tab. 17 Krvácení z nosu

Jak ošetříte dítě, dojde-li ke krvácení z nosu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Zakloníme hlavu, stiskneme kořen nosu, studený obklad na čelo a zátylek.	17	14%
2. Mírný předklon hlavy, stiskneme kořen nosu, studený obklad na čelo a zátylek.	86	71%
3. Mírný záklon hlavy, dutinu nosní ucpeme tamponem, stiskneme kořen nosu, studený obklad na čelo a zátylek.	18	15%
Celkem	121	100%



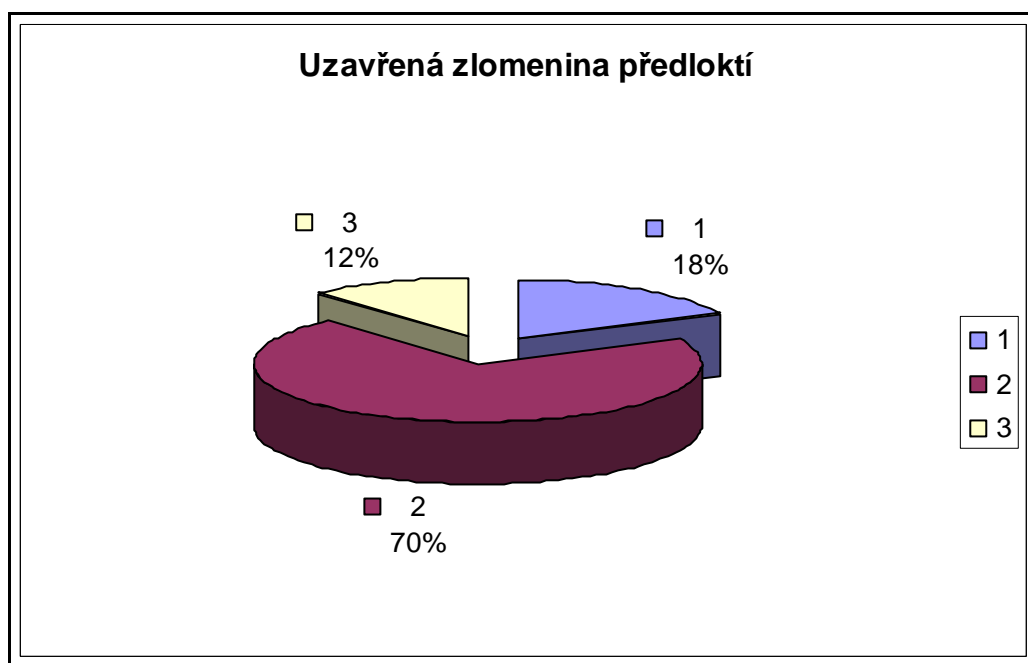
Graf 17 Krvácení z nosu

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů na otázku ohledně první pomoci u epistaxe uvedlo správnou odpověď 86 (71 %) respondentů, ti by zajistili předklon hlavy, stisk kořene nosu a přiložení obkladu, 18 (15 %) respondentů by provedlo mírný záklon hlavy, ucpání dutiny nosní tamponem, stisknutí kořene nosu a přiložili by studený obklad, 17 (14 %) respondentů by dítěti zaklonilo hlavu, stiskli by kořen nosu a přiložili studený obklad.

Položka č. 18 Máte u dítěte podezření na uzavřenou zlomeninu předloktí:

Tab. 18 Uzavřená zlomenina předloktí

Máte u dítěte podezření na uzavřenou zlomeninu předloktí:	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Končetinu znehybníme pod úhlem 90° za pomoci šátkového závěsu.	22	18%
2. Jako první končetinu zafixujeme alespoň pomocí improvizované dlahy, až poté znehybníme šátkovým závěsem.	85	70%
3. Necháme dítě, ať si samo zvolí úlevovou polohu a vyhledáme lékařské ošetření.	14	12%
Celkem	121	100%



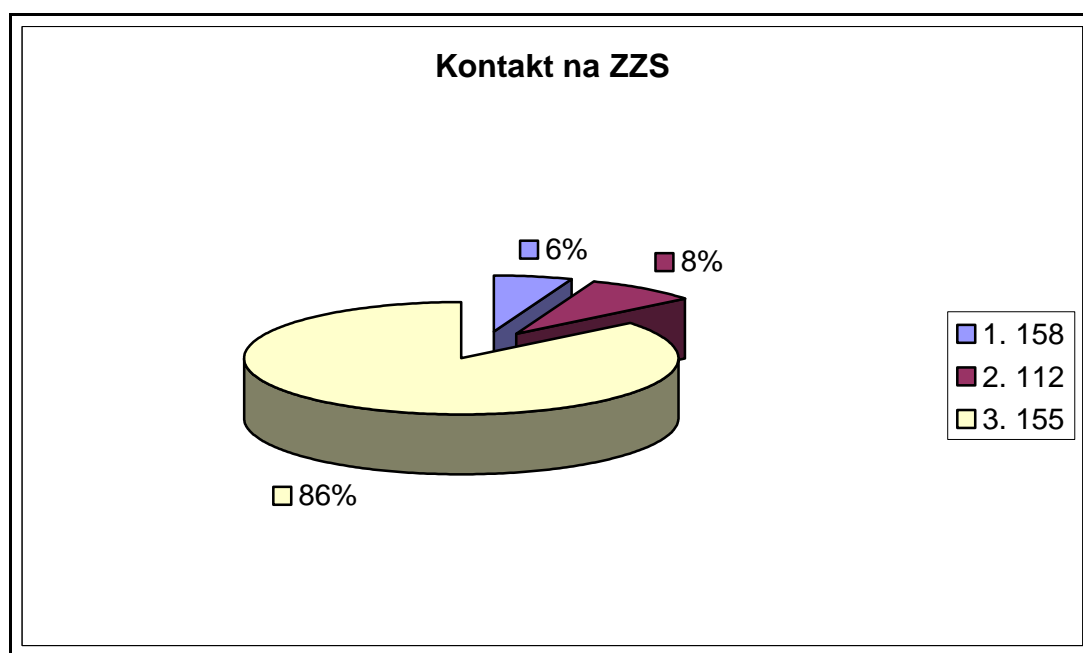
Graf 18 Uzavřená zlomenina předloktí

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů na otázku ohledně první pomoci u uzavřené zlomeniny předloktí 85 (70 %) respondentů, by použilo ke znehybnění improvizovanou dlahu, 22 (18 %) respondentů odpovědělo správně a končetinu by znehybnilo pod úhlem 90° pomocí šátkového závěsu, a 14 (12 %) respondentů by v rámci první pomoci nechalo dítě zaujmout úlevovou polohu.

Položka č. 19 Přímý kontakt na rychlou záchrannou službu je?

Tab. 19 Kontakt na ZZS

Přímý kontakt na rychlou záchrannou službu je?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. 158	7	6%
2. 112	10	8%
3. 155	104	86%
Celkem	121	100%



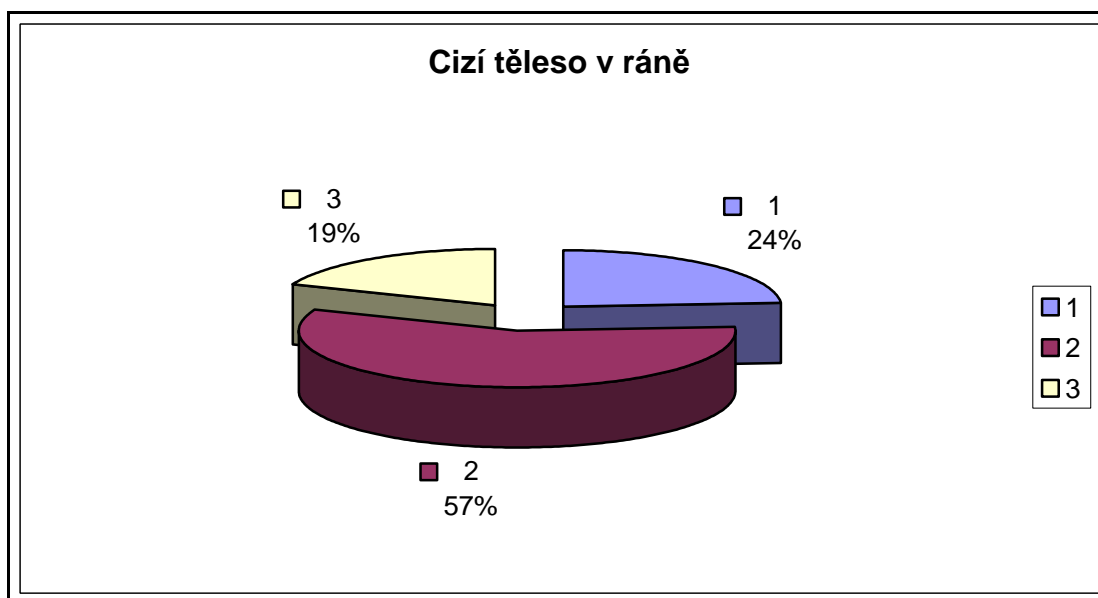
Graf 19 Kontakt na ZZS

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů odpovědělo 104 (86 %) respondentů správně a volalo by linku 155, 10 (8 %) respondentů by volalo linku 112 a 7 (6 %) respondentů by použilo telefonní číslo 158.

Položka č. 20 Jak ošetříte ránu se zaklíněným cizím tělesem (velká střepina skla, velká tříška...)?

Tab. 20 Cizí těleso v ráně

Jak ošetříte ránu se zaklíněným cizím tělesem (velká střepina skla, velká tříška...)?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Předmět šetrně vytáhneme, ránu zdezinfikujeme, sterilně obvážeme.	29	24%
2. Předmět necháme v ráně, okolí rány zdezinfikujeme, přiložíme sterilní krytí, obložíme těleso a obvážeme tak, abychom ho nevtačili	69	57%
3. Pokusíme se předmět vytáhnout, okolí rány zdezinfikujeme, přiložíme sterilní tlakový obvaz, abychom zabránili krvácení.	23	19%
Celkem	121	100%



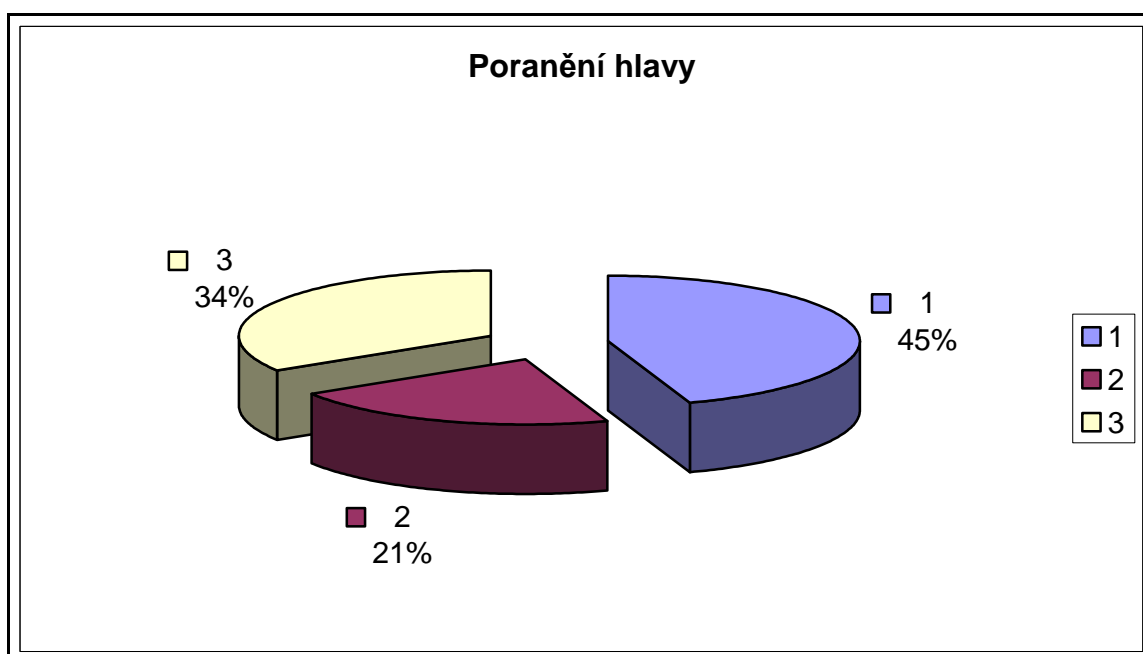
Graf 20 Cizí těleso v ráně

První pomoc při zaklínění cizího tělesa v ráně, z celkového počtu 121 (100 %) respondentů by 69 (57 %) respondentů postupovalo správně a předmět v ráně nechalo, ránu zdezinfikovalo a sterilně obvážalo tak, aby nebyl předmět vtačen hlouběji do rány, 29 (24 %) respondentů by předmět vytáhlo, ránu zdezinfikovalo a sterilně obvážalo, a 23 (19 %) respondentů by předmět vytáhlo, ránu zdezinfikovalo a tlakovým obvazem zabránilo krvácení.

