

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**EDUKACE RODIČŮ V PROBLEMATICE POSKYTOVÁNÍ
PRVNÍ POMOCI U ÚRAZŮ DĚTÍ V BATOLECÍM VĚKU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MONIKA DVOŘÁKOVÁ, DiS.

Praha 2019

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**EDUKACE RODIČŮ V PROBLEMATICE POSKYTOVÁNÍ
PRVNÍ POMOCI U ÚRAZŮ DĚTÍ V BATOLECÍM VĚKU**

Bakalářská práce

MONIKA DVOŘÁKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Obor vzdělání: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Renata Procházková

Praha 2019



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

DVOŘÁKOVÁ Monika

3CZZ

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukace rodičů v problematice poskytování první pomoci u úrazů dětí v batolecím věku

First Aid Education for Toddler Parents in Case of Injuries

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Renata Procházková

V Praze dne 1. listopadu 2018



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla podle platného autorského zákona v seznamu bibliografických odkazů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Renatě Procházkové za cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Děkuji paní ředitelce Mgr. Jitce Šnypsové za umožnění průzkumu v Dětských skupinách a rehabilitačním stacionáři v Příbrami a také všem zaměstnankyním Dětských skupin a rehabilitačního stacionáře za pomoc při získávání dat pro průzkum této práce. V neposlední řadě děkuji své rodině, která se mnou musela mít nekonečnou trpělivost.

ABSTRAKT

DVOŘÁKOVÁ, Monika: *Edukace rodičů v problematice poskytování první pomoci u úrazů dětí v batolecím věku*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Renata Procházková. Praha. 2019. 85 s.

V bakalářské práci je zpracováno téma „Edukace rodičů v problematice poskytování první pomoci u úrazů dětí v batolecím věku“. Teoretická část je zaměřena na prevenci tonutí, termických poranění, náhodných intoxikací a aspirace cizích těles u batolat, dále na první pomoc u zmíněných úrazů. Práce též definuje specifika batolecího věku. Další kapitola se věnuje edukaci jako takové; edukačnímu procesu, edukačním cílům, edukačním metodám a edukaci v ošetrovatelství. Empirická část bakalářské práce je zaměřena na kvantitativní průzkum formou dotazníkového šetření, které bylo provedeno v Dětských skupinách a rehabilitačním stacionáři v Příbrami. Průzkum mapuje znalosti rodičů ohledně problematiky poskytování první pomoci, při již zmíněných úrazech u dětí v batolecím věku. Na základě výsledků průzkumu byly zpracovány návrhy dvou edukačních lekcí na téma: „Poskytování první pomoci při traumatech v batolecím věku“. Tyto lekce budou využity k realizaci kurzu pro rodiče. Cílem edukace bude zvyšování znalostí a dovedností v oblasti poskytování první pomoci u batolat postižených traumatem.

Klíčová slova

Aspirace cizího těles. Batole. Edukace. Intoxikace. Prevence. První pomoc. Termické poranění. Tonutí.

ABSTRACT

DVOŘÁKOVÁ, Monika: *Parents' Health Education about giving Toddlers First Aid in case Injury of Toddler came*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Renata Procházková. Prague. 2019. 85 pages.

The topic of the bachelor thesis is "Parents' Health Education about giving Toddlers First Aid in case Injury of Toddler came." The work is divided into two parts. The first part is specialized in prevention of being drowning, thermal injuries, intoxication, aspirations foreign bodies and in giving toddlers first aid in case of this injuries. The work contains specifics of the toddler age. The next chapter is education; educational process, educational aims, educational methods and educational process in nursing. The second part is focused in the form of questionnaire survey, which was carried out in a institution of children's groups and a rehabilitation day care center in Příbram. The survey maps parent's knowledges of the giving first aid in case of injuries. According to survey's output there were created two education lessons. These lessons can be used to realization a course for parents that has improved their knowledges and skills in toddlers first aid.

Keywords

Aspirations of foreign bodies. Drowning. Education. First aid. Intoxication. Intoxications. Prevention. Thermal injuries.

OBSAH

SEZNAM POŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	9
SEZNAM TABULEK.....	11
SEZNAM GRAFŮ.....	12
ÚVOD	13
1 CHARAKTERISTIKA BATOLECÍHO VĚKU	15
2 VYBRANÉ ÚRAZY	17
2.1 Tonutí.....	17
2.2 Termická poranění	18
2.3 Náhodné intoxikace.....	21
2.4 Aspirace cizího tělesa.....	23
3 PREVENCE	25
4 PRVNÍ POMOC	29
4.1 Základní neodkladná resuscitace u batolat.....	29
4.2 Tonutí.....	31
4.3 Termické úrazy.....	32
4.4 Náhodné intoxikace.....	33
4.5 Aspirace cizího tělesa.....	35
5 EDUKACE	36
5.1 Pojem edukace	36
5.2 Edukační proces	36
5.3 Cíle edukace	38
5.4 Metody edukace	39
5.5 Edukace v ošetrovatelství.....	40
6 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM	41
6.1 Cíle průzkumu a průzkumné otázky	41
6.2 Metodologie a metody průzkumu	42
6.3 Charakteristika výběrového souboru.....	42
7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU	43
7.1 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ	72
8 DISKUZE	74
8.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	78
ZÁVĚR.....	82
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ	84
SEZNAM PŘÍLOH	87

SEZNAM POŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Atelektáza**nevzdušnost plicí nebo její části, vznikající z různých příčin
- Bronchoskopie**..... vyšetření dýchacích cest
- Cyanóza**.....zbarvení kůže a sliznic, které je důsledkem vyššího obsahu neokysličené krve
- Hemoglobinurie**.....přítomnost hemoglobinu v moči v důsledku nadměrné hemolýzy a následné hemoglobinemie
- Hyperkalémie**zvýšení hladiny draslíku v krvi
- Hypotenze**nízký tlak krve v tepnách
- Hypoxie**nedostatek kyslíku v buňkách, tkáních, orgánech či v celém organismu
- Ischemie**místní nedokrevnost určité tkáně nebo orgánu, to vede k jejímu poškození nebo odumření
- Ireverzibilní**nezvratný
- Jugulum**lat. přední část krku nad hrudní kostí
- Koagulace**srážení, ztužení
- Kolorektum**tlusté střevo společně s konečníkem
- Mediastinum**mezihrudí
- Mikrocirkulace**oběh tekutiny krve, tkáňové tekutiny na úrovni jednotlivých tkání, nezbytný pro správnou výživu buněk
- Mydriáza**.....rozšíření zornice
- N. laryngeus recurrens**lat. větev n. vagus, odstupuje v místě přechodu vagu přes velké tepny
- Obstrukce**překážka, zamezení či ztížení průchodnosti dutým trubicovitým orgánem
- Osmolarita**celkové množství (látkové množství) osmoticky aktivních částic rozpuštěných v litru rozpouštědla
- Permeabilní**.....propustný
- Pneumocyty**plicní buňka vystýlající plicní sklípky
- Screening**.....vyšetřování předem definované skupiny lidí za účelem vyhledávání chorob v jejich časných stádiích

Stridorpatologický poslechový nález

Surfaktant.....povrchově aktivní látka snižující povrchové napětí v plicích

Terminálníkoncový

(VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, 1999-2019)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: První pomoc při termickém poranění	43
Tabulka 2: Krytí popálenin	44
Tabulka 3: Ošetření termického poranění	46
Tabulka 4: Prevence termických úrazů	47
Tabulka 5: Důvody k zahájení resuscitace	49
Tabulka 6: První pomoc při tonutí dítěte	50
Tabulka 7: Důvody volání zdravotnické záchranné služby při tonutí dítěte	52
Tabulka 8: Prevence tonutí dítěte	53
Tabulka 9: První pomoc při aspiraci cizího tělesa	56
Tabulka 10: Odborné vyšetření při aspiraci cizího tělesa	55
Tabulka 11: Prevence aspirace cizího tělesa	58
Tabulka 12: Zahájení resuscitace	60
Tabulka 13: Postup při resuscitaci	61
Tabulka 14: Důležité informace při intoxikaci dítěte	63
Tabulka 15: Prevence intoxikace dítěte	65
Tabulka 16: První pomoc při intoxikaci	67
Tabulka 17: Vyvolávání zvracení při intoxikaci	68
Tabulka 18: Názor respondentů na vlastní znalosti	70
Tabulka 19: Zájem respondentů o kurz první pomoci	71

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: První pomoc při termickém poranění	44
Graf 2: Krytí popálenin.....	45
Graf 3: Ošetření termického poranění	46
Graf 4: Prevence termických úrazů	48
Graf 5: Důvody k zahájení resuscitace	50
Graf 6: První pomoc při tonutí dítěte.....	51
Graf 7: Důvody volání zdravotnické záchranné služby při tonutí dítěte	52
Graf 8: Prevence tonutí dítěte	54
Graf 9: První pomoc při aspiraci cizího tělesa.....	57
Graf 10: Odborné vyšetření při aspiraci cizího tělesa.....	56
Graf 11: Prevence aspirace cizího tělesa	59
Graf 12: Zahájení resuscitace	60
Graf 13: Postup při resuscitaci.....	62
Graf 14: Důležité informace při intoxikaci dítěte.....	63
Graf 15: Prevence intoxikace dítěte.....	65
Graf 16: První pomoc při intoxikaci	67
Graf 17: Vyvolávání zvracení při intoxikaci	69
Graf 18: Názor respondentů na vlastní znalosti.....	70

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsme zvolili: „Edukaci rodičů v problematice poskytování první pomoci u úrazů dětí v batolecím věku“; důvodů pro tento výběr bylo hned několik. Jedním z důvodů bylo pozorování okolí a postupné zjištění, že rodiče dětí pohybující se v našem okolí velmi podceňují prevenci úrazů u svých dětí a zároveň si neví moc rady s ošetřením poraněného dítěte. Dalším z důvodů byl kontakt v Dětských skupinách a rehabilitačním stacionáři v Příbrami, kde nám po krátké domluvě byla nabídnuta spolupráce na průzkumu k bakalářské práci.

U batolat jsou úrazy na denním pořádku, proto si myslíme, že je vhodné, aby rodiče měli představu o důsledcích takových úrazů. Představa důsledků by mohla rodiče přivést k myšlence, že preventivní opatření nejsou tak zbytečná, jak si myslí, a znalost první pomoci může snížit dopady na zdravotní stav jejich dítěte.

Z několika průzkumů zabývajících se četností úrazů u dětí v batolecím věku jsme vybrali nejčastější úrazy (tonutí, termická poranění, náhodné intoxikace, aspirace cizího tělesa), kterým se věnuje první část práce.

Teoretická část práce je rozdělena do pěti kapitol. V první kapitole jsme se zaměřili na specifika batolecího období. Zmínili jsme pouze ty změny, které mohou mít vliv na četnost úrazů v batolecím období. Ve druhé kapitole jsme se zaměřili na charakteristiku vybraných úrazů. Následující část práce obsahuje informace o preventivních opatřeních, kterými je možné snížit riziko vzniku úrazu u batolete. Další kapitola práce je zaměřena na laickou první pomoc u vybraných úrazů, kde jsou vypsány nejvhodnější postupy poskytování první pomoci u dětí. Poslední kapitola teoretické části se věnuje stručnému popisu edukace jako takové, edukačnímu procesu, faktorům, které mohou edukaci ovlivnit, metodám edukace a také edukačním cílům.

V praktické části práce zmiňujeme cíle práce a vybrané průzkumné otázky, objasňujeme výběr typu průzkumu, metody sběru dat, tvorbu a realizaci dotazníku. A dále uvádíme konečné vyhodnocení získaných dat a rozbor jednotlivých otázek dotazníku.

Účelem práce bylo zjistit, zda rodiče batolat vědí, jak dítěti poskytnou první pomoc při vybraných úrazech a zda znají vhodná preventivní opatření, kterými sníží riziko úrazu. Tato data byla získávána pomocí vědomostního dotazníku, který vyplňovali rodiče, jejichž děti navštěvují Dětské skupiny a rehabilitační stacionář v Příbrami.

Cílem práce bylo vyhodnocení dat získaných ze zmiňovaného dotazníku a na základě těchto dat byly vypracovány dvě edukační lekce. Lekce jsou určeny pro rodiče mající zájem zdokonalit své znalosti a schopnosti ohledně prevence o poskytování první pomoci při úrazech u batolat.

Vstupní literatura

- JUŘENÍKOVÁ, P, et al. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KLÍMA, J. et al. 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. 328 s. ISBN 978-80-271-9364-6.
- MIXA, V. 2018. *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. 1. vyd. Praha: MLADÁ FRONTA, a.s. 2018, 640 s. ISBN: 978-80-204-4643-5
- STOŽICKÝ, F. et al. 2015. *Základy dětského lékařství*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2997-1.

Popis rešeršní strategie

Rešerše pro bakalářskou práci „Edukace rodičů v problematice poskytování první pomoci u úrazů dětí v batolecím věku“ byla zpracována ve spolupráci s vědeckou lékařskou knihovnou IKEM. Časové rozmezí pro hledanou literaturu bylo zadáno od roku 2008 až do současnosti.

Jako klíčová slova byla zvolena v českém jazyce: aspirace cizího tělesa, batole, edukace, intoxikace, prevence, první pomoc, tonutí, termické poranění. V anglickém jazyce: drowning, thermal injuries, intoxications, aspirations of foreign bodies, intoxication, prevention, first aid, education.

Hlavním rysem pro umístění vyhledaného odborného textu do bakalářské práce, byla validita textu a odbornost, která byla čerpána zejména z odborných knih. Stanovená problematika splňovala a odpovídala tematicky cílům bakalářské práce. Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito 36 odborných publikací s námi požadovanou problematikou, konkrétně rozdělení batolecího věku, první pomoc a vybrané dětské úrazy.

1 CHARAKTERISTIKA BATOLECÍHO VĚKU

Období batolecího věku navazuje na období novorozenecké. Batolata jsou jedinci ve věku od jednoho roku do tří let, poté začíná období dětí předškolního věku (Nováková, 2012).

Batolecí období dělíme na dvě části: mladší batolata a starší batolata. Dělení je odvozeno od věku dítěte. Věk mladších batolat se pohybuje od jednoho roku do dvou let. Děti od dvou let do tří let se tedy řadí mezi starší batolata. (Klíma et al., 2016) Batolata se od dalších vývojových stádií dítěte liší v motorickém vývoji, percepčně-kognitivním vývoji, vývoji řeči a jazyka, osobně sociálním vývoji, v růstu a tělesných znacích (Muntau, 2014).

V období začátku druhého roku života je typické, že batolata začínají lézt, batolit se a dokonce i chodit. Dítě tím získává větší volnost. Samostatný pohyb umožňuje dítěti prohlédnout si vše, co ho zajímá, popřípadě s věcmi manipulovat. Podněty je dítě podporováno k aktivitě a motorickému rozvoji (Vágnerová, 2012).

Mezi tělesné znaky můžeme zahrnout i tzv. fyziologické funkce, jejichž běžné hodnoty mohou být důležitým rozpoznávacím znakem zhoršení zdravotního stavu dítěte. Mezi fyziologické funkce patří vědomí, dechová frekvence, tepová frekvence, tělesná teplota a krevní tlak.

Běžné hodnoty fyziologických funkcí u batolat:

- dechová frekvence: 20 - 35 nádechů za minutu,
- tepová frekvence: 80 – 110 tepů za minutu,
- tělesná teplota: 36,1 – 37,8 °C,
- krevní tlak: 80 až 110 / 50 až 80.

Hodnoty fyziologických funkcí nezávisí pouze na zdravotním stavu dítěte, ale mohou být ovlivněny i fyzickou aktivitou a emočním stavem dítěte, popřípadě vnějším prostředím (Bydžovský, 2016).

Okolo druhého roku života se u dětí projevuje tzv. „období vzdoru“ projevující se tvrdohlavostí, záchvaty vzteku a odmítáním věcí, které někdy ve skutečnosti vlastně chtějí. Děti jsou v tomto věku hodně egocentrické.

Většina z těchto vývojových znaků může v tomto období zvyšovat riziko vzniku úrazu. Samostatná lokomoce a zvidavost může být příčinou různých pádů, tonutí, popálenin, otrav, atd. Důvodem častých pádů je navíc těžiště, které se u batolat nachází poměrně vysoko (Muntau, 2014). Tato skutečnost, společně s disproporcionalitou dětského těla vyznačující se větší hlavou a chabou oporou svalů horních končetin oproti dospělému člověku, vede k častějším úrazům hlavy (Bydžovský et al., 2016). K závažnějšímu poškození u popálenin vede fakt, že dětská pokožka je slabší než pokožka dospělého, a proto se kůže hůře vyrovnává se zásahem tepla. Velkou roli u otrav sehrává rozdílný metabolismus dítěte, neboť dětský metabolismus nedokáže zvládnout množství chemické látky, se kterou by si dospělý metabolismus bez problému, či pouze s drobnými potížemi, poradil (Bezpečnostní audit domova).

2 VYBRANÉ ÚRAZY

Úraz můžeme charakterizovat jako stav vzniklý poškozením organismu, který je způsobený vnějšími činiteli. Mezi vnější činitele patří extrémní teplo či chlad, mechanická síla, elektrický proud, chemické látky atd.

Podle Trullerové (2008) patří mezi nejčastější úrazy batolat náhodné tonutí, zranění při dopravních nehodách, pády, vystavení extrémní okolní teplotě a poranění elektrickým proudem. Průzkum, kterým se zabýval ÚZIS ČR (2009), udává mezi nejčastějšími poraněními v batolecím věku opaření, pořezání nebo píchnutí o ostrý předmět, náhodné otravy a náhodná tonutí. *Mezi nejzávažnější domácí úrazy patří opaření horkou vodou, kávou nebo polévkou, popáleniny od horkých těles a elektrického proudu, otravy léky a domácími chemikáliemi, poleptání čističi odpadů, pády z okna a balkonu a pokousání psem.* (Bezpečnostní audit domova, 2018, str. 2)

Na základě zmíněných průzkumů, byly vybrány úrazy, jejichž charakteristice, prevenci a laické první pomoci jsou věnovány následující kapitoly: tonutí, termické úrazy, náhodné intoxikace a aspirace cizího tělesa.

2.1 Tonutí

Tonutí je charakterizováno jako stav, při kterém dochází k zástavě dechu v souvislosti s vniknutím tekutiny do dýchacích cest. Tonutí může vést až k udušení z důvodu nedostatku kyslíku (Remeš, 2013). *Tonutí ohrožuje základní životní funkce hypoxií, systémovými účinky v důsledku aspirace a polykání tekutiny, vagovými reflexními reakcemi a případně i tepelnými ztrátami.* (Hirt et al., 2015, str. 176)

Tonutí dělíme do dvou skupin podle toho, zda dochází ke vniknutí vody do plic. První skupinou je vlhké tonutí, kdy po určité době dušení dochází k aspiraci tekutiny a kdy do plic vniká voda. Vdechovaná voda tvoří v dýchacích cestách mechanickou překážku, což vede k dalšímu rozvoji dušení. Druhou skupinou je takzvané suché tonutí, kdy dochází k reflexnímu podráždění hlasivkové štěrbiny a následnému stažení. Vlhké tonutí je až 4x častějším úrazem než tonutí suché (Bydžovský, 2011; Hirt et al., 2015).

Tonutí se projevuje dušností, kašlem, dále pak cyanotickým zbarvením, které je typickým příznakem hypoxie. Dalšími příznaky je hrozící ztráta vědomí, porucha nebo zástava dechu (Bydžovský, 2011).

Dettmeyer et al. (2013) ve své knize zmiňuje 5 stádií popisujících klinický obraz dušení způsobeného tonutím. Prvním je stádium zadržetí dechu: tato fáze trvá několik vteřin až minuty, záleží na tělesné konstituci jedince. V druhém stádiu dušnosti dochází ke vdechování a vykašlávání tekutiny. Třetí stádium je fáze tonicko - klonických křečí a bezvědomí. Čtvrté stádium je neterminální, ve kterém dochází k zástavě dechu, avšak v tuto chvíli je stále ještě zachován srdeční oběh. Tím se čtvrté stádium liší od pátého neboli terminálního stádia. V tento okamžik nastává zástava srdeční činnosti, které předchází lapavé vdechy neboli gasping.

Tonutí s sebou přináší také určité komplikace. Aspirovaná tekutina může způsobit poškození plic. Dochází k poškození surfaktantu i pneumocytů. Poškození surfaktantu vede k selhávání alveol. *U přežívajících osob je největším rizikem rozvoj primárního syndromu akutní dechové tísně (ARDS), sepse a multiorgánové dysfunkce.* (Hirt et al., 2015, str.176) Další komplikace se liší podle osmolarity spolykané tekutiny. Hypotonická tekutina může vést až k hyperkalemii, co může způsobit fibrilaci síní. Komplikacemi při spolykání hypertonické tekutiny jsou hypovolemie a rychlý rozvoj edému plic. Dalším následkem může být akutní selhávání ledvin, které je způsobeno hemoglobinurií (Hirt et al., 2015).

2.2 Termická poranění

Termická poranění můžeme charakterizovat jako poranění sliznic, kůže a v nejhorším případě i orgánů účinkem vysoké teploty. *Vznikají přímým stykem s plamenem, horkým předmětem, horkou kapalinou či horkými parami (opaření), sáláním tepla z tepelných zdrojů (kamna, elektrické ohřívače), účinkem elektrického proudu, účinkem záření (UV, mikrovlnné záření, radioaktivní záření) nebo stykem s chemickými látkami (silné kyseliny a zásady). Sliznice dýchacích cest může být popálena i vdechnutím horkých plynů.* (Miroslav et al., 2015, str. 213)

Popáleniny jsou velmi častým úrazem u dětí obecně a jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí dětí v batolecím věku (Rakovcová, 2014). V posledních letech statistiky ukazují sice pokles četnosti rozsáhlých popálenin, ale nárůst četnosti povrchových popálenin - zejména opaření. Až 85% z popálených dětí spadá právě do skupiny batolat. Důvodem je rychlejší dozrávání motorických funkcí než funkcí kognitivních a právě tato skutečnost vede k neschopnosti hodnocení následků svého chování dětmi (Lipový et al., 2012).

Ke vzniku popáleniny je potřeba minimální teplota 44⁰C; tato teplota však musí působit na dané místo po dobu 6-ti hodin, teprve poté dochází k ireverzibilnímu poškození buňky. Při vyšších teplotách se doba působení zkracuje (54⁰C/30 vteřin, 70⁰C / 1 vteřina). Ke vzniku puchýřů je nutné působení vroucí vody po dobu alespoň 4 vteřin (Bydžovský, 2016). U dětí se teplota způsobující popáleniny snižuje, neboť mají citlivější pokožku než dospělí. Pro představu: jeden litr horké vody z rychlovarné konvice může dítěti způsobit dokonce smrtelné popáleniny (Bezpečnostní audit domova).

