

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Znalostní předpoklady předlékařské první pomoci
u pedagogů v mateřských školách**

bakalářská práce

Autor práce: Ondřej Kovářík
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: PhDr. Jolana Ročňová

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2012

ABSTRAKT

Znalostní předpoklady předlékařské první pomoci u pedagogů v mateřských školách

Obsahem bakalářské práce s názvem Znalostní předpoklady předlékařské první pomoci u pedagogů v mateřských školách je stručné shrnutí akutních stavů a onemocnění vyskytujících se především u dětí předškolního věku.

Teoretická část se zabývá vybranými úrazy. A to od těch nejzávažnějších (resuscitace, poruchy vědomí, dušení) až po ty méně závažné (např. zlomeniny). U každého z úrazů je stručně popsána patofyziologie, příznaky a na závěr poskytnutí předlékařské první pomoci. V této části je také popsáno, podle jakých zákonů jsou povinni se pedagogové v problematice první pomoci vzdělávat. Ke zpracování této části jsem nejčastěji používal obsahovou analýzu z odborné publikace.

Druhá část, praktická, je věnována výzkumu, kde záměrem bylo zjistit znalosti první pomoci u pedagogů v mateřské škole. Výzkum probíhal metodou kvantitativní, a to formou dotazníků. Dotazník byl sestaven ze čtrnácti otázek. Tento dotazník byl vyplňován pedagogy nejčastěji při osobní schůzce přímo v mateřských školách v nejbližším okolí mého bydliště v Brně. Výzkum je zpracován do grafů s popisem. Výsledky odpovědí jsou uvedeny u každého grafu v procentech.

Hypotéza, která byla na začátku výzkumu stanovena, se výzkumem nepotvrdila. Pedagogičtí pracovníci mají dostatečné znalosti z předlékařské první pomoci. Mají však mezery v oblasti nových poznatků první pomoci (např. resuscitace, dušení). V těchto případech by většina pedagogů jednala podle zastaralých norem. V dalších otázkách dotazníku převládaly především správné odpovědi. Zajímavým zjištěním bylo, že polovina dotázaných neabsolvovala žádné školení první pomoci.

ABSTRACT

Knowledge of Premedical First Aid Requirements for Teachers in Nursery School

Bachelor thesis „Premedical First Aid Knowledge Requirements for Teachers in Nursery Schools” summarises urgent conditions and diseases occurring primarily among preschool children.

The theoretical part deals with selected injuries, from the most serious injuries (resuscitation, disorders of consciousness, suffocation) to the less serious ones (eg fractures). Pathophysiology, symptoms and finally providing of first aid is briefly described for each of the injuries. This part was described mandatory legislation for teachers regarding first aid education in this section. I used a content analysis of professional publications in this part of my thesis.

The second part is practical and related to my research. The aim of the research was to find out level of first aid knowledge among teachers in nursery schools. I used a quantitative method in the form of questionnaires in my research. The questionnaire consisted of fourteen questions. These questionnaires were filled mostly by teachers during personal meetings in nursery schools near my residence in Brno. The research is processed with the charts and descriptions. The results of the answers are given as a percentage in each graph.

The hypothesis, established at the beginning of the research, was not confirmed. Teaching staff have sufficient knowledge of first aid. However, they have lacks in innovations piece of knowledge first aid (CPR, choking). In these cases, most teachers would act based on outdated standards. Primarily right answers dominated in further points of the questionnaire. My surprising finding was that half of those surveyed teachers had never undergone any first aid training.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30.4.2012

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji PhDr. Jolaně Ročňové za odborné a profesionální vedení a cenné rady, které mi poskytla během zpracovávání mé bakalářské práce. Její ochotné pomoci a času mě věnovanému si velice vážím. Také děkuji pedagogům z mateřských škol za vyplnění dotazníku.

OBSAH:

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 PRVNÍ POMOC.....	11
1.1.1 Předlékařská první pomoc.....	11
1.1.2 Technická první pomoc.....	11
1.2 POSKYTNUTÍ PRVNÍ POMOCI.....	12
1.3 ZÁKLADNÍ NEODKLADNÁ RESUSCITACE.....	13
1.3.1 Postup základní neodkladné resuscitace dospělého.....	13
1.3.2 Specifika základní neodkladné resuscitaci dítěte	14
1.3.3 Dýchá či nedýchá	14
1.3.4 Umělé dýchání z plic do plic	14
1.3.5 Nepřímá srdeční masáž	15
1.3.6 Ukončení resuscitace.....	15
1.4 KRVÁCENÍ.....	15
1.4.1 Tepenné krvácení.....	16
1.4.2 Žilní krvácení.....	16
1.4.3 Kapilární krvácení.....	16
1.4.4 Krvácení z nosu	17
1.5 BEZVĚDOMÍ.....	17
1.5.1 Přístup k bezvědomému	17
1.5.2 Mdloba.....	18
1.6 DUŠENÍ.....	18
1.6.1 Tonutí.....	19
1.6.2 První pomoc při tonutí.....	19
1.6.3 Aspirace.....	19
1.7 NÁHLÁ DUŠNOST V DĚTSKÉM VĚKU	20
1.7.1 Epiglottis acuta.....	20
1.7.2 Astma – astmatický záchvat.....	21
1.8 PORANĚNÍ HLAVY A PÁTEŘE.....	21
1.8.1 Poranění hlavy.....	21
1.8.2 Poranění mozku	22
1.8.3 Poranění páteře	23
1.9 TERMICKÁ PORANĚNÍ	23
1.9.1 Popáleniny.....	24
1.9.2 Omrzliny	25
1.9.3 Úžeh.....	25

1.9.4	<i>Úpal</i>	25
1.9.5	<i>První pomoc u úžehu a úpalu</i>	25
1.10	ZLOMENINY	26
1.10.1	<i>Uzavřené zlomeniny</i>	26
1.10.2	<i>Otevřené zlomeniny</i>	27
1.11	KŘEČE	27
1.11.1	<i>Febrilní křeče</i>	27
1.11.2	<i>Epilepsie</i>	28
1.12	PORANĚNÍ ZVÍŘETEM	29
1.12.1	<i>Bodnutí hmyzem</i>	29
1.12.2	<i>Uštknutí hadem</i>	29
1.13	INTOXIKACE (OTRAVA)	30
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	31
2.1	CÍLE	31
2.2	HYPOTÉZA	31
3	METODIKA	32
3.1	POUŽITÉ METODY	32
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	32
4	VÝSLEDKY	33
5	DISKUZE	49
6	ZÁVĚR	56
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	58
8	KLÍČOVÁ SLOVA	61
9	PŘÍLOHY	62

Seznam zkratek

PP První pomoc

ZZS Zdravotnická záchranná služba

HZS Hasičský záchranný sbor

BLS Základní neodkladná resuscitace (Basic life support)

KPR Kardiopulmonální resuscitace

ÚVOD

Neznalost předlékařské první pomoci u pedagogů se jeví jako poměrně závažný problém. Z povahy jejich povolání se dá předpokládat, že poskytování předlékařské první pomoci u nich bude časté. Zvláště u dětí v předškolním věku dochází k úrazům běžně. Ze statistik vyplývá, že k poměrně vysokému procentu úrazů dochází právě ve školském zařízení. Proto si myslím, že pedagogové by měli ovládat znalosti předlékařské první pomoci nejenom u běžných zranění, jako jsou odřená kolena a lokty, ale i u závažnějších stavů. A toto jsou důvody, které mě vedly k výběru tohoto tématu.

Cílem práce je zjištění teoretické úrovně znalostí z předlékařské první pomoci u pedagogů v mateřských školách. Dalším cílem je zjištění výskytu a charakteristiky zranění, u kterých pedagogové poskytovali první pomoc.

Práce obsahuje dvě části. První z nich se zabývá teorií poskytování předlékařské první pomoci. A to u těch častých a závažných stavů, se kterými by pedagogové mohli přijít do styku. V druhé části se nachází výzkum, který jsem byl proveden formou dotazníků v mateřských školách v okolí mého bydliště. Úroveň znalostí mě v tamní lokalitě, kde školky navštěvují děti mých přátel, kamarádů a známých, obzvlášť zajímá.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 První pomoc

Pod tímto pojmem se rozumí okamžité ošetření zraněné osoby nebo osoby s náhlou poruchou zdraví či s otravou. Tato pomoc nenahrazuje žádnou lékařskou nebo kvalifikovanou pomoc vyškolenými zdravotníky. Jsou to jednoduchá a účelná opatření, která cílevědomě zmírňují následky zranění (6). Jejím úkolem je příznivě zvrátit stav mezi životem a smrtí. Správně poskytnutá první pomoc pak zkracuje dobu uzdravení či neschopnosti a zabraňuje dalšímu rozvoji zranění (35).

1.1.1 Předlékařská první pomoc

Touto pomocí máme na mysli pomoc, kterou poskytuje laik nebo i zdravotník před příjezdem Zdravotnické záchranné služby nebo lékaře (dále ZZS) (3). Měla by být poskytována aktivně a efektivně. V době poskytnutí předlékařské první pomoci se předpokládá minimum odborných pomůcek. Proto je důležitá improvizace. V akutních stavech je prokázáno, že časná a správně provedená první pomoc mnohonásobně zvyšuje šance na přežití (25).

Důležité v první pomoci je posoudit celkovou situaci neštěstí, počet záchránců a lidí kolem, kteří by mohli pomoci. Nezbytné je vědět, kde se nachází lékárničky. A v neposlední řadě zavolat ZZS, popřípadě informovat i ostatní složky záchranných sborů (Hasiče, Policii, ...). (17)

1.1.2 Technická první pomoc

Rozumíme tím vyproštění postiženého z nepřístupného místa. Přenesení nebo přesunutí (podle stavu zraněného) z místa, kde hrozí potenciální nebezpečí na chráněné místo v bezpečí. A v poslední řadě vyšetření zraněné osoby a zjištění rozsahu zranění (3). Nejčastěji je prováděna speciálními záchrannými sbory (HZS, Horská záchranná služba, Vodní záchranná služba, atd.) (18).

Důležité je mít na paměti svoji vlastní bezpečnost. Zhodnotit situaci a rozhlédnout se po místě neštěstí. Není účelné se bezhlavě vrhat do míst, kde hrozí nebezpečí (17).

1.2 Poskytnutí první pomoci

Podle trestního zákoníku č. 140/1961 Sb. Trestního zákona je každý občan povinen poskytnout první pomoc osobě v nouzi. Její neposkytnutí je definováno jako trestný čin postihnutelný podle trestního zákona.

§ 150 zákona č. 40/2009 Sb. Trestního zákona

„Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.“

„Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.“

§ 151 zákona č. 40/2009 Sb. Trestního zákona

„Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.“ (38)

Pedagogický pracovník je povinen absolvovat školení o první pomoci a to v rozsahu jaký určí zaměstnavatel. Toto určuje zákoník práce, který dále ukládá zaměstnavateli povinnost zajistit zaměstnancům školení o bezpečnosti práce a ochrany zdraví, to doplňuje požadavky a předpoklady pro výkon práce. Ty se vztahují k rizikům, s nimiž zaměstnanec může přijít do styku při vykonávání práce na pracovišti. Zároveň by měl soustavně kontrolovat jejich dodržování a zajistit jejich přeškolení při změně výkonu práce nebo pracovního zařízení (39).

Ze zákoníku práce vyplývá, že zaměstnavatel určuje rozsah a četnost těchto školení. Podle závažnosti a rizika je nutné školení pravidelně opakovat. Ze zákona tedy plyne, že záleží jen na zaměstnavateli, jak často bude své pedagogické pracovníky školit

v problematice první pomoci, ale v případě vzniku škody na zdraví bude muset skutečnost, že pedagogický pracovník byl proškolen o problematice první pomoci dokázat (39).

1.3 Základní neodkladná resuscitace

Základní neodkladná resuscitace je soubor život zachraňujících neodkladných výkonů. Provádí se při zástavě základních životních funkcí, kterými jsou krevní oběh, dýchání a vědomí. Provádíme ji pomocí jednoduchých výkonů bez pomůcek – umělého dýchání z plic do plic a nepřímou srdeční masáží. Nejdůležitější, co v daný okamžik hraje roli, je čas, přesnost a rychlost zahájení (31).

1.3.1 Postup základní neodkladné resuscitace dospělého

Nejprve se přesvědčte, zda vám nehrozí v okolí nějaké nebezpečí (pád předmětů, elektrické vedení, násilný útok). Poté k postiženému přistupte a hlasitě oslovte, třeba: „Haló pane/paní, jste v pořádku?“. Chyťte ho za ramena a zatřeste jím. Neodpovídá-li a nereaguje-li na vás, přivolejte si někoho hlasitým zvoláním na pomoc (je-li to možné). Otočte bezvědomého na záda a zprůchodněte mu dýchací cesty. Většinou postačí hluboký záklon hlavy tlakem na čelo a tahem za bradu. Zkontrolujte, zda postižený dýchá (vydechovaný proud vzduchu, pravidelné pohyby hrudníku) – vyšetření by nemělo trvat déle než několik vteřin. Dýchání by mělo být pravidelné a plné. Nejste-li si jistí, pokračujte dál tak, jako kdyby postižený nedýchal. Okamžitě voláme zdravotnickou záchrannou službu a zahájíme BLS. Provádíme srdeční masáž a umělé dýchání v poměru 30:2. Frekvence stlačení hrudníku by měla být přibližně 100-110 stlačení/minutu. Hloubka stlačení je 5-6cm (neboli 1/3 hrudníku postiženého). Masáž srdce je potřeba nepřerušovat! Přerušujeme ji pouze na dobu nezbytně nutnou k provedení umělých vdechů. Vždy pouze na dva vdechy. Při častém nebo dlouhém přerušení dochází ke snížení pravděpodobnosti na záchranu postiženého (4).

V případě, že nejsme schopni nebo ochotni v dané situaci provádět umělé dýchání (ať už z hygienického nebo jiného důvodu), můžeme provádět alespoň nepřímou masáž

srdce s frekvencí 100-110 stlačení/minutu. Postup pouze s masáží srdce se doporučuje používat jen u dospělých bez známek zranění a to po dobu 5-ti minut. Poté dochází k vyčerpání zásob kyslíku v krvi před náhlou srdeční zástavou, a je potřeba kyslík tělu znovu dodávat umělým dýcháním (15).

1.3.2 Specifika základní neodkladné resuscitaci dítěte

U dítěte je kladen důraz převážně na umělé dýchání z plic do plic. A to z toho důvodu, že nejčastější příčinou selhání základních životních funkcí u dětí je nekardiální příčina (dušení, úraz). Proto, by se při základní neodkladné resuscitaci u dětí mělo začít umělými vdechy. U dětí se provádí pět úvodních vdechů a následně se pokračuje jako u dospělého. BLS dětí laikem se provádí stejně jako u dospělého, a to v poměru 30:2 (masáž srdce:umělé dýchání). U dětí předškolního věku by frekvence srdeční masáže měla být vyšší než u dospělých a to 100-120 stlačení za minutu. U dětí, jelikož předpokládáme nekardiální příčinu selhání základních životních funkcí, přistupujeme prvně k 1-2minutové resuscitaci a až poté volání ZZS. U dospělých se ovšem přistupuje k volání ZZS ještě před zahájením samotné resuscitace (29).

1.3.3 Dýchá či nedýchá

Určit s jistotou, zda postižená osoba opravdu fyziologicky dýchá nebo už ne, bývá občas obtížné. Může se totiž stát, že postižená osoba při dechové aktivitě chroptí, sýpe nebo lapá po dechu (odborně nazýváno „Gasping“). Toto často laik shledá jako dechovou aktivitu, což je špatně. „Gasping“ jsou lapavé dechy, které nejsou fyziologické. Je to konečná aktivita, kdy se tělo ještě snaží nadechnout, ale již na to nemá sílu. Proto je důležité i v tomto případě zahájit základní neodkladnou resuscitaci. BLS zahájíme také ve chvíli, kdy dechová aktivita nebude pravidelná a bude docházet k dlouhým prodlevám mezi jednotlivými nádechy (11).

