



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

Úrazy dětí v domácím prostředí

Vypracoval: Petra Pochylá

Vedoucí práce: Mgr. Jana Neumannová Štechová, DiS.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Teoretická část této práce je zaměřena na aktuální problematiku dětských úrazů v domácím prostředí, jejich prevenci a správné poskytnutí laické první pomoci u těchto vybraných druhů úrazů.

Praktická část bakalářské práce byla zpracována kvalitativní formou výzkumu, metodou polořízeného rozhovoru. Daný rozhovor byl veden s vybranými pečujícími osobami, které poskytovali první pomoc u dětí s úrazem vzniklým v domácím prostředí. Celý průběh rozhovoru byl, se souhlasem respondentů, zaznamenáván na digitální záznamník a následně přepsán do textové podoby. Respondenti byli vybíráni na základě ankety. Výsledné informace z vedených rozhovorů byly dále analyzovány a následně sumarizovány do výsledků. Do výzkumné části se přihlásilo šest respondentů. Dotazovaným bylo položeno šest základních otázek. Otázky byly voleny tak, aby zjistili informace o zraněném dítěti, charakter úrazu, postup pečující osoby při poskytování první pomoci, popřípadě další odborné ošetření a trvalé následky.

Při přípravě výzkumné části jsem očekávala, že většina respondentů si dokázala s poskytnutím první pomoci poradit, nicméně z výsledků mé práce vyplývá, že polovina rodičů si s poskytnutím první pomoci neví rady. Přitom v pravý čas poskytnutá a správně provedená laická první pomoc je jedním ze základních a zásadních kroků k návratu poraněné osoby do normální kvality života. A proto by měli laickou první pomoc dokázat provést všichni občané bez speciálního vybavení a pomůcek.

Cílem mé práce bylo zmapovat postup pečující osoby při poskytování první pomoci u vybraných úrazů dětí v domácím prostředí. Položila jsem si jednu hlavní výzkumnou otázku: Jaký byl postup pečující osoby při poskytování první pomoci u úrazů dětí v domácím prostředí?

Při závěrečném zhodnocení a porovnání svých výsledků jsem ve většině zkoumaných skutečností dosáhla stejných výsledků, jaké jsou prezentovány i v jiných studiích zabývajících se podobnou problematikou- tedy dětskými úrazy a poskytování první pomoci u dětských úrazů.

Abstract

The theoretical part of this thesis is oriented at an actual issue of accidents involving children in home environment, their prevention and a correct provision of first aid by a non-professional at these types of selected accidents.

The practical part of this thesis was led by a qualitative form of research, a method of a semicontrolled interview. The interview given was led by chosen caring people, who gave first aid to children with a home environment injury. The whole process of the interview was recorded at a digital record book and then rewritten to a text form, with the approval of the respondents. The respondents were chosen on the basis of a survey. The final information from the interviews were analyzed and subsequently summarized into results. Six respondents were registered into the research part. Six basic questions were given to the respondents. The questions were chosen to find out information about an injured child, an injury character, a procedure of caring person while giving first aid, or other professional care and permanent effects.

While preparing the research part, I was expecting that most of the respondents would manage to give first aid, however, according to the results, half of the parents didn't know how to deal with giving first aid. Non-professional first aid, provided at the right time and done correctly, is one of the basic and essential steps to reverse the injured person back into the normal quality of life. This is why, all people should be able to give first aid without special equipment and tools.

The aim of my thesis was to monitor the process of the caring person while giving first aid for selected accidents involving children in home environment. I gave myself one fundamental research question: What was the process of the caring person while giving first aid for accidents involving children in home environment?

At the final evaluation and comparison of my results, I achieved the results, in most examined facts, which are presented in other different studies dealing with similar issues- children's injuries and giving first aid for accidents involving children.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 – 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

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Janě Neumannové Štechové, DiS., která se ujala vedení mé práce a pomohla mi s jejím zpracováním. Dále bych chtěla poděkovat paní Martině Pěkníkové za jazykovou korekci a všem ostatním, kteří mi věnovali svůj čas, pozornost a trpělivost při řešení této problematiky.

OBSAH

Úvod	9
1. SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Specifika dětského věku	11
1.2 Rozdělení dětského věku a jeho charakteristika	13
1.3 Obecné poznatky o úrazu	15
1.4 Vybrané úrazy v domácím prostředí	15
1.4.1 Termická poranění	15
1.4.2 Intoxikace	18
1.4.3 Dušení	19
1.4.4 Pády	20
1.4.4.1 Tupá poranění hlavy a páteře	20
1.4.4.2 Tupá poranění břicha	21
1.4.4.3 Tupá poranění hrudníku	21
1.4.4.4 Zlomeniny končetin	22
1.4.5 Poranění ostrými předměty	22
1.4.6 Poranění domácími zvířaty	23
1.4.7 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte	24
1.5 Prevence úrazů	25
1.5.1 Aktivní prevence	26
1.5.2 Pasivní prevence	26
1.6 První pomoc	27
1.6.1 Laická první pomoc u vybraných úrazů	28
1.6.1.1 Termická poranění	28
1.6.1.2 Intoxikace	30
1.6.1.3 Dušení	30
1.6.1.4 Pády	31
1.6.1.5 Poranění ostrými předměty	32
1.6.1.6 Poranění domácími zvířaty	33
1.6.1.7 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte	34

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	35
2.1 <i>Cíl práce</i>	35
2.2 <i>Výzkumná otázka</i>	35
3. METODIKA	36
3.1 <i>Metodika práce</i>	36
3.2 <i>Charakteristika zkoumaného souboru</i>	36
4. VÝSLEDKY	38
4.1 <i>Analýza rozhovorů s respondenty</i>	39
4.1.1 Respondent č. 1 - „Pokousání psem“	39
4.1.2 Respondent č. 2 - „Intoxikace“	40
4.1.3 Respondent č. 3 - „Resuscitace“	41
4.1.4 Respondent č. 4 - „Opaření“	41
4.1.5 Respondent č. 5 - „Tepenné krvácení“	42
4.1.6 Respondent č. 6 - „Pád ze schodů“	43
4.2 <i>Analýza postupů poskytnutí první pomoci</i>	43
4.2.1 Rozhovor č. 1	44
4.2.2 Rozhovor č. 2	44
4.2.3 Rozhovor č. 3	45
4.2.4 Rozhovor č. 4	46
4.2.5 Rozhovor č. 5	46
4.2.6 Rozhovor č. 6	47
5. DISKUSE	49
6. ZÁVĚR	54
7. KLÍČOVÁ SLOVA	55
8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
9. PŘÍLOHY	61
9.1 <i>Seznam příloh</i>	61

Seznam použitých zkratk

aj. (= a jiné)

atd. (= a tak dále)

CAN (= Child Abuse and Neglect- Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte)

ČR (= Česká republika)

DC (= dýchací cesty)

EU (=Evropská unie)

OSPOD (= orgán sociálně právní ochrany dětí)

PP (= první pomoc)

TANR (= telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace)

TAPP (= telefonicky asistovaná první pomoc)

TIS (= toxikologické informační středisko)

ZZ (= zdravotnické zařízení)

ZZS (= zdravotnická záchranná služba)

Úvod

Bakalářská práce pojednává o problematice dětských úrazů, vzniklých v domácím prostředí. Zaměřuje se na specifika a rozdělení dětského věku, definici základních pojmů a výčet nejobvyklejších druhů úrazů dětí, jejich příčin, prevenci jejich vzniku a zejména postup při poskytování laické první pomoci u těchto úrazů.

Úrazy dětí obecně zaujímají přední postavení v jejich úmrtnosti. Mezi úrazy dětí se zásadním způsobem řadí poranění vzniklá v domácím prostředí, přičemž většině z těchto úrazů lze zcela předejít, anebo je možné alespoň eliminovat jejich následky správně poskytnutou první pomocí. Riziko a charakter úrazů dětí v domácím prostředí se mění v závislosti na věku dítěte. Cílem pečujících osob by mělo být vytvoření bezpečného domova a snižování tak počtu dětských úrazů. Ve své práci jsem se proto zaměřila kromě objasnění základních obecných pojmů a poznatků, i na řešení postupu poskytování první pomoci při úrazech v domácím prostředí v konkrétních případech. Chtěla bych takto alespoň malým dílem přispět ke zlepšení stavu věci a k informovanosti laické veřejnosti v dané problematice. Získat znalosti a dovednosti v poskytování první pomoci by mělo být cílem celé společnosti.

Teoretická část práce je rozdělena do několika kapitol postihujících současný stav řešené problematiky. Specifikuji zde dětský věk a charakterizuji jeho jednotlivé dílčí etapy v souvislosti s rizikem vzniku úrazů. Dále zde uvádím obecné poznatky o úrazu a výčet nejobvyklejších druhů úrazů dětí v domácím prostředí, mezi které zařazuji termická poranění, intoxikace, dušení, pády, poranění ostrými předměty, poranění domácími zvířaty a syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. V samostatné kapitole se zabývám aktivní a pasivní prevencí dětských úrazů. V posledním oddíle teoretické části vypisuji správný postup při poskytování laické první pomoci, a to dle aktuálních odborných poznatků, rozdělený opět do jednotlivých pasáží dle druhu úrazů.

Cílem výzkumné části mé bakalářské práce je zmapovat postupy pečující osoby v oblasti poskytování první pomoci u vybraných úrazů dětí v domácím prostředí. Výzkum jsem provedla kvalitativní formou, se šesti respondenty z řad pečujících osob, přihlášených na základě veřejné ankety, metodou dotazování pomocí položeného

rozhovoru s předem připravenými otázkami. Obsah jednotlivých rozhovorů jsem v závěru práce shrnula do výstupních výsledků.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 *Specifika dětského věku*

Dětské období je velmi specifické. Dítě není jen „malý dospělý“, od dospělého se v mnohém liší. Má svou anatomii i fyziologii. Dítě má jinou stavbu a funkci dýchacího ústrojí, jiný oběhový aparát a odlišnou termoregulaci. Významným parametrem je také tělesná hmotnost a tělesný povrch dítěte. (4) V urgentních situacích se od dospělého liší jak interakce dětských orgánů, tak i reakce všech tělesných orgánů. (38)

Dýchací cesty dítěte jsou úzké a snadno zranitelné. Děti mají úzké nosní průduchy, úzkou hlasovou štěrbinu, relativně velký jazyk a nízko uložené měkké patro. Nejužší místo dýchacích cest u dítěte je prstencová chrupavka. (31) Délka trachey je cca. 4 cm. Oba hlavní bronchy odstupují pod stejným úhlem 55°. Děti jsou daleko více ohroženy aspirací, otokem a zánětem dýchacích cest než dospělí. Děti mají nižší vitální kapacitu plic, ale rychlejší látkovou výměnu a tím vysokou spotřebu kyslíku, a to asi 2x až 3x vyšší než dospělí. Elasticita hrudníku a dýchací stěny je vyšší než u dospělého.

Věk	Dechová frekvence/min.	Dechový objem (ml)
novorozenec	40-50	20-35
Kojenec	30-40	40-100
malé dítě	20-30	150-200
školní dítě	16-20	300-400
Mládež	14-16	300-500
Dospělí	14-16	500-1000

Tab.1.1.1 Parametry dýchání u různých věkových skupin (30)- po upravení

Srdce dítěte bije mnohem rychleji a jeho minutový výdej je větší, zatímco krevní tlak je výrazně nižší. Z klinického hlediska má dítě menší možnost zvýšit svůj tepový objem, a proto se zvýšením minutového srdečního výdeje dochází ke zvýšení tepové frekvence. S bradykardií pod 100/min. u novorozence dochází ke snížení srdečního výdeje. Tlaková odpověď je závislá na srdeční frekvenci. (31) Dítě má nižší objem tekutin, které mu kolují v těle, což často vede k podcenění velikosti krevních ztrát a

ztrát tekutin. (32) Během předškolního a školního věku dítěte se jeho typ krevního oběhu mění na dospělý. Srdeční frekvence se postupně snižuje a krevní tlak zvyšuje. Zvyšuje se i objem tekutin v těle. (31) Rovnováhu mezi příjmem, výdejem a produkcí tepla zajišťuje termoregulace. Termoregulace udržuje stálou tělesnou teplotu dětského organismu. Schopnost termoregulace se vyvíjí postupně, například u novorozenců je schopnost termoregulace nízká. Dítě má schopnost termoregulace až kolem 1. roku života. Například potní žlázy se vyvíjí až mezi 6-8 měsícem věku. Malé děti reagují na chlad a teplo mnohem citlivěji, než dospělí. Také tělesná teplota se u dítěte mění daleko častěji, než u dospělého a bývá vyšší. Po prvním roce života začíná postupně klesat a stabilizuje se v období puberty u dívek mezi 13. -14. Rokem a u chlapců mezi 17. - 18. Rokem života. (4, 2, 23)

	novorozenec	6 měsíců	1 rok	3 roky
střední TF (pulzy/min)	130	120	120	105
horní hranice TF (pulzy/min)	170	160	160	130
dolní hranice TF (pulzy/min)	100	80	80	80
systolický TK (mm Hg)	70	90	95	100
diastolický TK (mm Hg)	50	50	65	60

	5 let	8 let	12 let	15 let
střední TF (pulzy/min)	100	90	90	80
horní hranice TF (pulzy/min)	120	110	110	100
dolní hranice TF (pulzy/min)	80	70	70	60
systolický TK (mm Hg)	100	110	115	120
diastolický TK (mm Hg)	60	60	60	65

Tab. 1.1.2 Parametry krevního oběhu u různých věkových skupin (30)

Další odlišností dítěte od dospělého je jeho povrch těla. U dětí je vyšší povrch těla ve vztahu k hmotnosti dítěte. Vyšší poměr objemu a povrchu těla vede snadno k hypotermii. Tělesný povrch a tělesná hmotnost jsou významnější hodnoty než věk. Tělesná hmotnost dítěte se mění v závislosti na jeho růstu. K posouzení růstu a hmotnosti dítěte slouží tzv. růstové grafy, např. grafy tělesné délky (výšky), grafy

hmotnosti k délce (výšce) a grafy obvodu hlavy. Tyto grafy jsou různé u dívek a u chlapců. (37) Věk dítěte je pouze orientační. Hodnota věku nabývá významu při hodnocení psychomotorického vývoje.

Se zvyšujícím se věkem rozdíly mezi dětmi a dospělými postupně zanikají. (32)

1.2 Rozdělení dětského věku a jeho charakteristika

Dětský věk je charakterizován prudkým tělesným a duševním vývojem. Každé jeho vývojové období má svoje specifika. Prenatální období označuje období od početí do porodu. Perinatální je pak doba krátce před porodem, v jeho průběhu a krátce po narození. Vlastní dětský věk začíná odstřížením pupeční šňůry. (42)

Novorozenecké období trvá od porodu do 28. dne života. V tomto období dochází k adaptaci jednotlivých tělních systémů na podmínky mimo dělohu matky. Pro novorozence je nejdůležitější soustava reflexů především reflex sací a pátrací. Novorozenec má dobře rozvinutý sluch, čich a chuť. Zrak se rozvíjí postupně. Pro toto období jsou typické vývojové vady. Mortalita, tzn. podíl zemřelých za určité časové období, udává se v promilích (‰), je v tomto období nejvyšší z celého věku, jelikož je zde, vzhledem k nezralosti imunitního systému, velké riziko infekce. (32)

Kojenecké období začíná 29. dnem od narození a končí prvním rokem života. Je vlivem vývojových vad a vrozených poruch metabolismu druhým nejvýznamnějším obdobím z hlediska nemocnosti a úmrtnosti. Je charakterizováno rychlým somatickým, neuropsychologickým a motorickým vývojem. V prvních týdnech je hlavním prostředkem komunikace, mezi dítětem a jeho okolím, pláč kojence. Od 12. týdne věku pláče ubývá a dítě reaguje i jinak, například úsměvem nebo dotykem. (32) Psychomotorický vývoj začínám zdvihnutím hlavičky a vrcholí postavením se dítěte na nohy. (43) V 6. měsíci je dítě schopné samostatného sedu. Důležitým mezníkem v tomto období je přetáčení se kojence ze zad na břicho a naopak. V dalších měsících dominuje rozvoj samostatného pohybu formou plazení a lezení a rozvoj hrubé a později jemné motoriky. (32)

Batolecí období je období mezi 1. a 3. rokem života dítěte. Mladší batolecí období je mezi 1. a 2. rokem života a starší batolecí období mezi 2. a 3. rokem. Toto období je charakteristické postupným osamostatňováním se především v pohybu a zdokonalováním se v komunikaci s okolím. Dítě je schopno samostatné chůze. V tomto období je též důležitý vývoj řeči. Objevují se známky alergie. Batolata nejčastěji umírají na otravy a úrazy. (32, 43)

