

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Poskytování první pomoci matkami dětí předškolního věku - edukační  
činnost**

Bakalářská práce

Vedoucí práce  
Mgr. Jitka Tamáš Otásková

2009

Autor práce:  
Martina Čepilová

## **Abstract**

Nowadays child injuries rank among the main causes of child morbidity and mortality.

The Bachelor thesis called "Provision of first aid by mothers of pre-school children - educational activity" deals with the issue of prevention of child injuries, provision of first aid for child injuries and educational activity of a nurse. The main focus was on burns, intoxication and inspiration of a foreign body.

The main aim was to ascertain the ability of parents of pre-school children to provide first aid for the most frequent injuries suffered at home. Attention was given to first and second-degree burns, intoxication and inspiration of a foreign body. Other aims of the thesis were to establish whether the parents recognize the importance of preventative measures against injuries and whether the parents are interested in obtaining more information provided by a nurse.

A part of the thesis was also research investigation focusing on educational activity of nurses in the first aid area.

Quantitative investigation was selected for the Bachelor thesis. Data collection was carried out by means of anonymous questionnaires. The research file consisted of parents of pre-school children.

The method of structured dialogue was also used. The research file included nurses working in paediatric outpatient departments and instructors of child centres.

The Bachelor thesis contained five hypotheses, of which three were confirmed and two unconfirmed.

The first hypothesis assumed that the parents know how to provide first aid for first- and second-degree burns. The parents are able to manage first aid for these injuries and the hypothesis was confirmed.

The second hypothesis assumed that the parents are unable to provide first aid for the most frequent types of intoxication. The parents are able to provide first aid for common intoxication of children and therefore the hypothesis was not confirmed.

The third hypothesis assumed that the parents are able to provide first aid for inspiration of a foreign body by a child. This hypothesis was confirmed.

The fourth hypothesis assumed that the parents do not focus on the importance of preventative measures against child injuries. Results of the investigation showed that the parents are very much interested in the preventative measures and actively focus on them. In this case the hypothesis was not confirmed.

The fifth hypothesis assumed that the parents are interested in obtaining more information about first aid provided by a nurse, which was confirmed by the results of our investigation and the hypothesis was confirmed.

Within the framework of the Bachelor thesis a research investigation was carried out in the form of a structured dialogue with nurses of paediatric outpatient departments and instructors in child centres, which focused on educational activity in the first aid area. The results show that the medical staff engages in educational activity.

We find the solution both in thorough education of parents of pre-school children by means of lectures, courses, seminars, printed matters or a campaign on TV, and in continuous training of the medical staff, which has to constantly pursue this issue and actively participate in the education of parents during their visits to a health-care facility.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Poskytování první pomoci matkami dětí předškolního věku - edukační činnost“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....  
Podpis studenta

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí práce Mgr. Jitce Tamáš Otáskové za odborné vedení, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji personálu pediatrických ambulancí a dětských center za ochotu, spolupráci a umožnění provést dotazníkové šetření. Chtěla bych také upřímně poděkovat všem respondentům za pomoc při sběru potřebných údajů.

## **Obsah**

### **Úvod**

### **1 Současný stav**

#### ***1.1 Definice první pomoci***

##### ***1.1.1 Dělení první pomoci***

#### ***1.2 Popáleninový úraz u dětí***

##### ***1.2.1 Faktory určující závažnost popáleninového traumatu***

###### ***1.2.1.1 Mechanismus úrazu***

###### ***1.2.1.2 Rozsah postižení***

###### ***1.2.1.3 Hloubka postižení***

###### ***1.2.1.4 Lokalizace postižení***

###### ***1.2.1.5 Věk postižené osoby***

##### ***1.2.2 Hodnocení závažnosti tepelných popálenin***

##### ***1.2.3 První pomoc u popálenin***

#### ***1.3 Otravy u dětí***

##### ***1.3.1 Faktory určující závažnost otrav***

###### ***1.3.1.1 Otravy léky***

###### ***1.3.1.2 Otravy rostlinami***

###### ***1.3.1.3 Nehody obchodními přípravky***

###### ***1.3.1.4 Otravy látkami s leptavými účinky***

###### ***1.3.1.5 Požití organických rozpouštědel***

##### ***1.3.2 První pomoc při otravách***

#### ***1.4 Vdechnutí cizího tělesa***

##### ***1.4.1 Cizí těleso v horních cestách dýchacích***

##### ***1.4.2 Cizí těleso v dolních cestách dýchacích***

##### ***1.4.3 První pomoc a resuscitace***

#### ***1.5 Šok***

##### ***1.5.1 Typy šoku***

##### ***1.5.2 Příznaky šoku***

##### ***1.5.3 První pomoc***

## **1.6 Úloha sestry v prevenci dětských úrazů**

## **1.7 Edukace**

### *1.7.1 Edukační činnost sestry*

## **2 Cíl práce a hypotézy**

### *2.1 Cíl práce*

### *2.2 Hypotézy*

## **3 Metodika**

### *3.1 Metodika práce*

### *3.2 Charakteristika výzkumného souboru*

## **4 Výsledky**

### *4.1 Výsledky dotazníkového šetření*

## **5 Diskuze**

## **6 Závěr**

## **7 Seznam použitých zdrojů**

## **8 Klíčová slova**

## **9 Přílohy**

## Úvod

Dětské úrazy patří v současné době k hlavním příčinám dětské nemoci a úmrtnosti. Přestože je problematice věnována v posledních letech stále větší pozornost, nelze ji považovat za dostatečnou. Dětských úrazů každým dnem přibývá a statistická čísla jsou hroznivá. V naší republice je každoročně několik tisíc dětí následkem úrazu hospitalizováno a z nich několik desítek umírá.

Nejpočetnější skupinu úrazů tvoří úrazy doma a nejrizikovější skupinou jsou děti batolecího a předškolního věku. U těchto dětí se setkáváme především s popáleninami, ovšem další vážné riziko představují otravy a vdechnutí cizího tělesa. A právě na tuto skupinu úrazů je bakalářská práce zaměřena. Domníváme se, že v současné době neexistuje mezi laickou veřejností dostatečná osvěta týkající se této problematiky a je opomíjena jak důležitost primární prevence, tak dostatečná informovanost týkající se poskytnutí první pomoci dítětem. Máme za to, že si jsou rodiče sice vědomi toho, že je možno úrazům nějakým způsobem předcházet, ale jen malá část z nich má dostatečné vědomosti o hlavních příčinách úrazu a poskytnutí kvalitní první pomoci. Možná se mýlíme, možná veřejnost podceňujeme. Ostatně jeden z cílů je na tuto problematiku zaměřen.

Každý úraz a náhlé zhoršení zdravotního stavu dítěte představuje nepřirozenou situaci, zátěž a stres pro rodiče. Nicméně pokud zná dospělý alespoň základní pravidla poskytování první pomoci, může být situace jednodušší a naděje na správné ošetření a následné uzdravení dítěte vyšší.

Cílem bakalářské práce je tedy přinést základní informace o tom, co může být příčinou úrazů dětí, podrobně popsat možnosti, jak úrazům předcházet a jak poskytnout první pomoc. Chtěli bychom, aby práce přispěla k lepší informovanosti nejen odborné, ale především laické veřejnosti a tím i k aktivnímu a erudovanému přístupu každého z nás.



## **1 Současný stav**

### ***1.1 Definice první pomoci***

První pomoc je soubor jednoduchých úkonů a výkonů, které mají za úkol definovat ohrožení života a akutní poškození zdraví dítěte, podniknout nezbytné kroky k záchraně jeho života, k zamezení dalšího poškození a podle závažnosti poranění přivolat zdravotnickou pomoc (7).

První pomoc spadá do soustavy občanských povinností. Podle zákona č.140/1961 Sb. „Zákon o neposkytnutí pomoci“ - je každý občan povinen poskytnout nebo zprostředkovat nezbytnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví. Neposkytnutí první pomoci je trestným činem (4).

#### ***1.1.1 Dělení první pomoci***

První pomoc dělíme na technickou, laickou a odbornou.

Technická první pomoc je důležitou složkou v celém komplexu první pomoci. Spočívá v odstraňování příčiny úrazu, vyprošťování postižených a vytvoření základních podmínek pro poskytování zdravotnické první pomoci, např. zásahem hasičů, horské nebo vodní záchranné služby, ale i svépomocí (4).

Laická zdravotnická první pomoc je soubor základních odborných a technických opatření, která jsou zpravidla poskytována bez specializovaného vybavení. Součástí je přivolání odborné zdravotnické pomoci a péče o postiženého až do doby, kdy jej odborná zdravotnická pomoc převezme, případně také improvizovaný transport postiženého na místo, kde je dosažitelná odborná zdravotnická pomoc (4).

Nezbytnou součástí poskytnutí laické první pomoci, především při kritických stavech, je včasné a správně provedené přivolání kvalifikované a profesionálně vybavené zdravotnické záchranné služby (ZZS). Ze všech pevných i mobilních telefonních linek lze bezplatně volat ZZS na lince 155 nebo na lince tísňového volání 112. Vždy uvádíme své jméno, místo a čas nehody, charakter nehody, její rozsah, počet postižených, jejich věk a pohlaví, charakter jejich zranění. Dále uvedeme zpětné telefonní číslo a nikdy neukončujeme hovor dříve než operátor ZZS (4).

Odborná zdravotnická pomoc je výkon prováděný zdravotnickým personálem - aplikace léků, použití diagnostických a léčebných přístrojů, transport speciálními prostředky (4).

## 1.2 Popáleninový úraz u dětí

Popáleninové trauma je definováno jako působení tepelné energie na kůži (viz Příloha 4) nebo sliznice s jejich následným poškozením, případně poškozením i hlubších tkáňových struktur, a to v závislosti na teplotě a délce expozice (7).

Popáleninový úraz vyvolává zánětlivou reakci místní, rozsáhlé úrazy pak reakci celkovou (systémovou - SIRS - systematic inflammatory response syndrom) vedoucí k rozvoji popáleninového šoku (7).

Popáleninový úraz může vzniknout opařením, hořením, kontaktem s elektrickým proudem, působením chemikálií nebo radiací a způsobuje dětem stejná postižení jako dospělým. U úrazů v dětském věku se však vyskytují některé další problémy diagnostické i terapeutické, neboť je nutné respektovat, že úraz postihuje organismus, který se vyvíjí a roste. K těmto skutečnostem je nutno přihlížet v celém průběhu léčby (9, 18).

Místní buněčná destrukce závisí na teplotě a na době expozice. Působí-li teplota 60°C po dobu 60 sekund, dochází k popálenině 2. stupně, teplota o 100°C již po 5 sekundách vede k vzniku popáleniny 2. až 3. stupně (9, 18).

Popálenina je charakterizovaná několika zónami tkáňového postižení v závislosti na množství tepla. Ireverzibilní zničení kůže v centru se nazývá zóna koagulace. Okolo ní je zóna stázy, jejíž další osud je nejistý. Nesprávným ošetřováním nebo infekcí může dojít k jejímu nezvratnému poškození. Vně je uložena zóna hyperémie, v níž jsou změny (rubor, tumor, calor, dolor) (10).

Popálení a opaření jsou jedny z nejzávažnějších úrazů. Rozsáhlé popálení je doprovázeno velmi bolestivou, dlouhodobou a náročnou léčbou, vysokou mortalitou a trvalými následky. Pro úraz popálením je léčeno v průměru 1 % obyvatelstva ročně, z tohoto počtu představují děti plných 40 % (10).

U dětí ve věku 0-6 let se jedná v 88 % o opaření, v 5,35 % o poškození otevřeným ohněm, v 5,2 % jde o kontaktní popálení, 1,12 % představuje poškození chemické a 0,33 % popálení elektrickým proudem (10).

U dětí ve věku 7-14 let se jedná ve 42 % o poškození otevřeným ohněm, v 38 % o opaření, v 9,5 % jde o popálení elektrickým proudem, 5,2 % představuje kontaktní popálení a 1,19 % chemické poškození (10).

Epidemiologické studie úrazů u dětí ve věku od 0-14 let přesvědčivě ukazují, že nejrizikovějším místem úrazu popáleninového charakteru je domácí prostředí. Velmi důležitá je v této oblasti prevence (10).

### ***1.2.1 Faktory určující závažnost popáleninového traumatu***

#### ***1.2.1.1 Mechanismus úrazu***

Nejčastěji jde o opaření horkým čajem nebo kávou, opaření horkou vodou při svrnutí nádoby. Zvlášť těžké je opaření rozpáleným olejem z fritovacího hrnce nebo párou z tlakového hrnce. Hloubka popálených ploch bývá u opaření většinou 2a - 2b stupně (viz kap. 1.2.1.3).

Druhým nejčastějším mechanismem popáleninového úrazu je hoření (popálení ohněm) a výbuchy v důsledku manipulace s hořlavinami, výbušninami, petardami, otevřeným ohněm nebo autonehody. Tyto úrazy téměř vždy vedou k popáleninám 2. - 3. stupně (7).

Kontaktní popáleniny jsou nejčastěji způsobené pádem do nedostatečně uhašeného ohniště, dotykem s rozpálenými kamny nebo jinými topnými tělesy, žehličkami, s rozpáleným plechem či asfaltem. Opět se většinou jedná o popáleniny 2. - 3. stupně (7).

Nejrizikovější skupinou pro úraz elektrickým proudem jsou malé děti - batolata a děti předškolního věku. Nejčastější příčinou tohoto úrazu je manipulace dětí s vodivými předměty v nezajištěné zásuvce elektrického proudu, manipulace s elektrickými kabely elektrospotřebičů, s přístroji a nástroji pod proudem, u starších dětí pak pobyt a hry v blízkosti vysokého napětí. Celková závažnost závisí na intenzitě elektrického proudu,

výšce napětí a charakteru elektrického proudu, ale také na době kontaktu těla s vodičem a směru průchodu proudu organizmem (7).

Méně časté bývá poranění vysokým napětím nebo poranění bleskem. Obojí bývá téměř vždy smrtelné (7).

Chemické popáleniny vznikají následkem žíravé nebo leptavé látky, která přišla do kontaktu s pokožkou. Nejčastěji jde o poleptání kyselinami a louhy. Poleptání pokožky je velmi podobné popáleninám 2. a 3. stupně (21, 26).

Velmi časté je poškození působením ultrafialového a infračerveného záření při nekontrolovaném pobytu dětí na přímém slunci nebo v soláriu (21, 26).

### ***1.2.1.2 Rozsah postižení***

Rozsah popálení je určujícím kritériem závažnosti poranění. Rozsah popálení podává informaci o prognóze, určuje neodkladnost zahájení protišokové léčby a nutnost hospitalizace. Je dán procentem postižení povrchu těla (14).

Na zjištění procentuálního rozsahu popálené plochy existuje několik metod. Nejznámější a běžně používanou metodu navrhli Wallace a Pulasky. Tato metoda spočívá v rozdělení těla na jednotlivé části na základě proporcionality pomocí čísla devět - tzv. „pravidlo devíti“. Při tomto pravidle hlava zaujímá 9 % (2 x 4,5 %) povrchu těla, přední část trupu 18 % (2 x 9 %), zadní část trupu 18 % (2 x 9 %), dolní končetiny 36 % (4 x 9 %) a oblast genitálií 1 %. Při určování rozsahu malých postižení lze použít palmární plochu ruky s prsty u sebe, jež představuje 1 % celkového tělesného povrchu. U dětí pravidlo devíti neplatí, k posouzení rozsahu popálenin lze použít tabulku Lunda a Browdera v % tělesného povrchu nebo stanovení popáleného povrchu v m<sup>2</sup> podle monogramu (viz Příloha 5). Pokud není k dispozici, k určení 1 % tělesného povrchu se používá ruka dítěte (14).

U dětí do 2 let jsou závažné popáleniny o rozsahu větším než 5 % tělesného povrchu (TP), u dětí od 2 do 15 let je závažný úraz postihující více než 10 % TP. U dětí starších 15 let a dospělých je závažná popálenina na více než 20 % TP. Každé popálení, které zaujímá u dětí více než 10 %, u dospělých více než 15 % povrchu, je ohroženo vznikem popáleninového šoku a vyžaduje pečlivé sledování a protišokovou léčbu (14).

### ***1.2.1.3 Hloubka postižení***

#### Popáleniny 1. stupně

Poškozují vrchní vrstvu kůže (epidermis). Postižená část je zarudlá, svědí, pálí, má zvýšenou teplotu v místě poškození a je lehce zanícená. Hojí se do 3-6 dnů (7, 27).

#### Popáleniny 2. stupně

Popáleniny 2. stupně se dělí na stupeň 2a a 2b (7, 27).

##### 2a stupeň

Poškozují epidermis a spodní vrstvu kůže (dermis). Tvoří se puchýře, jejich kůže je tenká, spodina je růžová s kapilárním návratem. V dermální vrstvě nejsou poruchy mikrocirkulace. Povrchnější postižení se hojí za příznivých okolností zcela bez následků během 10-12 dnů (7).

##### 2b stupeň

Puchýře se odlučují, spodina ploch je sytě červená, kapilární návrat je zpomalen až nulový v důsledku přechodné vasokonstrikce a mikrotrombotizace. Bolestivost je velmi značná a snadno dochází k infekci. Hojí se 3-5 týdnů, mnohdy jizvami, které později hypertrofují (27).

#### Popáleniny 3. stupně

Popálení představuje poškození kůže v celé její tloušťce při současném uzavření cév trvalou vasokonstrikcí a trombózou. Barva postižené kůže je bělavě naředlá až hnědočerná. Kůže je suchá, tvrdá, ne bolestivá, studená a necitlivá. K odloučení odumřelé kůže autolýsou dochází za 3-5 týdnů. Pokud není provedena transplantace, dochází k mutilujícím jizvám (27).

### ***1.2.1.4 Lokalizace poranění***

Lokalizace popálení určuje jeho závažnost. Velmi nebezpečné jsou popáleniny v oblasti hlavy, krku a hrudníku. U hlubších popálenin představují rizikovou oblast

stehna a hýždě, kde se mohou objevit těžké infekce. Za nejnebezpečnější lze označit popáleniny dýchacích cest, u nichž se zhojí jen velmi malé procento popálených (25).

Popáleniny končetin a trupu bývají nebezpečné jen při cirkulárním postižení tím, že omezují otokem a zasycháním eschary krevní oběh v končetině a na hrudníku omezují dýchací pohyby (14).

#### ***1.2.1.5 Věk postižené osoby***

Věk je jeden z nejzávažnějších faktorů ovlivňujících průběh a prognózu popálenin. K rizikovým věkovým skupinám patří děti kolem 3 let, kdy jde nejčastěji o opaření. U dětí předškolního věku jde většinou o přímé působení ohně. Tato zranění jsou u dětí předškolního věku čtyřikrát častější nežli u školáků (14, 25).

#### ***1.2.2 Hodnocení závažnosti tepelných popálenin***

Při vyšetření se kromě lokálního nálezu hodnotí patofyziologické změny vnitřních orgánů, neurologický status, funkce ledvin, stav metabolismu a přidružená poranění. Podle rozsahu a hloubky popálenin ve vztahu k věku dítěte a lokalizaci popálení je možné postižení dítěte dělit na lehké, středně těžké, těžké a případně až kritické (14).

#### ***1.2.3 První pomoc u popálenin***

##### ***První pomoc u popálenin 1. stupně***

Nepoškodila-li popálenina větší částí rukou, nohou, obličeje nebo slabin, můžeme při domácím ošetření postupovat následovně: nejprve musíme zabránit dalšímu působení tepla na dítě. To znamená, že dítě odstraníme z dosahu horkého předmětu a svlékneme horký oděv. Následně přikládáme chladivé obklady, menší rozsah popálených ploch chladíme tekoucí studenou vodou (10-15°C), vlažnou vodou (20-25°C) používáme na ochlazení větších ploch povrchu těla. Dítě nikdy nenoříme celé do chladné vody. Po ochlazení popáleninu překryjeme nepřilnavým sterilním obvazem, kapesníkem nebo kusem čisté látky a chráníme před otláčením a oděrem a bráníme rozvoji možné infekce. K uklidnění dítěte přispěje kromě vysvětlení i podání analgetik, jako je Paracetamol nebo Ibuprofen. Současně podáváme dostatečné množství tekutin.

Popáleniny 1. stupně se většinou zahojí i bez ošetření. Jedná-li se o popáleninu 1. stupně, která pokrývá u dítěte velkou plochu, je nutné volat lékaře (20).

*První pomoc u malých popálenin 2. stupně (<10% BSA - body surface are)*

Spočívá v přikládání chladivých obkladů nebo v působení chladné vody do ústupu bolesti, obvykle na 10-45 minut. Rovněž podáváme analgetika a dostatek tekutin a po zchlazení postiženého místa lze nanést mast s antibiotiky. Popáleninu následně překryjeme sterilním nelepivým obkladem. Překrytí popáleniny snižuje bolest, protože zamezuje kontaktu vzduchu s odkrytými nervovými zakončeními. Hlavním účelem obkladu je udržet popáleninu čistou, zamezit ztrátě vlhkosti odpařováním a snížit bolest. Vyhledání lékařské pomoci je nezbytné, pokud popálenina zasahuje u dětí více než 10-20% BSA (20).

*První pomoc u velkých popálenin 2. stupně (> 10% BSA - body surface are)*

U rozsáhlých popálenin 2. stupně popáleninu nechladíme, neboť chlad by mohl způsobit podchlazení (hypotermii) daného místa. Podání analgetik je samozřejmostí, stejně jako dostatečného množství tekutin. Vzniklých puchýřů se nedotýkáme, nenanášíme masti, popáleninu pouze překryjeme sterilním obkladem a přivoláme lékařskou pomoc. Někdy je nutno provést i protišoková opatření (20).

*První pomoc u popálenin 3. stupně*

Popáleniny 3. stupně netřeba chladit, neboť popáleniny tohoto stupně nebolí. Popáleninu pouze překryjeme sterilním obkladem, provádíme protišoková opatření a přivoláme lékařskou pomoc (20).

*První pomoc u popálenin elektrickým proudem*

Vždy se snažíme ukončit působení elektrického proudu na dětský organismus. K tomuto účelu použijeme výhradně nevodivý, suchý materiál. Pokud na dítěti začne hořet oděv, nikdy jej nehasíme vodou. Prvořadou pozornost věnujeme životním funkcím - oběhu a dýchání. Pokud je dítě v bezvědomí, ale dýchá a hmatáme srdeční

puls, uložíme ho do stabilizované polohy. Vždy zajistíme přivolání odborné lékařské pomoci a do jejího příjezdu zajistíme případnou neodkladnou resuscitaci. U vysokého napětí nutno myslet na možnost vzniku elektrického oblouku, a to na vzdálenost až 20 metrů, který může být pro zachránce smrtelný. Vždy je třeba volat na linku tísňového volání (20).

#### *První pomoc u chemického popálení*

Nejprve z dítěte odstraníme potřísněný oděv a poleptanou plochu ochlazujeme proudem vlažné nebo studené vody po dobu 20 minut. Suchou chemikálii před spláchnutím je vhodné opatrně okartáčovat. Poleptanou oblast opět překryjeme suchým nelepivým obkladem, místo ničím neošetřujeme a vyhledáme lékařskou pomoc (20).

### **1.3 Otravy u dětí**

Toxickou látkou nazýváme jakoukoli látku, která se dostane do organismu (viz Příloha 4) a poškozuje ho ať dlouhodobě či bezprostředně. Podle koncentrace, dávky a doby, po kterou toxická látka působí, rozlišujeme otravy na akutní a chronické (13).

Toxická látka může do těla vniknout cestou inhalační (vdechnutím), perkutánní (vstřebáním kůží), perorálně (požitím) nebo injekčním podáním. Intoxikace vznikají jako náhodné otravy nejčastěji u batolat a v předškolním věku, když dítě z nevědomosti a zvědavosti požije jedovatou látku. V období puberty jde nejčastěji o suicidiální pokusy, které mají často pouze demonstrativní charakter. Otrava však může být také průvodním jevem toxikomanie či otravy alkoholem (2).

K intoxikaci může dojít v domácnosti, na zahradě, v parku, v dílně nebo garáži. Bývá provázána příznaky podle účinků, množství jedovaté látky a doby jejího působení na organismus (20).

Nejohroženější skupinou jsou děti do 5 let. Nejvíce otrav, celkem 53%, se vyskytuje v batolecím věku - od 1 do 3 let. 70-90 % dětských otrav se odehraje v domácnosti, často v důsledku nedostatečné péče rodičů o dítě (20).



### ***1.3.1 Faktory určující závažnost otrav***

#### ***1.3.1.1 Otravy léky***

Nehody s léky jsou u dětí nejpočetnější. Vzhledem k zavedení obalů s blistry a ochrannými uzávěry se v současné době situace intoxikací léky zlepšila. Vzhled mnoha dnešních léků je velmi atraktivní (Brufen, Nitro-Mack ret.), chuť často příjemná (Mucosolvan, dětská antibiotika v sirupu), což děti pochopitelně láká. Naštěstí ve valné většině případů jsou v mladých domácnostech, kde děti vyrůstají, k dispozici jen léky s nízkou toxicitou. Jde nejčastěji o multivitaminy, hormonální kontraceptiva, Ibuprofen, Paracetamol, Mucosolvan. Jiná je situace v domácnosti se starším členem rodiny nebo s dlouhodobě nemocným. Léky ovlivňující krevní tlak, srdeční činnost, perorální antidiabetika, bronchodilatancia, antidepressiva, antiepileptika a antikoagulancia jsou pro děti velmi nebezpečné (7).

#### ***1.3.1.2 Otravy rostlinami***

Nehody s rostlinami stojí na druhém místě co do počtu dětských otrav. Děti mívají nejvíce nehod s pokojovými rostlinami, mezi nimiž často figuruje nebezpečná dieffenbachie (viz Příloha 6). Části rostliny obsahují krystaly šťavelanu vápenatého, který po požití bolestivě poraní sliznici a způsobí její otok, jenž může vést k udušení. Časté jsou i projevy kontaktní dermatitidy způsobené mlékem pokojových fikusů (viz Příloha 6). Děti mohou vzít zbytky rostliny z odpadkového koše nebo na rostlinu dosáhnou z postýlky (7).

Děti také rády ochutnávají plody zahradních rostlin a rostlin ve volné přírodě. V našich podmínkách je velmi nebezpečný například rulík zlomocný, durman, čilimník převislý, lýkovec jedovatý nebo plody mahonie cesmínolisté (viz Příloha 6). Častými bývají otravy syrovým fazolem obecným nebo okrasným (viz Příloha 6), protože veřejnost o jejich toxicitě v syrovém stavu mnoho neví. Obsahuje termolabilní toxin fasin a často způsobuje zažívací potíže (7).

Méně časté, ale zato velmi závažné, mohou být otravy houbami. Zde platí zásada, že syrové houby nikdy neochutnáváme před zraky dítěte. Je také nutné nenechat nasbírané houby bez dozoru, případně nenechat dítě houby sbírat (5).

### ***1.3.1.3 Nehody obchodními přípravky***

Obchodní přípravky jsou třetí nejčastější příčinou dětských nehod. Naštěstí se v této skupině vyskytují vesměs látky netoxické (silikagel, dětské školní pomůcky, modelína) nebo látky, které mají jen nízkou toxicitu. Pozor musíme dát na čočkové baterie. U nevybitých baterií hrozí možnost poleptání (7).

### ***1.3.1.4 Otravy látkami s leptavými účinky***

Nehody látkami s leptavými účinky tvoří nejproblematictější skupinu dětských otrav. Patří sem přípravky využívané v péči o hygienu domácnosti (7).

Za účelem dosáhnout „hygienické“ čistoty a bělicího účinku obsahují dnešní přípravky desinfekční přísadu v podobě kationaktivních tenzorů (kvarterní amoniové sloučeniny), které mohou v určité koncentraci leptat a po vstřebání působit i celkově toxicky (7).

Stejně tak mohou obsahovat prostředky do domácnosti přísadu „aktivního kyslíku“, což je peroxid vodíku. Ve většině přípravků je v koncentraci, která pouze dráždí sliznice GIT, někdy ale dosahují koncentrace, která dětem způsobuje ulcerace jícnu nebo žaludku (7).

Stejně přísady jsou obsaženy v prostředcích na udržování hygieny sanitární keramiky. V nich se vyskytuje chlornan sodný, který v koncentraci způsobuje dítěti po požití podráždění sliznic. Skupina přípravků s obsahem chlornanu sodného častěji figuruje jako příčina inhalačních otrav dětí. Do okolí se uvolňuje určité množství chlóru, který podráždí dýchací cesty dítěte (7).

Příznaky poleptání zažívacího traktu způsobují přípravky na odstraňování vodního kamene (kyseliny) a na odstraňování usazenin v odpadech (louhy). Přípravky obsahují lough sodný v tekuté či tabletové podobě (7).

Časté jsou nehody dětí s moderními deratizačními prostředky, které jsou využívány pro plošnou deratizaci. Jsou založeny na principu účinků antikoagulačních látek (superwarfariny), kde při požití malého množství návnady nejsou děti otravou ohroženy. Závažná by byla otrava těmito přípravky po opakované konzumaci (7).

Velmi obávané jsou přípravky s obsahem ethylénglykolu (nemrznoucí směsi), který je nasládlý a přípravky z něho nemají varovnou chuť (7).