1.3.4 Umělé dýchání z plic do plic

Než začneme s umělými vdechy, je potřeba se přesvědčit, že v ústech není žádná překážka (cizí těleso, vyražené zuby, atd.). Pokud ústa nejsou volná a je to možné, v ochranných rukavicích se pokusíme ústa vyčistit (ale pouze od předmětů, které jsme schopni odebrat tak, aby nedošlo k jejich nechtěnému zatlačení dál do dýchacích cest).

Přiklekneme k hlavě postiženého, jednou rukou tlačíme na čelo a prsty ucpeeme nos, druhou rukou za bradu pootevřeme ústa a normálně se nadechneme, poté přitiskneme ústa na ústa postiženého a provedeme výdech. Musíme u toho sledovat, zda se nadzvedá a poté klesá hrudník, není-li tomu tak, zakloňte postiženému hlavu ještě víc a opakujte umělý vdech po druhé (1).

1.3.5 Nepřímá srdeční masáž

Je-li u osoby zástava srdečního rytmu, položíme ji na tvrdou rovnou plochu a klekneme si k jejímu boku. Na průsečíku středu hrudní kosti a spojnice bradavek přiložíme ruce. A to tímto způsobem: Přiložíme nejprve jednu ruku, druhou ruku opřeme o tu první a propleteme prsty. Nadzvedneme prsty tak, aby se hrudníku dotýkala co nejmenší část našich dlaní. Nataženými horními končetinami za pomoci celého trupu našeho začneme stlačovat hrudník. Stlačení provádíme kolmo k podložce, a to do hloubky 5-6 centimetrů (nebo jedné třetiny předozadního průměru hrudníku). Frekvence stlačení u dospělého člověka by měla být 100-110 za minutu (11). Zachránce se ohýbá v bederní páteři a nataženými pažemi (při stlačování se nepokrčují v loktech) přenáší váhu svého těla nad postiženého. Tento způsob je efektivnější a záchránce se pomaleji unaví. I přesto, je-li více záchránců, je dobré se po nějaké době střídat (23).

1.3.6 Ukončení resuscitace

Resuscitaci bychom měli co nejméně přerušovat. Důležité je v ní pokračovat bez přestání až do doby, kdy přijede ZZS a převezme si pacienta. Resuscitaci můžeme ukončit i před příjezdem ZZS a to v případě, že se pacientovi obnoví spontánní dýchání a srdeční akce, nebo v případě, kdy jsme totálně vyčerpaní a nemůžeme pokračovat dál v resuscitaci. Resuscitaci ukončíme také v okamžiku, kdy se dostaneme do ohrožení vlastního života. Resuscitaci nezačínáme provádět, jsou-li jisté známky smrti (posmrtná ztuhlost, mrtvolný zápach, ...) (18).

1.4 Krvácení

V dospělém člověku proudí 4,5-6 litrů krve. To představuje přibližně 70ml/kg celkové hmotnosti. U dětí to je až 80ml/kg hmotnosti (5). Ztráta přibližně 40% objemu krve představuje bezprostřední ohrožení na životě (25).

V těle krev obíhá v uzavřeném cévním řečišti, kde zajišťuje nepřetržitou dodávku živin a kyslíku do tkání. Jakákoliv krevní ztráta oslabuje organismus a v jistých situacích ho i ohrožuje na životě. Náhlé krevní ztráty představují závažnější stav než pozvolné částečné ztráty (18).

1.4.1 Tepenné krvácení

Při tepenném krvácení nedochází ke klasickému vytékání krve z rány, ale jejímu rytmickému vystřikování. Krev má jasně červené zbarvení. Pozor, ne vždy se musí jednat o znatelně jasnou červenou barvu. Krev může být tmavší např. při otravách, při hypoxii (nedostatku kyslíku ve tkáních) nebo také i jen při smíšeném krvácení (17). Je to velmi závažné krvácení, při kterém čas hraje velkou roli. Při poranění velkých tepen může člověk vykrvácet během pár vteřin (18). Je důležité okamžitě vyvinout tlak v místě krvácení. Nemá-li záchránce po ruce žádný sterilní materiál, vloží do rány prst či celou dlaň (použít ochranné rukavice!).

Další důležitou součástí ošetření je uložení pacienta na zem a zvednutí poraněné části nad úroveň srdce. S pacientem komunikujeme a sledujeme jeho stav. V případě rozvoje hemoragického šoku uložíme zraněného do protišokové polohy (viz příloha 7). Máme-li materiál, je vhodné udělat tlakový obvaz (viz příloha 4). O nezbytnosti volání ZZS není pochyb (8).

1.4.2 Žilní krvácení

Při tomto krvácení dochází k nepřerušovanému vytékání tmavě červené krve z rány. Intenzita krvácení záleží na velikosti poranění. Při masivním krvácení postupujeme stejně jako u tepenného krvácení. Jedná-li se o krvácení slabší intenzity, mělo by se po jisté době samo zastavit. Přesto je na místě okamžité poskytnutí první pomoci. Ta by měla spočívat ve sterilním krytí rány a mírné komprese v místě krvácení. Dále je dobré poraněné místo zvednout nahoru a s pacientem komunikovat (6).

1.4.3 Kapilární krvácení

Je druh krvácení s těch nejmenších cév. Dochází k němu při drobných poraněních. Krvácení se většinou po určité době zastavuje samo. Není nezbytná lékařská pomoc.

Postup v první pomoci by měl zahrnovat vymytí rány od nečistot pod tekoucí vodou a následnou dezinfekci rány. Dle rozsahu ránu sterilně překrýt nebo přelepit náplastí (3).

1.4.4 Krvácení z nosu

Krvácení z nosu (odborně epistaxe) je krvácení nejčastěji z poranění menších cév (kapilár) v přední části nosních dírek. K poranění nejčastěji dochází úrazem nosu (např. zlomenina nosu) nebo při rýmě. Poskytnutí první pomoci spočívá v mírném předklonu hlavy (aby krev mohla volně vytékat) a přiložením studeného obkladu (namočený ručník, utěrka) na zátylek a čelo. Nedoporučuje se provádět záklon hlavy a stlačení chřípí nosu prsty. Tímto manévrem dochází k zatékání krve do nosohltanu, kde dítě zateklou krev může polykat. Spolykaná krev bude žaludek následně dráždit a může dojít ke zvracení, čímž se zvýší riziko opětovného krvácení. Dalším rizikem je aspirace (vdechnutí krve do dýchacích cest). Též může dojít k zatékání do nitrolebních dutin. Trvá-li krvácení déle než 3-5min je na místě vyhledání odborné pomoci, popřípadě provedení přední tamponády nosní. Tu provádíme šetrným vložením tampónu (např. Gelasponu) do nosní dírky. Důležité je zastrčení Gelasponu až po kořen nosu, aby měl očekávaný efekt (19).

1.5 Bezvědomí

Je důležité si uvědomit, že vědomí patří mezi jednu ze tří základních životních funkcí, stejně jako krevní oběh a dýchání (25). V bezvědomí si člověk neuvědomuje okolní situaci ani sebe sama. Na rozdíl od spánku, z bezvědomí člověka nelze probudit. V dětském věku nejčastějšími příčinami poruchy vědomí jsou křeče, stavy po křečích a úrazy. Jako další možné příčiny je nutné zmínit různé akutní intoxikace (otravy) a samozřejmě infekce centrálního nervového systému (8).

1.5.1 Přístup k bezvědomému

Nalezneme-li ležící osobu, měli bychom prvně zjistit, zda je při vědomí nebo ne. Hlasitě ji oslovíme: „Pane/paní jste v pořádku?“, „Slyšíte mě?“ a mírně ji můžeme zatřást rameny (neprovádíme při podezření na poranění páteře). Můžeme ji také

poprosit, aby otevřela oči. Důležité je mluvit hlasitě a zřetelně. V případě, že není žádná odezva, voláme ZZS (34).

V tuto chvíli je důležité zkontrolovat dech a v případě bezdeší nebo špatného dechu ihned zahájit základní neodkladnou resuscitaci. Má-li člověk zachovalé dýchání, péče spočívá v uložení do stabilizované polohy (viz příloha 5). Tato poloha je pro všechny věkové skupiny stejná. V této poloze je důležitý volný prostor před ústy s podloženou a zakloněnou hlavou. Zakloněná hlava uvolňuje dýchací cesty a volný prostor umožňuje volné odtékání tekutin z dutiny ústní. Pacienta ve stabilizované poloze bychom měli stále kontrolovat, zda nedošlo k zástavě dechu a to až do příjezdu ZZS (31).

1.5.2 Mdloba

Mdloba neboli synkopa či kolaps je přechodná krátkodobá porucha vědomí. Vzniká nejčastěji z důvodu náhlého odkrvením mozku, což může způsobit dlouhé stání v teplém prostředí, nedostatkem tekutin. Málokdy vzniká bez předešlých subjektivních varovných příznaků (9). Tento stav by se měl během pár minut upravit sám (5). Někdy, převážně u starších osob, může však být symptomem nějakého jiného závažného stavu, který vyžaduje odbornou lékařskou péči (28).

I přesto, že se často stav upraví po pádu na zem sám, měli bychom osobě zvednout nohy. Můžeme přiložit studený obklad na čelo a uvolnit oblečení v okolí krku a hrudi. Po nabytí vědomí bychom měli postiženému zabránit v rychlém vstávání. Při déle trvajícím bezvědomí, bychom měli postiženého uložit ho do stabilizované polohy, sledovat jeho základní životní funkce a přivolat lékařskou pomoc (5).

1.6 Dušení

Dušení je stav, který nastává při částečné nebo úplné zástavě výměny plynů mezi organismem a vnějším prostředím. V krvi se začíná hromadit oxid uhličitý a klesá hladina kyslíku. O udušení pak mluvíme ve chvíli, kdy nastane smrt, jako důsledek dušení (37).

Možnou příčinou tohoto stavu je vdechnutí cizího tělesa (u dětí jedna z nejčastějších příčin dušení), prudká alergická reakce, ale i třeba poranění hrudníku, nebo nadýchání se kouře (6).

1.6.1 Tonutí

Tonutí vzniká vniknutím vody do dýchacích cest, což následně vede k dušení a neokysličování krve. Tonutí je stav, kdy člověk ještě nejeví známky smrti. Utonutí je stav, kdy už tonoucí nejeví žádné známky života (6).

Nejčastějšími příčinami je neopatrnost a zvědavost malých dětí. U větších dětí se často jedná o skoky do neznámé vody, při nichž dojde k úrazu a sekundárně k tonutí. Dalšími příčinami mohou být skoky do studené vody v horkých letních dnech. Prudké ochlazení celého těla může vést k náhlé srdeční zástavě a následnému tonutí (12).

1.6.2 První pomoc při tonutí

Hned prvním krokem je zavolání ZZS a upozornit své okolí na to, co se děje. Následně bychom měli tonoucímu (pokud je při vědomí) hodit cokoli, čeho by se mohl zachytit (kláda, prázdná PET láhev, nafukovací lehátko, kruh). Je-li v okolí loďka, můžeme ji použít na přiblížení se k tonoucímu (důležité je, aby se tonoucí chytal záď loďky, jinak může dojít k převrácení). Na břehu, je-li při vědomí, dbát na to, aby nedošlo k podchlazení. Tonoucího bychom měli umístit do polohy v polosedu. Je-li tonoucí v bezvědomí (bez zachovalého dýchání), je nutné neprodleně zahájit resuscitaci. Resuscitaci v této situaci zahajujeme vždy 5-ti umělými vdechy, neboť zástava byla způsobena nedostatkem kyslíku (23).

1.6.3 Aspirace

Vzniká náhlou dušností, způsobenou neprůchodností dýchacích cest po vdechnutí cizího tělesa, které podle své velikosti ucpe částečně nebo úplně dýchací cesty (30). V dechnutí cizího tělesa může nastat třeba při polykání, v bezvědomí při regurgitaci nebo u malých dětí při strkání si různých předmětů (korálky, kuličky, oříšky, atd.) do úst či do nosu. Neprůchodnost dýchacích cest je vždy závažným stavem, který vede k bezvědomí a následné zástavě oběhu (34).

Aspirace se začne projevovat kašlem, postižený není schopný mluvit a vydává sípavé chraptivé zvuky. Postižené osobě se začne překrvovat obličej, který následně půjde do cyanózy, viditelně naběhnou krční žíly. Též můžeme pozorovat chybní vydechovaného proudu vzduchu. Musíme mít na paměti, že je to stav, který se rychle rozvíjí. Proto je nutné reagovat rychle a správně (35.).

Je-li osoba při vědomí, vyzveme ji k silnému kašli a mírnému předklonu. My jí můžeme napomocť rázným úderem mezi lopatky. Úder neprovádíme pěstí, nýbrž dlaní naplocho. Opakujeme 3-5krát. Popřípadě můžeme použít Heimlichův manévr (viz příloha 6). Ten nikdy neprovádíme u těhotných žen, dětí a obézních lidí (13). Je-li osoba již v bezvědomí, zahájíme neodkladnou resuscitaci. V každé situaci, ať už je postižený v bezvědomí nebo ne, voláme záchrannou službu. Při první pomoci se nikdy nesnažíme vytáhnout vdechnutý předmět rukou. Mohlo by dojít k jeho zatlačení hlouběji do dýchacích cest a tím k okamžitému zhoršení již tak akutního stavu (33).

1.7 Náhlá dušnost v dětském věku

1.7.1 Epiglottis acuta

Postihuje děti od 2 do 7 let. Má náhlý prudký rozvoj během dne. Je způsobená bakteriální infekcí haemophilus influenza typu B (6). U dítěte se rozvíjí horečka až na 39°C, objevuje se nevýrazný kašel a bublavé zvuky během nádechu i výdechu. Dítě nepolyká ani nekašle v důsledku bolesti v krku a sliny mu vytékají z úst. Dýchání je velmi pomalé a dítě se soustředí na jeho účinnost. Nemluví ani nepláče (27).

Dítě nesmí být za žádnou cenu položeno na znak. Na prvním místě je okamžité zavolání ZZS, neboť se jedná o urgentní stav. Rozvoj můžeme zpomalit studeným čerstvým vzduchem pro zklidnění otoku. Dítě necháváme v poloze, v které se mu dobře dýchá (27).

1.7.2 Astma – astmatický záchvat

Astma patří v dnešní době k nejčastějšímu chronickému onemocnění dýchacích cest a jeho výskyt (obzvláště u dětí) má stoupající tendenci. Příčinou jsou často opakující se infekce dýchacích cest nebo také alergie (17).

Astma je zánětlivé onemocnění, jehož důsledkem je ztížené proudění kyslíku do plic. Projevuje se astmatickými záchvaty, které se opakují vždy při kontaktu s vyvolávajícím alergenem. Též se mohou spouštět samovolně. Při astmatickém záchvatu dochází ke ztuhnutí bronchiálního svalstva, které se stáhne a zvýšeným prokrvením se začne zvyšovat produkce hlenu. Tím je zúžený průsvit bronchy, kterým proudí kyslík. Postižená osoba se nadechuje a následně má obtíže při vydechování. To můžeme sledovat dlouhými stahy dýchacího svalstva doprovázené sípavými zvuky (7).