Závažnost popálenin závisí na věku popáleného jedince, celkovém zdravotním stavu, místě popálení, hloubce a rozsahu popálení, délce doby působení vysoké teploty (Mixa, 2018).

Dělení dle hloubky popálení

Popáleniny dělíme na povrchové a hluboké popáleniny. Povrchové popáleniny jsou méně závažné, nedochází při nich k poškození cévního zásobení. Z toho vyplývá, že tkáň zůstává prokrvena a je schopna se za nějaký čas zregenerovat. Zatímco u hlubokých popálenin dochází k poškození cévního zásobení. Hluboká popálenina se tedy není schopna zhojit sama, je nutná lékařská intervence (Bydžovský, 2011). Pro detailnější dělení popálenin podle hloubky poškození existuje rozdělení do tří (čtyř) popáleninových stupňů.

První stupeň popálenin je také nazýván jako zarudnutí neboli erytém. Popálenina se projevuje zarudnutím, místní bolestivostí a také otokem. Tento typ popáleniny se zhojí samovolně během několika dní.

Druhý stupeň popálenin se projevuje zarudnutím, otokem a také puchýři, při kterých hrozí nebezpečí velkých ztrát tekutin. Puchýře mohou být až perleťově bílé a postupně se měnit v mokvající ránu. Druhý stupeň popálenin můžeme rozdělit do dalších dvou skupin. U první skupiny je zachován kapilární návrat, jde tedy o lehčí popáleninu druhého stupně. U druhé skupiny dochází k narušení hlubších vrstev kůže, kapilární návrat zachován není. Na vzhledu rány je specifické centrální vyblednutí. Stupeň dvě je obecně nejbolestivější druh popáleniny, hojení probíhá v rozmezí týdnů (Kelnarová et al., 2013).

Třetí stupeň popálenin se projevuje jako nekróza nebo dokonce zuhelnatění tkáně. Na kůži poškozené tímto stupněm popálení se objevují bílé až šedivé skvrny, v horším případě může být kůže přímo zuhelnatělá. U tohoto stupně popálení poškozená tkáň odumírá. Popálenina není na dotek citlivá, neboť v daném úseku došlo i k odumření nervů, okolní oblast je ovšem velmi citlivá. Při zuhelnatění dochází k nekróze kůže, svalstva

a kostí, je tedy nutná amputace poškozeného úseku (Bydžovský, 2011; Bydžovský, 2016; Kelnarová et al., 2013). Některé zdroje též uvádějí čtvrtý stupeň popálenin. V těchto případech jde pouze o oddělení nekrózy a zuhelnatění ve třetím stupni, kdy nekróza značí třetí stupeň popálenin a zuhelnatění čtvrtý stupeň popálenin (Hirt et al., 2015).

Dělení dle poškozeného povrchu

Závažnost popálenin se také hodnotí dle rozsahu popálenin na povrchu těla, u dospělých tzv. Wallacovým pravidlem neboli devítkovým pravidlem. Pravidlo je však nepoužitelné ve spojení s dětskými popáleninami, neboť dětské tělo má oproti dospělému jiné proporce. U batolat hlava představuje 17 % tělesného povrchu, krk 2 %, přední část trupu 13 %, zadní část trupu 13 %, obě paže 8 %, obě předloktí 6%, obě ruce 5 %, zevní genitálie 1 %, hýždě 5 %, obě stehna 13 %, oba bérce 10%, obě nohy 7 % (Lloyd et al., 2012). Tyto hodnoty jsou orientační, závisejí samozřejmě na konstituci každého jedince.

Dělení dle závažnosti

Popáleniny se dále rozdělují na lehké popáleniny, středně těžké popáleniny a popáleninové trauma.

Lehké popáleniny jsou charakterizovány jako popáleniny, které postihují méně než 10 % tělesného povrchu u dospělého člověka a méně než 5 % tělesného povrchu u dítěte, nebo také popáleniny na 2 % v rozsahu celé vrstvy kůže.

Středně těžké popáleniny jsou takové, které postihují 10 – 20 % z celkového povrchu těla u dospělého člověka a 5 – 10 % tělesného povrchu u dětí, nebo popáleniny zasahující celou vrstvu kůže v rozsahu od 2 – 5 % povrchu těla.

Popáleninové trauma zahrnuje poškození většího rozsahu, než je zmíněno u lehkého a středně těžkého popálení (Hirt et al., 2015).

Komplikace termických poranění

Termické poranění může být navíc doprovázeno určitými komplikacemi. Nebezpečím je především ztráta tekutin, kdy při popálení dochází k přesunu tekutiny z krevních cév do tkání, což způsobuje otok tkáně, ale především může vést k popáleninovému šoku (Šeblová, 2013). *V místě účinku tepla nastává koagulace bílkovin s nekrózou buněk nebo dermis až podkoží a porucha permeability cév s rozvojem zánětlivé reakce. V závislosti na závažnosti poškození vzniká celková systémová reakce organismu.*

(Hirt et al, 2015, str. 213) U dětí nastává hrozba popáleninového šoku již při postižení 10% povrchu těla (Kelnarová et al., 2013).

Mezi další komplikace patří i takzvaný compartement syndrom, který je způsobený zástavou mikrocirkulace a to vede k ischemii tkání. (Bydžovský et al., 2016) Při popálení většího množství povrchu těla hrozí následně také infekce nebo poškození organismu, v důsledku vstřebávání toxických látek z postižené tkáně (Kelnarová et al., 2013).

2.3 Náhodné intoxikace

U dětí ve věku do tří let jsou otravy velmi častým úrazem, vede k tomu jejich přirozená zvědavost a ochutnávání všeho zajímavého. U dětí batolecího věku jsou tyto nehody nejčastěji způsobeny požitím chemických či kosmetických přípravků, požitím částí jedovatých rostlin a v první řadě požití léků (Rakovcová, 2013).

Otrava je děj, při kterém do těla proniká toxická látka. Toxická látka může být organického či anorganického původu, vyskytující se ve skupenstvích: plyn, pevná látka, tekutina. Svým složením vyvolává otravu. Každá z toxických látek má charakteristický vliv na organismus a může vést až k poškození zdraví, popřípadě k zániku organismu.

Toxické látky dělíme podle způsobu účinku. Rozdělujeme je na látky lokálně působící, celkově působící, látky s lokálním či celkovým účinkem (Ševela et Ševčík, 2011).

Nejčastěji vnikají toxické látky do těla trávicím ústrojím, kdy ke vstřebávání látek dochází v tenkém střevě, kde se toxická látka dostává do krve. Existují však takové jedy, které do těla vnikají kůží, sliznicemi i dýchacími cestami (Rakovcová a kol., 2013).

Otravy můžeme rozdělit na akutní otravy, subakutní a chronické (Ševela et Ševčík, 2011). Při akutní otravě se příznaky objevují záhy po intoxikaci. Akutní otravy bývají způsobeny větším množstvím jedu; jsou prudké. Jejich průběh je rychlý a těžký. Proti tomu chronické otravy jsou způsobovány dlouhodobějším užíváním malého množství jedu. Průběh takové otravy je pozvolný a lehký. Právě tato skutečnost je riziková, neboť člověk si otravu neuvědomuje a příznaky otravy nebere vážně. Přítomností jedu jsou však tělo a jednotlivé orgány poškozovány. Rychlost a intenzita působení toxické látky závisí na průběhu vstřebávání dané látky v organismu a vlastnostech účinné látky (např. rozpustnost ve vodě, vstřebatelnost, prchavost, atd.) (Rakovcová, 2013).

Obecně platí, že otrávit se můžeme prakticky jakoukoli látkou, neboť vše je jedem a závisí pouze na jejím množství. U dětí dochází k nejčastější intoxikaci léky, rostlinami nebo čisticími prostředky. Při otravě léky nebo rostlinami jsou často viditelné stopy po jedu-tím jsou myšleny další tabletky, nebo části rostlin v okolí dítěte (Pokorný, 2010).

Intoxikace léky

Nejčastěji se jedná o otravu léky, které k léčbě využívají ostatní členové rodiny. Tyto léky mohou děti lákat svým tvarem i barvou.

Lékové otravy se projevují různě v závislosti na daném léku. Otrava se může projevit například tachykardií, mydriázou, suchými sliznicemi, zmatením, zvracením, hypotenzí, poruchami termoregulace, potlačenou střevní motilitou či retencí moči. Může docházet též k poruchám vědomí. Obecně se tyto otravy projevují tím, že otrávené děti náhle z nejasné příčiny onemocní.

Nejvíce závažné otravy vznikají po požití léků na srdce a na krevní tlak (Kelnarová et al., 2013).

Intoxikace rostlinami

Okrasné rostliny přitahují děti především svými pestrobarevnými plody, které bývají v mnoha případech jedovaté. Dalším nebezpečím v souvislosti s rostlinami jsou postřiky proti škůdcům, které mohou způsobit otravu jen pouhým kontaktem s kůží dítěte (Mixa, 2018).

Otrava rostlinami se nejčastěji projevuje podrážděním zažívacího ústrojí jako například pálením úst, zvracením, nevolností, žaludečními křečemi a průjmem. Některé rostlinné jedy také působí na krevní oběh a srdce, ledviny, nervovou soustavu, dýchací soustavu či játra. Existují též rostliny způsobující oslepnutí (Rakovcová, 2013).

Intoxikace čisticími, odvápnujícími, bělicími nebo kyselými prostředky

Otravy čisticími, odvápnujícími, bělicími nebo kyselými prostředky se mohou projevovat lokálním podrážděním, jakým je například zčervenání kůže, puchýře, krvácení, poleptání dutiny ústní, jícnu, hltanu či žaludku, silná bolest a potíže s dýcháním a polykáním.

2.4 Aspirace cizího tělesa

Aspirace cizího tělesa je jednou z nejčastějších příčin dušení se. U batolat je zapadnutí cizího tělesa do dýchacích cest velmi častým úrazem, neboť jsou zvědavá a vše chtějí ochutnat. Není tedy výjimkou, pokud dítěti uvízne v krku hračka. Věci nemusí chtít pouze ochutnávat, stává se, že dítě si strká různé předměty i do nosních dírek; tyto předměty také mohou být vdechnuty dýchacími cestami.

K aspiraci může samozřejmě dojít i při jídle, neboť strava nemusí být dostatečně rozkousána, na čem nesou svůj díl viny chybějící moláry. Další příčinou aspirace potravy je fyzická aktivita dětí při jídle. Nejčastějšími potravinami, které hrozí, že může dítě aspirovat, je rýže, oříšky, kousky mrkve nebo jablka a různé druhy cukrovinek (Bydžovský, 2016; Mihál et al., 2016).

Aspiraci cizího tělesa dělíme na aspiraci částečnou a aspiraci úplnou. Při částečné aspiraci, jak už sám název naznačuje, nedochází k úplné obstrukci dýchacích cest. Dítě může a nemusí mluvit, sípe a kašle. Ventilace je částečně zachována. Aspirace úplná je akutnější a vyžaduje rychlejší zásah, neboť obstrukce dýchacích cest je v plné šíři. Při tomto druhu aspirace dítě nemluví, dochází k zatahování jugula a mezižebních prostor. Tento stav je bez zachování ventilace, a proto vede záhy k bezvědomí a zástavě oběhu (Kelnarová et al., 2013).

Rozdělení aspirace na částečné či úplné není jednoznačné, částečná aspirace může přecházet v aspiraci úplnou, například je-li vdechnuté těleso takové, které ve vlhkém prostředí bobtná (Mixa, 2018). Další možností je částečná ventilovaná obstrukce, kde sice dochází k nádechu do plic, ale výdech již není možný. Tato situace vede ke vzniku emfyzému (to je stav zvýšeného provzdušnění plic). Poškozená plíce poté utlačuje struktury mediastina (Mihál, 2009).

Projevem uvíznutí cizího tělesa v dýchacích cestách je tzv. sufokační záchvat. Sufokační záchvat se projevuje náhle vzniklým dráždivým kašlem, dušením a cyanózou (Mixa, 20018). Dalšími příznaky aspirace cizího tělesa jsou úzkost, cyanóza v obličeji, dušnost, lapání po dechu, inspirační nebo častěji smíšený stridor, nevzdušnost a neslyšné dýchání. Mohou se také objevit potíže při polykání, popřípadě držení se za krk, což je odborně nazýváno jako Heimlichův příznak (Stožický, 2015; Bydžovský, 2016; Bydžovský, 2011; Hirt et al., 2015).

Existují také aspirace, které jsou asymptomatické či oligosymptomatické; tyto aspirace mohou být zcela přehlédnuty. Stádium bez příznaků probíhá v rámci hodin,

dnů až týdnů, ale časem se projeví chronickým kašlem, bronchitidou nebo pneumonií. Proto je nutné i při pouhém podezření na aspiraci vždy navštívit lékaře pro minimalizování vzniku těchto komplikací (Kopřiva, 2009; Mihál, 2009).

Nejčastějším místem pro uvíznutí cizího tělesa je oblast hlasivkové štěrbiny, neboť je to nejužší část hrtanu. Uvíznutí tělesa v tomto místě vede k dušení. Ne vždy však těleso uvízne v oblasti hlasivkové štěrbiny. Těleso může projít přes hlasové vazy, poté je u dospělého a dětí nad tři roky pravděpodobné, že skončí v pravém bronchiálním stromu, což umožňuje dýchat alespoň jednou plící. U dětí do tří let toto pravidlo neplatí a těleso častěji uvízne v levém bronchiálním stromu. Je možné, že tento stav je způsobený snahou rodičů o uvolnění tělesa z dýchacích cest. Jejich údery, které jsou vedeny více na pravou stranu zad, mohou zavinit zapadnutí tělesa právě do levého bronchiálního stromu. Určení strany, která je tělesem poškozena, lze odhalit fyziologickým vyšetřením (Bydžovský, 2011; Hirt et al., 2015; Mixa, 20018; Mihál, 2009).

Komplikací aspirace cizího tělesa je několik. Včasnými komplikacemi je atelektáza, což znamená kolaps průdušky a uzávěr části dýchacích cest v plíci. Tento stav vede k nevdzdušnosti určitého úseku plic, kde je narušena výměna plynů v alveolách. Život ohrožující nemusí být pouze dušení, které vede k zástavě dechu a poté i oběhu, ale existuje zde i možnost, že dávení způsobí *podráždění nervových zakončení ve sliznici hrtanu (n. laryngeus reccurens, ramus internus n. laryngei superioris) nebo v reflexní zóně jícnu. Iritace nervových pletení může vést k náhlé srdeční zástavě.* (Hirt et al., 2015, str. 155) Existují i dlouhodobější komplikace, mezi které patří například aspirační pneumonie (Bydžovský, 2016).

3 PREVENCE

Prevence obecně snižuje výskyt úrazů, ale nejen to, snižuje také míru závažnosti vzniklých úrazů (Trullerová, 2008). Neboť každému úrazu předchází určitá typická situace, je vždy nejlepší, se takových situací vyvarovat, popřípadě zvýšit opatrnost při těchto situacích. Přestože si většina lidí myslí, že úrazy jsou náhoda, a tak není možné jím předcházet, pravda je opakem. Hlavně u dětí je důležité, aby v těchto situacích byli rodiče opatrnější a pozornější, neboť malé děti si tato nebezpečí samy neuvědomují. Na rodičích tedy zůstává zajištění bezpečného prostředí pro dítě a vedení dítěte k tomu, aby se umělo samo chovat bezpečně (Muntau, 2014). *Péče o bezpečnost dítěte znamená v jeho útlém věku především péči o bezpečnost domova, a ta má jednu zásadní vadu na kráse: přidělová nám práci. Většina opatření, ať už jde o zamykání skříně s čistícími prostředky nebo odklizení menších předmětů z dosahu dětí, jednoduše znamená, že si musíme zvyknout dělat věci novým, komplikovanějším způsobem, na který musíme neustále myslet* (Bezpečnostní audit domova, str. 3).

Prevenci je možné rozdělovat na prevenci primární, prevenci sekundární a prevenci terciální.

Primární prevence spočívá v posilování zdraví člověka, a to především jeho výchovou k pozitivnímu, odpovědnému postoji k vlastnímu zdraví (Klíma et al., 2016, str. 71). Jde tedy o snahu udržet si zdraví, zlepšit kvalitu života a zároveň zabránit vzniku úrazu či onemocnění (Juřeníková, 2010).

Sekundární prevence nastává v případě, že daný úraz již vznikl. Tato prevence tedy zahrnuje včasné a řádné ošetření vzniklého úrazu. Jedná se o snahu ovlivnit jedince tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení, snížení míry poškození a zabránění možným komplikacím (Juřeníková, 2010).

Poslední možnou prevencí je prevence terciální, která je zaměřená na již vzniklé trvalé poškození. Terciální prevence se snaží u trvale postiženého jedince podpořit soběstačnost v co největší míře, zařadit ho zpět do běžného života a maximálně mu pomoci zařadit se zpět do společnosti (Trullerová, 2008).

Přestože je to neuvěřitelné, nejvíce dětských úrazů se stává v domácím prostředí. Je proto vhodné, upravit prostředí tak, aby se možnost vzniku úrazu maximálně snížila.

Prevence tonutí

Téměř u každého druhého dítěte vede tonutí k jisté smrti. V lepších případech, kdy dítě tonutí přežije, mohou hrozit vážná a trvalá postižení mozku. Mozek je závislý na dodávce kyslíku-nemá-li kyslík, postupně odumírá. U dětí probíhá tento proces daleko rychleji než u dospělých. (Bezpečnostní audit domova, 2018) Z toho tedy vyplývá, že zvýšená pozornost při pohybu dítěte v okolí vodních nádrží je pro prevenci před tonutím nezbytná.

Důležité je dítě sledovat nejen při pobytu ve vodě, ale rovněž při hraní si kolem vodních nádrží na vodu jako jsou rybník či bazén. Ke snížení možné hrozby tonutí je nutné důsledně vyprazdňovat nádoby s vodou (př.: hrnce, kbelíky, konve, dětské bazénky). Vhodné je pořízení speciálních pojistek proti otevírání poklopu od toalety a také protiskluzových podložek do vany. Nesmíme zapomínat na krytí studen a dalších zásobáren vody těžkými, dětmi neodstranitelnými víky.

Přítomnost bazénu na zahradě je velmi významný faktor, co se týče statistik tonutí dětí. Je tedy vhodné mít bazén oplocený. Vhodné je také přizpůsobit vybavení bazénu dětem, ať už se jedná o poklop na bazén, který zabrání dítěti spadnout do vody, tak o protiskluzové schůdky s vhodným zábradlím.

Jsme-li s dětmi ve vodě, používáme plavecké ochranné pomůcky. Vždy je lepší použít nafukovací rukávky, než nafukovací kruh, ze kterého může dítě vyklouznout. Dostatečným opatřením je samozřejmě použití kombinace obojího, popřípadě použití plavecké vesty (Bezpečnostní audit domova, 2018).

Prevence vzniku termického úrazu

Termické úrazy u dětí často vznikají při nebo po žehlení prádla (popálení), proto je vhodné při žehlení prádla dbát na zvýšenou opatrnost. Nenechávat horkou žehličku v dosahu dítěte, a to i krátce po žehlení, neboť je ještě nějakou dobu pro dítě nebezpečná.

Dalším zdrojem termického úrazu je například hrnek s kávou nebo čajem (opaření). Přestože u dospělých horké nápoje nejsou nijak zvláště velkou hrozbou, u dětí nemusí být nápoje přímo ani vařící, neboť děti mají velmi citlivou pokožku. Je tedy vhodné při pití horkého nápoje v přítomnosti dětí opět dbát zvýšené pozornosti. Problémem je rovněž horký nápoj na stole s ubrusem, neboť dítě může za ubrus zatáhnout a horký nápoj na sebe nerado zvrhnout. Vhodné je podávání teplých nápojů či polévek zchlazených alespoň na 60 °C.

Jednou z nejčastějších příčin těžkých a smrtelných popálenin je takzvaný syndrom varné konvice. Varná konvice děti láká, především konvice svítící a průhledné, u kterých děti láká pohled na vznikající bublinky. Konvice se stává nebezpečnou v okamžiku, kdy stojí na okraji kuchyňské linky, popřípadě sahá-li šňůra od konvice do míst, kde je snadno dosažitelná dětem. Řešením je tedy konvici dávat co nejdále od okraje linky a šňůru vést podél zdi (Bezpečnostní audit domova, 2018).

Zvýšenou pozornost je nutné také udržovat při vaření případně pečení. Při vaření je vhodné ukládat hrnce na zadní ploténky sporáku, držadla pánví či hrnců otáčet dozadu tak, aby na ně dítě nedosáhlo. Další možností je pořízení ohrádky na sporák, která zabraňuje dítěti v manipulaci s horkými hrnci; existují také pojistky proti otevření trouby. Hlavním pravidlem zůstává, že pokud vaříme, nedržíme nikdy dítě na ruce a dodržujeme dostatečnou vzdálenost dítěte od tepelných zdrojů.

Popáleniny sice nejčastěji vznikají doma v kuchyni, ale časté bývají i popáleniny v koupelně. Je tedy vhodné mít pojistku na kohoutech pro teplou vodu. Pravidlem pro koupání dětí ve vaně je vložení dítěte do vany až po úplném napuštění vody, při dopouštění vody během koupání může dojít k nešťastnému spuštění horké vody, tedy ke vzniku popáleniny. Vhodným postupem samotného napouštění vody je nejdříve napouštění studené vody a poté připouštění vody teplé.

V neposlední řadě se dítě může popálit o zápalku, či jiný otevřený zdroj ohně. Zápalky a zapalovače je potřeba uschovat na místa, která jsou pro děti nedostupná. Jakýkoli oheň (od svíčky až po táborák) vyžaduje zvýšenou pozornost a opatrnost rodičů (Bezpečnostní audit domova, 2018).

Prevence intoxikace

V domácnosti nikdy nenechávejte dítěti dostupné čisticí prostředky, léky, či jiné chemikálie. Je vhodné tyto přípravky skladovat na místech, kam děti nemají přístup, popřípadě je před dětmi uzamykat do bezpečí. Další možností prevence proti otravě čisticími prostředky je kupování lahví se speciálními bezpečnostními víčky nebo v obalech, nepřipomínajících známé obaly od potravin. Chemikálie a čisticí prostředky nikdy nepřelévejte z originálních obalů do jiných, neboť poté hrozí záměna například s limonádami (Pokorný, 2010).