#### ***1.3.1.5 Požití organických rozpouštědel***

Tvoří závažný problém dnešní dětské toxikologie. Je stále mnoho nehod s přípravky s obsahem benzínu nebo petroleje (leštěnky, čističe skvrn, topné a pohonné hmoty). Ohrožení plyne z možnosti aspirace (vdechnutí) látky a následného vzniku chemické pneumonie. K aspiraci dochází buď hned při napití, častěji ale při následném zvracení, ať spontánním či provokovaném. Průběh takové nehody může být smrtelný (7)

#### ***1.3.2 První pomoc při otravách***

V případě otravy je možné kontaktovat Toxikologické informační středisko (TIS) v Praze, a to nepřetržitě na telefonu 224 919 293 nebo 224 915 402. TIS se zabývá pouze problematikou vzniklých akutních otrav. Eviduje jméno postiženého, rodné číslo, hmotnost, základní onemocnění, zjišťuje dobu nehody, druh látky, jakým způsobem jed vnikl do organismu a v jakém množství. Dále se ptá na již provedená opatření, na současný stav postiženého dítěte a vyžaduje udání zpětného telefonního čísla. Podává stručnou informaci o působící látce a možných důsledcích otravy, doporučuje první pomoc a další postup (20).

#### ***První pomoc při otravách léky***

Nejprve zjistíme stav postiženého dítěte a předpokládané množství požitých léků, zajistíme zbylé léky, lékové obaly a případně i zvratky. Poté kontaktujeme TIS nebo lékaře. Tam, kde lék již působí a hrozí riziko aspirace, nevyvoláváme zvracení. Tam, kde je to možné, nikdy nepoužíváme k vyvolání zvracení vodný roztok kuchyňské soli. Jako univerzální antidotum lze podat 3-5-10 rozdrcených tablet aktivního uhlí smíchaných s nápojem nebo jogurtem. Aktivní uhlí nepoužíváme při požití tablet s obsahem natrium fluoratum, kde je nutno okamžitě podat mléko nebo mléčný tekutý výrobek (20).

### *První pomoc při otravách rostlinami*

Při otravě rostlinami vyjmeme zbytky rostliny z úst dítěte, odhadneme požité množství a tyto zbytky uchováme. Ústa a okolí důkladně vypláchneme pitnou vodou. Je-li rostlina jedovatá, lze vyvolat zvracení mechanickým podrážděním kořene jazyka. Od vyvolání zvracení ustoupíme, je-li výrazné slinění, otok rtů či dechové potíže. Dítěti dáváme pít nejlépe neslazený čaj a podáváme 3-8 tablet aktivního uhlí. Kontaktujeme lékaře nebo TIS. Zajištěný vzorek vezmeme s dětským pacientem. U dieffenbachie (viz Příloha 6) a jí podobných rostlin nevyvoláváme zvracení a nepodáváme aktivní uhlí. Dítě je třeba ihned dopravit do nemocnice, neboť potíže se dostavují do 15 minut (pálení, slinění, bolest, dechové potíže) a kritických je následujících 6 hodin (20).

### *První pomoc u nehod obchodními přípravky*

Pokud dítě požije čočkovou baterii, sledujeme průchod zažívacím traktem a eventuálně je nutno ji aktivně odstranit. Z ucha nebo nosu se odstraňuje co nejrychleji (20).

### *První pomoc při otravách látkami s leptavými účinky*

U těchto látek nikdy nevyvoláváme zvracení ani nepodáváme bez doporučení TIS aktivní uhlí. Dítě neprodleně dopravíme do nemocnice. Pouze při minimálních potížích můžeme podat vodu, čaj, mléko v dávce do 15 ml/kg. Postiženou kůži oplachujeme tekoucí vlažnou vodou po dobu 15 minut, stejně postupujeme při postižení oka. Obal od dané látky vždy vezmeme sebou. Pokud dítě požije přípravek s obsahem ethylénglykolu, podáváme 40% alkohol (whisky, koňak) v dávce 1,5 ml/kg váhy dítěte, přičemž tento 40% alkohol zředíme na 5-10 % (1,5 ml alkoholu se ředí 6-12 ml vody, šťávy, džusu). Lékařskou pomoc je nutno také vyhledat i při podezření na vypití (20).

### *První pomoc při požití organických rozpouštědel*

Při požití nevyvoláváme zvracení, nepodáváme mléko nebo potraviny s obsahem tuku. Aktivní uhlí podáváme až po poradě s TIS (20).

## 1.4 Vdechnutí cizího tělesa

Cizím tělesem rozumíme vdechnutý předmět, který se zaklíní v dýchacích cestách (viz Příloha 4) a brání tak v respiraci. Aspirace cizího tělesa patří k nejčastějším úrazům v dětském věku. Mortalita v důsledku aspirace cizího tělesa je 1%. Každé vdechnutí cizího tělesa, nebo i jen podezření na aspiraci, musíme posuzovat jako nebezpečnou náhlou příhodu a v souhlase s tím poskytnout bezodkladnou první pomoc, vyšetření a případnou léčbu (7, 16).

Látky v dýchacích cestách mohou být tuhé, tekuté, těkavé, živé, neživé. Dušení mohou způsobit potraviny, které jsou malé a tvrdé, jako jsou burské oříšky, bonbony, kousky mrkve nebo tvrdého ovoce, špatně rozkousaná strava, tělesa rostlinného původu (fazole, hrách), zbytky prasklého balonku, kuličky, korálky, knoflíky a drobné hračky až do velikosti 4 cm v průměru. Vzhledem ke křeči hrdla se však dítě může udusit i malým předmětem (7, 16, 19).

### 1.4.1 Cizí těleso v horních cestách dýchacích

V horních cestách dýchacích uváznou cizí tělesa nejčastěji v dutině nosní. Cizí tělesa se do nosu dostanou nosním vchodem, méně často choanami při zvracení, nebo transkutánně při poranění. Jejich převážná většina je exogenního původu, endogenní jsou méně časté (rinolity, kostěné sekvestry, askaridy atd.). Mohou způsobit ucpaní nosu s následnou infekcí a poraněním tkáně (krvácení, popálení). Tělesa rostlinného původu mohou dokonce zvětšit svůj objem (8, 18).

V paranasálních dutinách se vyskytují cizí tělesa zcela ojediněle a většinou se dostanou do paranasálních dutin při jejich úrazech a mohou dát vznik zánětlivým komplikacím (8).

Do nosohltanu (epifaryngu) se cizí těleso dostane buď nosními průchody, nebo retrográdně z orofaryngu, ale také při poranění nosu či paranasálních dutin (8).

Cizí tělesa zaklíněná krátce způsobují kromě jednostranné poruchy nosní průchodnosti zvýšenou hlenovitou sekreci či pocit bolestivého tlaku. U chronických cizích těles bývá sekrece hlenohnisavá a někdy i s příměsí krve, doprovázená zápachem.

U cizích těles v paranasálních dutinách převládají obvykle příznaky sinusitidy. Příznaky cizích těles v nosohltanu jsou obdobné jako u cizích těles v nose (15).

#### ***1.4.2 Cizí těleso v dolních cestách dýchacích***

K aspiraci dochází během vdechu, při kterém je štěrbina hlasová široce otevřena, stejně jako tracheobronchiální strom. Cizí těleso je hnáno proudem vzduchu ke karině a po dotyku s ní dochází k intenzivnímu kašli v důsledku vegetativní inervace. Poté se proud vzduchu obrací a žene těleso zpět proti tentokrát již uzavřené hlasové štěrbině. Kontakt s hlasovými vazami pak vyvolá reflexně laryngospasmus. Proud vzduchu je tím přerušen a těleso opět padá směrem ke karině. Celý proces se opakuje s výskytem recidivujících laryngospasmů. To může vyústit až v reflexní zástavu srdeční činnosti. Podobně působí těleso, které uzavírá vchod do hrtanu. Když je těleso menších rozměrů, dojde k jeho fixaci v jedné z hlavních průdušek a kašel může ustoupit. Znovuvvolnění tohoto tělesa může spustit výše popsany proces. Kolem aspirovaných drobných těles může proudit vzduch a zůstávají často dlouho němá. Mohou se projevit zánětlivým procesem, aseptickým zánětem nebo až vznikem emfyzému (8, 11, 15).

Cizí tělesa v hrtanu jsou nejčastěji aspirována při kašli, kýchání nebo smíchu, tedy neočekávaným vdechnutím. Po aspiraci bývá přítomen silný reflektorický kašel až laryngospasmus a jde-li o velké cizí těleso, může nastat smrt asfyxií. V závislosti na lokalizaci uvízlého tělesa se vyskytuje kromě kašle i bolest při polykání, porucha hlasu či afonie, stridor v expiriu, ztížené dýchání i příznaky zánětu (8).

V průdušnici uváznou obvykle velká plochá tělesa (8).

V průduškách bývají cizí tělesa aspirována predilekčně do pravého hlavního bronchu a jeho větvení. Vdechnutí cizího tělesa je doprovázeno prudkým kašlem až laryngospasmem, velké těleso způsobující úplný uzávěr průdušnice způsobí smrt asfyxií. Pokud se cizí těleso pevně zaklíní, a to nejčastěji v pravé hlavní průdušce a jejím větvení, může následovat klamné latentní stádium, v němž pak není poskytnuta adekvátní pomoc, neboť se rodiče domnívají, že dítě těleso vykašlalo nebo spolкло. V závislosti na místě uvíznutí cizího tělesa a jeho vlastnostech vzniká obstrukce a dyspnoe různého stupně, zánět, bronchiektázie či atelaktáza, případně emfyzém. Ze

zánětlivých komplikací jsou nejzávažnější bronchopneumonie, absces plíce, hrudní empyém (8, 15).

### ***1.4.3 První pomoc a resuscitace***

Překážka v dýchacích cestách patří k nejzávažnějším nehodám, kdy může znalost poskytnutí první pomoci zachránit život dítěte. Pokud je předmět v nose, přimějeme dítě, aby předmět vysmrkalo, nepokoušíme se ho vyjmout sami a vyhledáme lékaře. Při podezření, že se cizí těleso nachází v nižších oddílech dýchacího ústrojí a dítě jeví příznaky ochabování dechu a přestává kašlat či dýchat, provedeme energické úder do zad, tzv. Gordonův manévr. Dítě položené na předloktí otočíme hlavou i obličejem dolů a opakovaně plochou dlaní prudce udeříme mezi lopatky. Současně držíme dítěti rozevřená ústa. Větší děti si můžeme přehnout přes koleno (3, 26).

Další alternativou je Heimlichův manévr (hmat), tj. prudké stlačení nadbřišku za účelem vypuzení vzduchu společně s cizím tělesem mimo dýchací cesty. Tento neprovádíme u dětí do 8 let! (3, 26).

Komplikací aspirace cizího tělesa může být zástava dechu a zástava oběhu vyžadující urgentní kardiopulmonální resuscitaci. Ke kardiopulmonální resuscitaci u dětí se používá schéma postupu A B. C. A (Airway) představuje zajištění průchodnosti dýchacích cest, B (Breathing) umělé dýchání a C (Circulation) zahájení nepřímé srdeční masáže (22).

U dětí od 1 roku do 8 let postupujeme tak, že dítě položíme zády na pevnou podložku, otevřeme a prohlédneme dutinu ústní a provedeme záklon hlavy tlakem na čelo hranou jedné ruky a prsty druhé ruky zdviháme bradu. Nejprve provedeme 5 základních vdechů do úst postiženého dítěte, a to v menším objemu vzduchu než u dospělého. Vyhledáme střed hrudní kosti a provádíme masáž dlaní jedné ruky do hloubky asi 3 cm. Po odpočítání 30 stlačení provedeme 2 umělé vdechy a následně opět provádíme 30 stlačení a poté opět 2 umělé vdechy. Tento postup provádíme do příjezdu záchranné služby (3, 5, 22, 26).

## **1.5 Šok**

Šok představuje život ohrožující stav, kdy dochází k selhání krevního oběhu a následně k těžké poruše prokrvení všech tkání a orgánů s hypoxií, což vede k jejich poškození až selhání (12).

### **1.5.1 Typy šoku**

Hypovolemický šok je zapříčiněn snížením objemu cirkulující krve ať už v důsledku krvácení, dehydratace nebo ztrátou plazmy. Ztráta krve může být zapříčiněna vnějším nebo vnitřním krvácením. Ztráta tekutin má nejčastěji příčinu ve zvracení, v průjmu, nedostupnosti tekutin nebo enormních ztrátách (diabetes insipidus, diabetes mellitus, onemocnění ledvin). Při popáleninách dochází k masivní ztrátě plazmy (1, 18).

Alergický (anafylaktický) šok je akutní alergická reakce charakterizovaná nepoměrem mezi množstvím obíhající krve a objemem cévního systému, jenž je při ní dilatován. Anafylaktický šok může vyvolat první nebo opakovaný kontakt s alergenem, jenž vyvolá uvolnění specifických mediátorů z žírných buněk a následuje dilatace cévního systému (18).

Kardiogenní šok je zapříčiněn selháním srdce jako pumpy a může doprovázet poruchy srdečního rytmu, onemocnění srdečního svalu nebo vážné srdeční chlopenní vady (1, 11, 18).

### **1.5.2 Příznaky šoku**

Typickým příznakem je pokles krevního tlaku, zrychlený srdeční puls, bledost kůže s profuzním pocením. Dýchání je povrchní, zrychlené, stav vědomí kolísá od počáteční excitace po jeho ztrátu. Anafylaktický šok bývá často provázen pocitem horka, zarudnutím ve tváři (12).

### **1.5.3 První pomoc**

Nejprve se snažíme, pokud je to možné, odstranit příčinu šoku a dítě, pokud je při vědomí, uložíme do protišokové polohy na zádech se sníženou horní polovinou těla,



dolní končetiny podložíme asi 30-40 cm nad podložku. Řídíme se pravidlem pěti T. Snažíme se udržet optimální tělesnou teplotu (teplo), tlumíme pocit žízně otíráním rtů a obličejů (tekutiny), avšak tekutiny per os nepodáváme. Dítě utišíme a zajistíme klid okolí (ticho). Ošetříme základní poranění a eliminujeme bolestivé podněty (tišení bolesti). Per os nepodáváme žádné léky. Následně zraněné dítě s příznaky šoku transportujeme do zdravotnického zařízení (transport), a to pouze za doprovodu lékaře sanitním vozem. K transportu voláme linku 155, 112 (12).

## **1.6 Úloha sestry v prevenci dětských úrazů**

Nezastupitelnou úlohu v dětské úrazovosti hraje předcházení úrazům, tedy prevence. Úloha sestry je nejen v ošetřování vzniklých úrazů, ale i v jejich prevenci. V prevenci sestra výrazně uplatňuje neustálé, přímé působení na rodiče dětí předškolního věku, které je nutné seznámit s nejčastějšími riziky úrazů, jejich předcházením a problematikou úrazovosti vůbec. Sestra musí rodičům zdůraznit, že v případě úrazu dítěte nesou právě oni zodpovědnost a největší podíl viny (7).

Nejčastějším a nejrizikovějším místem úrazu dětí se stává domácí prostředí. Děti jsou nesmírně zvědavé a každý předmět se může stát potencionálním nebezpečím. Během růstu se rychle zdokonaluje schopnost pohybu dítěte, která ale není sledována stejně rychlým rozvojem rozumových dovedností (7).

Prevence domácích úrazů spočívá především ve změně prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. Významnou úlohu sehrává samotné chování rodičů, jejich zvýšená pozornost a opatrnost (7).

### *Prevence popálenin*

Pokud se v kuchyni pohybuje malé dítě, vaříme na zadních hořácích sporáku a rukojeti nádob otáčíme dozadu, neotevíráme pečící troubu. Varnou plochu u sporáku můžeme opatřit bezpečnostní ohrádkou, která brání strhnutí nádob (viz Příloha 8). Zvláštní pozornost věnujeme dětem, které se pohybují v blízkosti prostřených stolů s horkými potravinami. Nepoužíváme ubrus, který mohou strhnout nebo používáme

ochranné úchyty ubrusů (viz Příloha 8). Horké nápoje vždy postavíme mimo dosah dítěte. Stejně tak zamezíme kontaktu dítěte se zapalovačem či zápalkami. V koupelně nikdy nenecháváme dítě samotné a vždy kontrolujeme teplotu vody. Zamezíme manipulaci dítěte s vodní baterií (7).

#### *Prevence úrazů elektrickým proudem*

Vedení a zásuvky musí být udržovány v dobrém technickém stavu a chráníme je kryty (viz Příloha 8) a lištami, kabely vedeme za nábytkem podél stěn. Nenecháváme v dosahu dětí elektrické spotřebiče či dekorativní předměty napájené elektrickým proudem. Poučíme dítě, aby se nikdy nechytalo drátů spadlých na zem, nedotýkalo se krabic na sloupech vysokého napětí, vysvětlíme mu, že nesmí šplhat na telefonní sloupy či sloupy vysokého napětí (7, 12).

#### *Prevence otrav*

Léky a rizikové průmyslové výrobky skladujeme bez výjimky v uzamčeném a dítěti nedostupném prostoru. Léky nenecháváme nikdy volně položené, neužíváme léky před dětmi a obaly od léků nedáváme dětem na hraní. Zbytky léků nevyhazujeme do odpadkového koše. Podávání léků dětem během nemoci věnujeme patřičnou pozornost (7).

U průmyslových výrobků volíme ty s ochrannými uzávěry, nekupujeme přípravky s atraktivním obalem nebo obalem, jenž imituje vzhledem potravinu či nápoj. Zbytky těchto látek nenecháváme v dosahu dítěte. Tyto rizikové přípravky nikdy nepřeléváme do neoriginálních obalů, zejména od potravin. Vyvarujeme se nákupu chemických látek pro dekorativní účely. Pokud jde o rizikové rostliny, zásadně je nepěstujeme ani v domácnosti ani na zahradě. Při pohybu ve volné přírodě, v parcích a v zahradách nenecháváme děti bez dozoru (7).

#### *Prevence vdechnutí cizího tělesa*

Z dosahu dětí vyloučíme všechny rizikové předměty a potraviny a velkou pozornost věnujeme koupi hraček, které musí být adekvátní věku dítěte (7).

## 1.7 Edukace

Edukace je aktivní výchovný či vzdělávací proces, na který je kladen stále větší důraz, protože tvoří podstatnou součást kvalifikované péče, jež výrazně napomáhá naplňovat preventivní cíle moderního ošetrovatelství. Edukace rodičů o poskytování první pomoci však nesmí být pouze jednorázovým poučením, ale musí být dlouhodobým procesem, který je nutno pečlivě naplánovat (17).

Edukaci v ošetrovatelství dělíme na edukaci základní, kdy rodič nebyl o problematice první pomoci ještě informován, a edukaci komplexní, která je zpravidla realizovaná v edukačních kurzech. Reedukční edukace pak navazuje na předcházející vědomosti a zahrnuje jednak opakování znalostí, ale současně i aktualizaci základních informací vzhledem k měnícím se podmínkám. Edukant je kterýkoliv subjekt učení bez ohledu na věk či typ (pacient, rodič dítě, starý člověk). Edukátor je kterýkoliv aktér edukační aktivity (sestra, lékař, rodič, učitel) (6, 28).

Edukační proces v ošetrovatelství představuje určitou formu předávání konkrétních informací, která se uskutečňuje ve specificky připraveném prostředí v rámci vzájemné interakce sestry a učícího se rodiče. Je zaměřen na to, aby se rodič naučil něco nového, v tomto případě zásady poskytování první pomoci u dětí. Edukační proces znamená dynamický vzájemný vztah mezi sestrou a klientem. Je to výchovný a vzdělávací proces a je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu (28).

Edukační prostředí je místo, kde se edukace provádí. Optimální prostředí pro edukaci musí mít správné osvětlení, správnou teplotu a musí být bez hluku. V nemocničním prostředí musí zaručovat i případnou intimitu (28).

Edukační faktory jsou všechny teorie, modely, plány a předpisy, které určitým způsobem určují nebo ovlivňují reálné edukační procesy. V rámci edukační činnosti sestry to mohou být knihy, edukační plán, vzdělávací programy, normy, standardy či výukové filmy (28).

Pro výsledek edukace jsou rozhodující určité charakteristiky. K edukantům řadíme charakteristiku kognitivní (inteligence, věk, názory na zdraví, vzdělání, styl učení), fyzickou (postoje, motivace, potřeby) a charakteristiku sociální a sociokulturní

(vzdělanost, kulturní úroveň). Podobně je pro výsledek edukace rozhodující i kvalita edukátorů. Tedy charakteristika osobnostní (zdravotní styl, temperament) a profesionální (zkušenosti, zodpovědnost za úspěšnost edukantů). Značný význam pro výsledek edukace má také charakteristika edukačních faktorů, k nimž řadíme charakteristiku samotných edukačních programů, knih (rozsah a náročnost učiva) a evaluačních postojů. Důležitá jsou také zařízení, ve kterých edukace probíhá, to znamená charakteristika materiálního vybavení a profil edukátorů (28).

Edukační proces má tři fáze: první fází je projektování, což je fáze přípravná, která sleduje odpovědi na soubor otázek. Druhou fází edukačního procesu je realizace, která spočívá ve schopnostech motivovat rodiče k účinné spolupráci při učení se něčemu novému. Tady sestra reaguje na chyby rodiče a modifikuje naplánovaný postup, řídí pozornost rodiče a sleduje jeho pochopení informací, od kterých se odvíjí další naplánovaný postup. Expozice, fixace a aplikace učiva zahrnují využití slovních, názorných a praktických metod s metodou pro individuální, skupinovou nebo hromadnou formu edukace. Třetí fází je fáze hodnocení, která má za cíl zjistit a posoudit stav dosažený edukačním procesem. Pokud sestra proces nezhodnotí, nezjistí se ani jeho efektivnost (28).

### ***1.7.1 Edukační činnost sestry***

Edukace v ošetrovatelství má nezastupitelné místo. Edukační role sestry je neoddelitelnou součástí ošetrovatelské činnosti. Sestra se stává kromě ošetrovatelky, koordinátory, obhájkyň a manažerky i učitelkou, vychovatelkou a edukátorkou. Nelze říci, že sestry v minulosti nevykonávaly edukační činnost, ale tato jejich úloha nebyla řízena, dokumentována a kontrolována. Proto tato činnost byla často podceňována a sestry neměly vytvořeny vhodné podmínky pro edukaci pacienta. V současné době změny v ošetrovatelské péči umožňují rozšířit působení vysokoškolsky vzdělané odbornice mimo jiné o tuto roli edukátorky. Edukaci chápeme jako proces výchovy a vzdělávání. Účinná edukace představuje mnohem víc než pouhé „poučení o tom, co by měl rodič dělat“, protože to si může přečíst v mnoha brožurách. Jedná se především o psychologickou a pedagogickou práci (23, 24).

Základním předpokladem účinné edukace je dostatečná motivace rodičů, vhodné téma edukace, sběr edukační anamnézy, formulace edukační diagnózy, stanovení vzdělávacích cílů edukace a organizace edukačního plánu (viz Příloha 3). Chce-li sestra dosáhnout stanoveného cíle, musí při edukaci vycházet z určitých zásad edukace. Sestra si stanoví cíle tak, aby vycházely z potřeb rodičů. Sestra musí nepřetržitě udržovat kontakt s rodiči, udržovat zpětnou vazbu, využívat předcházejících vědomostí rodičů, povzbuzovat je a pomáhat jim osvojit si nabyté informace (23, 24).

#### Cíle edukace

Kognitivní (poznávací) cíle jsou zaměřeny na to, aby rodič na základě specifických vědomostí, informací a vysvětlování věděl, jak se má rozhodnout, respektive jak má první pomoc vykonat (23).

Afektivní (citové) cíle jsou orientovány na možnou změnu kvality života dítěte, která by mohla nastat po neodborném poskytnutí první pomoci patřičně needukovanými rodiči. Proto si musí být rodiče vědomi, jak důležitou roli hrají preventivní opatření a jak důležité je získání informací o dané problematice (23).

Behaviorální (podněcující konání) cíle se zaměřují na získání vědomostí a zručnosti při jednotlivých úrazových stavech. Rodiče musí umět rozpoznat typ a závažnost poranění a poskytnout adekvátní ošetření, umět provést jednotlivé kroky zásad první pomoci (23).

#### Metody edukace

Metody edukace se rozlišují se podle objektu zdravotně výchovného působení na individuální a skupinové (23).

Individuální působení pak zahrnuje individuální rozhovor, individuální instruktáž a zdravotně-výchovné konzultace. Sestra uplatňuje zásadu individuálního přístupu (23).

Skupinové působení představuje přednáška, diskuse, beseda a kurzy. Sestra se zaměřuje na menší či větší skupiny edukantů a nebo na celou komunitu. V průběhu skupinového působení se mají jednotlivci učit nejen od sestry, ale od sebe navzájem (23).

## **2 Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1: Zjistit schopnost rodičů podat první pomoc při popáleninách 1. a 2. stupně.

Cíl 2: Zjistit schopnost rodičů podat první pomoc při nejčastějších otravách.

Cíl 3: Zjistit schopnost rodičů podat první pomoc při vdechnutí cizího tělesa.

Cíl 4: Zjistit, zda se rodiče zaměřují ne na význam preventivních opatření proti úrazům.

Cíl 5: Zjistit zájem rodičů získat více informací o první pomoci poskytovaných sestrou.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza 1: Rodiče umí poskytnout první pomoc při popáleninách 1. a 2. stupně.

Hypotéza 2: Rodiče neumí poskytnout první pomoc při nejčastějších otravách.

Hypotéza 3: Rodiče umí poskytnout první pomoc při vdechnutí cizího tělesa.

Hypotéza 4: Rodiče se nezaměřují na význam preventivních opatření proti úrazům.

Hypotéza 5: Rodiče mají zájem získat více informací o první pomoci poskytovaných sestrou.

## **3 Metodika**

### ***3.1 Metodika práce***

Ke zpracování bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Sběr dat byl prováděn technikou dotazníků, které byly rozdány rodičům v pediatrikách ambulancí a dětských centrech ve Zlínském kraji. Dotazník obsahoval 30 otázek (viz Příloha 1). Respondentům byly kladeny otázky identifikační, uzavřené, polouzavřené a filtrační. Z uzavřených otázek byly použity varianty dichotomické i polytomické. Respondenti vyplňovali dotazník samostatně přímo v čekárnách pediatrikách ambulancí či v dětských centrech. Byli osloveni náhodným výběrem. Dotazníková metoda byla zvolena z důvodu možnosti pojmout větší výzkumný soubor.

Dále byla použita technika strukturovaného rozhovoru obsahující 9 otázek. Byly kladeny otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené (viz Příloha 2). Výzkumným souborem byly sestry pracující v pediatrikách ambulancí a instruktorky dětských center. Zajímalo nás, zda se sestry a instruktorky věnují činnosti v oblasti edukace první pomoci a jakou formou.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořili rodiče dětí předškolního věku. Jednalo se především o ženy, ve vzorku respondentů bylo pouze 14 mužů. Šetření bylo provedeno ve 12 pediatrikách ambulancí a 4 dětských centrech. Pro dotazníkové šetření bylo rozdáno 140 dotazníků, vrátilo se 133 dotazníků, což odpovídá 95 % návratnosti. Pro neúplné vyplnění některých otázek byly 3 (2,3 %) dotazníky vyčleněny. Výzkumné šetření tedy bylo provedeno ze 130 dotazníků (92,7 %). Zpracovaná data s výslednými grafy jsou uvedena ve výsledcích.

Současně uvádíme výsledky strukturovaného rozhovoru se sestrami pediatrikách ambulancí a s instruktorkami dětských center, jenž sice nebyl obsahem cílů a hypotéz, ale do jisté míry podává obraz o edukaci rodičů dětí předškolního věku v těchto zařízeních.

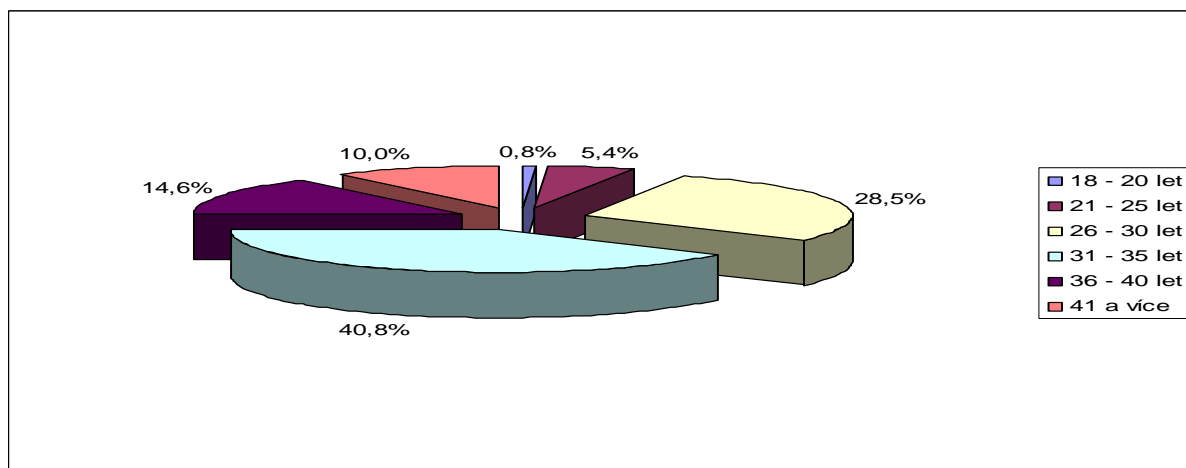
Pro strukturovaný rozhovor bylo osloveno 16 sester pracujících v pediatrikách ambulancí a 4 instruktorky dětských center. Na položené otázky odpověděly všechny sestry i instruktorky (100 %). Výsledky výzkumu jsou zpracovány a uvedeny ve formě grafu.