Předškolní období je období mezi 3. a 6. rokem věku. Konec tohoto období je označováno jako období školní zralosti. V tomto období je dítě schopno nastoupit do školy a zaujmout přiměřenou roli v kolektivu. Hlavní vývojové pokroky se odehrávají především v oblasti samostatnosti v praktickém životě. Dítě dosahuje prvního stupně nezávislosti na rodičích. Dochází k rozvoji duševních i motorických dovedností. Děti předškolního věku nejčastěji umírají na následky úrazů. (43)

Školní věk se dělí na mladší školní věk a starší školní věk. Mladší školní věk je období od 6. roku života, kdy většina dětí zahajuje povinnou školní docházku. Konec tohoto období nelze jednoznačně vymezit. Spojujeme ho s počátkem dospívání průměrně kolem 12 let věku dítěte. Starší školní věk je pak období od 12 do 15 let. Toto období je také označováno jako první fáze dospívání. Kostí sílí a rozšiřují se. U chlapců roste objem svalů a fyzická síla. Objevují se první sekundární pohlavní znaky (ochlupení v oblasti genitálu, růst vousů, změny vlasové hranice, změna hlasu, změna prsů). Dokončuje se vývoj mozku a centrální nervové soustavy CNS. (32) V období školního věku děti nejčastěji umírají následky dopravních úrazů. (43)

Období dospívání je biologicky ohraničeno počátkem pubertálního vývoje, dosažením plné pohlavní zralosti a ukončením tělesného růstu, což odpovídá přibližně 15-18 let věku dítěte. K úplné pohlavní zralosti obvykle dochází po 2-3 letech od začátku dospívání a k ukončení růstu po 4-5 letech. (32) Děti v tomto věku nejvíce trpí ortopedickými vadami a psychózami. Největší mortalita je při dopravních úrazech, ale objevují se i sebevraždy a problémy s drogami. (43)

1.3 *Obecné poznatky o úrazu*

Úraz je tělesné poškození, vzniklé nezávisle na vůli postiženého náhlým a násilným působením zevních sil. (29)

Úraz je těžší poškození organismu, způsobené akutně vnější příčinou. Úraz může být smrtelný nebo může způsobit vážné následky. Každému úrazu předchází riziková situace, které bychom měli předejít. Většina úrazů je způsobena lidskou chybou. Úraz nepoznamená jen život dítěte, ale celé jeho rodiny. Příčinu úrazu lze snížit opatrností a dodržováním zásad bezpečnosti. (24)

1.4 *Vybrané úrazy dětí v domácím prostředí*

Domov je hlavním místem pro úmrtnost, zranění a nemocnost především pro děti mladší 15 let. Typy a příčiny dětských úrazů vzniklých v domácím prostředí se liší v závislosti na věku a vývoji dítěte, mění se v průběhu dětského dospívání. S každou novou vývojovou etapou tak dítěti hrozí nové nebezpečí zranění. (21)

1.4.1 Termická poranění

Termická poranění jsou poranění tkání vzniklá kontaktem s nadměrně vysokou nebo nízkou teplotou. Dále kontaktem s chemikáliemi, elektrickým proudem nebo plynem. Závažnost poranění je dána hodnotou teploty, dobou expozice, věkem, lokalizací popáleniny a celkovým stavem organismu. (42)

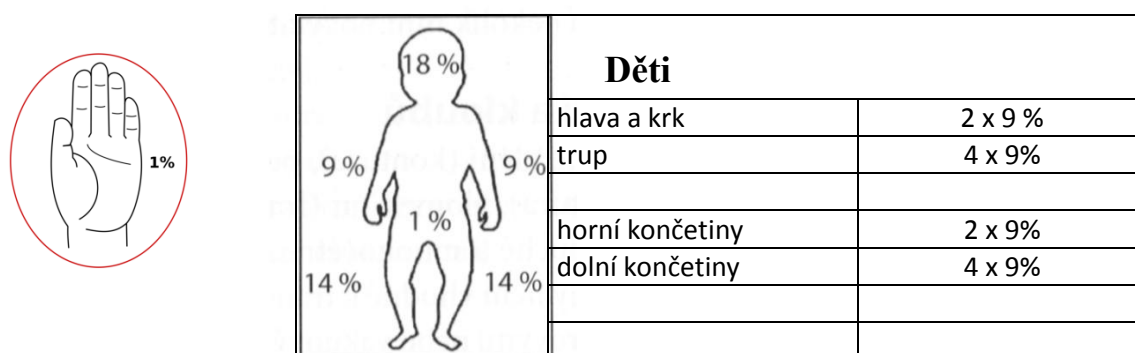
Popáleniny a opařeniny vznikají dostatečně dlouhým, přímým nebo nepřímým působením nadprahové hodnoty tepelné energie na lidský organismus a patří k nejzávažnějším poraněním. Kožní buňka snáší teploty do 43,5 ° C. Při teplotách nad 44 ° C je poškození buněk ještě reverzibilní, ale doba poškození tepla nesmí být delší než 6 hodin. Teploty nad 60° C způsobí koagulaci bílkovin. (45) Děti tvoří 40% pacientů s popálením. (4)

Hloubku popáleniny určujeme nejčastěji testem kapilárního návratu. Spodina pod tlakem prstu bledne a po jeho oddálení se opět barví. To znamená, že kapilární

řečiště je zachováno a postižení je povrchové. Čítí zůstává zachováno. Když je spodina bledá nebo pod tlakem prstu bledne a po jeho oddálení nejeví známky kapilárního návratu, jedná se o ischemii až odumření tkáně. Čítí je vymizelé. Hloubka postižení (podle mezinárodní klasifikace) se dělí na povrchové popáleniny, kde dochází k částečnému poškození kůže se zachováním folikulů i mazových žlázek a hluboké popáleniny, kde je ztráta kůže v celé tloušťce, i se ztrátou podkožní vrstvy devitalizací svaloviny a kosti. Popáleniny se dělí do tří stupňů, přičemž druhý stupeň se dělí na dva podstupně, které charakterizujeme následujícími projevy:

- I° - zarudnutí, otok, bolest v postiženém místě, mírný otok;
- IIa° - postižení epidermis a horní části dermis, puchýř s růžovou, eventuelně červenou spodinou obsahující tekutinu, která později rosolovává, dobrý kapilární návrat, zachované čítí, rychle se hojí;
- IIb° - postižení hluboké části dermis, spodina s výbledem, negativní kapilární návrat, špatně se hojící nekróza;
- III° - ztráta kůže v celé tloušťce s možným postižením dalších tkání (svaly, kost). (20, 24, 39)

Popáleniny jsou nejčastějším úrazem batolat, asi v 80% se jedná o opařeniny. Rozsah popálenin se při prvním kontaktu s dítětem odhaduje. Orientačně se určuje pravidlem devíti nebo pravidlem palmárním = pravidlo dlaně, kde plocha dlaně (palmas) pacienta s prsty odpovídá 1% jeho celkového tělesného povrchu. (38)



Tab. 1.2.1 palmární pravidlo, pravidlo devíti (30) – po úpravě

Pro určení rozsahu popálenin u dětí, které mají relativně větší povrch hlavy a menší povrch končetin se používají speciální tabulky s přihlédnutím k jejich věku, například tabulka podle Lunda a Browdera, která také vyhodnocuje procentuální poškození tělesného povrchu dítěte (viz. Příloha č. 1).

Celkový stav způsobený popáleninou je výrazně ovlivněn věkem pacienta. U dětí do 5 let a u dospělých nad 50 let je prognóza vždy závažnější.

Při lokalizaci popálenin hraje roli tloušťka kůže, která je jiná např. na očních víčkách, jiná na zádech a přítomnost funkčně důležitých struktur těsně pod kůží (zevní genitál, šlachy na ruce). Podle těchto kritérií se popáleniny dělí na lehké, středně těžké a těžké. (42) Nejzávažnější místa popálení jsou obličej, krk, ruce, genitál a plosky nohou. (13)

Vlivem popáleninového traumatu vzniká popáleninový šok, který vrcholí po 24 hodinách od vzniku traumatu. Při popáleninách může také dojít k inhalačním poškozením dýchacích cest (=DC), jako je rozvoj edému a spasmu DC, intoxikací oxidem uhelnatým a dalšími produkty hoření. (30)

Úraz elektrickým proudem patří mezi další termická poranění. Elektrický proud způsobí popálení na místě vstupu do těla tam, kde prochází a i na místě, kde z těla vystupuje. I zdánlivě malé spáleniny mohou být hluboké a znamenají závažné riziko infekce. Míra poškození záleží zejména na velikosti proudu a jeho frekvenci, vlhkosti kůže, době, po kterou proud působil a cestě kterou procházel. Největším nebezpečím, které může bezprostředně ohrozit život dítěte při zásahu elektrickým proudem, je porucha srdečního rytmu (fibrilace komor) a srdeční zástava. (34) Poranění elektrickým proudem má tři složky, které se mohou kombinovat nebo vyskytovat samostatně. Jsou to patofyziologický účinek elektrického proudu, účinek tepla vznikající při průchodu proudu tkáněmi a popáleniny ze vzníceného oděvu.

Různé tkáně lidského těla mají pro elektrický proud různou vodivost. Největší odpor klade kost, nejmenší nervová tkáň. Projde-li elektrický proud srdcem nebo mozkem, může způsobit okamžitou smrt (fibrilací komor nebo zástavou dechu a srdeční činnosti). V místě vstupu a výstupu se objevují na kůži tzv. proudové známky, což jsou ohraničené nekrózy kůže šedé nebo žluté barvy. (42)

Úrazy elektrickým proudem dělíme na úraz elektrickým proudem nízkého a vysokého napětí. U dětí je nejčastější úraz elektrickým proudem nízkého napětí, kde nedochází k zástavě krevního oběhu. Děti se dotknou poškozeného kabelu elektrických spotřebičů nebo strčí prsty do zásuvky. Rozsáhlé jsou popáleniny v ústech. Především děti batolecího věku mají tendenci strkat vše do úst. Některé z těchto popálenin pak vyžadují opakované plastické operace.

Poleptání způsobují žíravé vlastnosti některých chemikálií, jako jsou kyseliny (sírová, chlorovodíková atd.) a zásady (louh, čpavek atd.). Poleptání pokožky je podobné popáleninám druhého a třetího stupně. Klasifikuje se podle standardní klasifikace popálenin a dochází k němu při přímém kontaktu žíraviny s povrchem kůže či očí, při vdechnutí nebo požití. (41). Mezi projevy poleptání patří pálení, svědění, dýchací potíže a krvácení.

1.4.2 Intoxikace

Intoxikace je náhle vzniklý stav organismu vyvolaný jedovatou látkou, která po vniknutí do organismu může způsobit poškození orgánů až smrt jedince. Intoxikace může být akutní, chronická, úmyslná nebo neúmyslná. Závažnost otravy závisí na druhu toxické látky, na množství a koncentraci jedu, rychlosti vstřebávání, způsobu metabolismu a rychlosti jejího vylučování.

Toxická (jedovatá) látka může poškodit tělesné struktury nebo narušit normální funkci organismu. Nejčastějším zdrojem toxickým účinků bývají především léky, ale okruh toxických látek je samozřejmě mnohem širší. (1)

U kojenců bývá otrava způsobena nepozorností rodičů, kteří mohou dát nechtěně do kojenecké lahve nebezpečnou látku. Děti od jednoho roku do čtyř let jsou nejvíce ohroženy náhodnou otravou, protože právě v tomto období se rozvíjí jejich zájem o okolní svět. Nejběžnější otravy jsou způsobeny polknutím nebo náhodným kontaktem s chemickými látkami, které můžeme najít v každé domácnosti. Nejčastěji se jedná o čisticí prostředky, různé hygienické přípravky (mýdla, šampóny, pěny do koupele), odstraňovače skvrn, alkohol a léky. Jedovaté jsou i některé pokojové rostliny (oleandr, voskovka aj.).

U větších dětí dochází k otravě nejčastěji spolknutím léků (léky položené na nočním stolku) nebo požitím čisticích nebo jiných prostředků (prostředky pod kuchyňským dřezem apod.). (41)

U dětí školního věku je častá intoxikace drogami a alkoholem. Stádia intoxikace alkoholem se dělí podle množství alkoholu v dechu nebo v krvi na excitační, narkotické a kómatózní stádium. Excitační stádium nastává při 0,5- 1 ‰ alkoholu v krvi a projevuje se zvýšenou tělesnou a duševní aktivitou krátce po požití a dochází k narušení koordinace pohybů. Narkotické stádium nastává pře 1-2‰ a projevuje se zčervenáním kůže především v obličeji. Chůze je vrávoravá a reakce jsou pomalejší. Dochází ke dvojitému vidění a závratím až zvracení. Později nastupuje významný útlum, lhostejnost a pasivita. Kómatózní stádium nastává při více než 2‰ alkoholu v krvi a projevuje se bezvědomím a zpomaleným dýcháním, hrozí zde riziko aspirace a zástava dechu. Závažnější otravy mohou skončit i smrtí intoxikovaného. (30)

Příznaky intoxikace jsou různé podle druhu požití látky. Obecně se otravy projevují bolestí břicha, dýchacími potížemi, zvracením, zimnicí, bolestmi hlavy, zhoršeným viděním, ztrátou vědomí. Žíraviny pak způsobují popáleniny a puchýře na ústech a obličeji. (41)

1.4.3 Dušení

Dušení patří mezi nejzávažnější a nejdramatičtější situace v dětském věku. Jde o kritickou situaci s různě vyjádřenou akutní dušností a známkami dechové nedostatečnosti. Dušení v nejranějším dětství způsobuje obstrukce dýchacích cest aspirací cizího tělesa. (12)

Akutní obstrukce dýchacích cest je stav, kdy nějaký předmět nebo patologický proces znemožní normální proudění vzduchu tracheobronchiálním stromem. Je to stav, který ohrožuje dětský život. U dětí bývá nejčastěji způsobena vdechnutím malých částí, jako jsou mince, části hraček, bonbóny, oříšky, kousky potravy, u kojenců například vdechnutím mateřského mléka atd. (8) Čím proximálněji se uzávěr nachází a čím je

úplnější, tím více je ohrožen život pacienta. Úplná obstrukce dýchacích cest musí být okamžitě uvolněna.

Příznaky dušení jsou neschopnost mluvit, plakat, dýchat či kašlat (u úplné obstrukce), emoční tíseň nebo panika, agitovanost a neklid až do ztráty vědomí, stridor (zvuk akutní tísně), pocení, cyanóza, svírání hrdla, redukované dýchací šelesty (u částečné obstrukce), nepřítomné dýchací šelesty (u úplně obstrukce) a zvýšené dýchací úsilí. (1)

1.4.4 Pády

Pády dětí patří k závažné problematice dětského věku a jsou jednou z nejčastějších příčin úrazů. „Podle údajů National Pediatric Trauma Registry (USA) jsou pády z výše v 39% příčinou dětských úrazů.“ (39 str. 85) Dítě v domácím prostředí může spadnout z gauče, křesla, postele, stolu, nebo kuchyňské linky. Dítě může vypadnout z kočárku, z něčí náruče nebo spadnout ze schodů či zábradlí. Většina pádů končí poraněním hlavy, páteře, břicha, hrudníku nebo zlomeninami končetin. (22)

1.4.4.1 Tupá poranění hlavy a páteře

Ve většině případů úder do hlavy způsobí jen poranění kůže, modřinu nebo bouli. Tento typ zranění se často jeví nebezpečněji, než ve skutečnosti je. Zranění má sklon silně krváct, protože pod povrchem vlasaté části hlavy jsou velké cévy. (36)

Zvláště u malých dětí je však třeba myslet, že silný úder do hlavy může mít vážné následky jako je například otřes mozku, který může způsobit dočasnou ztrátu vědomí, následnou nevolnost, pocit zmatenosti nebo zvracení. Dalším závažným problémem může být zlomenina lebky. Tento následek musíme řešit velmi pečlivě a rychle, jelikož zde může dojít ke krvácení a otoku mozku. (41)

Poranění páteře a páteřního kanálu (míchy) představuje velmi závažné poranění a bývá velmi často spojeno s poraněním hlavy a poraněním hrudníku. Při poranění páteře dochází k poškození vazivových spojení a meziobratlových plotének. Nejčastěji dohází k poranění v úseku krční páteře a na přechodu mezi hrudní a bederní

páteří. K poranění míchy a míšních kořenů dochází při luxaci obratlů a tříštivých, nestabilních zlomeninách obratlů. Poranění páteře se projevuje poruchou hybnosti a citlivosti končetin, poruchou funkce svěračů (močového měchýře a konečníku) a poruchou dýchání a nepřírozenou, strnulou polohou vleže. (5, 38)

1.4.4.2 Tupá poranění břicha

Tupá poranění tvoří asi 90% všech poranění břicha. Pády z výšky jsou nejčastější příčinou tohoto poranění. Může dojít k poranění sleziny až k její ruptuře, která se projevuje bolestivostí v levém podžebří a hematomy. Dále poranění jater, projevující se bolestí v pravém podžebří a hematomy. Poranění slinivky často provázejí i jiné orgány jako žaludek, duodenum, slezina nebo játra. Častým příznakem poraněného břicha bývá úlevová poloha, nevolnost a zvracení.(17)

1.4.4.3 Tupá poranění hrudníku

K tupému poranění hrudníku dochází přímým pádem z výšky na hrudník. Podle intenzity nárazu dochází k poranění měkkých tkání, ke zlomeninám jednoho nebo více žeber, nebo zlomenině hrudní kosti. (20) U tupého poranění nedochází k poranění pohrudnice, přesto mohou být ohroženy plicní funkce zhmožděním plicní tkáně či bolestí způsobenou zlomeninami žeber (vlající hrudní stěna, masivní hemotorax nebo tenzní pneumotorax). (39) U dětí následkem pádu nejčastěji dochází k otřesu hrudníku, známý pod laickým názvem „vyražený dech“, což je mimovolná krátká zástava dýchání, většinou po pádu na záda. Dítě je vyděšené a snaží se popadnout dech. Dalším těžším stavem je zhmoždění hrudníku, kde může dojít k poranění hrudní stěny, kterou provází pohmoždění svalstva a zlomeniny žeber. Dítě se bojí nadechnout, dýchá povrchně a zrychleně. (34)

1.4.4.4 Zlomeniny končetin

Dětské kosti jsou pružné a nepoškodí se tak snadno jako kosti v dospělosti. Ke zlomenině některé z končetin, může dojít např. při pádu. U dětí je nejčastější tzv. „zlomenina vrbového proutku“, při které se kost rozštěpí, ale nezlomí se. Dalším typem je jednoduchá zlomenina, kdy se kost čistě zlomí v jednom místě a složená zlomenina, kdy se kost zlomí ve více místech. V obou případech se mohou poškodit okolní cévy a svaly. Pád na otevřenou ruku nejčastěji způsobí zranění klíční kosti a ramene, zatímco přímý náraz na paži může způsobit právě zlomeninu vrbového proutku. (36)

Mezi jisté známky zlomeniny řadíme nápadnou změnu tvaru končetiny, nepřirozenou pohyblivost končetiny v místě zlomeniny, v nejhorších případech je při otevřené zlomenině patrný úlomek kosti. K nejistým známkám zlomeniny řadíme bolestivost, otok, snížení hybnosti končetiny a krevní výron v okolí poraněného místa. (34) Podobně jako zlomenina se může projevovat vymknutí nebo vykloubení některé z končetin.