Položka č. 21 Dítě spadne na hlavu je dezorientované, má bolesti hlavy a závrať:

Tab. 21 Poranění hlavy

Dítě spadne na hlavu je dezorientované, má bolesti hlavy a závrať:	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Dítě uklidníme, dáme do zvýšené polohy s oporou zad, kontrolujeme stav vědomí a neprodleně vyhledáme lékařské ošetření.	54	45%
2. Dítě uložíme do stabilizované polohy, kontrolujeme stav vědomí, pokud se stav nezlepší, zajistíme lékařské ošetření.	26	21%
3. Dítě položíme na záda s mírně podloženou hlavou, kontrolujeme stav vědomí a ihned přivoláme rychlou záchrannou službu.	41	34%
Celkem	121	100%



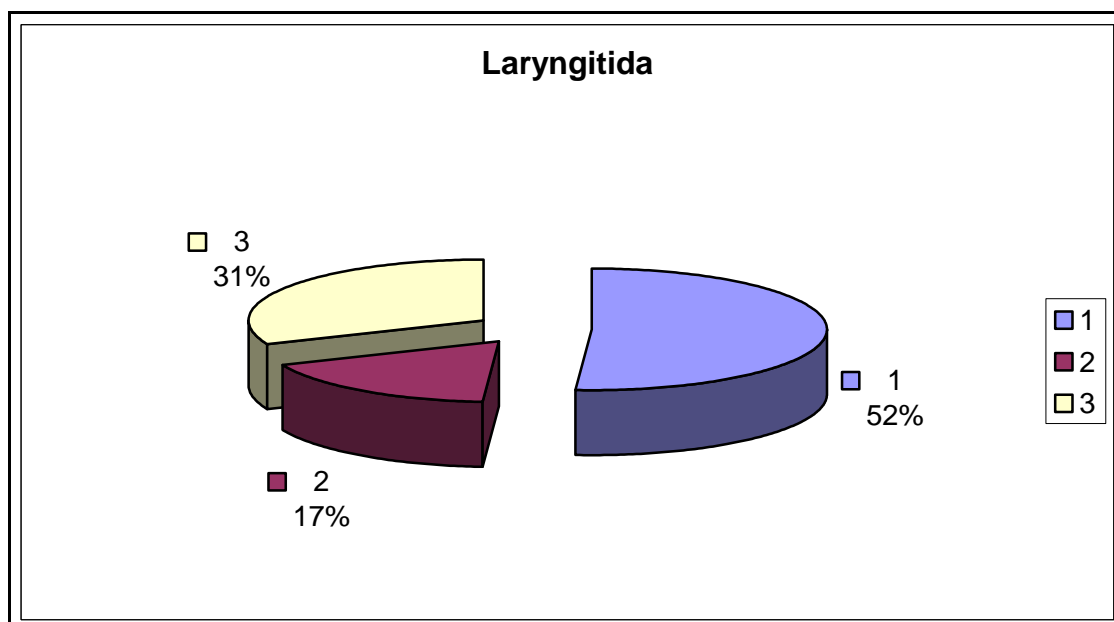
Graf 21 Poranění hlavy

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů na otázku ohledně první pomoci při úrazu hlavy by 54 (45 %) respondentů dítě uložilo do zvýšené polohy s oporou zad, kontrolovalo vědomí a volalo ZZS, 41 (34 %) respondentů odpovědělo správně, dítě by uložili na záda s mírně podloženou hlavou, kontrolovali by stav vědomí a přivolali ZZS a 26 (21 %) respondentů by dítě uložilo do stabilizované polohy, kontrolovalo stav vědomí a zajistilo lékařské ošetření.

Položka č. 22 Jak poskytnete první pomoc dítěti s podezřením na laryngitidu (zánět hrtanu)?

Tab. 22 Laryngitida

Jak poskytnete první pomoc dítěti s podezřením na laryngitidu (zánět hrtanu)?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Neprodleně přivoláme záchrannou službu, dítě vyneseme na vlhký, chladný vzduch, dítě vždy držíme ve zvýšené poloze, nepokládáme je na záda.	62	52%
2. Podáme kapky či sirup proti kašli, dítě vyneseme na chladný, čerstvý vzduch.	21	17%
3. Dítě uložíme do polosedu, zajistíme přívod čerstvého vzduchu, studený obklad na krk.	38	31%
Celkem	121	100%



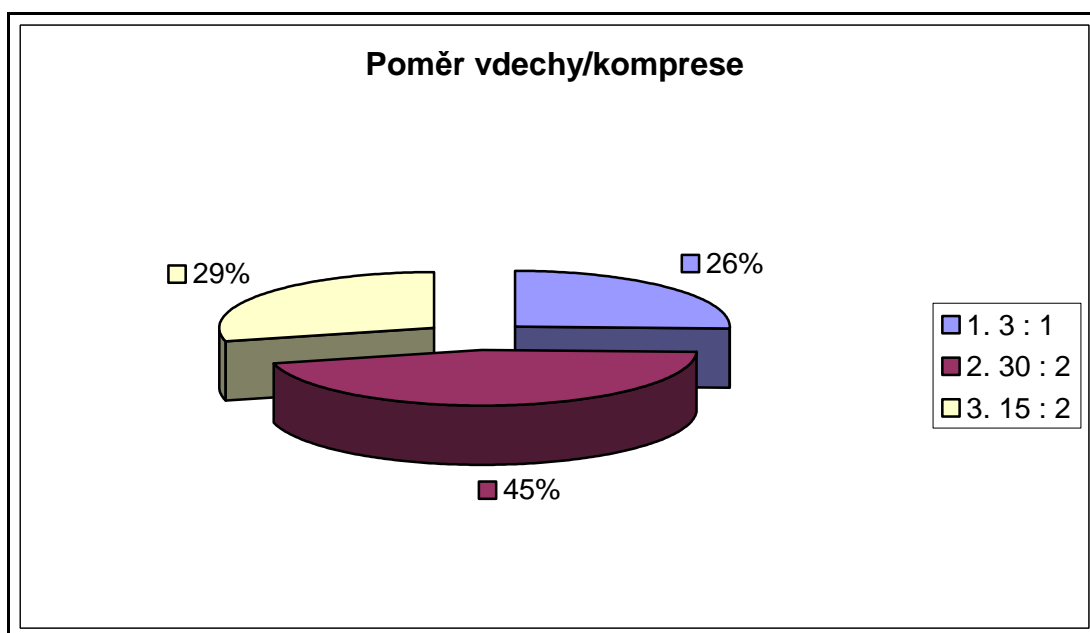
Graf 22 Laryngitida

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů na otázku ohledně první pomoci při laryngitidě by 62 (52 %) respondentů reagovalo správně a neprodleně volalo ZZS, vyneslo dítě na chladný vzduch a dítě drželo ve zvýšené poloze, 38 (31 %) respondentů by dítě uložilo do polosedu, zajistilo čerstvý vzduch a studený obklad na krk a 21 (17 %) respondentů by aplikovalo kapky proti kašli a zajistilo přívod chladného vzduchu.

Položka č. 23 Jaký je poměr stlačení a vdechů při KPR u dětí nad 1 rok?

Tab. 23 Poměr vdechy/komprese

Jaký je poměr stlačení a vdechů při KPR u dětí nad 1 rok?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. 3 : 1	31	26%
2. 30 : 2	55	45%
3. 15 : 2	35	29%
Celkem	121	100%



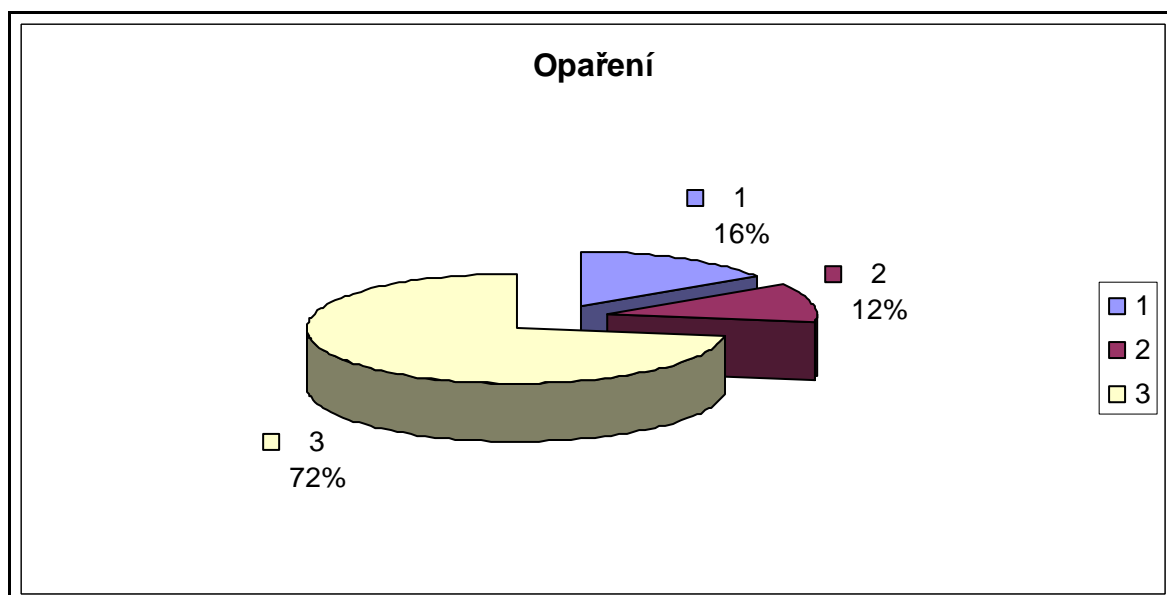
Graf 23 Poměr vdechy/komprese

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů byly reakce na otázku ohledně poměru stlačení a vdechů při KPR u dětí nad jeden rok následné. 55 (45 %) respondentů by postupovalo správně a uvedlo poměr 30 : 2, 35 (29 %) respondentů se domnívalo, že jde o poměr 15 : 2 a 31 (26 %) respondentů by použilo poměr 3 : 1.