## 4 Výsledky

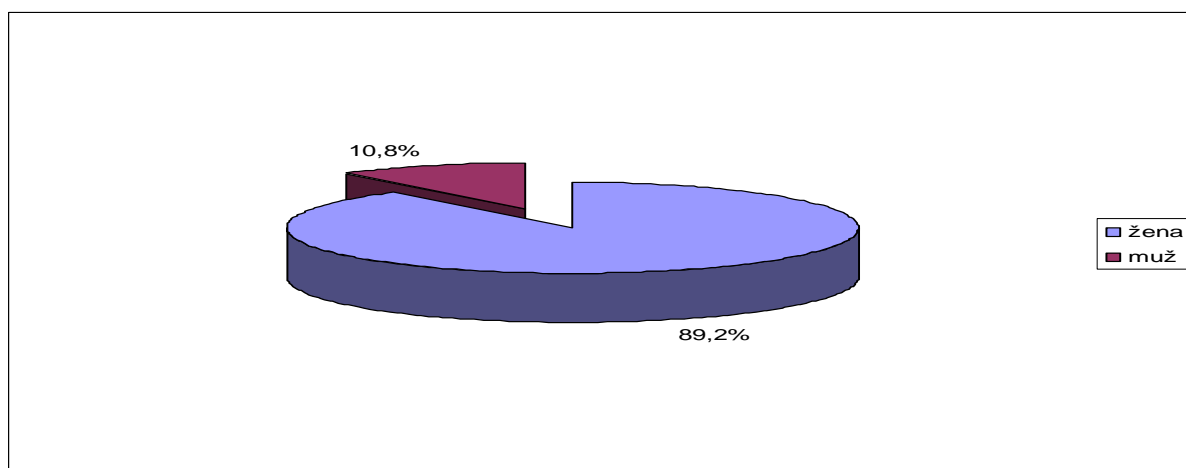
### 4.1 Výsledky dotazníkového šetření

**Graf 1 Věk respondentů**



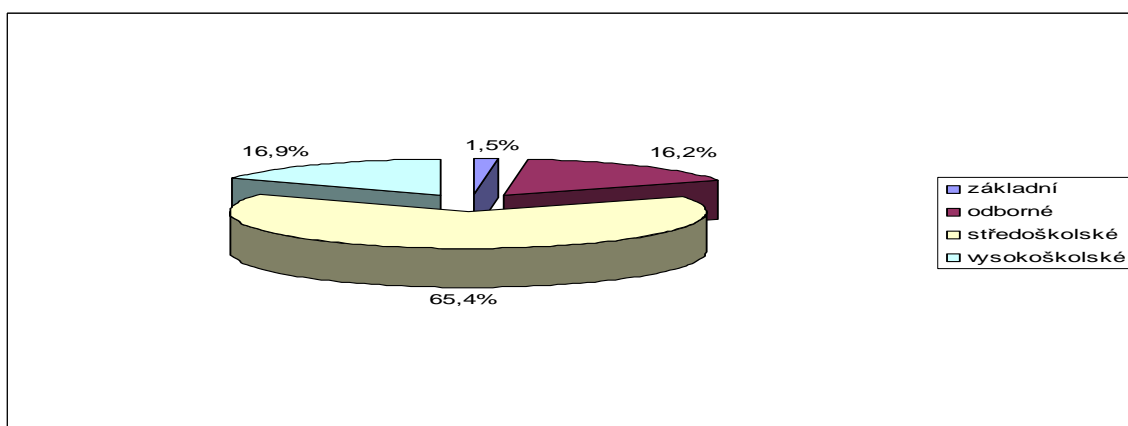
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů byl 1 (0,8 %) respondent ve věku od 18 - 20 let, 7 (5,4 %) respondentů ve věku od 21 - 25 let, 37 (28,5 %) respondentů ve věku od 26 - 30 let, 53 (40,8 %) respondentů ve věku od 31 - 35 let, 19 (14,6 %) respondentů ve věku od 36 - 40 let a 13 (10 %) respondentů od 41 a více let.

**Graf 2 Pohlaví respondentů**



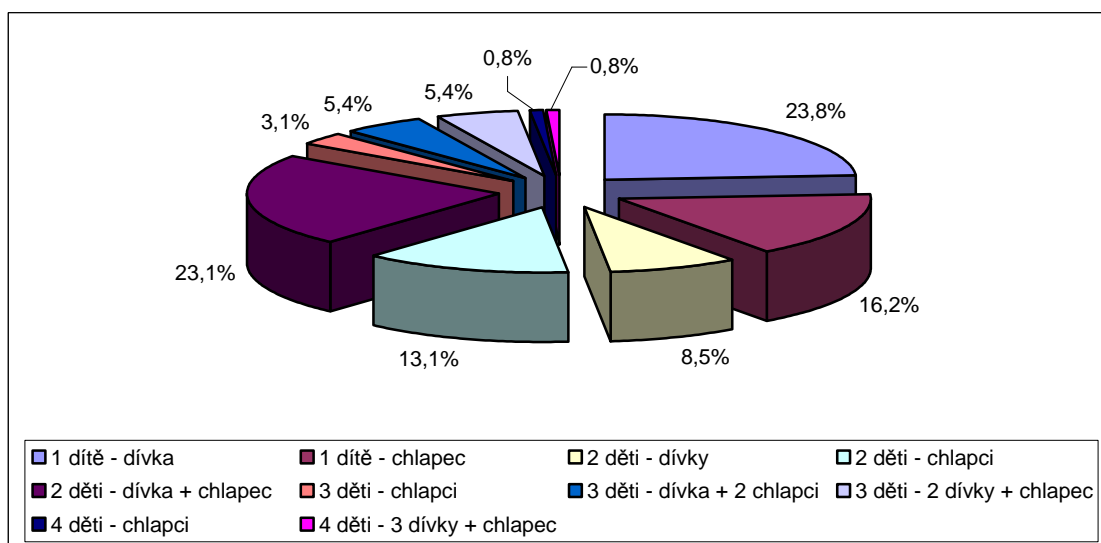
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů bylo 116 (89,2 %) respondentů žen a 14 (10,8 %) respondentů mužů.

**Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání**



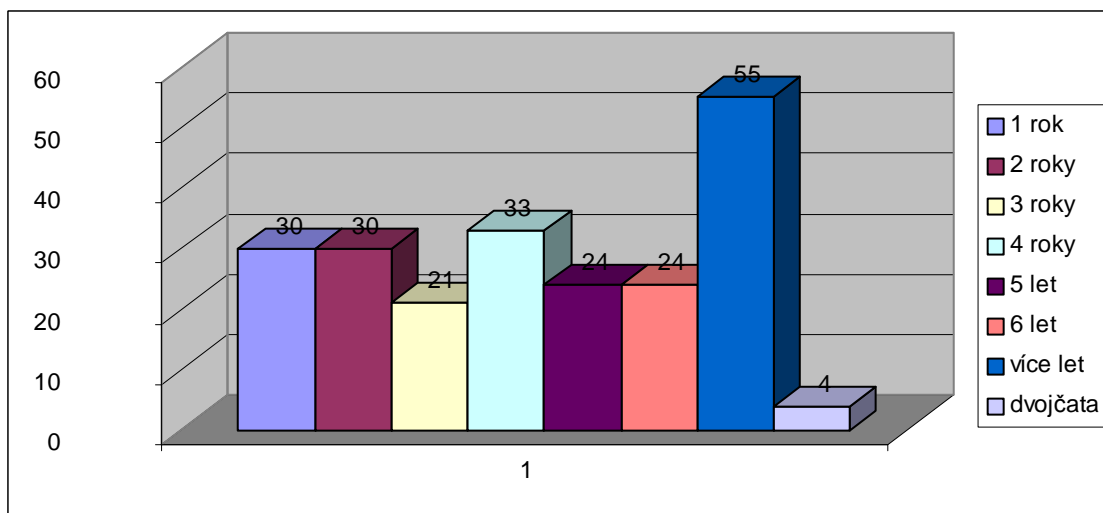
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů mají 2 (1,5 %) respondenti základní vzdělání, 21 (16,2 %) respondentů odborné vzdělání, 85 (65,4 %) respondentů středoškolské vzdělání a 22 (16,9 %) respondentů vysokoškolské vzdělání.

**Graf 4 Počet a pohlaví dětí**



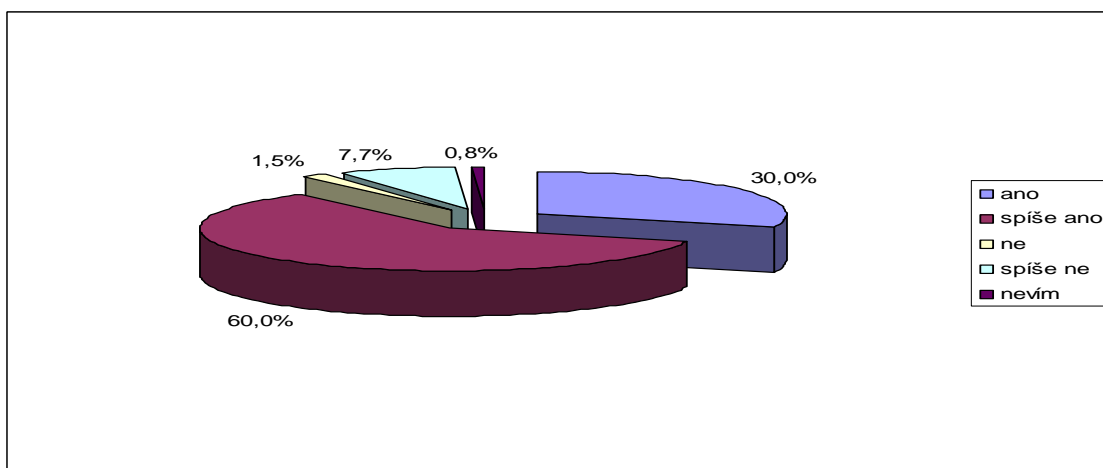
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů má 31 (23,8 %) respondentů 1 dítě (dívku), 21 (16,2 %) respondentů 1 dítě (chlapce), 11 (8,5 %) respondentů 2 děti (dívky), 17 (13,1 %) respondentů 2 děti (chlapce), 30 (23,1 %) respondentů 2 děti (dívku a chlapce), 4 (3,1 %) respondenti 3 děti (chlapce), 7 (5,4 %) respondentů 3 děti (1 dívku a 2 chlapce), 7 (5,4 %) respondentů 3 děti (2 dívky a 1 chlapce), 1 (0,8 %) respondent 4 děti (chlapce) a 1 (0,8 %) respondent 4 děti (3 dívky a 1 chlapce).

**Graf 5 Věk dětí**



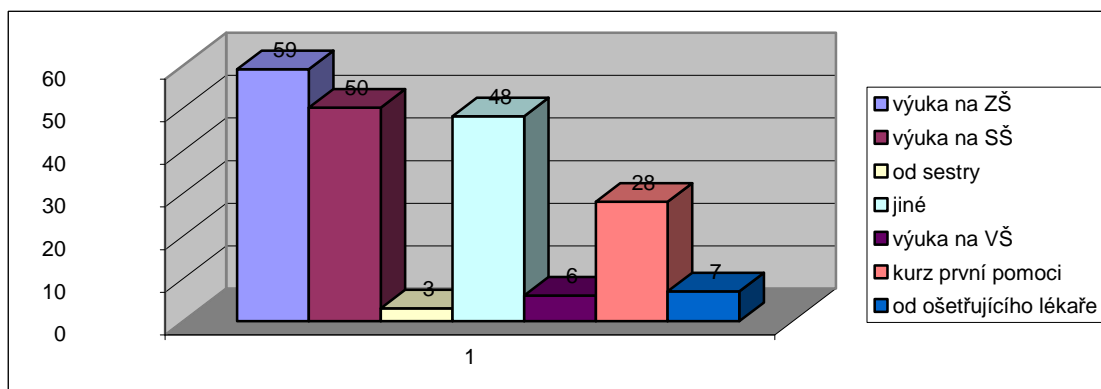
Z celkového počtu 130 respondentů má 30 respondentů děti ve věku 1 roku, 30 respondentů dětí ve věku 2 let, 21 respondentů dětí ve věku 3 let, 33 respondentů dětí ve věku 4 let, 24 respondentů dětí ve věku 5 let, 24 respondentů dětí ve věku 6 let a 55 respondentů má děti starší. Z toho mají 4 respondenti dvojčata. U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

**Graf 6 Znalost zásad první pomoci**



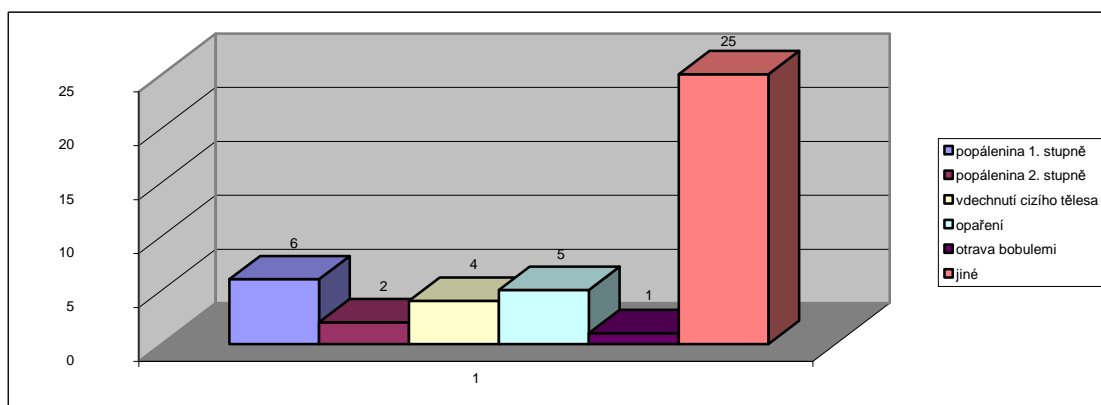
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů na otázku, zda znají zásady první pomoci odpovědělo 39 (30 %) respondentů ano, 78 (60 %) respondentů spíše ano, 2 (1,5 %) respondenti ne, 10 (7,7 %) respondentů spíše ne a 1 (0,8 %) respondent neví.

**Graf 7 Získání znalostí v oblasti první pomoci**



Z celkového počtu 130 respondentů zná první pomoc 59 respondentů z výuky základní školy, 50 respondentů z výuky na střední škole, 3 respondenti získali informace od sestry, jinou odpověď označilo 48 respondentů (odborná literatura, internet média, zaměstnání, autoškola, rodina), 6 respondentů získalo znalosti na vysoké škole, 28 respondentů z kurzu první pomoci a 7 respondentů od ošetřujícího lékaře. U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

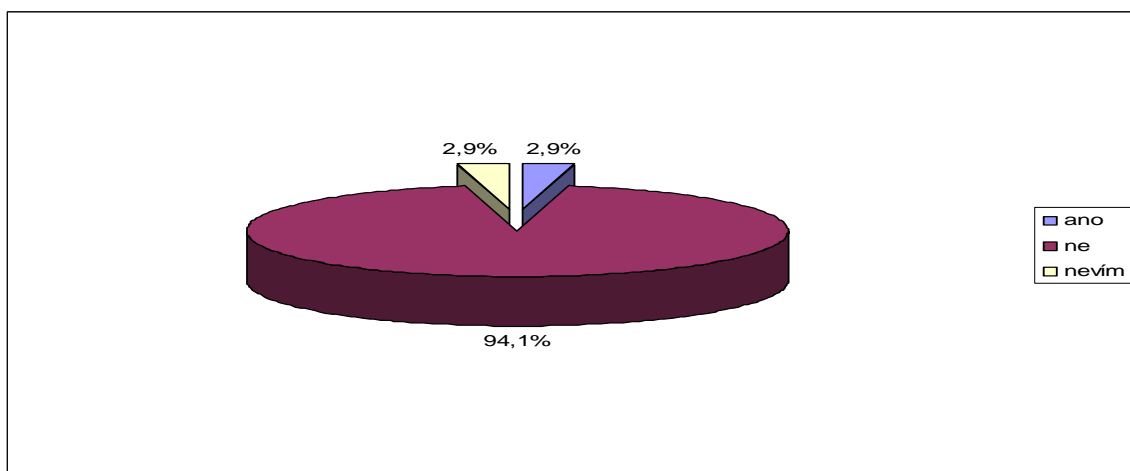
**Graf 8 Druh úrazu, pro který bylo dítě léčeno**



130 respondentů uvedlo celkem 139 úrazů ve sledované skupině dětí.

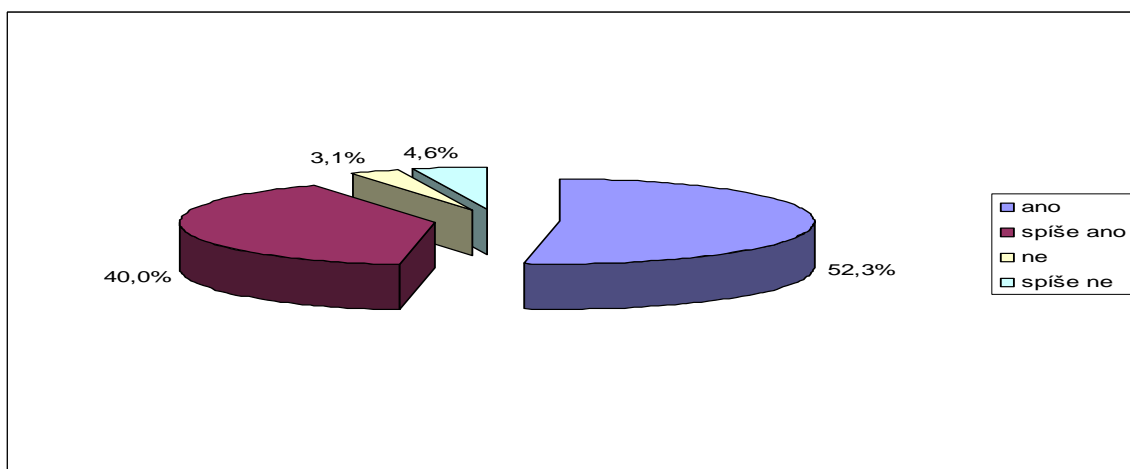
Z toho šlo v 6 případech o popáleninu 1. stupně, ve dvou případech o popáleninu 2. stupně, 4 respondenti uvedli vdechnutí cizího tělesa, 5 respondentů uvedlo opaření dítěte a 1 respondent otravu bobulemi. Ve 25 případech respondenti uvedli tržnou ránu, otřes mozku, zlomeninu, úraz hlavy, pořezání a pokousání psem. 96 respondentů nemělo dítě léčeno pro žádný úraz. U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

**Graf 9 Následky po úrazu**



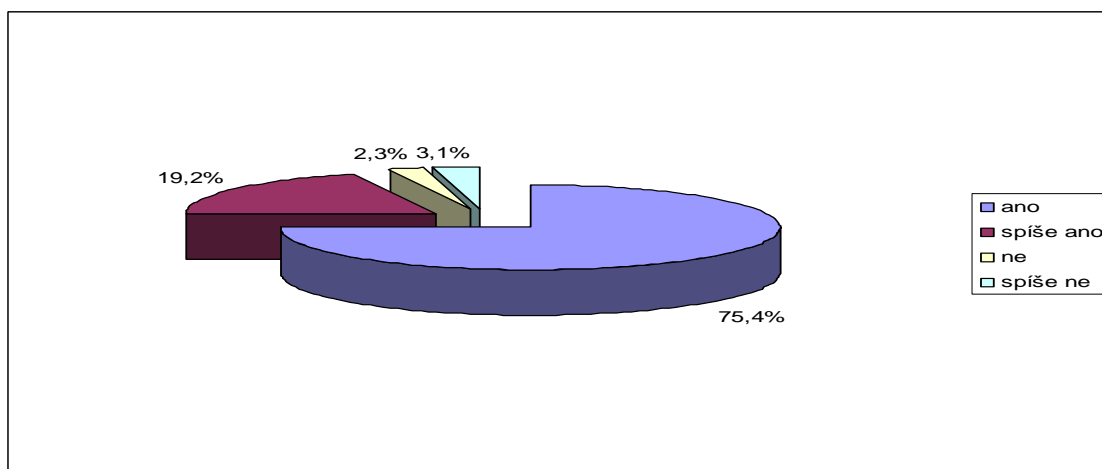
Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů označil 1 (2,9 %) respondent následek úrazu u svého dítěte, 32 (94,1 %) respondentů uvedlo, že jejich děti netrpí následkem úrazu a 1 (2,9 %) respondent neví.

**Graf 10 Zaměření na význam preventivních opatření**



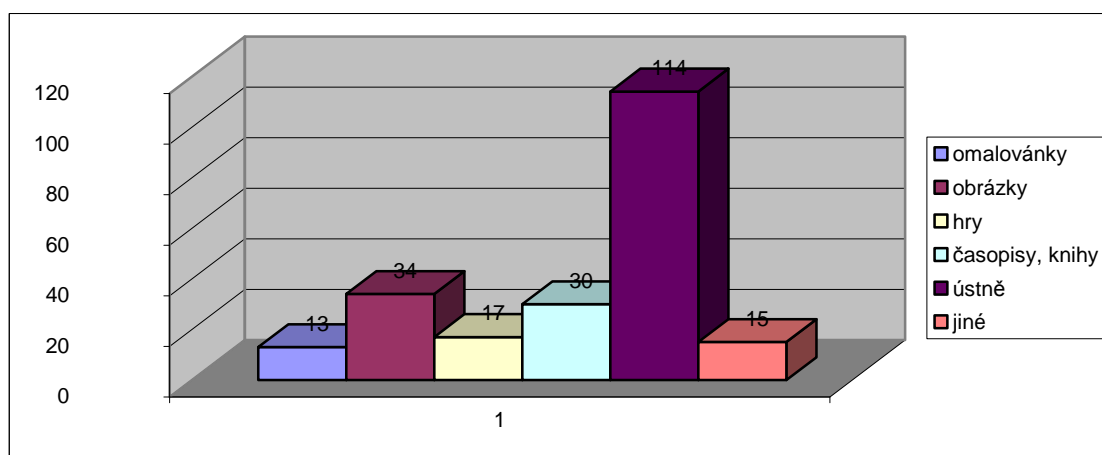
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů se zaměřuje na význam preventivních opatření 68 (52,3 %) respondentů, 52 (40 %) respondentů spíše ano, 4 (3,1 %) respondenti ne a 6 (4,6 %) respondentů spíše ne.

**Graf 11 Poskytování informací dětem o rizicích a následcích úrazu**



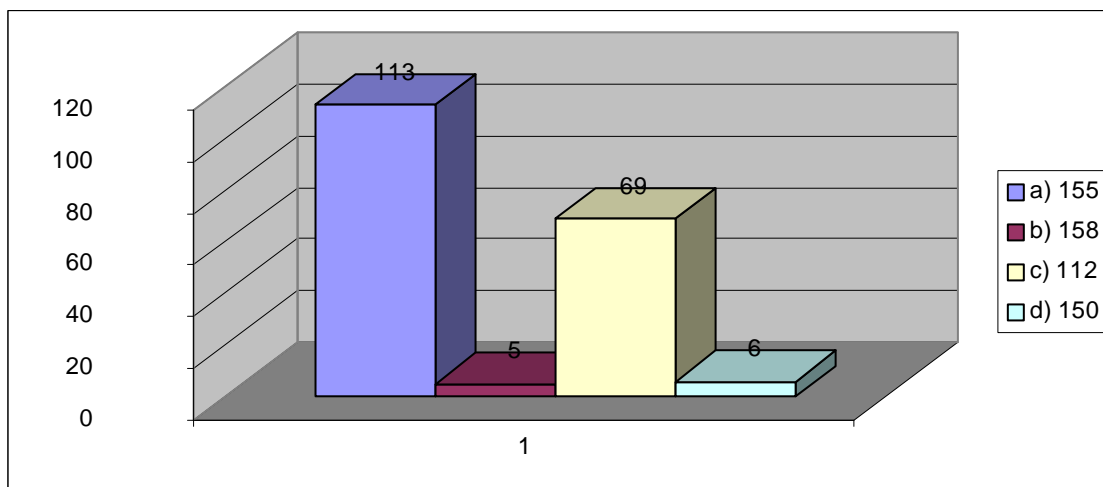
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů své děti o následcích a rizicích úrazu informuje 98 (75,4 %) respondentů, 25 (19,2 %) respondentů spíše ano, 3 (2,3 %) respondenti své děti neinformují a 4 (3,1 %) respondenti udávají odpověď spíše ne.

**Graf 12 Způsob informování dětí**



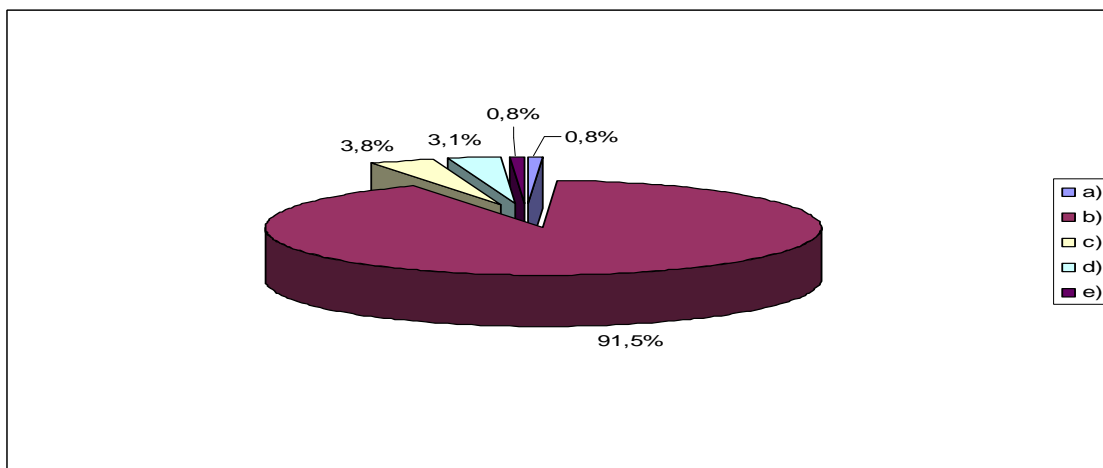
Z celkového počtu 130 respondentů 13 respondentů informuje o možných následcích a rizicích úrazu za pomoci omalovánek, 34 respondentů používá obrázky, 17 respondentů informuje pomocí her, 30 respondentů využívá časopisy a knihy pro děti, 114 respondentů vysvětlí rizika ústně a 15 respondentů používá jiné metody (televize, tábor, setkání se s úrazy u kamarádů, ochranné pomůcky, názorná ukázka). U této otázce bylo možné označit více odpovědí.

**Graf 13 Telefonní číslo rychlé záchranné služby**



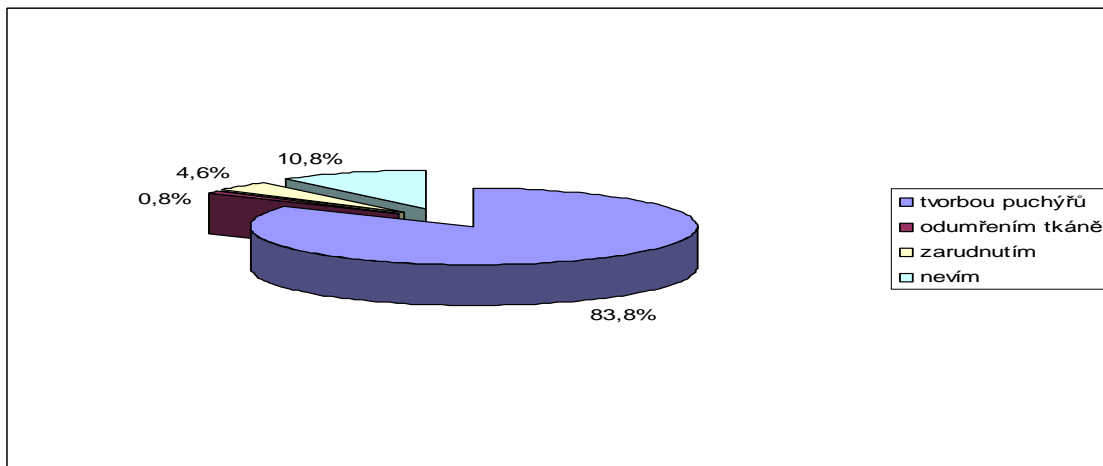
Z celkového počtu 130 respondentů označilo 113 respondentů číslo 155, 5 respondentů číslo 158, 69 respondentů číslo 112 a 6 respondentů číslo 150. U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

**Graf 14 Ošetření popáleniny 1. a 2. stupně bez stržených puchýřů**



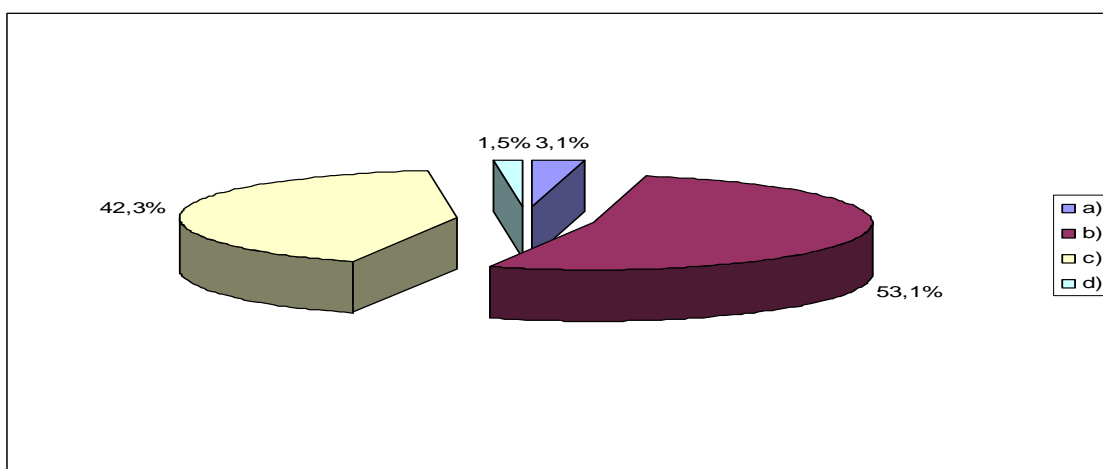
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů by ošetřil popáleninu 1. a 2. stupně 1 (0,8 %) respondent propíchnutím puchýřů, dezinfekcí a sterilním krytím (a), správnou odpověď uvedlo 119 (91,5 %) respondentů, kteří označili chlazení čistou vodou a sterilní krytí (b), 5 (3,8 %) respondentů uvedlo ošetření jakoukoli masťou s přiložením sterilního krytí (c), 4 (3,1 %) respondenti neví (d) a jako jinou odpověď (e) uvedl 1 (0,8 %) respondent (ošetření masťou na popáleniny s přiložením sterilního krytí).