Stejně jako u ostatních zdrojů otravy, také u jedovatých rostlin je základem prevence zabránění kontaktu dítěte s rostlinou. Ideální je takové rostliny doma ani na zahradě nepěstovat. Pokud se ovšem rozhodneme pro pěstování nebezpečných

rostlin, snažíme se je dát na místa, kam na ně dítě nedosáhne. Máme-li jedovaté rostliny na zahradě, oplotíme je.

Prevence aspirace cizího tělesa

Nebezpečí aspirace představují drobné předměty, které by dítě mohlo chtít ochutnat, nebo si je mohlo chtít strčit kupříkladu do nosu. Jedná se o oříšky, rýži, šroubky, knoflíky, části hraček atd. Dítě nejčastěji vdechne cizí těleso při jídle nebo při hraní, proto je zásadní prevencí udržet dítě v klidu při jídle, aby neběhalo, nelehalo si, čím snížíme riziko aspirace (Bydžovský, 2016).

Dětem vždy kupujeme pouze hračky, odpovídající jejich věku; u každé hračky je tato informace uvedena ze zákona. Zjistíme-li, že je hračka rozbitá, dítěti jí nedáme, neboť hrozí vdechnutí rozbitých částí hračky (Bezpečnostní audit domova, 2018).

4 PRVNÍ POMOC

První pomoc je soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky ohrožení či postižení (Bydžovský, 2011, str. 13).

Základem pro poskytování první pomoci jsou vědomosti o úrazu a také o postupu při jeho ošetření. Podstatné, jak pro zachránce, tak pro postiženého, je zachovat klid. To je důležité hlavně u dětí, kdy neklid rodičů ještě více prohloubí neklid dítěte. Je důležité vzniklý úraz správně vyhodnotit a určit, jaké je následné nebezpečí. Nejzávažnějšími případy, kdy je rychlé poskytnutí první pomoci život zachraňující, jsou zástava dechu, bezvědomí, srdeční zástava, šok a silné krvácení (Stožický, 2015).

Důležitým pravidlem zůstává: stačí, abychom uvažovali o zavolání zdravotnické záchranné služby (tel. 155), pak si můžeme být jisti, že je správné zdravotnickou záchrannou službu zavolat. Důležité je zavolat na tísňovou linku vždy, pokud nám zranění připadá závažné, pokud si s jeho ošetřením sami nevíme rady nebo nemáme dostatečné vybavení k jeho ošetření. Při volání zdravotnické záchranné služby je vždy nutné uvést několik podstatných informací: místo nehody (adresu), počet a věk jednotlivých obětí nehody, průběh nehody (popsat výstižně „co se vlastně stalo“) a současný stav pacienta.

4.1 Základní neodkladná resuscitace u batolat

Resuscitace neboli ožívování je *soubor na sebe navazujících léčebných postupů sloužící k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u osoby postižené náhlou zástavou krevního oběhu (NZO) s cílem uchránit před nezvratným poškozením zejména mozek a myokard*. (Remeš et Trnovská, 2013, str. 71) Náhlé zástavy oběhu jsou nejčastěji způsobeny onemocněním srdce, tento fakt ovšem platí pouze u dospělých lidí. U dětí je nejčastější příčinou dušení (Bydžovský, 2016).

Základní neodkladnou resuscitaci zahajujeme v případě hlubokého bezvědomí, bezdeší nebo při jakékoli jiné než normální dechové aktivitě. To znamená, že postižený nedýchá, nadechuje se ojediněle nebo v delších intervalech, popřípadě dýchání vypadá jako lapání po dechu (Remeš et Trnovská, 2013).

Každá minuta od zástavy dechu vede ke snížení šance na přežití o 15-20 %. Proto je nutné začít s resuscitací u nedýchajícího dítěte co nejdříve (Šeblová, 2013).

Samotná resuscitace se skládá z několika po sobě jdoucích úkonů, jejichž správné a včasné provedení závratně zvyšuje šanci na přežití postiženého.

Postup při resuscitaci dítěte:

- Prvním krokem je zajištění bezpečí sobě i postiženému.
- Oslovení – snažíme se dítě přimět, aby na slovní podnět otevřelo oči, popřípadě jinak zareagovalo.
- Bolestivý podnět – snaha, aby dítě reagovalo na dotek, popřípadě štípnutí. Nejlepší místo ke štípnutí je mezi nosem a horním rtem dítěte.
- Pozorování dýchání-nakloníme se nad ústa postiženého, tak můžeme sledovat zdvihající se hrudník, cítit vydechovaný proud vzduchu a zároveň slyšet dýchání. Zástavě dýchání u dětí též může napovídat modravé zbarvení rtů a nehtů na rukou.
- Nevidíme-li projevy spontánního dýchání, je nutné ihned přivolat pomoc.
- Přemístit poraněného na tvrdou podložku, v žádném případě ničím nepodkládáme hlavu.
- Zakloníme hlavu, abychom uvolnily dýchací cesty, případně ústa vyčistíme od zvratků nebo cizích těles.
- U dětí vždy začínáme 5 - ti umělými vdechy, neboť u dětí je nejčastější příčinou náhlá zástavy oběhu dušení.
 - Při záklonu hlavy obejmeme svými ústy ústa i nos dítěte. Vdechujeme množství vzduchu z úst, které se přibližně rovná objemu vzduchu v našich ústech.
- Následuje stlačování hrudníku neboli nepřímá masáž srdce.
 - Stlačení provádíme nejméně do 1/3 hloubky hrudníku s frekvencí 120 za minutu.
 - Masáž u dětí provádíme pouze jednou rukou (u kojenců pouze dvěma palci)
 - Doba stlačení a uvolnění by měla trvat stejně dlouho.
 - Uvolnění by mělo být úplné.
- Masáž srdce dále provádíme s umělým dýcháním v poměru 15:2. Přerušeni masáže při umělých vdeších by mělo být co nejkratší.

Resuscitaci ukončujeme pouze v několika případech: prvním případem je obnova krevního oběhu a dechové aktivity, kterou poznáme podle toho, že dotyčný se může začít bránit, otevírat oči a dýchat. Další situací, kdy můžeme ukončit resuscitaci, je převzetí resuscitace jiným záchráncem, nebo v případě vlastního vyčerpání (Truhlář et Šeblová, 2015, Bydžovský, 2011; Bydžovský, 2016; Remeš et Trnovská, 2013; Maconochie et al., 2015).

4.2 Tonutí

Tonutí je u dětí velmi častým úrazem, neboť zvědavé a neopatrné děti nejsou schopny rozpoznat hrozící nebezpečí. Vezmeme-li v potaz všechna tonutí dětí, pak z průzkumu Toráčové a Čapkové (2008) vyplývá, že 45 % ze všech tonoucích dětí jsou právě děti v batolecím věku a pro 24 % z nich tonutí skončilo smrtí. Z tohoto výzkumu také vyplynulo, že nejčastějšími mechanismy tonutí dětí jsou pády do bazénu, pády do přírodní vody nebo nehody při koupání v bazénu.

Prvním krokem první pomoci při tonutí je dostat tonoucího co nejdříve z vody. Dostat z vody dítě není tak náročné jako dospělého člověka, neboť děti nemají takovou sílu se záchránci bránit.

Po vytažení dítěte z vody je vhodné uložení dítěte do polohy, kdy bude mít horní část těla mírně skloněnou a hlavu otočenou ke straně. Tato pozice snižuje riziko aspirace a tím i pozdějších komplikací.

Důležitým krokem je kontrolování fyziologických funkcí, jakými jsou vědomí, dýchání a pulz. Od stavu fyziologických funkcí je odvozován další postup (Remeš, 2013).

Dýchá-li dítě spontánně, je nutné zajistit tepelný komfort dítěte a tedy zabránit jeho podchlazení. Odstraníme mokré oblečení a zabalíme dítě do dek, popřípadě do suchého oblečení (Mixa, 2018).

Pokud dítě nedýchá nebo dýchá jinak než je fyziologické dýchání, je nutné začít s resuscitací. Celkové podchlazení způsobí zpomalení látkové výměny a tím snižuje spotřebu kyslíku v jednotlivých tkáních včetně mozku. Proto následná resuscitace mívá větší úspěch i celkové zotavení jsou lepší než v jiných případech ožívování.

I v případě, že se nám u dítěte povede znovu obnovit oběh a dýchání, je nutná hospitalizace, neboť hrozí opožděné projevy život ohrožujících poškození, především na plicích (Stožický, 2015).

4.3 Termické úrazy

Zda je možné termický úraz zvládnout sami v domácím prostředí, nebo zda je nutný lékařský zásah, záleží nejen na velikosti a lokalizaci popáleného/opařeného místa, ale také na stupni popáleniny.

Základem první pomoci při popáleninách je zamezit dalšímu působení tepelného zdroje. Při vzplanutí oděvu je nutné tento oděv uhasit, ať už politím vodou, šetrným povalením dítěte a válením po zemi, nebo udušením ohně dekou. Je ovšem nutné dát pozor na materiál, ze kterého je deka vyrobená. U umělé tkaniny hrozí roztavení a přilepení na kůži. Při použití hasicího přístroje je nutné dávat pozor, aby nedošlo k zasažení úst a nosu dítěte, které by se tak mohlo začít dusit. Látky, které zůstanou přilepeny na kůži, takzvané příškvary, nesmíte za žádnou cenu sundávat popřípadě odtrhávat. Správným postupem je polévání místa s příškivarem vodou (Pokorný, 2010).

Dále je potřeba zajistit chlazení postiženého místa studenou čistou vodou. Chlad tiší bolest, snižuje stupeň poškození tkáně a působí protišokově. Chlazení popálenin studenou vodou (10 – 15⁰C) je však doporučeno u drobných popálenin, které pokrývají pouze menší plochu tělesného povrchu. U popálenin větších rozměrů je doporučeno oplachovat ránu vlažnou vodou (20 – 25⁰C), aby nedošlo k podchlazení dítěte a tím i zhoršení hrozícího šoku. Chladnou vodu tedy aplikujeme pouze na drobnější popáleniny a to ne do otevřené rány (Kelnarová et al., 2013). Oplachování provádíme do té doby, dokud je to dítěti samotnému příjemné, jedná se přibližně o 10 – 20 minut.

Pro zabránění vstupu infekce je nutné ránu ošetřit vždy sterilním krytím, popřípadě vypranými a vyžehlenými lněnými ubrousky. Ránu můžeme též ošetřit speciálním hydrogelovým krytím určeným na popáleniny (Bydžovský, 2011).

Došlo-li k popálení očí, nosu či úst, tato místa vyplachujeme chladnou čistou vodou. Pokud jsou popálená ústa a hrdlo, je vhodné podávat dětem po locích studenou vodu či přímo ledovou kostku k cucání. To vede ke snížení bolesti a zároveň ke zmenšení možného otoku, tím zmírníme riziko dušení (Bydžovský, 2011).

Důležité je na popálenou ránu nedávat žádné zasypy, masti ani oleje (Bydžovský, 2011). Případné puchýře nestrhávat ani neostřihávat (Kelnarová et al., 2013)

Tak jako i u jiných vážných úrazů vždy kontrolujeme fyziologické funkce (dech, vědomí, popřípadě pulz) dítěte, neboť tím můžeme včas odhalit vznikající komplikace.

4.4 Náhodné intoxikace

Podobně jako u ostatních poranění je i v tomto případě nutné zachovat klid, neboť naše rozrušení by zhoršovalo psychický stav dítěte. Zbytečně by se více rozrušovalo a hůře by s námi spolupracovalo. Podstatná je snaha zjistit maximum informací o dané látce, především určit druh dané látky, množství požití látky a čas požití. Jedná-li se o otravu léky, snažíme se najít informace v příbalovém letáku, jakými jsou například množství a způsob uvolňování účinné látky.

V České republice existuje specializované pracoviště, na které je možno se telefonicky obrátit pro rady ohledně veškerých otrav. Toto pracoviště se nazývá Toxikologické informační středisko Kliniky pracovního lékařství Všeobecné fakultní nemocnice (dále TIS), tel.: 224 91 92 93. Před zavoláním bychom měli mít zjištěny všechny potřebné informace, jakými jsou: jméno poškozeného, rodné číslo, adresa a všechny dostupné informace o látce. Poté získáte informace, jak nejlépe poskytnout první pomoc a jaký je následný postup (TIS, 2018).

Dalšími postupy bývá použití aktivního uhlí nebo snaha o vyvolání zvracení, které ovšem není vhodné vyvolávat při jakékoli otravě. Zvracení není vhodné vyvolávat při otravě leptavými chemikáliemi, ropnými produkty, pěnotvornými látkami. Další situací, kdy není možné vyvolávat zvracení, je otrávený ve stavu bezvědomí. Zvracení je tedy vhodné vyvolávat vždy až po poradě s lékařem nebo Toxikologickým informačním střediskem (Bydžovský, 2016).

Důležité je vyhnout se snaze ředit požitá roztoky kyselin či louhů. Obecně doporučeným postupem je před aktivním řešením intoxikace nejdříve zavolat na číslo uvedené výše a jednat dle pokynů TIS. Špatným postupem při první pomoci mohou dospělí stav svého dítěte ještě více zkomplikovat (Rakovcová, 2013).

Doporučujeme, aby se všechny domácnosti, zejména ty, kde vyrůstají malé děti, vybavily alespoň jedním balením aktivního (černého) uhlí (přípravky Carbosorb nebo Carbotox). Optimální je mít v zásobě pro každé dítě v rodině jedno balení přípravku. (TIS, 2018). Podání živočišného uhlí, je jednou z nejčastějších rad podaných TIS, neboť tato látka do sebe váže účinné látky řady léků. Děti obvykle mají problém s přijetím většího množství tabletek, v tomto případě je doporučeným postupem rozdrcení tabletek a jejich namíchání do nápoje. V nabídce lékáren je možné sehnat aktivní uhlí v práškové formě (Rakovcová, 2013).

První pomoc u intoxikací pracími a čisticími prostředky

Při této otravě je zvracení kontraindikováno, neboť tyto přípravky ve většině případů pění. V této situaci je možné použití odpeňovačů, které jsou vyráběny právě pro tyto případy a jsou dostupné v lékárnách. Mezi tyto přípravky patří například Lefax nebo Sab simplex (Bydžovský, 2016).

Intoxikace léky

Při otravách léky je obecně doporučeno vyvolávat zvracení. Vždy by to ovšem mělo být až po poradě s odborníkem. K vyvolání dávicího reflexu stačí prstem podráždit hrdlo v ústní dutině dítěte. Další možností je použití sirupu podporujícího zvracení například Ipecacuanha. Vzorek se zvratky uschováme pro případný laboratorní rozbor. Poté dítěti podáme aktivní uhlí a vodu na zapití, popřípadě práškové aktivní uhlí rozpuštěné ve vodě. Snažíme se s dítětem stále komunikovat a udržet ho při vědomí.

Tak jako u ostatních úrazů, i zde sledujeme fyziologické funkce dítěte. Ve chvíli, kdy dochází k poruchám fyziologických funkcí - dechu, pulzu či vědomí - zajistíme dýchání a zahájíme resuscitaci (Kelnarová et al., 2013).

Intoxikace rostlinami

Pokud dítě pozřelo jedovatou rostlinu, vyčistíme dítěti ústa od zbytků rostlin. Většinou se ovšem stává, že dítě pozře rostlinu, aniž bychom si toho všimli. Příznaky se pak objeví až po čase a tím vzniká problém s určením jedovaté rostliny. Často se stává, že přítomnost jedovaté rostliny prokážou až zvratky.

U první pomoci při otravách rostlinami jsou stanoveny jednotlivé kroky jak dotyčnému pomoci. Je nutné reagovat co nejrychleji, aby se zabránilo dalšímu vstřebávání toxické látky (Rakovcová, 2013).

První pomoc při otravě rostlinou:

- Vyčistíme dutinu ústní.
- Snažíme se dostat toxickou látku z těla. Vyvoláváme zvracení popřípadě průjem. Vždy se snažíme zajistit vzorek, pro pozdější laboratorní testy na toxické látky.
- Podáváme vlažnou vodu a aktivní uhlí.
- Kontrolujeme fyziologické funkce nemocného. Dojde-li ke zhoršení fyziologických funkcí, zahájujeme resuscitaci.

- Při bolestech žaludku a střev je možné použít teplé obklady.
- Zajistíme lékařské ošetření.

4.5 Aspirace cizího tělesa

Máme-li podezření, že dítě vdechlo cizí těleso, snažíme se u něho vyvolat kašel. Začne-li dítě promodrávat, lapat po dechu či kašlat, můžeme se pokusit cizí těleso odstranit sami pomocí Heimlichova manévru, jehož postup se ovšem liší v závislosti na věku postiženého jedince. Cílem manévru je zvýšit nitrohruční tlak a tím tedy vypudit těleso z dýchacích cest do dutiny ústní. U batolat je postup následující: dítě položíme hrudníkem přes koleno, s hlavou níže, poklepeme rukou mezi lopatky, tím vyvoláme kašel. Při tomto kašli může dojít k uvolnění tělesa z dýchacích cest, a tak těleso vypadne zpět do úst, kde ho odstraníme.

Při odstraňování tělesa je ideálním postupem položit dítě na záda, otevřít mu pusku tak, že oběma palci zatlačíme na spodní čelist, při tomto chmatu jedním palcem natlačíme dítěti tvář mezi zuby, čím zabraňujeme dítěti v zavření úst a zároveň chráníme sebe před pokousáním. Prsty druhé ruky poté můžeme sáhnout pro těleso (Stožický, 2015; Bydžovský, 2016;).

Zda půjde cizí těleso z dýchacích cest vyndat či nikoli, závisí jak na velikosti, tvaru, struktuře a povrchu vdechnutého tělesa, tak také na jeho umístění v dýchacích cestách. Tyto faktory ovlivňují také následný postup lékaře (Mihál et al., 2016).

Máme-li někdy jen pocit, že došlo k aspiraci, přestože dítě nemusí mít všechny příznaky, které byly zmíněny ve druhé kapitole, je přesto nezbytné navštívit lékaře, který případné těleso odstraní pomocí bronchoskopu. Tím zamezíme pozdějším komplikacím, ať už mluvíme o nabobtnání tělesa v dýchacích cestách nebo aspirační pneumonii (Mixa, 2018). Podle Mihál (2016) je tedy vždy lepší, je-li provedena bronchoskopie pokud není potřeba, než aby zůstalo cizí těleso v dýchacích cestách.

Ne vždy se nám povede cizí těleso z dýchacích cest vyndat. Situace se může náhle zhoršit a to tak, že dojde ke ztrátě vědomí. V tuto chvíli je důležité ihned začít resuscitovat a zavolat ZZS (Bydžovský, 2011).

5 EDUKACE

5.1 Pojem edukace

Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. (Juřeníková, 2010, str. 9). Pojem edukace vychází z latinského slova *educare*, *educare*, co v českém jazyce znamená vést vpřed, vychovávat či vypěstovat. Termín edukce tedy zahrnuje vychovávání a zároveň vzdělávání jedince (Magerčiaková, 2008).

Edukaci můžeme dělit na edukaci základní, reedukační a komplexní. Při základní edukaci dochází k předávání znalostí jedinci, pro kterého jsou tyto informace nové. Reedukační proces probíhá ve chvíli, kdy jedinec již nějaké znalosti má a tyto znalosti může doplnit novými. Jedná se tedy o navázání na předchozí znalosti, jejich opakování, aktualizování a přidávání znalostí nových. Při komplexní edukaci dochází k postupnému ucelenému poskytování vědomostí. Tento typ edukace bývá nejčastěji realizován v edukačních kurzech (Juřeníková, 2010; Magerčiaková, 2008).

5.2 Edukační proces

Edukační proces je činností záměrného i nezáměrného učení jedince. Tento proces probíhá již v prenatálním vývoji a pokračuje během celého života až do samotné smrti. Do edukačního procesu patří čtyři důležité termíny; edukant, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí.

Edukantem nazýváme jedince, který je subjektem učení. Edukantem může být prakticky kdokoli; nemůžeme se však ke všem edukantům chovat stejně, vždy je důležité brát v potaz individualitu jedince. Každého jedince charakterizujeme fyzickými vlastnostmi (věk, pohlaví, zdravotní stav), afektivními vlastnostmi (motivace, potřeby, postoje) a kognitivními vlastnostmi (schopnosti učení se, inteligence). Edukanta ovlivňují sociálně-kulturní podmínky, jakými je víra, etnikum atd. V ošetrovatelství se edukantem stává pacient popřípadě klient, který může být všech věkových kategorií, ať už je zdravý, nemocný či handicapovaný (Juřeníková, 2010).

Edukátor je jedinec, který edukaci zprostředkovává. Edukátorem tedy bývá učitel, lektor, instruktor, trenér apod. V ošetrovatelství na sebe roli edukátora přejímá zdravotní

sestra. Stejně, jako se mezi sebou liší edukanti, tak také mezi edukátory existují individuální odlišnosti. Na charakteristiku edukátora mají vliv fyzické vlastnosti (věk, zdravotní stav, vlastnosti, osobnost), ale také profesní znalosti (dosažené vzdělání, schopnosti a zkušenosti) (Magerčiaková, 2008).

Pod edukačními konstrukty ovlivňujícími edukační proces rozumíme zákony, předpisy, plány, edukační standardy, materiály apod.

Edukační prostředí je prostor, ve kterém k edukaci dochází. Prostředí ovlivníme například osvětlením, výzdobou, barvami, teplotou, zvuky, vybavením. Není ovšem ovlivněno pouze fyzikálními vlivy, ale je také ovlivněno sociálním klimatem a samotnou atmosférou edukace (Juřeníková, 2010).

Edukaci dělíme do pěti fází:

- počáteční pedagogická diagnostika,
- projektování,
- realizace,
- upevnění a prohlubování učiva,
- zpětná vazba.

Při počáteční fázi se edukátor snaží zjistit důležité informace od edukanta. Týká se to například dosavadních vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta. Tyto informace jsou nezbytné k budoucímu stanovení cílů.

Na počáteční fázi navazuje fáze projektování, kde na základě první fáze stanovuje edukátor cíle edukace. V této fázi také dochází k volbě vhodné edukační metody, formy, pomůcek a obsahu edukace.

Dále navazuje fáze realizace, která je rozdělena na několik kroků. Prvním krokem je motivace edukanta. Dalším krokem je expozice, při které edukátor zprostředkovává nové vědomosti a dovednosti edukantovi. Na expozici navazuje fixace, která je zaměřena na opakování a procvičování získaných vědomostí. Tyto vědomosti edukátor ověřuje v následujícím kroku, kterým je běžná diagnostika. Edukátor se snaží zjistit, zda edukant vše správně pochopil. Posledním krokem realizace je aplikace, při které zjišťujeme, zda je edukant schopný získané vědomosti a dovednosti sám použít.