1.4.5 Poranění ostrými předměty

Poranění způsobená ostrými předměty velmi úzce souvisí s ostatními úrazy v domácím prostředí, jako jsou pády nebo poranění domácími zvířaty. Nejčastěji se dítě může zranit v kuchyni například o nůž, kráječ, rozbitou skleničku, otevřenou konzervu nebo nůžky. (8)

Krvácení vzniká mechanickým porušením stěny cévy (tepny, žíly nebo kapiláry). Pochází z ran různého původu (bodných, řezných, stělných, tržných, zhmožděných) a je u poranění ostrými předměty asi největším nebezpečím. (8) Především u malých dětí existuje nebezpečí šoku již při ztrátě menšího množství krve, asi 100 ml, než u dospělého, kvůli celkově menšímu množství krve v těle.

Rozlišujeme krvácení vnitřní a vnější. Vnější krvácení se dá velmi snadno rozpoznat na rozdíl od krvácení vnitřního. Dále rozlišujeme krvácení podle velikosti a druhu poranění cévy. (19) Při poranění ostrými předměty dochází nejčastěji ke krvácení vnějšímu. Pokud je poraněna tepna, krev má jasně červenou barvu a vystřikuje z rány

frekvencí srdečního rytmu až několik centimetrů vysoko. Jde o nejzávažnější typ krvácení, protože dochází k velkému množství krevních ztát za poměrně krátkou dobu. Při poranění žíly má krev tmavočervenou barvu a z rány plynule vytéká. Kapilární krvácení je povrchové, kdy jasná krev z rány rozptýleně vytéká. Při zranění může docházet i ke smíšenému krvácení, jelikož žíly a tepny jsou uloženy v těle blízko sebe a bývají zraněny zároveň.

Řezné rány bývají nejčastěji způsobeny ostrým předmětem (nůž, nůžky, sklo, plech atd.). Pokud jsou povrchové a nezasahují do velkých cév, krvácejí mírně. Pokud jsou zasažena místa s bohatým cévním zásobením, krvácejí výrazně.

Bodné rány bývají způsobeny špičatými předměty (nůž, nůžky, pletací jehlice atd.) a můžou být mnohem nebezpečnější, jelikož neodhadneme přesnou hloubku a může dojít i k vnitřnímu zranění. (41) Obecně řezné, bodné nebo sečné rány nejsou tak náchylné k infekci a dobře se hojí. (34)

K penetrujícímu **poranění bulbu** také dochází poraněním ostrým předmětem (řezná, bodná, sečná poranění) nebo letícím cizím tělesem (střepiny skla, kovové úlomky). Rána bývá na první pohled patrná. Toto zranění bývá časté při dětských hrách (například šipky). (39) Jedná se většinou o závažný stav s vážnou prognózou. Dochází k poranění skléry s následným poraněním nitroočních struktur, prokrvácení sklivce, eventuálně k poranění sítnice. U tohoto poranění je velké nebezpečí infekce. (10)

1.4.6 Poranění domácími zvířaty

K poranění způsobeným domácími zvířaty dochází často při hře. Malé děti berou domácí zvířata jako svou hračku. Naopak starší děti zvířata často rády provokují a ti se pak brání kousnutím nebo škrábnutím. Přitom poranění od psů, koček nebo jiných domácích zvířat bývají závažná a mohou poznamenat dítě na celý život. (7)

Psí kousnutí je typickým příkladem tržné rány. Tržná rána je obvykle povrchové zranění, které se týká jen pokožky a podkoží. U tržné rány způsobené domácím zvířetem hrozí riziko infekce a nakažení vzteklinou. Tyto rány bývají doprovázeny pohmožděninou (rána tržná-zhmožděná) a mají velmi nepravidelné okraje.

Krvácení nebývá velké, ale poranění se projevuje velkou bolestí a může dojít k ztrátám tkání. (28, 41)

1.4.7 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte „CAN“ (= Child Abuse and Neglect) spočívá převážně v úmyslném ubližování dítěti, které je nejčastěji způsobeno právě jeho nejbližšími. (5, 38)

„Jde o dítě, kde z anamnézy od rodičů nebo vychovatelů, rozhovorem s dítětem nebo z klinického vyšetření dítěte nabudeme dojem, že je okolím fyzicky týráno nebo sexuálně zneužíváno. Projevem týrání dítěte může být i jeho podvýživa, těžké citové anebo výchovné zanedbání (obtěžně se prokazuje) anebo podávání jedovatých látek.“ (28 str. 302)

Jedná se o trestný čin způsobený, tělesným i citovým týráním, zneužíváním a zanedbáváním.

Při podezření na syndrom CAN je důležité všimnout si rozložení poranění. Časté jsou modřiny na trupu, zádech, hýždích a pažích a v obličeji. Dále si všímáme typu poranění. Podezřelé mohou být mnohočetné drobné popáleniny, fraktury lebních kostí, mnohočetné fraktury žeber, zlomeniny, které nemají charakter „vrbového proutku“, stopy po bití páskem. Různé otisky prstů po úderu, hematomy kolem očí a nesymetrická poranění. Mezi další známky zanedbání patří vši, rabies, špinavé oblečení, špína na kůži a za nehty. Mohou být přítomny známky poranění genitálu a anu. (28)

Nejčastější příčinou smrti u týraných dětí je poranění hlavy. Asi 90% těchto zranění je u dětí mladších 2 let a bývá provázeno edémem mozku. Druhou nejčastější příčinou úmrtí u týraných dětí je nitrobřišní poranění asi 45-50%. Zlomeniny se vyskytují u 10-36% týraných dětí a uvádí se, že 56% zlomenin u dětí mladších než 1 rok je výsledkem týrání. Úmyslné popáleniny jsou pozorovány maximálně u 10% fyzicky týraných dětí. Bývají způsobeny cigaretou, žehličkou nebo pohrabáčem. (39).

Podle trestního zákona č. 40/ 2009 Sb. a podle zákona o sociálně právní ochraně č. 359/1999 Sb. (§ 10, odst. 4) má, při podezření na protizákonné jednání na dítěti, každý občan ohlašovací povinnost. Odpovědný člověk musí kontaktovat policii či

Orgán sociálně-právní ochrany dětí (= OSPOD) dle bydliště dítěte, což lze i anonymně.
(26)

1.5 *Prevence úrazů*

„Nehoda není náhoda“

Úrazy představují závažný zdravotnický, ekonomický a společenský problém na celém světě. Nejčastější příčinou úmrtí u dětí od 1 do 14let je úraz nebo otrava. Rozdíly mezi jednotlivými státy jsou velké a jsou dány úrovní úrazové prevence. Žádný úraz se nestane náhodou. Přesto, že většině úrazů lze předejít, incidence úrazů je stále vysoká.

Na rozdíl od jiných států Evropské unie (=EU), kde se v posledních 30 letech rozvinula úrazová prevence, tak v České republice (=ČR) je úrazová mortalita dětí téměř dvojnásobná, například v roce 2006 zemřelo v ČR 277 dětí ve věku 0-19 let. Úmrtnost dětských úrazů se u nás snižuje především kvůli lepší traumatologické péči, nikoli díky vyšší úrovni úrazové prevence. Některé druhy úrazů, např. dopravní, školní a sportovní, mají dokonce stoupající tendenci. (3, 27) Každému úrazu předchází riziková situace, kterou můžeme eliminovat. Prevence úrazů při pádech, popálení, tonutí, otravách, doma a ve volném čase, je závislá na vůli a poučenosti rodičů a také na zdravotní výchově ve školách. Úrazy velmi často vznikají nedbalostí rodičů, kteří pro dítě nevytvořili bezpečné prostředí domova. (3, 27) Především u dětí starších 3 let je více pravděpodobné, že se stane nějaký úraz, jelikož si hrají se staršími sourozenci a rodiče častou nejsou těmto hrám (poskakování na posteli, polštářový boj, tříkolky, lezení po židlích atd.) přítomni. (33)

V souladu s Národním akčním plánem prevence dětských úrazů na léta 2007–2017, který česká vláda odsouhlasila v roce 2007, byl zahájen pilotní sběr úrazových dat v rámci Národního registru dětských úrazů. Tato data jsou využita pro nastavení účinných opatření při prevenci dětských úrazů v ČR. V rámci Národního registru dětských úrazů je každý úraz zaznamenán z hlediska příčiny jeho vzniku a vývoje,

charakteru postižení, postupu léčení, výsledků léčby a možných zdravotních komplikací. Tento způsob umožňuje optimální diagnostiku terapii i prevenci úrazů. (27)

Existují dva způsoby jak úrazům předcházet. Je to aktivní prevence a pasivní prevence. Oba způsoby prevence je důležité kombinovat. (7)

1.5.1 Aktivní prevence

Aktivní prevence zahrnuje výchovu a motivaci k bezpečnému chování. Děti se učí rozpoznat rizikové situace a již od předškolního věku by si s takovými situacemi měly umět poradit. S přibývajícím věkem by dítě mělo mít stále větší zodpovědnost za své bezpečí a zdraví. Je nutné vysvětlit dítěti, co všechno se může stát, když bude neopatrné. V období dospívání by dítě mělo být seznámeno s následky rizikového chování. V oblasti prevence by mohly výrazně pomoci zdravotní sestry, které pracují na chirurgických, ortopedických a pediatrických ambulancích. Sestra by měla využít každého kontaktu s dítětem a jeho rodiči k propagaci zdravého životního stylu a k prevenci dětských úrazů. Sestry by také měly spolupracovat se školskými zařízeními a podílet se na edukačních programech organizovaných školou se zaměřením na dětskou úrazovou prevenci. Za děti mají zodpovědnost rodiče. Naší společnosti je jasné, že snížit výskyt dětských úrazů je potřeba, ale přesto se prevenci úrazů dětí nevěnuje dostatečná pozornost.(7, 9, 25)

1.5.2 Pasivní prevence

Pasivní prevence spočívá ve vytváření bezpečného domova. Úrazy jsou převážně způsobeny nebezpečným prostředím, ve kterém se dítě pohybuje. V prostředí domova to jsou jedovaté pokojové rostliny, chemikálie, volně položené léky, ostré předměty, horké tekutiny a jiné. Přitom vytvoření bezpečného domova je velmi jednoduché. (7) Stačí si jen osvojit některá bezpečnostní pravidla. Například kuchyně je místnost, kde rodina tráví hodně času. Pro dítě je plná nebezpečí. Zde je vhodné nepoužívat dlouhý ubrus, který na sebe může dítě snadno stáhnout a opařit se např. horkým čajem.

V blízkosti dítěte nenechávat drobné předměty, které by mohlo spolknout. Pro děti od 6 měsíců do 3 let jsou nebezpečné hračky, které jsou menší než 4 cm v průměru. (14) Také ostré předměty, léky, čisticí prostředky, zápalky a zapalovače, to vše by mělo být mimo dosah dítěte. Je dobré vyvarovat se volně položených elektrických šňůr, rohožek, koberců. Všechny elektrické zásuvky by měly být zakryty ochranným krytem. Všechna okna by měla být zajištěna tak, aby je dítě nemohlo samo otevřít. Hračky, židle atd. nepatří pod okno. Nikdy nenechávat dítě bez dozoru na balkoně a u schodů. Pokud je v domě schodiště, mělo by být zabezpečeno bezpečnostními zábrany tak, aby na něj dítě nemohlo. Je dobré správně zvolit stabilní dětskou židli. Myslet na to, že postel není trampolína a že v bačkorkách s gumovou podrážkou a ponožkách s protiskluzovou úpravou dítě tak snadno neuklouzne. Na ostré rohy nábytku a kliky dveří existují speciální chrániče. (9, 14)

Dalším velkým nebezpečím pro dítě je koupelna. Dítě může utonout i na 10 cm vody a proto nenecháváme dítě ve vaně nikdy samotné. Nejdříve pouštíme studenou vodu. Než dáme dítě do vany, zkontrolujeme, zda má voda odpovídající teplotu, abychom dítě neopařili.

Zvýšit pozornost bychom měli především ve večerních hodinách, protože největší nebezpečí úrazu nastává, když je dítě unavené. (17, 36, 43)

1.6 První pomoc

První pomoc (=PP) je definována jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života účinně omezují rozsah a důsledky poškození.

Cílem první pomoci je zachránit život, zabránit zhoršení zdravotního stavu, urychlit proces uzdravení, předejít rozvoji šoku a komplikacím, zajistit bezpečnost sobě, raněnému a přihlížejícím a zajistit rychlý příjezd ZZS a transport.

Neposkytnutí PP podle zákona 140/1961 Sb. § 207 trestního zákoníku je trestný čin. (6)

1.6.1 Laická první pomoc u vybraných úrazů

Laickou první pomoc poskytuje laik nebo zdravotník bez specializovaných pomůcek ihned, přímo na místě, kde k události došlo, s využitím improvizovaných pomůcek jako je lékárnička, části oblečení atd. (6)

1.6.1.1 Termická poranění

Při tepelných popáleninách a opařeních je cílem první pomoci snížit bolest, zabránit prohloubení poškození a chránit před infekcí. Důležitá je také technická první pomoc. S ohledem na bezpečnost všech, zabránit dalšímu působení tepla na dítě. Pokud má dítě prstýnky, hodinky a jiné šperky, sejmeme je z popálených ploch a okolí. Pro následný otok tkáně může být jejich pozdější odstranění problematické. První pomocí u opaření je rychlé, ale opatrné odstranění oblečení, které může být nasáklé horkou vodou, tukem nebo jinou látkou a ochlazení postiženého místa studenou vodou. Ránu sterilně zakryjeme a vyhledáme lékařskou pomoc. Při popálení úst nebo hrdla vypitím horké tekutiny nebo vdechnutím páry, podáváme dítěti po locích studenou vodu nebo dáme cucat kostky ledu. (16, 34)

U popálenin prvního stupně se musí popálená místa chladit vodou do pocitu chladu, a to při popáleninách maximálního rozsahu 15% povrchu těla. Buď ponořit část těla do studené vody, nebo přiložit mokrý studený obklad. Chlad zmírňuje bolest a zastavuje postup spalovacího procesu do hlubších tkání. Puchýře nepropichujeme a příškvary nestrháváme. Popáleninu nikdy nezasypáváme práškem. Je nutné odstranit oděv, pokud není přiškvařený. Popálenou končetinu je dobré nechat zvednutou, aby se zmírnila bolest a snížilo se riziko otoku. (30, 35)

U malých popálenin druhého stupně popáleninu chladíme, ale jen při maximálním rozsahu popáleniny 15% povrchu těla, dokud bolest neustoupí. Především u dětí hrozí riziko podchlazení. Po zchlazení popáleniny je dobré nanést antibiotickou mast, která snižuje počet bakterií a zabrání dalšímu vniknutí a pomnožení bakterií. Dále přikrýt popáleninu suchým, nelepivým sterilním krytím. Pokud jsou popálené prsty, dát sterilní krytí mezi ně.