Většina léčených astmatiků má u sebe léky, které při astmatickém záchvatu používá. Ty se aplikují inhalací při nádechu. Postiženou osobu též uklidněte a posaďte na židli. Vyzvěte ji, aby se zapřela rukama v mírném předklonu nebo v záklonu, a aby pomalu zhluboka dýchala. Při dlouhotrvajícím astmatickém záchvatu vyhledejte lékařskou pomoc. Stejně tak při astmatickém záchvatu nereagujícím na aplikaci léků (17).

1.8 Poranění hlavy a páteře

1.8.1 Poranění hlavy

Mezi časté příčiny, kdy dojde k poranění hlavy, patří úrazy způsobené při sportu. A to zejména při cyklistice, skateboardingu, jízdě na koních nebo při skocích po hlavě do neznámé nebo nebezpečné vody, kdy je časté současně s poraněním hlavy i poranění krční páteře. Obecně úrazy hlavy vznikají při pádech nebo úderech na hlavu (31).

Mezi úrazy hlavy řadíme rány různého typu a tvaru, zlomeniny lebky a poranění mozku. Velmi často se při poranění hlavy vyskytuje i poranění páteře. Je nezbytné u každého poranění hlavy brát zranění potenciálně vážné, a i když se jedná jen

o odřeniny nebo u dětí časté boule, je vhodné u větších nárazů vyhledání lékařského vyšetření (35). Poranění hlavy se u dětí vyskytuje poměrně často. Nejčastěji však jde o malé odřeniny, boule nebo menší tržné rány. Ovšem při větším nárazu může dojít k otřesu mozku nebo až k jeho pohmoždění (13).

Poranění hlavy je zpravidla doprovázeno velkým krvácením, neboť kůže na hlavě a mozek jsou hodně prokrvené a cévy nemají možnost takového zúžení jako jinde na těle. Při ošetřování otevřené rány na hlavě použijeme sterilní krytí, které přiložíme na ránu. Pokud není podezření na poranění páteře, můžeme pacienta mírně podložit pod rameny a pod hlavou nebo ho uložit do polosedu pro zmírnění krvácení (35).

1.8.2 Poranění mozku

Mozek je uložen v mnoha ochranných vrstvách, které se ovšem někdy stávají nebezpečnými. Při velkých nárazech se mozek od těchto tvrdých ochranných vrstev odraží a dochází k těžkým úrazům, které mohou až ohrožovat život poraněné osoby (35).

Jsou různé typy poranění mozku

Nejméně závažný je otřes mozku. Je to také jedno z nejčastějších poranění mozku. Mezi příznaky patří porucha vědomí (spavost), pocit na zvracení, zvracení, zmatenost a silná bolest hlavy. Občas se může stát, že si zraněný na okolnosti úrazu nepamatuje.

O něco závažnější je zhmoždění mozku (odborně kontuze). Dochází ke změnám na mozkové tkáni. Příznaky se proto odvíjejí podle rozsahu a místa poranění. Nejčastější příznak je déletrvajících ztráta vědomí. Zraněný si nepamatuje na událost, co se stalo, často bývá i zmatený a neorientovaný časem a prostorem.

Nejzávažnější stav je krvácení do mozku. Tento typ poranění mozku se dále dělí do několika skupin podle místa krvácení. Je potřeba okamžitě vyhledat lékařskou pomoc (19).

Při poskytování první pomoci je důležité stále být u postiženého a kontrolovat jeho životní funkce (dýchání, krevního oběhu a vědomí). Není-li poraněná páteř, osobu

ukládáme do stabilizované polohy, nejlépe do pozice těla v ose a se zvýšenou horní částí těla. U osoby s otřesem mozku můžeme hlavu chladit studeným obkladem na čelo. Nikdy nedáváme osobě s poraněnou hlavou napít (35).

1.8.3 Poranění páteře

Poranění páteře se může týkat různých částí zad a postižené můžou být různé tkáně, obratle nebo i mícha. Nejzávažnější poranění je přerušování míchy. Při něm dochází ke ztrátě citu a pohybu části těla pod porušenou částí míchy (34).

Nejčastějšími příčinami poranění páteře jsou dopravní nehody, pády z výšky, sportovní aktivity, skoky do mělkých vod a pády těžkých předmětů na záda. Mezi příznaky pak bude strnulá poloha vleže, lokalizovaná bolest v zádech. Při vyšetření je možné vidět zčervenání a mírný otok. Mezi jasné příznaky řadíme ztrátu hybnosti, citlivosti, popřípadě jen mravenčení v končetinách (5).

Nenachází-li se poraněná osoba na nebezpečném místě a nehrozí-li jí další nebezpečí, zbytečně s ní nemanipulujeme. Důležité je opatrně chytnout hlavu, kterou již po chycení nesmíme pustit. Uklidníme ho a důrazně vyzveme, že je důležité, aby se nehýbal. Vyzveme jinou osobu, aby přivolala ZZS (34). Je nutné mít na paměti, že poranění páteře ještě neznamená poranění míchy. Tudiž je velmi důležitá šetrná manipulace s poraněným, aby nedošlo k možnému poranění míchy (5).

1.9 Termická poranění

Vliv nízkých nebo naopak vysokých teplot na organismus má za následek vznik termického poranění. Termická poranění rozdělujeme podle působení na celková nebo místní. Termická poranění vzniklá místním působením jsou omrzliny (při vystavení nízkým teplotám) nebo popáleniny (působení vysokých teplot). Celkové působení horkého prostředí na organismus má za následek přehřátí (úpal, úžeh) naopak tomu delší pobyt v chladném prostředí má za následek podchlazení organismu (12).

1.9.1 Popáleniny

Účinek vysokých teplot na organismus má za následek vznik popáleninového úrazu (25). Toto poranění je dosti závažné a to převážně u dětí. Již při malém rozsahu popáleniny může u dětí dojít k rozvoji tzv. popáleninového šoku (24).

Popálenina může vznikat krátkým působením extrémně vysokých teplot nebo i delším působením nižších teplot. V tomto případě dochází ke koagulaci bílkovin a to už od teploty pouhých 52°C (12).

Popáleniny dělíme podle hloubky, závažnosti a rozsahu na 3 základní skupiny (5).

- I. stupeň* – je zasažena povrchová vrstva kůže. Projevuje se prokrvením, zarudnutím a bolestí. Doba hojení je v rámci několika dnů.
- II. stupeň* – jsou hlubšího typu a zasahují až do podkoží. Zde už se tvoří puchýře různé velikosti, čímž vzniká i riziko infekce. Je nejbolestivější a hojí se týdny až měsíce, často po zhojení vzniká jizva.
- III. stupeň* – popálenina prochází přes všechny vrstvy kůže a podkoží. Vzniká nekróza a jsou zničena nervová zakončení, což má za následek, že pacient bolest již nevnímá. Kůže může být zcela bílá nebo někdy zuhelnatělá. Hojí se měsíce až roky. Vždy zůstává jizva.

Poskytnutí adekvátní první pomoci mnohdy rozhoduje o dalším způsobu léčby, její délce a hlavně o rozsahu trvalých následků. V první řadě je důležité zabránit dalšímu působení tepla. Poraněného uvést do klidu a popálenou plochu chladit. Nejlépe pod studenou tekoucí vodou, případně studenými obklady. Chlazení by mělo trvat, dokud je to poraněnému příjemné. Tento bod je nadmíru důležitý, protože zmírňuje další rozvoj a snižuje následky. Nesmíme též zapomenout na sundání prstýnků, náramků a řetízků u postižené osoby, později by již tyto předměty nemusely jít sundat. Při popáleninách většího rozsahu nebo II. stupně bychom vždy měli vyhledat lékařskou pomoc (27).

1.9.2 Omrzliny

Omrzliny vznikají na okrajových nechráněných částech těla při vystavení nízkým teplotám v mrazivém prostředí nebo v silném větru. Poškození vzniká následkem samovolného stažení cév v periférii (obránná reakce organismu proti chladu – proti ztrátám dalšího tepla), což má za následek nedokrvení podkoží v exponovaném místě (31).

Důležité je zahřátí postiženého místa a to co nejrychleji. Je možné končetinu ponořit do teplé vody (ideální teplota je max. 37°C). Omrzlá místa ničím netřeme! Jestliže klesla i celková tělesná teplota, osobu zahříváme pozvolna, aby nedošlo k srdečnímu selhání (3).

1.9.3 Úžeh

Je celkové tepelné poškození organismu, které způsobuje přímé sluneční záření dopadající na nekrytou část těla, a to především na hlavu a šíji. Dochází k přehřívání mozku a mozkových obalů a tím pádem k jejím překrvením. To má za následek vzniku závratí, prudkých bolestí hlavy, pocitu na zvracení až zvracení a malátnosti. V závažných případech může dojít až ke křečím a bezvědomí (37).

1.9.4 Úpal

Vzniká pobytem osoby v teplém prostředí s vysokou vlhkostí vzduchu a minimálním prouděním. Tělo není schopno pomocí termoregulace odvádět tělesné teplo do okolního prostředí a dochází k přehřívání organismu. Tělesná teplota stoupá až ke 40°C, což má za následek těžké poruchy zdraví, kdy závažné je hlavně poškození nervového systému. Zvýšené riziko je převážně u dětí a starších osob. Příznaky jsou velmi podobné jako u úžehu s občasným výskytem i poruchy dýchání (14).

1.9.5 První pomoc u úžehu a úpalu

Je potřeba poskytnout ihned při projevu prvních příznaků. Důležité je uložit postiženou osobu do chladnějšího dobře odvětrávaného prostředí a uvolnit jí upnutý oděv. Dobré je přiložení studených obkladů na tělo (hlavně na čelo, končetiny), možné je i použití vlažné sprchy. Ne ledové! Nejsou-li poruchy vědomí, podáváme tekutiny,

ideální jsou chlazené minerálky. Měli bychom zabránit dalšímu vystavování osoby slunečnímu záření teplého prostředí. Postižené osobě zajistíme klid a stále ji kontrolujeme a nenecháváme delší dobu o samotě. Budou-li se vyskytovat křeče a poruchy vědomí, je na místě zavolat ZZS (31).

1.10 Zlomeniny

Fraktura neboli zlomenina, je porušení celistvosti kosti. Celistvost může být narušená prasklinou (částečně) nebo lomem, kdy dochází k úplnému rozdělení kosti. Zlomeniny se též dělí na otevřené a uzavřené. Otevřená zlomenina se projevuje porušením kožní integrity v místě lomu (Pozor, kost nemusí vyčnívat ven!). Uzavřená zlomenina zůstává krytá svalstvem a kožní celistvostí.

Společným projevem zlomenin je bolestivost, otok, porušení funkce a zduření. Riziko u zlomeniny není samotná zlomenina, nýbrž poranění kostními úlomky okolní tkáně, cévy nebo životně důležité orgány (35).

1.10.1 Uzavřené zlomeniny

Nedochází k proniknutí zlomené kosti přes kůži, zůstává krytá pod svalstvy a kůží. V některých případech však může úlomek kosti poranit okolní tkáně nebo nervy. Následně může vzniknout vnitřní krvácení, které je zapotřebí okamžitě řešit přivoláním ZZS (34).

U první pomoci je důležité zajistit znehybnění zlomené končetiny a uklidnit pacienta, aby se co nejméně hýbal. Končetinu znehybňujeme pomocí dlahy, v případě že dlahu nemáme, použijte zdravou část těla (např. druhou končetinu, trup). Znehybnění je zapotřebí provést vždy přes dva sousední klouby zlomeniny, tj. přes klouby na obou koncích zlomené kosti (22).

1.10.2 Otevřené zlomeniny

Při otevřené zlomenině vzniká vždy otevřená rána, ve které můžeme spatřit úlomek kosti, což však není pravidlem, neboť rána bývá zakrvácená. V otevřené zlomenině hrozí riziko vzniku infekce, která zkomplikuje následný proces hojení (35).

Základem první pomoci při otevřené zlomenině je sterilní krytí a zástava krvácení. S poraněnou osobou minimálně pohybujeme. Vyčnívající kosti se nesnažíme nijak zatlačit zpátky do rány, ale sterilně kryjeme a zavážeme. Utahujeme co nejméně, abychom zbytečně na kost netlačili a ta nezpůsobila další poranění. Končetinu znehybňujeme stejně jako při uzavřené zlomenině. Mějme na paměti, že zraněnému nepodáváme pití ani jídlo, neboť předpokládáme operaci (19).

1.11 Křeče

Jsou to mimovolné stahy svalů, které člověk nemůže kontrolovat vůlí. Důležité je si uvědomit, že každé křeče neznamenají epileptický záchvat. Křeče mohou být doprovázené ztrátou vědomí. Křeče u dětí jsou velmi závažným stavem, neboť může docházet k trvalým poruchám mozkové aktivity. Nejčastější skupinou u dětí jsou křeče způsobené horečkou (febrilní křeče). Ale může se jednat i o poruchu centrální nervové soustavy nebo o epileptický záchvat. Ten však v podobě křečí nebývá u dětí až tak častý (8).

1.11.1 Febrilní křeče

Tento typ křečí se vyskytuje pouze u dětí ve věku od 6-ti měsíců do 6-ti let. Jsou způsobené horečkou, kdy děti ještě nejsou schopny vyrovnávat vnitřní teplotu organismu. Každé dítě je k nim jinak náchylné a vyskytují se při jiné teplotě. Jako nejčastější teplota se uvádí nad 38,5°C a vždy se vyskytují poruchy vědomí (9). Dítě se prohýbá do oblouku, je překrvené v obličeji a zpocené. Často se též objevují svalové záškuby na končetinách.

Důležité je zachovat klid a zavolat záchrannou službu. Dítě uložíme do postýlky a nikdy násilně nebráníme v křečích. Snažíme se odstranit příčinu, tzn. snížit tělesnou

teplotu. Nejlépe ještě před nástupem křečí snižovat teplotu pomocí léků. Můžeme použít i fyzikální metody, studené obklady. Po odeznění křečí uložíme dítě do stabilizované polohy (32).

1.11.2 Epilepsie

Epilepsie je chronické onemocnění mozku, kterým trpí přibližně 1% populace. Epilepsií je mnoho druhů a dělí se podle velikosti záchvatu. Epileptické záchvaty v dnešní době dělíme na parciální záchvaty (ty postihují pouze část - určité ložisko - mozku), generalizované malé záchvaty (dříve nazývané Petit mal) a generalizované velké záchvaty. Ty jsou z dřívějška známé jako Grand mal záchvat s tonicko-klonickými křečemi probíhajícími po celém těle (26). V dětském věku se nejčastěji vyskytuje generalizovaný malý záchvat, který je vrozený a během puberty většinou odeznívá (5).

Projevuje se částečnou nebo úplnou ztrátou kontaktu se svým okolím. Postižený mívá nepřítomný pohled, zahledění se do dálky bez reakce, náhlé zastavení při řeči, psaní či chůzi. To bývá doprovázeno mechanickou činností, například přešlapováním na místě, zaseknutí se v pohybu rukou, mrkání nebo přežvykování (18).

Poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu není těžké, je potřeba dbát jen pár základních bodů. Odstranit z okolí postižené osoby nebezpečné předměty, aby se o ně během křečí neporanila. Křečím za žádnou cenu násilím nebráníme a necháme postiženého se „vycukat“. Odstraníme předměty, které by mohlo dítě vdechnout (puzzle, kostičky atd.), pozor na pokousání. Do úst nic nevkládáme a zavoláme záchrannou službu. Hlavu je dobré podložit něčím měkkým (např. mikinou, bundou) a to především leží-li postižený na tvrdém podkladu. Po skončení záchvatu, pokud je postižený v bezvědomí, uložíme ho do stabilizované polohy (viz příloha 5). Můžeme též zajistit čerstvý vzduch otevřením okna a povolit oděv na hrudi a krku. K dítěti přistupujeme po odeznění záchvatu velmi citlivě, může se stydět z neznámého (32).