Položka č. 24 Dítě si opařilo předloktí horkou tekutinou, co uděláte jako první?

Tab. 24 Opaření

Dítě si opařilo předloktí horkou tekutinou, co uděláte jako první?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Ihned voláme rychlou záchrannou službu.	19	16%
2. Postižené místo ošetříme přípravkem na popáleniny např. Panthenol spray.	14	12%
3. Odstraníme oděv nasáklý horkou tekutinou a začneme postižené místo chladit proudem studené vody - 10 až 20 min, poté sterilně překryjeme.	88	72%
Celkem	121	100%



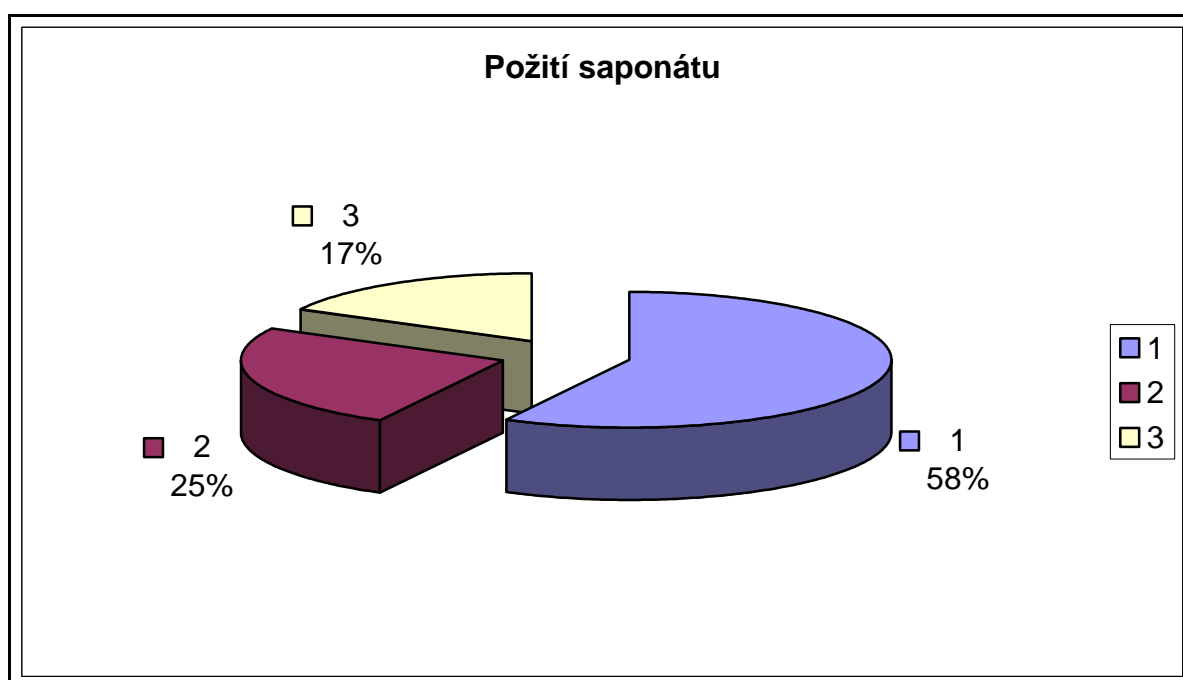
Graf 24 Opaření

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů na tuto otázku odpovědělo 88 (72 %) respondentů by správně odstranilo oděv nasáklý vodou a postižené místo by ihned dostatečně dlouho chladilo vodou, 19 (16 %) respondentů by jako prvotní postup volilo přivolání ZZS a 14 (12 %) respondentů by postižené místo ošetřilo sprejem na popáleniny.

Položka č. 25 Vaše dítě vypilo jar na nádobí:

Tab. 25 Požití saponátu

Vaše dítě vypilo jar na nádobí:	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Ihned vyvoláme zvracení a neprodleně voláme rychlou záchrannou službu.	70	58%
2. Raději nikdy nevyvoláváme zvracení - může postižené dítě ještě více ohrozit.	30	25%
3. Zvracení vyvoláme pouze v případě, že dítě požilo větší množství přípravku.	21	17%
Celkem	121	100%



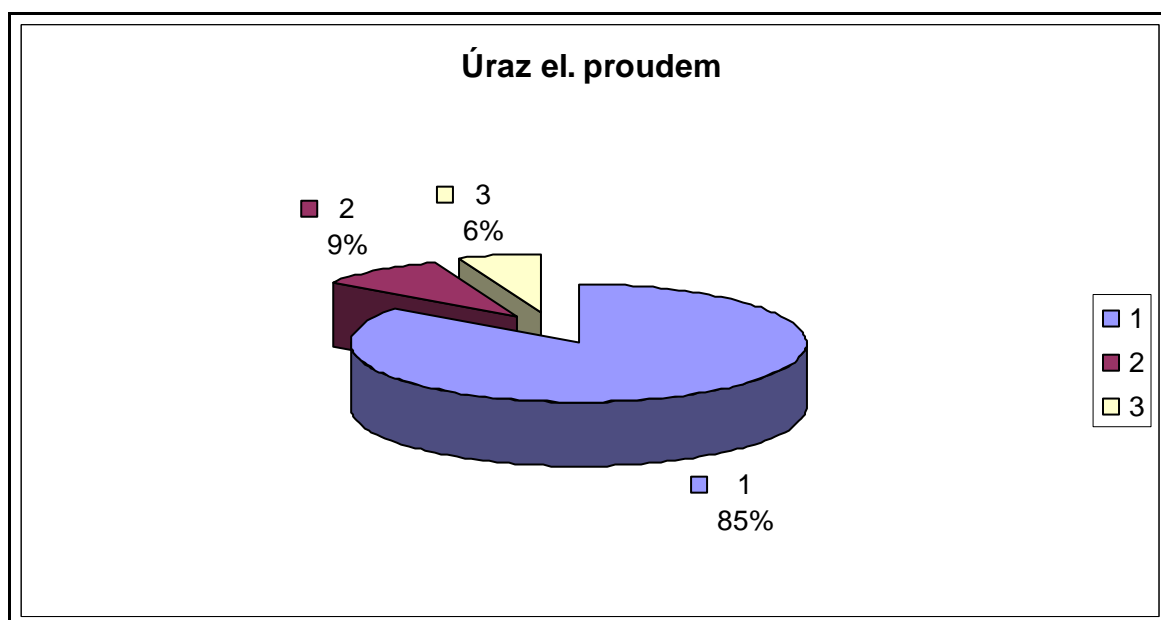
Graf 25 Požití saponátu

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů, by dotazovaní postupovali následně. 70 (58 %) respondentů by ihned vyvolalo zvracení a volalo ZZS, 30 (25 %) respondentů by postupovalo správně a nevyvolávalo zvracení vůbec, 21 (17 %) respondentů by vyvolalo zvracení, pouze v případě, že dítě požilo větší množství saponátu.

Položka č. 26 Co uděláte jako první věc, dojde-li k úrazu elektrickým proudem?

Tab. 26 Úraz el. proudem

Co uděláte jako první věc, dojde-li k úrazu elektrickým proudem?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Přerušíme působení elektrického proudu, zkontrolujeme, zda dítě dýchá, případně zahájíme kardiopulmonální resuscitaci.	103	85%
2. V případě potřeby zahájíme kardiopulmonální resuscitaci a přerušíme zdroj elektrického proudu.	11	9%
3. Zkontrolujeme dech a puls, přerušíme zdroj elektrického proudu, ošetříme popáleniny.	7	6%
Celkem	121	100%



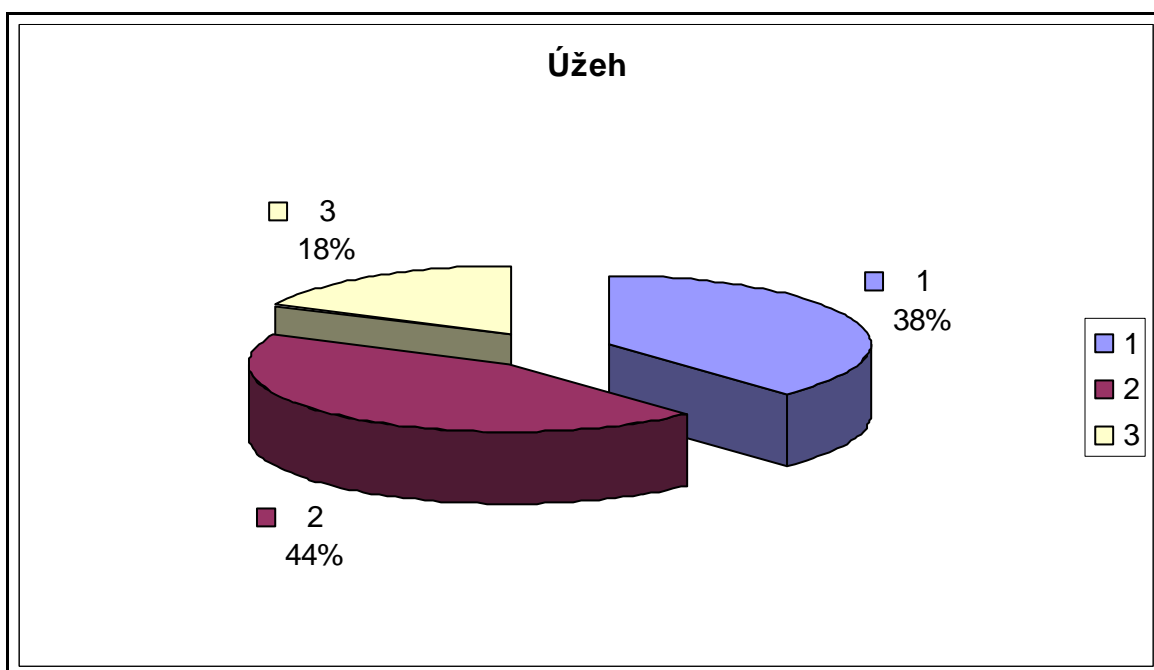
Graf 26 Úraz el. Proudem

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů odpovědělo na zadání otázky následovně – 103 (85 %) respondentů uvedlo správnou odpověď nejprve by přerušilo působení elektrického proudu, zkontrolovalo vitální funkce, případně zahájilo KPR, 11 (9 %) respondentů by v případě potřeby zahájilo KPR, následně přerušilo zdroj působení elektrického proudu a 7 (6 %) respondentů by zkontrolovalo vitální funkce, přerušilo zdroj a ošetřilo popáleniny.

Položka č. 27 Co uděláme jako první u dítěte se známkami úžehu?