**Graf 15 Určení popáleniny 2. stupně**



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů určilo projev popáleniny 2. stupně 109 (83,8 %) respondentů tvorbou puchýřů, 1 (0,8 %) respondent odumřením tkáně, 6 (4,6 %) respondentů zarudnutím a 14 (10,8 %) respondentů neví.

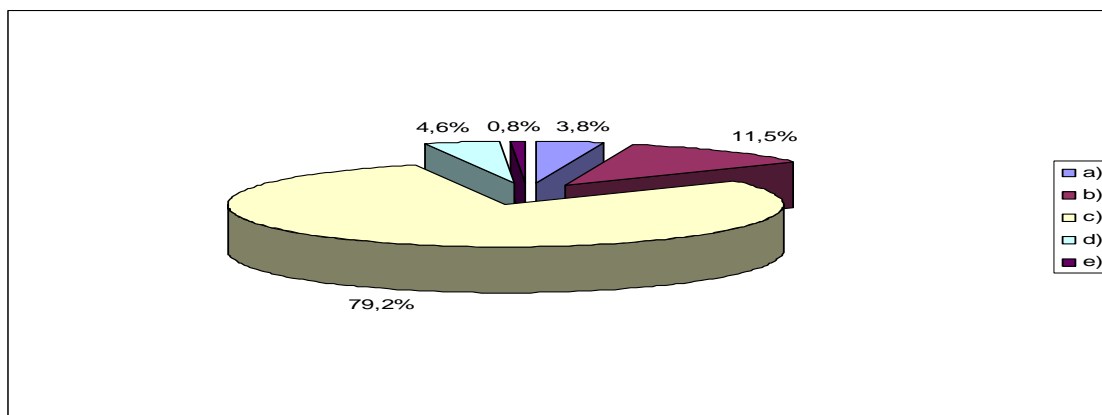
**Graf 16 První pomoc při úrazu elektrickým proudem**



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů by 4 (3,1 %) respondenti nejdříve zavolali záchrannou službu (a), 69 (53,1 %) respondentů by vypnulo přívod elektrického proudu (b), 55 (42,3 %) respondentů uvedlo jako odpověď odstranění zdroje od dítěte (c) a 2 (1,5 %) respondenti neví (d). Odpověď (e) nebyla označena.

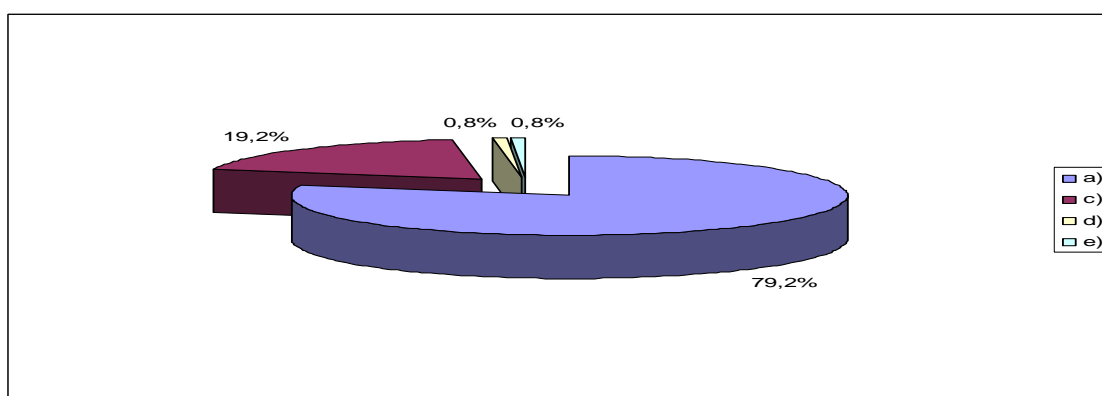


**Graf 17 První pomoc při opaření s přilnutím umělé tkaniny**



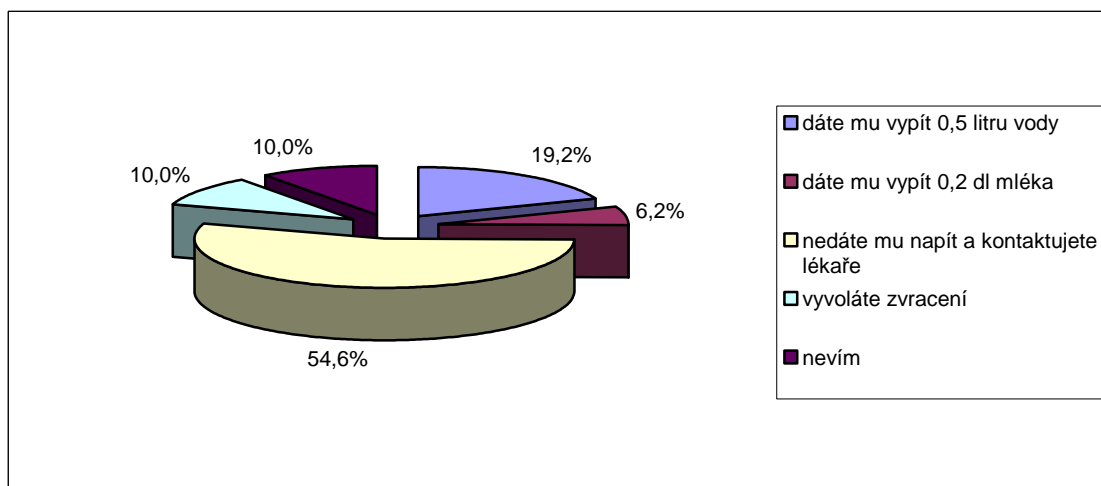
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů označilo 5 (3,8 %) respondentů za odpověď strhnutí tkaniny a ošetření postiženého místa (a), 15 (11,5 %) respondentů by postižené místo zchladilo studenou vodou a rychle odstranilo tkaninu (b), správnou odpověď uvedlo 103 (79,2 %) respondentů, kteří označili chlazení postiženého místa studenou vodou s následným kontaktováním lékaře (c), 6 (4,6 %) respondentů neví (d) a jako jinou odpověď uvedl 1 (0,8 %) respondent (sterilní krytí s následným kontaktováním lékaře) (e).

**Graf 18 První pomoc při požití léků**



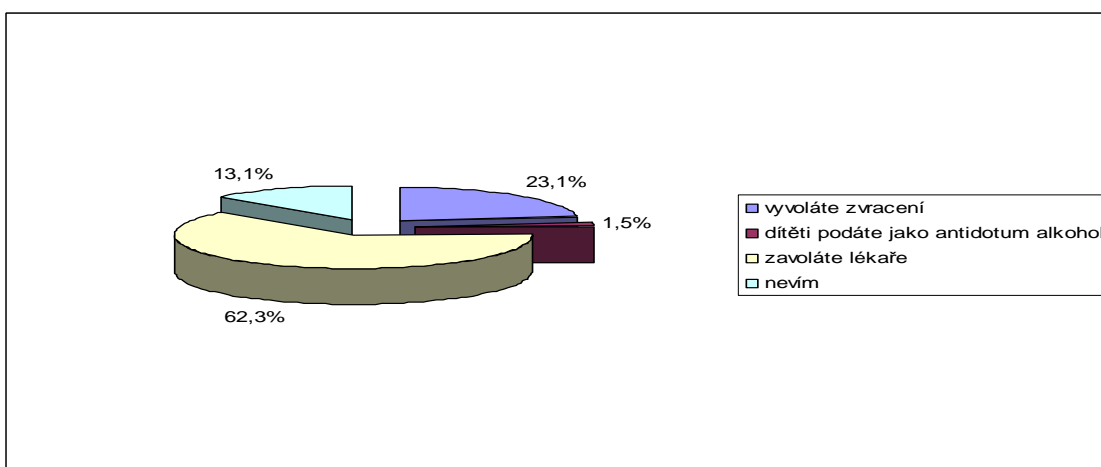
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů označilo správnou odpověď 103 (79,2 %) respondentů kontaktování lékaře, popř. toxikologického centra s následným zajištěním zbytků léků (a), 25 (19,2 %) respondentů by vyvolalo zvracení (c), 1 (0,8 %) respondent neví (d) a jako jinou odpověď uvedl 1 (0,8 %) respondent (podání živočišného uhlí s následným kontaktováním lékaře) (e). Odpověď (b) nebyla označena.

**Graf 19 První pomoc při požití saponátu**



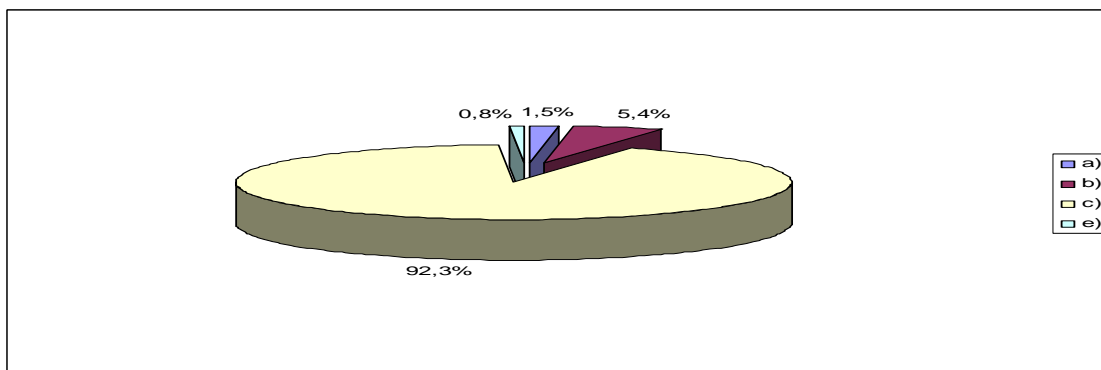
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů by 25 (19,2 %) respondentů dalo dítěti vypít 0,5 l vody, 8 (6,2 %) respondentů by dalo dítěti vypít 0,2 dl mléka, 71 (54,6 %) respondentů dítěti nedá napít a kontaktuje lékaře, 13 (10 %) respondentů označilo za odpověď vyvolání zvracení a 13 (10 %) respondentů neví.

**Graf 20 První pomoc při požití Ethylenglykolu**



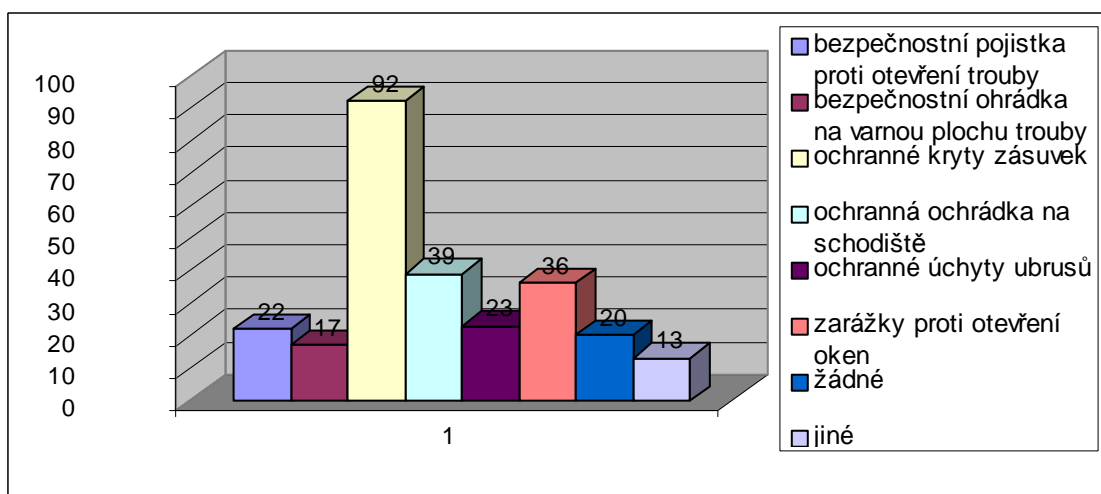
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů by 30 (23,1 %) respondentů vyvolalo dítěti zvracení, 2 (1,5 %) respondenti by podali jako antidotum alkohol, 81 (62,3 %) respondentů označilo za odpověď kontaktování lékaře a 17 (13,1 %) respondentů neví.

**Graf 21 První pomoc při dušení cizím tělesem**



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů by 2 (1,5 %) respondenti otočili dítě hlavou dolů a počkali, až předmět vypadne (a), 7 (5,4 %) respondentů by otočilo dítě hlavou dolů, pak rychle zvedlo a předmět vytáhlo (b), 120 (92,3 %) respondentů uvedlo otočení dítěte hlavou dolů, úder hranou ruky mezi lopatky a následné vyjmutí předmětu (c) a 1 (0,8 %) respondent neví (e). Odpověď (d) nebyla označena.

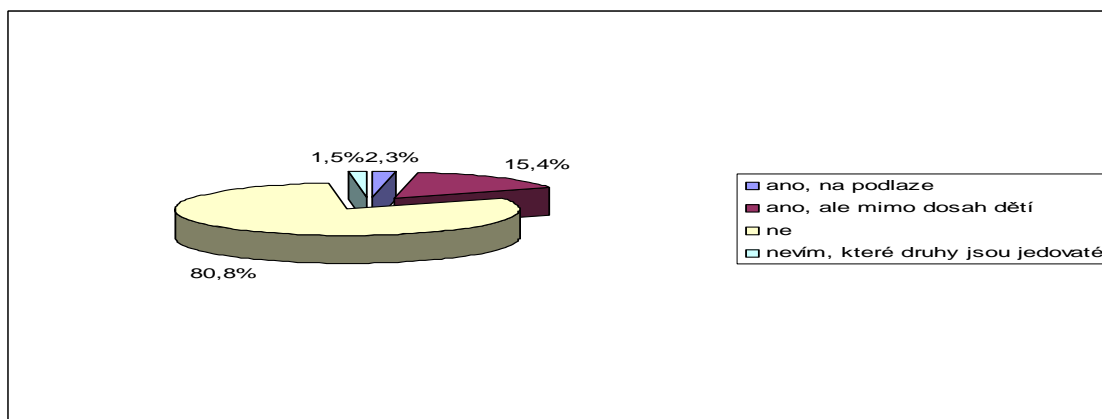
**Graf 22 Používání bezpečnostních zařízení**



Z celkového počtu 130 respondentů používá 22 respondentů bezpečnostní pojistku proti otevření trouby, 17 respondentů bezpečnostní ohrádku na varnou plochu trouby, 92 respondentů ochranné kryty zásuvek, 39 respondentů ochrannou ohrádku na schodiště, 23 respondentů ochranné úchyty ubrusů, 36 respondentů zarážky proti otevření oken, 20 respondentů nepoužívá žádná bezpečnostní zařízení, jako jinou odpověď uvedlo 13 respondentů (ochranné kryty na rohy nábytku, bezpečnostní kliky

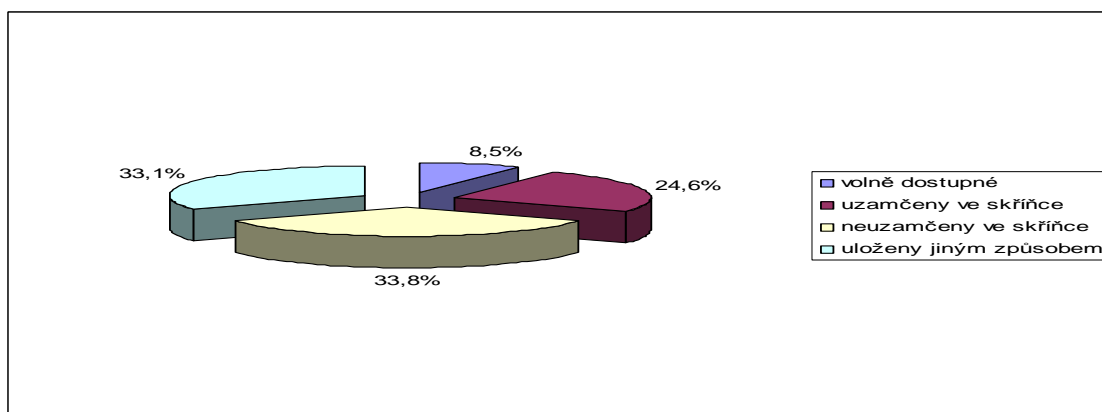
oken se zámkem, bezpečnostní pojistky na dvířka u skříněk, protiskluzová zabezpečení). U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

**Graf 23 Výskyt jedovatých rostlin v domácnosti**



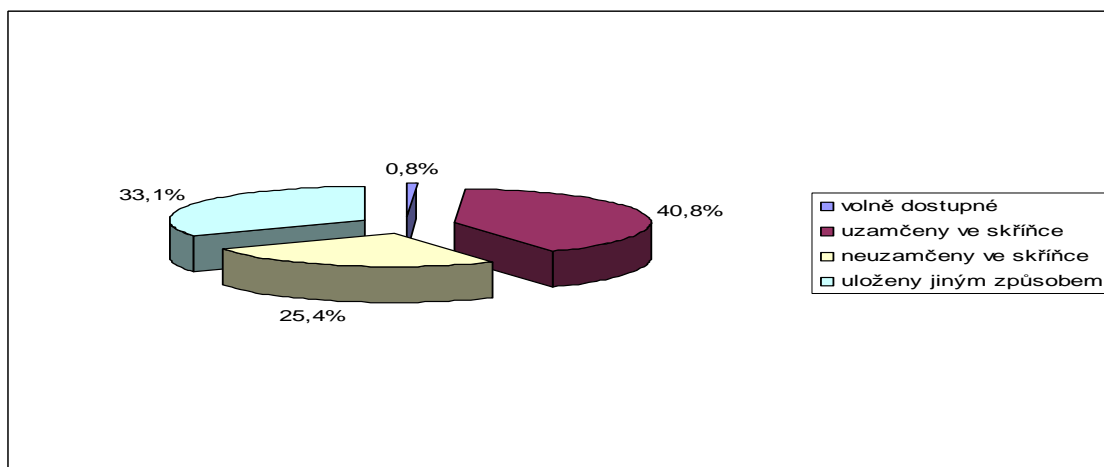
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů mají jedovaté rostliny v domácnosti 3 (2,3 %) respondenti na podlaze, 20 (15,4 %) respondentů má v domácnosti jedovaté rostliny mimo dosah dětí, 105 (80,8 %) respondentů nemá v domácnosti jedovaté rostliny a 2 (1,5 %) respondenti neví, které druhy rostlin jsou jedovaté.

**Graf 24 Umístění čistících a pracích prostředků v domácnosti**



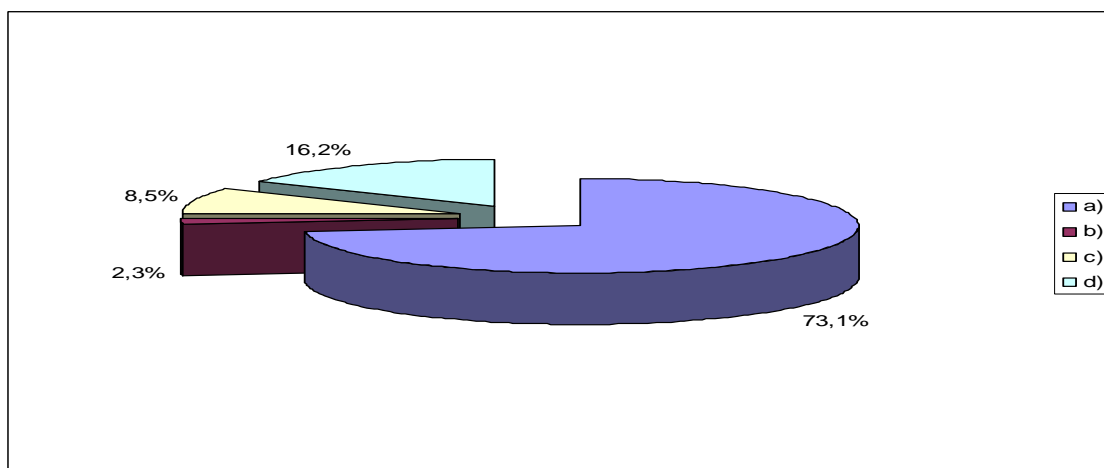
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů má 11 (8,5 %) respondentů čistící a prací prostředky volně dostupné, 32 (24,6 %) respondentů má prostředky uzamčeny ve skříňce, u 44 (33,8 %) respondentů jsou prostředky ve skříňce neuzamčeny a 43 (33,1 %) respondentů uvádí jiný způsob uložení (mimo dosah dětí, sklep, komora).

**Graf 25 Způsob uložení léků v domácnosti**



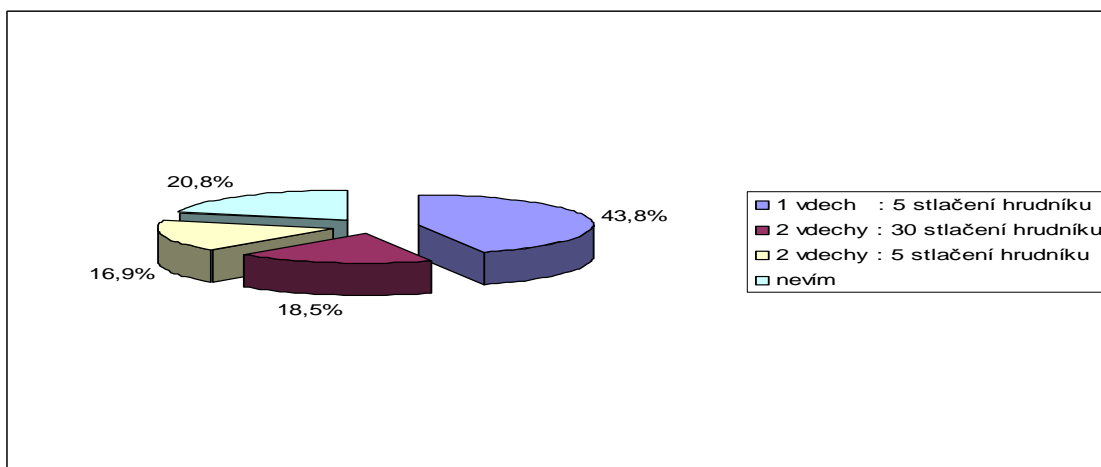
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů má 1 (0,8 %) respondent léky volně dostupné, 53 (40,8 %) respondentů má léky uzamčeny ve skříňce, u 33 (25,4 %) respondentů jsou léky ve skříňce neuzamčeny a 43 (33,1 %) respondentů uvádí jiný způsob uložení (mimo dosah dětí).

**Graf 26 Uvolnění dýchacích cest**



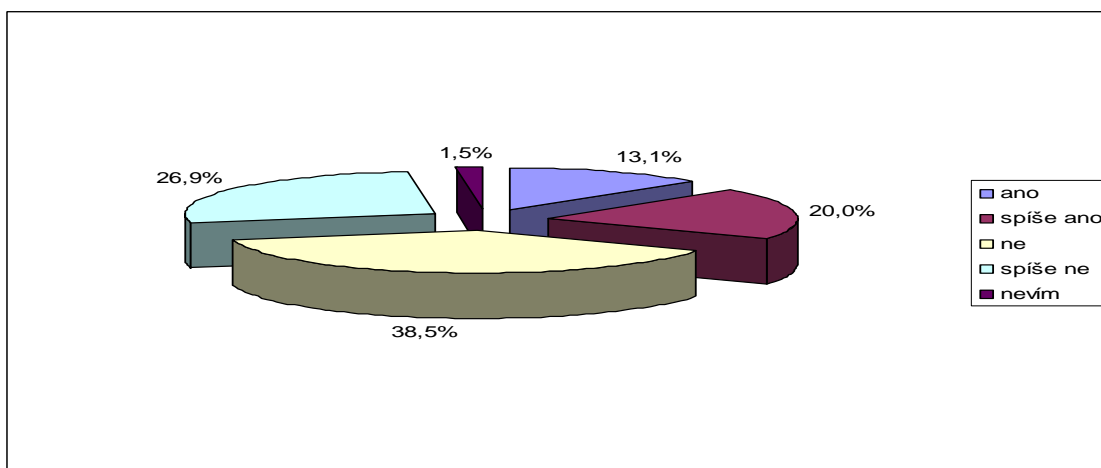
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů odpovědělo 95 (73,1 %) respondentů, že uvolnění dýchacích cest lze dosáhnout záklonem hlavy a vytažením dolní čelisti dopředu, 3 (2,3 %) respondenti označili za odpověď předklon hlavy a vytažení horní čelisti, 11 (8,5 %) respondentů uvedlo odpověď předklon hlavy a vytažení dolní čelisti dopředu, 21 (16,2 %) respondentů neví.

**Graf 27 Oživování se u dětí provádí v poměru:**



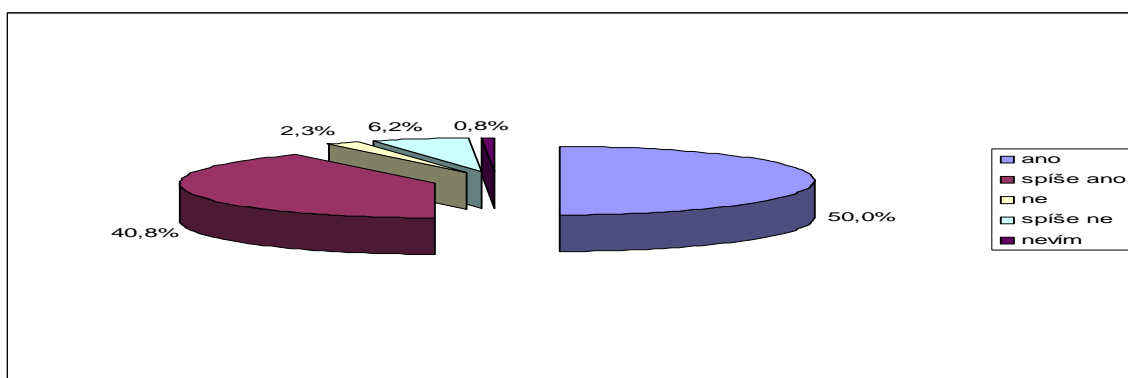
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů označilo 57 (43,8 %) respondentů poměr 1 vdech : 5 stlačení hrudníku, 24 (18,5 %) respondentů poměr 2 vdechy : 30 stlačení hrudníku, 22 (16,9 %) respondentů poměr 2 vdechy : 5 stlačení hrudníku a 27 (20,8 %) respondentů neví.