U velkých popálenin druhého stupně popáleninu nechladíme, jelikož hrozí podchlazení. Je třeba přikrýt popáleninu suchým, nelepivým sterilním krytím a vyhledat lékařskou pomoc. A udělat protišoková opatření (nohy zvedneme 20-30cm nad podložku, zajistíme dítěti klid, a zabráníme tepelným ztrátám). (35, 30)

U popálenin třetího stupně není třeba chladit, protože obvykle nebolí. Případná bolest je způsobena doprovodnými popáleninami druhého a prvního stupně, kterým chlazení může pomoci. Je třeba popáleninu sterilně krýt a ošetřit postiženého proti šoku (zvednutím dolních končetin pod úhlem 30° a udržet pacienta v teple- čisté prostěradlo, deka, izotermická fólie) a vyhledat lékařskou pomoc. Při ztrátě vědomí postupovat dle základních pokynů k resuscitaci dítěte dle GUIDELINES 2010 (viz. Příloha č. 2). (34)

Při elektrických popáleninách spočívá první pomoc v odpojení elektřiny. Nikdy se nedotýkat pacienta, elektrických kabelů ani předmětů dokud neodpojíme zdroj elektrického napětí např. vytažením napájecí šňůry elektrospotřebiče ze sítě nebo jeho vypnutím, vytažením zástrčky, je-li poškozená. Pokud to není možné, tak vypnutím hlavního elektrického jističe (bytový, domovní). (8) Kontakt mezi dítětem a vodičem musíme přerušit tak, abychom nebyli sami proudem zasaženi. Zjistíme, zda dítě dýchá, pokud ne, postupujeme podle základních pokynů k resuscitaci dítěte dle GUIDELINES 2010. Pokud dítě normálně dýchá, udržujeme ho v teple se zvednutými dolními končetinami a okamžitě vyhledáme lékařskou pomoc. (28, 35, 41)

Při poleptání chemickou látkou, necháme popáleninu alespoň 20 minut pod tekoucí vodou, abychom se ujistili, že dráždivá chemická látka z rány zmizela. Dále zakryjeme popálenou oblast suchým sterilním krytím. Lehké popáleniny chemickou látkou se většinou hojí bez zvláštního ošetření. Při poleptání oka provedeme okamžitý výplach dostatečným množstvím vody po dobu asi 30 minut, přiložíme aseptický obvaz, a co nejrychleji dopravíme pacienta k lékaři. (20, 44)

1.6.1.2 Intoxikace

Při akutní intoxikaci léky nebo alkoholem se snažíme vyvolat zvracení, pokud je-li dítě při vědomí. Pokud dýchá, uložíme ho do stabilizované polohy. Dítě se snažíme udržet při vědomí, nenecháme ho usnout. Upadne-li do bezvědomí nebo nedýchá, zajistíme průchodnost dýchacích cest záklonem hlavy a zahájíme ihned neodkladnou resuscitaci. (16, 17)

Při požití saponátů, louhů a těkavých látek zvracení nevyvoláváme. Podání 3-10 tablet živočišného uhlí rozdrceného ve vodě může pomoci u každé otravy, kromě poleptání sliznice a jícnu kyselinou nebo louhem. Zásadně pomůže u otrav léky, houbami a rostlinami. Je dobré zajistit toxickou látku, která otravu způsobila (obaly od léků, rostliny, zbytky chemické látky, zvratky atd.). Pokud zjistíte, že dítě snědlo nepatřičný lék, nebo jste mu omylem podali větší množství léku, volejte o radu Toxikologické informační středisko (TIS). (16, 17) U otrav zásaditou látkou je nutné zředit toxickou látku velkým množstvím tekutin během 10-15 minut a převést dítě co nejrychleji do nemocnice. Při otravách kyselinou nevyvoláváme zvracení, kyselinu neutralizujeme mírně zásaditými látkami (mlékem nebo dostatkem vody). Při pozření zásadité žíraviny (louh) nevyvoláváme zvracení, žíravinu neutralizujeme zředěným octem (100ml/l vody), citrónovou šťávou nebo zředěným mlékem. Zvracení nevyvoláváme také, pokud je dítě v bezvědomí, nebo pokud od požití toxické látky uplynuly více než dvě hodiny. (41, 44)

1.6.1.3 Dušení

Cílem první pomoci při vdechnutí cizího tělesa je rychle ho dostat z dýchacích cest a obnovit dýchání. Pokud dítě dýchá a je při vědomí, vyzveme ho ke kašli. Teprve, když je kašel neúčinný a dítě má poruchy dýchání, zahájíme aktivní postup.

U kojence děláme tzv. Gordonův manévr. Kojence si položíme hrudí a břichem na svoje předloktí s hlavou níže, než je jeho hrudník a udeříme ho silně pětkrát mezi lopatky. Poté zkontrolujeme dutinu ústní. Pokud cizí těleso nevidíme, tak ho nehledáme.

Když údery do zad nepomohou, pokračujeme stlačením hrudníku. (17) Větší dítě, které již neudržíme na předloktí, si můžeme ohnout přes koleno.

Druhou alternativou je tzv. Heimlichův manévr, prudké stlačení epigastria (nadbříšku) za účelem vypuzení vzduchu společně s cizím tělesem mimo dýchací cesty. Tento manévr nelze provádět u dětí mladších 8 let. Mohlo by dojít k poranění vnitřních orgánů a břišní dutiny. Po úspěšném vypuzení tělesa by se mělo dýchání upravit samo. Při neúspěšném vypuzení pokračujeme 2 počátečními umělými vdechy, kterými by se těleso mohlo posunout níž do dýchacích cest a uvolnit alespoň jednu plíci. Potom zahajujeme neodkladnou resuscitaci dle GUIDELINES 2010. Záklon hlavy u dětí není tak velký jako u dospělých. U novorozenců záklon hlavy neprovádíme vůbec. (30, 41)

1.6.1.4 Pády

Při zlomenině končetiny je nezbytné šetrně sundat postiženému dítěti vše, co by otékající končetinu mohlo škrtit. Se zlomenou končetinou nehýbeme. Před transportem dítěte na chirurgickou ambulanci, popřípadě před příjezdem ZZS, podložíme a zafixujeme končetinu v poloze, která je pro dítě pohodlná a nejméně bolestivá. Fixujeme kloub nad a pod zlomeninou. Zlomenou končetinu můžeme chladit ledem. (41) Horní končetinu fixujeme, v tzv. fyziologické poloze, v pravém úhlu šátkovým závěsem. Dolní končetinu znehybníme dlahami. Při otevřené zlomenině ránu sterilně kryjeme. Zlomenou končetinu nikdy nenatahujeme.

Při podvrknutí nebo vykloubení kloubu dítě pohodlně uložíme, poraněné místo chladíme, zatáhneme elastickým obinadlem a elevací končetiny snížíme přítok krve k postiženému místu. (8, 17, 34)

Při tupém poranění hlavy a páteře je nebezpečná jakákoliv nadbytečná manipulace s dítětem. Pokud je dítě při vědomí, položíme ho na záda s mírně podloženou hlavou. Při podezření na poranění krční páteře fixujeme hlavu dítěte tak, že ji držíme po obou stranách rukama, nezakrýváme uši. Hlavu držíme ve stabilní poloze do příjezdu ZZS. Při podezření na úraz krční páteře, dítě nepokládáme do zotavovací polohy. (34)

Poranění hlavy ošetříme sterilním krytím. Celkový stav dítěte stále sledujeme, především jeho vědomí, poruchy bdělosti a změny chování dítěte. S dítětem stále komunikujeme. Dbáme na správný tepelný komfort dítěte. Nikdy nedáváme dítěti nic ústy (= per os.) U dítěte v bezvědomí přivoláme ZZS, zajistíme průchodné dýchací cesty, kontrolujeme základní životní funkce. Pokud dítě dýchá, dáme ho do zotavovací polohy (= polohy na boku). (8, 17, 36)

Při krvácení z nosu dítě uklidníme, posadíme si ho na klín, předkloníme mu hlavu, stiskneme nosní dírky u kořene nosu prsty k sobě a držíme asi pět minut. Můžeme chladit zátylek, popřípadě kořen nosu. Při krvácení z ucha položíme dítě na bok poraněným uchem dolů tak, aby krev mohla volně vytékat. Hlavu podložíme polštářkem a dopravíme ho k lékaři. (44)

Při zlomenině spodiny lebeční položíme postiženého tak, aby krev z úst, nosu a uší mohla volně odtékat. Zavoláme ZZS a zajistíme tepelný komfort.

Při tupém poranění hrudníku dítě uložíme do polohy polosedě. Zavoláme ZZS. Při uzavřeném poranění hrudníku mírníme bolestivost znehybněním hrudníku elastickým obinadlem nebo trojčipými šátky. Znehybnění neprovádíme při dechové nedostatečnosti. Dítě se snažíme uklidnit, nepodáváme mu nic per os. Pokud dítě nedýchá, zahájíme resuscitaci dle GUIDELINES 2010. Pokud je dítě v bezvědomí, ale spontánně dýchá, uložíme jej do zotavovací polohy na poraněnou stranu, aby zdravá polovina mohla lépe dýchat.

Při tupém poranění břicha voláme ZZS a do příjezdu provádíme protišoková opatření (zajištění tepleného komfortu, zvednuté dolní končetiny...) Nepodáváme nic per os. (34) Dítě ponecháme v poloze na boku s pokrčenými končetinami. Pokud leží na zádech, pokrčíme mu nohy (podložíme kolena a chodidla zapřeme). (19)

1.6.1.5 Poranění ostrými předměty

Každou ránu je důležité sterilně krýt. Ránu tedy překryjeme sterilním krytím a zajistíme krycím obvazem. Do rány nic nespeme ani ránu nevyplachujeme. Cizí tělesa z ran neodstraňujeme. Přiložíme krycí obvaz nejlépe s polštářkem na místo, kde rána krvácí (hotový obvaz v autolékárničce). Při tepenném krvácení musíme udělat

kompresy přímo v ráně tlakovým obvazem nebo prsty přímo v ráně. Přiložený tlakový obvaz nesnímáme. Pokud krvácí horní nebo dolní končetina, zvedneme krvácející místo nad úroveň srdce. Končetinu můžeme zaškrtnout nad místem krvácení trojčipým šátkem, který nesmí být příliš úzký. Škrtdlo používáme jen výjimečně, musí být široké alespoň 5cm. (4, 8, 28, 35)

Poranění cév u hrudníku a dutiny břišní způsobená bodnou nebo řeznou ránou sterilně kryjeme a voláme ZZS. Při otevřeném zranění hrudníku použijeme poloprodyšný obvaz, který má 3 vrstvy (sterilní, neprodyšná, připevňující). Cizí těleso, fixované v hrudníku, neodstraňujeme, pouze sterilně obložíme a ránu utěsníme. (39)

1.6.1.6 Poranění domácími zvířaty

Při poranění domácím zvířetem, (psem, kočkou, potkanem, uštknutí hadem) je důležité zaznamenat všechny údaje o majiteli zvířete. Záznam o očkování zvířete a kontakt na veterináře. Musíme zastavit krvácení, ránu desinfikujeme nebo alespoň umyjeme mýdlem a kryjeme sterilním obvazem. Dítě dopravíme k lékaři, popřípadě voláme ZZS. (4, 17, 41) U hadího uštknutí ránu desinfikujeme, sterilně kryjeme. Dítě musí být v absolutním klidu, uděláme jemnou kompresy celé končetiny nad ranou elastickým obinadlem (mezi ránou a srdcem), nesmíme bránit arteriální cirkulaci. Končetinu, na které je rána, imobilizujeme. Ránu nemačkáme, nerozřezáváme ani nevysáváme jed z rány a končetinu nezaškrcujeme. U exotických hadů, kteří se v domácím prostředí převážně vyskytují, si musíme zapamatovat alespoň vzhled, pro určení o jakého hada se jedná. Pokud druh hada neznáme, informace o uštknutí hadem můžeme získat v Ústavu patologické fyziologie 1. LF UK (tel. 224 912 835) nebo v Toxikologickém centru při otravě živočišnými toxiny, antiséra při uštknutí hady (tel. 224 962 244). (4, 28)

1.6.1.7 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Při podezření na syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte „CAN“ závisí první pomoc na typu poranění. První pomoc u dítěte, ošetřením způsobeného zranění, nekončí. Takové podezření bychom měli hlásit Policii ČR. A dítě dopravit k lékaři, nejlépe do zdravotnického zařízení (=ZZ) s možností psychologického vyšetření, i když to charakter zranění nebo postižení sám o sobě nevyžaduje. Získáme tím čas a možnost mluvit s dítětem bez přítomnosti rodičů či jiných rodinných příslušníků. Podezření na zneužívání nebo týrání dítěte můžeme hlásit i sociální péči. (28, 30, 39)

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

2.1 *Cíl práce*

Zmapovat postupy pečující osoby v oblasti poskytování první pomoci u vybraných úrazů dětí v domácím prostředí.

2.2 *Výzkumná otázka*

Jaký byl postup pečující osoby při poskytování první pomoci u úrazů dětí v domácím prostředí?

3. METODIKA

3.1 *Metodika práce*

Výzkumná část bakalářské práce byla vedena kvalitativní formou výzkumu, metodou dotazování pomocí polořízeného rozhovoru s předem připravenými otázkami. Otázky byly sestaveny dle nastudované literatury a vlastních vědomostí a byly předem konzultovány s vedoucí mé bakalářské práce. Celý průběh rozhovoru byl se souhlasem respondentů zaznamenáván na digitální záznamník (digtafon) zn. Sony a následně přepsán do textové podoby (textový procesor Microsoft Word) (viz. Příloha č. 5)

Struktura rozhovoru se skládala z 6 otázek, které byly případně rozšířeny potřebnými doplňujícími podotázkami. Na začátku rozhovoru byla vždy od jednotlivých osob zjišťována základní fakta, týkající se problematiky úrazů dětí vzniklých v domácím prostředí, tyto informace byly dále v průběhu samotné rozpravy konkretizovány a rozvíjeny tak, aby z nich byl v poslední fázi dialogu vyvozen závěrečný úsudek. Výsledné informace z vedených rozhovorů byly dále analyzovány a následně sumarizovány do konečných výsledků, uvedených v následujících kapitolách této bakalářské práce.

3.2 *Charakteristika zkoumaného souboru*

Daný rozhovor byl veden s vybranými pečujícími osobami, které poskytovali první pomoc u dětí s úrazem vzniklým v domácím prostředí. Formuláře s jednoduchými anketními otázkami byly rozšířeny na jednotlivá, předem vybraná místa, kde se odhadovala nejvyšší zpětná reakce ze strany veřejnosti. Jednalo se o mateřskou školu v Táboře, mateřské centrum v Táboře, čekárnu pediatrické ordinace v Táboře a čekárnu chirurgické ambulance tamtéž. Do výzkumu se přihlásilo celkem 6 respondentů, jednalo se konkrétně o jednu maminku a dva tatínky dětí z mateřské školy, dvě maminky se přihlásily v mateřském centru a jedna maminka v čekárně pediatrické ordinace. V čekárně chirurgické ambulance se ankety nezúčastnil nikdo. S uvedenými respondenty

jsem si, na základě jimi uvedených kontaktních údajů, sjednala individuální schůzky, za účelem provedení rozhovoru.

4. VÝSLEDKY

V této kapitole mé bakalářské práce jsou shrnuty a zároveň částečně zhodnoceny jednotlivé rozhovory poskytnuté zúčastněnými respondenty. Celkem bylo vedeno 6 polořízených rozhovorů s osobami, které se setkali s dětským úrazem vzniklým v domácím prostředí (plné znění rozhovorů v textové podobě je uvedeno v Příloze č. 5). Respondenty jsem získávala na základě ankety v podobě jednoduchého formuláře (viz Příloha č. 4) v mateřské škole v Táboře, v mateřském centru v Táboře, v soukromé chirurgické ordinaci v Táboře a v čekárně pediatrické ordinace také v Táboře. Ve všech případech se do ankety přihlásili přímo rodiče poraněných dětí. Šlo o různě staré děti, zasažené rozdílnými druhy úrazů. S rodiči dětí jsem si následně, dle jimi poskytnutých kontaktních údajů, sjednala individuální schůzky, během kterých jsem jim při společném rozhovoru položila 6 základních otázek, relevantní odpovědi jsem v případě potřeby získávala ještě pomocí doplňujících podotázek.