Tab. 27 Úžeh

Co uděláme jako první u dítěte se známkami úžehu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Zajistíme dostatečný příjem chladných tekutin.	46	38%
2. Uložíme dítě do stínu.	53	44%
3. Přiložíme studený obklad na čelo, krk a končetiny.	22	18%
Celkem	121	100%



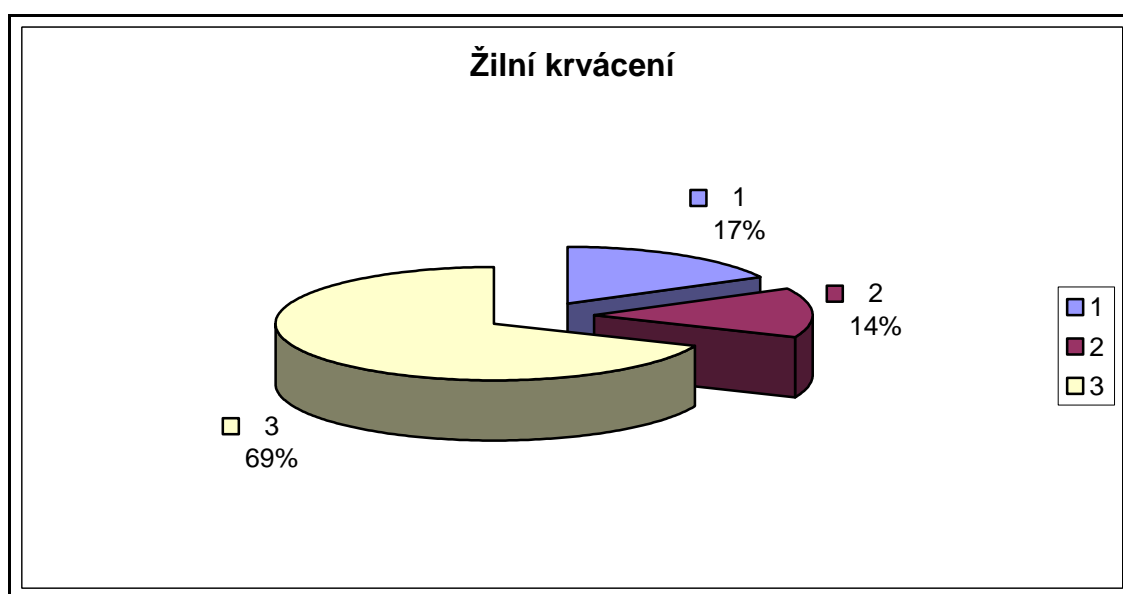
Graf 27 Úžeh

Z celkového počtu 121 (100%) respondentů by 53 (44 %) respondentů reagovalo správně a jako první by uložilo dítě do stínu, 46 (38 %) respondentů by při známkách úžehu nejprve dítěti zajistilo dostatek tekutin, a 22 (18 %) respondentů by dítě chladilo obklady.

Položka č. 28 Při úrazu došlo k tržné ráně v oblasti zápěstí, z rány volně vytéká tmavá krev:

Tab. 28 Žilní krvácení

Při úrazu došlo k tržné ráně v oblasti zápěstí, z rány volně vytéká tmavá krev:	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Dítě položíme na záda, ránu převážeme sterilním obinadlem, kontrolujeme stav vědomí, zajistíme lékařské ošetření.	21	17%
2. Dítě posadíme nebo položíme, ránu přelepíme prodyšnou náplastí, pokud krvácení ustane, není nutné vyhledat lékařské ošetření.	17	14%
3. Dítě položíme na záda, postiženou končetinu zvedneme do výšky, přiložíme tlakový obvaz, kontrolujeme, zda dítě dýchá a zajistíme lékařské ošetření.	83	69%
Celkem	121	100%



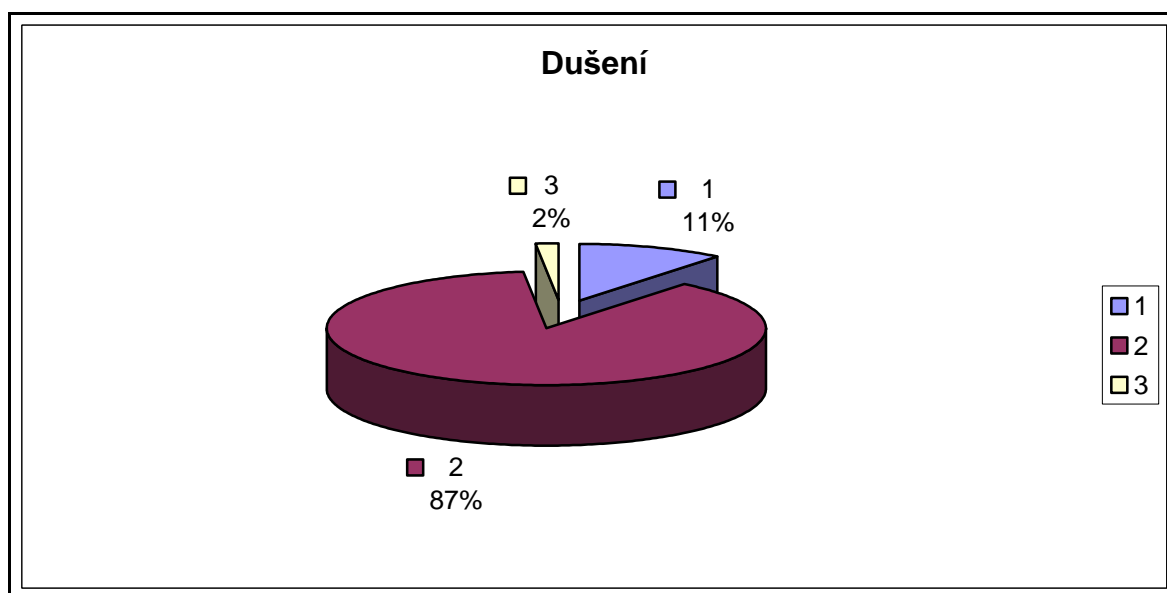
Graf 28 Žilní krvácení

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů by u žilního krvácení 83 (69 %) respondentů postupovalo správně a dítě položilo na záda, končetinu zvedlo do výšky, použilo tlakový obvaz, kontrolovalo životní funkce a zajistilo lékařské ošetření, 21 (17 %) respondentů by dítě položilo na záda, ránu sterilně převázalo, kontrolovalo stav vědomí a zajistilo lékařské ošetření, 17 (14 %) respondentů by dítě položilo či posadilo, ránu přelepilo náplastí a zajistilo lékařské ošetření u nezvládnutelného krvácení.

Položka č. 29 Ročnímu dítěti zaskočilo sousto jídla, drží se za krk a začíná mu ochabovat dech:

Tab. 29 Dušení

Ročnímu dítěti zaskočilo sousto jídla, drží se za krk a začíná mu ochabovat dech:	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Posadíme si dítě na klín, obejmeme ho ze zadu a oběma rukama provedeme prudké stlačení nadbřišku proti sobě.	13	11%
2. Dítě si položíme na předloktí, otočíme hlavou i obličejem dolů a opakovaně plochou dlaní udeříme mezi lopatky.	106	87%
3. Dítě položíme na tvrdou podložku, zkontrolujeme dutinu ústní, provedeme záklon hlavy a zahájíme resuscitaci.	2	2%
Celkem	121	100%



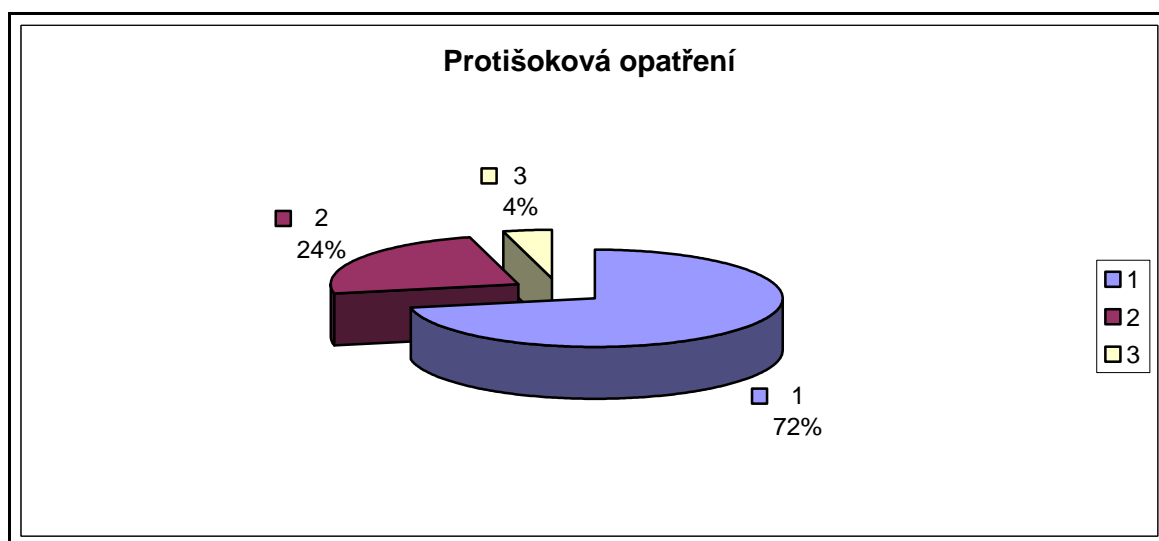
Graf 29 Dušení

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů by 106 (87 %) respondentů postupovalo správně a dítě položilo na předloktí, obličejem dolů a provedlo opakovaně úder mezi lopatky, 13 (11 %) respondentů by si dítě posadilo na klín, objalo ho ze zadu rukama a prudce stlačilo nadbříšek proti sobě, 2 (2 %) respondenti by zahájili kardiopulmonální resuscitaci.

Položka č. 30 Co musíte udělat, abyste předešli šokovému stavu (např. u velkého krvácení, rozsáhlých popálenin)?

Tab. 30 Protišoková opatření

Co musíte udělat, abyste předešli šokovému stavu (např. u velkého krvácení, rozsáhlých popálenin)?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Ošetříme prvotní poranění, snažíme se udržet optimální tělesnou teplotu, tekutiny nepodáváme, pouze svlažujeme rty, tišíme bolest, zajistíme tiché prostředí, transportujeme do nemocnice.	87	72%
2. Zajistíme přiměřené teplo, tišíme bolest, zajistíme tiché prostředí, podáváme po troškách tekutiny, transportujeme do nemocnice.	29	24%
3. Zajistíme tiché prostředí, tlumíme pocit žízně, tišíme bolest a co nejrychleji zajistíme transport do nemocnice.	5	4%
Celkem	121	100%



Graf 30 Protišoková opatření

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů by 87 (72 %) respondentů správně ošetřilo prvotní poranění a zajistilo protišoková opatření, 29 (24 %) respondentů by nejprve zajistilo protišoková opatření a podalo po troškách tekutiny a 5 (4 %) respondentů by zajistilo protišoková opatření ovšem s opomenutím kontroly tělesné teploty.

DISKUSE

Průzkumného šetření se zúčastnilo 121 respondentů. V úvodu dotazníku jsem se zaměřila na identifikační údaje dotazovaných respondentů. Více než polovinu respondentů tvořili rodiče spadající do věkové kategorie 31–40 let (64 %), což si myslím, že je optimální věk pro výchovu malého dítěte. Člověk v tomto věku by měl mít už určitý životní nadhled, zkušenosti, stálé zaměstnání, sociální jistoty a hlavně dostatek energie. Naopak nejméně početnou skupinu tvořili respondenti ve věku 41–50 let (10 %) a nad 51 let (6 %). Dotazník vyplnilo 102 (85 %) žen, což bylo dáno pravděpodobně tím, že většinou v dětských zařízeních přicházíme do kontaktu s maminkami dětí, muži měli zastoupení pouze 18 respondenty (15%). Dále mne zajímalo vzdělání respondentů, jak ukazuje tabulka a graf 3. Největší zastoupení měli respondenti se středním a vyšším vzděláním, 62 (51 %) rodičů mělo vzdělání středoškolské, 43 (43 %) rodičů mělo vzdělání vysokoškolské.