1.12 Poranění zvířetem

1.12.1 Bodnutí hmyzem

Poranění, které se venku v přírodě vyskytuje poměrně v hojném množství. Není to urgentní stav, i když se může po bodnutí vosou, včelou nebo sršněm objevit alergická reakce. Pak je nutné vyhledat lékařskou pomoc. Lékařské ošetření nebo volat ZZS bychom též měli v případě bodnutí do krku, úst nebo jazyka, a to podle stavu v jakém se dítě nachází a jak se vyvíjí. V tomto případě otok může způsobit zúžení dýchacích cest a následně dochází k dušnosti (6).

Bodnutí hmyzem se projeví zarudnutím, otokem a svěděním v místě bodnutí. Dítě sledujeme, zda se neobjevují příznaky alergické reakce. Uložíme ho do klidného prostředí a zasažené místo můžeme chladit studeným obkladem. Zůstane-li v místě vpichu žihadlo, pokusíme se ho vytáhnout. K vytažení nepoužíváme pinzetu, aby nedošlo k vymáčknutí jedového váčku, ale žihadlo vyškrábneme opatrně nehtem. V případě zhoršování se stavu vyhledáme lékařskou pomoc (18). Alergikům podáme neprodleně léky (antihistaminikum, např. Zyrtec, Dithiaden). Místo můžeme též namazat Fenistil gelem a chladit (6).

1.12.2 Uštknutí hadem

V naší zeměpisné poloze se přirozeně vyskytuje jako jedovatý had pouze zmije obecná. Žije na skalách, kamenitých planinách a lesních mýtinách, především na prosluněných místech, ale může se vyskytovat i ve vodě. Když se bude cítit ohrožená, útočí kousnutím. Po uštknutí jsou vždy patrné dva drobné vpichy několik milimetrů od sebe. Mírně krvácejí a po několika minutách můžou zarudnout až promodrat (27). Uštknutí zmijí by pro dospělého zdravého člověka nemělo být smrtelné. Nebezpečné je u alergiků a malých dětí. Lékařskou pomoc bychom měli ale vyhledat v každém případě (6).

Po 30-ti až 60-ti minutách se může vyskytnout bolest břicha, zvracení, závratě popřípadě průjem. V takovém případě je důležité doplňovat tekutiny. V první pomoci bychom končetinu měli znehybnit a pokud možno uložit pod úroveň srdce. A to z toho

důvodu, abychom zpomalili šíření jedu do srdce. Ránu je možné taky vydezinfikovat a překrýt krytím (27). Ránu za žádných okolností nevysáváme, nevypalujeme ohněm ani končetinu nezaškrcujeme. Postiženého necháme v klidu, bez zbytečné námahy. Vhodné je také poraněnou končetinu znehybni (13).

1.13 Intoxikace (otrava)

Může k ní dojít při požití toxické látky (jedy) ústy, jejím vdechováním nebo rozsáhlým vstřebáním kůží. Nebezpečné může být i požití většího množství léků. Projevy jsou různé, závisí na druhu toxické látky, jejím množství a na celkovém stavu organismu (36).

Mezi nejzákladnější projevy otrav patří nevolnost, zvracení a průjemy. U pacienta se mohou projevovat poruchy stoje, chůze nebo řeči. Může trpět závratí, bolestí hlavy a dušností. Též se může opotit. U otrávené (intoxikované) osoby můžou vznikat poruchy vědomí, proto je důležité ji stále sledovat (20).

Při první pomoci obecně platí, pokud je vstupem jedu do organismu trávicí trakt a otrávená osoba je při vědomí, pokusíme se vyvolat zvracení. Při vstupu toxické látky dýchací soustavou zajistíme přívod čerstvého vzduchu. Je dobré se pokusit o zajištění zbytku toxické látky pro její přesnou identifikaci (pozor! Vždy použít ochranné rukavice). U postiženého kontrolujeme stav vědomí, dýchání a krevní oběh. Při požití jedu ústy můžeme podat černé uhlí, které jsme rozdrtili ve vodě a necháme pořádně zapít (5). Nikdy nepodávat mléko k neutralizaci! Vždy pracovat v ochranných rukavicích! A samozřejmě bychom neměli zapomenout na vyhledání odborného lékařského vyšetření (20).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle

1. Zjistit četnost a charakteristiku poskytované první pomoci pedagogy v mateřských školách.
2. Zmapovat teoretické znalosti předlékařské první pomoci poskytované pedagogickými pracovníky v mateřských školách.

2.2 Hypotéza Pedagogičtí pracovníci v mateřských školách nemají dostatečné znalosti v poskytování předlékařské první pomoci při výkonu svého povolání.

3 METODIKA

3.1 Použité metody

K vypracování teoretické části bakalářské práce jsem použil různé metody získání informací. Nejčastěji jsem používal monografické zdroje, v kterých jsem vyhledával jednotlivé informace potřebné pro zpracování dané části. Ty jsem následně analyzoval (popř. ověřil v jiných zdrojích) a poté použil ve své práci. Jelikož publikací k mé práci je dostatek, snažil jsem se internetový zdroj omezit na minimum.

Ke sběru dat k výzkumné části jsem zvolil kvantitativní metodu, formou dotazníků. Data jsem sbíral za účelem splnění cíle a ověření nebo vyvrácení na začátku výzkumu stanovené hypotézy. Dotazník byl rozdán v Brně v nejbližším okolí mého bydliště. Dotazník byl zcela anonymní, a i proto jsem žádal o jeho co nejpravdivější vyplnění, podle aktuálních znalostí. Na několika školách se mi podařilo domluvit okamžité vyplnění na místě. To mi umožnilo přímou kontrolu samostatného vyplňování.

Dotazník měl formu klasického testu. Skládal se ze 14 otázek, kde správná odpověď byla vždy jen jedna. Dvě otázky byly polootevřené formy, dvanáct zbývajících bylo uzavřených. První čtyři otázky byly pouze stratifikační, ostatní otázky se týkali již samotných znalostí z poskytování první pomoci.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

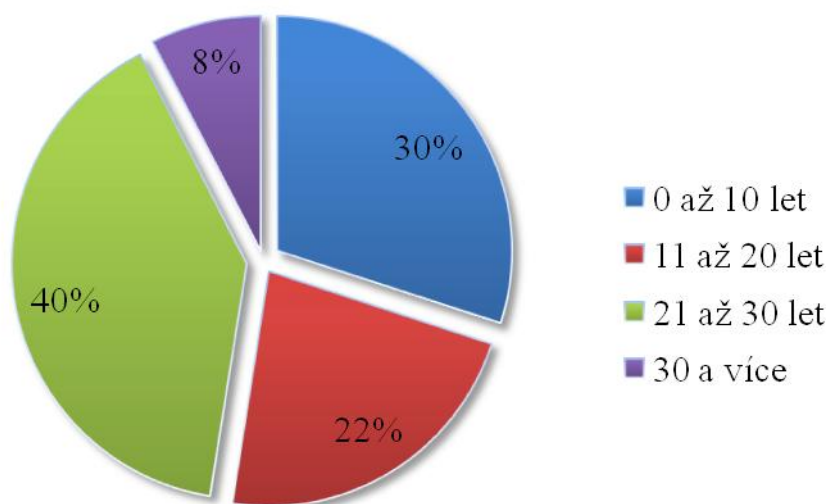
Cílovou skupinu tvořili pedagogičtí pracovníci pracující v mateřských školách v Brně. Při osobní návštěvě, po předešlé telefonické domluvě, jsem žádal o vyplnění dotazníku přímo na místě. Ve všech mateřských školách, které jsem navštívil, mi bylo vyhověno.

Jelikož jsem si stanovil počet 40-ti respondentů, tento počet jsem se snažil dodržet a to se mi také povedlo. Data, které jsem získal při předem domluvené osobní schůzce s pedagogickou pracovníci na jejím pracovišti, jsem vyhodnotil a použil na zpracování výzkumné části bakalářské práce.

4 VÝSLEDKY

Výsledky výzkumu jsou zpracovány metodou grafického znázornění za pomoci procentuálního vyjádření ve výsečovém grafu.

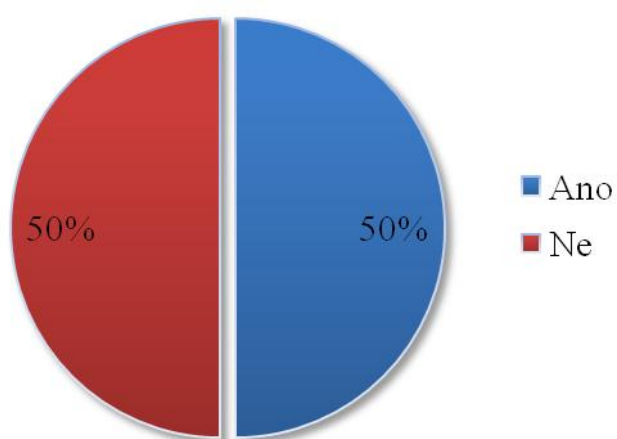
Graf 1 – Jakou máte délku praxe?



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce číslo jedna jsem zjišťoval délku jejich praxe. Ze 40 respondentů má praxi 21-30 let 16 respondentů. Druhé nejhojnější zastoupení v délce praxe bylo 0-10 let, tvoří ji skupina 12-ti dotázaných respondentů. Pak byla praxe 11-20 let, tuto délku praxe má 9 pedagogů. Nejméně dotázaných, konkrétně 3 pedagogové, mají praxi 30 a více let.

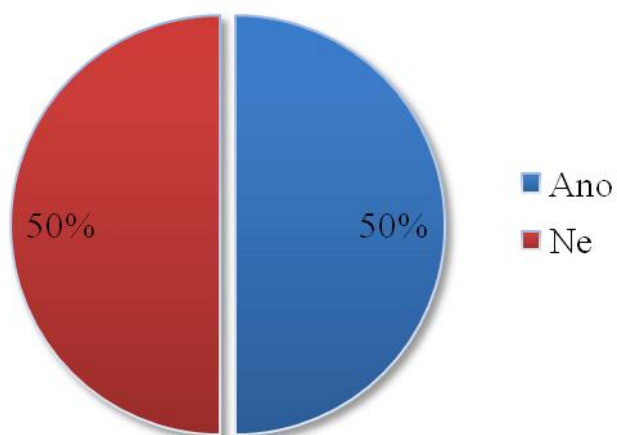
Graf 2 – Už jste někdy poskytovala první pomoc?



Zdroj: vlastní výzkum

V druhé otázce jsem se snažil zjistit, jestli už někdy poskytovali první pomoc a popřípadě v jaké situaci. Na to mi odpověděla polovina (19) pedagogů, že první pomoc již poskytovali. V odpovědích se nejvíce vyskytovaly různé odřeniny, škrábance a sraženiny. Druhá polovina pedagogů odpovídala, že zkušenosti s poskytováním první pomoci ještě žádné nemají.

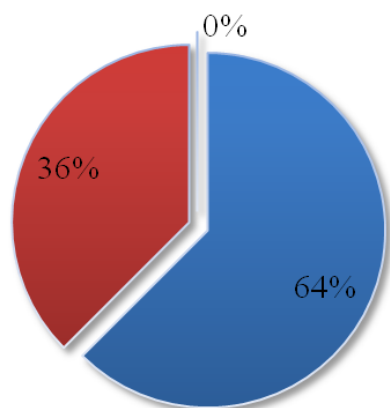
Graf 3 – Absolvovala jste školení nebo kurz první pomoci? V jakém čas. horizontu, byl praktický?



Zdroj: vlastní výzkum

Touto otázkou jsem si chtěl respondenty rozdělit na dvě skupiny. Ty, kteří absolvovali kurz první pomoci a ty kteří jej nemají. 20 pedagogů mi odpovědělo, že kurz první pomoci absolvovali. Zbývajících, též 20, jich odpovídalo, že žádným kurzem první pomoci neprošli.

Graf 4 - Máte ve třídě děti s nějakou nemocí? Věděla byste jak mu poskytnout první pomoc při projevu této nemoci?

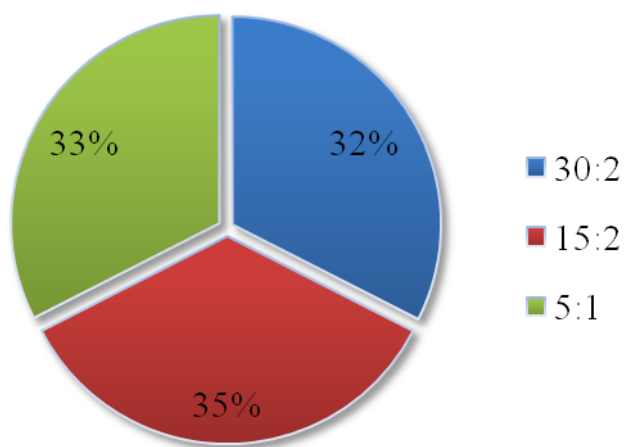


- Ne, nemám takové dítě ve třídě
- Ano mám, věděla bych jak mu pomoci
- Ano mám, ale nevěděla bych jak mu pomoci

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jestli mají ve třídě dítě s nějakým onemocněním, odpovědělo 13 respondentů, že má, a věděli by, jak postupovat při jeho propuknutí. Odpověď c) mám, ale nevěděla bych, jak postupovat neoznačil nikdo z dotazovaných. Možnost a) nemám takové dítě ve třídě, vybralo 27 dotázaných respondentů.

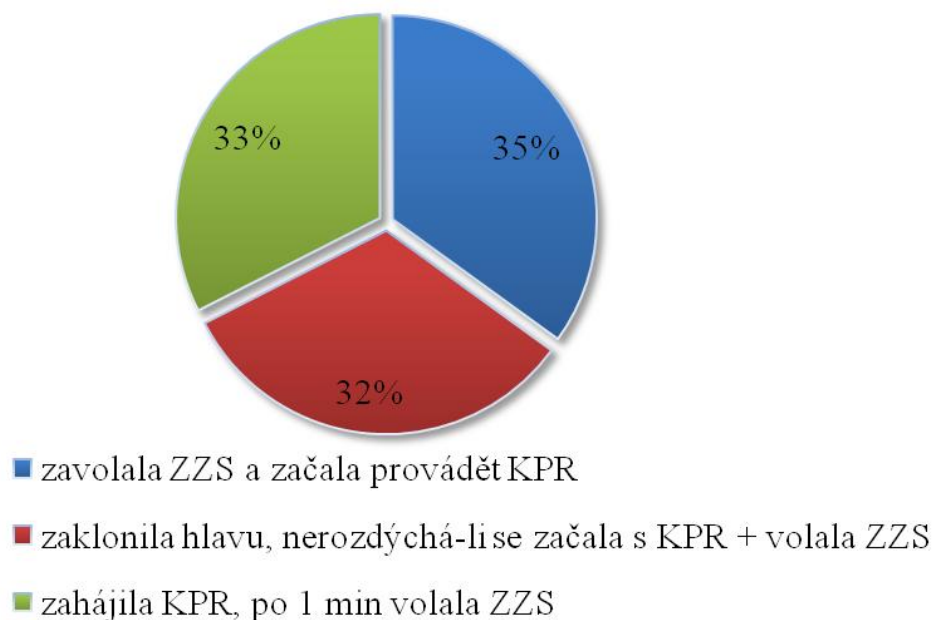
Graf 5 - Poměr nepřímé srdeční masáže : umělého dýchání u resuscitace prováděné laikem u dítěte je?



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku číslo 5, jaký je poměr srdeční masáže a umělého dýchání odpovědělo 12 pedagogů za a) 30:2. To je správná odpověď, kterou zvolilo 32 % pedagogů. Odpověď b) 15:2 vybralo 15 pedagogů, tedy 35 %. Možnost c) poměr srdeční masáže k umělému dýchání je 5:1 si myslí, že je správnou odpovědí 13 pedagogů (33 %).

