

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravotní vědy

KATEŘINA FRGÁLOVÁ

3. ročník – prezenční studium

obor: Učitelství pro mateřské školy

**ÚROVEŇ ZNALOSTÍ V POSKYTOVÁNÍ PŘEDLÉKAŘSKÉ
PRVNÍ POMOCI U UČITELEK MATEŘSKÝCH ŠKOL**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Majerová

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedenou literaturu.

V Troubkách dne 30.6.2010

.....

Děkuji Mgr. Janě Majerové za odborné vedení bakalářské práce a poskytování velmi potřebných rad. Děkuji celé rodině a přátelům za podporu a pomoc při realizaci mé práce.

Obsah

1 Úvod	5
2 Cíle a úkoly práce	6
3 Teoretická část	7
3.1 Základní terminologie	7
3.1.1 Integrovaný záchranný systém	8
3.1.2 Vyšetření raněného.....	10
3.1.3 Polohování raněného	11
3.2 Zákon č. 40/2009 sb. § 150 Neposkytnutí pomoci	15
3.3 Vybavení lékárničky	16
3.4 Vybrané kapitoly první pomoci	18
3.4.1 Kardiopulmonální resuscitace	18
3.4.2 Šok.....	20
3.4.3 Krvácení	23
3.4.4 Zlomeniny	26
3.4.5 Akutní stavy u dětí	29
3.4.6 Poranění teplem.....	32
3.4.7 Poškození chladem.....	34
4 Metodika práce	36
4.1 Užité metody	36
4.2 Organizace výzkumu.....	37
4.3 Statistické zpracování získaných dat.....	37
5 Výsledky	38
6 Závěr	62
7 Literatura	63
8 Přílohy	65

1 Úvod

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože je mi velmi blízké. Na střední zdravotnické škole jsem absolvovala kurz první pomoci a po dobu mého studia jsem se snažila zdokonalovat i v praktické části a snažím se i nadále aktualizovat získané znalosti v této oblasti. Vždy mě zajímalo, jak by veřejnost dokázala zareagovat v krizové situaci, zdá má dostatečné znalosti o poskytování první pomoci a jestli má zájem se o tomto tématu dozvědět něco nového. Po rozhovoru s mými přáteli, často z řad pedagogů, jsem se dozvěděla, že většina první pomoc neovládá a pouze spoléhá na včasný příjezd zdravotníků.

V České republice je každoročně několik tisíc dětí následkem úrazu hospitalizováno v nemocnici. V loňském roce jen v olomouckém kraji bylo ošetřeno přes 18 000 dětí s vážnějším úrazem. Statisticky se sice počet dětských úrazů každým rokem mírně snižuje. Avšak následky těchto úrazů mají opačný trend. Domnívám se, že znalost první pomoci může tyto následky zmírnit. Právě znalost teorie a především praktických dovedností se ukazuje jako nutnost nejen pro zdravotnické pracovníky, ale i pro širokou veřejnost. Tyto znalosti oceníme hlavně ve chvíli, kdy se v takové situaci ocitneme sami.

Hlavním cílem mé práce je zjistit úroveň znalostí o poskytování první pomoci u učitelek mateřských škol. Právě kvůli vysokému počtu úrazů v dětském věku je téma první pomoci velmi aktuální. Práce je rozdělena na dvě části. V první části seznamuji čtenáře se základními pojmy z oblasti první pomoci a s poskytováním první pomoci ve vybraných situacích. V druhé části jsou zpracovány informace z výzkumného šetření.

2 Cíle a úkoly práce

Hlavní cíl:

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit úroveň znalostí učitelů v poskytování první pomoci na podkladě dotazníkového šetření.

Dílčí cíle:

- zmapovat úroveň znalostí ve vybraných situacích,
- zjistit zdroje získaných znalostí o poskytování první pomoci,
- zjistit zájem o další vzdělávání v poskytování první pomoci,
- poukázat na největší nedostatky ve vybraných oblastech první pomoci.

3 Teoretická část

3.1 Základní terminologie

Bydžovský definuje první pomoc jako „soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky ohrožení či poškození“.

Petržela uvádí přímo definici laické první pomoci jako „aktivně a efektivně poskytnutou pomoc laikem osobě náhle postižené na zdraví v době od vzniku poruchy zdraví do předání k odborné“.

Cílem první pomoci je zachránit život, zabránit zhoršení zdravotního stavu a urychlit proces uzdravení. Důležité je také zajistit ochranu poraněnému, sobě i ostatním přihlížejícím (Kelnarová a kol., 2007).

Dělení první pomoci (Bydžovský, 2001; Kelnarová a kol., 2007)

1. Laická (základní) první pomoc je soubor opatření, poskytovaných bez specializovaného vybavení. Jeho součástí je i přivolání odborné zdravotnické pomoci a péče o postiženého až do doby, kdy si ho převezme zdravotnická záchranná služba.
2. Odborná (rozšířená) první pomoc navazuje na laickou první pomoc. Jedná se o poskytnutí přednemocniční odborné péče, zajištěné kvalifikovanými odborníky (lékaři, záchranáři), s použitím dostupných diagnostických a léčebných přístrojů, včetně aplikace léků a provedení život zachraňujících výkonů.
3. Technická první pomoc vytváří základní podmínky pro poskytování první pomoci. Příčiny úrazu odstraňují obvykle speciálně vycvičené týmy - hasičský záchranný sbor, horská a vodní služba.