Mým prvním cílem bylo zjistit zdroje získaných informací v poskytování první pomoci a zájem o vzdělávání se v této oblasti. Docela mne překvapilo zjištění, že 84 (69 %) respondentů uvedlo ve škole a 19 (16 %) respondentů v zaměstnání, z této skutečnosti vyplývá, že jde spíše o splnění povinnosti, než o aktivní přístup a zájem o tuto problematiku. V mém předpokladu jsem se utvrdila při vyhodnocení následující položky, kde měli respondenti uvést, kdy naposled absolvovali školení či kurz PP, 34 (28 %) respondentů prošlo školicí akcí před více než 11 lety a 13 (11 %) respondentů nikdy, k obdobnému údaji se dopracoval ve své bakalářské práci na Jihočeské univerzitě J. Rybáček, kde 38 % respondentů si nevzpomíná vůbec, kdy školením PP prošlo, a 34 (28 %) respondentů naopak navštívilo školicí akci v posledních dvou letech, toto zjištění není nijak chvályhodné, čekala jsem větší zájem o vzdělávání se, ale pořád je tento výsledek uspokojivější ve srovnání se zjištěním J. Rybáčka, který při vyhodnocování získaných dat zjistil, že se pravidelně zúčastňuje školení pouze 8 % respondentů. V otázce číslo 6 mne zajímalo, zda umí rodiče správně poskytnout PP, pouze 17 (14 %) respondentů je přesvědčeno, že PP ovládá, 47 (40 %) respondentů se domnívá, že asi ano a většina respondentů v počtu 57 (46 %) uvedla možnost nevím, spíše ne nebo ne. Vzhledem k tomu, že většina respondentů se o problematiku první pomoci aktivně nezajímá, dalo se očekávat, že dotazovaní budou váhat či odpovídat záporně. Dalším neočekávaným zjištěním bylo vyhodnocení položky číslo 7, celých 84 (69 %) respondentů uvedlo, že nikdy neposkytovalo PP, později na školicí akci, kterou jsem pořádala pro rodiče, jsem pro velký zájem probírala i jednotlivé položky uvedené v dotazníku a dozvěděla jsem se, že mnozí nepovažovali za úraz, tak „banální“ věci,

jako je odřenina kolene, krvácení z nosu, nevolnost při úžehu atd., většinou si tuto otázku dali do spojitosti s náhlými příhodami, jako je zástava dechu a oběhu, šokové stavy nebo rozsáhlé popáleniny. Pouze 37 (31 %) respondentů uvedlo kladnou odpověď ohledně poskytování PP. K obdobnému závěru dospěli i studenti J. Rybáček z Jihočeské univerzity a J. Machalová z Masarykovy univerzity, kteří zjistili, že 69 % respondentů (Rybáček) a 48 % respondentů (Machalová) nikdy neposkytovalo PP. V otázce číslo 8 se měli respondenti vyjádřit, zda mají zájem o pořádání vzdělávacích akcí pro veřejnost, 115 (95 %) respondentů zájem projevilo, to svědčí o odpovědnosti a možné reakci v souvislosti s položkou č. 6, kdy respondenti rozpačitě reagovali na otázku, zda umí správně poskytnout PP.

Mým druhým cílem bylo zjistit, zda se rodiče zaměřují na prevenci proti úrazům. K tomuto cíli se vztahovaly položky číslo 9–15. Na otázku, zda si rodiče ověřují bezpečnost prostředí, když svěří dítě na hlídání, odpovědělo 88 (72 %) respondentů, že zcela důvěřují osobě, které bylo dítě svěřeno. Domnívám se, že rodiče svěřují své dítě pouze lidem (babičkám či kamarádkám), které dobře znají, a kteří mu dokáží přizpůsobit prostředí a do určité míry si zorganizovat svůj volný čas tak, aby se mohli dítěti věnovat. Bezpečnost prostředí si vždy ověřuje 31 (26 %) a pouze 2 (2 %) respondenti tuto záležitost neřeší vůbec. Na položku číslo 10 ohledně bezpečného uložení chemických přípravků mělo 65 (53 %) respondentů uloženo chemikálie bezpečně v uzamčené skříňce či dostatečné výšce, což je naprosto chvályhodné, domnívala jsem se, že tuto variantu zvolí daleko méně respondentů, 36 (30 %) respondentů spoléhalo na bezpečnostní uzávěry a 20 (17 %) respondentů uvedlo, že mají chemikálie dostupně s tím, že je dítě poučeno. Tuto variantu uváděli rodiče starších dětí, které již navštěvují mateřskou školu, sice rodiče znají své dítě nejlépe, ale je jen na jejich uvážení, zda chemické přípravky před dětmi nezabezpečit důsledněji. V publikaci *Dětské otravy*, kterou vydalo Toxikologické centrum, dospěli k závěru, že ze 70 % nejčastěji k dětským otravám dochází v kuchyni a z 9 % v koupelně, i z této studie vyplývá, že je opravdu nezbytné bezpečné uložení nebezpečných přípravků. Následující položka číslo 11 byla zaměřena na výskyt jedovatých rostlin v domácnosti. Z odpovědí je vidět, že rodiče v tomto směru dbají preventivních opatření, protože 102 (84 %) respondentů uvedlo zápornou odpověď, 10 (8 %) respondentů má jedovaté rostliny mimo dosah dítěte, 1 (1 %) respondent dítě poučil a 8 (7 %) neví, zda má v domácnosti jedovaté rostliny. Je dobře, že si rodiče uvědomují riziko a raději si jedovatými rostlinami domácnost nevybavují, pro srovnání studentka Jihočeské univerzity J. Čepilová ve své bakalářské práci do-

spěla k obdobnému výsledku a uvádí, že 80,8 % respondentů v domácnosti jedovaté rostliny nepěstuje. Velmi mne potěšily reakce na otázku číslo 12, že rodiče komunikují s dětmi o rizicích úrazu, aby si dítě vytvořilo dobré návyky a samo tak dokázalo předcházet rizikovým situacím. Celkem 110 (91 %) rodičů hovoří s dítětem o preventivních opatřeních. Otázka číslo 13 se týkala osobní vybavenosti respondentů ochrannými pomůckami. Bohužel 111 (92 %) dotazovaných nenesí při sobě žádné ochranné pomůcky, což je v dnešní době docela riskantní, pravděpodobně lidé nepočítají s tím, že zrovna oni by mohli být ti, co se ocitnou v situaci, kdy budou muset pomoci druhému a přitom budou riskovat své vlastní zdraví. Většinou až člověk takovou zkušenost sám zažije, až poté si uvědomí, jak riskuje a jakou hodnotu má zdraví. V položce číslo 14 jsem vyhodnocovala, v jakém rozsahu rodiče využívají bezpečnostní pomůcky bránící úrazu dítěte v domácnosti - výsledky jsou přehledně zdokumentovány v tabulce a grafu číslo 14. Domnívám se, že v dnešní době vychází pro maminky docela velké množství časopisů, ve kterých nabízejí výrobci různé bezpečnostní pomůcky od protiskluzných podložek do vany, bezpečnostních ohrádek atd. Z odpovědí bylo patrné, že většina respondentů využívá bezpečnostní pomůcky, největší využití měly bezpečnostní kryty zásuvek, ty používá 104 respondentů, zářky proti otevření oken uvedlo 41 respondentů, ovšem na druhou stranu 25 respondentů uvedlo, že nevyužívá žádné bezpečnostní pomůcky. V položce číslo 15 jsem zjišťovala, zda respondenti vědí, jak předejít u dítěte vzniku febrilních křečí, i když jsem v dotazníku přímo uvedla, že jde o křeče, které mohou u dítěte vzniknout při horečce nad 38 °C, i přesto 26 (21 %) respondentů by si nevědělo rady, 63 (53 %) respondentů by podalo léky proti horečce, zde navíc uvedli správně i konkrétní léky, 21 (17 %) respondentů by aplikovalo zábal, možnost jiného řešení, kde se mohli respondenti písemně vyjádřit, nevyužil nikdo. Horečnaté stavy nejsou u dětí ničím zvláštním, proto by rodiče měli znát možnosti jak předejít febrilním křečím. S výsledkem vyhodnocení této položky jsem nebyla spokojená, proto jsem se této problematice věnovala i v rámci školení PP, které bylo výstupem mé bakalářské práce.

Cílem číslo 3 bylo zjistit úroveň základních znalostí potřebných k poskytnutí první pomoci. Vyhodnocení jsem provedla na základě znalostního testu, který obsahoval celkem 15 otázek. Celková úspěšnost znalostního testu byla 73 %, což nepovažuji za úspěch, vzhledem k tomu, že se jednalo opravdu o základní znalosti v poskytování PP u dětí, které by měl každý rodič ovládat. Vyhodnocení testu jsem srovnala s výsledky studentů J. Rybáčka, ten měl úspěšnost testu 75,5 % a J. Machalové, která měla úspěšnost 73,5%, vyhodnocení testu je v podstatě, co do úspěšnosti, totožné. Respondenti docela zásadním

způsobem projeví neznalosti v položce číslo 16., kde chybně 70 (58 %) respondentů uvedlo, že KPR u dětí zahájí komprese hrudníku, další chybně zodpovězená otázka byla číslo 18, kde jsem zjišťovala, jak ošetří uzavřenou zlomeninu předloktí, která patří k poměrně častým úrazům u dětí, pouze 22 (18 %) respondentů správně uvedlo fixaci pomocí šátkového závěsu pod úhlem 90°, 85 (70 %) dotazovaných by končetinu zpevnilo improvizovanou dlahou, což není úplně správný postup, ale je to také jedna z možností. Dále respondenti pochybili v položce číslo 21, která se týkala pádu dítěte na hlavu. Jsem přesvědčená, že typ tohoto úrazu je rovněž poměrně běžný, přesto 54 (45 %) respondentů chybně odpovědělo a uložilo by dítě do zvýšené polohy s oporou zad, 26 (21 %) respondentů by volilo stabilizovanou polohu a správně by postupovalo pouze 41 (34 %) dotazovaných, kteří by dítě uložili na záda a mírně podložili hlavu. V položce číslo 25 je velmi důležité, aby rodiče věděli, jak mají správně poskytnout PP, otázka se týkala PP při požití saponátu, nesprávně odpovědělo 70 (58 %) rodičů, což je opravdu velký počet, domnívali se, že správně poskytnou PP tím, když ihned vyvolají zvracení, tím ale mohou dítě přímo ohrozit na životě.

Naopak některé položky zodpověděli velmi dobře např. položku číslo 26, kde měli odpovědět, co by jako první udělali při úrazu elektrickým proudem, 103 (85 %) respondentů by reagovalo správně a přerušilo by zdroj působení, rovněž položka číslo 29, která se týkala PP při dušení, měla velkou procentuální úspěšnost. Správně reagovalo 106 (87 %) respondentů, jak správně uvedli, dítě by si položili obličejem dolů na předloktí a opakovaně by provedli úder mezi lopatky.