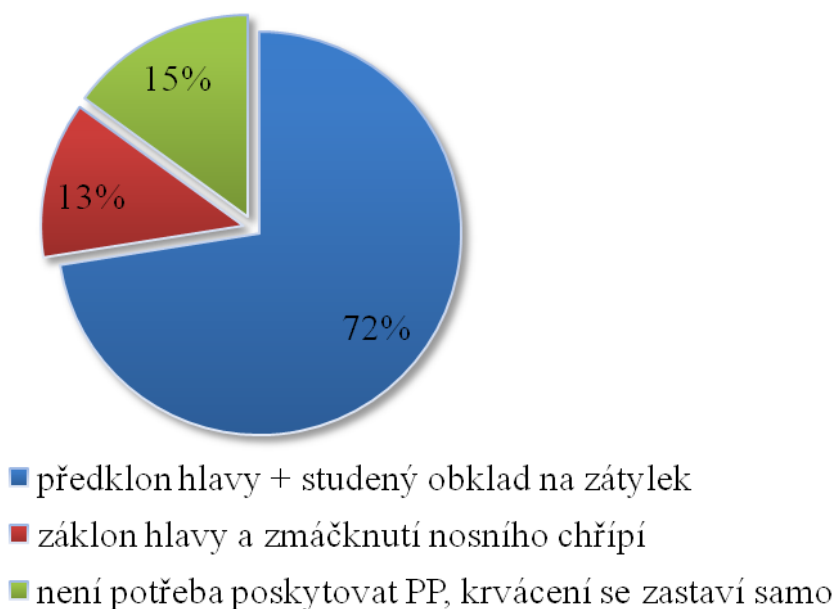
Graf 6 - Při zástavě krevního oběhu a dýchání u dítěte byste postupovala v pořadí?



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku jak by postupovali při zástavě krevního oběhu a dýchání u dítěte, vybralo správnou odpověď za c) 33 %. To dělá jednu třetinu všech dotázaných pedagogů, tedy odpověď zvolilo 13 respondentů. Odpověď b) by se dala též považovat za správnou, i když je to správný postup u dospělých osob. Tuto odpověď pak zvolilo 12 dotázaných, neboli 32 %. Odpověď za a) zvolilo 15 pedagogů. To je nejvíc a dělá to 35 %.

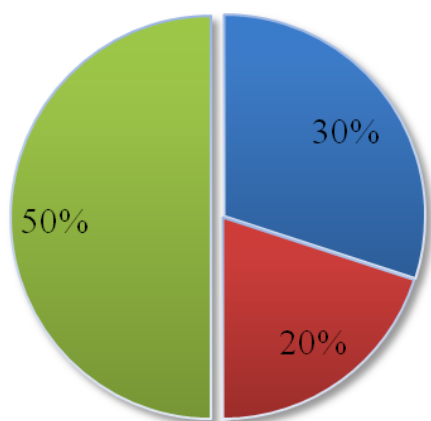
Graf 7 - Při krvácení z nosu u dítěte udělám?



Zdroj: vlastní výzkum

Na sedmou otázku, co by udělali při krvácení z nosu, odpovědělo 29 dotázaných správně a vybrali možnost a) vyzvali by dítě k předklonu hlavy a přiložily by studený obklad na zátylek, popřípadě i na čelo. Toto by provedlo 72 % dotázaných respondentů. Ostatní respondenti vybraly odpovědi b) záklon hlavy a zmáčknutí nosního chřípí nebo za c) není potřeba poskytovat první pomoc, neboť krvácení se zastaví samo, což jsou nesprávné odpovědi. Tyto možnosti b) a c) vybralo dohromady 11 dotázaných respondentů, což dělá dohromady 28 %.

Graf 8 - Poskytnutí první pomoci při popálenině spočívá

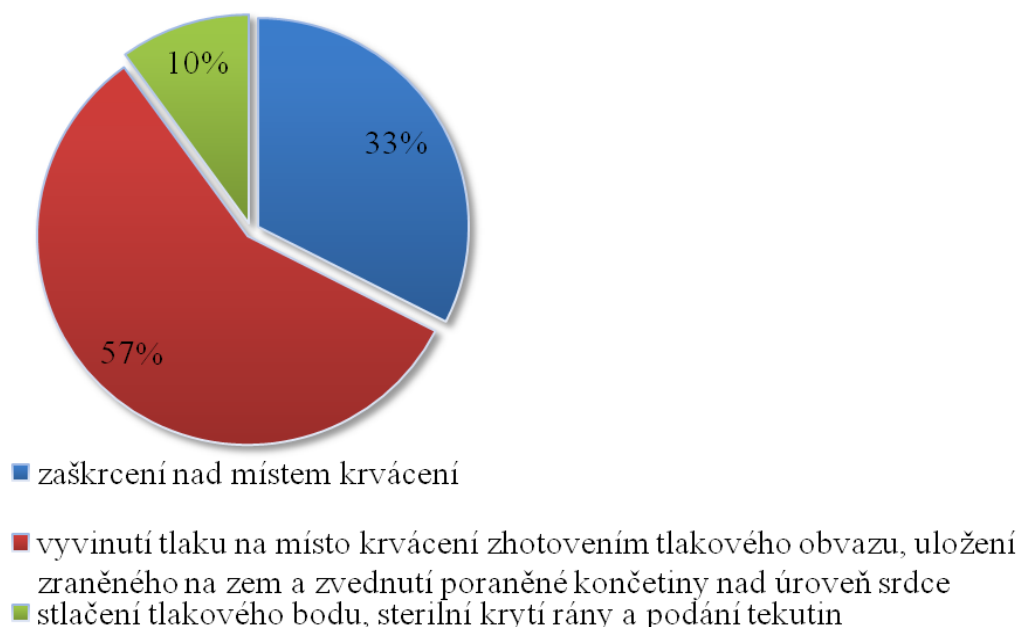


- s poraněným nemanipuluji, nebudu nic provádět a zavolám ZZS
- odstráním všechny přiškvarky, chladím okolí popáleniny a zavolám ZZS
- sundám všechny prstýnky, náramky; chladím místo popáleniny, překryji a zajistím lékařské vyšetření

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, v čem spočívá první pomoc při popálenině, odpovídalo 20 pedagogů správně, což je polovina (50 %). Tito pedagogové vybraly možnost za c). Do odstraňování přiškvarků a přilepeného oblečení, následného chlazení pouze okolí popálené plochy, by se pouštělo 20 % tedy 8 pedagogů. Zbytek 12 dotázaných pedagogů vybralo odpověď a) kde by radši s postiženým neprováděli nic, aby něco ještě nepokazili a zavolali ZZS. Tuto péči by poskytlo 30 % respondentů, tudíž skoro třetina zkoumaného souboru.

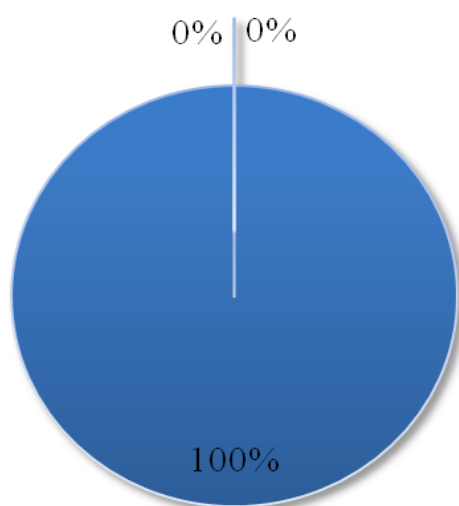
Graf 9 - Při tepenném krvácení první pomoc spočívá v ...?



Zdroj: vlastní výzkum

Na devátou otázku, jak spočívá první pomoc při tepenném krvácení, si nejméně respondentů vybralo možnost c) a to konkrétně 4 respondenti. Nejvíce si jich vybralo správnou odpověď za b) vyvinutí tlaku na místo krvácení a zhotovení tlakového obvazu. Tuto možnost zakroužkovalo 23 dotázaných pedagogů. Už je však jen otázkou, zda by byli schopni ten tlakový obvaz správně udělat. Možnost a) zvolilo 13 respondentů.

Graf – 10 Stabilizovanou polohu použiju, když ...?

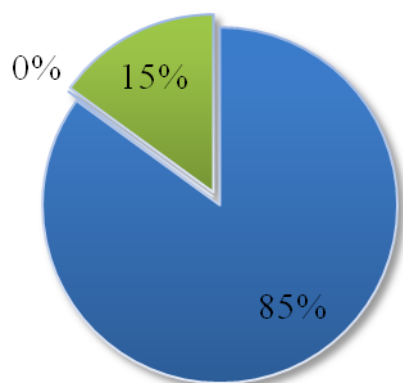


- je-li osoba v bezvědomí se zachovalým dýcháním a krevním oběhem
- osoba masivně krvácí, ať už vnitřně nebo zevně
- při poranění páteře

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku v jaké situaci použijí stabilizovanou polohu (po novu nazývaná euro poloha nebo také zotavovací poloha) odpovědělo všech 40 pedagogů tedy celých 100 % stejně. Všichni respondenti odpověděli za a) je-li osoba v bezvědomí a má zachovalé dýchání a krevní oběh. Je to správná odpověď. Nikdo z dotázaných se nenechal zmást špatnými odpověďmi.

Graf 11 - Otřes mozku se projevuje?

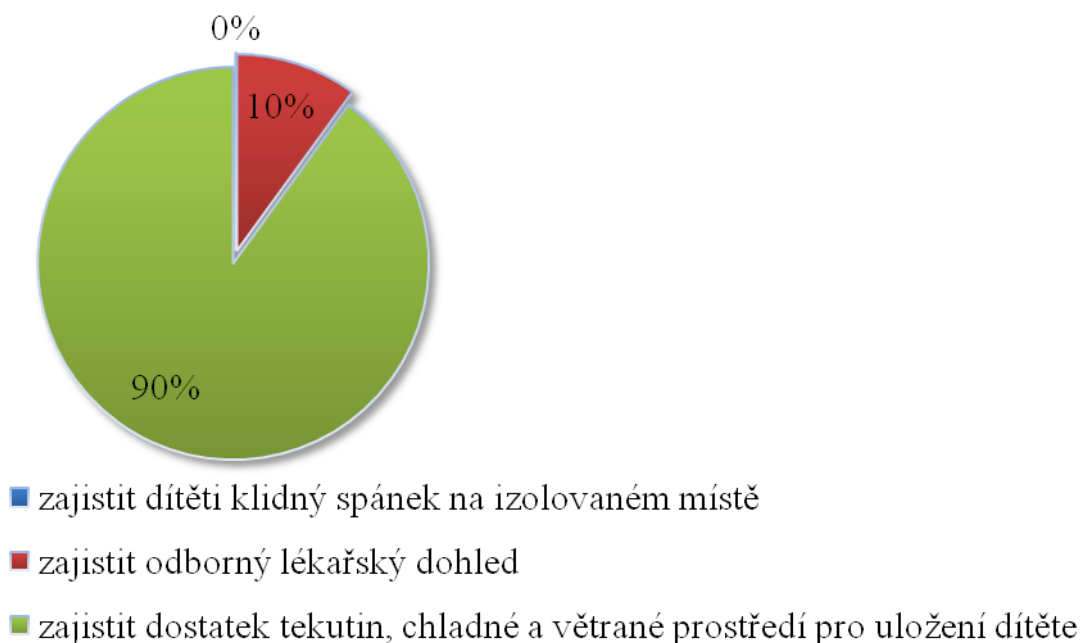


- malátností, zvracením, zmateností, případně bezvědomí se ztrátou paměti, bolest hlavy
- dlouhodobé bezvědomí, ztráta paměti, zvracení
- bezvědomí bez ztráty paměti, zmatenost, bolest hlavy

Zdroj: vlastní výzkum

Když jsem se v otázce č. 11 ptal na příznaky otřesu mozku, opět skoro všichni pedagogové znali příznaky otřesu mozku, a vybrali správnou odpověď a). Tuto odpověď vybralo 34 pedagogů, tedy 85 %. Odpověď za b) a za c) vybralo dohromady 15 %, což je naprosté minimum dotázaných respondentů. Tuto skupinu tvoří 6 pedagogů, z čehož žádný z nich nevybral možnost b) dlouhodobé bezvědomí se ztrátou paměti a zvracením.

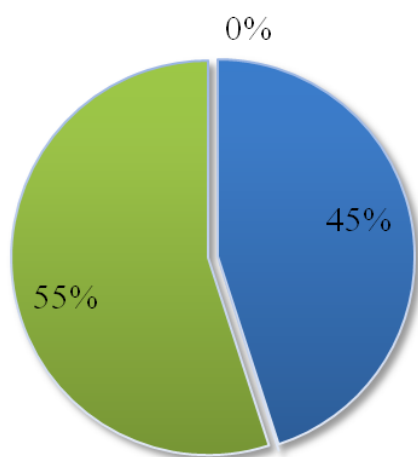
Graf 12 - Při úpalu nebo úžehu dítěte je důležité?



Zdroj: vlastní výzkum

Při otázce, co je důležité u dítěte, které má úpal nebo úžeh jsem se snažil zjistit, zda pedagogové vědí, co je potřeba dítěti zajistit. Klidný spánek na izolovaném místě by dítěti naštěstí nezajistil nikdo z pedagogů. Odborný dohled lékaře vybrali pouze 4 pedagogové. A zbylých 36 pedagogů by dítěti zajistilo dostatek tekutin a chladné, větrané prostředí, kde by dítě uložili. Tuto odpověď zvolilo 90 % pedagogů.

Graf 13 - Zlomeninu je důležité?

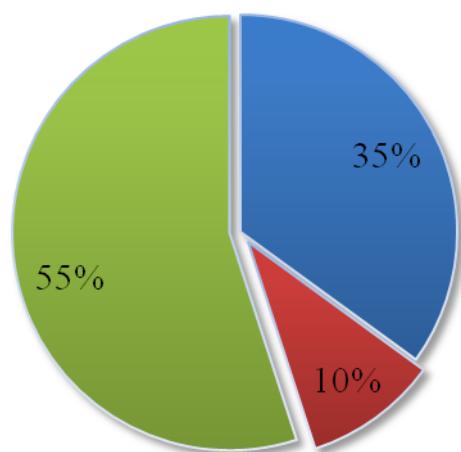


- znehybnit, stačí přes jeden kloub a vyhledat lékařskou pomoc
- narovnat zlomenou končetinu a zavolat ZZS
- znehybnit, nejlépe přes dva sousední klouby a vyhledat lékařskou pomoc

Zdroj: vlastní výzkum

Ve třinácté otázce jsem se ptal, jak by ošetřili zlomeninu. I přesto, že měli na výběr ze tří možností, vybírali pouze ze dvou, za a) a za c). Odpověď a) stačí fixovat přes jeden kloub a vyhledat lékařskou pomoc, zvolilo 18 dotázaných pedagogů. To tvoří 45 % z celkově 40 dotázaných pedagogů. Možnost c) fixovat přes dva klouby a vyhledat lékařskou pomoc vybralo o 4 pedagogy více. Tedy 22 pedagogů, v procentech to pak je 55 % ze zkoumaného souboru pedagogů.

Graf 14 - Dítě vdechne cizí těleso, dochází k dušení. Jak budete postupovat, když ho nemůžete vytáhnout rukou?