V úvodní části rozhovoru jsem se zaměřila na získání základních informací o povaze a vzniku úrazu, o věku dítěte apod. První otázkou jsem navázala na kladnou odpověď respondenta z anketního formuláře, že se on sám, nebo osoba z jeho blízkého okolí, setkala s úrazem dítěte, který se stal v domácím prostředí. Požádala jsem tedy dotazovaného, aby specifikoval, o jaký konkrétní úraz dítěte se jednalo. Ve druhé otázce jsem konkretizovala údaje o zraněném. Informovala jsem se o tom, komu se daný úraz stal, zda šlo o vlastní dítě dotazovaného, popřípadě dítě z okruhu jeho rodiny či známých, nebo zda se úraz stal přímo dotazovanému v jeho dětských letech. Dále jsem se zajímala o konkrétní časový údaj, tedy rok, měsíc, nebo alespoň období, kdy k úrazu došlo a v neposlední řadě také o věk dítěte v době úrazu. Ve třetí otázce se jednalo zejména o zjištění příčiny vzniku úrazu, určení místa, kde se příhoda odehrála, popřípadě ostatních souvisejících událostí. V následující části rozhovoru jsem se snažila vystihnout jádro celé problematiky, tedy zmapovat přístup veřejnosti k úrazu blízké osoby dětského věku, postup první pomoci, která se poškozenému dostala ze strany pečující osoby a získat informace o případném následném odborném ošetření ve zdravotnickém zařízení. Čtvrtá otázka byla zaměřena na prvotní reakci respondenta po

zjištění úrazu, získání informací o jeho následujících krocích, zejména v případě poskytnutí laické první pomoci poškozenému a s kladením důrazu na popis přesného postupu ošetření. U páté otázky jsme zjišťovala, jestli si úraz dítěte svou vážností vyžádal následné odborné ošetření ve zdravotnickém zařízení, jakým způsobem bylo dítě případně ošetřeno a jestli mu po tomto úrazu nezůstaly nějaké trvalé následky. V závěrečné části rozhovoru jsem si přála znát objektivní názor dotazovaného, zda, s odstupem času, hodnotí svůj postup při poskytování první pomoci jako správný, nebo zda by dnes, třeba po uplynutí několika let nebo po získání nových informací z oblasti první pomoci, udělal něco jinak.

4.1 *Analýza rozhovorů s respondenty*

4.1.1 Respondent č. 1 - „Pokousání psem“

Můj první rozhovor byl veden s otcem devítiletého chlapce. Syn dotazovaného utrpěl úraz v podobě pokousání psem, ke kterému došlo v létě 2013, konkrétní měsíc ani datum nebyl uveden. K celé události došlo v době, kdy byli na návštěvě u respondenta přátel se psem „bojového plemene“. Poškozený chlapec byl během úrazu bez dozoru dospělých osob ve vedlejší místnosti, kde se přetahoval se psem o hračku. Během hry došlo k nehodě, kdy mu pes prokousl ruku. Respondent uvedl, že z obavy z infekce ránu ihned opláchl studenou vodou a z domácí lékárničky použil desinfekci a sterilní obvazy. Rána byla hluboká a krev prosakovala přes obvaz a tak se raději rozhodli vyhledat odbornou pomoc. Dítě bylo ošetřeno na dětské pohotovosti, kam ho otec dovezl vlastním vozidlem. Na pohotovosti byla přítomná lékařka, která ránu znovu desinfikovala a zašila. Dále byla řešena problematika možné nákazy dítěte vzteklinou. Obavy se nepotvrdily, jelikož pes byl řádně očkovan. Chlapci po úrazu zůstaly na ruce jen malé jizvy, ale úraz mu přesto zanechal následky v podobě psychické újmy, jelikož od nešťastné příhody trpí fobií ze psů. Respondent se domnívá, že při ošetřování postupoval správně, svou největší chybu vidí v tom, že dítě nechal, aby si samotné hrálo

se psem. V poskytnutí první pomoci by dnes postupoval stejným způsobem jako před rokem.

4.1.2 Respondent č. 2 - „Intoxikace“

Druhý rozhovor byl veden s matkou dvou chlapců. Jednomu bylo v době úrazu pět let a druhému osm let. V tomto případě se jednalo o intoxikaci dětí hnojivem na květiny. K úrazu došlo v červenci 2003, když respondentka, pracující jako zdravotnický záchranář, zalévala na terase květiny a byla náhle povolána k akutnímu případu. Láhev od limonády obsahující však dešťovou vodu, jemně zakalenou, a hnojivo na muškáty s obsahem dusíku, fosforu a draslíku, nechala volně postavenou na terase na stole. Manžel respondentky, který neznal pravý obsah nádoby, nutil děti tuto vodu pít, aby nebyly dehydrované. Když si děti stěžovaly, že jim tato limonáda nechutná, bylo jim, v rámci výchovy, řečeno, že jsou rozmazlené a nic jiného k pití nedostanou. Respondentka se z práce vrátila po třech hodinách, což bylo asi 1,5 hodiny od požití hnojiva. Děti si jí stěžovaly, co musely pít a že mají žízeň. Respondentka se vyděsila, že nechala lahev s nebezpečným obsahem na stole a že jí děti vypily. Hledala etiketu, kde bylo uvedeno složení hnojiva, ale nevěděla, zda jsou obsažené látky nebezpečné a tak mobilním telefonem volala kolegům na zdravotnickou záchranou službu, aby jí přepojili na Toxikologické informační centrum v Praze, které poskytuje nepřetržitou lékařskou pomoc při otravách. Zde respondentka s místní lékařkou prodiskutovala celý problém. Lékařka respondentku ujistila, že je vše v pořádku, že děti možná více vyrostou a doporučila příjem většího množství tekutin (vody) a v případě zhoršení stavu, vyhledání lékařské pomoci. Děti nebyly ošetřeny v žádném zdravotnickém zařízení, ani dnes nemají žádné trvalé následky z tohoto úrazu. Respondentka si myslí, že se zachovala správně a dnes by při poskytnutí první pomoci postupovala stejně. Uvádí ale velkou psychickou zátěž, kterou děti i ona postoupily, jelikož jela zachránit cizí lidi a málem si otrávila své vlastní syny. Dotazovaná se také poučila, že nemá dávat hnojivo, ani jiné nebezpečné látky do lahve od limonády.

4.1.3 Respondent č. 3 - „Resuscitace“

Třetí rozhovor byl veden s otcem tehdy dvouletého chlapce, který se dusil polévkou. Událost se stala před pěti lety. Dítě jedlo polévku a začalo se dusit. Respondent se svou manželkou nevěděli jak postupovat, oba panikařili a křičeli na sebe. Respondent nakonec zavolal zdravotnickou záchrannou službu a dále postupoval přesně dle rad operátérky na zdravotnickém operačním středisku. Nejdříve prováděl Gordonův manévr, kdy udeřil dítě pětkrát mezi lopatky. Pomoc byla na cestě a respondent měl zahájit telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci = TANR, kterou ale odmítl. Nevěděl jak resuscitaci provést a měl strach z toho, že bude postupovat špatně a dítěti ublíží. Dítě začínalo mít známky cyanózy. Respondent do dítěte střídavě vdechnul a následně ho udeřil mezi lopatky. Tento postup respondent opakoval až do příjezdu zdravotnické záchranné služby, která ihned zahájila kardiopulmonální resuscitaci. Resuscitace byla úspěšná. Dítě asi po třech minutách spontánně ventilovalo. Ihned bylo transportováno do zdravotnického zařízení, kde mu byla poskytnuta poresuscitační léčba. Chlapec je dnes v pořádku. Nemá žádné trvalé následky způsobené tímto úrazem. Respondent odpověděl, že jediné co udělal správně je, že zavolal zdravotnickou záchrannou službu. Respondent si není jistý, jak by v poskytnutí první pomoci postupoval dnes. Má obavy ze stejné paniky, ale již se teoreticky orientuje v problematice laické první pomoci. Prakticky si vyzkoušel i kardiopulmonální resuscitaci na výukovém modelu a jeho syn se stal dobrovolným členem Českého červeného kříže.

4.1.4 Respondent č. 4 - „Opaření“

Čtvrtý rozhovor byl veden s respondentkou, jejíž syn se před dvěma lety opařil horkou vodou. Chlapci byly v době úrazu čtyři roky. Respondentka dala syna do vany a odběhla si do jiného patra v domě pro čistý ručník. Její starší syn mezitím pustil do vany horkou vodu a opařil svého mladšího bratra. Respondentka přiběhla, jakmile slyšela z koupelny křik a ihned vytáhla dítě z vody a zabalila ho do suchého ručníku. Jelikož mělo dítě na nohou puchýře, přiložila mu na ně mraženou zeleninu, aby ránu ochladila. S manželem následně jela vyhledat odbornou pomoc. Dítě bylo ošetřeno na chirurgické ambulanci, popálená místa mu sterilně ošetřili a kryli. Dítě dostalo analgetika a

antibiotika a bylo hospitalizováno 5 dnů na dětském oddělení. Dítě je dnes bez trvalých následků. Respondentka by dnes volala zdravotnickou záchrannou službu, ale jinak je přesvědčena, že první pomoc poskytla správně. Přiznává, že chybou bylo nechat dítě samotné ve vaně.

4.1.5 Respondent č. 5 - „Tepenné krvácení“

V pátém rozhovoru se jedná o poranění dítěte ostrým předmětem. Respondentka popisuje, jak její syn proletěl skleněnými dveřmi a pořezal se. Tento úraz se stal před rokem jejímu mladšímu synovi, který zůstal se starším bratrem doma. Dítěti bylo sedm let. Respondentka trávila odpoledne na návštěvě u sousedů. Děti běhaly po bytě, kde jednotlivé místnosti bytu jsou průchozí a byt lze tedy probíhat kolem dokola. Starší syn zabouchl tomu mladšímu prosklené dveře těsně před ním a ten jimi proletěl. Starší syn nebyl schopen poskytnout bratrovi první pomoc. Tu poskytla následně až Respondetka, která slyšela křik. Nejprve také panikařila a volala svému manželovi o radu. Ten jí řekl, aby zavolala zdravotnickou záchrannou službu. Z rány na ruce stříkla chlapci jasně červená krev. Operátérka na zdravotnickém operačním středisku zahájila telefonicky asistovanou první pomoc= TAPP, která spočívala v zástavě krvácení. Respondentka měla tlačit ránu přímo v místě poranění a tak vzala utěrku, která visela v kuchyni a tlačila jí na krvácející místo. Potom svému synovi zdvihla ruku nahoru nad úroveň srdce, aby rána tolik nekrvácela. A starší syn bratrovi podložil nohy. Zdravotnická záchranná služba přijela na místo asi po deseti minutách. Dítě bylo ošetřeno na chirurgické ambulanci a později hospitalizováno tři dny na chirurgickém oddělení. Byla mu nahrazena krevní ztráta (krevní deriváty, infúze) a ošetřeno poranění od vysypaného skla. Rány byly zašity sedmnácti stehy na horních končetinách a dvěma stehy na obličeji. Po úrazu mu zůstala jizva na pravém předloktí. Respondentka tvrdí, že nepostupovala při poskytování první pomoci správně. Panikařila a nevěděla, co má dělat. Dnes by nevolala o radu svému manželovi, ale rovnou by volala zdravotnickou záchrannou službu a krvácející místo by tlačila prsty přímo v ráně, než by dorazila odborná pomoc.

4.1.6 Respondent č. 6 - „Pád ze schodů“

V posledním rozhovoru se jednalo o pád dítěte na schodech. Rozhovor poskytla matka dcery, které bylo v době úrazu pět let. Nehoda se přihodila na zahradě, při rodinné oslavě narozenin. Všude bylo mnoho lidí a děti pořádně nikdo nehlídal. Respondentka uvedla, že její dcera běžela dolů po schodech od domu, nesla v ruce pití, zakopla a rozsekla si hlavu o ostrý okraj betonového obrubníku, na který dopadla. Respondentka byla v kuchyni, ale hned vyběhla ven. První byl u dítěte její manžel. První pomoc jsme poskytli společně s ostatními. Byla mezi námi i zkušená zdravotnice. Respondentka přiložila na ránu sterilní čtverec a snažila se zastavit krvácení. Bohužel většina z oslavenců již byla pod vlivem alkoholu a tak neměl dítě kdo dopravit do zdravotnického zařízení. Naštěstí akorát na oslavu dorazil i bratr respondentky, který ji spolu se zraněným dítětem odvezl na chirurgickou ambulanci. Respondentka s dcerou po celou dobu komunikovala. Na chirurgické ambulanci lékař ránu vyčistil a zašil. Rána se zahojila dobře, je vidět jen malá jizva. Respondentka si myslí, že udělala v rámci první pomoci vše správně. Jen děti už nesmí běhat po betonových schodech.

4.2 *Analýza postupů poskytnuté první pomoci*

V následující kapitole se budu zabývat rozborem jednotlivých rozhovorů. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat postup pečující osoby při poskytování první pomoci při dětském úrazu vzniklém v domácím prostředí. Byla stanovena hlavní výzkumná otázka: Jaký byl postup pečující osoby při poskytování první pomoci při dětském úrazu vzniklém v domácím prostředí. Tyto zmapované postupy budou v následující kapitole porovnávány s metodikou první pomoci při dětském úrazu zpracovanou v teoretické části bakalářské práce, poznatky nastudovanými z odborné literatury a vědomostmi získanými během studia.

4.2.1 Rozhovor č. 1

U prvního rozhovoru bude rozebrán postup otce devítiletého chlapce, jemuž byl loni v létě způsoben úraz domácím zvířetem, konkrétně psem „bojového plemene“. Pes dítěti způsobil tržnou ránu na horní končetině. Rána byla hluboká a silně krvácela. Otec ránu vyčistil proudem studené vody, vydesinfikoval přípravkem z domácí lékárny a sterilně kryl obinadlem. Jelikož rána dále prosakovala, rozhodl se vyhledat odbornou pomoc a syna odvezl na chirurgickou ambulanci.

Otec postupoval v zásadě správně, ránu desinfikoval a sterilně kryl. Správné bylo i rozhodnutí vyhledat odbornou lékařskou pomoc, když krvácení nešlo zastavit a rána stále prosakovala. Při poranění domácím zvířetem je dále důležité zaznamenat všechny údaje o majiteli zvířete, záznam o očkování zvířete nebo kontakt na veterinárního lékaře, což zřejmě otce v danou chvíli nenapadlo. V tomto případě se jednalo o poranění způsobené zvířetem, jehož majitelé byli přátelé respondenta, proto nebyl problém zjistit, že je pes řádně očkovan, a tak dítě nemuselo být vakcinováno proti vzteklině. Problém by mohl nastat, pokud by si otec dané informace včas nezjistil v případě, že by se jednalo o poranění neznámým zvířetem.

4.2.2 Rozhovor č. 2

U druhého rozhovoru šlo o postup matky dvou synů, kteří byli ve věku pět a osm let intoxikováni potencionálně nebezpečnou látkou v podobě hnojiva na květiny. Matka intoxikaci zjistila cca 1,5 hodiny od požití, kdy si jí děti stěžovaly, co museli pít, přičemž jevíly známky dehydratace. Matka, povoláním zdravotnický záchranář, si i přes momentální velkou psychickou zátěž erudovaně vyhledala na obalu prostředku jeho chemické složení. Jelikož si sama nebyla jistá povahou obsažených látek, zavolala kolegům na zdravotnickou záchrannou službu a vyžádala si telefonní spojení s Toxikologickým informačním střediskem v Praze. Konzultovala tam s tamní lékařkou další postup. Dotazovaná se i v této situaci zachovala profesionálně. Jelikož děti měly zachované základní vitální funkce, bylo primárním cílem zjistit požitou toxickou látku a následně volat o radu zdravotnickou záchrannou službu popř. Toxikologické informační

středisko. Další možností by mohlo být i podání univerzálního antidota, živočišného uhlí, rozpuštěného ve vodě, které může pomoci u každé otravy.

4.2.3 Rozhovor č. 3

Na základě třetího rozhovoru je analyzován postup rodičů při poskytnutí první pomoci dvouletému dusícímu se chlapci. Chlapec během krmení aspiroval tekutou složku potravy a začal se dusit. Rodiče situaci nezvládli a propadli panice. Zdravotnickou záchrannou službu volali až po opadnutí počátečního zděšení. Následovala telefonicky asistovaná první pomoc. Otec měl dle pokynů operátorky provést Gordonův manévr k uvolnění dýchacích cest dítěte. Udeřil tedy syna 5x mezi lopatky, ale tento zákrok nevedl k obnově spontánní ventilace. Jelikož dítě začínalo jevit známky cyanózy, vyzvala operátorka zdravotnické záchranné služby k zahájení telefonicky asistované neodkladné resuscitace. Tu otec odmítl provést kvůli neznalosti postupu první pomoci a obav z ublížení svému dítěti. Otec do příjezdu zdravotnické záchranné služby svévolně prováděl první pomoc, spočívající v částečném okysličování dítěte střídavě s pokusem o Gordonový manévr.