Jak už jsem předeslala, znalostní test nedopadl nejlépe, u některých otázek respondenti předvedli dobré znalosti, naopak v mnohých chybovali. V jeslích, kde pracuji, mně většinou rodiče odevzdávali vyplněné dotazníky osobně a konkrétně chtěli vědět, v čem chybovali. I tato reakce respondentů mne utvrdila v tom, že jsem udělala dobře a rozhodla se pro zorganizování přednášky na téma PP u dětí pro laickou veřejnost. Prostudovala jsem spoustu materiálů týkající se PP u dětí a v prosinci 2011 jsem se zúčastnila konference, která se týkala resuscitace a použití automatické externí defibrilace v praxi – certifikát o absolvování konference je uveden v příloze P IV. Začátkem letošního roku jsem vytvořila pozvánku na školení, které se týkalo právě problematiky prevence a úrazů u dětí. Toto školení bylo určeno zájemcům z řad rodičů, jejichž děti navštěvují naše zařízení. Pozvánka je uvedena jako příloha P II.

Školicí akce byla pořádána 10. 2. 2012 v prostorách městských jeslí ve Zlíně v době od 16.00–17.30 hodin, pro malé prostory bylo množství účastníků omezeno na 15 osob. S pořádáním akce a se samotnou přednáškou mně vypomohl můj manžel, který je akreditovaným instruktorem první pomoci MŠMT. Účastníci byli informováni o prevenci a předcházení úrazů, o tom, jak správně komunikovat s operačním střediskem a samozřejmě o zásadách poskytování PP u nejčastějších úrazů u dětí. Podle ohlasů byl velkým přínosem samotný nácvik modelových situací, kde si účastníci kurzu mohli vyzkoušet, jak by to mohlo vypadat v reálné podobě. V průběhu školení vládla přátelská atmosféra, rodiče byli vstřícní, aktivní, zapojovali se do diskuse. Závěrem, jako poděkování, si každý odnesl pro svou osobní ochranu chirurgické rukavice a ochrannou roušku na obličej. Fotodokumentace ze školicí akce je uvedena v příloze P III.

ZÁVĚR

Ovládat základy první pomoci by mělo být samozřejmostí pro každého z nás. Vždyť i my se můžeme stát tím „postiženým“ a doufat v brzkou a hlavně správně poskytnutou pomoc. Většinou si hodnotu života uvědomíme až ve chvíli, kdy jde o naše vlastní zdraví, či zdraví někoho blízkého.

Bakalářská práce se zabývá nejčastějšími úrazy u dětí do 6 let. V teoretické části je charakterizována první pomoc, její cíle, dělení. Jsou zde rovněž zmíněny nejčastější úrazy u dětí. V praktické části jsou prezentovány výsledky průzkumného šetření, jehož cílem bylo zjistit zájem o vzdělávání se v oblasti první pomoci, zda rodiče dbají preventivních opatření, chrání své děti před rizikem úrazu a zda mají potřebné vědomosti ohledně poskytování první pomoci u dětí.

Prvním cílem bylo zjistit, odkud respondenti čerpají vědomosti o PP a zda mají vůbec zájem vzdělávat se v této oblasti. Za nedostatečné považuji fakt, že převážná většina respondentů se účastnila kurzu kdysi dávno ve škole a byla proškolená před více než pěti lety nebo vůbec. Naopak pozitivně hodnotím, že téměř všichni projevíli zájem a přivítali by více dostupných vzdělávacích akcí pro veřejnost.

Mým druhým cílem bylo zmapovat, zda se rodiče zaměřují na prevenci dětských úrazů. Domnívám se, že dítě nemusíme nějak zvlášť omezovat v jeho hrách, pouze musíme zajistit bezpečné podmínky ke hře a vytyčit určité mantinely, aby si uvědomilo, co je dobře a co špatně. Z průzkumného šetření jsem zjistila, že rodiče mají snahu zajistit dětem bezpečný domov, využívají bezpečnostní pojistky a řeší s dětmi možné nepředvídatelné situace. Naopak rodiče, kteří mají již větší dítě v předškolním věku, vhodných bezpečnostních pomůcek nevyužívají, a tím samozřejmě zvyšují riziko úrazu.

Třetím cílem bylo zjistit úroveň základních znalostí v poskytování první pomoci u dětí. Na základě vyhodnocení znalostního testu, jehož úspěšnost byla pouze 73 %, se potvrdily nedostatky ohledně vědomostí v oblasti PP, možná právě nyní si mnozí respondenti uvědomili důležitost pravidelného vzdělávání!

Výstupem mé bakalářské práce bylo zorganizovat školení pro rodiče ohledně základních postupů v poskytování první pomoci u dětí. Podle ohlasů jsem přesvědčená, že školení bylo přínosem pro všechny zúčastněné, velmi pozitivně rodiče hodnotili možnost nácviku modelových situací, při kterých měli možnost přiblížit se reálné situaci, získat určitou

zručnost a zkušenost. Mimo jiné účastníci školení rovněž kladně ohodnotili místo konání, dobu, celkovou atmosféru a především dostatek času na praktický nácvik a opakování. Jsem přesvědčená, že si účastníci odnesli cenné poznatky a zkušenosti, které snad nebudou muset nikdy uplatnit v praxi a pokud přece, tak věřím, že pravidelným samostudiem či absolvováním obdobných kurzů si s nelehkou situací správně a pohotově poradí.

Motto: „První pomoc, jsou dvě holé ruce, zdravý selský rozum a dobrá vůle pomoci druhému člověku.“

(Srnský, 2007)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

BAUMANOVÁ, Michaela et al., 2007. *Hygiena, bezpečnost a ochrana zdraví při práci, první pomoc pro praxi ve zdravotně sociální péči*. Praha: EV public relations, 73 s. ISBN 978-80-254-0176-7.

BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr a Valérie TÓTHOVÁ, 2005. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 146 s. ISBN 80-7013-416-X.

BERÁNKOVÁ, Monika, FLEKOVÁ, Anna a Blanka HOLZHAUSEROVÁ, 2007. *První pomoc pro střední zdravotnické školy*. 2. aktualit. vyd. Praha: Informatorium, 203 s. ISBN 978-807333-054-5.

BULÍKOVÁ, Táňa, 2011. *Medicína katastrof*. Martin: Osveta, 392 s., 16 s. obr. příl. ISBN 978-80-8063-361-5.

BYDŽOVSKÝ, Jan, 2004. *První pomoc*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 75 s. Zdraví & životní styl. ISBN 80-247-0680-6.

BYDŽOVSKÝ, Jan, 2011. *Předlékařská první pomoc*. Vyd. 1. Praha: Grada, 117 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2334-1.

BYDŽOVSKÝ, Jan, 2010. *Tabulky pro medicínu prvního kontaktu: záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem*. Vyd. 1. Praha: Triton, 239 s. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-351-6.

DOSTÁLOVÁ, Jitka, 2005. *První pomoc I*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 118 s. ISBN 80-7042-356-0.

DOSTÁLOVÁ, Jitka a Jitka ZEMANOVÁ, 2008. *První pomoc. I. díl. 2.* přeprac. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 130 s. ISBN 978-80-7368-603-1.

GREGORA, Martin, 2004. *První pomoc u dětí*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 68 s. Žijeme s dětmi; sv. 4. ISBN 80-204-1064-3.

HASÍK, Juljo, 2008. *Kardiopulmonální resuscitace v první pomoci*. 2.rozš. vyd. Praha: Červený kříž, 49 s. ISBN 978-80-254-3162-7.

KELNAROVÁ, Jarmila et al., 2007. *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 109 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2182-8.

- KELNAROVÁ, Jarmila et al., 2007. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 183 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2183-5.
- MADIAN, Avis a Kai MATTHIEßEN, 2007. *První pomoc na cestách*. 1. vyd. Praha: Grada, 95 s. Aktivní dovolená. ISBN 978-80-247-1878-1.
- MICHALSKÝ, Rudolf, 2009. *Kapitoly z obecné traumatologie, traumatologie končetin a první pomoci studující ošetrovatelství*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetrovatelství, 81 s. ISBN 978-80-7248-538-3.
- NEMCOVÁ, Jana a Edita HLINKOVÁ et al., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Vyd. 1. Martin: Osveta, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- OLCHAVA, Petr, 2007. *Zdravé a nemocné dítě: od početí do puberty*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 255 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-1847-7.
- PETRŽELA, Michal, 2007. *První pomoc pro každého*. Vyd. 1. Praha: Grada, 77 s. ISBN 978-80-247-2246-7.
- PLINTOVIČ, Michal a Antonín BAŘINKA, 2005. *První pomoc: úvod do cestovní a horské medicíny*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 94 s. Skripta. ISBN 80-244-0994-1.
- PSENNEROVÁ, Sabina, 2007. *Praktická cvičení z první pomoci*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 72 s. ISBN 978-80-7368-463-1.
- SCHEINAROVÁ, Adolfa, 2004. *První pomoc*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita palackého, 83 s. Skripta. ISBN 80-244-0849-X.
- SRNSKÝ, Pavel, 2007. *První pomoc u dětí*. 3. přeprac. vyd. Praha: JS Press, 99 s. ISBN 978-80-87036-22-8.
- STELZER, Jiří a Lenka CHYTILOVÁ, 2007. *První pomoc pro každého*. Vyd. 1. Praha: Grada, 115 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2144-6.
- STOPARD, Miriam, 2005. *První pomoc malým dětem*. V Praze: Slováry, 64 s. ISBN 80-7209-677-X.
- TOŠOVSKÝ, V., Václav et al., 2006. *Chraňme děti před úrazy*. Praha: ALFA-OMEGA, 191 s. ISBN 80-863118-79-6.
- TRAPANI, Gianfranco a kol., 2006. *První pomoc a zdraví dítěte*. Vyd. 1. Praha: Portál, 137 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7367-137-9.

Akademické práce:

ČEPILOVÁ, M. *Poskytování první pomoci matkami dětí předškolního věku – edukační činnost*. České Budějovice, 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí bakalářské práce Jitka Tomáš Otásková.

KALOUSKOVÁ, I. *Komplexní výchova v rodině a škole v prevenci dětské úrazovosti*. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce, Pedagogická fakulta, Katedra výchovy ke zdraví. Vedoucí bakalářské práce Šárka Mičanová.

MACHALOVÁ, B. *Úroveň znalostí první pomoci u laické veřejnosti*. Brno, 2006. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí bakalářské práce Dana Soldánová.

RYBÁČEK, J. *Úroveň znalosti první pomoci u laické veřejnosti*. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí bakalářské práce Jana Neumannová Štechová.

ŠOLTÉS, A. *Znalosti rodičů v poskytování první pomoci u dětí*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství. Vedoucí bakalářské práce David Vydra.

VILKUSOVÁ, T. *Rizika a prevence úrazů u dětí*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství. Vedoucí bakalářské práce Jana Kameníčková.

Internetové zdroje:

ČECHUROVÁ, Lenka, 2006. *Kardiopulmonální resuscitace*. [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <<http://www.prvni-pomoc.com/view.php?cisloclanku=2006120005>>.

FRANĚK, Ondřej, 2011. *O resuscitaci – Guidelines 2010*. [online]. [cit. 2012-03-22]. Dostupné z: <http://www.zachrannasluzba.cz/prvni-pomoc/resuscitace.html>.

FRIČOVÁ, Silvia, 2010. *Význam a možnosti využití edukace*. Sestra 3/2010. [online]. [cit. 2012-04-19]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/vyznam-a-moznosti-vyuziti-edukace-v-psychiatrickem-oseetrovatelstvi-450436>.

JASTRABOVÁ, Olga, 2010. *Úrazy novorozenců, kojenců a batolat*. [online]. [cit. 2012-05-12]. Dostupné z: <http://urazy.zdrave.cz/urazy-deti/>.