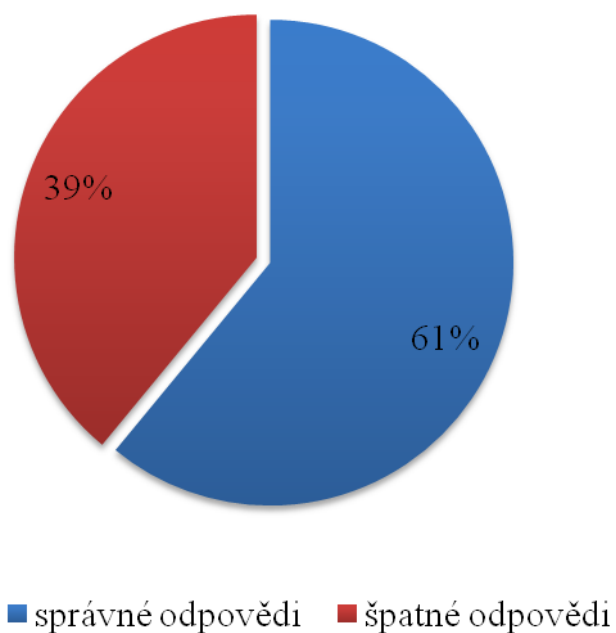


- vyzvu dítě, aby se snažilo kašlat, zároveň aby se předklonilo a 3x ho udeřím na plochu dlaní mezi lopatky
 - začnu s umělými vdechy
 - obejmete dítě zezadu, sevřete ruce, umístíte je na dolní část hrudní kosti a několikrát stlačíte (heimlichův hmat)
-

Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce jsem zjišťoval, zda by věděli jak postupovat u dítěte, které vdechlo nějakou součástku nebo hračku (cizí těleso). Jako správnou odpověď považuje 22 respondentů odpověď za c) použití heimlichova manévru. O něco méně respondentů jako správnou odpověď vybralo možnost a) úder mezi lopatky. Tuto možnost zvolilo 14 respondentů. Poslední možnost b), která byla na výběr, zvolili pouze 4 respondenti.

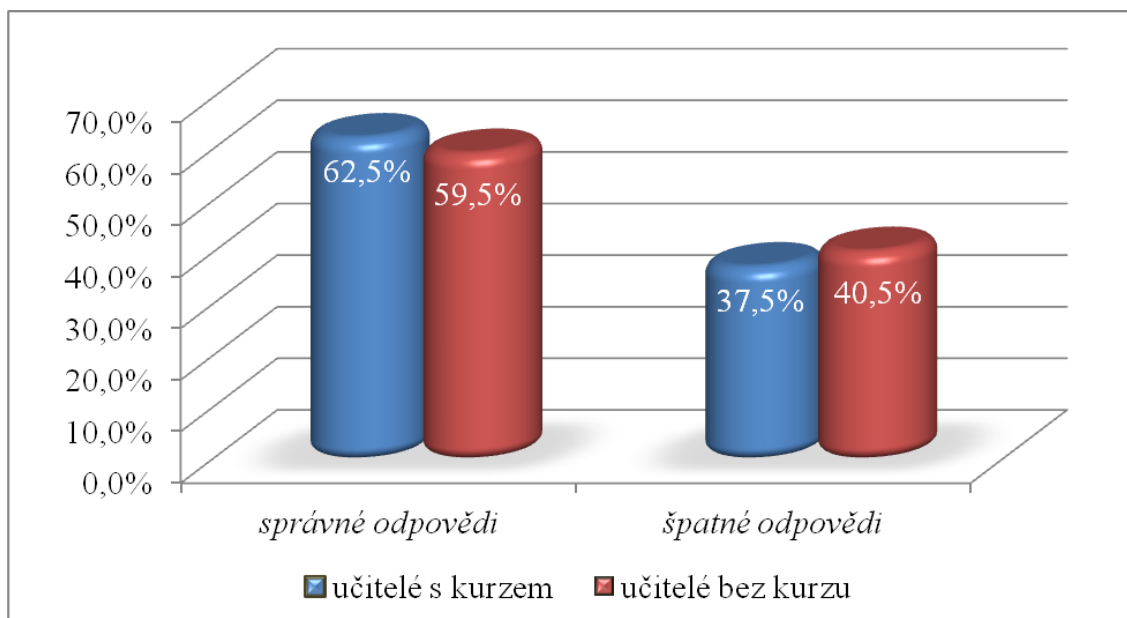
Graf 15 – Poměr všech správně a špatně zodpovězených otázek



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje počet správně zodpovězených otázek. 10 znalostních otázek v dotazníku a 40 tázaných respondentů vytvořilo celkové množství odpovědí, které činí 400. Z těchto 400 odpovědí bylo správně označeno 244. To je 61 % správně zodpovězených otázek z celkového počtu odpovědí. Špatně zvolených odpovědí bylo 156. Tedy 39 % otázek bylo špatně zodpovězeno.

Graf 16 – Porovnání výsledků v souvislosti s absolvováním kurzu první pomoci mezi pedagogickými pracovníci v mateřské škole.



Zdroj: vlastní výzkum

V tomto grafu porovnávám výsledky, které jsem získal na základě třetí otázky. V té jsem zjišťoval, zda absolvovali nějaký kurz první pomoci. Podle této otázky jsem si pedagogy rozdělil na dvě skupiny (viz graf). Tyto skupiny tvořil stejný počet pedagogů a to konkrétně 20 pedagogů. Sečetl jejich správné a špatné odpovědi a ty jsem zaznamenal do sloupcového grafu. Pedagogové, kteří absolvovali kurz první pomoci, odpověděli správně na 62,5 % otázek. Pedagogové, kteří neabsolvovali kurz první pomoci, mají o pár procent menší úspěšnost. Konkrétně 59,5 % správně zodpovězených otázek.

5 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá tématem poskytování předlékařské první pomoci při náhle vzniklých stavech u dětí. Úrazů, které si děti během svých hrátek na hřištích, ale i uvnitř mohou způsobit, je celá řada. Smyslem práce nebylo obsáhnout všechny možné úrazy a stavy, které by mohly nastat. Myslím si, že odřeně koleno nebo loket umí ošetřit každý. Proto jsem se zaměřil především na ty vážnější úrazy a stavy, které jsou sice méně časté, ale které ohrožují zdraví či život dítěte. Z těchto stavů a úrazů pak vychází i můj výzkum.

Výzkumem jsem chtěl zjistit úroveň znalostí z poskytování předlékařské první pomoci u pedagogů pracujících v mateřských školách. Zajímalo mě především, zda znají nové postupy. Výzkum jsem prováděl formou dotazníků v nejbližším okolí mého bydliště. Respondenty byly pedagogické pracovnice v mateřských školách, které dotazník vyplňovaly během mé osobní návštěvy školky.

První otázkou jsem si rozdělil respondenty podle délky praxe (Graf 1). Zjistil jsem, že nejvíce respondentů má praxi 21-30 let. Tuto skupinu tvoří 40 % pedagogů. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří pedagogové s praxí do 10 let, v ní je 12 (tedy 30 %) dotázaných pedagogů. Pedagogů s praxí 11-20 let je 22,5 % a nejmenší skupinu tvoří respondenti s praxí delší než 30 let, 7,5 %. Toto zjištění mě zaujalo, a tak jsem zkoumal, zda pedagogové s delší praxí neznají zastaralé postupy první pomoci a jestli mají přibližně stejné znalosti. Ovšem žádnou závislost mezi znalostí první pomoci a délkou praxe jsem nenašel.

V druhé otázce jsem zjišťoval, zda už pedagogové během své praxe poskytovali nějakému dítěti první pomoc a popřípadě kolikrát, a o co se jednalo. Tato otázka je přesně 50 % na 50 %. Polovina tázaných pedagogů již během své praxe poskytovala první pomoc. Ve většině případů šlo však jen o drobná poranění, odřená kolena a lokty. Párkrát se vyskytla i zlomená ruka. Mezi asi nejzávažnější stav, se kterým se setkali, byla propíchnutá ruka klackem. Tento úraz se stal na škole v přírodě při jedné z her

v lese. Dítě prý zakoplo a nešťastně spadlo na zem. Při pádu si propíchno ruku suchou větví. Dítě usadili ke stromu, kde mu to ošetřili. Větvičku zafixovali obvazy, aby se v ráně co nejméně viklala a znemožnili tak jeho náhodné vytažení. Poté zavolali ZZS a dítě přepravili k pensionu, kde čekali na příjezd ZZS. Myslím si, že první pomoc byla poskytnuta velice profesionálně a z laického pohledu i odborně. Tento postup také uvádí SRNSKÝ (2004) ve své literatuře. Jediné co bych k tomu dodal je, že než obvazy bylo lepší použít sterilní čtverce nebo gázu a kontrolovat krvácení.

Další úraz, který se objevil ve vyplněných dotaznících, je otřes mozku. U poskytnuté první pomoci tam bylo uvedeno, že dítěti podali čaj. Toto je zásadní chyba, jelikož dítě mohlo kdykoliv upadnout opět do bezvědomí, což by po požití čaje mohlo mít osudové následky. Správné ošetření by mělo být uložení dítěte do polosedu (popřípadě ho podložit pod rameny a hlavou pro zmírnění krvácení) se stálou kontrolou vědomí a vyhledání lékařské pomoci. Tento postup uvádí i literatura STELZER (2007).

Ve třetí otázce jsem zjišťoval, zda absolvovali nějaký kurz/školení první pomoci. Zároveň jsem je žádal, aby mi napsali, jakého byl rozsahu, a jestli byl i praktický nebo jen teoretický. Tady se opět respondenti rozdělili na dvě stejně velké skupiny (viz graf 3). 50 % (20 pedagogů) jich školení absolvovalo a 50 % ne. Toto mě přišlo jako zajímavé zjištění, neboť Zákoník práce č. 262/2006 Sb § 103 udává povinnost zaměstnavateli zajistit odborné školení pro své zaměstnance (viz teorie: Poskytnutí první pomoci). Porovnával jsem výsledky skupiny, která absolvovala školení a skupiny, která jej neabsolvovala. Vybral jsem otázky správně zodpovězené z celkového počtu všech odpovědí. To jsem provedl u obou skupin. Výhodou bylo, že obě skupiny tvořil stejný počet pedagogů a proto jsem nemusel zahrnovat odchylku a přepočítávat to na jednotlivce. Při porovnání výsledků jsem došel pro mě k velmi zajímavému závěru. Výsledky skupiny, která neabsolvovala školení, jsou jen o něco málo horší než výsledky skupiny pedagogů majících školení první pomoci. Většina pedagogů, kteří absolvovali školení, udává, že školení bylo minimálního rozsahu a pouze teoretické. Z výzkumu tedy můžeme usoudit, že takové školení je pro pedagogy buď téměř nepřínosné, nebo je opakované v dlouhém časovém horizontu. Toto by se podle mého názoru mělo změnit,

neboť přece není možné, aby pedagogové, kteří by prošli kvalitním školením, měli podobné, ne-li stejné znalosti první pomoci jako ti, kteří jím neprošli.

Čtvrtá otázka zjišťovala stav dětí ve třídě, a jestli pedagogové jejich stav znají. Zda jsou informováni o chronických nemocech dětí ve své třídě. Též jsem se ptal, zda by jim při projevech dané nemoci uměli pomoci. Na to 25 (63 %) pedagogů odpovědělo, že takové dítě ve třídě/skupině nemá. Zbývajících 15 pedagogů takové dítě ve třídě má a vědělo by, jak mu pomoci. Odpověď c) že takové dítě ve třídě mají, ale nevědělo by, jak mu pomoci, nevybral nikdo z dotázaných (viz Graf 4).

Pátá otázka (Graf 5) byla první v řadě, která se zabývala poskytováním první pomoci. Zajímalo mě, zda znají správný poměr srdeční masáže a umělých vdechů při resuscitaci dítěte prováděné laikem. Správná odpověď byla za a) 30:2. Toto udávají i nejnovější doporučení pro resuscitaci, vydané Evropskou resuscitační radou v roce 2010 (Guidlines 2010). Odpověď b) 15:2 je již stará norma. Nyní tento poměr je využíván při rozšířené resuscitaci prováděné záchranářem, toto uvádí česká resuscitační rada na svých internetových stránkách (resuscitace.cz). Poslední možnost poměr 5:1 je u novorozenců, kdy se resuscitace provádí v nemocničním zařízení. Správnou odpověď za a) vybralo 32 %, podle starých norem by se řídilo 35 % pedagogů a poměr 5:1 při resuscitaci dítěte zvolilo 33 %. Když se podíváme na výsledky, zjistíme tedy, že 2/3 respondentů odpověděli (a při resuscitaci by postupovali) špatně.

Šestá otázka (Graf 6) je opět na resuscitaci. Jak by postupovali při zástavě dýchání a krevního oběhu u dítěte. Tady opět resuscitační rada uvádí, že u dítěte se má prvně 1-2 minuty resuscitovat a až poté volat ZZS. U dítěte se totiž očekává, že k zástavě došlo z respiračních důvodů, nikoliv kardiálních. Proto je velká pravděpodobnost, že při včasném zahájení resuscitace, se podaří obnovit srdeční činnost (HASÍK, 2008). Správná odpověď proto byla za b). Označilo ji 13 pedagogů. Ostatní by zřejmě měli strach čekat, nebo by byli natolik ve stresu, že by ZZS volali ihned. To vybralo 35 % dotázaných. Možnost, že by zaklonili hlavu (což je jeden z prvních bodů při resuscitaci) a pak volali ZZS, vybralo taktéž 13 pedagogů.

V sedmé otázce jsem zjišťoval, zda by postupovali správně při krvácení z nosu (viz Graf 7). Správně by postupovalo 73 % dotázaných pedagogů, kteří by vyzvali dítě k předklonu hlavy a přiložili by studený obklad na zátylek. Tak to uvádí i KELLNAROVÁ (2007) v knize První pomoc I. Zbývajících 27 % by buď neposkytovalo žádnou první pomoc s tím, že se krvácení zastaví samo, nebo by zmáčklo nosní chřípí, čímž by došlo k přetékání krve do nosohltanu a následnému polykání nebo aspiraci krve. Na to upozorňuje BERÁNKOVÁ (2002).

Otázka číslo osm měla za úkol zjistit, jestli pedagogové umí poskytnout první pomoc při popálenině (viz graf 8). Polovina pedagogů (tedy 20) by si počínala správně. Sundali by prstýnky, náramky a chladili by místo popáleniny. Takto to uvádí i Pokorný (2004). STELZER a CHYTILOVÁ (2007) k tomu ještě dodávají, že chlazení místa je nejdůležitější v prvních minutách od vzniku úrazu. S ohledem na to mi přijde smutné, že 12 pedagogů by radši nedělalo nic (aby něco nepokazilo) a jen by zavolalo ZZS. Myslel jsem si, že chlazení je základ, který zná každý. 8 pedagogů by z rány odstranilo všechny přiškvarky, což je také špatně. Nejen, že to může být bolestivé, ale hlavně se tím rozšiřuje ložisko popáleniny a dochází k hlubšímu defektu rány, jak to uvádí literatura Traumatologie.

Devátou otázkou zjišťuji, jak by respondenti reagovali při tepenném krvácení. Tekutiny by podávalo 10 % respondentů, což by bylo správně, kdyby to byli profesionálové a měli k tomu vybavení. Tekutiny by se podávaly přímo do žíly. Podle literatury Lékařské první pomoci také není důležité sterilní krytí, neboť primární je zástava krvácení. Skupinu 58 % respondentů, kteří by vyvinuli tlak v místě krvácení a končetinu zvedli nad úroveň srdce, ti by se podle DOBIÁŠE (2007) zachovali správně. Literatura První pomoci (KEGGENHOFF, 2006) ještě dodává uložení pacienta na zem. Zbývajících 32 % by zaškrtilo končetinu nad místem krvácení. To by asi také nebylo špatně, KELLNEROVÁ (2007) uvádí, že by to mělo přijít na řadu až poté, co nám tlakový obvaz bude stále prosakovat. Vyhmatání tlakového bodu není snadné ani pro zdravotníky, proto se to laiků nedoporučuje. ERTLOVÁ (2004) uvádí, že končetina

pod zaškrceným místem není dostatečně prokrvována, a tím dochází k jejímu pomalému odumírání.