Po úspěšném ukončení realizace nastupuje fáze upevnění a prohlubování učiva. Tuto fázi si můžeme představit jako neustálé opakování a procvičování, díky kterému se v paměti uchová více vědomostí.

Poslední fází edukačního procesu je fáze zpětné vazby. Při této fázi jde o hodnocení edukanta, ale zároveň hodnocení edukátora (Juřeníková, 2010).

5.3 Cíle edukace

Edukační cíle lze charakterizovat jako očekávaný výsledek, kterého chceme u jedince dosáhnout. Tento výsledek je pozitivní kvalitativní a kvantitativní změna v edukovaných vědomostech, dovednostech, postojích, návycích a hodnotové orientaci. (Juřeníková, 2010, str. 27)

Jsou-li cíle dobře formulované, stává se plánování edukace snadnějším. Snahou edukátora je přiblížit celkový výsledek edukace k předem zvoleným edukačním cílům.

Cíle edukace jsou rozděleny na cíle krátkodobé a dlouhodobé. Jako krátkodobé cíle jsou uváděny například samostatné lekce. Dlouhodobým cílem jsou například cíle finální, popřípadě cíle zaměřené přímo na konkrétního klienta (Juřeníková, 2010).

Správně stanovený cíl by měl splňovat několik zásad: cíl by měl být přiměřený, jednoznačný, kontrolovatelný, konzistentní a komplexní. Pro správné stanovení cíle pomáhá rozdělení cílů do jednotlivých oblastí:

- kognitivní cíle
- afektivní cíle
- psychomotorické

Kognitivní neboli vzdělávací cíle se zaměřují na poskytování informací a jejich bližší vysvětlení. Snaha je kladena na správné pochopení daných informací. Výsledkem edukace je pak zlepšení vědomostí edukanta. Cíle se tedy zaměřují na myšlení, poznání a porozumění, které mu pomáhají.

Cíle afektivní se zaměřují na vytváření vlastních postojů, přesvědčení, hodnot i názorů. Afektivní cíle jsou zaměřeny na emoce.

Psychomotorické cíle jsou rovněž označovány jako výcvikové cíle. Výsledkem těchto cílů by mělo být osvojení si určitých schopností a návyků jedincem (Magerčiaková, 2008).

Cíle se během edukace nesoustřeďují na jedinou kategorii. *V procesu edukace dochází k jejich vzájemné kombinaci. Stanovenému cíli je také nutné přizpůsobit metody, formy a*

obsah edukace. Zvolené cíle, metody, formy a obsah edukace musí být ve vzájemné harmonii. (Juřeníková, 2010, str. 30)

5.4 Metody edukace

Pojem metoda edukace můžeme chápat jako promyšlenou a plánovanou snahu edukátora, který svým působením vede edukanta k dosažení a naplnění všech cílů edukace.

Metodu edukace volí edukátor podle individuálních předpokladů edukanta. Tím jsou myšleny jeho dosavadní vědomosti, zkušenosti a dovednosti. V potaz musí edukátor brát též zdravotní a psychický stav edukanta, ale také prostředí edukace (Juřeníková, 2010).

Metody edukace rozdělujeme na metody teoretické, teoreticko-praktické a praktické. Mezi teoretické metody edukace řadíme klasické přednášky, přednášky s diskuzí, cvičení nebo semináře. Do metod praktických zařazujeme instruktáže, coaching, asistování, stáž, exkurze apod. Zbylé metody jakými jsou například diskuze, problémové metody, programová výuka, projektové metody, diagnostické a klasifikační metody jsou zahrnuty ve skupině teoreticko – praktických metod (Juřeníková, 2010).

Dále můžeme metody edukace dělit podle forem edukace:

- Metody mluveného slova
- Metody tištěného slova
- Metody názorných příkladů

Metody mluveného slova jsou jedny z nejvyužívanějších, neboť mají výhodu v tom, že je lze použít prakticky kdykoli a mohou být přizpůsobeny komukoli. Mají ovšem i svá pravidla. Edukátor by měl hovořit spisovně, srozumitelně, přiměřenou rychlostí a nesmí používat vulgarismy. Pro lepší porozumění je vhodné používání krátkých vět. Dalším doporučením pro edukátora je udržování očního kontaktu a ověřování si reakcí edukantů. Tato metoda může být provozována formou monologu (přednáška, výklad) nebo formou dialogu (diskuze, beseda).

Metoda tištěného slova je vhodná v případě, kdy je naším cílem oslovení velkého množství lidí. Nevýhodou ovšem zůstává časová náročnost na přípravu a také dražší zpracování a provedení. Tato metoda má důležité zásady: text nesmí být příliš dlouhý, aby si udržel edukantovu pozornost; text musí být přehledný, zajímavý a psán písmem přiměřené velikosti a formátu; text by měl být především srozumitelný. Edukátor musí znát

obsah textu, aby byl schopen odpovědět na možné doplňující dotazy. Metodu tištěného slova si můžeme představit například jako heslo, leták, článek, brožuru, časopis či knihu.

Názornými příklady mohou být různé plakáty, nástěnky, dokumenty, filmy, výstavy, magnetické tabule apod. I tyto metody mají svá pravidla pro použití. Nejdůležitější je upoutání pozornosti a zájmu edukanta. Důležitá je pozitivní motivace. Je vhodné, aby podklady byly jednoduché, přehledné a stručné. Úspěšnost této metody je dána také vhodným umístěním materiálu (Magerčiaková, 2008).

5.5 Edukace v ošetrovatelství

Edukace v ošetrovatelství je jednou z důležitých intervencí, kterou dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., O činnostech nelékařských zdravotnických pracovních, v platném znění, vykonává jak všeobecná sestra, tak například porodní asistentka či zdravotnický záchranář.

Všeobecná sestra je edukátorem a pacient edukantem.

Základem jsou teoretické znalosti a praktické dovednosti sestry ohledně dané problematiky, které jí pomohou podat edukaci tak, aby jí pacient porozuměl. K tomu je navíc potřeba vhodná verbální i nonverbální komunikace. Musí projevovat snahu pomoci pacientovi, být empatická a snažit se získat pacientovu důvěru.

Pacient by měl v edukačním procesu získat určité znalosti ohledně své nemoci a zdravotního stavu. Měl by být poučen o životosprávě a rizikových faktorech, které mohou jeho stav zhoršovat. (Výuka edukace, 2018)

6 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Průzkumným problémem bakalářské práce je: „potřeba edukace rodičů o poskytování první pomoci při nejčastěji vyskytovaných úrazech dětí v batolecím věku“.

6.1 Cíle průzkumu a průzkumné otázky

Cíle průzkumu:

Cíl 1 - Zmapovat znalosti rodičů v problematice poskytování první pomoci u termických poranění dítěte.

Cíl 2 - Zmapovat znalosti rodičů v problematice poskytování první pomoci u aspirace cizího tělesa dítětem.

Cíl 3 - Zmapovat znalosti rodičů v problematice poskytování první pomoci při tonutí dítěte.

Cíl 4 - Zmapovat znalosti rodičů v problematice poskytování první pomoci při intoxikaci dítěte.

Cíl 5 - Na základě dat získaných z dotazníků vytvořit edukační proces a navrhnout edukační hodinu se zaměřením na problematiku poskytování první pomoci u vybraných úrazů.

Průzkumné otázky:

Průzkumná otázka 1 - Znájí rodiče postupy při první pomoci u popálení a opaření dítěte?

Průzkumná otázka 2 - Znájí rodiče postupy první pomoci u aspirace cizího tělesa dítětem?

Průzkumná otázka 3 - Znájí rodiče postupy první pomoci při tonutí dítěte?

Průzkumná otázka 4 - Znájí rodiče postupy první pomoci při intoxikaci dítěte?

Průzkumná otázka 5 - Mají rodiče možnost absolvovat edukační lekci (zaměřenou na rodiče batolat), zabývající se problematikou poskytování první pomoci u termických poranění, aspirace cizího tělesa, tonutí a intoxikace dítěte?

6.2 Metodologie a metody průzkumu

V praktické části bakalářské práce jsme se zaměřili na znalosti prevence a první pomoci u rodičů batolat. Zjišťovali jsme úroveň jejich znalostí, ale také jejich vlastní pohled na své vědomosti ohledně poskytování první pomoci. Dále jsme se rodičů ptali, zda měli možnost navštívit kurz první pomoci, popřípadě jaký by měli o tento kurz zájem.

Metodikou průzkumu bakalářské práce byla zvolena metoda kvantitativní. Anonymní dotazník (viz. příloha A) jsme sestavili na základě studia příslušné literatury a také podle cílů, které by tato práce měla splnit. Před samotným průzkumem proběhl pilotní průzkum, kdy byl dotazník rozdán mezi 8 respondentů laické veřejnosti. Na základě připomínek z pilotního průzkumu jsme dotazník upravili do finální verze.

Dotazník obsahoval 20 otázek, z nich bylo 12 otázek uzavřených, 1 polootevřené (filtrační) a 7 otevřených.

Před zahájením dotazníkového šetření jsme oslovili Dětské skupiny a rehabilitační stacionář v Příbrami s žádostí o povolení dotazníkového šetření (žádost viz. příloha B, povolení viz. příloha C). Dotazník byl rozdán na jednotlivá oddělení. Sběr dat probíhal v období od poloviny listopadu 2018 do konce ledna 2019.

6.3 Charakteristika výběrového souboru

K průzkumu byli vybráni rodiče, jejichž děti (batolecí věk) navštěvují Dětské skupiny a rehabilitační stacionář v Příbrami. Průzkumu se zúčastnilo 32 rodičů. Cílem šetření bylo zmapovat znalosti rodičů ohledně poskytování první pomoci při tonutí, termických úrazech, náhodných intoxikacích a aspiracích cizích těles.

V Dětských skupinách bylo rozdáno mezi rodiče 40 dotazníků. Ze 40 - ti rozdaných dotazníků bylo odevzdáno do sběrné nádoby 32 dotazníků. Z vybraných dotazníků nemělo 6 dotazníků vyplněny všechny odpovědi – byly tedy z průzkumu vyřazeny. Na základě filtrační otázky „Zda rodič navštěvoval zdravotnickou školu, či zdravotnický kurz“, bylo vyřazeno 6 vyplněných dotazníků z průzkumu. Následující výsledky jsou tedy zpracovávány z 20 - ti znalostních dotazníků, které splnilo požadavky na vyhodnocení dat z průzkum.

7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Výsledky dotazníku jsou zpracovány v tabulkách, pro větší přehlednost jsou tabulky doplněny grafy. Na základě dat získaných z dotazníku byly vytyčeny edukační cíle a byly sestaveny návrhy dvou edukačních lekcí. Edukační lekce se zaměřují na zjištěné nedostatky ohledně znalostí rodičů v problematice prevence a poskytování první pomoci u nejčastěji vyskytovaných úrazů v batolecím věku.

Položka 1: Při poskytování první pomoci při popálení/opaření je nutné:

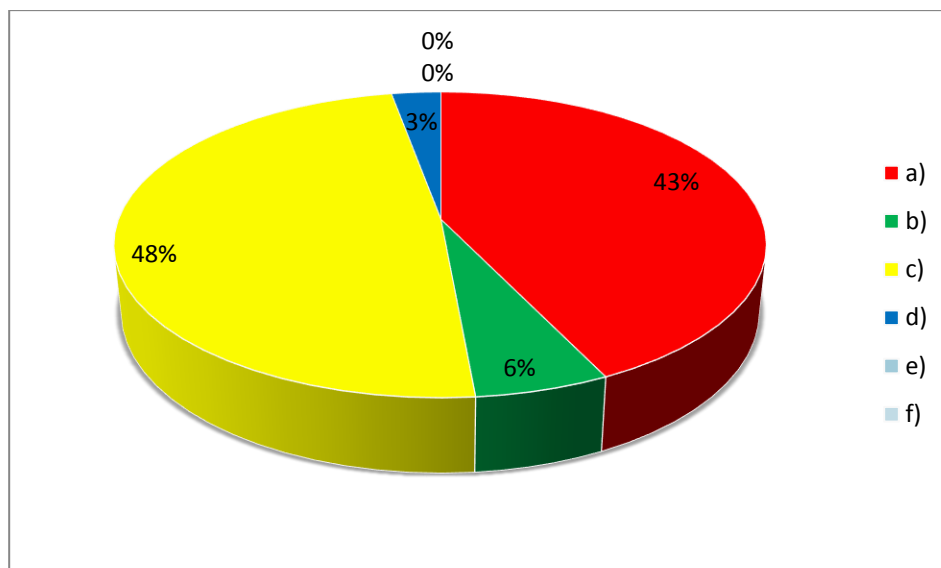
Tabulka 1: První pomoc při termickém poranění

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	15	43 %
b)	2	6 %
c)	17	48 %
d)	1	3 %
e)	0	0 %
f)	0	0 %
Celkem	35	100 %

Zdroj: Autor, 2019

Legenda k tabulce 1:

- a) zamezit dalšímu působení tepelného zdroje
- b) odstranění přiškvarů (= přilepená látka ke kůži)
- c) chlazení popáleného místa pod chladnou tekoucí vodou
- d) ponoření popáleného do vany s chladnou vodou
- e) nejsem si jistý/á
- f) nevím



Graf 1: První pomoc při termickém poranění

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 2 zodpovědělo 35 respondentů (100 %). Za správné odpovědi jsou považovány možnosti A a C. Obě dvě možnosti správně zodpovědělo 11 respondentů (55 %). Možnost A zvolilo 15 respondentů (43 %); odpověď B zvolili 2 respondenti (6 %); možnost C vybralo 17 respondentů (48 %); možnost D zvolil 1 respondent (3 %). Nikdo z dotazovaných u této otázky nezvolil možnost „nevím“ ani „nejsem si jistá/ý“.

Položka 2: Čím byste překryli popáleninu?

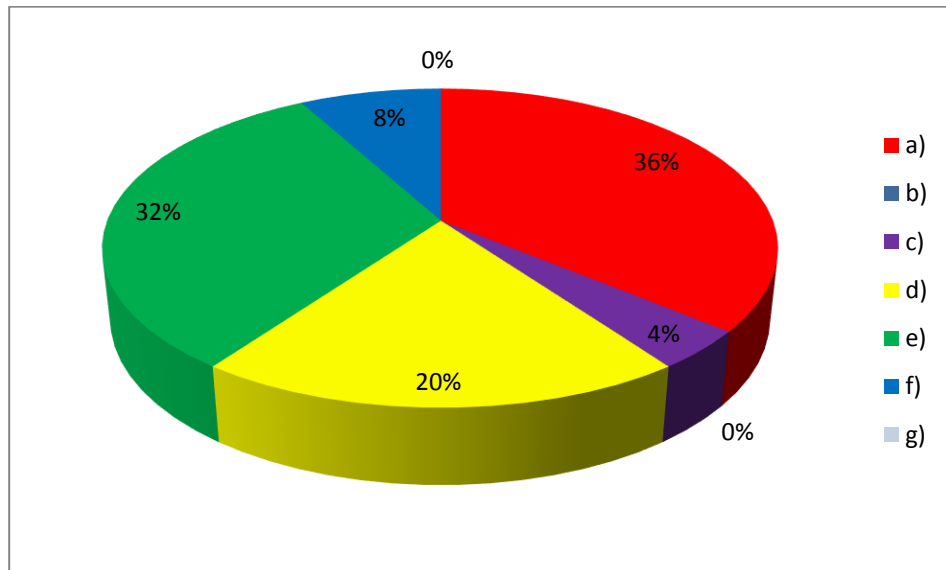
Tabulka 2: Krytí popálenin

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	9	36 %
b)	0	0 %
c)	1	4 %
d)	5	20 %
e)	8	32 %
f)	2	8 %
g)	0	0 %
Celkem	25	100 %

Zdroj: Autor, 2019

Legenda k tabulce 2:

- a) krytím se speciálním chladícím gelem
- b) trojcípým šátkem
- c) jakoukoli látkou, kterou máme po ruce
- d) vypranými a vyžehlenými lněnými látkami
- e) popáleniny nijak nekryjeme
- f) nejsem si jistý/á
- g) nevím



Graf 2: Krytí popálenin

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 3 zodpovědělo 25 respondentů (100 %). Správnou odpovědí je možnost A a D. Obě správné možnosti vybrali 2 respondenti (10 %). Možnost A zvolilo 9 respondentů (36 %); možnost C zvolil 1 respondent (4 %); možnost D zvolilo 5 respondentů (20 %); možnost E označilo za správnou odpověď 8 respondentů (32 %). Dva respondenti (8 %) si správnou odpovědí nebyli jisti. Nikdo z dotazovaných u této otázky nezvolil možnost B ani možnost „nevím“.

Položka 3: Při ošetření popálené rány byste:

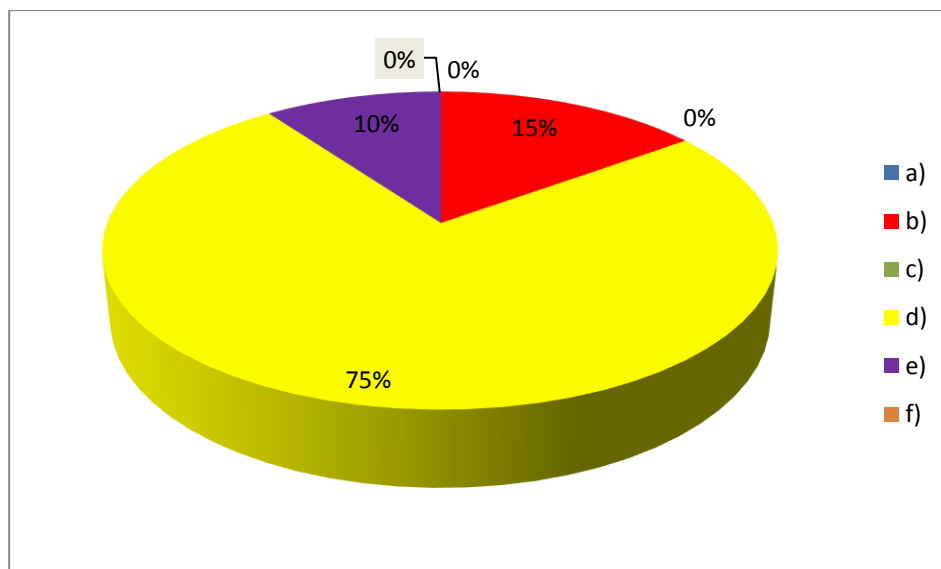
Tabulka 3: Ošetření termického poranění

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	0	0 %
b)	3	15 %
c)	0	0 %
d)	15	75 %
e)	2	10 %
f)	0	0 %
Celkem	20	100 %

Zdroj: Autor, 2019

Legenda k tabulce 3:

- a) odstranili vzniklé puchýře
- b) použili mast či olejíček
- c) použili zásyp
- d) ránu sterilně překryli
- e) nejsem si jistý/á
- f) nevím



Graf 3: Ošetření termického poranění

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 4 zodpovědělo 20 respondentů (100 %). Za správnou odpověď je považována možnost D. Správně tedy otázku zodpovědělo 15 respondentů (75 %). Možnost B zvolili 3 respondenti (15 %); 2 respondenti (10 %) uvedli, že si nejsou jisti správnou odpovědí. Nikdo z dotazovaných u této otázky nezvolil možnost A, C ani F.

Položka 4: Jak můžete předejít popálení/opaření dítěte?

Tato otázka byla otevřená a respondenti zde uváděli vlastní názory ohledně preventivních opatření u termických poranění. Názory byly rozděleny do 7 skupin podle odpovědí rodičů. Většina respondentů uvedla více odpovědí, graf je tedy vytvořen podle celkového počtu názorů, nikoli celkového počtu respondentů (celkový počet respondentů 20, celkový počet názorů 30).

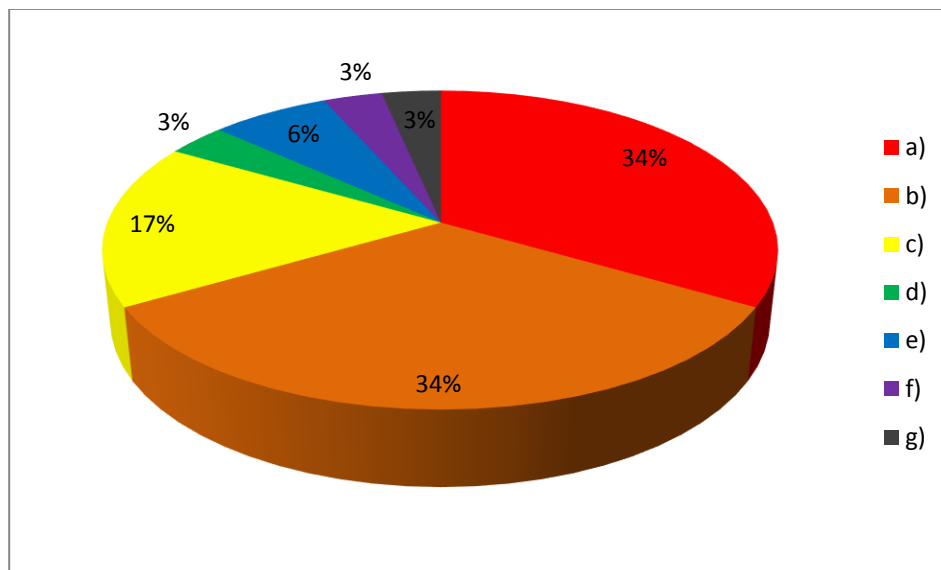
Názory respondentů:

- a) vyvarovat se přístupu dítěte k horké vodě (nápojům a pokrmům)
- b) hlídat dítě
- c) poučit dítě o možných nebezpečích
- d) zamezit přístupu dítěte ke sporáku
- e) při koupání dítěte dbát zvýšené opatrnosti
- f) varná konvice mimo dosah dítěte
- g) nevím

Tabulka 4: Prevence termických úrazů

Jednotlivé odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	10	34 %
b)	10	34 %
c)	5	17 %
d)	1	3 %
e)	2	6 %
f)	1	3 %
g)	1	3 %
Odpovědi celkem	30	100 %

Zdroj: Autor, 2019



Graf 4:Prevence termických úrazů

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 5 zodpovědělo 30 respondentů (100 %). Nejčastějším názorem ohledně prevence popálení/opaření uváděli respondenti zvýšený dohled nad dětmi a také zajištění dostatečné vzdálenosti od horkých tekutin-názory sdílí 10 respondentů (34 %). Podle 5 - ti respondentů (17 %) je vhodné, dítě předem poučit o možných rizicích a také následcích popálení. Zvýšenou opatrnost při koupání dítěte považují za podstatnou 2 respondenti (6 %). Dalšími názory byly „zamezení dítěti přístupu ke sporáku“ a rychlovarná konvice by měla být mimo dosah dítěte“ – každý z těchto názorů si zvolil pouze 1 respondent (3 %). Jeden respondent uvedl, že neví žádné preventivní opatření (3 %).