MRÁZOVÁ, Karolina, 2008. Dětské otravy. [online]. [cit. 2012-03-22]. Dostupné z: <http://www.tis-cz.cz/informace-o-stredisku/publikace>.

MVČR, *Sbírka zákonů – trestní zákon č. 40/2009 Sb. trestní zákoník*. [online]. [cit. 2012-05-02]. Dostupné z: www.mvcr.cz/soubor/sb011-09-pdf.aspx.

MZČR, *Národní akční plán prevence dětských úrazů*. 2008 [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/prevence-detskych-urazu-v-ceske-republice_1011_3.html.

MZČR, *Prevence dětských úrazů*. [online]. [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/prevence-detskych-urazu-v-ceske-republice_1011_3.html.

PRVNÍ POMOC, *Tepenné krvácení*. [online]. [cit. 2012-05-07]. Dostupné z: http://www.vitae.ic.cz/tepenne_krvaceni.html.

Úmluva o právech dítěte, 1989. [online]. [cit. 2012-05-14]. Dostupné z: www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf.

VINCENOVÁ, Dana, 2007. *Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči*. *Pediatric pro praxi*. [online]. [cit. 2012-03-25]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/02/12.pdf>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

PP	První pomoc
např.	například
atd.	a tak dále
č.	číslo
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
tzv.	takzvaně
TIS	Toxikologické informační středisko

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 Věk respondentů
- Graf č. 2 Pohlaví respondentů
- Graf č. 3 Dosažené vzdělání
- Graf č. 4 Místo získání vědomostí
- Graf č. 5 Absolvování kurzu PP
- Graf č. 6 Umíte poskytnout PP?
- Graf č. 7 Poskytovali jste již PP?
- Graf č. 8 Vzdělávací akce
- Graf č. 9 Bezpečnost prostředí
- Graf č. 10 Uložení chemických přípravků
- Graf č. 11 Jedovaté rostliny v domácnosti
- Graf č. 12 Dítě a rizika úrazu
- Graf č. 13 Ochranné pomůcky
- Graf č. 14 Používání bezpečnostních pojistek
- Graf č. 15 Febrilní křeče
- Graf č. 16 Zahájení KPR u dětí
- Graf č. 17 Krvácení z nosu
- Graf č. 18 Uzavřená zlomenina předloktí
- Graf č. 19 Kontakt na ZZS
- Graf č. 20 Cizí těleso v ráně
- Graf č. 21 Poranění hlavy
- Graf č. 22 Laryngitida
- Graf č. 23 Poměr vdechy/komprese
- Graf č. 24 Opaření
- Graf č. 25 Požití saponátu

Graf č. 26 Úraz el. proudem

Graf č. 27 Úžeh

Graf č. 28 Žilní krvácení

Graf č. 29 Dušení

Graf č. 30 Protišoková opatření

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Věk respondentů

Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů

Tabulka č. 3 Dosažené vzdělání

Tabulka č. 4 Místo získání vědomostí

Tabulka č. 5 Absolvování kurzu PP

Tabulka č. 6 Umíte poskytnout PP?

Tabulka č. 7 Poskytovali jste již PP?

Tabulka č. 8 Vzdělávací akce

Tabulka č. 9 Bezpečnost prostředí

Tabulka č. 10 Uložení chemických přípravků

Tabulka č. 11 Jedovaté rostliny v domácnosti

Tabulka č. 12 Dítě a rizika úrazu

Tabulka č. 13 Ochranné pomůcky

Tabulka č. 14 Používání bezpečnostních pojistek

Tabulka č. 15 Febrilní křeče

Tabulka č. 16 Zahájení KPR u dětí

Tabulka č. 17 Krvácení z nosu

Tabulka č. 18 Uzavřená zlomenina předloktí

Tabulka č. 19 Kontakt na ZZS

Tabulka č. 20 Cizí těleso v ráně

Tabulka č. 21 Poranění hlavy

Tabulka č. 22 Laryngitida

Tabulka č. 23 Poměr vdechy/komprese

Tabulka č. 24 Opaření

Tabulka č. 25 Požití saponátu

Tabulka č. 26 Úraz el. proudem

Tabulka č. 27 Úžeh

Tabulka č. 28 Žilní krvácení

Tabulka č. 29 Dušení

Tabulka č. 30 Protišoková opatření

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Dotazník

Příloha P II Pozvánka na školicí akci

Příloha P III Fotografie ze školení PP

Příloha P IV Potvrzení o účasti na konferenci

Příloha P V Přehled tlakových bodů

Příloha P VI Schéma Guidelines 2010 u dětí

PŘÍLOHA P I

Dotazník

Vážení rodiče,

jmenuji se Miroslava Nowaková, jsem studentkou 3. ročníku, obor Všeobecná sestra, studijní program Ošetřovatelství na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Mým úkolem je zpracovat bakalářskou práci s cílem zmapovat úroveň základních znalostí u rodičů předškolních dětí v poskytování první pomoci. Práce je rovněž zaměřena na znalost významu preventivních opatření a zájem o vzdělávání se v této oblasti.

Dovoluji si Vás laskavě požádat o pečlivé vyplnění následujícího dotazníku, který je nezbytnou součástí zjištění potřebných dat. Zároveň se Vám zaručuji, že všechny poskytnuté informace jsou důvěrné a anonymní. Jednotlivé dotazníky nebudou nikde zveřejněny.

U jednotlivých otázek do čtverečku prosím zakřížkujte vždy pouze jednu odpověď. U některých otázek je potřeba uvést písemnou odpověď.

Předem velmi děkuji za Váš čas, spolupráci a ochotu.

Kontaktní tel. číslo: 577 439 554

Část A – Identifikační údaje

1) Kolik je vám let?

- 20 – 30 let
- 31 40 let
- 41 – 50 let
- 51 a více

2) Vaše pohlaví

- ženské
- mužské

3) Nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní
- odborné
- středoškolské
- vysokoškolské

Část B – Vzdělávání

4) Kde jste získali vědomosti v oblasti první pomoci?

- ve škole
- v zaměstnání
- v kurzu první pomoci
- jinde (doplňte)

5) Kdy naposled jste absolvovali školení či kurz první pomoci?

- 0 – 2 roky
- 3 – 5 let
- 6 – 10 let
- více než 11 let
- nikdy

6) Myslíte si, že umíte správně poskytnout první pomoc?

- ano
- asi ano
- nevím
- spíše ne
- ne

7) Poskytovali jste již někdy první pomoc?

- ano
- ne

8) Přivítali byste více dostupných vzdělávacích akcí pro veřejnost v oblasti první pomoci?

- ano
- ne

Část C – Prevence

9) Pokud svěříte dítě na hlídání, víte, zda se pohybuje v bezpečném prostředí?

- vždy si ověřím bezpečnost prostředí (uložení léků, chemikálií, jedovaté rostliny...)
- věřím, že osoba, která má dítě na hlídání se o něho dobře a spolehlivě postará, ale již si neověřuji, zda je po bezpečnostní stránce vše v pořádku
- za zdraví dítěte nese zodpovědnost osoba, které dítě svěřím, tyto věci vůbec neřeším

10) Jak máte v domácnosti uloženy chemické přípravky?

- jsou uzamčeny ve skříňce, skříňka je mimo dosah dítěte
- jsou uloženy dostupně, spoléhám na bezpečnostní uzávěry
- jsou uloženy dostupně, dítě je poučeno

11) Vyskytují se u vás v domácnosti jedovaté rostliny?

- ano, ale jsou uloženy mimo dosah dítěte
- ano, ale dítě je poučeno, že na ně nemá sahat
- ne
- nevím

12) Mluvíte s dítětem o rizicích úrazu, co smí a co ne, na co si má dávat pozor?

- ano
- spíše ne
- předpokládám, že dostatečné informace dítě dostane ve školce, škole...

13) Jdete po ulici a jste svědky nešťastné události. Nosíte u sebe ochranné pomůcky (např. roušku, chirurgické rukavice)?

- ne
- roušku
- rukavice
- roušku i rukavice

14) Používáte bezpečnostní pomůcky bránící úrazu dítěte v domácnosti? (možnost více odpovědí)

- nepoužívám žádné bezpečnostní pomůcky

- ano, používám:
 - pojistku proti otevření lednice
 - pojistku proti otevření trouby
 - zarážky proti otevření oken
 - ochranné kryty zásuvek
 - bezpečnostní poklop na varnou plochu trouby
 - jiné.....(doplňte)

15) Jaká provedete preventivní opatření, abyste u dítěte předešli febrilním křečím (křeče při horečce nad 38 °C)?

- nevím
- doplňte
 - podám tekutiny
 - aplikuji zábal
 - přiložím obklad
 - přivolám lékaře
 - léky proti horečce
 - důsledná hygiena, vitamíny
 - jiné řešení.....(doplňte)

Část D – Znalostní test

16) Čím zahájíte kardiopulmonální resuscitaci u dětí od 1 roku do 8 let?

- pěti vdechy
- pěti stlačeními hrudníku

17) Jak ošetříte dítě, dojde-li ke krvácení z nosu?

- zakloníme hlavu, stiskneme kořen nosu, studený obklad na čelo a zátylek
- mírný předklon hlavy, stiskneme kořen nosu, studený obklad na čelo a zátylek
- mírný záklon hlavy, dutinu nosní ucpeme tamponem, stiskneme kořen nosu, studený obklad na čelo a zátylek

18) Máte u dítěte podezření na uzavřenou zlomeninu předloktí:

- končetinu znehybníme pod úhlem 90° za pomoci šátkového závěsu
- jako první končetinu zafixujeme alespoň pomocí improvizované dlahy, až poté znehybníme šátkovým závěsem
- necháme dítě, ať si samo zvolí úlevovou polohu a vyhledáme lékařské ošetření

19) Přímý kontakt na rychlou záchrannou službu je?

- 158
- 112
- 155

20) Jak ošetříte ránu se zaklíněným cizím tělesem (velká střepina skla, velká tříška,...)?

- předmět šetrně vytáhneme, ránu vydezinfikujeme, sterilně obvážeme
- předmět necháme v ráně, okolí rány zdezinfikujeme, přiložíme sterilní krytí, obložíme těleso a obvážeme tak, abychom ho nev tlačili do rány
- pokusíme se předmět vytáhnout, okolí rány zdezinfikujeme, přiložíme sterilní tlakový obvaz, abychom zabránili krvácení

21) Dítě spadne na hlavu je dezorientované, má bolesti hlavy a závratě:

- dítě uklidníme, dáme do zvýšené polohy s oporou zad, kontrolujeme stav vědomí a neprodleně vyhledáme lékařské ošetření
- dítě uložíme do stabilizované polohy, kontrolujeme stav vědomí, pokud se stav nezlepší, zajistíme lékařské ošetření
- dítě položíme na záda a mírně podloženou hlavou, kontrolujeme stav vědomí a ihned přivoláme rychlou záchrannou službu

22) Jak poskytnete první pomoc dítěti s podezřením na laryngitidu (zánět hrtanu)?

- neprodleně přivoláme rychlou záchrannou službu, dítě vyneseme na vlhký, chladný vzduch, dítě vždy držíme ve vzpřímené poloze, nepokládáme je na záda
- podáme kapky či sirup proti kašli, dítě vyneseme na chladný, čerstvý vzduch
- dítě uložíme do polosedu, zajistíme přívod čerstvého vzduchu, studený obklad na krk

23) Jaký je poměr stlačení a vdechů při kardiopulmonální resuscitaci u dětí nad 1 rok?