V desáté otázce jsem se dotazoval, jestli znají situaci, kdy správně použít stabilizovanou polohu (nově euro polohu). Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti správně (Graf 10). Použili by ji ve chvíli, kdyby zraněný byl v bezvědomí, ale měl zachovalé dýchání. Takto to uvádí i SRNSKÝ (2010). Zavolání ZZS je samozřejmostí a k tomu ještě dodává, že je nezbytné osobu ve stabilizované poloze sledovat do příjezdu ZZS, zda má zachovalé dýchání a krevní oběh.

V pořadí jedenáctá otázka se zabývala, zda by pedagogové správně rozeznali na základě typických příznaků otřes mozku. Skoro naprostá většina (Graf 11) by otřes mozku podle typických projevů poznala. Správně vybrali, že se projevuje malátností zmateností, pocitem na zvracení až zvracením a případně krátkodobým bezvědomím se ztrátou paměti. Tyto projevy udává ve své knize GREGORA (2004). Pouze 6 pedagogů si myslí, že se otřes mozku projevívá bezvědomím bez ztráty paměti.

Dvanáctou otázkou jsem se zaměřil na úžeh a úpal. Chtěl jsem zjistit, zda pedagogové vědí, co je důležité zajistit dítěti s úžehem nebo úpalem (Graf 12). První pomoc je totiž v prvních příznacích podle literatury stejná a rozchází se postupy až v pokročilém stádiu (POKORNÝ, 2004). Pedagogové správně tvrdí, že důležité je zajistit dítěti chladné, větrané prostředí, kde bude moct v klidu odpočívat, jak uvádí ST. JOHN AMBULANCE (2007), je 90 %. V literatuře Základní norma zdravotnických znalostí (SRNSKÝ, 2010) se ještě dočteme, že je důležité podávat dostatek tekutin. K tomu bych doplnil, že tekutiny je nutné podávat po malých doušcích a častěji, ne ve velkém množství jednorázově. Také bych sledoval stav vědomí, abych předešel k možné aspiraci při poruchách vědomí, v které se to může vyvinout (GUTVIRTH, 2004). Zbývajících 10 % respondentů by zajistilo lékařský dohled, což by bylo samozřejmě správně, kdyby se začaly rozvíjet poruchy vědomí. V prvotní fázi si myslím, že opravdu stačí body uvedené ve správné odpovědi c).

V předposlední otázce (Graf 13), jsem zjišťoval znalosti při ošetřování zlomeniny. Zde jsem byl na jednu stranu velice zklamán jejich znalostmi. Na druhou stranu jsem byl potěšen, že nikdo nevybral odpověď b) narovnat zlomenou končetinu a zavolat ZZS. Ovšem to, že 45 % (což je 18 pedagogů) si myslí, že stačí zlomeninu fixovat pouze přes jeden kloub, se velice mýlí. Svaly, které nám umožňují pohyb, jsou umístěny vždy za kloubem. Proto když znehybníme jeden kloub, druhý (na druhé straně zlomené kosti) nám stále umožňuje pohyb, který zlomeninu namáhá. Dlaha se z těchto důvodů přikládá přes dva sousední klouby, jak uvádí MADIAN (2007). Zlomeninu by správně znehybnilo a ošetřilo 55 % (neboli 22) pedagogů. Toto zjištění je pro mě alarmující, neboť jak jsem v druhé otázce zjistil, zlomeniny jsou u dětí jedním z častých úrazů.

V poslední otázce, otázce číslo 14, mě zajímalo, co by respondenti dělali, kdyby jejich svěřenec vdechl cizí těleso a začal se dusit. Nadpoloviční většina (55 %) respondentů by provedla Heimlichův manévr. Je to asi pojem, který má mnoho lidí zafixovaný, ale tento manévr se používá málokdy (je až krajním řešením). Tento manévr je u dětí kontraindikovaný z důvodů ještě nedostatečného uložení orgánů do hrudního koše (ST JOHAN AMBULANCE, 2007) a má se opravdu použít jen v nejkrajnějším případě a to zdravotnickým záchranářem. GREGORA (2004) uvádí jako správný postup odpověď za a) předklon dítěte a údery dlaní mezi lopatky. Tuto odpověď vybralo pouhých 35 % pedagogů. Zbýlých 10 % pedagogů by začalo rovnou s umělými vdechy. Ty by měly přijít na řadu až ve chvíli, kdy dítě nedýchá samo a proto je nutné začít s resuscitací. POKORNÝ (2004) ve své Urgentní medicíně udává, že je možné při provedení 5-ti umělých vdechů zatlačit cizí těleso do jedné z bronchu a druhá by tak mohla být průchozí k dýchání.

V předposledním grafu (Graf 15) jsem zpracoval poměr všech správně a špatně zodpovězených otázek v dotazníku. Znalostních otázek bylo v dotazníku 10. Na ty odpovědělo 40 respondentů. Celkem jsem tedy získal 400 odpovědí, což tvoří základ (100 %). Pedagogičtí pracovníci zvolili 244 odpovědí správně, to jest 61 %. Zbýlých 39 %, což tvoří 156 odpovědí, bylo zvoleno chybně. *Tímto je vyvrácená hypotéza „Pedagogičtí pracovníci v mateřských školách nemají dostatečné znalosti poskytování*

předlékařské první pomoc během výkonu svého povolání.“, kterou jsem na začátku výzkumu stanovil. Pedagogické pracovnice jsem v tomto teoretickém směru podcenil a musím konstatovat, že jejich znalosti nejsou na tak špatné úrovni, jak jsem se domníval. Na druhou stranu, si ale musí přiznat, že mají stále kam své znalosti první pomoci posouvat. Druhou otázkou, kterou si na konci svého výzkumu pokládám, která již překračuje hranice výzkumu i celé bakalářské práce, je zda by uměli stejně dobře poskytnout tuto první pomoc i v ostré akci, tedy prakticky. Na základě zpracování těchto znalostních otázek jsem splnil i cíl práce, kde jsem měl za úkol zmapovat znalosti první pomoci pedagogů pracujících v mateřské škole.

Poslední graf (viz graf 16) je jen zajímavost na závěr, kde jsem srovnal dvě skupiny pedagogických pracovnic. Jednu skupinu pedagogických pracovnic tvoří pracovnice, které uvedly v dotazníku, že absolvovaly kurz první pomoci. Tu druhou skupinu tvoří opačně pedagogové, kteří žádným kurzem první pomoci neprošli (nebo to aspoň neuvedli). Tento graf znázorňuje poměr správných odpovědí, i těch špatných, v každé skupině. Jak je vidět v grafu, výsledky se příliš neliší. Skupina, která absolvovala první pomoc, označila o 6 více správných odpovědí, než ta druhá skupina, bez absolvování první pomoci. Jak pedagogové sami uváděli, jejich školení bylo krátkého rozsahu (možná i v dlouhém časovém horizontu) a z větší míry většinou jen teoretické, bez možnosti praktického nácviku. To hodnotím jako zásadní problém ve vzdělanosti první pomoci, a tím i správného školení pedagogických pracovníků.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá poskytováním první pomoci pedagogickými pracovníky v mateřské škole, jejich znalostmi z této problematiky a správnost postupů při závažných stavech vyžadujících si první pomoc. Výzkum je tedy zaměřen na teoretickou připravenost poskytnutí první pomoci. Tím jsem chtěl splnit cíle práce, které jsem si určil.

Prvním cílem mé práce bylo zjistit charakteristiku situací, při kterých pedagogický pracovník v mateřské škole poskytoval první pomoc. Tento cíl jsem zjišťoval ve druhé otázce dotazníku. Polovina dotázaných pedagogických pracovníků první pomoc někdy poskytovala. Nejčastěji uváděnými úrazy, u kterých zasahovali, jsou především různé odřenininy po pádu na zem. Ty jsou u předškolních dětí hojné, neboť rovnováha a motorické centrum se dětem teprve vyvíjí. V menší míře se objevily i zlomeniny, otřesy mozku a krvácení.

Dalším stanoveným cílem je zmapovat znalosti z předlékařské první pomoci. To se mi povedlo výzkumem, který jsem prováděl formou dotazníků. Kladl jsem v něm otázky na různé stavy vyžadující první pomoc. Pomocí tohoto cíle jsem následně měl možnost zhodnotit a buď vyvrátit, nebo potvrdit hypotézu, kterou jsem na začátku práce předpokládal. Hypotézu, že pedagogičtí pracovníci v mateřské škole nemají dostatečné znalosti z předlékařské první pomoci. Tu jsem předpokládal na základě svých zkušeností s laickou veřejností. Obecně totiž podle mého názoru laická veřejnost není dostatečně informována o poskytování první pomoci a tak jsem v to předpokládal i u pedagogických pracovníků. U nich by ovšem tato znalost měla být naprostou samozřejmostí a to bez jakýchkoliv pochyb.

Hypotézu můžu na základě výzkumu s klidným svědomím vyvrátit a musím konstatovat, že pedagogičtí pracovníci mají dostatečné znalosti z první pomoci. Dále o tom můžu jen spekulovat, neboť znalosti mají opravdu jen dostatečné. Z celkového počtu zodpovězených otázek mít správně pouze něco přes 60 % mi nepřijde zrovna

excelentní výkon rovný někomu, kdo právě zítra může být vystaven situaci vyžadující rychlé a správné jednání při poskytování první pomoci u dítěte. Samozřejmě to záleží na pedagogovi, je rozdíl pedagog od pedagoga, ale výzkum ukázal, že mají ve znalostech první pomoci obrovské mezery a jejich vědomosti se dotýkají hranice potřebných znalostí jen okrajově. Největší mezery mají v resuscitaci, kde se stále řídí ještě starými normami. Dále bych rád upozornil na neznalost ošetření zlomeniny, jakožto poměrně často vyskytovaného úrazu u dětí, nebo první pomoci při vdechnutí hračky (cizího tělesa). Dále nad některými otázkami můžeme spekulovat. Například stabilizovanou polohu všichni pedagogové teoreticky znají, ale umí ji opravdu použít i prakticky (tedy uložit svépomoci bezvládného člověka do této polohy)? Toto jsou otázky, které jsou ovšem nad rámec mého výzkumu a tudíž o nich můžu jen polemizovat. Samozřejmě jsem si vědom i skutečnosti, že můj výzkum má jen malou výpovědní hodnotu. Myslím si však, že by mohl být inspirací pro vypracování obsáhlejší práce zabývající se nejen teoretickými znalostmi první pomoci, ale i těmi praktickými.

Svou práci bych rád zpřístupnil veřejnosti, a to především pedagogům pracujícími s dětmi, neboť jakýkoliv stav, ať už život ohrožující nebo ne, je o to závažnější, když se jedná o dítě. Pak jen klidný a přesvědčivý výraz znalého zachránce může dítě uklidnit tak, aby mu následně mohl správně poskytnout nezbytnou první pomoc.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AKKERMANS, A. *Přežití! : příroda, terorismus: přežití v extrémních situacích: na souši, v moři a ve vzduchu*. 1. vydání. Praha: Svojtka & Co, 2010. 256s. ISBN 978-80-256-0383-3.
2. BASKETT, P. – NOLAN, J. – EVROPSKÁ RADA PRO RESUSCITACI. *Kapesní vydání doporučených postupů v resuscitaci 2005*. 1. české vydání. Praha: Česká rada pro resuscitaci, 2006. 196s. ISBN 0-7232-3423-9.
3. BERÁNKOVÁ, M. *První pomoc pro střední zdravotnické školy*; 1. Vydání, Praha: Informatorium, 2002. 199s. ISBN 80-86073-99-8.
4. BRÁZDIL, M. *Urgentní medicína: záchrana lidského života, resuscitace*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. 100s. ISBN 978-80-244-2725-6.
5. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vydání. Praha: Triton, 2008. 458s. ISBN 978-80-7254-815-6.
6. BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2006. 76s. ISBN 80-247-0680-6.
7. *Dětský lékař: největší kniha o zdraví dítěte / [od americké lékařské asociace; z anglického originálu přeložila Zuzana Jungwirthová ; kapitolu o prenatálním vývoji a těhotenství napsala Dana Nedělková]*. 1. Vydání. Praha: Práh, 2007. 631s. ISBN: 978-80-7252-187-6.
8. DOBIÁŠ, V. a kol. *Prednemocničná urgentná medicína*. 1. vydanie. Martin: Osveta, spol. s. r. o., 2007. 381s. ISBN 978-80-8063-255-7.
9. DOBIÁŠ, V. *Urgentná zdravotná starostlivosť*. 2. doplnené vydanie. Martin: Osveta, 2007. 180s. ISBN 978-80-8063-244-1.
10. *Erc.edu* [online]. 2010 [cit. 2012-01-25]. Pediatric life support. Dostupné z WWW: <https://www.erc.edu/index.php/pls_overview/en>.
11. *Erc.edu* [online]. 2010 [cit. 2012-01-25]. Guidelines 2010. Dostupné z WWW: <<http://www.cprguidelines.eu/2010/index.php>>.

12. ERTLOVÁ, F. – MUCHA, J. a kolektiv. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. přepracované vydání, dotisk. Brno: NCO NZO v Brně, 2004. 368s. ISBN 80-7013-379-1.
13. GREGORA, M. *První pomoc u dětí*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2004. 68s. ISBN 80-204-1064-3.
14. GUTVIRTH, J. – HRUŠKOVÁ, M. *První pomoc (nejen) pro školní praxi*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, 2004. 59s. ISBN 978-80-7394-237-3.
15. HASÍK, J. *Kardiopulmonální resuscitace v první pomoci*. 2. Rozšířené vydání. Praha 2008. 50s. ISBN 978-80-254-3162-7.
16. *Internimedicina.cz* [online]. 2011 [cit. 2012-01-26]. Nove doporučené postupy pro resuscitaci Dostupné z: WWW: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/07/10.pdf>.
17. KEGGENHOFF, F. *První pomoc*. 1. vydání. Praha: Ikar, 2006. 208s. ISBN 80-249-0662-7.
18. KELNAROVÁ, J. a kol. *První pomoc I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 112s. ISBN 978-80-247-2182-8.
19. KELNAROVÁ, J. a kol. *První pomoc II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 184s. ISBN 978-80-247-2183-5.
20. KORNELLOVÁ, G. K. – EIDENOVÁ, A. *Domácí dětský lékař*. 1. vydání. Praha: Euromedia Group, 2009. 320s. ISBN 978-80-249-1213-4.
21. LENTZ, CH. *Domácí lékař pro všechny případy*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2007. 224s. ISBN 978-80-251-1469-8.
22. MADIAN, A. - MATTHIEBEN, K. *První pomoc na cestách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 96s. ISBN 978-80-247-1878-1.
23. MCNAB, Ch. *Jak přežít cokoli a kdekoli: příručka pro přežití za každých podmínek a v jakémkoli prostředí*. 1. vydání. Praha: Svojtka & Co, 2010. 320s. ISBN 978-80-247-3116-2.
24. ORLOVÁ, K. – POKORNÝ, J. *První pomoc*. 1. vydání. Praha: Metafora, 2006. 132s. ISBN 80-7359-025-5.