Položka 5: Kdy je podle Vás v případě tonutí (topení se) dítěte nutné provádět resuscitaci (oživování)?

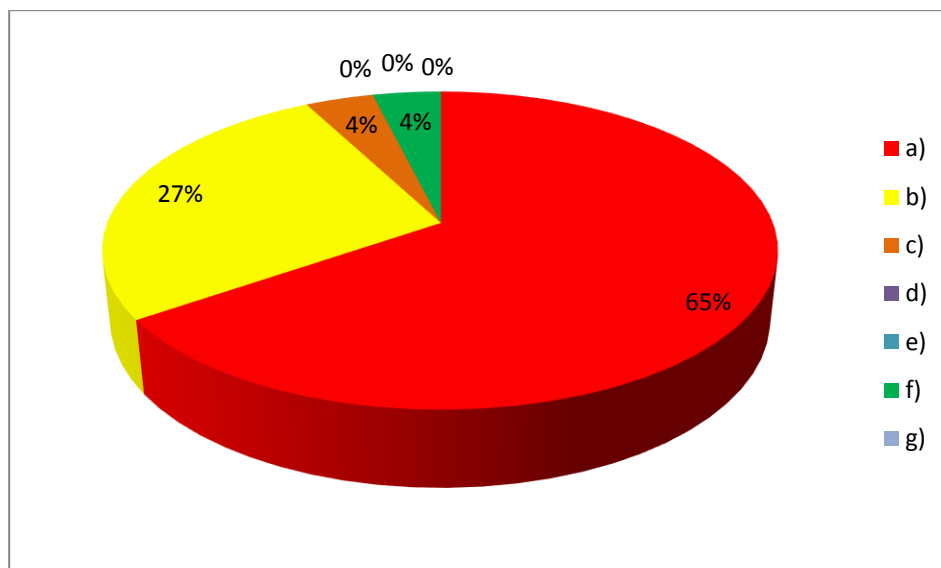
Tabulka 5: Důvody k zahájení resuscitace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	17	65 %
b)	7	27 %
c)	1	4 %
d)	0	0 %
e)	0	0 %
f)	1	4 %
g)	0	0 %
Celkem	26	100 %

Zdroj: Autor, 2019

Legenda k tabulce 5:

- a) je v bezvědomí a nedýchá
- b) je v bezvědomí a dýchá jinak než je normální dýchání
- c) je v bezvědomí a dýchá normálně
- d) je při vědomí a dýchá normálně
- e) při tonutí není resuscitace běžným postupem
- f) nejsem si jistý/á
- g) nevím



Graf 5: Důvody k zahájení resuscitace

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 6 zodpovědělo 26 respondentů (100 %). Za správné odpovědi jsou považovány možnosti A a B. Obě dvě možnosti správně zodpověděli 4 respondenti (20 %). Možnost A zvolilo 17 respondentů (65 %); možnost B zvolilo 7 respondentů (27 %); možnost C si vybral pouze 1 respondent (4 %). Jeden respondent (4 %) si nebyl správnou možností jistý. Zbylé možnosti nebyly vybrány ani jedním respondentem.

Položka 6: Po vytažení topícího se dítěte z vody:

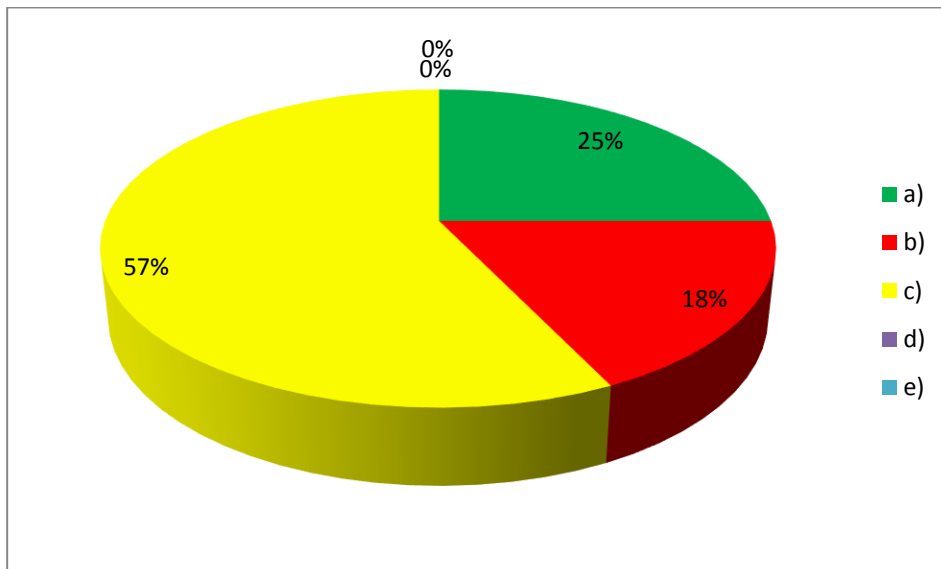
Tabulka 6: První pomoc při tonutí dítěte

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	7	25 %
b)	5	18 %
c)	16	57 %
d)	0	0 %
e)	0	0 %
Celkem	28	100 %

Zdroj: Autor, 2019

Legenda k tabulce 6:

- a) odstraňujeme mokré oblečení a dítě zabalíme do suchého oblečení či dek
- b) snažíme se z dítěte vodu nejdříve vyklepat či vytřást
- c) zkontrolujeme, zda má v ústech cizí tělesa, případně je vyjmeme
- d) nejsem si jistý/á
- e) nevím



Graf 6: První pomoc při tonutí dítěte

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 7 zodpovědělo 28 respondentů (100 %). Za správné odpovědi jsou považovány možnosti A a C. Obě dvě možnosti správně zodpověděli 4 respondenti (20 %). Možnost A zvolilo 7 respondentů (25 %); možnost B zvolilo 5 respondentů (18 %); možnost C vybralo 16 respondentů (57 %). Žádný z dotazovaných respondentů u této otázky nezvolil možnost „nevím“ ani „nejsem si jistý/á“.

Položka 7: Je nutné při tonutí dítěte zavolat zdravotnickou záchrannou službu:

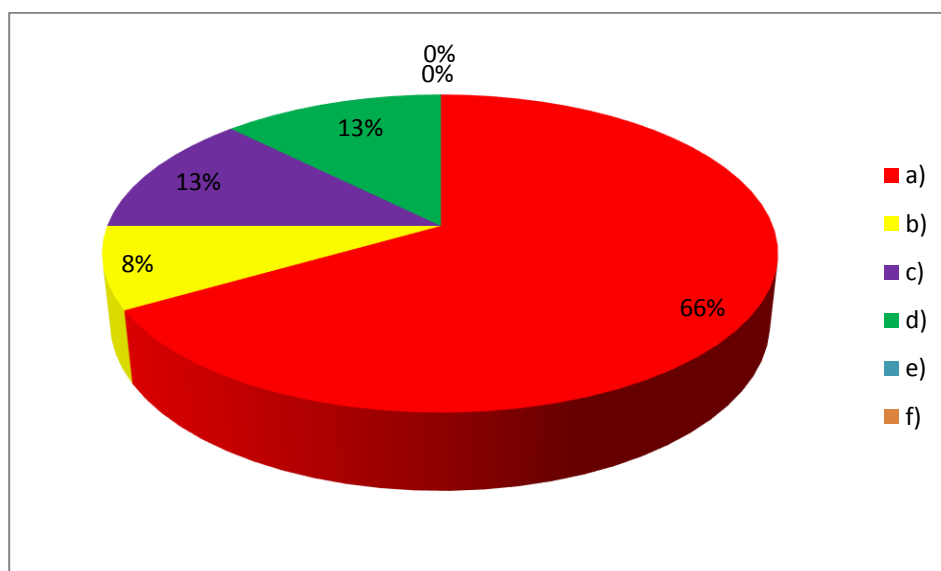
Tabulka 7: Důvody volání zdravotnické záchranné služby při tonutí dítěte

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	16	66 %
b)	2	8 %
c)	3	13 %
d)	3	13 %
e)	0	0 %
f)	0	0 %
Celkem	24	100 %

Zdroj: Autor, 2019

Legenda k tabulce 7:

- a) ve všech případech
- b) pouze nejsme-li schopni sami dítěti pomoci
- c) pokud bylo dítě v bezvědomí
- d) pokud dítě nedýchá/nedýchalo
- e) nejsem si jistý/á
- f) nevím



Graf 7: Důvody volání zdravotnické záchranné služby při tonutí dítěte

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 8 zodpovědělo 24 respondentů (100 %). Za správnou odpověď je považována možnost A. Správnou možnost zvolilo 16 respondentů (66 %). Z celkového počtu respondentů tedy 80 % vědělo, že po tonutí je vhodné volat ZZS ve všech případech. Možnost B zvolili 2 respondenti (8 %); možnost C a D vybrali 3 respondenti (13 %). Nikdo z dotazovaných respondentů u této otázky nezvolil možnost „nevím“ ani „nejsem si jistá/ý“.

Položka 8: Jak můžete předejít tonutí (topení se) dítěte?

Tato otázka byla otevřená a respondenti zde uváděli vlastní názory ohledně preventivních opatření před tonutím dítěte. Názory byly rozděleny na 6 skupin podle odpovědí rodičů. Většina respondentů uvedla více odpovědí, graf je tedy vytvořen podle celkového počtu názorů, nikoli dle počtu respondentů (celkový počet respondentů 20, celkový počet názorů 34).

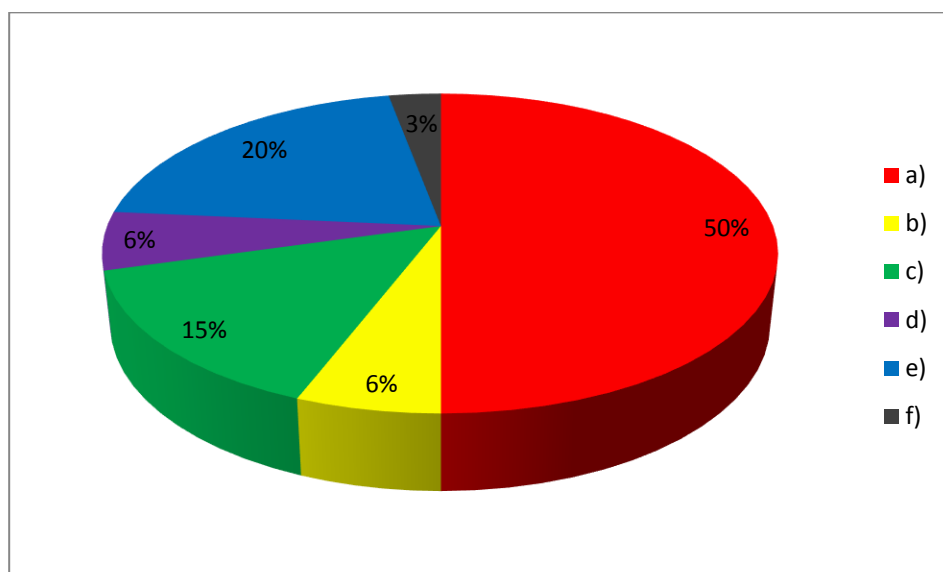
Názory respondentů:

- a) dohled nad dítětem
- b) naučit dítě co nejdříve plavat
- c) poučit dítě o rizicích
- d) přikrývání bazénů a nádrží na vodu
- e) použití plaveckých pomůcek (kruh, rukávky, vesta)
- f) nevím

Tabulka 8: Prevence tonutí dítěte

Jednotlivé odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	17	50 %
b)	2	6 %
c)	5	15 %
d)	2	6 %
e)	7	20 %
f)	1	3 %
Odpovědi celkem	34	100 %

Zdroj: Autor, 2019



Graf 8: Prevence tonutí dítěte

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 9 zodpovědělo 34 respondentů (100 %). Jako nejčastější prevencí tonutí u dětí uvedlo 17 respondentů (50 %) zvýšený dohled nad dítětem. Na druhém místě uvedlo 7 respondentů (20 %) používání plaveckých pomůcek, jakými jsou například plavecký kruh, plavecká vesta, rukávky. Dalším názorem je poučení dítěte o možných rizicích, tento názor uvedlo 5 respondentů (15 %); 2 respondenti (6 %) považují za důležité naučit dítě co nejdříve plavat. Stejně množství respondentů preventivně překrývá bazény či nádrže na vodu. Jeden z respondentů (3 %) neznal žádné preventivní opatření.

Položka 9: První pomoci při vdechnutí cizího tělesa je

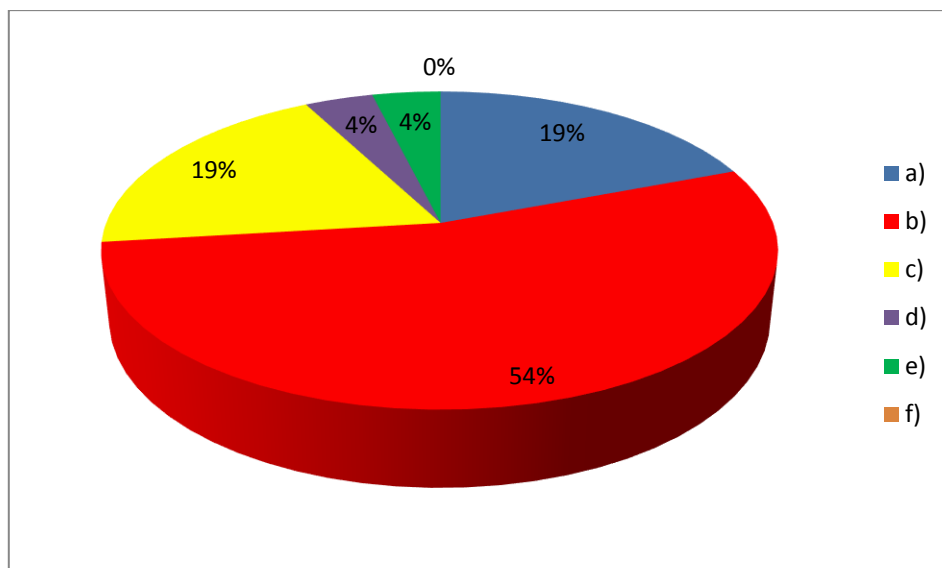
Tabulka 9: První pomoc při aspiraci cizího tělesa

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	5	19 %
b)	14	54 %
c)	5	19 %
d)	1	4 %
e)	1	4 %
f)	0	0 %
Celkem	26	100 %

Zdroj: Autor, 2019

Legenda k tabulce 9:

- a) podpora ke kašli
- b) když dítě položíme hrudníkem přes naše koleno a dlaní vedeme úder mezi lopatky dítěte
- c) když si stoupneme za dítě, spojené ruce položíme pod hrudník dítěte a toto místo stlačujeme
- d) snaha vdechnuté těleso vyndat například pomocí pinzety
- e) nejsem si jistý/á
- f) nevím



Graf 9: První pomoc při aspiraci cizího tělesa

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 10 zodpovědělo 26 respondentů (100 %). Za správné odpovědi jsou považovány možnosti A a B. Obě dvě možnosti správně zodpověděl pouze 1 respondent (4 %). Možnost A zvolilo 5 respondentů (19 %); možnost B zvolilo 14 respondentů (54 %); možnost C vybralo 5 respondentů (19 %); možnost D zvolil 1 respondent (4 %). Jeden respondent (4 %) si nebyl správnou odpovědí jistý. Nikdo z dotazovaných u této otázky nezvolil možnost „nevím“.

Položka 10: Lékaře navštívíte vždy, když:

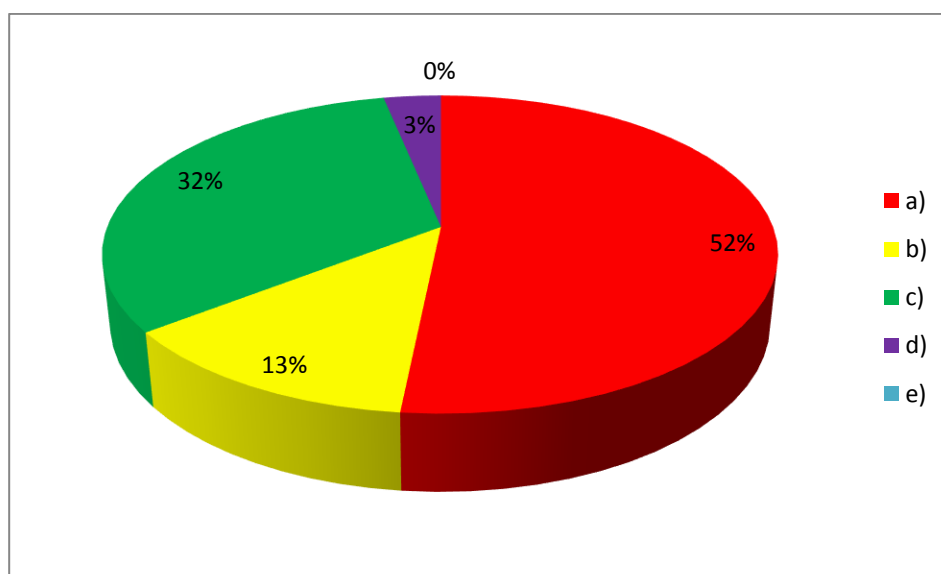
Tabulka 10: Odborné vyšetření při aspiraci cizího tělesa

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	16	52 %
b)	4	13 %
c)	10	32 %
d)	1	3 %
e)	0	0 %
Celkem	31	100 %

Zdroj: Autor, 201

Legenda k tabulce 10:

- a) jste si jistí, že dítě vdechlo cizí předmět, který se nepodařilo dostat ven
- b) jste si jistí, že dítě vdechlo cizí předmět, přestože se podařilo cizí předmět odstranit
- c) nejste si jistí, ale máte obavy, že dítě cizí předmět vdechlo
- d) nejsem si jistý/á
- e) nevím



Graf 10: Odborné vyšetření při aspiraci cizího tělesa

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 11 zodpovědělo 31 respondentů (100 %). Za správné odpovědi jsou považovány možnosti A, B a C. Všechny tři možnosti správně vybrali 3 respondenti (15 %). Možnost A zvolilo 16 respondentů (52 %); odpověď B zvolili 4 respondenti (13 %); možnost C vybralo 10 respondentů (32 %); možnost D zvolil 1 respondent (3 %). Nikdo z dotazovaných u této otázky nezvolil možnost „nevím“.

Položka 11: Jak můžete předejít vdechnutí cizího tělesa dítětem?

Tato otázka byla otevřená a respondenti zde uváděli vlastní názor ohledně předcházení aspirace cizího tělesa. Názory byly rozděleny do 7 skupin podle odpovědí rodičů. Většina respondentů uvedla více odpovědí, graf je tedy vytvořen podle celkového

počtu odpovědí, nikoli počtu respondentů (celkový počet respondentů 20, celkový počet názorů 35).

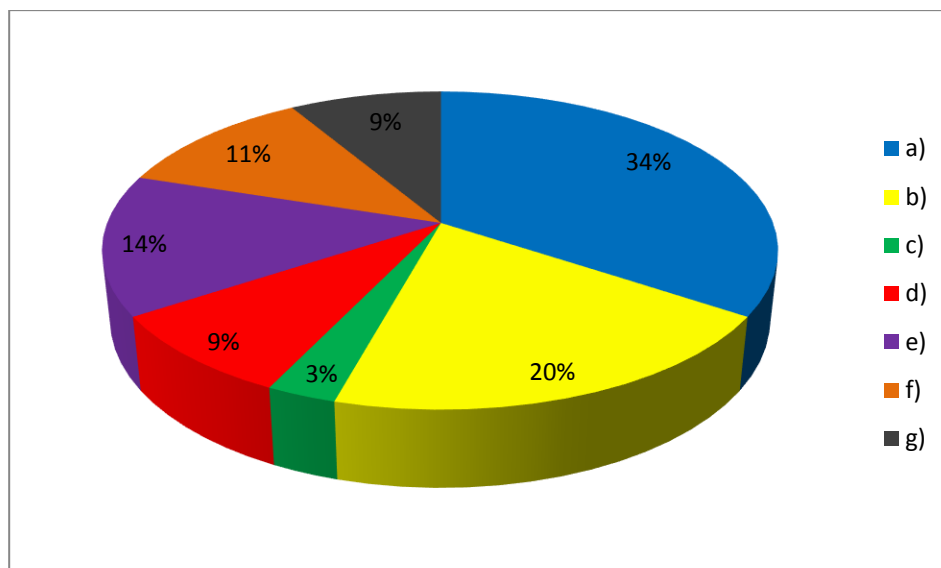
Názory respondentů:

- a) dozor
- b) nedávat k dosahu dítěte malé předměty
- c) vyvarovat se potravinám, které dítě neumí rozkousat
- d) klid při jídle (nenechat dítě pobíhat, nenechat dítě jíst vleže)
- e) poučit dítě o rizicích
- f) dávat dítěti hračky, které jsou určeny pro jeho věk, nemají malé části a nejsou rozbité
- g) nevím

Tabulka 11: Prevence aspirace cizího tělesa

Jednotlivé odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	12	34 %
b)	7	20 %
c)	1	3 %
d)	3	9 %
e)	5	14 %
f)	4	11 %
g)	3	9 %
Odpovědí celkem	35	100 %

Zdroj: Autor, 2019



Graf 11: Prevence aspirace cizího tělesa

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 12 zodpovědělo 35 respondentů (100 %). Respondenti v dotazníku nejčastěji uvedli, že prevencí před aspirací cizího tělesa je zvýšený dohled nad dětmi, tento názor sdílí 12 respondentů (34 %). Na druhém místě uvedlo 7 respondentů (20 %) jako preventivní opatření „odstranit z dosahu dítěte malé předměty“. Důležitou prevencí je poučení dítěte o možných rizicích, tento názor sdílelo 5 respondentů (14 %). Čtyři respondenti (11 %) uvedli, že je vhodné dávat dítěti pouze hračky určené pro jeho věkovou kategorii, hračky navíc nesmějí být rozbité. Klid při jídle považují za podstatnou součást prevence 3 respondenti (9 %). Dítě je vhodné krmit pouze potravinami, které je schopno samo rozkousat uvedl jako prevenci pouze jeden respondent (3 %). Tři respondenti (9 %) uvedli, že neví, jaká by mohla být vhodná preventivní opatření.

Položka 12: V jakém případě byste zahájili ožívání (masáž srdce a umělé vdechy) u dítěte?