**Graf 28 Možnost návštěvy vzdělávací akce**



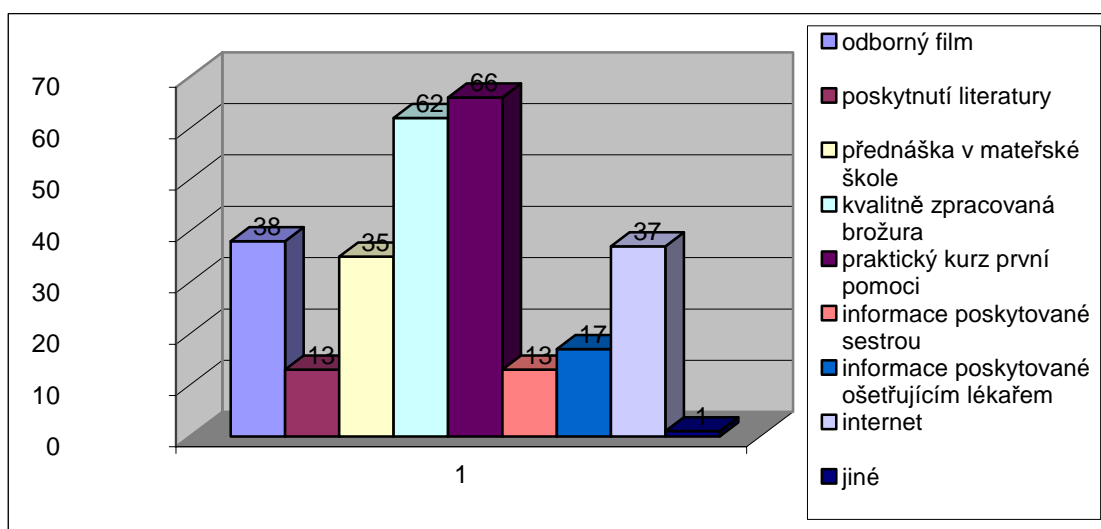
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů na otázku, zda mají možnost navštívit vzdělávací akce odpovědělo 17 (13,1 %) respondentů ano, 26 (20 %) respondentů spíše ano, 50 (38,5 %) respondentů ne, 35 (26,9 %) respondentů spíše ne a 2 (1,5 %) respondenti neví.

**Graf 29 Zájem o získání více informací o poskytování první pomoci**



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů odpovědělo 65 (50 %) respondentů ano, 53 (40,8 %) respondentů spíše ano, 3 (2,3 %) respondenti ne, 8 (6,2 %) respondentů spíše ne a 1 (0,8 %) respondent neví.

**Graf 30 Forma získání informací o poskytování první pomoci**



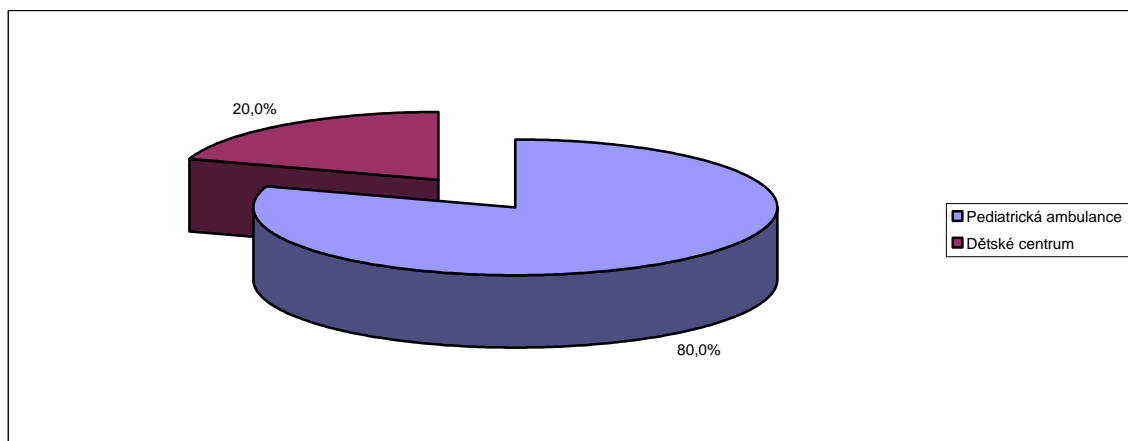
Z celkového počtu 130 respondentů uvedlo jako formu získávání informací 38 respondentů odborný film, 13 respondentů poskytnutí literatury, 35 respondentů přednášku v mateřské škole, 62 respondentů kvalitně zpracovanou brožuru, 66 respondentů praktický kurz první pomoci pod vedením sestry, 13 respondentů informace poskytované sestrou, 17 respondentů informace poskytované ošetřujícím lékařem dítěte, 37 respondentů uvedlo internet a jako jinou odpověď uvedl 1 respondent (kurzy první pomoci pro děti). U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

## Výsledky strukturovaného rozhovoru se sestrami pracujícími v pediatrických ambulancích a instruktorkami dětských center

Čísla grafů neodpovídají číslování v rozhovoru.

### Graf 31 Místo výkonu práce

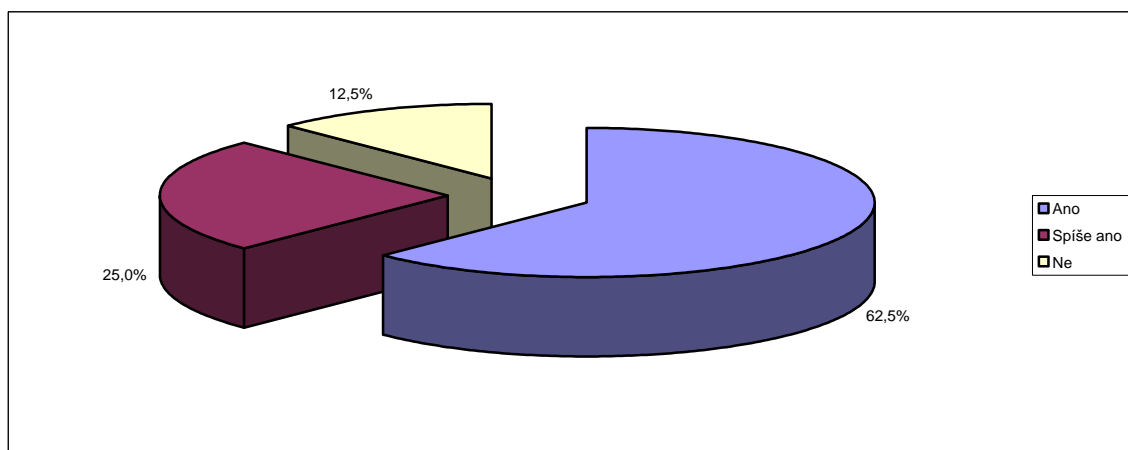
(graf k otázce 1)



Z celkového počtu 20 (100 %) respondentů pracuje 16 (80 %) respondentů v pediatrických ambulancích a 4 (20 %) respondenti v dětských centrech.

### Graf 32 Edukace rodičů (pediatrická ambulance)

(graf k otázce 2)

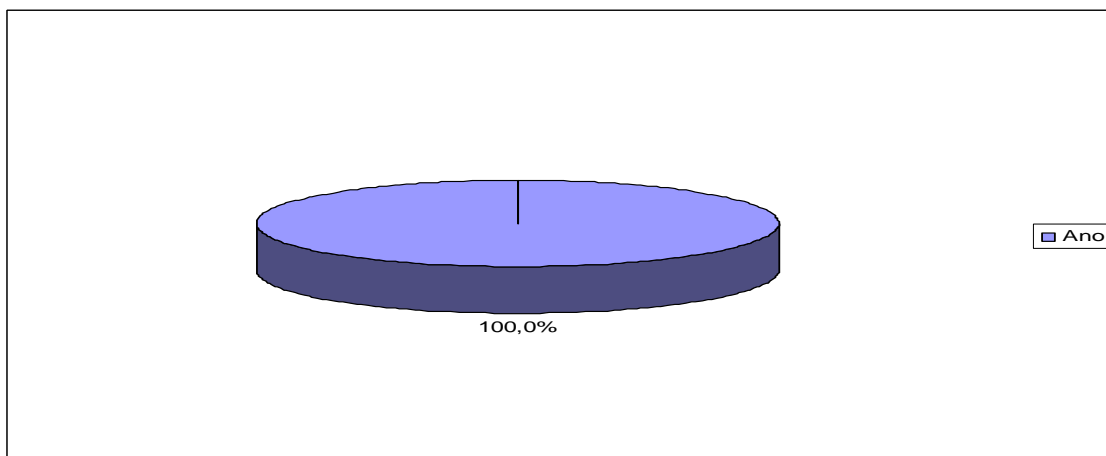


Z celkového počtu 16 (100 %) respondentů edukuje rodiče 10 (62,5 %) respondentů, 4 (25 %) respondenti spíše ano a 2 (12,5 %) respondenti se edukační činnosti nevěnují.



### Graf 33 Edukace rodičů (dětské centrum)

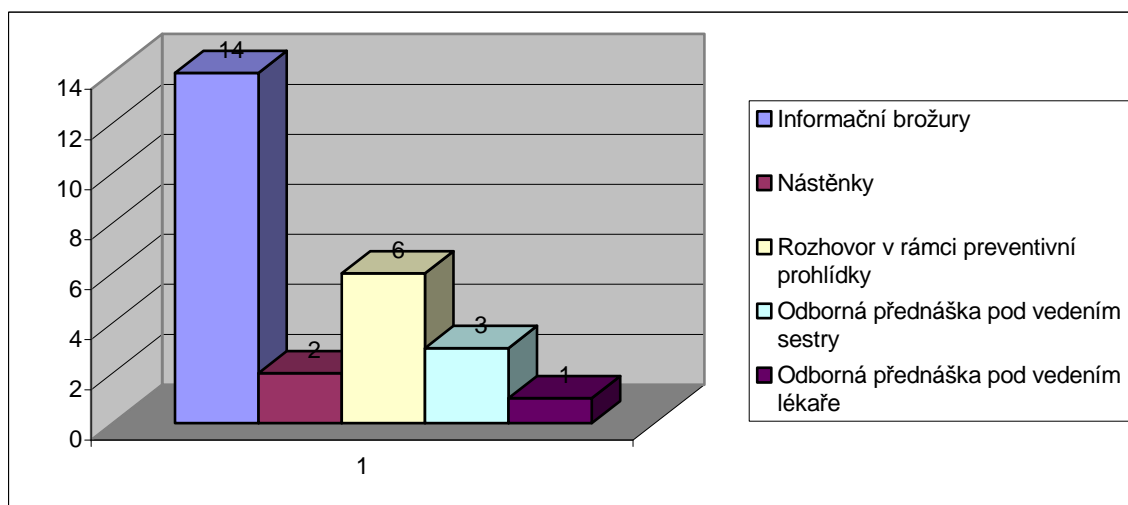
(graf k otázce 2)



Z celkového počtu 4 (100 %) respondentů se edukační činnosti rodičů věnují 4 (100 %) respondenti.

### Graf 34 Způsob edukace rodičů (pediatrická ambulance)

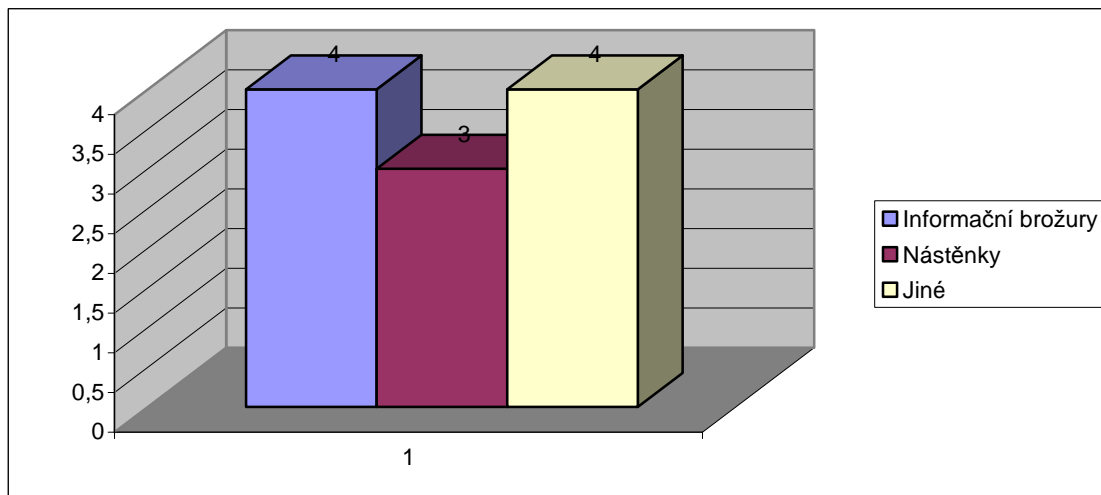
(graf k otázce 3)



Z celkového počtu 14 respondentů používá všech 14 respondentů informační brožury, navíc z toho se 2 respondenti zaměřují na edukaci první pomoci prostřednictvím nástěnek, 6 respondentů provádí rozhovor v rámci preventivní prohlídky, 3 respondenti provádí odborné přednášky pod vedením sestry a 1 respondent edukuje prostřednictvím odborné přednášky pod vedením lékaře. U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

### Graf 35 Způsob edukace rodičů (dětské centrum)

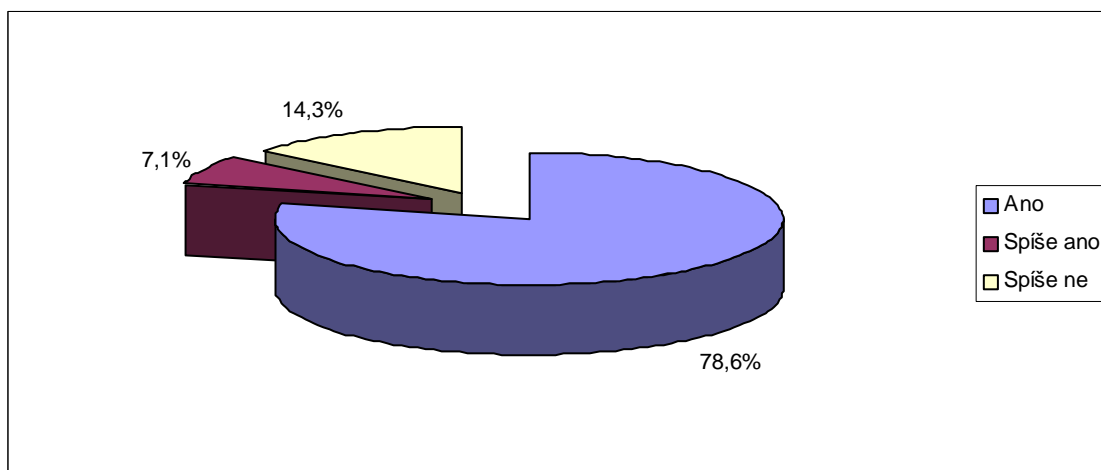
(graf k otázce 3)



Z celkového počtu 4 respondentů používají 4 respondenti informační brožury, navíc z toho se 3 respondenti zaměřují na edukaci prostřednictvím nástěnky, 4 respondenti uvedli za jiné přednášky ve spolupráci se záchranou službou spojené s praktickým nácvikem. U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

### Graf 36 Časový prostor k edukaci (pediatrická ambulance)

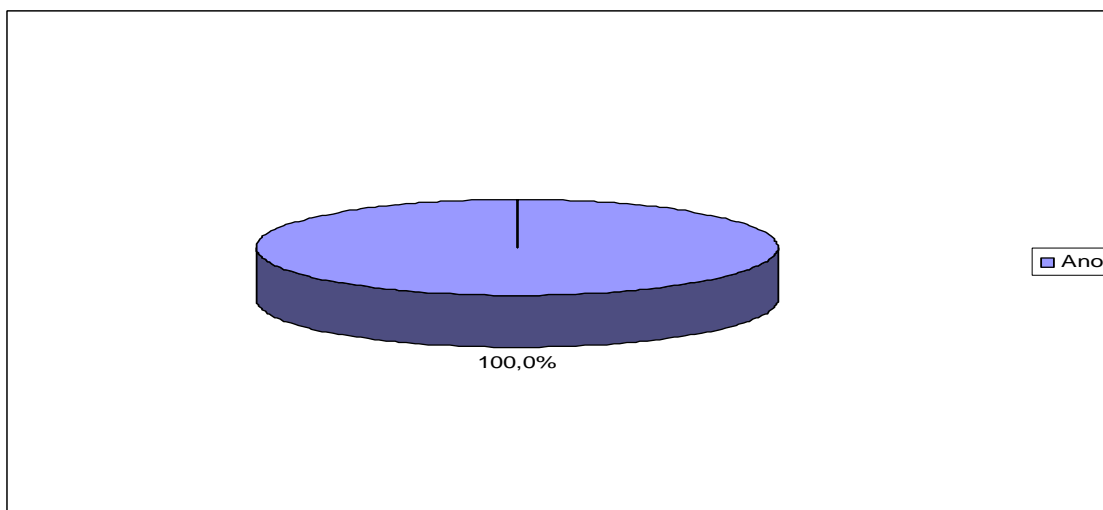
(graf k otázce 4)



Z celkového počtu 14 (100 %) respondentů odpovědělo na otázku, zda mají dostatek času na edukaci 11 (78,6 %) respondentů ano, 1 (7,1 %) respondent spíše ano a 2 (14,3 %) respondenti spíše ne.

### Graf 37 Časový prostor k edukaci (dětské centrum)

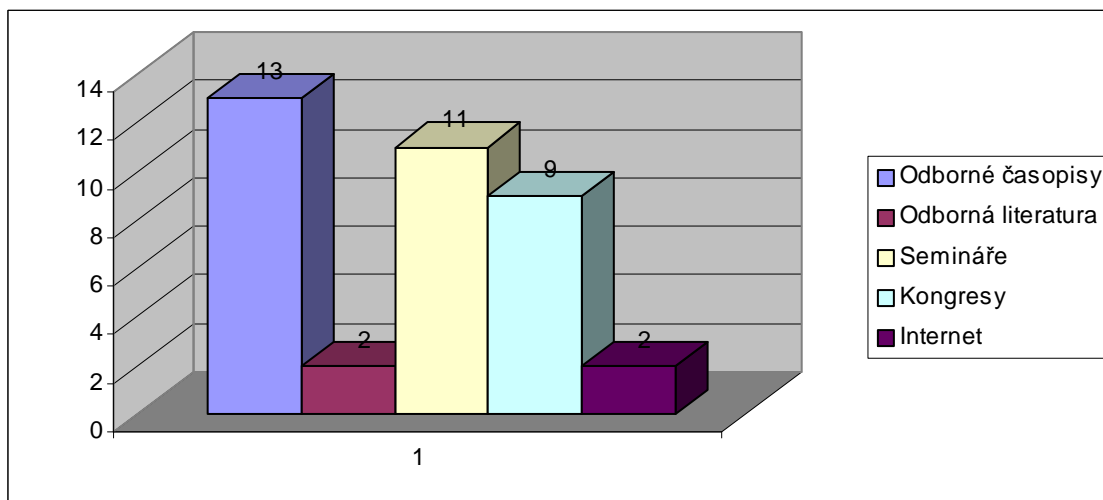
(graf k otázce 4)



Z celkového počtu 4 (100 %) respondentů odpověděli na otázku zda mají dostatek času na edukaci 4 (100 %) respondenti ano.

### Graf 38 Způsob vzdělávání a získávání informací (pediatrická ambulance)

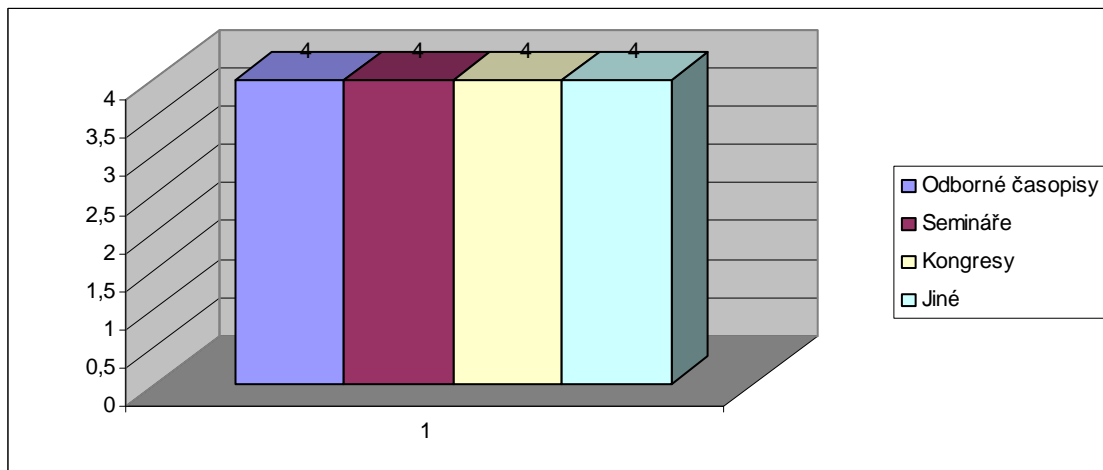
(graf k otázce 5)



Z celkového počtu 14 respondentů získává informace 13 respondentů z odborných časopisů, navíc z toho 2 respondenti z odborné literatury, 11 respondentů z odborných seminářů, 9 respondentů se účastní kongresů a 2 respondenti čerpají informace z internetu. U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

### Graf 39 Způsob vzdělávání a získávání informací (dětské centrum)

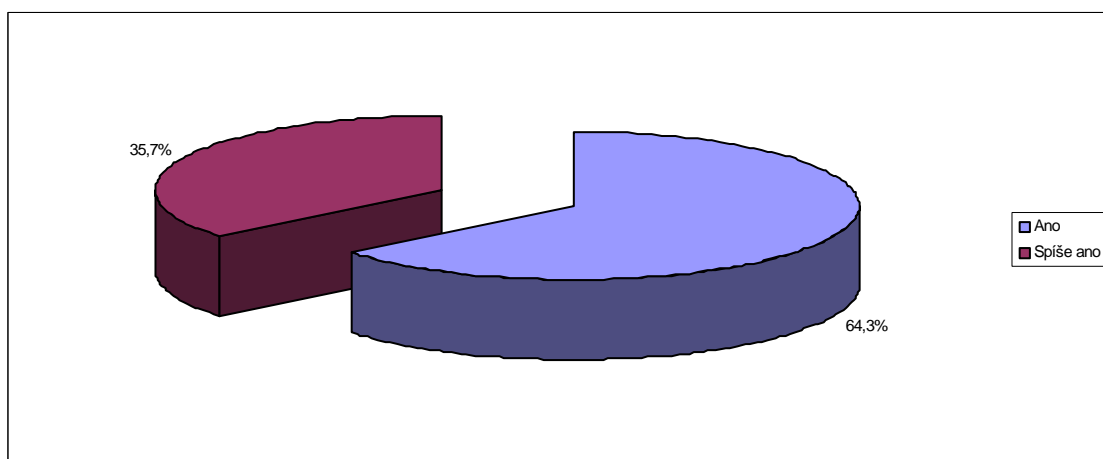
(graf k otázce 5)



Z celkového počtu 4 respondentů získávají informace 4 respondenti z odborných časopisů, navíc z toho 4 respondenti z odborných seminářů, 4 respondenti se účastní kongresů a 4 respondenti za jiné označují spolupráci se záchranou službou a Českým červeným křížem. U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

### Graf 40 Znalost první pomoci u rodičů (pediatrická ambulance)

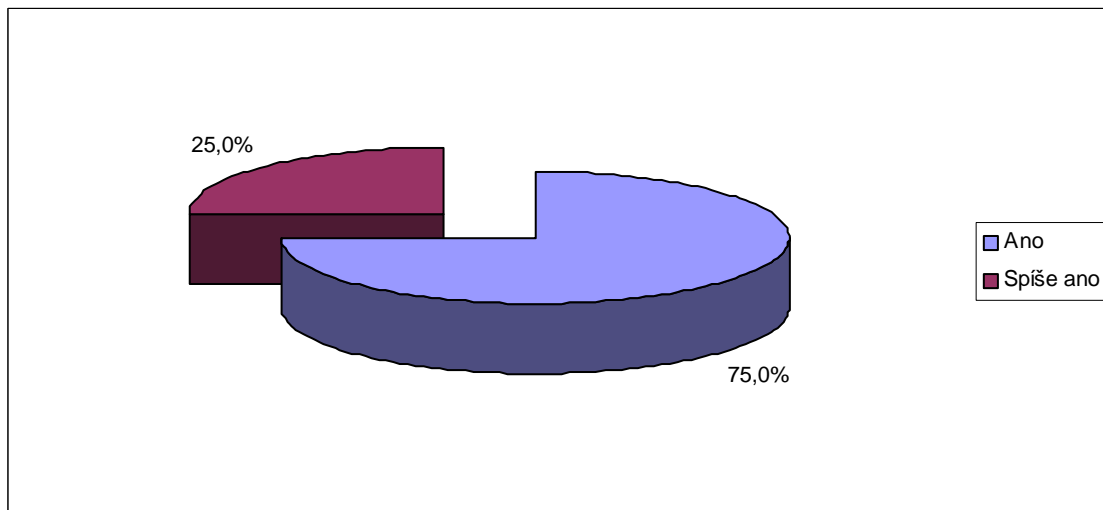
(graf k otázce 6)



Z celkového počtu 14 (100 %) respondentů na otázku, zda si myslí, že rodiče mají dostatek informací v oblasti první pomoci odpovědělo 9 (64,3 %) respondentů ano a 5 (35,7 %) respondentů spíše ano.

### Graf 41 Znalost první pomoci u rodičů (dětské centrum)

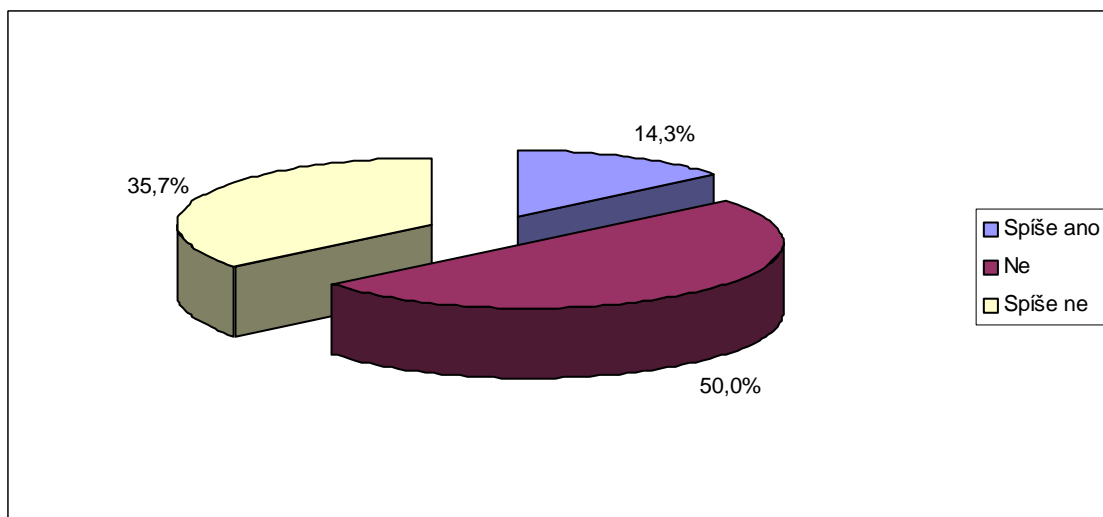
(graf k otázce 6)



Z celkového počtu 4 (100 %) respondentů odpověděli na otázku, zda si myslí, že rodiče mají dostatek informací v oblasti první pomoci 3 (75%) respondenti ano a 1 (25 %) respondent spíše ano.

### Graf 42 Zaměření rodičů na prevenci úrazů u dětí (pediatrická ambulance)

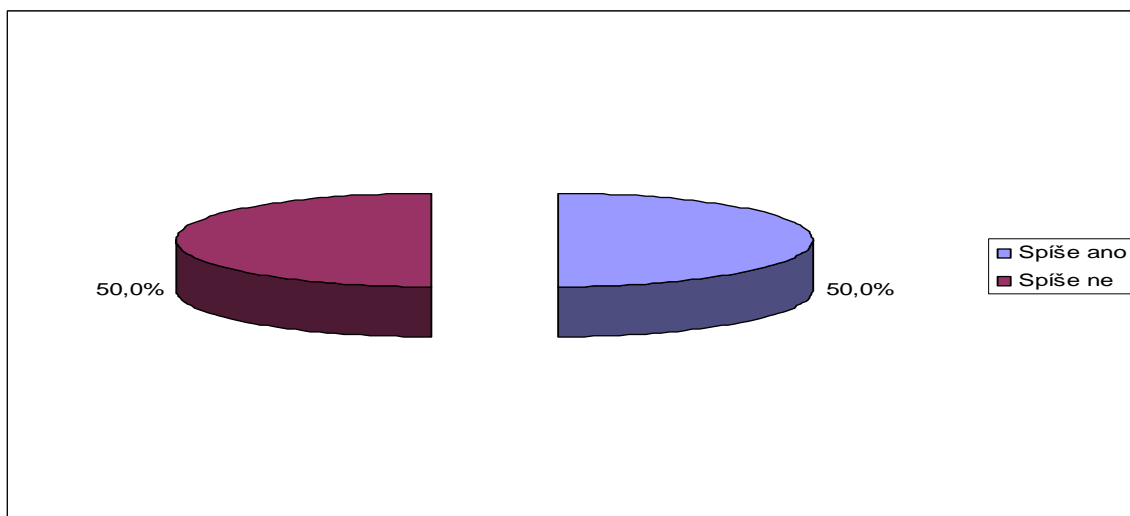
(graf k otázce 7)



Z celkového počtu 14 (100 %) respondentů odpověděli na otázku, zda se rodiče dostatečně zaměřují na prevenci úrazů 2 (14,3 %) respondenti spíše ano, 7 (50 %) respondentů ne a 5 (35,7 %) respondentů spíše ne.