- 3 : 1
- 30 : 2
- 15 : 2

24) Dítě si opařilo předloktí horkou tekutinou, co uděláte jako první?

- ihned voláme rychlou záchrannou službu
- postižené místo ošetříme přípravkem na popáleniny např. Panthenol spray
- odstraníme oděv nasáklý horkou tekutinou a začneme postižené místo chladit proudem studené vody – 10–20 minut, poté sterilně převážeme

25) Vaše dítě vypilo jar na nádobí:

- ihned vyvoláme zvracení a neprodleně voláme rychlou záchrannou službu
- raději nikdy nevyvoláváme zvracení – může postižené dítě ještě více ohrozit
- zvracení vyvoláme pouze v případě, že dítě vypilo větší množství přípravku

26) Co uděláte jako první věc, dojde-li k úrazu elektrickým proudem?

- přerušíme působení elektrického proudu, zkontrolujeme, zda dítě dýchá, případně zahájíme kardiopulmonální resuscitaci
- v případě potřeby zahájíme kardiopulmonální resuscitaci a přerušíme zdroj elektrického proudu
- zkontrolujeme dech a puls, přerušíme zdroj elektrického proudu, ošetříme popáleniny

27) Co uděláme jako první u dítěte se známkami úžehu?

- zajistíme dostatečný příjem chladných tekutin
- uložíme dítě do stínu
- přiložíme studený obklad na čelo, krk a končetiny

28) Při úrazu došlo k tržné ráně v oblasti zápěstí, z rány volně vytéká tmavá krev:

- dítě položíme na záda, ránu převážeme sterilním obinadlem, kontrolujeme stav vědomí, zajistíme lékařské ošetření
- dítě posadíme nebo položíme, ránu přelepíme prodyšnou náplastí, pokud krvácení ustane, není nutné vyhledat lékařské ošetření
- dítě položíme na záda, postiženou končetinu zvedneme do výšky, přiložíme tlakový obvaz, kontrolujeme, zda dítě dýchá a zajistíme lékařské ošetření

29) Ročnímu dítěti zaskočilo sousto jídla, drží se za krk a začíná mu ochabovat dech:

- posadíme si dítě na klín, obejmeme ho zezadu a oběma rukama provedeme prudké stlačení nadbřišku proti sobě
- dítě si položíme na předloktí, otočíme hlavou i obličejem dolů a opakovaně plochou dlaní udeříme mezi lopatky
- dítě položíme na tvrdou podložku, zkontrolujeme dutinu ústní, provedeme záklon hlavy a zahájíme resuscitaci

30) Co musíte udělat, abyste předešli šokovému stavu (např. u velkého krváčení, rozsáhlých popálenin)?

- ošetříme prvotní poranění, snažíme se udržet optimální tělesnou teplotu, tekutiny nepodáváme, pouze svlažujeme rty, tišíme bolest, zajistíme tiché prostředí, transportujeme do nemocnice
- zajistíme přiměřené teplo, tišíme bolest, zajistíme tiché prostředí, podáváme po troškách tekutiny, transportujeme do nemocnice
- zajistíme tiché prostředí, tlumíme pocit žízně, tišíme bolest a co nejrychleji zajistíme transport do nemocnice

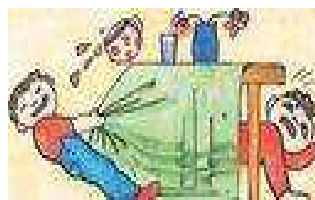
Příloha P II

Pozvánka na školení první pomoci

Školení pro rodiče

I Vy se můžete ocitnout v situaci, kdy bude záležet jen na Vás!

První pomoc a prevence úrazů u dětí



Termín: 10. 2. 2012

Místo: Jesle M. Knesla, Zlín

Čas: 16:00– 17:30 hod

Kontaktní osoba: M. Nowaková, zájemci se mohou hlásit na tel. 577 439 554

Instruktoři: M. Nowaková, A. Nowak – akreditovaný instruktor první pomoci MŠMT

Vážení rodiče,

občas nás zaskočí nemoc, úraz nás samotných, našich dětí, nebo se staneme náhodnými svědky neštěstí. V takových chvílích je velmi důležité nezpanikařit a znát alespoň základní zásady, jak pomoci a neublížit.

Náplň školení:

- Prevence úrazovosti
- Jak správně komunikovat s operačním střediskem zdravotnické záchranné služby
- Seznámení se zásadami poskytování první pomoci
 - popáleniny
 - úžeh, úpal
 - otravy
 - vdechnutí cizího tělesa
 - první pomoc a resuscitace
 - šok
 - křeče
 - krvácení
- Modelové situace a praktický nácvik
- Diskuse

Těšíme se na Vaši účast a příjemně strávené společné odpoledne.

Příloha P III

Fotografie ze školení



Fotografie č. 1 Přiložení krčního límce - podezření na poranění krční páteře.



Fotografie č. 2 Návčik KPR u kojence.



Fotografie č. 3 Nácvik KPR u dospělého člověka.



Fotografie č. 4 Ošetření otevřené zlomeniny s masivním krvácením.

Příloha P IV

Potvrzení o účasti na konferenci



Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola
zdravotnická Zlín
Broučkova 372, 760 01 Zlín

Potvrzení o účasti na konferenci - workshopu:

RESUSCITACE A POUŽITÍ AUTOMATICKÉ EXTERNÍ DEFIBRILACE V PRAXI

Jméno a příjmení: Miroslava Nowaková

Datum narození: 5. 4. 1974

Registrovaná akce pod číslem: ČAS/KK/3081/2011

Podle vyhlášky MZ ČR č. 4/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydaná osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb.

Počet hodin akce: 4. 5 hodiny

Účast: pasivní

Počet kreditů: 4

Akce je určena (dle Zákona č. 96/2004 Sb.):

Všeobecná sestra
Porodní asistentka
Zdravotní laborant
Asistent ochrany veřejného zdraví
Nutriční terapeut
Ortoptista

Zubní technik
Dentální hygienista
Zdravotnický záchranář
Farmaceutický asistent
Zdravotně sociální pracovník

Zlín 14. 12. 2011

Mgr. Andrea Bílková
garant akce
Střední zdravotnická škola a
Vyšší odborná škola zdravotnická
Zlín

Příloha P V

Tlakové body

- „*Spánkový tlakový bod* – spánková tepna před hrbolem ušního boltce.
- *Lícni tlakový bod* – lícni tepna před úhlem dolní čelisti, při krvácení z úst nebo tváře.
- *Krční tlakový bod* – krční tepna, karotida - při krvácení z jazyka nebo karotidy.
- *Podklíčkový tlakový bod* – podklíčková tepna za klíční kostí, stisk proti prvnímu žeburu, při krvácení z ramene a amputaci horní končetiny.
- *Pažní tlakový bod* – pažní tepna, mezi dvoj a trojhlavým svalem pažním, při krvácení z předloktí a ruky.
- *Břišní tlakový bod* – břišní aorta, stisk se provádí krouživým pohybem ruky sevřené v pěst, při vysoké amputaci dolní končetiny nebo při gynekologickém krvácení.
- *Stehenní tlakový bod* – stehenní tepna v tříslech.
- *Podkolenní tlakový bod* – podkolení tepna mezi zadní částí stehna a lýtky“ (Bydžovský, 2004, s. 20).



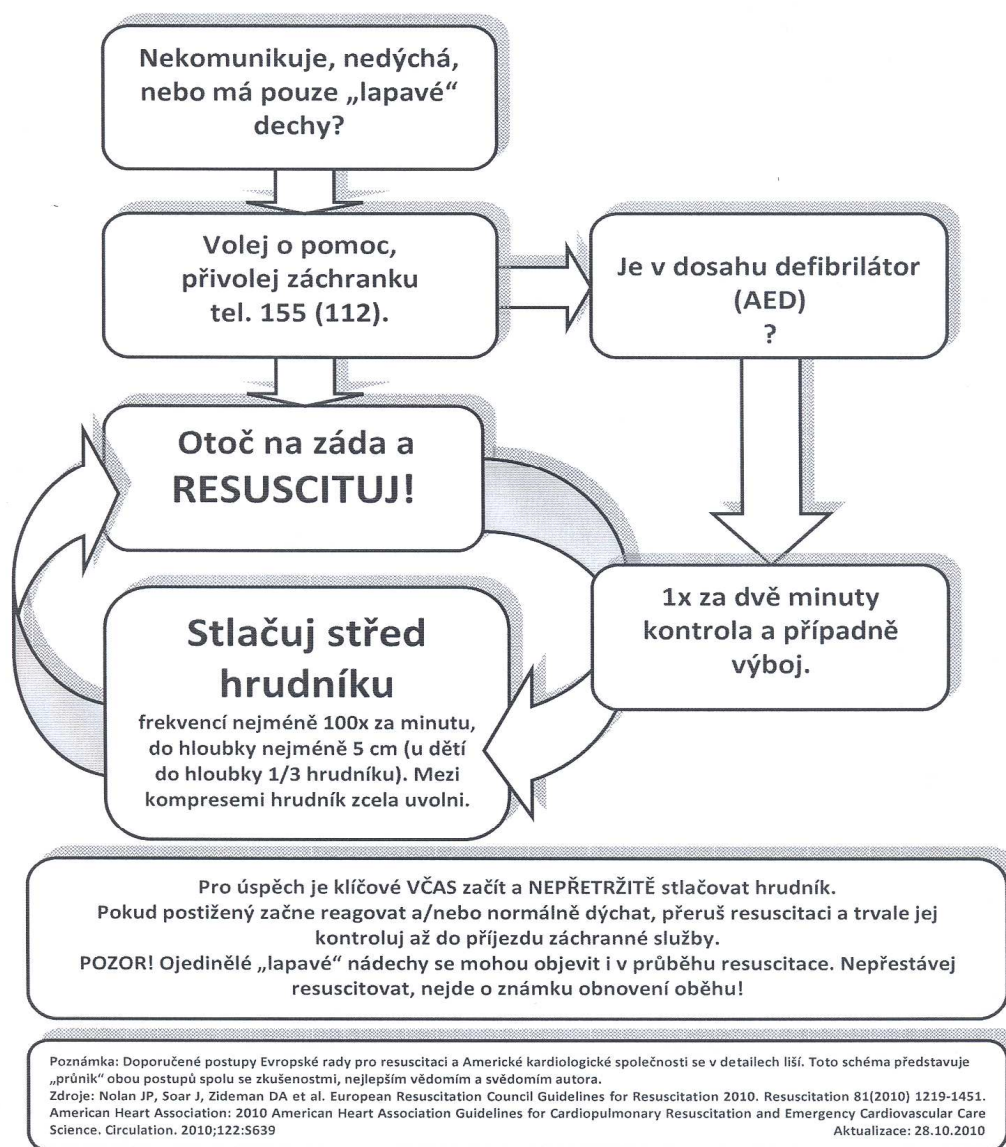
Dostupné z: http://www.vitae.ic.cz/tepenne_krvaceni.html

Příloha P VI

Schéma Guidelines 2010 u dětí

GUIDELINES 2010 Základní neodkladná resuscitace dospělých i dětí pro laické záchránce

Podle doporučení European Resuscitation Council a American Heart Association 2010
© Ondřej Franěk, www.zachrannasluzba.cz



Dostupné z: <http://www.zachrannasluzba.cz/prvniplomoc/resuscitace.html>