Tato otázka byla otevřená a respondenti zde uváděli vlastní názor ohledně vhodných podmínek k zahájení resuscitace. Názory byly rozděleny do 7 skupin podle odpovědí rodičů. Většina respondentů uvedla více odpovědí, graf je tedy vytvořen podle celkového počtu odpovědí, nikoli počtu respondentů (celkový počet respondentů 20, celkový počet názorů 24).

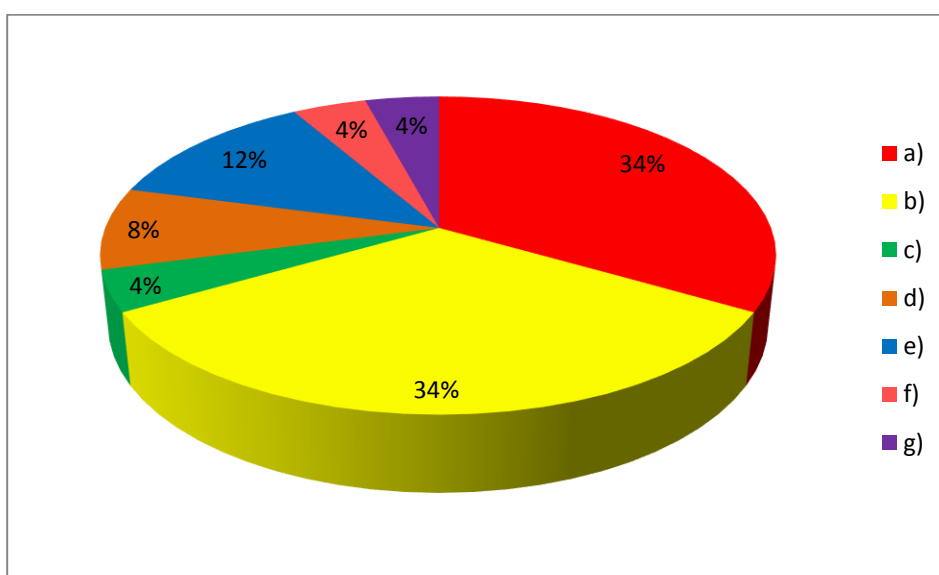
Názory respondentů:

- a) je v bezvědomí a nedýchá
- b) nedýchá, nebo dýchá velmi nepravidelně
- c) ztráta vědomí
- d) bezvědomí a nedýchá normálně
- e) nejeví známky života
- f) topilo se
- g) nevím

Tabulka 12: Zahájení resuscitace

Jednotlivé odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	8	34 %
b)	8	34 %
c)	1	4 %
d)	2	8 %
e)	3	12 %
f)	1	4 %
g)	1	4 %
Odpovědi celkem:	24	100 %

Zdroj: Autor, 2019



Graf 12: Zahájení resuscitace

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 13 zodpovědělo 24 respondentů (100 %). Nejčastějším důvodem k zahájení resuscitace uvádělo 8 respondentů (34 %) „bezvědomí a bezdeší“ popřípadě „nedýchá-li dítě nebo dýchá velmi nepravidelně“. „Nejeví-li dítě známky života“ uvedli 3 respondenti (12 %) jako důvod pro zahájení resuscitace. Dva respondenti (8 %) uvedli jako důvod k resuscitaci bezvědomí a jiné než normální dýchání. Zbylé možnosti „dítě se topilo“ a „bezvědomí“ si vybral vždy pouze 1 respondent (4 %). Jeden respondent (4 %) uvedl, že neví, kdy zahájit resuscitaci.

Položka 13: Správný postup provedení ožívování (resuscitace) u dětí je podle Vás:

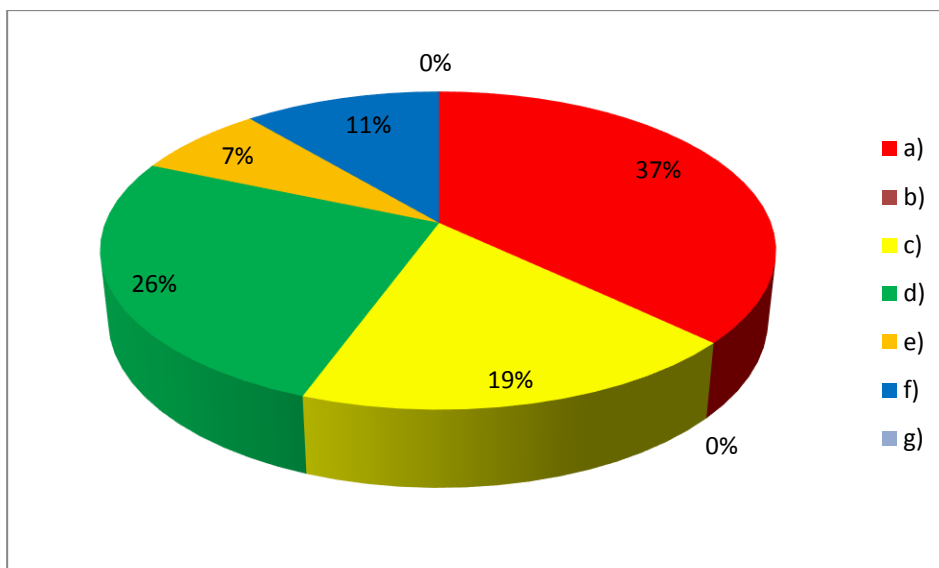
Tabulka 13: Postup při resuscitaci

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	10	37 %
b)	0	0 %
c)	5	19 %
d)	7	26 %
e)	2	7 %
f)	3	11 %
g)	0	0 %
Celkem	27	100 %

Zdroj: Autor, 2019

Legenda k tabulce 13:

- a) nejdříve do dítěte 5x vdechneme a poté začneme se stlačováním hrudníku
- b) nejdříve stlačujeme hrudník, až poté do dítěte dýcháme
- c) při ožívování se střídá 30x zmáčknutí hrudníku a 2x vdechnutí
- d) při ožívování dítěte se střídá 15x zmáčknutí hrudníku a 2x vdechnutí
- e) u dětí stačí stlačování hrudníku, vdechy nejsou nutné
- f) nejsem si jistý/á
- g) nevím



Graf 13: Postup při resuscitaci

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 14 zodpovědělo 27 respondentů (100 %). Za správné odpovědi jsou považovány možnosti A a D. Obě dvě možnosti správně zodpověděl pouze 1 respondent. Možnost A zvolilo 10 respondentů (37 %); možnost C vybralo 5 respondentů (19 %); možnost D zvolilo 7 respondentů (26 %); možnost E považovali za správnou 2 respondenti (7 %). Tři respondenti (11 %) si nebyli jisti, která odpověď je správná. Nikdo z dotazovaných u této otázky nezvolil možnosti B a „nevím“.

Položka 14: Co je důležité sdělit lékaři při otravě dítěte (léky, jedovatými rostlinami, čistícími přípravky)?

Tato otázka byla otevřená a respondenti zde uváděli vlastní názory ohledně poskytování informací lékaři při intoxikaci dítěte. Názory byly rozděleny na 9 skupin podle odpovědí rodičů. Většina respondentů uvedla více odpovědí, graf je tedy vytvořen podle celkového počtu odpovědí, nikoli počtu respondentů (celkový počet respondentů 20, celkový počet názorů 49).

Názory respondentů:

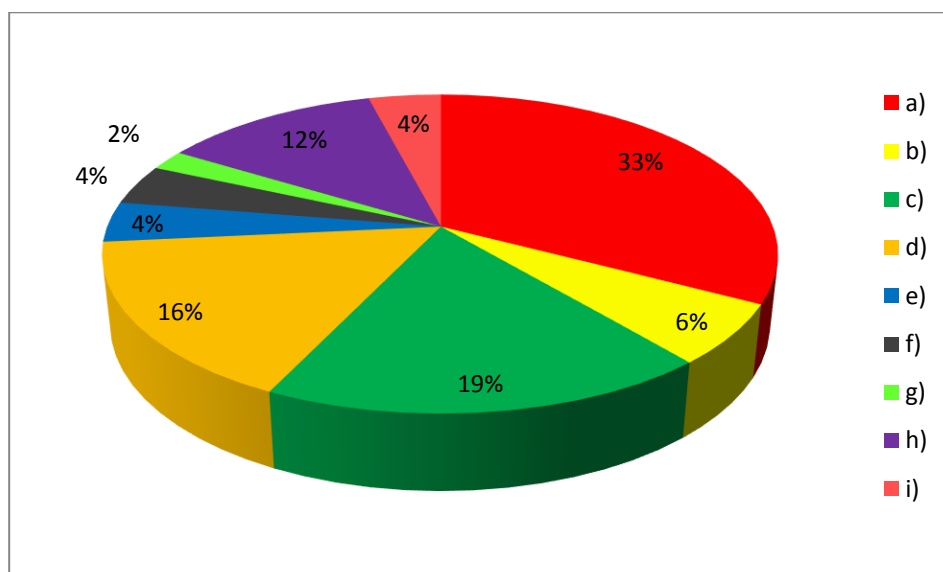
- a) co dítě požílo
- b) na co je dítě alergické
- c) kdy dítě látku požílo

- d) množství požití látky
- e) věk dítěte
- f) váha dítěte
- g) forma látky (tekutá, pevná)
- h) současný stav dítěte (vědomí, zvracení, křeče)
- i) vše

Tabulka 14: Důležité informace při intoxikaci dítěte

Jednotlivé odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	16	33 %
b)	3	6 %
c)	9	19 %
d)	8	16 %
e)	2	4 %
f)	2	4 %
g)	1	2 %
h)	6	12 %
i)	2	4 %
Odpovědí celkem	49	100 %

Zdroj: Autor, 2019



Graf 14: Důležité informace při intoxikaci dítěte

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 15 zodpovědělo 49 respondentů (100 %). Nejčastější informací, kterou by rodiče podali lékaři při intoxikaci dítěte je název látky, kterou dítě požilo. Tento názor sdílí 16 respondentů (33 %). Další názor uvedlo 9 respondentů (19 %) - důležité je sdělit kdy dítě látku požilo. Osm respondentů (16 %) napsalo, že lékaři též sdělí množství požitě látky. Současný stav dítěte považovalo za důležité sdělit 6 respondentů (12 %). Dva respondenti (4 %) uvedli, že by lékaře informovali o věku dítěte, stejný počet respondentů by lékaře informoval též o hmotnosti dítěte. Jeden respondent (2 %) považuje za důležité, lékaři sdělit formu látky, kterou dítě požilo, zda byla látka tekutá či pevná. Dva respondenti (4 %) uvedli, že by lékaři řekli vše.

Položka 15: Jak můžete předejít otravě dítěte?

Tato otázka byla otevřená a respondenti zde uváděli vlastní názor ohledně vhodných opatření před intoxikací dítěte. Názory byly rozděleny do 5 - ti skupin podle odpovědí rodičů. Většina respondentů uvedla více odpovědí, graf je tedy vytvořen podle celkového počtu odpovědí, nikoli počtu respondentů (celkový počet respondentů 20, celkový počet názorů 29).

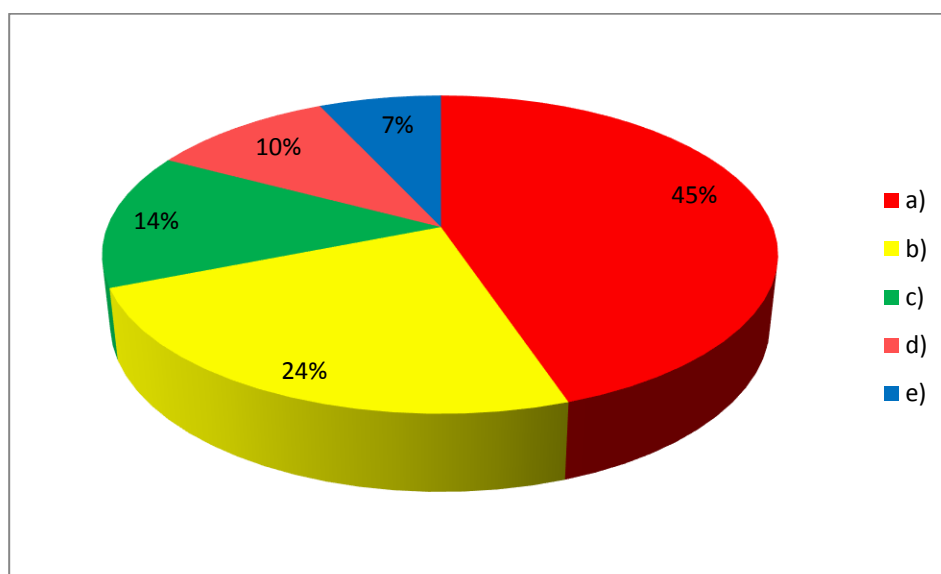
Názory respondentů:

- a) uložení/zamčení nebezpečných látek mimo dosah dítěte
- b) dohled nad dítětem
- c) poučit dítě o možných rizicích
- d) nepěstovat v domácnosti jedovaté květiny
- e) nevím

Tabulka 15: Prevence intoxikace dítěte

Jednotlivé odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	13	45 %
b)	7	24 %
c)	4	14 %
d)	3	10 %
e)	2	7 %
Odpovědi celkem	29	100 %

Zdroj: Autor, 2019



Graf 15: Prevence intoxikace dítěte

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 16 zodpovědělo 29 respondentů (100 %). Nejčastějším názorem na prevenci intoxikace, který uvedlo 13 respondentů (45 %), je uložení nebezpečných látek mimo dosah dětí, popřípadě jejich zamknutí. Další nejčastěji uváděnou prevencí byl zvýšený dohled nad dítětem, tento názor uvedlo 7 respondentů (24 %). Poučení dítěte o rizicích intoxikace uvedli 4 respondenti (14 %). Tři respondenti (10 %) uvedli, že není vhodné v domácnosti či na zahradě pěstovat jedovaté rostliny. Dva respondenti (7 %) neznali žádné preventivní opatření intoxikace.

Položka 16: Co uděláte, pokud dojde k otravě dítěte?

Tato otázka byla otevřená a respondenti zde uváděli vlastní názor ohledně poskytování první pomoci při intoxikaci dítěte. Názory byly rozděleny na 11 skupin podle odpovědí rodičů. Většina respondentů uvedla více odpovědí, graf je tedy vytvořen podle celkového počtu odpovědí, nikoli počtu respondentů (celkový počet respondentů 20, celkový počet názorů 36).

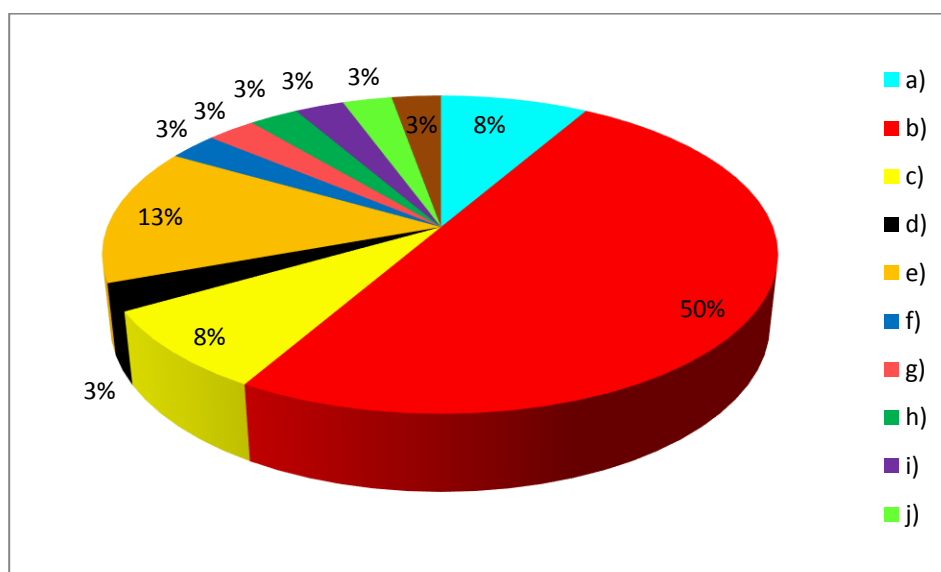
Názory respondentů:

- a) zavolám toxikologické informační centrum
- b) zavolám 155
- c) postupuji dle instrukcí od dispečera na lince 155 nebo 112
- d) vyčistím ústa
- e) vyvolám zvracení
- f) podáváme mléko k neutralizaci jedu
- g) zajistíme vzorek
- h) udržujeme dítě při vědomí
- i) nedáváme dítěti jíst ani pít
- j) vyplachujeme ústa studenou vodou
- k) odstraníme zbylé látky z dosahu dítěte

Tabulka 16: První pomoc při intoxikaci

Jednotlivé odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost																											
a)	3	8 %																											
b)	18	50 %																											
c)	3	8 %	d)	1	3 %	e)	5	13 %	f)	1	3 %	g)	1	3 %	h)	1	3 %	i)	1	3 %	j)	1	3 %	k)	1	3 %	Odpovědi celkem	36	100 %
d)	1	3 %																											
e)	5	13 %																											
f)	1	3 %																											
g)	1	3 %																											
h)	1	3 %																											
i)	1	3 %																											
j)	1	3 %																											
k)	1	3 %																											
Odpovědi celkem	36	100 %																											

Zdroj: Autor, 2019



Graf 16: První pomoc při intoxikaci

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 17 zodpovědělo 36 respondentů (100 %). Nejčastějším postupem při první pomoci u intoxikace uvedlo 18 respondentů (50 %) zavolání Záchrané zdravotnické služby. Pět respondentů (13 %) uvedlo, že by se při intoxikaci dítěte snažilo vyvolat zvracení. Toxikologické informační centrum by zavolali 3 respondenti (8 %), stejný počet respondentů by se řídilo radami Záchrané zdravotnické služby nebo radami Toxikologického informačního centra. Zbylé názory byly uvedeny vždy pouze jedním respondentem (3 %): „vyčištění úst“, „podávání mléka k neutralizaci jedu“, „zajištění vzorku“, „udržování dítěte při vědomí“, „nedávat dítěti žádné jídlo ani tekutiny“, „vyplachovat dítěti ústa studenou vodou“, „odstranit veškeré zbylé látky z okolí dítěte“.

Položka 17: Zvracení u dítěte je vhodné vyvolat:

Tabulka 17: Vyvolávání zvracení při intoxikaci

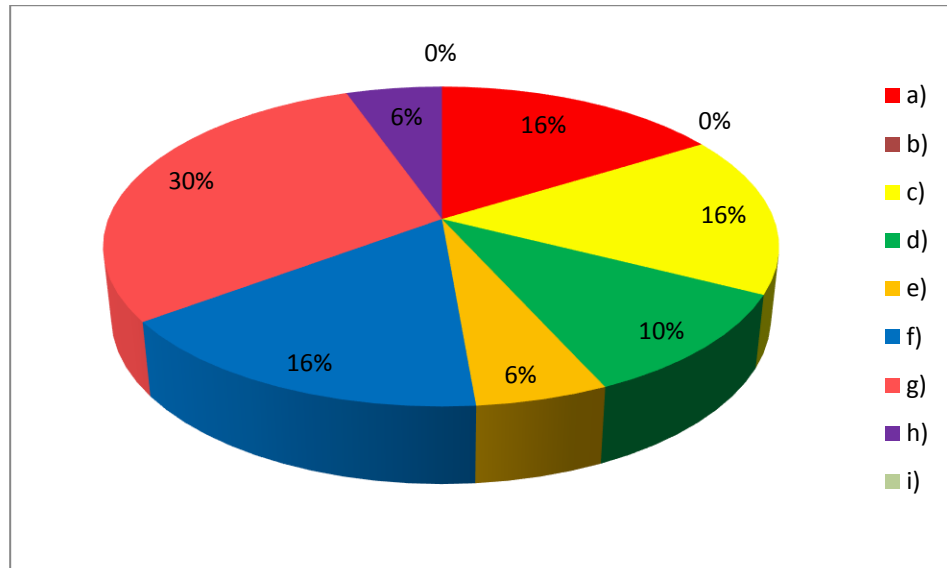
Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	6	16 %
b)	0	0 %
c)	6	16 %
d)	4	10 %
e)	2	6 %
f)	6	16 %
g)	11	30 %
h)	2	6 %
i)	0	0 %
Celkem	37	100 %

Zdroj: Autor, 2019

Legenda k tabulce 17:

- a) vždy, když se jedná o otravu
- b) pouze je-li dítěti špatně
- c) při požití léků
- d) při požití čisticích prostředků
- e) při požití kyselin
- f) při požití jedovatých částí rostlin, nebo hub

- g) pouze po poradě s lékařem, popřípadě po poradě s Toxikologickým informačním střediskem
- h) nejsem si jistý/jistá
- i) nevím



Graf 17: Vyvolávání zvracení při intoxikaci

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 18 zodpovědělo 37 respondentů (100 %). Za správnou odpověď je považována možnost G, tuto možnost si zvolilo 11 respondentů (30 %). Možnost A zvolilo 6 respondentů (16 %); odpověď C zvolilo také 6 respondentů (16 %); možnost D vybrali 4 respondenti (10 %); možnost E zvolili 2 respondenti (6 %). Možnost F považovalo za správnou 6 respondentů (16 %). Dva respondenti (6 %) si nebyli jisti správnou odpovědí. Nikdo z dotazovaných u této otázky nezvolil možnost B ani „nevím“.