Rodiče pochybili hned v prvním momentě, kdy vzájemným dohadováním se a panikou ztratili cenné okamžiky, což se však dá v dané chvíli očekávat. Rodiče nedokázali samostatně poskytnout dítěti laickou první pomoc. Záchytným bodem bylo až zavolání zdravotnické záchranné služby. Za asistence operátorky byla zahájena telefonicky asistovaná první pomoc. Po neúspěšném provedení Gordonova manévru, měla na pokyn operátorky následovat neodkladná resuscitace, kterou otec odmítl vykonat. Ačkoliv otec pokračoval alespoň v okysličování dítěte a provádění Gordonova manévru, nebyť včasného příjezdu zdravotnické záchranné služby, mohla mít tato situace ireverzibilní následky. Hlavní příčinu komplikací lze shledat v tom, že rodiče nebyli dostatečně poučeni, jak provést laickou resuscitaci a nebyli tak schopni poskytnout dítěti náležitou první pomoc. Jelikož v tomto případě není k dispozici hlasový záznam ze zdravotnického operačního střediska, není možné jednoznačně

posoudit, zda se jednalo o neschopnost operátorky přimět otce ke spolupráci, nebo nerespektování otce jejích pokynů.

4.2.4 Rozhovor č. 4

Ve čtvrtém rozhovoru je zachycen postup první pomoci matky čtyřletého chlapce při termickém poranění, způsobeném opařením horkou vodou. Matka nechala dítě samotné ve vaně a starší sourozenec ho spuštěním vařící vody z kohoutku opařil. Když matka uslyšela křik, přiběhla do koupelny, vytáhla dítě z vody a zabalila ho do suchého ručníku. Chlapec měl dle popisu matky rudou kůži a na nohou místy puchýře. Matka proto vyndala z mrazáku sáček mražené zeleniny a přiložila ho chlapci na opařené místo. Poté společně s manželem odvezli syna do nemocnice na ošetření.

Při termickém poranění je důležité zabránit dalšímu působení tepla na postižené oblasti. Za správný postup by se dalo považovat, že matka vytáhla dítě z horké vody, ale chybný postup byl, že chlapce nejprve zabalila do suchého ručníku. Jelikož se jednalo o popáleniny I až IIa stupně, měla být opařená místa v první řadě chlazena studenou vodou a to až do pocitu chladu, což by zmírnilo i bolest dítěte. Matka místo toho přiložila poškozenému na kůži mraženou zeleninu, bez krytí kůže, čímž mohlo dojít k zúžení cév, horšímu prokrvení poškozeného místa, horšímu odvádění tepla a tím ještě k většímu prohloubení popáleniny. Vhodnějším postupem by bylo opařená místa pouze sterilně kryt a použit studený obklad, nikoliv sáček s mraženou zeleninou a následně dítě dopravit do zdravotnického zařízení nebo volat zdravotnickou záchrannou službu.

4.2.5 Rozhovor č. 5

V pátém rozhovoru byl zaznamenán postup poskytnutí první pomoci v případě tepenného krvácení, způsobeného pořezáním o rozbité skleněné dveře. S tímto úrazem sedmiletého chlapce se musela potýkat jeho matka a starší bratr. Oba chlapci v nepřítomnosti dospělé osoby běhali po bytě a mladší z bratrů proletěl zavřenými prosklenými dveřmi a utrpěl řezná poranění v obličeji a na horních končetinách. Dle

rozhovoru s matkou se jednalo s největší pravděpodobností o tepenné krvácení na pravé horní končetině a několik menších oděrek s život neohrožujícím vlasečnicovým krvácením na obličejí. Příмым účastníkem tohoto úrazu byl tedy jen devítiletý bratr, který svému mladšímu sourozenci nebyl schopný poskytnout první pomoc. První pomoc poskytla až matka dětí, přivolaná křikem, která však v první chvíli propadla panice. Na místo toho aby prvotně zastavila masivní krvácení, například stlačením prstů přímo v ráně, začala hledat v domácí lékárně zdravotnické pomůcky k zástavě krvácení, čímž ztratila cenné vteřiny. Dalším prodlením bylo, že nejprve volala o radu manželovi, místo zdravotnické záchranné služby. Zdravotnickou záchrannou službu volala až na pokyn manžela. Operátorka zdravotnické záchranné služby zahájila telefonicky asistovanou první pomoc, která spočívala v zástavě masivního, život ohrožujícího, krvácení a provedení protišokových opatření.

4.2.6 Rozhovor č. 6

V posledním rozhovoru je mapován postup poskytnutí první pomoci matky své pětileté dceři, která při pádu ze schodů utrpěla tržnou ránu hlavy. Úraz se přihodil na zahradě rodinného domu během oslavy narozenin, kde bylo sice přítomno více dospělých osob, ale nikdo na dítě momentálně nedával pozor. Při scházení schodů dítě zakoplo a o ostrou hranu betonového obrubníku si způsobilo krvácející ránu na čele. První byl u zraněné její otec, který poté společně s matkou a ostatními přítomnými, včetně jedné zdravotnice, začali poskytovat dítěti prvotní ošetření zranění. Dle popisu matky se jednalo o rozseknuté obočí nad jedním okem. Pro zastavení krvácení přítomní na rozseknuté obočí přiložili kapesník, následně našli v domácí lékárně sterilní obvaz, kterým ránu kryli. Po tomto základním ošetření matka společně se svým bratrem odvezli dívku do nemocnice na chirurgickou ambulanci, kde byla odborně ošetřena. Během cesty autem začala dívka usínat, proto se s ní matka snažila po celou dobu jízdy komunikovat. Na celém průběhu poskytnutí první pomoci nelze shledat žádné velké pochybení, ale zároveň je na místě připomenout, že se nejednalo o žádný závažný, život

ohrožující, úraz. Nejdůležitější v tomto případě bylo zastavit krvácení, ránu sterilně krýt a u dítěte stále sledovat jeho vědomí, poruchy bdělosti a změny chování, což matka během transportu do zdravotnického zařízení správně prováděla.

5. DISKUSE

Do výzkumné části mé bakalářské práce se, na základě provedené ankety, přihlásilo šest respondentů, kteří se setkali s úrazem dítěte vzniklým v domácím prostředí. Jednalo se o čtyři ženy a dva muže, ve všech případech byli dotazovaní rodiče dětí, kterým se úraz stal. Anketa v podobě jednoduchého formuláře byla umístěna na veřejně přístupných místech v mateřské škole, mateřském centru, čekárně pediatrické ordinace a soukromé chirurgické ordinace v Táboře. Se všemi přihlášenými respondenty jsem provedla polořízený rozhovor. Hlavním úkolem jednotlivých rozhovorů bylo zjistit chování, postupy a informovanost veřejnosti v případě poskytování první pomoci dětem, při úrazu v domácím prostředí.

Do rozhovorů se přihlásili rodiče dětí ve věku od dvou do osmi let, mezi zraněnými dětmi výrazně převažovali chlapci, oproti jediné dívce jich bylo celkem šest. Překvapivě rozmanitý je počet druhů jednotlivých úrazů dětí, s jejichž popisem jsem se během rozhovorů seznámila. Při přípravě výzkumné části své bakalářské práce jsem předpokládala, že se během dialogu s respondenty setkám ve všech případech s obdobnými lehčími úrazy způsobenými například pády, jako je fraktura končetin apod. Ve výsledku jsem se však seznámila s postupem poskytování první pomoci i při poranění domácím zvířetem, intoxikaci, dušení, opaření a tepenném krváčení.

Rozhovor, který jsem s respondenty vedla, se skládal ze tří částí. V úvodu jsem položila tři základní otázky, kterými jsem zjistila charakter úrazu, věk zraněného dítěte a období vzniku úrazu. V druhé části jsem se dotázala na vykreslení celé události úrazu a následně jsem hned další otázkou zjišťovala postup pečující osoby při poskytování první pomoci u daného úrazu, což bylo také cílem mé bakalářské práce. V dalším průběhu rozhovoru jsem se zajímala o hodnocení vlastního postupu při poskytování první pomoci z pohledu pečující osoby s odstupem času. Chtěla jsem vědět, jaký názor má rodič na celou věc dnes. V závěru rozhovoru jsem se zeptala, zda bylo dítě ošetřeno ve zdravotnickém zařízení a zda mu zůstaly nějaké trvalé následky.

Předtím, než se budeme zabývat diskusí nad jednotlivými postupy pečujících osob při poskytování první pomoci zraněným dětem, které jsem si postupně zmapovala

v jednotlivě vedených rozhovorech, bylo by na místě poznamenat jeden základní fakt. V pravý čas poskytnutá a správně provedená laická první pomoc je jedním ze základních a zásadních kroků, k návratu poraněné osoby do normální kvality života. A proto by měli základní neodkladnou resuscitaci dokázat provést všichni občané bez speciálního vybavení a pomůcek. Vždyť to jediné, co člověk v tento okamžik potřebuje, k záchraně života nebo zdraví druhého, jsou jeho vlastní ruce. Na mou anketní otázku odpověděli ve všech případech rodiče dětí, kterým se nějaký úraz v domácím prostředí přihodil. Ať už se jednalo o poranění domácím zvířetem, intoxikaci, dušení, opaření, tepenné krvácení nebo pád, očekávala jsem, že většina respondentů si dokázala s poskytnutím první pomoci poradit. Předpokládala jsme, že výše uvedené pravidlo, že každý občan by si měl s provedením neodkladné resuscitace umět poradit, platí obzvláště u rodičů malých dětí. Toto pravidlo se v tomto případě stoprocentně nepotvrdilo.

Během zpracovávání výzkumné části své bakalářské práce jsem zaznamenala konkrétní údaje, které částečně vyvracejí mé předchozí úvahy. Porovnáme-li hodnoty, plynoucí z výsledků mého výzkumu, zjistíme, že rady si poskytnutí první pomoci u svého dítěte, věděla polovina, tedy tři z celkového počtu šesti dotazovaných. Jednalo se o respondenty poskytující rozhovor č. 1, 2 a 6. V případě respondenta č. 1 se jednalo o poranění malého chlapce domácím zvířetem. V této situaci nebyl hlavní chybou vlastní přístup otce v rámci poskytnutí první pomoci, ale situace, kdy si malý chlapec sám, bez dozoru dospělé osoby hrál s potencionálně nebezpečným zvířetem. Otec poranění na ruce vyčistil, vydezinfikoval a sterilně kryl a poté syna odvezl do zdravotnického zařízení, kde byl chlapec odborně ošetřen. Zavádějící však byli okolnosti, za kterých chlapec k úrazu přišel, když si sám, bez dozoru dospělé osoby hrál s potencionálně nebezpečným zvířetem, psem „bojového plemene“. U respondenta č. 2, matky dvou chlapců, kteří se intoxikovali nebezpečnou látkou, jsem rovněž nezaznamenala chybný postup v případě poskytnutí první pomoci. Matka, povoláním zdravotnický záchranář, i v případě úrazu vlastních dětí postupovala profesionálně. Na pováženou zde však byla také situace, která všemu předcházela, tedy nedůsledný přístup rodičů při dohledu nad malými dětmi. Stejně tak tomu bylo i u respondenta č. 6. Jednalo se o matku pětileté dcerky, která se zranila, při pádu na zahradě rodinného domu, při oslavě narozenin.

Dívka byla ponechána bez dozoru, zatímco rodiče spolu s ostatními dospělými slavili. Různé studie tvrdí, že úrazy velmi často vnikají nedbalostí rodičů, kteří pro děti nevytvořili bezpečné prostředí domova. To potvrzuje i časopis s názvem *Prevence úrazů, otrav a násilí* číslo 1 z roku 2008, s aktuálními údaji úrazovosti dětí v ČR. Dále některé studie tvrdí, že především u dětí starších 3 let, je více pravděpodobné, že dojde k úrazu, protože si hrají se staršími sourozenci a rodiče těmto hrám nejsou přítomni. Touto problematikou se zabývá i J.C Simpson et al. v časopisu *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* Vol, No. 3, September 2009 na straně 164. Tak jako tomu bylo i v případě úrazu, uvedeného respondentem v pátém rozhovoru, kdy si děti hrály sami doma. Matka nebyla této hře přítomna. Chlapci, dva bratři, se honili po bytě, až mladší syn narazil do prosklených dveří. Obdobný případ se stal i respondentce č. 4. Zde došlo k situaci, že dva chlapci zůstali bez dozoru v koupelně. Starší chlapec pak opáčil mladšího bratra ve vaně horkou vodou. Oba případy mají ještě společné to, že pečující osoba nebyla schopna poskytnout dítěti první pomoc. V těchto případech nebyli schopni poskytnout první pomoc starší sourozenci, což je však vzhledem k jejich věku akceptovatelné. Ale první pomoc nedokázali svým dětem poskytnout ani rodiče. Bez odborné pomoci neposkytl první pomoc svému dítěti ani respondent č. 3, který odmítl poskytnutí neodkladné resuscitace svému dusícímu se synovi.

Jedním z kroků první pomoci je i přivolání zdravotnické záchranné služby. Z odpovědí respondentů vyplývá, že odbornou pomoc si přivolali 2 z 6 respondentů. V prvním případě se jednalo o zranění uvedené respondentem č. 3, kdy se dvouletý chlapec začal dusit při jídle. Ve druhém případě šlo o tepenné krvácení z horní končetiny po pořezání sklem, které uvedl respondent č. 5. Můžeme tedy konstatovat, že v obou případech šlo o život ohrožující, velmi vážný úraz dítěte a rozhodnutí rodičů kontaktovat zdravotnickou záchrannou službu, bylo na místě. Respondenti číslo 1, 4, a 6 své děti do zdravotnického zařízení dopravili sami. Transportu předcházelo laické domácí ošetření. Jednalo se o vyčištění, vydesinfikování a sterilní krytí poranění horní končetiny, způsobeného domácím zvířetem v případě respondenta č. 1, dále o ochlazení opažené pokožky dítěte v případě respondenta č. 4 a o ošetření rozseknutého obočí, způsobeného pádem u dotazovaného č. 6. V těchto případech nebylo bezprostředně

nutné kontaktovat o pomoc zdravotnickou záchrannou službu. To však neznamená, že by byl způsob provedení první pomoci ze strany rodičů u výše jmenovaných případů úplně správný.

Specifickým byl v tomto ohledu případ uvedený v rozhovoru respondenta č. 2. Zde matka zjistila, že se její dvě děti intoxikovaly hnojivem, u kterého neměla přesnou představu o nebezpečnosti jeho složení. Postup první pomoci proto telefonicky konzultovala s Toxikologickým informačním střediskem v Praze, poskytujícím nepřetržitou odbornou pomoc. Po konzultaci s Toxikologickým informačním střediskem, zůstaly děti v domácím ošetření. Telefonicky asistovaná první pomoc byla zahájena u respondenta č. 3 a 5. Jednalo se o poskytnutí základních informací volajícímu na zdravotnické operační středisko. Hlavním cílem zdravotnického operačního střediska bylo zklidnit volajícího a ujistit ho, že výjezdová skupina je na cestě a navést ho k poskytnutí efektivní první pomoci u daného zdravotního problému. Stejně tak to udává např. Šeblová v Urgentní medicíně v klinické praxi lékaře. V případě respondenta č. 5 zahájila operátorka zdravotnické záchranné služby telefonicky asistovanou první pomoc, která spočívala v instrukcích, jak zastavit život ohrožující krvácení a provést potřebná protišoková opatření. U respondenta č. 3 měla být zahájena telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace = TANR, která je významnou součástí řetězce přežití. Jde o instrukce, které dává operátor zdravotnického operačního střediska volajícímu. Dle Šeblové TANR spočívá v poskytnutí efektivní pomoci ve fázi, která je pro přežití kritická, než na místo dorazí výjezdová skupina zdravotnické záchranné služby. Respondent ale TANR odmítl. V tomto případě se jednalo o neznalost základní neodkladné resuscitace. V dnešní době by se nemělo nic takového stát. Měl by být kladen mnohem větší důraz na poskytování první pomoci, neodkladné resuscitace a jejich výuku pro všechny občany. O tomto problému pojednává Šeblová v Urgentní medicíně v klinické praxi lékaře.

Ve zdravotnickém zařízení bylo ošetřeno pět ze šesti respondentů. U žádného z dotazovaných nezůstaly poraněným dětem žádné vážné trvalé následky. U respondentů č. 1, 5, a 6 se jednalo jen o malé jizvy po chirurgickém šití a dítě respondenta č. 1 utrpělo psychickou újmu v podobě fobie ze psů.

Na otázku, zda si respondent myslí, že udělali vše správně, kladně odpověděli respondenti 1, 2, a 6. Tito respondenti tvrdí, že v otázce první pomoci postupovali správně. A na navazující otázku, zda by dnes respondent udělal něco jinak, odpověděl respondent č. 1, že by nenechal dítě samotné s cizím psem. Respondent číslo 2. se ponaučil, že nemá nechávat žádné nebezpečné látky v lahvi od limonády a respondent č. 6 uvedl, že děti už nesmí běhat po betonových schodech. V tomto případě se jedná spíše o problém prevence dětských úrazů. Dle mého názoru je důležité, že si rodiče uvědomili možnosti aktivní i pasivní prevence a snaží se dnes vytvořit svému dítěti bezpečnější domov. O důležitosti prevence dětských úrazů pojednává i bakalářská práce Jany Gabrhelové, která se zabývá tím, zda mají matky dostatečné informace o prevenci domácích úrazů u dětí a jestli vědomě chrání své děti používáním pomůcek proti úrazům. A z jejichž výsledků vyplývá, že dotazované ženy informace mají, většinou z vlastní zkušenosti, ale rozhodně nejsou dostačující.