### Graf 43 Zaměření rodičů na prevenci úrazů u dětí (dětské centrum)

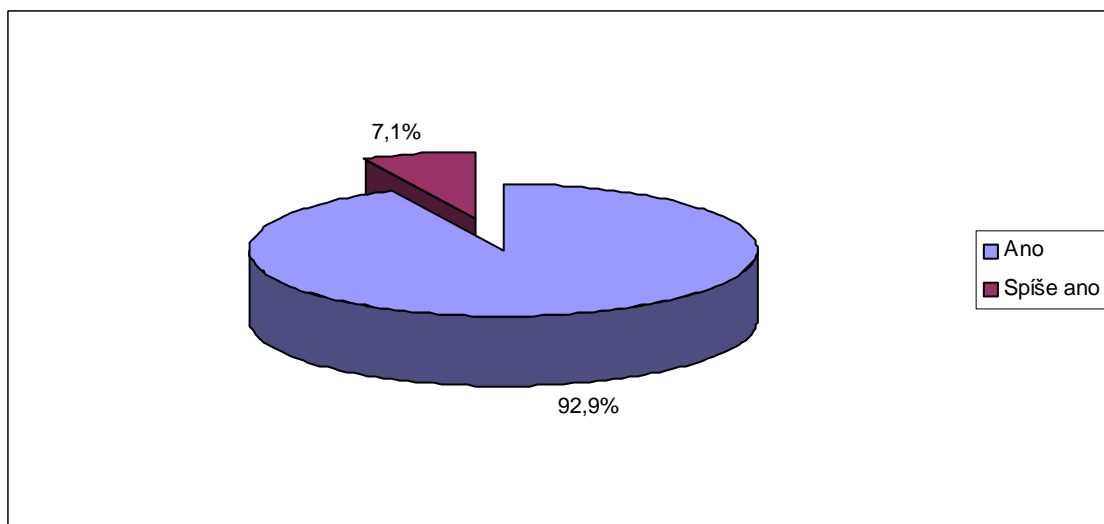
(graf k otázce 7)



Z celkového počtu 4 (100 %) respondentů odpověděli na otázku, zda se rodiče dostatečně zaměřují na prevenci úrazů 2 (50 %) respondenti spíše ano a 2 (50 %) respondenti spíše ne.

### Graf 44 Dostatek informačního materiálu (pediatrická ambulance)

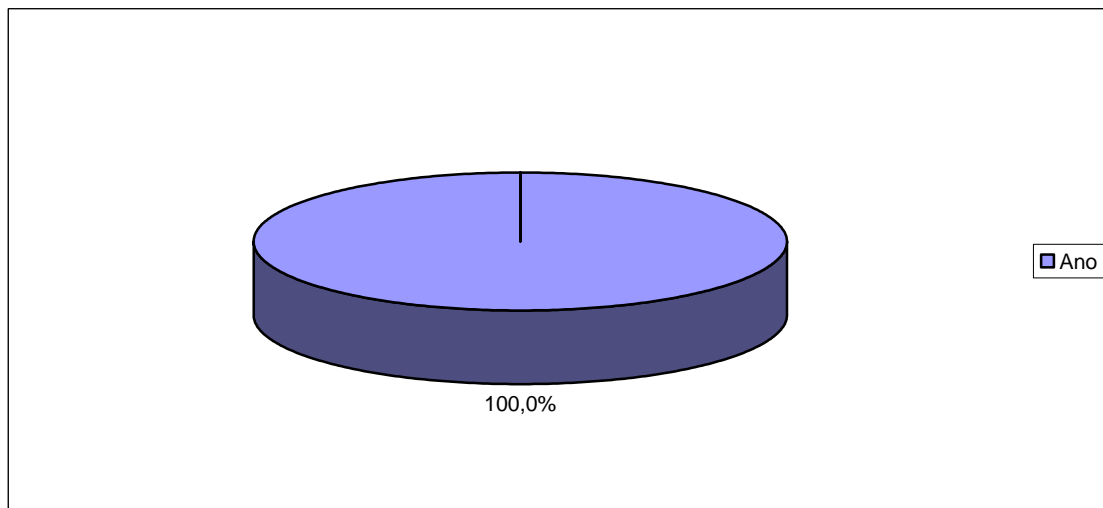
(graf k otázce 8)



Z celkového počtu 14 (100 %) respondentů odpovědělo 13 (92,9 %) respondentů ano a 1 (7,1 %) respondent spíše ano.

### Graf 45 Dostatek informačního materiálu (dětské centrum)

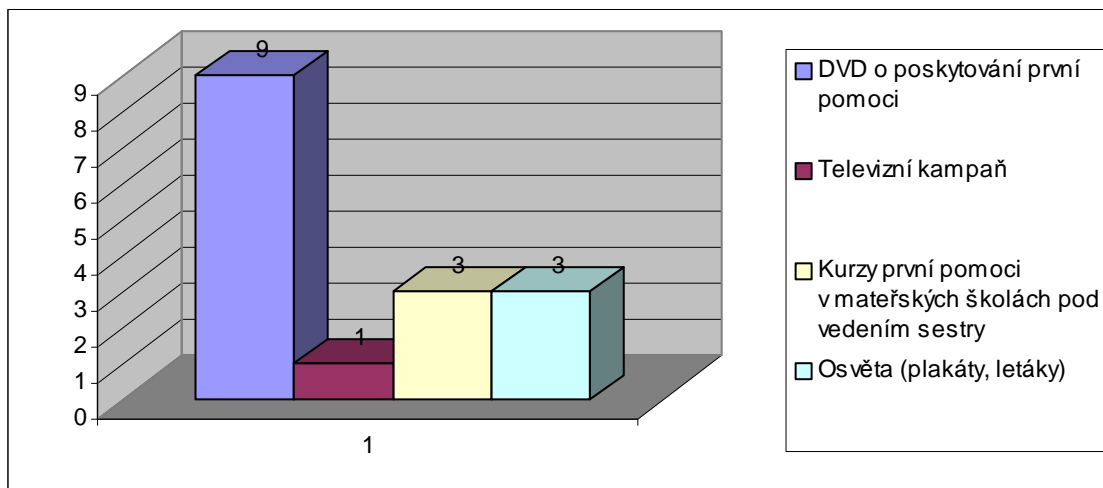
(graf k otázce 8)



Z celkového počtu 4 (100 %) respondentů odpověděli 4 (100 %) respondenti ano.

### Graf 46 Návrh na zlepšení edukace v první pomoci (pediatrická ambulance)

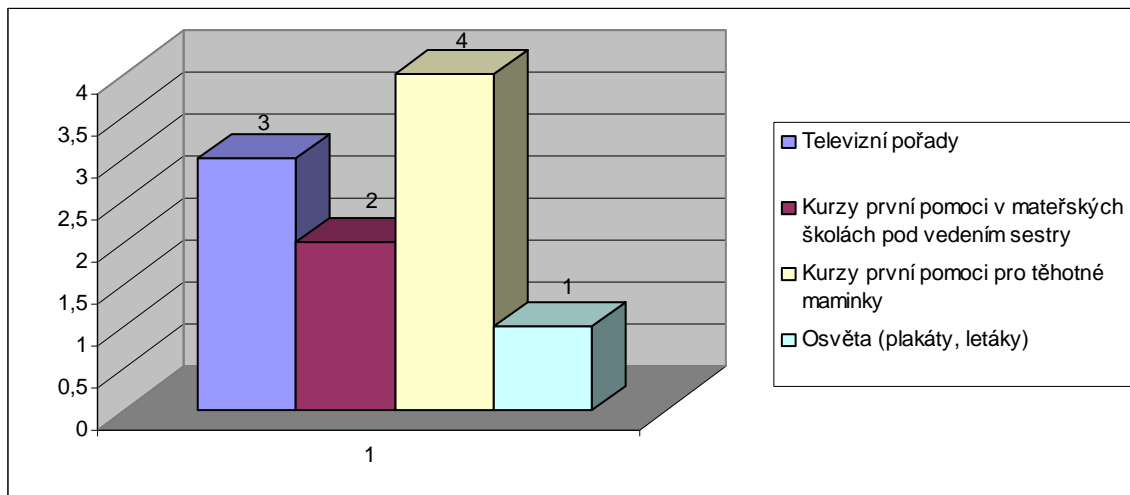
(graf k otázce 9)



Z celkového počtu 14 respondentů uvedlo 9 respondentů jako možnost zlepšení edukace poskytování DVD o prevenci a první pomoci, navíc z toho 1 respondent navrhl televizní kampaň, 3 respondenti uvedli kurzy první pomoci v mateřských školách pod vedením sestry a 3 respondenti poukázali na dostatečnou osvětu. U této otázky bylo možné označit více odpovědí.

### Graf 47 Návrh na zlepšení edukace v první pomoci (dětské centrum)

(graf k otázce 9)



Z celkového počtu 4 respondentů uvedli 3 respondenti jako možnost zlepšení edukace televizní kampaň, navíc z toho 2 respondenti uvedli kurzy první pomoci v mateřských školách pod vedením sestry, 4 respondenti zařazují první pomoc do kurzů organizovaných pro těhotné maminky, 1 respondent uvedl osvětu. U této otázky bylo možné označit více odpovědí.



## 5 Diskuse

Dotazník pro rodiče byl zaměřen na monitorování úrazů a jejich následků u dětí předškolního věku a na znalosti a informovanost rodičů v oblasti prevence těchto úrazů. Dále jsme zjišťovali, z jakých zdrojů rodiče získali potřebné informace a dovednosti. Součástí dotazníku byla také analýza znalostí rodičů v poskytování první pomoci. Především jsme soustředili pozornost na popáleniny 1. a 2. stupně, otravy a vdechnutí cizího tělesa (viz Příloha 1). Z těchto výsledků je následně patrné, zda rodiče v uvedené problematice potřebují odbornou edukaci.

Dotazníkové šetření mělo být původně provedeno u 100 respondentů a tento počet dotazníků byl následně rozdělán do pediatrických ambulancí a dětských center. Velkým překvapením však bylo sdělení sester pracujících v pediatrických ambulancích, že se také další rodiče dožadují získání dotazníků, s tím, že si sami chtějí ověřit vlastní znalosti poskytování první pomoci u svých dětí. Proto byl původní počet navýšen o 40 dotazníků. Z celkového počtu 140 (100 %) dotazníků se vrátilo 133 (95 %) dotazníků a pro neúplné vyplnění byly 3 (2,3 %) dotazníky vyřazeny. Zvýšeným zájmem rodičů jsme se utvrdili, že dotazníky byly vyplněny svědomitě.

Dotazník vypracovaný pro toto šetření obsahoval 30 otázek. Zpracovanými informacemi a výsledky byly stanovené hypotézy následně potvrzeny nebo vyvráceny.

První tři otázky v dotazníku byly zaměřeny na charakteristiku zkoumaného souboru (graf 1, 2, 3). Graf 1 znázorňuje věk rodičů. Z výsledků vyplývá, že největší skupinu rodičů, kteří mají děti předškolního věku, tvoří rodiče ve věku od 31 - 35 let (40,8%). Z tohoto věkového rozložení lze usuzovat na jisté životní zkušenosti rodičů, psychickou vyzrálost i schopnost vytvořit pro dítě bezpečné prostředí.

Graf 2 představuje zastoupení obou pohlaví rodičů. Ženy jsou zastoupeny v počtu 116 (89,2 %) a muži pouze ve 14 (10,8 %) případech.

Graf 3 hovoří o nejvyšším dosaženém vzdělání rodičů. Největší zastoupení mají rodiče středoškolsky vzdělaní, kteří představují více než polovinu respondentů (65,4 %).

Velmi nás zajímalo, zda mají respondenti jedno nebo více dětí. Graf 4 tak znázorňuje počet a pohlaví dětí. Ze šetření vyplývá, že největší počet respondentů má 2

děti. U těchto 58 (44,7 %) respondentů má 30 (23,1 %) respondentů dívku i chlapce. Tento fakt je velmi důležitý, neboť jak Grivna (7) ve své publikaci uvádí, je zřejmé, že rodiče, kteří pečují o více dětí, mají bohatší zkušenosti s jejich výchovou i s lepší prevencí úrazů. Pokud jde o pohlaví dítěte, Königová (14) uvádí vyšší počet úrazů u chlapců než-li u dívek. V tomto smyslu však vlastním šetřením nenacházíme shodu.

Graf 5 je zaměřen na věk dětí. 30 respondentů má děti ve věku 1 a 2 roky, 21 respondentů má děti ve věku 3 let, 33 respondentů má děti ve věku 4 let a 24 respondentů má děti ve věku 5 a 6 let. Výskyt jednotlivých úrazů je přece jen více či méně vázán na určitý věk dítěte. Například Hahn (8) ve své literatuře uvádí, že k aspiraci cizích těles dochází nejčastěji u dětí v 1. a 2. roce života, v publikaci Königové (14) se můžeme dočíst, že popáleninové úrazy jsou nejčastější u dětí ve věku 4. let života a Srnský (20) uvádí věk od 1.- 3. let z nejčastějším výskytem otrav.

Graf 6 uvádí znalosti v poskytování první pomoci. Přikláníme se k názoru Srnského (20), že rodiče mnohdy neuvažují a nejednají racionálně, pokud neví, jak dítěti pomoci a to i v případě malých poranění. Z našeho šetření vyplývá, že rodiče jsou o zásadách první pomoci dostatečně informováni, neboť převládá počet kladných odpovědí, kdy 39 (30 %) respondentů odpovědělo ano a 78 (60 %) respondentů odpovědělo spíše ano.

Odkud rodiče získali informace pojednává graf 7, který znázorňuje, že nejvíce informací získalo 59 respondentů z výuky na základní škole a 50 respondentů ze střední školy. Z jiných pramenů čerpalo 48 respondentů a zde řadíme média, odbornou literaturu, typ zaměstnání, autoškolu a internet. Informace v kurzech první pomoci získalo 28 respondentů. Alarmujícím zjištěním bylo, že pouze 3 respondenti označili zdrojem informací sestru. V tomto smyslu jsou však výsledky strukturovaného rozhovoru se sestrami pediatrických ambulancí a instruktorkami dětských center zcela protichůdné (graf 32, 33). Zlepšení edukační činnosti sester se tak jeví velmi potřebným.

Graf 8 dokumentuje konkrétní typy úrazů, pro které byly děti respondentů léčeny. Dle Niesena (16) jsou popáleniny a opařeniny vodou a horkými nápoji u dětí v předškolním věku nejčastější. V tomto panuje shoda s našimi výsledky. Pozitivní odpověď a tedy výskyt úrazu u dítěte uvedlo 34 respondentů. Tito respondenti uvedli u

svých dětí celkem 43 poranění. Jednotlivé typy úrazů se vyskytly v tomto zastoupení. Popáleniny 1. stupně jsme zaznamenali v 6 případech a popáleniny 2. stupně ve 2 případech. 5 respondentů uvedlo opaření dítěte. Z dalších úrazů se vyskytlo vdechnutí cizího tělesa, a to ve 4 případech. Dále byla v šetření zjištěna 1 otrava bobulemi. Ve 25 případech respondenti zvolili možnost jiné, kde uvedli v 9 případech tržnou ránu, ve 3 případech otřes mozku, ve 4 případech zlomeninu, úraz hlavy, v 8 případech pořezení a v 1 případě pokousání psem. 96 respondentů nemělo dítě léčeno pro žádný úraz.

Graf 9 koresponduje s grafem 8. Zde jsme se ptali, zda dítě trpí následky úrazu. Ze šetření vyplývá, že většina úrazů nebyla natolik vážná, aby dítěti přineslo ať už dočasné nebo trvalé následky. Pouze u 1 (2,9 %) respondenta trpí dítě následky úrazu.

Otázka č. 10 byla přímou odpovědí na hypotézu 4. Ptali jsme se, zda se rodiče zaměřují na význam preventivních opatření proti úrazům. Z výzkumného šetření vyplývá, že převážná většina respondentů (92,3 %) odpověděla kladně. Rodičům by jsme i přes tyto výsledky měli pořád zdůrazňovat, jakou nezastupitelnou roli v dětské úrazovosti hraje prevence. Pouze 10 (7,7 %) respondentů odpovědělo záporně. U jedné záporné odpovědi jsme se setkali s dodatkem, že si respondent umí ohlídat své děti sám. To je jistě pravda. Je však prokázána spousta situací, kdy i při sebevětší opatrnosti dojde k poranění dítěte. Hypotéza 4 uvádí, že se rodiče nezaměřují na význam preventivních opatření. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že tato hypotéza 4 nebyla potvrzena.

V otázce č.11 a 12 nás zajímalo, zda a jakým způsobem rodiče informují své děti o možných rizicích a následcích úrazu. Z grafů 11 a 12 vyplývá, že většina respondentů 123 (94,6 %) své děti o rizicích a následcích úrazu informuje. Za nejčastější způsob podání informací bylo ve 114 případech uvedeno vysvětlení ústní formou. Pouze 7 respondentů svým dětem informace nepodává. Obsahem aktivní prevence jsou sdělení, která si musí dítě osvojit a tato jsou nejčastěji předána rodiči ústně. To také souhlasí s výsledky výzkumného šetření. Děti je leckdy znají nazpaměť, ale nedovedou je aplikovat v praxi. Je proto vhodné tuto verbální formu doplňovat i vizuálně. Obrázků využívá 34 respondentů, omalovánky jen 13 respondentů, 30 respondentů využívá knihy a časopisy a 15 respondentů používá jiné metody, do kterých spadají informace z

televize, dětských táborů, setkání se s úrazy u kamarádů, ochranné pomůcky a názorné ukázky.

Další otázky byly zaměřeny na odborné vědomosti. V otázce č. 13 jsme zjišťovali, zda rodiče znají správná telefonní čísla pro přivolání Zdravotnické záchranné služby. Každá literatura (1, 3, 12, 18, 20) zabývající se poskytováním první pomoci zdůrazňuje, že nezbytnou součástí poskytnuté laické první pomoci je včasné a správně provedené přivolání Zdravotnické záchranné služby. K tomuto názoru se přikláníme. Graf 13 znázorňuje většinu správných odpovědí.

Graf 14 nás informuje, jak by rodiče postupovali v ošetření popáleniny 1. a 2. stupně. Správnou odpověď označilo 119 (91,5 %) respondentů, kteří by popáleninu 1. a 2. stupně ošetřili chlazením čistou studenou vodou a sterilní krytím. Nesprávnou odpověď uvedl 1 (0,8 %) respondent, jenž řešil puchýře u popáleniny propíchnutím, dalších 5 (3,8 %) respondentů by použilo jakoukoli mast se sterilním krytím a 1 (0,8 %) respondent by použil mast na popáleniny včetně sterilního krytí.

Je velmi důležité, jakým způsobem je poskytnuta první pomoc, protože i popálenina 2. stupně může zanechat na dítěti trvalé následky. Jen při správném ošetření a následném léčení se doba hojení významně zkrátí a rány se hojí s příznivým kosmetickým efektem. V hypotéze 1 jsme předpokládali, že rodiče umí poskytnout první pomoc při popáleninách 1. a 2. stupně. Tato hypotéza byla potvrzena.

V otázce č. 15 měli respondenti označit, čím je typická popálenina 2. stupně. Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů určilo projev popáleniny 2. stupně 109 (83,8 %) respondentů jako tvorbu puchýřů, 1 (0,8 %) respondent předpokládal odumření tkáně, 6 (4,6 %) respondentů určilo jen zarudnutí tkáně v místě popáleniny a 14 (10,8 %) respondentů nevědělo. Z výsledků je zřejmé, že rodiče umí nejen poskytnout první pomoc u popálenin, ale dovedou rozeznat i stupeň jejich postižení.

Graf 16 nám popisuje, co by rodiče nejprve udělali při poranění dítěte elektrickým proudem. Správně odpovědělo 69 (53,1 %) respondentů, kteří by vypnuli přívod elektrického proudu, odpověď odstranění zdroje od dítěte označilo 55 (42,3 %) respondentů, 4 (3,1 %) respondenti by nejdříve zavolali záchrannou službu a 2 (1,5 %) respondenti nevěděli.

V otázce č.17 nás zajímal způsob poskytnutí první pomoci u opaření s přilnutím umělé tkaniny. I tuto otázku zodpověděla převážná část respondentů správně. 103 (79,2 %) respondentů by provedlo chlazení postiženého místa studenou vodou s následným kontaktováním lékaře, 15 (11,5 %) respondentů by postižené místo zchladilo studenou vodou a rychle odstranilo tkaninu, 5 (3,8 %) respondentů za odpověď označilo strhnutí tkaniny a ošetření postiženého místa, 6 (4,6 %) respondentů nevědělo a 1 (0,8 %) respondent uvedl ošetření sterilním krytím s následným kontaktováním lékaře.

Druhy úrazů z otázek č. 15, 16 a 17 spadají v literatuře pod kapitolu termických poranění. Vzhledem k tomu, že převážná většina respondentů na všechny tři otázky odpověděla správně, lze konstatovat, že rodiče mají o poskytování první pomoci u popálenin dostatek znalostí a informací.

V hypotéze 2 jsme předpokládali, že rodiče neumí poskytnout první pomoc při nejčastějších otravách. Tuto hypotézu mohou potvrdit či vyvrátit odpovědi na otázky č. 18, 19 a 20.

Graf 18 nám znázorňuje odpovědi na otázku, zda rodiče umí poskytnout první pomoc při podezření, že dítě požilo léky. Jako nejčastější a správnou odpověď označilo 103 (79,2 %) respondentů, kteří by volali lékaře, popř. toxikologické středisko a zajistilo zbytky léků, 25 (19,2 %) respondentů nesprávně označilo, že by vždy vyvolali zvracení, 1 (0,8 %) respondent nevěděl a 1 (0,8 %) respondent doplnil podání živočišného uhlí s následným kontaktováním lékaře. Získané údaje hypotézu 2 vyvracejí, neboť 79,2 % respondentů dokáže správně postupovat při intoxikaci dítěte léky.

Graf 19 představuje odpovědi respondentů na otázku, zda umí poskytnout první pomoc u dítěte, které požilo saponát. Správně odpovědělo 71 (54,6 %) respondentů, kteří by dítěti nedali napít a kontaktovali lékaře, 25 (19,2 %) respondentů by dítěti dalo vypít 0,5 l vody, 13 (10 %) respondentů by vyvolalo zvracení, 13 (10 %) respondentů nevědělo a 8 (6,2 %) respondentů by dalo dítěti vypít 0,2 dl mléka. Získané údaje rovněž hypotézu 2 nepotvrzují.

V otázce č. 20 jsme se ptali na způsob poskytnutí první pomoci u dítěte, které požije ethylenglykol (Fridex - nemrznoucí směs do automobilu). Správnou odpověď označili

pouze 2 (1,5 %) respondenti, kteří by dítěti podali jako antidotum alkohol, převážná většina 81 (62,3 %) respondentů by volala lékaře, 30 (23,1 %) respondentů by vyvolalo zvracení, 17 (13,1 %) respondentů neví. V literatuře Srnský (20) uvádí, že u skupiny otrav ethylenglykolem je třeba dítěti okamžitě podat jako antidotum 1,5 ml/kg 40 % alkoholu. Lékař se musí volat i v případě, pokud dítě nemá žádné potíže. Získané údaje hypotézu 2 potvrzují.

Závěrem můžeme říci, že hypotéza 2 byla ve dvou případech nepotvrzena (intoxikace léky, požití saponátu), v jednom případě pak tato hypotéza 2 potvrzena byla (požití ethylenglykolu). Celkově tedy Hypotéza 2 nebyla potvrzena.

Otázka č. 21 byla zaměřena na znalost poskytování první pomoci při vdechnutí cizího tělesa. Z výzkumného šetření vyplývá, že 120 (92,3 %) respondentů uvedlo jako správnou odpověď otočení dítěte hlavou dolů, úder hranou ruky mezi lopatky a následné vyjmutí předmětu, 7 (5,4 %) respondentů by otočilo dítě hlavou dolů, pak rychle zvedlo a předmět vytáhlo, 2 (1,5 %) respondenti by otočili dítě hlavou dolů a počkali, až předmět vypadne a 1 (0,8 %) respondent nevěděl. S touto otázkou souvisela hypotéza 3, ve které jsme předpokládali, že rodiče umí poskytnout první pomoc u vdechnutí cizího tělesa. Tato hypotéza byla potvrzena.

V grafu 22 jsme zaměřili pozornost na používání bezpečnostních zařízení a pomůcek bránících úrazu dítěte v domácnosti. Grivna (7), zabývající se prevencí dětských úrazů uvádí, že nejčastějším místem úrazu dětí se stává domácí prostředí. Prevence tedy spočívá především ve změně domácího prostředí v němž se dítě pohybuje a v používání různých ochranných pomůcek. Nutno také bezpodmínečně dbát na bezpečné konstrukci kuchyňských spotřebičů a v domácnosti používaných přístrojů, nástrojů a různých zařízení. Důraz však také klademe na jejich vhodné umístění.

Slaný (19) uvádí, že tepelný úraz patří k těm nejzávažnějším poraněním dětského věku. S tímto tvrzením musíme zcela souhlasit, neboť tuto skutečnost také dokumentuje graf 8. Z výzkumného šetření vyplývá, že ochranné kryty zásuvek používá 92 respondentů, 22 respondentů používá bezpečnostní pojistku proti otevření trouby a 17 respondentů používá bezpečnostní ohrádku na varnou plochu trouby (viz Příloha 8).

Současně s popáleninami tvoří velké riziko úrazů opaření. Na tuto prevenci se zaměřuje 23 respondentů, kteří používají ochranné úchyty ubrusů, z jiných opatření respondenti uvedli, že ubrusy nemají vůbec a elektrické spotřebiče jsou v bezpečné vzdálenosti mimo dosah dětí.

Do problematiky dětských úrazů patří jednoznačně také pády. Zarážky proti otevření oken používá 36 respondentů. Z jiných opatření používají rodiče bezpečnostní kliky oken se zámkem, pojistky na dvířka u skříněk a protiskluzová zařízení (viz Příloha 8).

Graf 23 představuje odpovědi respondentů, zda pěstují v domácnosti jedovaté rostliny. Jednoznačně ne odpovědělo 105 (80,8 %) respondentů, 52 (15,4 %) respondentů pěstuje tyto rostliny mimo dosah dětí, 3 (2,3 %) respondenti mají jedovaté rostliny položené na podlaze z možností vystavení dítěte kontaktu a 2 (1,5 %) respondenti neví, které druhy rostlin jsou jedovaté (viz Příloha 6).

V otázce č. 24 nás zajímalo, jakým způsobem mají rodiče uloženy čisticí a prací prostředky. Je zřejmé, že nevhodně uložené čisticí a prací prostředky jsou pro děti velmi nebezpečné. Ze šetření vyplývá, že 32 (24,6 %) respondentů má čisticí a prací prostředky uzamčeny ve skřínce a 43 (33,1 %) respondentů uvedlo jiný způsob uložení mimo dosah dítěte ( sklep, komora). 11 (8,5 %) respondentů však uvedlo tyto prostředky volně uložené a dítěti dostupné.

Graf 25 se zaměřuje na způsob uložení léků v domácnosti. Bylo překvapivé, že 53 (40,8 %) respondentů má léky uzamčeny ve skřínce a 43 (33,1 %) respondentů uvedlo uložení mimo dosah dítěte. Pouze 1 (0,8 %) respondent má léky nevhodně uložené a dítěti tak dostupné.

Z grafu 24 a 25 vyplývá, že se rodiče důsledněji zaměřují na uložení léků, než čisticích a pracích prostředků.

Dále můžeme konstatovat, že odpovědi z otázek č. 22, 23, 24 a 25 nám vyvracejí hypotézu 4 a naopak potvrzují, že rodiče nepodceňují význam preventivních opatření a aktivně předcházejí poškození dítěte.

V otázce č. 26 měli respondenti odpovědět, jakým způsobem by uvolnili dýchací cesty pro zahájení umělého dýchání. Správnou odpověď uvedlo 95 (73,1 %) respondentů, kteří by provedli záklon hlavy a povytažení dolní čelisti. Ze 130 (100 %)

respondentů na tuto otázku nedokázalo odpovědět 21 (16,2 %) respondentů, což pokládáme pro důležitost tohoto manévru za neuspokojivé.

Graf 27 znázorňuje odpovědi rodičů na otázku, v jakém poměru je při kardiopulmonální resuscitaci dítěte prováděna nepřímá masáž srdeční a umělé dýchání. Zde jsme zjistili, že pouze 24 (18,5 %) respondentů vědělo správnou odpověď, což pokládáme za znepokojivé. Proto je nezbytné důsledně apelovat na sestry, aby podrobně informovaly rodiče o zásadách poskytování první pomoci u dětí včetně mnohých změn, ke kterým v posledních letech v této problematice dochází.

V otázce č. 28 jsme zjišťovali, zda mají respondenti možnost navštívit vzdělávací akce.

50 (38,5 %) respondentů uvedlo, že tuto možnost nemají a 35 (26,9 %) respondentů uvedlo odpověď spíše ne. Lze předpokládat, že existuje dostatečné množství vzdělávacích akcí zaměřených na tuto problematiku, které však nejsou dostatečně medializovány a zájem rodičů tak mívá. Proto je třeba, aby organizátoři těchto akcí rodiče dětí cíleně vyhledávali.

Graf 29 znázorňuje, zda mají rodiče zájem získat více informací o poskytování první pomoci. Převážná část respondentů uvedla kladnou odpověď. 65 (50 %) respondentů odpovědělo ano a 53 (40,8 %) respondentů odpovědělo spíše ano. To dokazuje zvýšený zájem o tuto problematiku a současně potvrzuje námi výše uvedenou domněnku ohledně medializace těchto kurzů, přednášek a podobných akcí.