Položka 18: Vaše znalosti o poskytování první pomoci jsou podle Vašeho mínění:

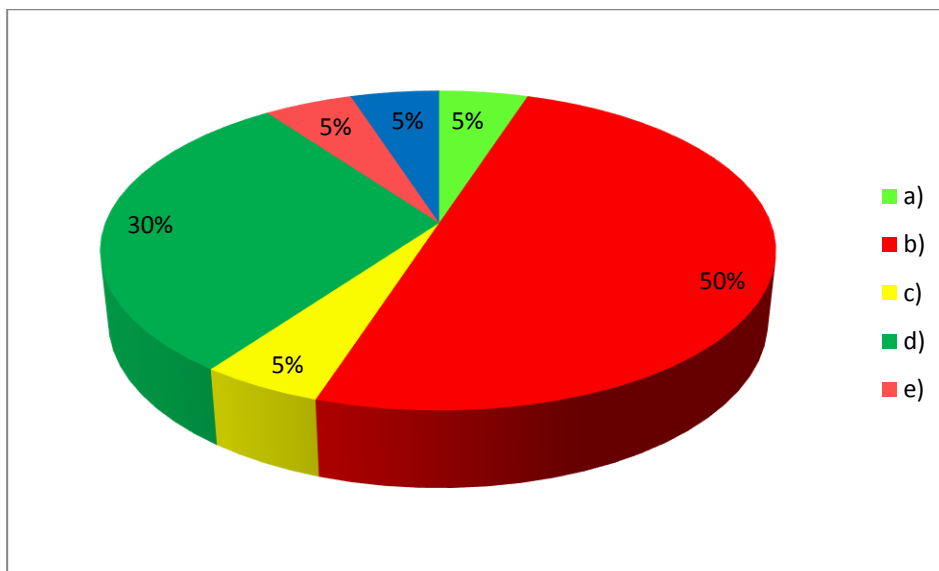
Tabulka 18: Názor respondentů na vlastní znalosti

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	1	5 %
b)	10	50 %
c)	1	5 %
d)	6	30 %
e)	1	5 %
Celkem	20	100 %

Zdroj: Autor, 2019

Legenda k tabulce 18:

- a) naprosto dostačující
- b) dostačující, ale bylo by dobré některé znalosti doplnit
- c) částečně dostačující, ale nepovažuji za nutné, mé znalosti rozšiřovat
- d) nedostačující, uvažuji nad možností návštěvy přednášky či kurzu
- e) nedostačující, ale nepovažuji tyto znalosti za nutné



Graf 18: Názor respondentů na vlastní znalosti

Zdroj: Autor, 2019

Otázku č. 19 zodpovědělo 20 respondentů (100 %). Deset respondentů (50 %) hodnotí své znalosti jako dostačující, přesto si myslí, že by si některé znalosti bylo dobré doplnit. Šest respondentů (30 %) považuje své znalosti za nedostačující a uvažují nad návštěvou přednášky či kurzu první pomoci. Zbylé možnosti (A, C, E) si zvolil vždy pouze jeden z respondentů (5 %).

Položka 19: Pokud byste měli možnost se zúčastnit kurzu zaměřeného na poskytování první pomoci u dětí, uvažovali byste o účasti na tomto kurzu?

Tabulka 19: Zájem respondentů o kurz první pomoci

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	20	100 %
b)	0	0 %
Celkem	20	100 %

Zdroj: Autor, 2019

Legenda k tabulce 19:

- a) Ano.
- b) Ne.

Tabulka 19 zobrazuje, zda mají rodiče zájem o účast na kurzu zaměřeném na poskytování první pomoci u dětí. Otázka je uzavřená, respondenti vybírali vždy pouze jednu možnost. Tabulka vychází z celkového počtu respondentů 20 (100 %). Všichni z dotazovaných si vybrali možnost A – tedy o kurz zaměřený na první pomoc u dětí by mělo zájem 100 % respondentů.

7.1 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ

Na základě analyzovaných dat jsme získali přehled o znalostech rodičů ohledně prevence a poskytování první pomoci u batolat.

Za **první průzkumnou otázku** jsme si zvolili zmapování znalostí rodičů ohledně poskytování první pomoci u popálení a opaření dítěte. Na základě vyhodnocení otázek 2 – 5 bylo zjištěno, že respondenti mají dobré znalosti o poskytování první pomoci u termických stavů. Na otázku č. 2: „Při poskytování první pomoci při popálení/opaření je nutné“: odpovědělo **32 (91 %)** respondentů „zamezit dalšímu působení tepelného zdroje“ a „chlazení popáleného místa pod tekoucí vodou“. Na otázku č. 3: „Čím byste překryli popáleninu?“ odpovědělo **15 (75 %)** respondentů „krytím se speciálním chladícím gelem“ a „vypranými a vyžehlenými lněnými látkami“. Na otázku č. 4: „Jaký materiál a postup při dalším ošetření popáleniny zvolíte?“ odpovědělo **15 (75 %)** respondentů „ránu sterilně přikrýt“. Na otázku č. 5: „Jak můžete předejít popálení?“ odpovědělo **10 (34 %)** respondentů „vyvarování se kontaktu s horkou vodou“ a **10 (34 %)** respondentů by více hlídalo své děti. V oblasti znalosti první pomoci u popálení a opaření dítěte považujeme tyto výsledky za velmi dobrý.

Druhá průzkumná otázka se zabývala mapováním znalostí rodičů v poskytování první pomoci u aspirace cizího tělesa dítětem. Na tuto otázku byli vytvořeny otázky 10 – 12, na které respondenti odpovídali ve vědomostním dotazníku. Na otázku č. 10: „První pomoc při vdechnutí cizího tělesa je:“ odpovědělo **19 (73 %)** respondentů „podpora ke kašli“ a „úder mezi lopatky dítěte“. Na otázku č. 11: „Při vdechnutí cizího tělesa navštívíte lékaře, když:“ odpovědělo **30 (97 %)** respondentů správně. Na otázku č. 12: „Jak můžete předejít vdechnutí cizího tělesa dítětem?“ odpovědělo **12 (34 %)** rodičů „zvýšený dozor“.

Třetí průzkumná otázka mapovala znalosti rodičů ohledně poskytování první pomoci při tonutí dítěte. Znalosti ohledně poskytnutí první pomoci při tonutí byly mapovány otázkami 6 – 9. Na otázku č. 6: „Kdy je podle Vás v případě tonutí nutná resuscitace?“ odpovědělo **24 (92 %)** respondentů „je v bezvědomí a nedýchá“ a „je v bezvědomí a dýchá jinak, než je normální dýchání“. Na otázku č. 7: „Po vytažení topícího se dítěte z vody:“ odpovědělo **23 (82 %)** rodičů „odstraníme mokré oblečení a dítě zabalíme do suchého oděvu“ a „zkontrolujeme, zda má v ústech cizí těleso“. Na otázku č. 8: „Je nutné při tonutí dítěte zavolat ZZS:“ odpovědělo **16 (66 %)** respondentů „ve všech případech“. Na otázku č. 9: „Jak můžete předejít tonutí dítěte?“ odpovědělo **17**

(50 %) rodičů „zvýšený dohled nad dítětem“. Ve srovnání z uzavřených a otevřených otázek můžeme vidět odlišnost názoru, přesto tento výsledek považujeme za dobrý.

Čtvrtou průzkumnou otázkou bylo mapování znalostí rodičů ohledně poskytování první pomoci při náhodné intoxikaci dítěte. Znalosti jsme zjišťovali otázkami 15 – 18. Na otázku č. 15: „Co je důležité sdělit lékaři při otravě dítěte?“. Uvedlo **16 (3 %)** respondentů „co dítě požilo“. Na otázku č. 16: „Jak můžete předejít otravě dítěte?“, odpovědělo **13 (45 %)** rodičů „uložení nebezpečných látek mimo dosah dítěte“. Na otázku č. 17: „Co uděláte, pokud dojde k otravě dítěte?“, odpovědělo **18 (50 %)** respondentů „zavolání 155“. Na otázku č. 18: „Zvracení u dítěte je vhodné vyvolat:“, odpovědělo **11 (30 %)** dotazovaných „pouze po poradě s lékařem nebo Toxikologickým informačním střediskem“.

Další otázka v dotazníku se věnovala vlastnímu hodnocení, kdy respondenti hodnotili podle svého mínění své znalosti ohledně poskytování první pomoci u batolat. Na tuto otázku odpovědělo **10 (50 %)** rodičů, že jsou jejich znalosti dostačující, ale bylo by dobré některé znalosti doplnit. Z celkového hodnocení znalostí respondentů jsou uspokojivé ale ani u triviálních položek neprokázali respondenti 100 %. Z toho vyvozujeme, že je potřeba se zaměřit na edukaci rodičů o poskytování první pomoci. Zbylá otázka v dotazníku se dotazovala na možnosti navštívení kurzu zaměřujícího se na problematiku poskytování první pomoci u úrazů dětí a na případný zájem o zúčastnění se podobného kurzu. Výsledkem byl zájem všech respondentů o kurz.

Na základně poslední průzkumné otázky jsme vytvořili dvě edukační lekce, které se zabývají prevencí úrazů a poskytováním první pomoci u dětí. Náplně lekcí jsou zaměřeny na nedostatky, které jsme zjistili na základě vyhodnocení našeho dotazníku. Nejvíce se zaměříme na intoxikaci dítěte, protože v této problematice měli respondenti největší nedostatky. První lekce je informativní zaměřená na prevenci v oblasti úrazů u dětí v batolecím věku a poskytování první pomoci při vybraných nejčastějších úrazech v tomto věku. Záměrem této lekce je seznámit edukanty s nejčastěji vyskytovanými úrazy u batolat (intoxikace, termické poranění, aspirace cizího tělesa, tonutí) s prevencí a první pomocí při vzniku úrazu. Druhá edukační lekce je zaměřená na praktický nácvik poskytování první pomoci. Záměr lekce je naučit edukanty základním krokům v poskytování účinné laické první pomoci u úrazů batolat.

8 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit nejen úroveň teoretických znalostí o poskytování první pomoci u rodičů batolat, ale také zda své vědomosti v této oblasti považují za dostačující a jsou-li ochotni si své znalosti a dovednosti dále rozšiřovat.

Průzkumné šetření probíhalo formou anonymního dotazníku, který byl rozdáván sestrami na třech odděleních v bývalých městských jeslích, nyní již „Dětské skupiny a rehabilitační stacionář v Příbrami“. Skupinu respondentů tvořili rodiče dětí (batolat), které tato oddělení navštěvují. Celkově se průzkumu zúčastnilo 32 rodičů. Z celkového počtu vybraných dotazníků jsme museli 6 dotazníků odebrat, kvůli neúplnosti vyplněných dotazníků.

V úvodu dotazníku jsme respondenty informovali o jeho účelu, anonymitě; požádali je o vyplnění a také předem za vyplnění poděkovali.

První otázka dotazníku byla filtrační a sloužila k vyřazení respondentů, kteří prošli zdravotnickým vzděláním případně některým ze zdravotnických kurzů. Na základě odpovědí na filtrační otázku bylo vyřazeno dalších 6 dotazníků. Z 32 odevzdaných dotazníků tedy zbylo 20 plně vyhovujících dotazníků, ze kterých byla následná data analyzována.

Na základě sestaveného dotazníku, který obsahoval uzavřené a otevřené otázky, jsme předpokládali, že výsledky nebudou plně jednoznačné. To se nám potvrdilo při porovnávání odpovědí z otevřených a uzavřených otázek, které se velmi často lišily v rámci jednoho dotazníku. U otevřených otázek rodiče téměř vždy vymysleli preventivní opatření i některý ze správných postupů poskytování první pomoci, ale u otázek uzavřených se ukázalo, že pouze malá část rodičů zodpověděla uzavřené otázky zcela správně. Výsledky průzkumu lze tedy zhodnotit tak, že rodiče ukázali určité znalosti ohledně prevence a poskytování první pomoci, ale tyto znalosti nejsou zcela komplexní. Z vyplněných dotazníků byly zřejmé mezery ve znalostech rodičů ohledně poskytování první pomoci u úrazů batolat.

Výsledky naší práce jsme porovnávali s některými výsledky z bakalářských prací, které se zaměřují na úroveň znalostí laické veřejnosti o poskytování první pomoci. Škaroupková (2009) používala k výzkumu anonymní dotazníky, které rozdávala náhodným kolemjdoucím. Vzorek byl charakterizován věkem nad 18 let, výzkumu se nemohli zúčastnit zdravotníci. Havlíčková (2012) oslovila tři skupiny respondentů - nelékařský zdravotnický personál, adolescenty a laickou veřejnost. Pro srovnávání s naší prací jsme

využili pouze data, které získala z dotazníků vyplněných laickou veřejností. Machalová (2006) taktéž oslovovala laickou veřejnost (návštěvníky Fitness centra, obyvatele Penzionu důchodců a zaměstnance různých firem).

Výsledky s porovnávanými pracemi se mohou lišit hned z několika důvodů. Každý ze souboru respondentů mohl mít různě dlouhý čas na vyplnění dotazníku a tedy i jiný čas na zamyšlení se nad správnou odpovědí. Dalším faktorem, který mohl způsobit rozdíly ve výsledcích, je věk respondentů. Zmíněné práce se zaměřují na laickou veřejnost, náhodné kolemjdoucí; respondenti tedy spadají do mnoha věkových kategorií – od 15 – ti letých respondentů až po seniory. Tato práce se zaměřuje na rodiče dětí v batolecím období, věková kategorie tedy není tak rozmanitá. Další vliv na výsledky může mít odlišnost dotazníků, kdy většina ze zmíněných prací obsahuje dotazníky s uzavřenými odpověďmi s jednou možností správnou. Rozdíly ve výsledcích jsou zajisté způsobeny i celkovým počtem respondentů, který se mezi jednotlivými pracemi liší.

V otázkách 2 – 5 jsme se rodičů ptali na problematiku prevence a poskytování první pomoci při termických úrazech dítěte. Výsledky průzkumu ohledně prevence a poskytování první pomoci byly uspokojivé. Rodiče se v problematice poskytování první pomoci u popálenin poměrně dobře orientují. Například otázku č. 2 zodpověděla správně více jak polovina respondentů. Připočítáme-li respondenty, kteří si zvolili alespoň jednu ze správných možností, vychází nám, že 91 % z celkového počtu odpovědí bylo správně. Srovnání výzkumu Machalové (2006) ukázalo, že by popálenou ránu chladilo a krylo sterilním krytím 22 (52,38 %) z dotazovaných respondentů. V průzkumu Škaroupkové (2009) na shodnou otázku odpovědělo 121 respondentů (77 %). Shodná otázka se vyskytovala i v průzkumu Havlíčkové (2012), kdy správnou odpověď uvedlo 42 respondentů (84 % z celkového počtu respondentů). Ze srovnání tedy vyplývá, že rodiče/laická veřejnost mají poměrně dobré znalosti ohledně první pomoci při termických úrazech. Z otevřených otázek vyplývá, že rodiče mají i dobré znalosti ohledně první pomoci při popálení a také o prevenci popálenin, kdy většina respondentů vymyslela většinou více preventivních opatření. Průzkumnou otázku lze tedy zodpovědět kladně, rodiče znají postupy při ošetřování termických úrazech.

V otázkách 6 - 9 jsme se respondentů ptali na problematiku poskytování první pomoci u tonutí. K těmto otázkám byly přiřazeny také otázky 13 – 14, které se zaměřují na znalosti správných postupů při resuscitaci. Pouze 20 % respondentů zcela správně zodpovědělo otázku týkající se zahájení resuscitace u dítěte, přestože správných možností z celkového počtu zvolených odpovědí bylo 92 %. Otevřenou otázku na podobné téma

správně zodpovědělo 75 % respondentů. Ze srovnání odpovědí na tyto dvě otázky tedy vyplývá, že pokud respondentům nabídneme možnosti v uzavřené otázce, správnou odpověď zapíše více respondentů, než u otázky otevřené, kdy musí správnou odpověď vymyslet sami. Škaroupková (2009) se ve své práci ptala, na obdobnou otázku. Správně odpovědělo pouze 17 respondentů (10 % z celkového počtu respondentů). V otázce 7 jsme se rodičů ptali na postupy první pomoci při tonutí dítěte ve vodě. Zcela správně zodpovědělo tuto otázku pouze 20 % z respondentů. Zatímco 72 % ze všech odpovědí bylo správně. Z výsledků průzkumu tedy vyplývá, že rodiče mají určité znalosti o poskytnutí první pomoci při tonutí a resuscitaci dítěte, ale vždy první ze zmíněných výsledků značí, že znalosti nejsou zcela komplexní.

Otázky 10 - 12 jsme zjišťovaly znalosti rodičů v problematice poskytování první pomoci u aspirace cizího tělesa dítětem. Stejně tak jako v předchozích částech dotazníku, i zde se potvrdila nekomplexnost znalostí rodičů ohledně první pomoci. V otázce 10 označili všechny tři správné odpovědi pouze 3 respondenti, přestože správně zvolené odpovědi tvořily až 97 % ze všech označených možností. Podobný výsledek ukázala i otázka 12, kdy pouze jeden z respondentů zcela správně tuto otázku zodpověděl, zatímco správné odpovědi tvořily 73 % všech označených možností.

Otázky 15 – 18 mapovaly znalosti respondentů ohledně problematiky poskytování první pomoci při intoxikaci dítěte. V této části dotazníku bylo více otevřených otázek, na které respondenti odpovídali velmi rozmanitě. Na otázku „co mají sdělit lékaři při intoxikaci dítěte“ nejvíce respondentů odpovědělo „látku, kterou dítě požilo“, dalšími častými odpověďmi bylo „kdy dítě danou látku požilo“ a „jaké množství látky dítě požilo“. Takové odpovědi jsme od respondentů očekávali. Ostatní z odpovědí byly také správné, ale nevyskytovaly se v takové míře. Neočekávali jsme, že si respondenti při vyplňování této otázky vzpomenou na informace ohledně alergií, popřípadě popisování stavu dítěte. Z odpovědí tedy vyplynulo, že si rodiče uvědomují, které informace jsou při intoxikaci dítěte důležité. Otázka 17 se respondentů ptala na postupy první pomoci u intoxikace dítěte. Nejčastější odpovědí, kterou jsme očekávali, bylo „zavoláme Zdravotnickou záchrannou službu“, tuto odpověď napsalo 90 % respondentů, naše očekávání se tedy splnilo. Zbýlý počet odpovědí byl rozmístěn mezi 10 dalších názorů na poskytování první pomoci při intoxikaci, ze kterých ovšem nebyly všechny názory zcela správné. Kladně nás překvapil fakt, že část rodičů má povědomí o existenci Toxikologického informačního střediska. V dotazníku někteří uvedli dokonce telefonický kontakt na tuto organizaci. Z této části dotazníku vyplývá, že ohledně intoxikace mají někteří rodiče dostatečné

znalosti ohledně poskytování první pomoci, ale u větší části rodičů se potvrdilo zjištění z předchozích částí, kdy v hodnocených odpovědích byly znát určité vědomostní nedostatky.

V otázce 19 respondenti hodnotili podle svého mínění své vlastní znalosti ohledně problematiky poskytování první pomoci u dětí. Měli na výběr z několika možností, více než polovina rodičů hodnotí své znalosti jako dostačující. Z této poloviny si 10 respondentů myslí, že by bylo vhodné své znalosti ještě rozšířit, jeden respondent si myslí, že znalosti má naprosto dostačující a jeden respondent uvedl, že nepovažuje rozšiřování svých znalostí ohledně první pomoci za nutné. K porovnání jsme využili výsledky průzkumu Havlíčkové (2012), kde respondenti z řad laické veřejnosti nejčastěji uváděli, že nemohou své znalosti zhodnotit. Za dostačující považovalo své znalosti pouze 23 % respondentů.

Na otázku 20 všichni respondenti z našeho průzkumu zapsali, že by měli zájem se účastnit kurzu zaměřeného na poskytování první pomoci. Tento fakt nás velmi mile překvapil, neboť jsme nepředpokládali, že by o kurz poskytování první pomoci u batolat rodiče projevíli takový zájem. Podobnou otázku položila také Škaroupková (2009), která se ptala, zda by byli respondenti ochotni se zlepšení svých znalostí ohledně poskytování první pomoci věnovat ve volném čase. Na tuto otázku odpovědělo 86 respondentů; z toho 15 % respondentů odpovědělo, že nejsou ochotni, 29 % respondentů by se rádo vzdělávalo ohledně poskytování první pomoci i ve volném čase.

Náš průzkum tedy splnil svůj účel, nejen že zmapoval znalosti ohledně prevence a poskytování první pomoci při tonutí, termických úrazech, náhodných intoxikacích a aspiracích cizího tělesa, ale také zjistil, že rodiče mají zájem o účasti na kurzu, který by jim poskytl možnost jak teoretických znalostí, tak i praktických dovedností v problematice poskytování první pomoci. Doufáme, že vyplnění našeho dotazníku splnilo i další účel; poskytlo rodičům určitý přehled o jejich vlastních znalostech a popřípadě je vedlo k jejich postupnému doplňování.

8.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem k výsledkům vycházejících z našeho průzkumu jsme navrhli dvě edukační lekce, které by bylo vhodné zrealizovat pro rodiče, jež mají zájem o zlepšení svých znalostí a zároveň dovedností ohledně prevence a poskytování první pomoci u batolat. Rodiče by se na úvodní lekci informovali o možných úrazech, prevenci a teorii poskytování první pomoci. Následující lekce by probíhala na základě požadavků rodičů, kteří si po absolvování první informativní lekce vyberou, jakou problematiku by chtěli zopakovat, detailněji probrat a prakticky vyzkoušet.

Edukační lekce 1 – Úvodní lekce

Název lekce: Informativní lekce zaměřená na prevenci v oblasti úrazů u dětí v batolecím věku a poskytování první pomoci při vybraných nejčastějších úrazech v tomto věku.

Záměr edukace: Seznámit edukanty (rodiče batolat) s nejčastěji vyskytovanými úrazy u batolat, s prevencí a první pomocí při vzniku úrazu.

Délka lekce: 45 minut

Cílová skupina: Deset osob – rodiče dětí v batolecím věku, kteří mají zájem o skupinovou edukaci.

Edukační cíl:

- Kognitivní:
 - Edukant (rodič) popíše preventivní opatření vzniku úrazu dítěte.
 - Edukant (rodič) popíše postup poskytování první pomoci u tonutí dítěte.
 - Edukant (rodič) popíše postup poskytování první pomoci u termických úrazů dítěte.
 - Edukant (rodič) popíše postup poskytování první pomoci při náhodné intoxikaci dítěte.
 - Edukant (rodič) popíše postup poskytování první pomoci při aspiraci cizího tělesa.

Metoda edukace: skupinová forma edukace, přednáška (power-point) s názornými obrázky, metoda slovní monologická – výklad a vysvětlování, diskuse.

Forma edukace: interaktivní přednáška

Edukátor: autorka

Místo edukace: Herna – Dětská skupina Sluníčka; Dětské skupiny a rehabilitační stacionář Příbram

Edukační pomůcky: projektor, plátno, notebook, USB-disc s nahranou přednáškou v programu power-point, laserové ukazovátko, potřeby na psaní, poznámkové bloky, adresy webových stránek s tématikou prevence a první pomoci u úrazů batolat.

Osnova:

- Motivační fáze:
 - Zahájení – pozdrav a motivace rodičů k lekci, seznámení s osnovou edukační lekce.
- Expoziční fáze:
 - spuštění prezentace týkající se prevence úrazů dítěte s praktickými radami a obrázky pomůcek k zajištění prevence,
 - teoretický výklad problematiky poskytování první pomoci u tonutí, termických poranění, intoxikací, aspirací cizích těles,
- Fixační fáze
 - diskuze k absolvované výuce,
 - shrnutí probrané problematiky.
- Hodnotící fáze
 - kontrolní rozhovor.

Edukační lekce 2

Název lekce: Praktický nácvik poskytování první pomoci u úrazů batolat.