Respondenti, kteří na otázku, zda si myslí, že udělali vše správně, odpověděli záporně, ale z uvedených rozhovorů je zřetelné, že si uvědomují si své chyby v poskytnutí první pomoci. V tomto případě se jedná o respondenta č. 3 a 5. Respondent č. 3 si není jistý, jak by se zachoval dnes ve stejné situaci, ale získal teoretické znalosti o poskytování první pomoci a základní neodkladné resuscitaci, kterou si vyzkoušel i na cvičné figuríně. Svého syna přihlásil do kroužku Českého červeného kříže. U rozhovoru č. 5 si je respondentka jistá, že první pomoc neposkytla správně. Uvádí, že panikařila a nevěděla co dělat. Dnes by se ihned snažila zastavit tepenné krvácení a nevolala by o radu svému manželovi, ale kontaktovala by nejprve zdravotnickou záchrannou službu. Oproti tomu respondentka č. 4 si není vědoma důležitých pochybení při poskytnutí první pomoci. Jediný problém vidí v tom, že nechala dítě samotné ve vaně a že si nezavolala zdravotnickou záchrannou službu. I když, dle mého názoru a v konfrontaci s odbornou literaturou se jednalo i o některé další chyby při poskytnutí první pomoci.

6. ZÁVĚR

V mé bakalářské práci bylo hlavním cílem zmapovat postupy pečující osoby v oblasti poskytování první pomoci u vybraných úrazů dětí v domácím prostředí, pomocí stanovené výzkumné otázky, která měla za úkol zjistit, jaký byl postup pečující osoby při poskytování první pomoci u vybraných dětských úrazů v domácím prostředí. Tato otázka byla zodpovězena pomocí rozhovoru provedeného s pečující osobou.

Na základě rozhovorů jsem zjistila, že hodnoty plynoucí z výsledků udávají, že 50 % dotazovaných, tedy 3 z celkového počtu 6 respondentů, nepostupovalo při poskytování první pomoci svému dítěti, správně. Svému dítěti pomohli, až po přivolání odborné pomoci a podle rad operátorky na zdravotnickém operačním středisku.

Četnost dětských úrazů je stále vysoká a někdy stačí jen chvíle nepozornosti a následky mohou být trvalé. Většina z těchto úrazů se stala právě v nepřítomnosti pečující osoby, když bylo dítě bez dozoru a nikdo ho v danou chvíli nehlídal. Čím je dítě mladší, tím větší je potřeba dohledu a pomoci dospělých. Domácí úrazy nejsou obvykle tak závažné jako jsou například úrazy dopravní a jen výjimečně jsou smrtelné, ale jejich počty jsou vyšší.

Dále jsem zjistila, že laická veřejnost není stále dostatečně informována o postupech při poskytování první pomoci a laické resuscitaci. A právě při poskytnutí první pomoci dítěti podlehne panice. Což by se nemělo stát, především pokud jde o úraz dítěte. Cílem celé populace by mělo být naučit se, jak dětským úrazům předcházet a jak dítěti v případě nějakého úrazu poskytnout první pomoc. Ať už jde o vlastní dítě nebo cizí.

Tato práce může sloužit jako studní materiál pro studenty a také jako možný návod poskytování první pomoci u dětských úrazů pečujícím osobám.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

Dětské úrazy

Dětský věk

Domácí prostředí

Dušení

Intoxikace

Pády

Poranění domácími zvířaty

Poranění ostrými předměty

Prevence dětských úrazů

První pomoc

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Termická poranění

8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATUY

- 1) ADAMS, B., HAROLD C. E. (ed.). *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vydání. Přel. I. Suchardová. Praha: Grada Publishing a.s., 1999. 488 stran. ISBN 80-716-9893-8.
- 2) BAYER, Milan (ed.). *Pediatric*. 1. vydání. Praha: Triton, 2011. 350 stran. ISBN 978-80-7387-388-2.
- 3) BENEŠOVÁ, Veronika. Sledování dětských úrazů ve vybraných regionech. *Československá pediatrie*, 2007, Roč. 62, č. 6, s. 371-375. ISSN: 0069-2328
- 4) BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vydání. Praha: Triton, 2008. 450 stran. ISBN 978-80-7254-815-6.
- 5) ČESKÝ ČERVENÝ KRÍŽ. *Příručka první pomoci*. 2. vydání. Přel. I. Citová a S.Cita. Bratislava: Perfekt a.s., 2007. 288 stran. ISBN 978-80-8046-359-5.
- 6) ČIHÁKOVÁ, Hana. *Hlavní trendy v pohledu na roli lektora ve vzdělávání: 13. setkání členů partnerské sítě TTnet ČR*. Editor Hana Čiháková. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2013, 43 s. ISBN 978-80-87652-93-0.
- 7) DĚTSVÍ BEZ ÚRAZU: *Prevence úrazů*. [online]. [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://detstvibezurazu.cz/prevence-urazu/>
- 8) DOBIÁŠ, Viliam. *Urgentní zdravotní péče*. 1 vydání. Martin (SR): Osveta spol. s.r.o., 2007. 179 stran. ISBN 978-80-8063-258-8.
- 9) DRÁBOVÁ, Magdalena et al. *Venku číhá džungle, aneb, Jak se chránit před úrazy: pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 6. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 73 stran. ISBN 80-704-0905-3.
- 10) RTLOVÁ, Františka a MUCHA, Josef. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 368 s. ISBN 80-701-3379-1.

- 11) European Resuscitation Council: *Guidelines 2010*, dostupné z: http://www.resuscitace.cz/?page_id=47
- 12) FAJT, Martin. ZDN: Zdravotnictví medicína. *Obstrukce dýchacích cest u dětí* [online]. 17. 1. 2012 [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/obstrukce-dychacich-cest-u-deti-prednemocnicni-pece-141791>
- 13) FERKO, Alexander (ed.) et al. *Chirurgie v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 591 stran. ISBN 80-247-0230-4.
- 14) FRIŠOVÁ, Lenka. *Úrazy dětí: Dětství bez úrazu*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 36 s. ISBN 80-869-9172-5. Dostupné z: <http://www.viod.cz/editor/assets/download/publikace/urazy%20deti.pdf>
- 15) GABRHELOVÁ, Jana. *Úrazy dětí v domácnosti*. Bakalářská práce. Plzeň Fakulta zdravotních studií, 2013. 60 str. Vedoucí práce Mgr. Jaroslava Nováková.
- 16) GREGORA, Martin. *Péče o dítě*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 139 stran. ISBN 978-80-247-2030-2.
- 17) GREGORA, Martin. *První pomoc u dětí*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2004. 72 stran. ISBN 80-204-1064-3.
- 18) JÍRA, Igor. FnBrno: *Zvláštnosti poranění břišní dutiny u dětí*. [online]. [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/data/files/129.pdf>
- 19) KEGENHOFF, Franz. *První pomoc*. 1. vydání. Praha: Ikar, 2006. 207 stran. ISBN 80-249-0662-7.
- 20) KELNEROVÁ, Jarmila et al. *První pomoc II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 184 stran. ISBN 978-80-247-2183-5.

- 21) KING, W. James. Installation of safety devices reduces the risk of home injury in children. *Evidence Based Nursing*. 2012, roč. 15, č. 1, s. 13-14.
- 22) KUKLA, Lubomír. *Pády dětí očima projektu elspac*. 2. konference ŠKOLA A ZDRAVÍ 21. Brno, 2006. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/2006/konference_2006/sbornik_2006/pdf/062.pdf
- 23) MEDINDIA: Network for helth: *Termoregulace u dětí* [online]. [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://www.medindia.net/education/familymedicine/Feverinchildren-Thermoregulation.htm>
- 24) MINAŘÍKOVÁ, Petra. *Četnost a příčiny úrazů u dětí v přednemocniční neodkladné péči*. České Budějovice, 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.
- 25) CSc.MODRÝ KONÍK. In: [online]. [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://www.modrykonik.cz/prevence-detskych-urazu/>
- 26) NETOLICKÁ, Danuše. Týrání a zneužívání dětí. [online]. 20. 08. 2011 [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/N/13555/TYRANI-A-ZNEUZIVANI-ETI.html/%20http://usm.lf1.cuni.cz/download/Syndrom.CAN.pdf/>
- 27) NOVOTNÁ, Jana. Aktuální údaje úrazovosti dětí v ČR národní registr dětských úrazů a jeho význam pro prevenci dětských úrazů. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 2008, roč. 2, č. 1, s. 25-31. ISSN: 1801-0261.
- 28) POKORNÝ, Jan et al. *Lékařská první pomoc*. 2. vydání. Praha: Galén, 2010. 474 stran. ISBN 978-80-7262-322-8.
- 29) POKORNÝ, V., a kol.: *Traumatologie*. Praha 2002 Triton ISBN 80-7254-277-X.
- 30) REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ et al. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 240 stran. ISBN 978-80-247-4530-5.

- 31) RYŠAVÁ, Marie. *Základy anesteziologie a resuscitace u dětí*. 2. dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 234 s. ISBN 80-701-3400-3.
- 32) SEDLÁŘOVÁ, Petra et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 248 stran. ISBN 978-802-4716-138.
- 33) SIMPSON, Jean C.. Child home injury prevention: understanding the context of unintentional injuries to preschool children. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. 2009, vol. 16, issue 3, s. 159-167. DOI: 10. 1080/17457300903135636. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17457300903135636>
- 34) SRNSKÝ, Pavel. *První pomoc u dětí*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 112 stran. ISBN 978-80-247-1824-8
- 35) STELZER, Jiří a Lenka CHYTILOVÁ. *První pomoc pro každého*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 116 stran. ISBN 978-80-247-2144-6.
- 36) STOPPARDOVÁ, Miriam. *První pomoc malým dětem*. 1. vydání. Přel. J. Kantová. Praha: Slovart, s.r.o., 2005. 64 stran. ISBN 80-7209-677-X.
- 37) SZÚ, Státní zdravotní ústav: *Růstové grafy ke stažení* [online]. [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/data/program-rustove-grafy-ke-stazeni>,
- 38) ŠEBLOVÁ, Jana, KNOR, Jiří. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 400 s., xvi s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4744-346.
- 39) ŠNAJDAUF, J., K. CVACHOVEC a T. Trč et al. *Dětská traumatologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 180 stran. ISBN 80-7262-152-1.
- 40) TCCC: Tactical Combat Casualty Care. *Neodkladná první pomoc v poli*. Poranění hrudníku. [online]. [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://armytccc.webnode.cz/taktikal-combat-casualty-care/poraneni-hrudniku/>

- 41) TRAPANI, Gianfranco. et al. *První pomoc a zdraví dítěte*. 1. vydání. Přel. V. Křenková. Praha: Portál s.r.o., 2006. 144 stran. ISBN 80-7367-137-9.
- 42) VALENTA, Jiří et al. *Chirurgie: pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 237 stran. ISBN 80-246-0644-5.
- 43) VELEMÍNSKÝ, Miloš et al. *Vybrané kapitoly z pediatrie: pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 6. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2003. 176 stran. ISBN 978-80-7394-182-6.
- 44) VIGUÉ, Jordi (ed.). *Rodinná encyklopedie zdraví – První pomoc*. 1 vydání. Přel. L. Buhajová. Čestice: Rebo Productions, 2006. 294 stran. ISBN 80-723-4538-9.
- 45) VYHNÁNEK, František et al. *Chirurgie I.*. 2. vydání. Praha: Informatorium, 2003. 224 stran. ISBN 80-733-3005-9.

9. PŘÍLOHY

9.1 *Seznam příloh*

Příloha 1: Tabulka popálenin u dětí podle Lunda- Browdera

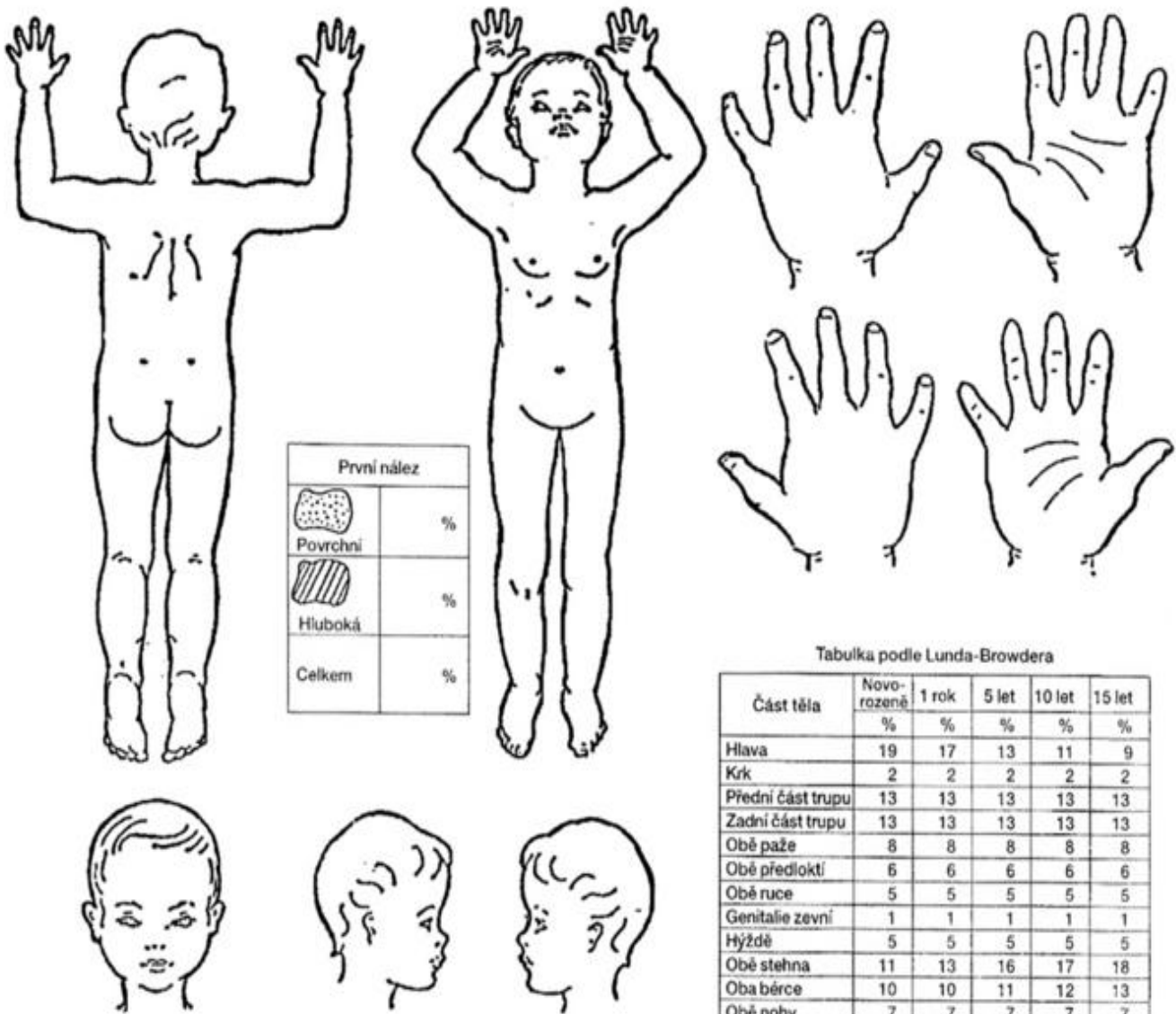
Příloha 2: Základní neodkladná resuscitace u dítěte od 1 roku dle GUIDELINES 2010

Příloha 3: Základní neodkladná resuscitace u dospělého a dětí od 8 let dle GUIDELINES 2010

Příloha 4: Anketa

Příloha 5: Přepis rozhovorů s jednotlivými respondenty

Příloha č.1: Tabulka popálenin u dětí podle Lunda- Browdera (39)





Základní neodkladná resuscitace dítěte

Postup pro zdravotnický personál



Po 1 minutě KPR volejte tísňovou linku 155
nebo přivolejte resuscitační tým



Příloha č. 3: Základní neodkladná resuscitace u dospělého a dětí od 8 let dle GUIDELINES 2010.