V otázce č.30 jsme zjišťovali, jakou formu získávání informací by si respondenti zvolili. 66 respondentů jednoznačně zvolilo kurz první pomoci vedený sestrou a 13 respondentů pak informace rovněž poskytované sestrou. Je tedy zřejmé, že sestry pediatrických ambulancí a instruktorky dětských center mohou hrát při vzdělávání rodičů v poskytování první pomoci u dětí významnou až rozhodující roli. Výsledky tohoto šetření tak plně potvrzují hypotézu 5, tedy, že rodiče mají zájem získat více informací o první pomoci poskytovaných sestrou.

V rámci bakalářské práce jsme kromě dotazníkového šetření provedli také šetření formou strukturovaného rozhovoru (viz Příloha 2). Zajímalo nás, zda se sestry pracující



v pediatrických ambulancích a instruktorky dětských center věnují činnosti v oblasti edukace první pomoci a jakou formu edukace používají.

Rozhovor nám poskytlo 16 sester pracujících v pediatrických ambulancích a 4 instruktorky dětských center.

Graf 31 odpovídá na otázku č. 1, ze které jsme chtěli zjistit místo výkonu práce zdravotnického personálu. Z celkového počtu 20 (100 %) respondentů pracuje 16 (80 %) respondentů v pediatrických ambulancích a 4 (20 %) respondenti v dětských centrech.

Následující uváděné výsledky šetření jsou podle místa výkonu práce uváděny odděleně.

V otázce č. 2 (graf 32, 33) jsme zjišťovali, zda se sestry věnují edukační činnosti.

Graf 32 představuje odpovědi sester z pediatrických ambulancí. Zde se edukační činnosti věnuje převážná většina dotazovaných sester a pouze 2 (12,5 %) sestry se edukační činnosti nevěnují a ani neřeší s rodiči problematiku dětských úrazů. Jako hlavní důvod uvedly, že nemají dostatek času rodiče podrobně informovat o prevenci a problematice úrazů. Z tohoto důvodu byly tyto 2 sestry z dalšího šetření vyloučeny. Tady musíme sestrám zdůraznit, jak je edukace nesmírně důležitou a nezastupitelnou součástí ošetrovatelské činnosti. Velkou pozornost věnuje edukační činnosti ve své publikaci Závodná (28). Uvádí, že odborná a správná edukace se rovná snazšímu a kvalifikovanějšímu rozhodování jedince. K tomuto obecně platnému názoru se přikláníme, zvláště pak, jde-li o poskytnutí první pomoci.

Graf 33 představuje odpovědi instruktorek dětských center. Z odpovědí se dovídáme, že se edukační činnosti plně věnují všechny 4 (100 %) instruktorky.

V otázce č. 3 (graf 34, 35) nás zajímal způsob, jakým sestry edukují rodiče v poskytování první pomoci.

Graf 34 uvádí, že všech 14 edukujících sester pediatrických ambulancí nejčastěji používá k edukaci rodičů informační brožury, které poskytuje Všeobecná zdravotní pojišťovna a především Český červený kříž (viz Příloha 7). Z počtu edukujících sester využívají 2 sestry k edukaci formu nástěnek, 6 sester ověřuje informovanost rodičů v rámci preventivních prohlídek, 3 sestry pak nabízejí rodičům formu odborných

přednášek pod jejich vedením a 1 sestra využívá edukace prostřednictvím odborné lékařské přednášky.

Velmi nás zaujal přístup dětských center (graf 35), kde instruktorky organizují ve spolupráci se záchrannou službou pravidelné bloky přednášek. Ty se uskutečňují 2x ročně a jsou spojeny s praktickým nácvikem poskytování první pomoci.

V otázce č. 4 (graf 36, 37) jsme zjišťovali, zda má zdravotnický personál na edukaci rodičů dostatek času.

Z grafu 36 sestaveného z odpovědí sester pediatrických ambulancí vyplývá, že 11 (78,6 %) sester má dostatek času na potřebnou edukaci, 1 (7,1 %) sestra odpověděla spíše ano a 2 (14,3 %) sestry dostatek času spíše nemají, ale přesto se snaží edukovat rodiče alespoň prostřednictvím brožur nebo nástěnky.

Z odpovědí instruktorek dětských center (graf 37) vyplývá, že mají všechny k edukaci dostatečný časový prostor. Vysvětlujeme si to tím, že v dětských centrech lze lépe naorganizovat edukační program zaměřený na určitou problematiku než v pediatrických ambulancích, kde se kromě edukační činnosti musí dostatečně věnovat i léčbě běžných dětských onemocnění a jiným ošetrovatelským činnostem.

V otázce č. 5 (graf 38, 39) nás zajímalo, jakým způsobem se sestry a instruktorky vzdělávají a kde získávají nejnovější informace o poskytování první pomoci.

Graf 38 představuje odpovědi sester pediatrických ambulancí, které ve 13 případech získávají informace z odborných časopisů (časopis „Pediatrie“, „Sestra“), ale také z odborných seminářů, kongresů, odborné literatury a internetu.

Z odpovědí instruktorek dětských center vyplývá (graf 39), že všechny 4 instruktorky získávají informace rovněž z odborných časopisů, seminářů a kongresů. Některé ze seminářů jsou pořádány ve spolupráce se záchranáři a Českým červeným křížem.

V otázce č. 6 (graf 40, 41) jsme se ptali, zda si myslí, že mají rodiče dostatek znalostí v oblasti první pomoci.

Z grafu 40 a 41 vyplývá shoda kladných odpovědí sester i instruktorek. Uváděly, že v dnešní době jsou rodiče díky internetu, možnosti návštěv odborných přednášek a kurzů první pomoci lépe informováni o poskytování první pomoci než tomu bylo dříve.

V otázce č. 7 (graf 42, 43) nás zajímalo, zda si sestry a instruktorky myslí, že se rodiče dostatečně zaměřují na prevenci úrazů.

Graf 42 znázorňuje převážně záporné odpovědi sester, které v 7 (50 %) případech uvedly odpověď ne, 5 (35,7 %) sester uvedlo odpověď spíše ne a 2 (14,3 %) odpověděly spíše ano. Sestry se domnívají, že za úraz dítěte mohou vždy rodiče vlastní nepozorností a nedostatečným předcházením úrazů.

Graf 43 uvádí odpovědi instruktorek, které ve 2 (50%) případech odpověděly spíše ano a ve 2 (50 %) případech spíše ne. Jsou za jedno v názoru, že je rodiče potřeba neustále edukovat a informovat o dané problematice. Zajímavé byly i postřehy instruktorek v otázkách preventivních a bezpečnostních pomůcek. Zcela se shodly v názoru, že i přes obrovské množství nejrůznějších ochranných a bezpečnostních pomůcek a jejich cenovou dostupnost, se počet dětských úrazů nesnižuje, ale naopak roste.

Jak vyplývá z grafů 42 a 43, sestry a instruktorky jsou více než z poloviny přesvědčeny o tom, že se rodiče nedostatečně zaměřují na prevenci úrazů dětí. Rodiče nás ale v dotazníkovém šetření přesvědčili o opaku (graf 10, 22, 23, 24, 25). Výsledky znovu svědčí o nepotvrzení hypotézy 4.

V otázce 8 (graf 44, 45) jsme se ptali obou skupin respondentů, zda si myslí, že je k dispozici dostatek kvalitního informačního materiálu pro rodiče, pokud máme na mysli oblast první pomoci při dětských úrazech.

Obě skupiny respondentů se jednoznačně shodly v názoru, že existuje dostatečné množství materiálu dané problematiky.

V otázce č 9 (graf 46, 47) nás zajímalo, zda mají respondenti nějaký návrh na zlepšení edukace v první pomoci.

Většina dotázaných zdravotníků pediatrických ambulancí by považovala za ideální, kdyby měli možnost rozdávat rodičům DVD o prevenci a poskytování první pomoci. Zaujal nás také názor jedné sestry, která by považovala za velmi vhodné a také velmi účinné vytvoření a vysílání televizních spotů zabývajících se poskytováním první pomoci, obdobně jako je tomu u kampaně ohledně dopravních nehod. K zdokonalení

edukace by jistě vedlo i zařazení kurzů první pomoci do mateřských škol a to nejlépe pod vedením sestry. Tento názor zastávaly 3 sestry.

Instruktorkey v dětských centrech zařazují první pomoc už v kurzech „Péče o dítě“, které organizují pro těhotné maminky.

## 6 Závěr

Bezpečný domov dělá především dostatek péče odpovídající věku a potřebám dítěte, ale také soustavný dohled až do doby, kdy je dítě schopno zvládat bezpečně běžné životní situace. Od nejtělejšího věku se proto děti musí seznamovat s možnými riziky a vědomě vést a učit bezpečnému chování. Drobným úrazům pravděpodobně nikdy nemůžeme zcela zabránit, ale jde o to, aby nedocházelo k úrazům vážným a smrtelným. Proto by měli rodiče znát a umět správně použít zásady první pomoci.

Cílem bakalářské práce na téma „ Poskytování první pomoci matkami dětí předškolního věku - edukační činnost“ bylo zjistit schopnost rodičů podat první pomoc při popáleninách 1. a 2. stupně, při nejčastějších otravách a při vdechnutí cizího tělesa. Dalšími cíli bylo zjistit, zda se rodiče zaměřují na význam preventivních opatření proti úrazům a zda rodiče mají zájem získat více informací o první pomoci poskytovaných sestrou. V této oblasti bakalářská práce splnila stanovené cíle.

V první hypotéze jsme předpokládali, že rodiče umí poskytnout první pomoc při popáleninách 1. a 2. stupně. Podrobným šetřením jsme došli k závěru, že rodiče problematiku první pomoci u těchto úrazů zvládají a hypotéza byla potvrzena.

V druhé hypotéze jsme předpokládali, že rodiče neumí poskytnout první pomoc při nejčastějších otravách. Výsledky naší práce s respondenty potvrdily fakt, že rodiče umí poskytnout první pomoc při běžných otravách dětí a tudíž se naše hypotéza nepotvrdila.

U třetí hypotézy jsme předpokládali, že rodiče umí poskytnout první pomoc při vdechnutí cizího tělesa dítětem. Tato hypotéza byla jednoznačně potvrzena.

Čtvrtá hypotéza předpokládala, že se rodiče nezaměřují na význam preventivních opatření proti úrazům dětí, ale výsledky našeho šetření prokazují, že rodiče mají o preventivní opatření velký zájem a aktivně se na ně zaměřují. V tomto případě se tedy naše hypotéza nepotvrdila.

V páté hypotéze jsme předpokládali, že rodiče mají zájem získat více informací o první pomoci poskytovaných sestrou, což výsledky našeho šetření dokazují a hypotéza byla potvrzena.

V rámci bakalářské práce bylo provedeno výzkumné šetření formou strukturovaného rozhovoru se sestrami pediatrických ambulancí a instruktorkami dětských center, zaměřené na edukační činnost v oblasti první pomoci. Z výsledků vyplývá, že se zdravotnický personál edukační činnosti věnuje.

Jako součást práce byl rovněž vytvořen edukační program včetně edukačního CD týkajícího se poskytování první pomoci u nejčastějších úrazů dětí předškolního věku. Cílem tohoto edukačního materiálu je podat souhrnné a snadno srozumitelné informace pro laika i zdravotnický personál.

Vzhledem k tomu, že úrazy jsou nejčastější příčinou úmrtnosti dětí starších jednoho roku ve vyspělých zemích a neustále stoupá počet úrazů vyžadujících ústavní léčbu a končících trvalými následky nebo i úmrtím dítěte, je třeba této otázce věnovat maximální pozornost.

Řešení nacházíme jak v důsledné edukaci rodičů dětí předškolního věku formou přednášek, kurzů, seminářů, tištěného materiálu či televizní kampaně, tak v trvalém proškolení zdravotnického personálu, jenž se musí soustavně věnovat této problematice a aktivně se podílet na edukaci rodičů při jejich návštěvě zdravotnického zařízení.

Výsledným efektem všech uvedených aktivit pak bude zvýšení míry informovanosti rodičů v problematice prevence dětských úrazů a v poskytování první pomoci u dětí. To současně umožní získání takových dovedností, které jim pomohou zachovat se správně v kritických a život dítěte ohrožujících situacích, což následně může zabránit smrti dítěte či zmírnit následky úrazu. Pokud tato práce napomůže poklesu dětské úrazovosti a zabrání být jen jedinému dětskému smrtelnému úrazu, pak splnila svůj účel.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ADAMS, B., HEROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. BOLEDOVIČOVÁ, M. et al. *Pediatrické ošetrovatelstvo*. 2. přepracované vyd., Martin: Osveta, 2006. 208 s. ISBN 80-8063-211-1.
3. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. 1, vyd., Praha: TRITON, 2008. 388 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
4. BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*. 2. přepracované vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 76 s. ISBN 80-247-0680-0.
5. ČECHUROVÁ, L. *Kardiopulmonální resuscitace* [online]. 30. 12. 2006 [cit. 2008-12-28]. Dostupnéz:<<http://www.prvnipomoc.com/view.php?cislocianku=2006120005>>.
6. DRLÍKOVÁ, K. Reeducace jako nedílná součást edukace. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 5, s. 49. ISSN 1210-0404.
7. GRIVNA, M. et al. *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. 1.vyd., Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF Motol, 2003. 143. s. ISBN 80-2389-2063-4.
8. HAHN, A. et al. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 392 s. ISBN 978-80-247-0529-3.
9. HALUZÍKOVÁ, J. et al. Edukační činnost sestry, Základy první pomoci. In: *Rozvoj vzdělávání v ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. s. 31-34. ISBN 978-80-7248-467-6.
10. HORKÝ, K. *Lékařské repertorium*. 1.vyd., Praha: Galén, 2003. 788 s. ISBN 80-7262-241-2.
11. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. *Pediatric*. 1.vyd., Praha: Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.
12. JOUROVÁ, I. *První pomoc v rodinách s dětmi*. 1.vyd., Praha: Computer Press, 2001. 92 s. ISBN 80-7226-376-5.
13. KNIHOVNA ZDRAVÍ. *První pomoc*. 1.vyd., Dobřejovice: Rebo Productions CZ, spol. s. r.o., 2006. 294 s. ISBN 80-7234-538-9.

14. KÖNIGOVÁ, R. et al. *Komplexní léčba popálenin*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 1999. 456 s. ISBN 80-7169-416-9.
15. LEJSKA, V. *Kompendium ORL dětského věku*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 1995. 344 s. ISBN 80-7169-132-1.
16. NIESEN, K. H. et al. *Pediatric*. 1. vyd., Praha: Scientia Medica, spol s r. o., 1996. 608 s. ISBN 80 85526-29-8.
17. SEDLÁŘOVÁ, P. et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
18. SCHEINAROVÁ, A. *První pomoc*. 3. přepracované vyd., Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 81 s. ISBN 80-244-08-49-X.
19. SLANÝ, J. *Speciální pediatrie pro posluchače sociální práce zdravotně sociálních fakult*. 1. vyd., Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 156 s. ISBN 978-80-7368-473-0.
20. SRNSKÝ, P. *První pomoc u dětí*. 2. přepracované vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 112 s. ISBN 978-80-247-1824-8.
21. STELZER, J., CHYTILOVÁ, L. *První pomoc pro každého*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 116 s. ISBN 978-80-247-2144-6.
22. ŠEBEK, J. *Příručka první pomoci*. [online]. 3. 6. 2008 [cit. 2009-01-02].  
Dostupné z: <<http://prvni-pomoc.com/autori.php?autor=1&kolikata=1>>.
23. ŠUSTEROVÁ, D. Edukace pacienta s diabetickou nohou. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 6, s. 45-46. ISSN 1210-0404.
24. ŠVECOVÁ, D., MARTINCOVÁ, R. Edukační činnost sestry v rámci specifické alergenové imunoterapie. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 6, s. 36-37. ISSN 1210-0404.
25. TOŠOVSKÝ, V. V. et al. *Chraňme děti před úrazy*. 1.vyd., Praha: ALFA-OMEGA, 2006. 191 s. ISBN 80-86318-79-6.
26. TRAPANI, G., BERTINO, E. *První pomoc a zdraví dítěte*. 1.vyd., Praha: Portál, 2006. 144 s. ISBN 80-7367-137-9.
27. VYHNÁNEK, F. et al. *Chirurgie I*. 2. přepracované vyd., Praha: Informatorium, spol. s r. o., 2003. 224 s. ISBN 80-7333-005-9.



28. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd., Martin: Osveta, spol. s r.o., 2005. 118 s. ISBN 80-8063-193X.

## **8 Klíčová slova**

Úrazy

První pomoc

Prevence

Sestra

Edukace

## **9 Přílohy**

Příloha 1: Dotazník pro rodiče dětí předškolního věku

Příloha 2: Strukturovaný rozhovor pro sestry pracující v pediatrikách ambulancích  
a instruktorky dětských center

Příloha 3: Edukační plán

Příloha 4: Anatomie kůže, trávicího systému, dýchacího systému

Příloha 5: Záznam o ošetřování popálenin dětí

Příloha 6: Přehled jedovatých rostlin

Příloha 7: Informační brožury

Příloha 8: Ochranné pomůcky

Příloha 9: Edukační CD - První pomoc při úrazech

## **Příloha 1**

### **Dotazník pro rodiče dětí předškolního věku**

Jmenuji se Martina Čepilová a navštěvuji 3. ročník Zdravotně - sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. V rámci svého studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „*Poskytování první pomoci matkami dětí předškolního věku - edukační činnost*“.

Dovoluji si Vás touto cestou požádat o laskavé a zodpovědné vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je anonymní a Vámi uvedené informace nebudou zneužity a poslouží pouze ke studijním účelům.

Způsob vyplnění: vybranou odpověď označte křížkem. U otázek, kde je možné označit více odpovědí nebo odpověď doplnit slovy, je tato skutečnost uvedena v závorce za otázkou.

Za vyplnění dotazníku Vám předem mnohokrát děkuji.

#### **1) Kolik je Vám let?**

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18 - 20 let | <input type="checkbox"/> 31 - 35 let |
| <input type="checkbox"/> 21 - 25 let | <input type="checkbox"/> 36 - 40 let |
| <input type="checkbox"/> 26 - 30 let | <input type="checkbox"/> 41 a více   |

#### **2) Jste:**

- žena
- muž

#### **3) Nejvyšší dosažené vzdělání:**

- základní
- odborné
- středoškolské
- vysokoškolské

**4) Určete počet a pohlaví dětí:**

(možno označit více odpovědí)

- 1 dítě  dívka  chlapec
- 2 děti z toho  dívky..... chlapci.....(doplňte)
- 3 děti z toho  dívky..... chlapci.....(doplňte)
- 4 děti z toho  dívky..... chlapci.....(doplňte)
- více dětí.....z toho  dívky..... chlapci.....(doplňte)

**5) Určete věk dětí:**

(možno označit více odpovědí)

- 1 rok
- 2 roky  dvojčata
- 3 roky  trojčata
- 4 roky  čtyřčata
- 5 let
- 6 let
- více let

**6) Znáte zásady první pomoci?**

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

**7) Jak jste získal(a) znalosti v oblasti první pomoci?**

(možno označit více odpovědí)

- výuka na ZŠ  výuka na VŠ
- výuka na SŠ  kurz první pomoci
- od sestry  od ošetřujícího lékaře dítěte
- jiné (odborná literatura, film, internet apod.).....(doplňte)

**8) Uved'te konkrétní druh úrazu, pro který bylo Vaše dítě léčeno:**

(možno označit více odpovědí)

- popálenina     1 stupeň     2 stupeň     3 stupeň
- vdechnutí cizího tělesa
- opaření
- poranění elektrickým proudem
- otrava ( léky     houbami     saponáty     bobulemi     rostlinami)
- jiné.....(doplňte)
- ne, nebylo léčeno pro žádný úraz

**9) Trpí Vaše dítě následky úrazu?**

(odpovídají ti respondenti, kteří v otázce č. 8 označili druh úrazu)

- ano
- ne
- nevím

**Pokud jste na výše uvedenou otázku odpověděl(a) kladně, napište jakými?**

.....

**10) Zaměřujete se na význam preventivních opatření proti úrazům?**

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

**11) Informujete Vaše dítě o možných rizicích a následcích úrazu?**

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

**12) Pokud jste na výše uvedenou otázku odpověděl(a) kladně, napište, jakým způsobem**

(možno označit více odpovědí)

- omalovánky
- obrázky
- hry
- časopisy, knihy pro děti
- vysvětlíte ústně
- jiné.....(doplňte)

**13) Jaké má telefonní číslo rychlá záchranná služba?**

(možno označit více odpovědí)

- 155
- 112
- 158
- 150
- nevím

**14) Popáleninu 1. a 2. stupně bez stržených puchýřů ošetříte:**

- propíchnutím puchýřů, desinfekcí a sterilním krytím
- chlazením čistou studenou vodou a sterilním krytím
- jakoukoli masťou a přiložením sterilního krytí
- nevím
- jiné.....(doplňte)

**15) Popálenina 2. stupně je typická:**

- tvorbou puchýřů
- odumřením tkáně
- zarudnutím
- nevím

**16) Co uděláte jako první při úrazu elektrickým proudem?**

- voláte záchrannou službu
- vypnete přívod elektrického proudu (jistič)
- odstraníte zdroj od dítěte
- nevím
- jiné.....(doplňte)

**17) Opaření části těla s přilnutím umělé tkaniny:**

- tkaninu rychle strhnete a ošetříme postižené místo
- zchladíte postižené místo studenou vodou a rychle odstraníte tkaninu
- zchladíte postižené místo studenou vodou a kontaktujete lékaře
- nevím
- jiné.....(doplňte)

**18) Při podezření, že dítě požilo léky:**

- voláte lékaře, popř. toxikologické informační středisko a zajistíte zbytky léků
- neděláte nic, dítě uložíte a sledujete jeho stav
- vždy vyvoláte zvracení
- nevím
- jiné.....(doplňte)

**19) Dítě požije saponát:**

- dáte mu vypít 0,5 litru vody
- dáte mu vypít 2 dl mléka
- nedáte mu napít a kontaktujete lékaře
- vyvoláte zvracení
- nevím
- jiné.....(doplňte)



**20) Dítě požije Ethylenglykol (Fridex - nemrznoucí směs do automobilu):**

- vyvoláte zvracení
- dítěti podáte jako antidotum alkohol
- dáte dítěti napít čaj
- zavoláte lékaře
- nevím
- jiné.....(doplňte)

**21) Při dušení cizím tělesem:**

- otočíte dítě hlavou dolů a počkáte, až předmět vypadne
- otočíte dítě hlavou dolů a pak rychle zvednete a vyjmete předmět
- otočíte dítě hlavou dolů, udeříte několikrát hranou ruky mezi lopatky, předmět vyjmete
- nevím
- jiné.....(doplňte)

**22) Jaké používáte bezpečnostní zařízení bránící úrazu dítěte v domácnosti?**  
(možno označit více odpovědí)

- používám bezpečnostní pojistku proti otevření trouby
- používám bezpečnostní ohrádku na varnou plochu trouby
- používám ochranné kryty zásuvek
- používám ochrannou ohrádku na schodiště
- používám ochranné úchyty ubrusů
- používám zarážky proti otevření oken
- nepoužívám žádné bezpečnostní pojistky
- jiné.....(doplňte)

**23) Máte v domácnosti jedovaté rostliny?**

- ano, na podlaze
- ano, ale mimo dosah dětí
- ne
- nevím, nevyznám se, které druhy jsou jedovaté

**24) Čistící a prací prostředky ve Vaší domácnosti máte umístěny:**

- volně dostupné
- uzamčeny ve skříňce
- neuzamčeny ve skříňce
- uloženy jiným způsobem.....(doplňte)

**25) Jakým způsobem máte uloženy léky ve Vaší domácnosti?**

- volně dostupné
- uzamčeny ve skříňce
- neuzamčeny ve skříňce
- uloženy jiným způsobem.....(doplňte)

**26) Uvolnění dýchacích cest lze dosáhnout:**

- záklonem hlavy a vytažením dolní čelisti dopředu
- předklonem hlavy a vytažením horní čelisti
- předklonem hlavy a vytažením dolní čelisti dopředu
- nevím

**27) Oživování se u dětí provádí v poměru:**

- 1 vdech : 5 stlačení hrudníku
- 2 vdechy : 30 stlačení hrudníku
- 2 vdechy : 5 stlačení hrudníku
- nevím

**28) Máte možnost navštívit vzdělávací akce týkající se první pomoci u dětí?**

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

**29) Měl(a) byste zájem získat více informací o poskytování první pomoci u dětí?**

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

**30) Pokud jste na výše uvedenou otázku odpověděla kladně, jakou formu získání informací byste zvolil(a)? (možno označit více odpovědí)**

- odborný film
- poskytnutí literatury
- přednáška v mateřské škole
- kvalitně zpracovaná brožura
- praktický kurz první pomoci pod vedením sestry
- informace poskytované sestrou
- informace poskytované ošetřujícím lékařem dítěte
- internet
- jiné.....(doplňte)

## Příloha 2

### Strukturovaný rozhovor pro sestry pracující v pediatrikách ambulancích a instruktorky dětských center

Jmenuji se Martina Čepilová a navštěvuji 3. ročník Zdravotně - sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. V rámci svého studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „*Poskytování první pomoci matkami dětí předškolního věku - edukační činnost*“.

Dovoluji si Vás touto cestou požádat o zodpovězení následujících otázek níže uvedeného strukturovaného rozhovoru. Vámi uvedené informace poslouží pouze ke studijním účelům. U otázek, kde je možnost více odpovědí, je tato skutečnost uvedena v závorce za otázkou. Za zodpovězení otázek Vám předem mnohokrát děkuji.

1. Kde pracujete?

- pediatriká ambulance
- dětské centrum

2. Věnujete se edukační činnosti v oblasti první pomoci?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

3. Jakým způsobem edukujete rodiče o problematice první pomoci?  
(možnost více odpovědí)

- informační brožury
- nástěnky
- rozhovor v rámci preventivní prohlídky
- odborná přednáška pod vedením sestry
- odborná přednáška pod vedením lékaře
- odkazy na internetu
- jiné.....(doplňte)

4. Máte časový prostor k edukaci rodičů?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

5. Jakým způsobem se vzděláváte a získáváte nejnovější informace o poskytování první pomoci? (možnost více odpovědí)

- odborné časopisy
- odborná literatura
- semináře
- kongresy
- internet
- jiné.....(doplňte)

6. Myslíte si, že mají rodiče dostatek znalostí v oblasti první pomoci?

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

7. Myslíte si, že se rodiče dostatečně zaměřují na prevenci úrazů?

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

8. Myslíte si, že je dostatek kvalitního informačního materiálu pro rodiče v oblasti první pomoci?

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

9. Co navrhuje na zlepšení edukace v problematice poskytování první pomoci a její prevence? (možnost více odpovědí)

.....

.....

.....(doplňte)

## **Příloha 3**

### **Edukační plán**

Edukační program na téma: První pomoc u dětí do 6 let

Plánování: Proč je důležitý význam edukace? Rodiče je třeba trvale upozorňovat na rizika spojená se situacemi, kdy si děti mohou způsobit úraz. Zkušenost je bohužel taková, že většina rodičů si začne těchto rizik všimnout až v okamžiku, kdy se jejich dítěti takový úraz přihodí. Úrazovost u dětí do 6 let v domácím prostředí je alarmující. Všeobecně je známo, že úroveň poskytování laické první pomoci je u velké části veřejnosti neuspokojivá. Neznalost postupů a bezradnost v daných situacích je obecným problémem. Příčinou je často absence systematické výchovy a nedostatečná úroveň výuky první pomoci (9).

Koho budu edukovat: přednáška je věnována rodičům dětí předškolního věku, kteří mají zájem o informace týkající se problematiky úrazovosti u dětí. Projektem se sestra snaží preventivně působit na rodiče a dát jim informace potřebné k poskytnutí účinné první pomoci.

Co budu edukovat: prevence a poskytnutí první pomoci se zaměřením na popáleniny, otravy a vdechnutí cizího tělesa. Sestra v edukačním programu seznámí rodiče s rizikovými faktory, které mohou vést k úrazu dítěte, a s preventivními opatřeními. Základním cílem je poskytnout chybějící informace a dovednosti těm, u nichž je pravděpodobnost, že budou tuto úzce specifickou oblast první pomoci potřebovat. Dalším cílem je seznámit rodiče se zásadami poskytování první pomoci dětem a zodpovědět dotazy rodičů z této oblasti, informovat o způsobu přivolání odborné pomoci.

Jak dosáhneme toho, aby rodiče získali patřičné informace: rodiče musí získat dostatek teoretických i praktických znalostí, musí si uvědomit odpovědnost za zdraví dítěte. Sestra si zvolí adekvátní edukační metody. Přednáška bude prezentována mluveným slovem a doplněna výukovým CD v programu power-point s ukázkami jednotlivých dětských úrazů a s praktickými ukázkami první pomoci. Cílem je tedy seznámit rodiče

s problematikou úrazů v domácím prostředí, s jejich riziky a se zásadami poskytnutí první pomoci.

Za jakých podmínek bude edukační program probíhat:

Materiální zabezpečení: audiovizuální technika, lékárníčka, obrázky, letáky, brožury.