Záměr edukace: Naučit edukanty (rodiče batolat) základním krokům v poskytování účinné první pomoci u úrazů batolat.

Délka lekce: 45 minut

Cílová skupina: Deset osob – rodiče dětí v batolecím věku, kteří mají zájem o skupinovou edukaci.

Edukační cíl:

- Behaviorální:
 - Edukant (rodič) je schopen sám provést ošetření termického poranění dítěte.
 - Edukant (rodič) je schopen sám poskytnout první pomoc při aspiraci cizího tělesa dítětem.
 - Edukant (rodič) je schopen sám provést kardiopulmonální resuscitaci u dítěte.
- Afektivní:
 - Edukant (rodič) si uvědomí podstatnou roli prevence úrazů v batolecím věku. Uvědomí si nezbytnost znalostí jednotlivých kroků při poskytování první pomoci.

Metoda edukace:

- metoda názorně demonstrační – předvádění,
- metoda praktická – nácvik dovedností.

Forma edukace: praktický nácvik

Edukátor: autorka

Místo edukace: Herna – Dětská skupina Sluníčka; Dětské skupiny a rehabilitační stacionář Příbram.

Edukační pomůcky: pomůcky k poskytnutí první pomoci u vybraných úrazů: obvazový materiál (sterilní obinadla různé velikosti), hydrogelové krytí, improvizální pomůcky (čistý vyžehlený kapesník, šátek apod.), deka, figurína, domácí lékárnička (ukázka základního vybavení).

Osnova:

- Motivační fáze:
 - zahájení – pozdrav a motivace rodičů k lekci, seznámení s osnovou edukační lekce.
- Expoziční fáze:
 - teoretické opakování předchozí lekce,
 - sdělení požadavků edukantů na následné zaměření praktických ukázek a nácviků,
 - praktická ukázka ošetření termických poranění lektorem,
 - nácvik edukanta (rodiče) - ošetření termických poranění,
 - praktická ukázka uvolnění dýchacích cest lektorem,
 - nácvik edukanta (rodiče) - uvolnění dýchacích cest,
 - praktická ukázka kardiopulmonální resuscitace lektorem,
 - nácvik edukanta (rodiče) - algorytmus kardiopulmonální resuscitace na figuríně.
- Fixační fáze:
 - diskuze k absolvovanému nácviku,
 - zodpovězení všech dotazů,
 - shrnutí probrané problematiky.
- Hodnotící fáze:
 - Sebereflexe.

ZÁVĚR

V naší práci jsme se zabývali znalostmi rodičů batolat o poskytování první pomoci především u tonutí, termického poranění, náhodných intoxikací a aspirací cizích těles.

Teoretickou část bakalářské práce jsme rozdělili do několika kapitol, které obsahovaly informace týkající se specifík batolecího věku, charakteristiku tonutí, termických poranění, náhodných intoxikací a aspirací cizích těles. Další kapitoly se věnovaly prevenci a poskytování první pomoci u zmíněných úrazů a v neposlední řadě edukaci (edukační proces, edukační metody).

Empirická část byla zaměřena na edukaci rodičů ohledně znalostí prevence a poskytování první pomoci u dětí v batolecím věku. Průzkum byl proveden tak, abychom na základě zjištěných poznatků mohli potvrdit či vyvrátit stanovené cíle a očekávané výsledky. Průzkumu se zúčastnilo celkem 32 rodičů batolat; znalosti rodičů jsme zmapovali pomocí vědomostního dotazníku.

Veškeré cíle této práce považujeme za splněné, neboť znalosti rodičů o poskytování první pomoci byly zmapovány a vyhodnoceny pomocí dotazníku. Edukační lekce byly navrženy na základě dat získaných z dotazníku.

Průzkum prokázal určitou znalost rodičů ohledně prevence a poskytování první pomoci při tonutí, termických úrazech, náhodných intoxikacích i aspiracích cizích těles. Také ale ukázal, že tyto znalosti nejsou zcela komplexní a bylo by tedy vhodné teoretické znalosti doplnit. K doplnění znalostí by mohly sloužit navržené edukační lekce. Ale vzhledem k dnešní uspěchané době chápeme, že rodiče nemají tolik času na sebevzdělávání, a proto jsme se rozhodli nabídnout jim vypracovanou informační brožurku, která je výstupem této bakalářské práce. Rodiče si ji mohou přečíst i při vyzvedávání dětí ve výše uvedených dětských zařízeních.

Edukační lekce se zaměřují na doplnění znalostí a dovedností rodičů, se kterými měli rodiče při vyplňování dotazníku největší problémy. První lekce je spíše informativní, rodiče se dozví více teoretických poznatků ohledně úrazů u dětí a dalších možných preventivních opatření. Druhá lekce je zaměřena na doplnění praktických dovedností na základě požadavků edukantů. Rodiče mají možnost se například naučit, jak správně provádět resuscitaci u dítěte, jak ošetřit popáleniny, jak poskytnout první pomoc při aspiraci cizího tělesa dítětem a další postupy první pomoci o které projeví zájem.

Vzhledem k tomu, že s největší pravděpodobností budeme ve studiu dané problematiky dále pokračovat, máme v plánu tuto práci rozšířit o další časté úrazy u dětí v batolecím věku. Dotazník by byl též rozšířen a průzkum by byl proveden ve více organizacích s rodiči dětí této věkové kategorie. Cílem by nebyl pouze návrh edukační lekce, ale také její realizace a následný průzkum, zda po absolvování lekce došlo ke zlepšení znalostí a schopností rodičů.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- BEZPEČNOSTNÍ AUDIT DOMOVA. *Dětství bez úrazu*. [online]. [cit. 2018-01-20].
Dostupné na: http://detstvibezurazu.cz/wpcontent/uploads/2013/07/unn2008_audit_domova_e-book_lq.pdf.
- BYDŽOVSKÝ, J. 2011. *Předlékařská první pomoc*. Praha: Grada, 2011. 120s. ISBN 978-80-247-2334-1.
- BYDŽOVSKÝ, J. 2016. *Základy akutní medicíny*. 2. vyd. Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2016. 164s. ISBN 978-80-906146-5-9.
- DETTMEYER, R. et al. 2013. *Forensic medicine: fundamentals and perspectives*. Heidelberg: Springer, 2013. 584s. ISBN 978-3-642-38817-0.
- HAVLÍČKOVÁ, L. 2012. *Úroveň znalostí veřejnosti o poskytování první pomoci*. [online]. Plzeň, 2012 [cit. 2018-04-26]. Dostupné na: <https://theses.cz/id/ja712a/>.
- HIRT, M. et al. 2015. *Soudní lékařství I. díl*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. 273s. ISBN 978-80-247-9952-0.
- JUŘENÍKOVÁ, P, et al. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KELNAROVÁ, J. et al. 2013. *První pomoc II: Pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. 181s. ISBN 978-80-247-8580-6.
- KLÍMA, J. et al. 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. 328s, ISBN 978-80-271-9364-6.
- KOPŘIVA, F. 2009. Úrazy dýchacího ústrojí u dětí. *Pediatric pro praxi*. ISSN 1803-5264, 2009, roč. X, č. 6, s. 368 - 369.
- LEBL, J. a kol., 2012. *Klinická pediatrie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-772-1.
- LIPOVÝ, B. et al. 2012. Opaření u batolat, stále aktuální problém?. *Pediatric pro praxi*. ISSN 1803-5264, 2012, roč. XIII, č. 2, s 120–122.
- LLOYD, E. et al. 2012. Outpatient burns: prevention and care. *American family physician*. ISSN 1532-0650 ,2012, roč. 85, č. 1. s. 25 - 32.
- MACONOCHE, I. et al. 2015. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*. ISSN 0300-9572, 2015, roč. VC, č. 10, s. 223–248.
- MACHALOVÁ, B. 2006. *Úroveň znalostí první pomoci u laické veřejnosti*. PhD Thesis. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2006, 91 s.

- MAGERČIAKOVÁ, M. 2008. *Edukácia v ošetrovatel'stve I*. 1. vyd. Ružomberok: Fakulta Zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2007. 105 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
- MIHÁL, V. 2009. Jak se nepřesná anamnéza a diagnóza podílely na pozdním odstranění aspirovaného cizího tělesa. *Pediatric pro praxi*. 2009, **10**(1), 43-45. ISSN 1213-0494.
- MIXA, V. 2018. *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. 1. vyd. Praha: MLADÁ FRONTA, a.s. 2018, 640 s. ISBN: 978-80-204-4643-5
- MUNTAU, Carolina. *Pediatric: Překlad 6. vydání*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4588-6.
- NOVÁKOVÁ, Z. 2012. Fyziologické zvláštnosti dětského věku. *Praktické lékařství*. ISSN 1803-5329, 2012, roč. VII, č. 6, s 279– 282.
- POKORNÝ, J. et al. 2010. *Lékařská první pomoc: Druhé, doplněné a přepracované vydání*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-322-8.
- RAKOVCOVÁ, H. et al. 2013. Otravy dětí. *Pediatric pro praxi*. ISSN 1803-5264, 2013, roč. VIII, č. 6, s. 279 - 282.
- RAKOVCOVÁ, H. et al. 2014. Dětské otravy – zkušenosti Toxikologického informačního střediska v Praze. *Praktický lékař*. 94(3), 131-136. ISSN 0032-6739.
- RAKOVCOVÁ, H. 2013 Dětské nehody s rostlinami a houbami. *Pediatric pro praxi*, 14(4), 262-264. ISSN 1213-0494.
- REMEŠ, R. et TRNOVSKÁ, S. 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.
- STOŽICKÝ, F. et al. 2015. *Základy dětského lékařství*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2997-1.
- ŠEBLOVÁ, J. et al. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4434-1.
- ŠEVELA, K. et ŠEVČÍK, P. 2011. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2. vyd. Praha: Grada. 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3146-9.
- ŠKAROUPKOVÁ, Olga. 2009. *Úroveň znalostí široké laické veřejnosti o poskytování první pomoci*. [online]. Praha, 2009 [cit. 2018-04-26]. Dostupné na: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/43020/BPTX_2011_1_0_2_78146_0_118548.pdf?sequence=1.
- TIS. *Toxikologické informační středisko*. [online]. [cit. 2018-01-15]. Dostupné na: www.tis-cz.cz.

- TORÁČOVÁ, L. et ČAPKOVÁ, M. 2008. Úrazy související s vodou v České republice. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. ISSN 1801-0261, 2008, roč. IV, supplement 2008, s. 1 - 16.
- TRUHLÁŘ, A. et ŠEBLOVÁ, J. 2015. Urgentní medicína. *Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. ISSN 1212-1924
- TRULLEROVÁ, I. 2008. Aktuální údaje úrazovosti dětí v České republice, Národní registr dětských úrazů a jeho význam pro prevenci dětských úrazů. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. ISSN 1801-0261, 2008, roč. IV, č. 1, s. 57 - 61.
- ÚZIS ČR: *Úrazovost dětí a mladistvých do roku 2009*. [online]. [cit. 2018-01-20]. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/urazovost-deti-mladistvych-roku-2009>.
- VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum Press, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, 1998-2018. [online]. Maxdorf. [cit. 20-02-2018]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz>
- VÝUKA EDUKACE. 2018. [online]. [cit. 2018-02-03]. Dostupné na: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník na téma první pomoc u batolete.....	I
Příloha B: Brožurka pro rodiče.....	VI
Příloha B: Žádost o povolení provedení průzkumu.....	VIII
Příloha C: Povolení o provedení průzkumu.....	IX

Příloha A: Dotazník na téma první pomoc u batolete

Vážení rodiče,

jmenuji se Monika Dvořáková a jsem studentkou třetího ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Praha 5. Pracuji na bakalářské práci na téma „Edukace rodičů v problematice poskytování první pomoci u úrazů dětí v batolecím věku“. Tento dotazník je anonymní a Vaše data mi pomohou zpracovat svou práci, za co Vám moc děkuji.

S pozdravem

Monika Dvořáková

Vyplňte prosím všechny otázky. **Zakroužkujte odpovědi, které považujete za správné.** Vždy je správně alespoň jedna odpověď, ale může být správně i více odpovědí, popřípadě všechny.

1) Absolvovali jste zdravotnickou školu popřípadě některý z kurzů první pomoci?

a) Ne.

b) Ano. (vypište obor studia/zaměření kurzu):.....

.....
.....

2) Při poskytování první pomoci při popálení/opaření je nutné:

a) zamezit dalšímu působení tepelného zdroje

b) odstranění přiškvarů (= přilepená látka ke kůži)

c) chlazení popáleného místa pod chladnou tekoucí vodou

d) ponoření popáleného do vany s chladnou vodou

e) nejsem si jistý/á

f) nevím

3) Čím byste překryli popáleninu?

- a) krytím se speciálním chladícím gelem
- b) trojcípým šátkem
- c) jakoukoli látkou, kterou máme po ruce
- d) vypranými a vyžehlenými lněnými látkami
- e) popáleniny nijak nekryjeme
- f) nejsem si jistý/á
- g) nevím

4) Jaký materiál a postup při dalším ošetření popálenin zvolíte?

- a) odstranili vzniklé puchýře
- b) použili mast či olejíček
- c) použili zásyp
- d) ránu sterilně překryli
- e) nejsem si jistý/á
- f) nevím

5) Jak můžete předejít popálení/opaření dítěte? (vypište):.....
.....
.....

6) Kdy je podle Vás v případě tonutí (topení se) dítěte nutné provádět resuscitaci (oživování)?

- a) je v bezvědomí a nedýchá
- b) je v bezvědomí a dýchá jinak, než je normální dýchání
- c) je v bezvědomí a dýchá normálně
- d) je při vědomí a dýchá normálně
- e) při tonutí není resuscitace běžným postupem
- f) nejsem si jistý/á
- g) nevím

7) Po vytažení topícího se dítěte z vody:

- a) odstraňujeme mokré oblečení a dítě zabalíme do suchého oblečení či deky
- b) snažíme se z dítěte vodu nejdříve vyklepat či vytřást
- c) zkontrolujeme, zda má v ústech cizí tělesa, případně je vyjmeme
- d) nejsem si jistý/á
- e) nevím

8) Je nutné při tonutí dítěte zavolat záchrannou službu:

- a) ve všech případech
- b) pouze nejsme-li schopni sami dítěti pomoci
- c) pokud bylo dítě v bezvědomí
- d) pokud dítě nedýchá/nedýchalo
- e) nejsem si jistý/á
- f) nevím

9) Jak můžete předejít tonutí (topení se) dítěte? (vypište):.....

.....
.....

10) První pomocí při vdechnutí cizího tělesa je:

- a) podpora ke kašli
- b) když dítě položíme hrudníkem přes naše koleno a dlaní vedeme úder mezi lopatky dítěte
- c) když si stoupneme za dítě, spojené ruce položíme pod hrudník dítěte a toto místo stlačujeme
- d) snaha vdechnuté těleso vyndat například pomocí pinzety
- e) nejsem si jistý/á
- f) nevím

11) Lékaře navštívíte vždy, když:

- a) jste si jistí, že dítě vdechlo cizí předmět, který se nepodařilo dostat ven
- b) jste si jistí, že dítě vdechlo cizí předmět, přestože se podařilo cizí předmět odstranit
- c) nejste si jistí, ale máte obavy, že dítě cizí předmět vdechlo
- d) nejsem si jistý/á
- e) nevím

12) Jak můžete předejít vdechnutí cizího tělesa dítětem? (vypište):.....

.....
.....

13) V jakém případě byste zahájili ožívování (masáž srdce a umělé vdechy) u dítěte?

(vypište):.....

.....
.....

14) Správný postup provedení ožívování (resuscitace) u dětí je podle Vás:

- a) nejdříve do dítěte 5x vdechneme a poté začneme se stlačováním hrudníku
- b) nejdříve stlačujeme hrudník, až poté do dítěte dýcháme
- c) při ožívování se střídá 30x zmáčknutí hrudníku a 2x vdechnutí
- d) při ožívování dítěte se střídá 15x zmáčknutí hrudníku a 2x vdechnutí
- e) u dětí stačí stlačování hrudníku, vdechy nejsou nutné
- f) nejsem si jistý/á
- g) nevím

15) Co je důležité sdělit lékaři při otravě dítěte (léky, jedovatými rostlinami, čistícími přípravky)? (vypište):.....

.....
.....

16) Jak můžete předejít otravě dítěte? (vypište):.....

.....
.....

17) Co uděláte, pokud dojde k otravě dítěte? (vypište):.....

.....
.....

18) Zvracení u dítěte je vhodné vyvolat:

- a) vždy, když se jedná o otravu
- b) pouze je-li dítěti špatně
- c) při požití léků
- d) při požití čisticích prostředků
- e) při požití kyselin
- f) při požití jedovatých částí rostlin, nebo hub
- g) pouze po poradě s lékařem, popřípadě po poradě s toxikologickým informačním centrem
- h) nejsem si jistý/jistá
- i) nevím

19) Vaše znalosti o poskytování první pomoci jsou podle Vašeho mínění:

- a) Naprosto dostačující.
- b) Dostačující, ale bylo by dobré některé znalosti doplnit.
- c) Částečně dostačující, ale nepovažuji za nutné, mé znalosti rozšiřovat.
- d) Nedostačující, uvažuji nad možností návštěvy přednášky či kurzu.
- e) Nedostačující, ale nepovažuji tyto znalosti za nutné.

20) Pokud byste měli možnost se zúčastnit kurzu zaměřeného na poskytování první pomoci u dětí, uvažovali byste o účasti na tomto kurzu?

- a) Ano
- b) Ne

PŘÁLOHA B: Brožurka pro rodiče

PRVNÍ POMOC U DĚTÍ BATOLECÍHO VĚKU



DŮLEŽITÁ TELEFONNÍ ČÍSLA:


- 155 – ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA (ZZS)
- 150 – HASIČSKÝ ZÁCHRANNÝ SBOR
- 158 – POLICIE ČESKÉ REPUBLIKY
- 112 – EVROPSKÁ TÍŠŇOVÁ LINKA
- 224 919 293, 224 915 40 – TOXIKOLOGICKÉ INFORMAČNÍ STŘEDISKO (TIS)





(ZDROJ: [HTTPS:// WWW.PRAHA14.CZ](https://www.praha14.cz))

ZDROJ: [HTTPS://WWW.CERVENKYKRIZE.EU/CZ/EDICEPP/PP-U-DETI.PDF](https://www.cervenkykrize.eu/CZ/EDICEPP/PP-U-DETI.PDF)

KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE



- Na začátku provést 5 úvodních vdechu
- Resuscitujeme v poměru 30 stlačení ke 2 vdechům (frekvence stlačení 120 za minutu = 2x za vteřinu)
- Stlačení hrudníku jednou rukou cca 3 cm
- Po 30 stlačení hrudníku volat ZZS
- Resuscitujeme do chvíle než přijede ZZS, nebo než se dítě začne bránit



(ZDROJ: <https://www.lifa.cz>)

TONUTÍ



Kdy vzniká

- V důsledku vniknutí vody do dýchacích cest a plic.
- Dítě se dusí, trpí nedostatkem kyslíku, ztrácí vědomí a dochází k zástavě krevního oběhu

První pomoc

- Dítě co nejrychleji vytáhnout z vody, uložit jej s horní částí těla mírně skloněnou a hlavu otočit ke straně
- Neztrácet čas, kontrolovat volné dýchací cesty, je-li jisté že dítě nedýchá zahájit umělé dýchání
- Má-li dítě základní životní funkce, uložte ho do stabilizované polohy
- Svléknou mokrý oděv, přikrýt suchým oděvem a snažit se zabránit ztrátám tepla
- Vždy volat ZZS

OTRAVY



Kdy vzniká

- Vniknutím cizorodé škodlivé látky do těla dítěte

První pomoc

- Nevyvolávat zvracení
- Nepodávat žádné jídlo ani pití
- Volat ZZS
- TIS – toxikologické informační středisko
 - Nahlásit jaké množství látky dítě požílo, jakou látku, jak je to dlouho, stav dítěte



(ZDROJ: <https://poradimesl.cz>)

ASPIRACE CIZÍHO TĚLESA



Co to je?

- Vdechnutí cizího tělesa dutinou ústní nebo nosní do průdušek nebo průdušinek
- Rizikové jsou potraviny (oříšky, kousky ovoce), předměty (korálky, knoflíky)

První pomoc

- Dítě podporujeme ke kašli
- Pokud přestane kašlat a uslyšíme pískot, uveďte dítě do předklonu a 5krát za sebou proveďte úder mezi lopatky
- Pokud to nepomůže, opakujte znovu 5 úderů, dokud těleso nevypudíte z dýchacích cest
- Při zástavě dechu nebo bezvědomí, začněte provádět kardiopulmonální resuscitaci



(ZDROJ: <https://www.studiobianca.cz>)

POPÁLENINY



Kdy vznikají

- Působením vysoké teploty na kůži dítěte

První pomoc

- Zastavte působení tepla, sejměte kovové předměty
- Chladte pouze končetiny pod tekoucí vodou (NE tělo a hrudník z důvodu podchlazení dítěte)
- Pokud se jedná o rozsáhlé popálení volejte ZZS
- Nikdy nestrháváme přiškvařené oděvy a nepropichujeme puchýře
- Popálenou část přikryjeme čistou tkaninou

Vypracovala studentka 3 ročníku Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze 5,
Duškova 7: Monika Dvořáková

Příloha C:

Žádost o povolení provedení výzkumu

Dětské skupiny a rehabilitační stacionář Příbram
Bratří Čapků 277
Příbram VII
26101

Věc: Žádost o povolení provedení výzkumu

Jsem studentkou třetího ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Praha 5. Chtěla bych požádat o povolení výzkumu v Dětských skupinách a rehabilitačním stacionáři Příbram.

Výzkum je součástí mé závěrečné bakalářské práce na téma: „Edukace rodičů v problematice poskytování první pomoci u úrazů dětí v batolecím věku“. Šetření je prováděno anonymně, formou dotazníku a výsledky Vám mohou být poskytnuty.

Za kladné vyřízení žádosti děkuji.

V Příbrami 20. 11. 2018

.....
Monika Dvořáková
Hrachov 62
26256

Příloha D:



CENTRUM SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB MĚSTA PŘÍBRAM

Brodská 100, 261 01 Příbram VII
IČO: 47067071, datová schránka: dvdk62u

Dvořáková Monika
Hrachov 62, Krásná Hora
262 56

Souhlasím s realizací uvedeného výzkumu v našem zařízení na téma: Edukace rodičů
v problematice poskytování první pomoci u úrazů dětí v batolecím věku.

S pozdravem


Mgr. Jitka Šnypsová

Vedoucí dětských skupin
A rehabilitačního stacionáře

V Příbrami dne 28. 11. 2018