25. PETRŽELA, M. *První pomoc pro každého*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 80s. ISBN 978-80-247-2246-7.
26. PICKOVÁ, P. *Edukační proces pro sestry v pediatrické primární péči a rodiče dětí s epilepsií*. České Budějovice, 2010. Diplomová práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
27. POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*. 1. vydání, dotisk. Praha: Galén, 2003. 351s. ISBN 80-7262-214-5.
28. POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. 547 s. ISBN 80-7262-5.
29. *Resuscitace.cz* [online]. 2011 [cit. 2012-01-25]. Algoritmus základní neodkladné resuscitace. Dostupné z WWW: <http://www.resuscitace.cz/?page_id=42>.
30. SCHEINAROVÁ, A. *První pomoc*. 3. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 84s. ISBN 80-244-0849-X.
31. SRNSKÝ, P. *První pomoc u dětí*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2007. 112s. ISBN 978-80-247-1824-8.
32. SRNSKÝ, P. *Základní norma zdravotnických znalostí*. 3. rozš. vydání. Praha: Český červený kříž, 2010. 78s. ISBN 978-80-87036-45-7.
33. St. JOHN AMBULANCE a kol. *Neodkladná první pomoc*. 2. Aktualizované vydání. Bratislava: Perfekt, 2007. 32s. ISBN 978-80-8046-359-5.
34. St. JOHN AMBULANCE, *Příručka první pomoci*; 2. vydání, Bratislava: Perfekt, 2007. 288s. ISBN 978-80-8046-359-5.
35. STELZER, J. – CHYTILOVÁ, L. *První pomoc pro každého*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 116s. ISBN 978-80-247-2144-6.
36. VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. 8. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2007. 518s. ISBN 978-80-7345-123-3.
37. VOKURKA, M. *Velký lékařský slovník*. 7. vydání. Praha: Maxdorf, 2007. 1069s. ISBN 978-80-7345-130-1.
38. Zákon číslo 40/2009 Sb. Trestní zákoník
39. Zákon číslo 262/2006 Sb. Zákoník práce, § 103 povinnosti zaměstnavatele, v platném znění.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Bezvědomí

Krvácení

Mateřská škola

Poskytnutí první pomoc

Úrazy dětí

Základní neodkladná resuscitace

Zlomeniny

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Nepřímá srdeční masáž

Příloha 2 – Záklon hlavy

Příloha 3 – Umělé dýchání z plic do plic

Příloha 4 – Tlakový obvaz

Příloha 5 – Stabilizovaná poloha

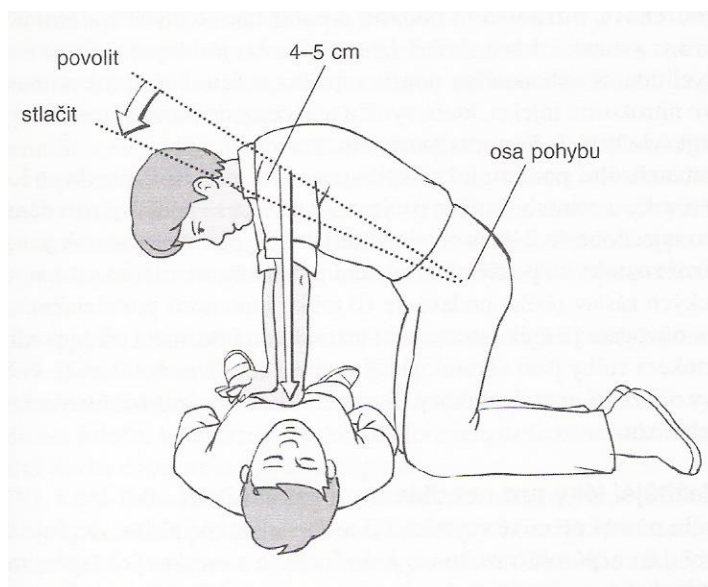
Příloha 6 – Heimlichův manévr

Příloha 7 – Protišoková poloha

Příloha 8 – Dotazník

Příloha 1

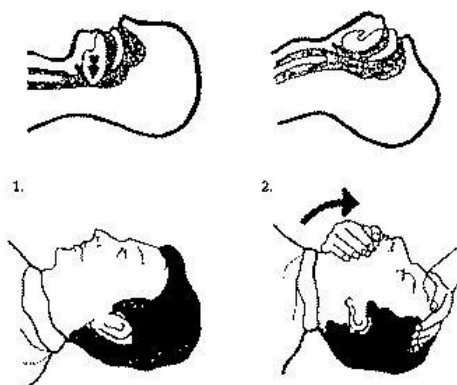
Nepřímá srdeční masáž



Zdroj: KULOVÁ, S. *Znalosti v oblasti první pomoci pedagogů na základních školách*. Zlín, 2009. bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií

Příloha 2

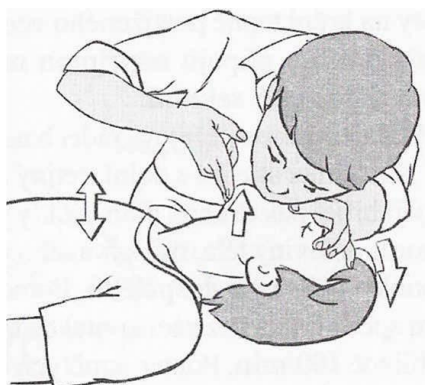
Záklon hlavy



Zdroj: <http://pomahej.webnode.cz/prvni-pomoc> [citováno dne: 20.4.2012]

Příloha 3

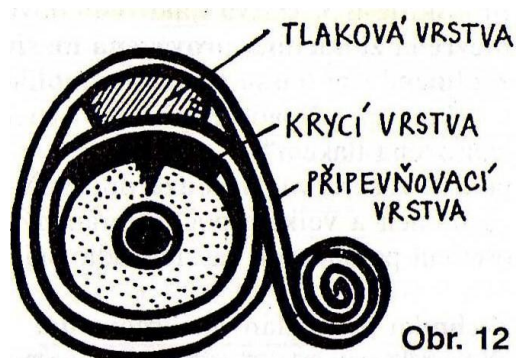
Umělé dýchání



Zdroj: KULOVÁ, S. *Znalosti v oblasti první pomoci pedagogů na základních školách*. Zlín, 2009. bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií

Příloha 4

Tlakový obvaz



Obr. 12

Zdroj: <http://prvnipomoc.blog.cz/0910/tlakovy-obvaz> [citováno dne: 20.4.2012]

Tlakový obvaz se skládá ze tří vrstev. První je krycí vrstva, ta se přikládá přímo na ránu (není nezbytná a dá se vynechat). Druhá vrstva je tlaková vrstva. To je ta podstatná část, používá se třeba několikrát přeložená gáza. Třetí vrstva (přípevňovací) je pružné obinadlo, kterým se přichytávají spodní vrstvy na ránu. Důležité je pořádné stažení.

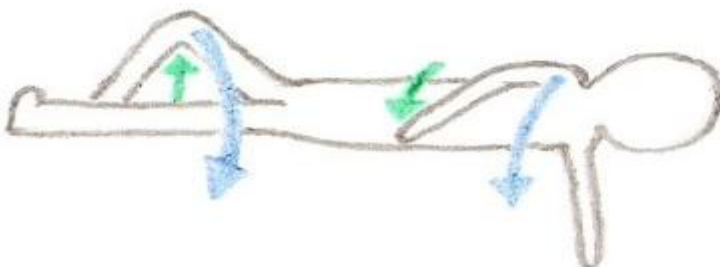
Příloha 5

Stabilizovaná poloha

Krok 1



Krok 2



Krok 3



Krok 4 – konečná poloha



Zdroj: <http://www.prvni-pomoc.com/view.php?cisloclanku=2007080007> [citováno dne 20.4.2012]

Příloha 6

Heimlichův manévr

Heimlich Maneuver



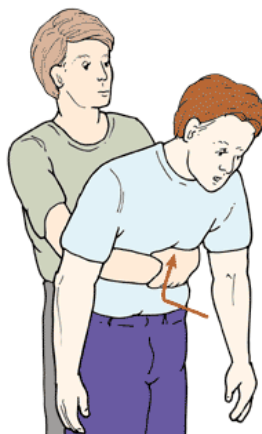
1. Lean the person forward slightly and stand behind him or her.



2. Make a fist with one hand.



3. Put your arms around the person and grasp your fist with your other hand near the top of the stomach, just below the center of the rib cage.



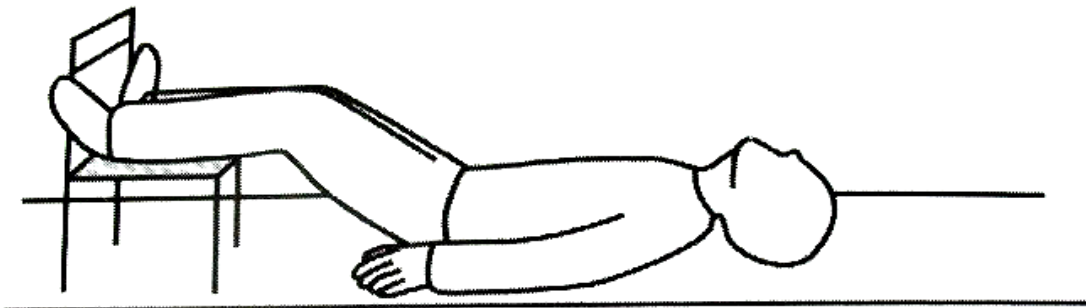
4. Make a quick, hard movement, inward and upward.

Copyright © 2005 McKesson Corporation and/or one of its subsidiaries. All Rights Reserved.

Zdroj: <http://kirkae.blog.cz/0809/34-heimlichuv-manevr> [citováno dne: 20.4.2012]

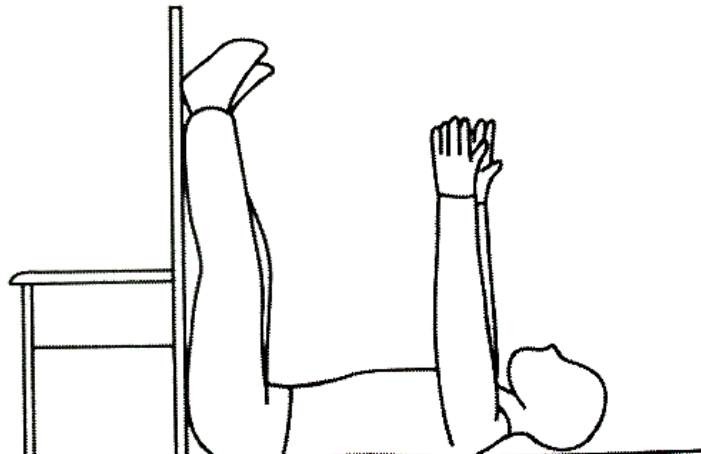
Příloha 7

Protišoková poloha – typ 1



Zdroj: KELNAROVÁ, J. a kol. *První pomoc I.* 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 112s.
ISBN 978-80-247-2182-8

Protišoková poloha – typ 2 (autotransfuzní poloha)



Zdroj: KELNAROVÁ, J. a kol. *První pomoc I.* 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 112s.
ISBN 978-80-247-2182-8

Příloha 8

DOTAZNÍK

Vážená paní učitelko,

jmenuji se Ondřej Kovářík a jsem studentem 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Momentálně zpracovávám bakalářskou práci (s názvem „Znalostní předpoklady předlékařské první pomoci u pedagogů v mateřských školách“). Součástí mé bakalářské práce je i výzkum, v kterém se snažím zmapovat znalosti v poskytování předlékařské (laické) první pomoci u pedagogů v mateřských školách.

Tímto bych Vás rád poprosil o vyplnění následujícího dotazníku, který vám zabere několik málo minut. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou vyhodnoceny pouze pro mou potřebu v bakalářské práci.

Předem vám děkuji za váš čas a vyplnění mého dotazníku.

Ondřej Kovářík

Vždy je jedna správná odpověď, tu prosím zakroužkujte. V některých otázkách je potřeba odpověď doplnit.

- 1) Jakou máte délku praxe?
 - a) 0-10
 - b) 11-20
 - c) 21-30
 - d) Delší
- 2) Už jste někdy poskytovala první pomoc?
 - a) Ano (přibližně kolikrát a v jakých případech)

 - b) Ne
- 3) Absolvovala jste školení/kurz první pomoci? V horizontu času, délka, a zda byl praktický?
 - a) Ano

 - b) Ne

- 4) Máte ve třídě děti s nějakou nemocí? Věděla byste jak mu poskytnout první pomoc při projevu této nemoci?
- Ne, nemám takové dítě ve třídě
 - Ano, mám a věděla bych, jak poskytnout první pomoc
 - Ano, mám, ale nevěděla bych, jak poskytnout první pomoc
- 5) Poměr nepřímé srdeční masáže : umělého dýchání u resuscitace prováděné laikem u dítěte je?
- 30:2
 - 15:2
 - 5:1
- 6) Při zástavě krevního oběhu a dýchání u dítěte byste postupovala v pořadí
- Zavolala ZZS, začala provádět KPR
 - Zaklonila hlavu (jestliže se samo nerozdýchá), zavolala ZZS a zahájila KPR
 - Zahájila KPR, po 1 minutě zavolala ZZS a pokračovala v KPR
- 7) Při krvácení z nosu u dítěte udělám
- Předklon hlavy se studeným obkladem na zátylek
 - Záklon hlavy a zmáčknutí nosního chřípí, aby krev nevytékala ven
 - Není potřeba poskytnout první pomoc, krvácení po chvíli ustane samo
- 8) Poskytnutí první pomoci při popálenině spočívá
- S poraněným nemanipuluji, nebudu nic provádět, abych něco nepokazil, a zavolám ZZS
 - Odstráním všechny přiškvarky, chladím okolí popáleniny a zavolám ZZS
 - Sundám všechny prstýnky a náramky, chladím popáleninu, kterou následně překryju a zajistím odborné ošetření
- 9) Při tepenném krvácení první pomoc spočívá v
- Zaškrcení končetiny nad místem krvácení
 - Vyvinutí tlaku na místo krvácení zhotovením tlakového obvazu, uložení zraněného na zem a zvednutí poraněné končetiny nad úroveň srdce
 - Stlačení tlakového bodu, sterilní krytí rány a podání tekutin k doplnění krevního objemu
- 10) Stabilizovanou polohu použiju, když
- Je osoba v bezvědomí se zachovalým dýcháním a krevním oběhem
 - Osoba masivně krvácí, ať už vnitřně nebo zevně
 - Při poranění páteře

- 11) Otřes mozku se projevuje
- a) Malátností, zvracením, zmateností, případně bezvědomí se ztrátou paměti, Bolest hlavy
 - b) Dlouhodobé bezvědomí, ztráta paměti, zvracení
 - c) Bezvědomí bez ztráty paměti, zmatenost, bolest hlavy
- 12) Při úpalu nebo úžehu dítěte je důležité
- a) Zajistit dítěti klidný spánek na izolovaném místě
 - b) Zajistit odborný lékařský dohled
 - c) Zajistit dostatek tekutin, chladné a větrané prostředí pro uložení dítěte
- 13) Zlomenou končetinu je důležité
- a) Znehybnit, stačí přes jeden kloub a vyhledat lékařskou pomoc
 - b) Narovnat zlomenou končetinu a vyhledat lékařskou pomoc
 - c) Znehybnit zlomeninu nejlépe přes dva sousední klouby a vyhledat lékařskou pomoc
- 14) Dítě vdechne cizí těleso, dochází k dušení. Jak budete postupovat, když ho nemůžete vytáhnout rukou?
- a) Vyzvu dítě, aby se snažilo kašlat. Zároveň, aby se předklonilo a 3krát ho udeřím naplocho dlaní mezi lopatky
 - b) Začnu s umělými vdechy
 - c) Obejmete dítě zezadu, sevřete své ruce, umístíte je na dolní část hrudní kosti a několikrát stlačíte