Časové zabezpečení: edukační program se uskuteční v odpoledních hodinách, bude trvat 60 minut s možností opakování dle zájmu rodičů. Začátek programu bude předem stanoven dle dohody mezi sestrou a rodiči.

Obsah: 15 minut - seznámení s problematikou úrazovosti u dětí.

15 minut - zaměření na prevenci u jednotlivých úrazů.

15 minut - poskytování první pomoci u jednotlivých úrazů.

15 minut - hodnocení edukačního procesu včetně zpětné vazby.

Organizační zabezpečení: edukační program se uskuteční ve formě skupinové - jde o skupinu rodičů, kteří mají zájem o stejnou problematiku, podobné teoretické a praktické znalosti.

Prostorové zabezpečení: mateřská škola, dětské centrum - klidná, větší, dobře větratelná místnost s optimální teplotou, dobrou akustikou a promítacím přístrojovým vybavením.

Personální zabezpečení: program bude edukován dětskou sestrou.

S jakým efektem budou splněny stanovené cíle: závěrem edukačního programu rodiče dostanou kontrolní otázky týkající se prezentované problematiky úrazů. Praktická část pak bude zaměřena na modelové úrazové situace.

Sestra stanoví edukační cíle:

Kognitivní cíl: rodiče znají pojem a podstatu první pomoci u dětí, znají možnosti preventivních opatření, rozeznají závažnost poranění, znají kroky potřebné k poskytnutí první pomoci.

Behaviorální cíl: rodiče umí poskytnout ošetření jednotlivých úrazů a názorně provést u těchto úrazů první pomoc.

Afektivní cíl: rodiče si uvědomují závažnost dětských úrazů a význam preventivních opatření.

Realizace: V motivační fázi sestra provede motivační rozhovor o významu znalostí prevence, o poskytnutí první pomoci a možnostech ovlivnění úrazu. Zjistí připravenost

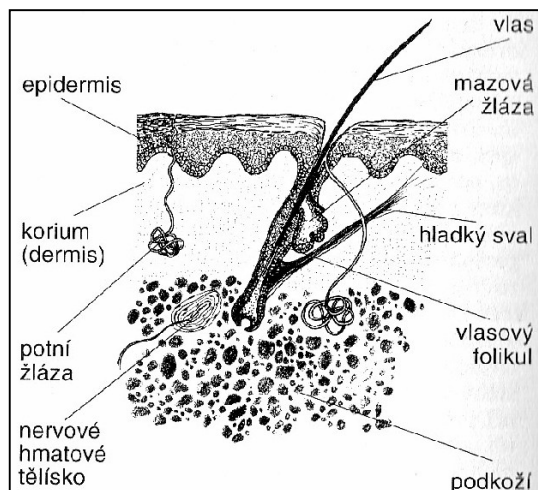


rodičů pro edukaci, jejich názory, pocity a očekávání. Sestra podpoří pocit samostatnosti a odpovědnosti při zvládnání jednotlivých úkonů v první pomoci. V expoziční fázi sestra vysvětlí rodičům základní informace o poskytování první pomoci. Ve fixační fázi si rodiče prakticky procvičí první pomoc u jednotlivých úrazů. V hodnotící fázi sestra pokládá kontrolní otázky týkající se prezentovaného tématu. Všichni rodiče předvedou na výukovém modelu schopnost podat první pomoc. Na chyby jsou průběžně upozorňováni. Na konci edukačního programu zbývá dostatek času pro diskusi a doplnění dalších informací z oblasti poskytování první pomoci u dětí.

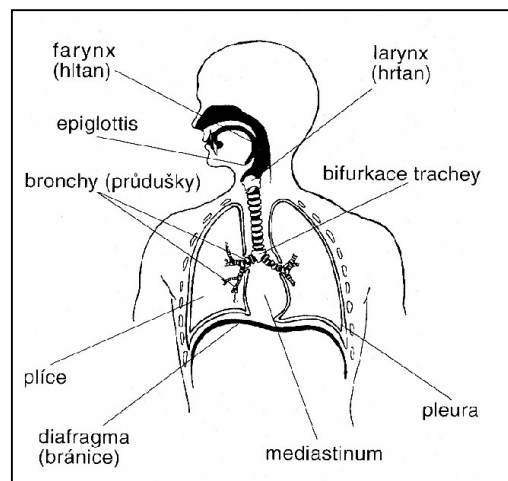
Vyhodnocení: sestra provede evaluaci edukačního programu, vyhodnotí, zda obsah a cíle programu měly přínos ke zlepšení vědomostí a dovedností rodičů v oblasti poskytování první pomoci. Na základě analýzy zjistí zájem rodičů o tento způsob prezentace a navrhne možnost dalšího setkání (28).

## Příloha 4

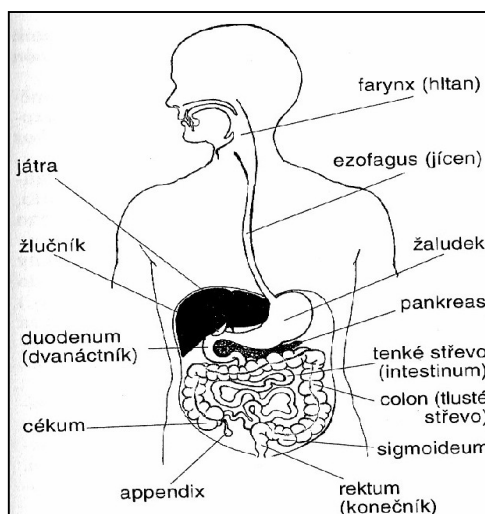
### Anatomie kůže, dýchacího systému, trávicího systému



Obr. 1 - Kůže



Obr. 2 - Dýchací soustava



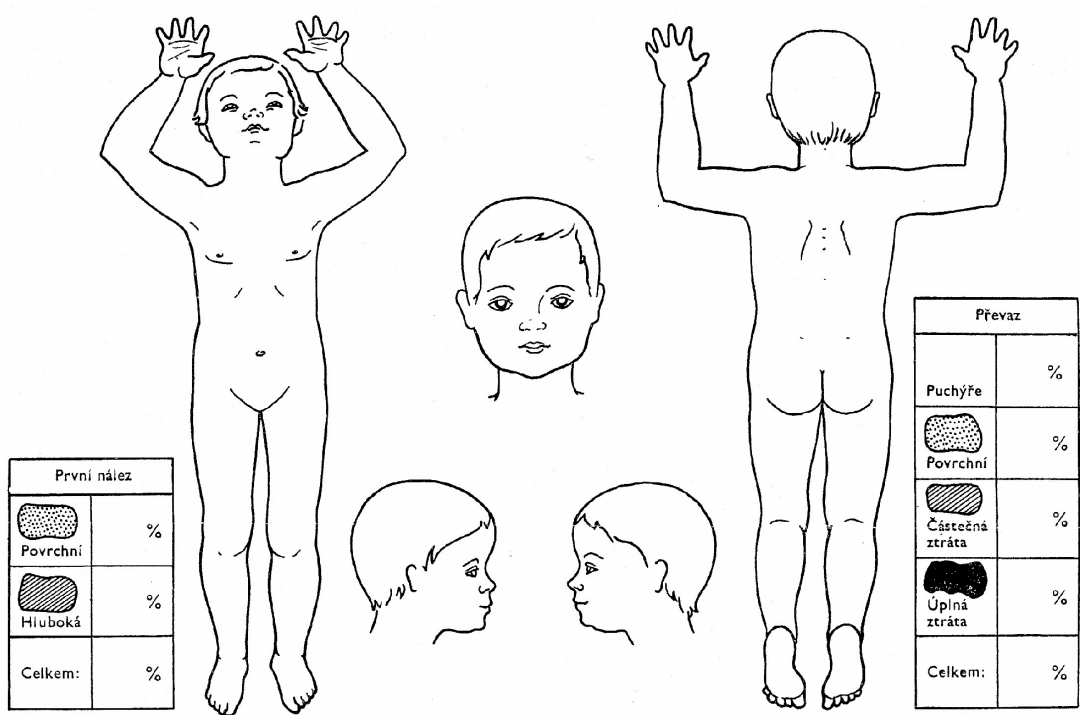
Obr. 3 - Trávicí soustava

Zdroj:

VOKURKA, M., HUGO, J. et al. *Praktický slovník medicíny*. 5. rozšířené vyd., Praha: Maxdorf, 1998. 246 s. ISBN 80-85800-81-0.

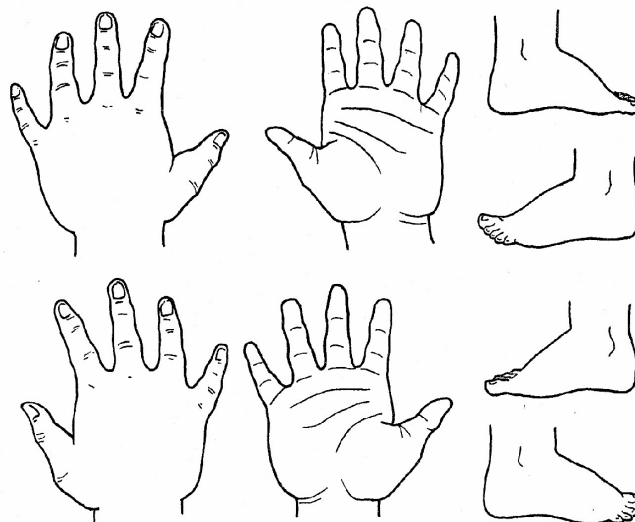
## Příloha 5

### Záznam o ošetřování popáleniny



Tabulka podle Lunda - Browdera

Část těla	Novo-	1 rok	5 let	10 let	15 let
	rozeně	%	%	%	%
Hlava	19	17	13	11	9
Krk	2	2	2	2	2
Přední část trupu	13	13	13	13	13
Zadní část trupu	13	13	13	13	13
Obě paže	8	8	8	8	8
Obě předloktí	6	6	6	6	6
Obě ruce	5	5	5	5	5
Genitálie zevní	1	1	1	1	1
Hýždě	5	5	5	5	5
Obě stehna	11	13	16	17	18
Oba bérce	10	10	11	12	13
Obě nohy	7	7	7	7	7



Zdroj:

KÖNIGOVÁ, R. et al. *Komplexní léčba popálenin*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 1999. 456 s. ISBN 80-7169-416-9.

## Příloha 6

### Přehled jedovatých rostlin



**Obr. 1 - Dieffenbachie**

[http://www.familie-im-web.de/familie/cybergarten/zimmerpflanzen/d/dieffenbachia\\_maculata.jpg](http://www.familie-im-web.de/familie/cybergarten/zimmerpflanzen/d/dieffenbachia_maculata.jpg)



**Obr. 2 - Rulík zlomocný**

<http://img.geocaching.com/cache/e4837e1b-937b-4c6c-9990-95f41b89d111.jpg>



**Obr. 3 - Durman**

[http://www1.lf1.cuni.cz/~kocna/flowr\\_my/p7260263.jpg](http://www1.lf1.cuni.cz/~kocna/flowr_my/p7260263.jpg)



**Obr. 4 - Čilimník převislý**

[http://www.havlis.cz/img/nahled.php?size\\_w=150&soubor=778\\_1.jpeg](http://www.havlis.cz/img/nahled.php?size_w=150&soubor=778_1.jpeg)



**Obr. 5 - Lýkovec jedovatý**  
<http://priodakarlovarska.cz/images/photos/stare/lykovec-jedovaty/lykovec-jedovaty-chlum-10-04-2005-02.jpg>



**Obr. 6 - Plody Mahonie cesmínolisté**  
[http://www.ekozahrady.com/mahonie\\_plody.jpg](http://www.ekozahrady.com/mahonie_plody.jpg)

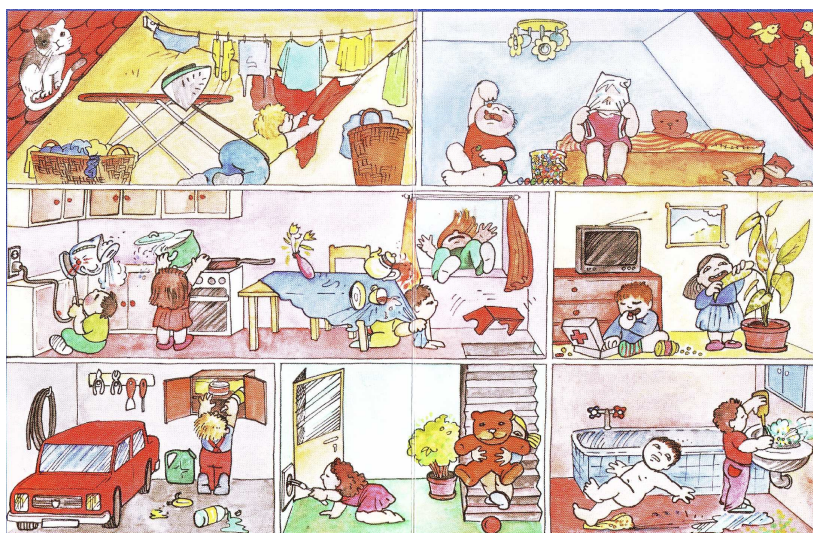


**Obr. 7 - Fazol obecný**  
<http://www.biolib.cz/IMG/GAL/36821.jpg>

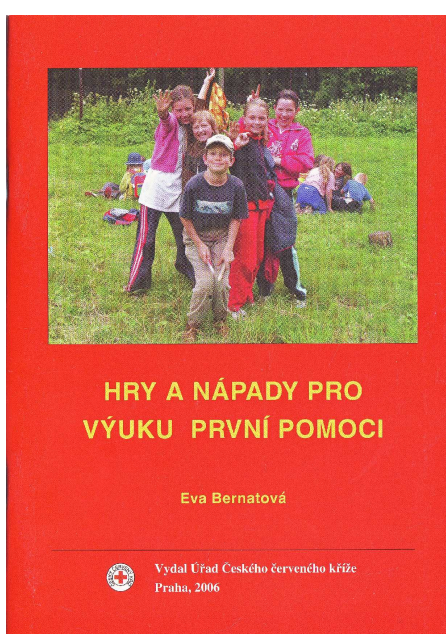


**Obr. 8 - Fikus**  
[http://www.novyvek.cz/pics\\_cl/cla\\_457\\_1.jpg](http://www.novyvek.cz/pics_cl/cla_457_1.jpg)

## Příloha 7



**Obr. 1 Brožura Děťství bez úrazů**  
Vyrobeno ve spolupráci s VZP ČR



**Obr. 2 Hry a nápady pro výuku první pomoci**  
BERNATOVÁ, E. *Hry a nápady pro výuku první pomoci*. 1. vyd., Praha: Úřad Českého červeného kříže, 2006. 35 s.



**Obr. 3 Brožura První pomoci pro děti**  
Vyrobeno ve spolupráci s MZ ČR

## Příloha 8



**Obr. 1 Pojistka proti otevření trouby**

[http://www.promimi.cz/images-goods-cache/2303\\_prew\\_800.jpg](http://www.promimi.cz/images-goods-cache/2303_prew_800.jpg)



**Obr. 2 Ohrádka na varnou plochu trouby**

[http://eshop.furniturecluster.cz/zbozi\\_img/002655.jpg](http://eshop.furniturecluster.cz/zbozi_img/002655.jpg)



**Obr. 3 Ochranný kryt zásuvek**

[http://www.babylife.cz/images/sklady/doplanky-22-39052\\_mmm.jpg](http://www.babylife.cz/images/sklady/doplanky-22-39052_mmm.jpg)



**Obr. 4 Ochranný úchyt ubrusů**  
[http://www.urazneninahoda.cz/image/prakticky\\_radce/5.jpg](http://www.urazneninahoda.cz/image/prakticky_radce/5.jpg)



**Obr. 5 Zarážka proti otevření okna**  
[http://www.frajman.cz/katalog/vetraci\\_zarazka.jpg](http://www.frajman.cz/katalog/vetraci_zarazka.jpg)



**Obr. 6 Ochranná ohrádka na schodiště**  
[http://www.babydracek.com/pdf/61379\\_1.jpg](http://www.babydracek.com/pdf/61379_1.jpg)



# První pomoc při úrazech

Vypracovala:  
Martina Čepilová



# Popáleniny

- sluncem
- ohněm
- vodou
- chemikáliemi

## První pomoc:

- zastavení působení tepla
- uvedení postiženého do klidu
- okamžité chlazení, sterilní krytí

# První pomoc u popálenin

- závislá na závažnosti popáleniny, jejím umístění, na druhu látky či zdroje, který popáleninu způsobil
- lehkou popáleninu lze ošetřit doma, při těžším popálení je nutné vyhledat lékařskou pomoc

# První pomoc u popálenin 1. stupně

1. zabránit dalšímu působení tepla
2. přikládat chladivé obklady
3. po ochlazení popáleninu přikrýt nepřilnavým sterilním obvazem, kapesníkem nebo kusem čisté látky
4. nenanášíme masti, mohlo by dojít k infekci

# První pomoc u malých popálenin

## 2. stupně (<10% BSA = body surface are)

1. přikládáme chladivé obklady nebo popáleninu přiměřeně ponoříme do studené vody
2. podáváme Ibuprofen a Paracetamol ke zmírnění bolesti a zánětu
3. necháváme dítě pít tolik vody, kolik je jen možné
4. po zchlazení naneseeme malou vrstvu masti s antibiotiky
5. přikryjeme popáleninu suchým, nelepivým, sterilním obkladem nebo čistou látkou

# První pomoc u velkých popálenin

## 2. stupně (>10% BSA = body surface are)

1. popáleninu nechladíme, chlad by mohl způsobit podchlazení (hypotermii)
2. podáváme Paracetamol nebo Ibuprofen pro zmírnění bolesti a snížení povrchové teploty kůže
3. necháme dítě pít tolik vody, kolik je jen možné
4. nedotýkáme se puchýřů
5. nenanášíme masti (mohly by způsobit infekci)
6. přikryjeme popáleninu suchým, sterilním obkladem nebo čistou látkou
7. provedeme protišokové opatření – vyděšené dítě položíme a zvedneme mu dolní končetiny

# První pomoc u popálenin 3. stupně

1. netřeba chladit, popáleniny tohoto stupně nebolí, případná bolest je způsobena doprovodným 1. nebo 2. stupněm popálení (zde použití chladu může pomoci)
2. popáleninu přikryjeme suchým, nelepivým, sterilním obkladem nebo čistou látkou
3. dítě ošetříme proti šoku – zvedneme dolní končetiny, udržíme je v teple, přikryjeme čistým prostěradlem nebo dekou
4. zavoláme lékařskou pomoc

# Šok

Šok je odezvou organismu na vážný, škodlivý, většinou náhlý podnět:

- velká ztráta krve
- rozsáhlá popálenina
- zlomenina, atd.

## Příznaky:

- bledost, studený pot, příp. cyanóza
- apatie, žízeň, zvracení
- špatně hmatný, zrychlený tep
- dýchání zrychlené a povrchní



# Protišoková opatření

1. podle charakteru poranění (zástava krvácení, znehybnění končetiny,...)
2. zajistit dostatečné dýchání
3. protišoková poloha
4. zabránit prochladnutí i přehřátí
5. tišit žížeň, ale nedávat zbytečně zpít
6. bolest tišit správnou polohou i vhodným obvazem
7. zajistit transport

# Otravy

- otrava = celkové onemocnění organismu s určitou klinickou symptomatologií, která je způsobena škodlivinou
- způsoby vniknutí toxické látky do těla:
  - inhalační cestou (vdechnutím)
  - perkutánní cestou (vstřebání kůží)
  - perorálně (požitím)
  - injekčním podáním
- první pomoc při otravách – možnost kontaktovat Toxikologické informační centrum (TIS) v Praze nepřetržitě na telefonu 224 919 293, 224 915 402

# První pomoc při otravách léky

1. zjistíme chybějící množství léků, stav postiženého dítěte, kontaktujeme TIS nebo lékaře, vezmeme s sebou zbylé léky, obal, zvratky
2. vyvolání zvracení má omezenou účinnost, často provázeno komplikacemi (aspirace), nebezpečné tam, kde lék již působí  
k vyvolání zvracení se nikdy nepoužívá vodný roztok kuchyňské soli!!!
3. aktivní uhlí – charakter univerzálního antidota, podáváme 3-5-10 rozdrcených tablet s nápojem nebo jogurtem

výjimku tvoří preparáty s obsahem natrium fluoratum – zde je třeba podat mléko nebo mléčný tekutý výrobek

# První pomoc při otravách rostlinami

1. vyjmeme zbytky rostlin z úst, odhadneme požitá množství, ústa vypláchneme vodou a omyjeme rty a jejich okolí
2. zvracení vyvoláme mechanicky (podráždění kořene jazyka), víme-li, že je rostlina jedovatá nebo si nejsme jisti

zvracení nevyvoláváme, pokud má dítě podrážděné sliznice, slinění a otok rtů, dechové potíže

# První pomoc při otravách rostlinami – pokrač.

3. dáváme pít neslazený čaj, podáme aktivní uhlí, podle požité dávky 3-5-8 tablet
4. kontaktujeme lékaře nebo TIS, vezmeme vzorek rostliny
5. u dieffenbachie a jí podobných zvracení nevyvoláváme, vyjmeme zbytky rostliny z úst, ústa vypláchneme chladnou vodou, dáme pít studený nápoj  
aktivní uhlí nepodáváme  
při potížích dítě dopravíme ihned do nemocnice

# První pomoc u nehod obchodními přípravky

1. po požití čočkové baterie musí její průchod zažívacím traktem sledovat lékaři
2. baterii je nutné ze zažívacího traktu aktivně odstranit
3. z ucha nebo nosu se baterie odstraňuje vždy co nejrychleji

# První pomoc při otravách látkami s leptavými účinky

1. nevyvoláváme zvracení – NIKDY!!!
2. bez porady s TIS nebo lékařem nepodáváme aktivní uhlí
3. při poleptání zažívacího ústrojí je nutné dopravit nemocného ihned do nemocnice
4. při malých nebo žádných obtížích je možné dát pít (vodu, čaj, mléko), u dítěte ne více jak 15 ml/kg – vždy dopravit dítě k lékaři

## První pomoc při otravách látkami s leptavými účinky – pokrač.

5. zkontrolujeme, zda nedošlo i k potřísnění dítěte postižená kůže se oplachuje tekoucí vlažnou vodou 15 minut, stejně tak i spojivkový vak při zasažení oka – poté vyhledat lékaře
6. k lékaři vzít obal přípravku
7. po vypití přípravku s obsahem ethylénglykolu, okamžitě podáme 1,5ml/kg 40% alkoholu ředěného na 5 – 10% (1,5 ml alkoholu se ředí 6 – 12 ml vody, šťávy, džusu)  
lékařskou pomoc je nutné vyhledat i při podezření na vypití



# První pomoc při požití organických rozpouštědel

1. nevyvoláváme zvracení, nepodáváme mléko nebo potraviny s obsahem tuku
2. po poradě s TIS podáváme aktivní uhlí
3. nutný lékařský dohled i při požití malého množství a absenci potíží, vezmeme obal přípravku
4. **POZOR!!! Na etiketách bývají často nesprávné pokyny k první pomoci!!!**

# Vdechnutí cizího tělesa

1. předmět v nose – přimět dítě, aby předmět vysmrkalo, nesnažíme se předmět vyjmout sami → vyhledáme lékaře
2. otevřeme dítěti ústa, zjistíme, zda je cizí těleso viditelné a v dosahu; pokud ano, zkusíme těleso prsty vytáhnout

## Vdechnutí cizího tělesa – pokrač.

3. cizí těleso v nižších částech dýchací trubice – doporučuje se několik postupů k vyvolání prudkého výdechu, cizí těleso z dýchacích cest vypudí
4. příznaky ochabování dechu, dítě přestává kašlat či dýchat → energické údery do zad (Gordonův manévr) – opakovaný úder dlaní mezi lopatky
5. další alternativa – Heimlichův manévr (hmat)

# Resuscitace

## Neodkladná resuscitace

- soubor na sebe navazujících léčebných postupů k neprodlenému obnovení životních funkcí:
  1. vědomí
  2. dýchání
  3. krevní oběh

# Neodkladná resuscitace

- zahajujeme vždy tam, kde je zástava krevního oběhu
  - u dětí je to až do 40 min dle podmínek normotermie

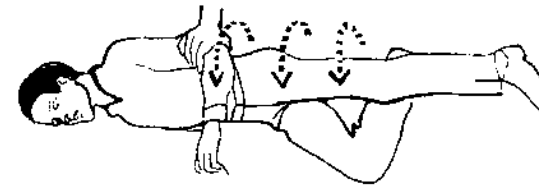
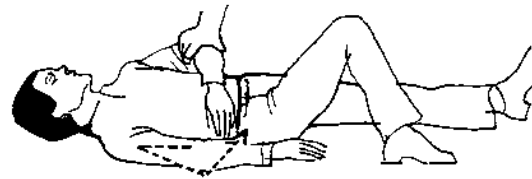
## Z historie

- 1958 poprvé popsána umělá plicní ventilace technikou z plic do plic ústy nebo nosem
- 1960 popsána nepřímá srdeční masáž na zavřeném hrudníku
- 1961 zveřejnil Safar metodu ABC
  - A – airway
  - B – breathing
  - C – circulation

# Základní neodkladná resuscitace

- **sledujeme:**
  1. dech
  2. puls
- **bezvědomí:**
  - se zachováním dýchání a krevního oběhu – stabilizovaná poloha
  - s poruchou dýchání – trojitý manévr
  - s poruchou dýchání i oběhu – kardiopulmonální resuscitace

# Stabilizovaná poloha





# Trojitý manévr

záklon hlavy



předsunutí dolní  
čelisti



otevření úst



**POZOR** při poranění krční páteře!

# Kardiopulmonální resuscitace

## Umělé dýchání z plic do plic

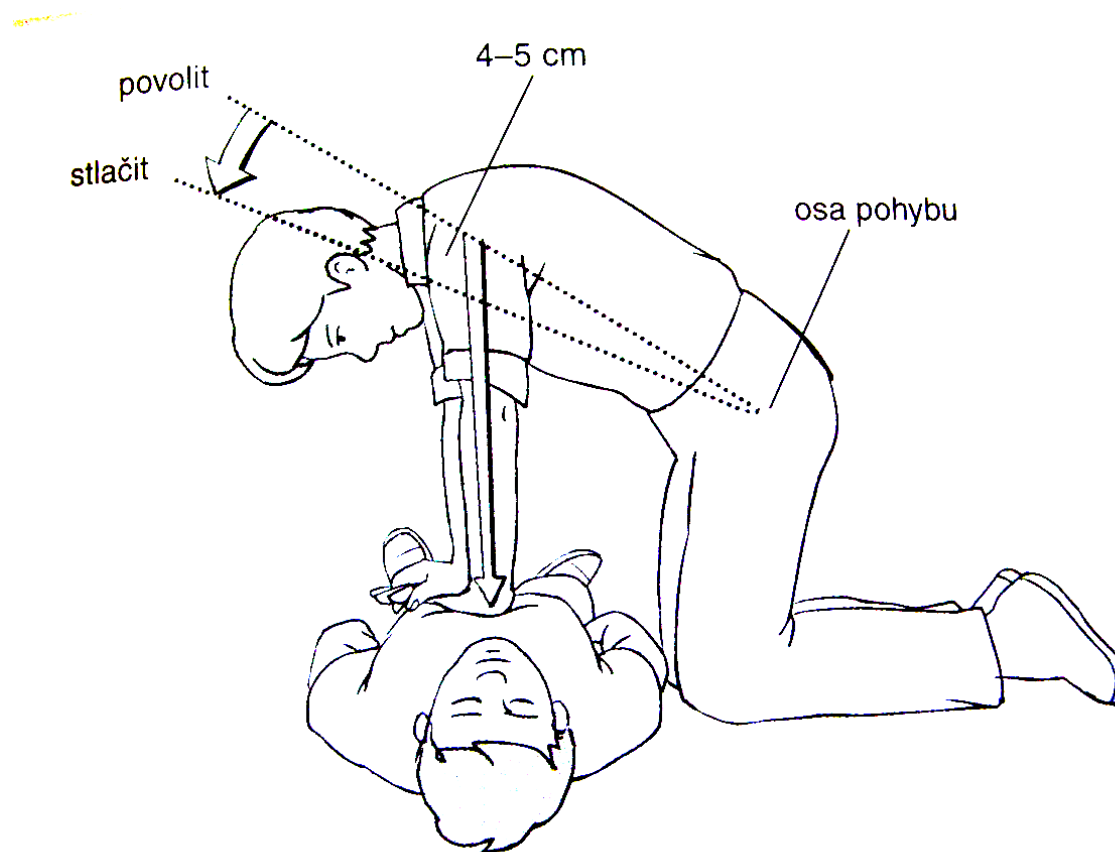
- přistoupení z boku
- stisk nosu
- ruku pod šíji zraněného
- hluboký nádech a vdech do úst postiženého
- výdech postiženého je pasivní
- postup opakovat 10 – 12 x za min
- sledovat puls na krční tepně vedle štítné chrupavky

# Kardiopulmonální resuscitace

## Nepřímá masáž srdce

- pevná podložka
- přístup ze strany
- na hranici dolní a střední hrudní kosti dlaně natažených horních končetin
- frekvence stlačení 120 za min
- poměr vdechů a stlačení při 1 i 2 zachránci je 2:30

# Kardiopulmonální resuscitace



**Děkuji za pozornost**