Základní neodkladná resuscitace & automatizovaná externí defibrilace



Zkontrolujte vědomí

Jemně postiženým zatřeste
Hlasitě jej oslovte: „Jste v pořádku?“



Pokud nereaguje

Zprůchodněte dýchací cesty a zkontrolujte dýchání

Pokud nedýchá normálně nebo nedýchá vůbec

Volejte 155 & přineste AED (pokud je k dispozici)

Okamžitě zahajte resuscitaci



Položte svoje ruce na střed hrudníku postiženého a proveďte 30 stlačení hrudníku:

- Hrudník stlačujte do hloubky alespoň 5 cm frekvencí nejméně 100/min
- Obemkněte svými rty ústa postiženého
- Plynule do nich vdechujte, dokud se nezvedne hrudník
- Jakmile hrudník klesne, vdech zopakujte
- Pokračujte v resuscitaci



KPR 30:2



Zapněte AED & nalepte elektrody

Postupujte neprodleně podle hlasových pokynů přístroje

Nalepte jednu elektrodu pod levé podpaží

Nalepte druhou elektrodu pod pravou klíční kost, vpravo od hrudní kosti

Pokud je na místě více zachránců, nepřerušujte KPR během nalepování elektrod



Odstupte & proveďte defibrilaci

Postiženého by se nikdo neměl dotýkat:

- během analýzy srdečního rytmu
- při defibrilačním výboji

Pokud normálně dýchá

*** Otočte postiženého do zotavovací polohy na boku**

- Volejte 155
- Neustále kontrolujte, zda normálně dýchá



Resuscitaci ukončete, pokud se postižený začne probouzet (hýbe se, otevírá oči a normálně dýchá).
Pokud zůstává v bezvědomí a normálně dýchá, otočte jej do zotavovací polohy*.

ANKETA:

„Úrazy dětí v domácím prostředí“

Dobrý den,
jako studentka 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář, Zdravotně-sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, si Vás dovoluji požádat o spolupráci na výzkumné části své bakalářské práce, zabývající se úrazy dětí v domácím prostředí.

Setkali jste se s řešením úrazu dítěte, který se přihodil v domácím prostředí?

- Ano, setkal (a) jsem se osobně s řešením dané problematiky.
- Ano, setkal (a) jsem se s řešením dané problematiky ve svém okolí.
- Ne, s řešením dané problematiky jsem se nikdy nesetkal (a).
- jiná odpověď:

.....

S řešením jakého úrazu dítěte v domácím prostředí jste se setkal (a)?

- popálenina
- úraz elektrickým proudem
- otrava
- dušení
- pád
- poranění domácím zvířetem
- poranění ostrým předmětem
- syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
- jiný úraz:

.....

V případě, že budete ochotni mi poskytnout anonymní rozhovor do výzkumné části mé bakalářské práce, prosím Vás o zanechání Vašeho kontaktu na tomto formuláři, popřípadě mě můžete přímo kontaktovat na telefonním čísle +420 602 562 577 nebo e-mailu ppochyla@seznam.cz.

Děkuji za Váš čas a těším se na další spolupráci
Petra Pochylá

Případný kontakt na Vás:

.....

Příloha č. 4: Přepisy rozhovorů s jednotlivými respondenty

RESPONDENT č. 1

Dobrý den,

v mé anketě jste odpověděl, že jste se vy osobně nebo někdo z vašeho blízkého okolí setkal s dětským úrazem vzniklým v domácím prostředí. Můžete mi prosím říct, o jaký úraz se přesně jednalo?

Jednalo se o pokousání mého syna psem našich známých.

Kdy se to stalo a kolik bylo Vašemu synovi?

Stalo se to loni v létě o prázdninách. Synovi bylo 9 let.

Jak se to stalo?

Byli u nás doma na návštěvě naši známí a mezitím, co jsme se bavili, můj syn si hrál s jejich psem na chodbě. Je to takové menší bojové plemeno. Ale nikdy s ním nebyl žádný problém. Přetahovali se o hračku a pes mu prokousl ruku.

Jak jste se zachoval? Poskytnul jste mu první pomoc?

Synovi jsem hned z obavy z infekce ruku opláchnul pod proudem vody a z domácí lékárničky jsem vzal desinfekci a nějaké obvazy. Rána se mi zdála hluboká a hodně krvácela. Tak jsem mu jí zavázal, ale pořád prosakovala a kluk pořád brečel bolestí a tak jsem ho vzal autem na pohotovost.

Jakým způsobem bylo dítě ošetřeno ve zdravotnickém zařízení?

Na pohotovosti nás přijali hned. Paní doktorka ránu prohlédla a se sestrou jí znovu řádně vyčistili, vydesinfikovali a ránu zašili. Paní doktorka se zajímala, jak k úrazu došlo a chtěla informace o majiteli toho psa a jestli je pes očkovaný proti vzteklině. A tak jsem volal hned našim známým a ti mě ujistili, že je pes očkovaný.

Zůstaly mu po tomto úrazu nějaké trvalé následky?

Naštěstí se rána zahojila dobře, a tak mu zbyla na ruce jen nepatrná jizvička. Jediné, co mě trápí je, že se syn od té doby bojí všech psů. Ale to se snad časem dá do pořádku.

Myslíte si, že jste udělal vše správně?

No, v první řadě byla hloupost nechat syna s cizím psem samotného, ale jinak bych asi dnes postupoval stejně.

RESPONDENT č. 2

Dobrý den,

v mé anketě jste odpověděla, že jste se již vy osobně nebo někdo z vašeho blízkého okolí setkal s dětským úrazem vzniklým v domácím prostředí. Můžete mi prosím říct, o jaký úraz se přesně jednalo?

Ano, šlo o intoxikaci mých dvou synů hnojivem na kytky.

Kdy se to stalo? Kolik let jim bylo?

Stalo se to v červenci 2003, klukům bylo 5 a 8 let.

Jak k tomu úrazu došlo?

V láhvi od minerální vody jsem měla naředěné hnojivo na zalévání kytek v oknech. Jelikož pracuji jako zdravotnický záchranář, byla jsem povolána akutně do práce a lahev jsem položila na stůl na terase. V té lahvi byla dešťová voda ze sudu, jemně zakalená a hnojivo na muškáty s obsahem dusíku fosforu a draslíku. Petr, můj manžel v rámci výchovy, nutil děti, aby tuhle vodu vypily, protože si myslel, že je to nějaká šťáva. Zlobil se, že jsou rozmazlený, když tvrdily, že je to ošklivý a že jim to nechutná a že nic jiného nedostanou. Domů jsem se z práce vrátila asi po třech hodinách, což bylo asi 1,5 hodiny od požití. Děti si mi začaly stěžovat, že mají žízeň a říkaly, že jim tamta voda nechutná a že jim tatínek říkal, že to musí pít a že už to nechtějí. Zhrozila jsem se.

Jak jste se zachovala? Poskytla jste první pomoc? Jak přesně jste postupovala?

Nejdříve jsem zkoumala obal, ale moc chytrá jsem nebyla. Zavolala jsem mobilem kolegům na záchranku, aby mě přepojili na Prahu na intoxikace. S paní jsem prodiskutovala celý problém. Uklidnila mě, že by se nemělo nic dít. Že děti možná více povyrostou nadopovaný výživou. Doporučila mi, aby pili hodně čistou vodu a v případě nějakých potíží nebo zhoršení jejich stavu, abych vyhledala lékaře.

Byly děti později odborně ošetřeny v nějakém zdravotnickém zařízení? Nezůstaly jim nějaké trvalé následky?

U lékaře jsme nebyli, kluci žádné potíže druhý den neměli. Oba kluci už nás přerostli, možná za to může to hnojivo.

Myslíte si, že jste udělala vše správně?

Myslím, že jsem postupovala správně. Spíš tam byla psychická zátěž, jak pro kluky, tak pro mě. Jela jsem zachránit cizího člověka a málem jsem si otráвила vlastní děti.

Udělalyste dnes něco jinak?

Dnes bych se zachovala stejně jako tenkrát. Volala bych o radu do toxikologického centra. Spíš jsme se ponaučila, že nemám dávat hnojivo nebo nic jiného do lahve od limonády. Ted' už to nedělám.

RESPONDENT č. 3

Dobrý den,

v mé anketě jste odpověděla, že jste se již vy osobně nebo někdo z vašeho blízkého okolí setkal s dětským úrazem vzniklým v domácím prostředí. Můžete mi prosím říct, o jaký úraz se přesně jednalo?

Šlo o dušení našeho syna polévkou.

Kdy se to stalo a komu? Kolik let mu bylo?

Stalo se to před pěti lety, byl mu dva roky.

Jak k tomu úrazu došlo?

My jsme obědvali a kluk jedl polévku a najednou se začal dusit. Nemohl se nadechnout a ani neplakal.

Jak jste se zachoval? Poskytnul jste první pomoc?

Hrozně jsem panikařil a moje žena taky. Nevěděli jsme co dělat. Křičeli jsme na sebe a nevěděli jsme co dělat. Nakonec jsem zavolal zdravotnickou záchrannou službu.

Jak přesně jste postupoval?

Postupoval jsem přesně podle rady dispečerky. Nejdříve jsem ho udeřil pětkrát mezi lopatky, to nepomohlo. Můj syn začal modrat. Vůbec nedýchal. Dispečerka mě ujistila, že pomoc už je na cestě a abych zahájil resuscitaci. Ale já jsem nevěděl jak, tak jsem řekl, že to dělat nebudu. Prostě jsem to neuměl a bál jsem se, že bych mu ještě ublížil. Snažil jsem se do něj dýchat a střídavě jsem ho bouchal do zad, až do příjezdu záchranné služby, to bylo asi 6 minut. Ale přišlo mi to jako věčnost. Záchranáři syna resuscitovali. Asi po třech minutách začal plakat. Byla to hrozná úleva. Nakonec ho odvezli do nemocnice a my jeli s nimi.

Jak bylo dítě odborně ošetřeno ve zdravotnickém zařízení?

Ani nevím, dali mu dýchat kyslík a taky asi nějaké léky. Taky tam zůstal pár dní na pozorování.

Zůstaly mu po tomto úrazu nějaké trvalé následky? Jaké?

Naštěstí mu nezůstaly žádné následky. Syn je úplně v pořádku.

Myslíte si, že jste udělal vše správně?

Jediné, co jsem udělal správně, bylo to, že jsem zavolał pomoc. Jinak nic. Protože jsem panikařil, nebyl jsem schopen mu poskytnout správnou pomoc.

Udělal byste dnes něco jinak?

Nevím, jak bych se zachoval dnes. Jestli bych zase nepanikařil. Ale rozhodně teď vím, jak by se měla první pomoc poskytnout. Docela se o to zajímáme. Máme něco načteno a vyzkoušeli jsme si i resuscitaci na figuríně. A vedeme k tomu i našeho syna. Přihlásili jsme ho do kurzu červeného kříže.

RESPONDENT č. 4

Dobrý den,

v mé anketě jste odpověděla, že jste se již vy osobně nebo někdo z vašeho blízkého okolí setkal s dětským úrazem vzniklým v domácím prostředí. Můžete mi prosím říct, o jaký úraz se přesně jednalo?

Šlo o opaření syna horkou vodou.

Kdy se to stalo a komu? Kolik let mu bylo?

Stalo se to před 2 lety mému synovi, byli mu 4 roky.

Jak k tomu úrazu došlo?

Dala sem ho do vany a nechala ho bez dozoru. Šla jsem si o patro níž do prádelny pro čistý ručník. Můj druhý syn, kterému bylo 5 let, na něj mezi tím pustil horkou vodu a opařil ho.

Jak jste se zachovala? Poskytla jste první pomoc?

Hned, jak jsem slyšela křik, běžela jsem tam a syna jsem vytáhla z vody a zabalila ho do suchého ručníku. Jeho kůže byla úplně rudá a na nohou měl malé puchýře, a tak jsem mu na ně dala mraženou zeleninu, co jsem měla v mrazáku, abych mu to ochladila. S

manželem jsem ho vezla do nemocnice na pohotovost. Celou dobu hrozně řval. Moc ho to bolelo.

Jak bylo dítě později odborně ošetřeno ve zdravotnickém zařízení?

V nemocnici mu místa opaření sterilně ošetřili na chirurgické ambulanci, dali mu antibiotika, infúzi a léky na bolest. Syn zůstal v nemocnici 5 dnů na dětském oddělení.

Zůstaly mu po tomto úrazu nějaké trvalé následky? Jaké?

Ne, nezůstaly. Vše se zahojilo.

Myslíte si, že jste udělala vše správně? Udělala byste dnes něco jinak?

Tak v první řadě jsme neměla nechat dítě ve vaně bez dozoru. A také bych možná volala zdravotnickou záchrannou službu.

RESPONDENT č. 5

Dobrý den,

v mé anketě jste odpověděla, že jste se již vy osobně nebo někdo z vašeho blízkého okolí setkal s dětským úrazem vzniklým v domácím prostředí. Můžete mi prosím říct, o jaký úraz se přesně jednalo?

Ano, šlo o pořezání rozbitými skleněnými dveřmi.

Kdy a komu se to stalo?

Stalo se to asi dva roky zpátky mému mladšímu synovi.

Kolik let mu bylo?

Bylo mu sedm let.

Jak k tomu úrazu došlo?

Byla jsem zrovna u susedky. Bydlíme v panelovém domě. Moji dva synové zůstali sami doma a honili se po bytě. V našem bytě jde z kuchyně do obývacího pokoje probíhat kolem dokola. Máme tam dvoje prosklené dveře. Bohužel mého staršího syna nenapadlo nic lepšího, než dveře za sebou přibouchnou a ten mladší syn těmi dveřmi proletěl a pořezal se.

Poskytl mu Váš starší syn první pomoc?

Bohužel ne, byl v šoku. Seděl v koutě, byl úplně bledý. Naštěstí jsem slyšela křik, a tak jsem se běžela podívat.

A jak jste postupovala?

Já jsem také zpanikařila, vůbec jsem nevěděla, co mám dělat. Nejdříve jsem hledala nějaké obvazy, ale nemohla jsem je najít. Pak jsem volala manželovi do práce a ten mi řekl, ať zavolám záchranku. Z jedné rány na pravé ruce mu stříkala jasně červená krev. Paní na dispečinku mi poradila, abych na ránu tlačila přímo v místě poranění a tak jsem vzala utěrku, která visela v kuchyni a tlačila jí přímo na to krvácející místo. A ruku jsem zvedla nahoru, aby rána tolik nekrvácela. Můj starší syn mu ještě podložil nohy podle rady dispečerky a čekali jsme asi 10 minut na záchranku.

Jak byl Váš syn ošetřen ve zdravotnickém zařízení?

Syn byl ošetřen na chirurgické ambulanci. Byly mu ošetřeny všechny oděrky od vysypaného skla. A také dostal myslím infúzi a krev. Celkově měl 17 stehů na rukou a 2 stehy nad okem. Ještě 3 dny zůstal na chirurgii.

Zůstaly mu po tomto úrazu nějaké trvalé následky? Jaké?

Má jen menší jizvu na pravém předloktí.

Myslíte si, že jste udělala vše správně?

Určitě ne. Nejhorší byla ta panika. Hrozně jsem se bála a nevěděla jsem, co mám dělat.

Udělala byste dnes něco jinak?

Ano, nevolala bych prvně manželovi, ale rovnou 155. A to krvácející místo bych tlačila prsty přímo v ráně, než by záchranáři přijeli.

RESPONDENT č. 6

Dobrý den,

v mé anketě jste odpověděla, že jste se již vy osobně nebo někdo z vašeho blízkého okolí setkal s dětským úrazem vzniklým v domácím prostředí. Můžete mi prosím říct, o jaký úraz se přesně jednalo?

Ano, jednalo se o rozseknuté obočí po pádu na schodech.

Kdy se to stalo a komu? Kolik let byla vašemu dítěti?

Stalo se to mé dceři, bylo jí 5 let, stalo se to u nás na zahradě, zrovna jsme měli oslavu narozenin. Všude bylo hodně lidí a nikdo v ten okamžik děti pořádně nehlídal.

Jak k tomu úrazu došlo?

Dcera běžela dolů po schodech, nesla v ruce pití a zakopla. Rozsekla si hlavu o ostrý okraj betonového obrubníku.

Jak jste se zachovala? Poskytla jste první pomoc?

Já jediná jsem byla zrovna v kuchyni, ale hned jsem vyběhla ven. První byl u dcery manžel. První pomoc jsme poskytli společně s ostatními. Na oslavě byla i jedna zdravotnice.

Jak přesně jste postupovala?

Na ránu jsem přiložila kapesník nebo ubrousek, snažili jsme se zastavit krvácení. Bohužel já i manžel jsme požili alkohol, a tak jsme jí nemohli odvést do nemocnice. Nakonec řídil můj bratr a já jela s ním. Na cestu do nemocnice jsme jí na ránu přiložili obvaz s polštářkem. Celou cestu jsme s ní komunikovali, protože začínala usínat.

Jak byla odborně ošetřena ve zdravotnickém zařízení?

Lékař ránu vyčistil a zašil.

Zůstaly jí po tomto úrazu nějaké trvalé následky? Jaké?

Jen malá jizva, která se pěkně zahojila, je vidět jen málo. Jinak vše v pořádku.

Myslíte si, že jste udělala vše správně?

Ano, myslíme si, že jsme udělali vše správně.

Udělala byste dnes něco jinak?

Co se týká ošetření asi ne. Jen děti už nesmí běhat po betonových schodech!