3.1.1 Integrovaný záchranný systém

Integrovaným záchranným systémem (IZS) rozumíme koordinovaný postup všech složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací. Proces dále zajišťuje spolupráci mezi záchrannými, pohotovostními a odbornými složkami státní správy a samosprávy, dále spolupráci fyzických a právnických osob při likvidaci havárií, hromadných neštěstí a katastrof, ekologických havárií s hromadným výskytem zraněných, postižených a mrtvých a těžkých ztrátách na majetku (Kelnarová a kol., 2007).

Přivolání specializované pomoci

Každý občan je ze zákona povinen poskytnout první pomoc. Její součástí je i přivolání odborné zdravotnické pomoci. Pro včasný zásah je důležité znát telefonní čísla integrovaného záchranného systému. Volání na tato čísla je zcela zdarma. Linky IZS spolu úzce spolupracují, v případě nutnosti stačí zavolat na jedno telefonní číslo a operátor se spojí a aktivizuje další složky IZS.

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) – telefonní číslo 155

Zodpovídá za poskytnutí první pomoci, ošetření, zajištění základních životních funkcí a transport raněných do nemocnice. Odbornou zdravotnickou pomoc voláme vždy, když postiženému selhávají nebo hrozí selhání základních životních funkcí, při silném krvácení, bezvědomí, při závažném úrazu a dalších situacích, při kterých může dojít k poškození zdraví. Mezi týmy ZZS řadíme rychlou lékařskou pomoc, rychlou zdravotnickou pomoc a leteckou záchrannou službu.

Hasičský záchranný sbor (HZS) – telefonní číslo 150

Voláme při potřebě technického zásahu. HZS prozkoumává prostor nehody a zajišťuje, aby nebyly ohroženy životy složek ZZS, poskytuje technickou pomoc a spolupracuje se zdravotníky při poskytování první pomoci. V případě nutnosti s pomocí policie uzavře místo nehody.

Policie České republiky (PČR) – telefonní číslo 158

Uzavírá místo nehody, řídí bezpečnost v místě nehody a zabezpečuje ochranu majetku, identifikuje raněné, zajišťuje místo nehody. Policii rovněž voláme k zajištění místa nehody a při podezření na cizí zavinění.

Integrovaný záchranný systém (IZS) – telefonní číslo 112

Tento systém slouží především k převzetí informací a rychlé aktivizaci dalších složek záchranného systému. Toto číslo využíváme především v cizině (v zemích EU i jiných evropských zemích).

Komunikace s operačním střediskem ZZS

Nejprve se volající představí, popíše aktuální situaci, kolik osob je zraněných a kde se nehoda stala. Důležité je i sdělení vlastního telefonního čísla, pro další komunikaci s operátorem. Poté vede rozhovor operátor, který svými otázkami zjišťuje údaje a příznaky, aby mohl vyhodnotit stav raněných a následně vyslat optimální výjezdovou skupinu. V této fázi rozhovoru je důležité, aby volající co nejpřesněji odpovídal na otázky, které jsou mu pokládány. V průběhu další komunikace se operátor zeptá na způsob poskytnuté první pomoci a popřípadě doporučí další postup. Na závěr rozhovoru volající upřesní příjezdovou trasu, zdůrazní důležité orientační body a domluví se na dalším způsobu kontaktu (vyslání kontaktní osoby). Hovor vždy ukončuje operační středisko.

3.1.2 Vyšetření raněného

Na místě nehody bývá obvykle jako první laik. V mnoha případech rozhodují vteřiny. Poskytnutí adekvátní první pomoci vyžaduje rychlost, účelnost a rozhodnost. Důležité je získat dostatek informací. Nejprve zhodnotíme celkovou situaci, od případných svědků zjistíme okolnosti, za kterých k nehodě došlo. Zajistíme bezpečnost sobě a raněnému.

Raněného vyšetřujeme (Srnský 2002):

1. **pohledem** - sledujeme chování raněného, barvu kůže, výraz v obličeji, všímáme si polohy těla, nepřirozených tvarů těla, hybnost končetin, krvácení, zvracení a dýchacích pohybů,
2. **poslechem** - provádíme slovní kontrolu stavu vědomí, sledujeme odezvu na oslovení, všímáme si spontánních projevů (sténání, chrčení, křik), posloucháme dýchací šelesty,
3. **pohmatem** - vyšetřujeme základní životní funkce (dýchací pohyby, tep), teplotu kůže, bolestivost, citlivost,
4. **čichem** - všímáme si zápachu (aceton, alkohol, zvratky).

Postup při vyšetřování (Bydžovský 2002) :

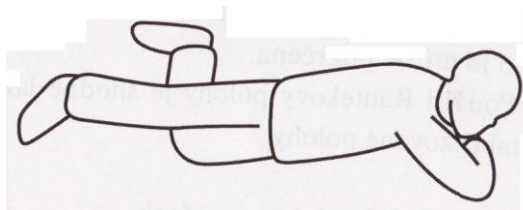
1. posouzení základních životních funkcí – zjišťujeme stav vědomí (navázání kontaktu), dále dýchání (kontrola dýchacích pohybů), srdeční činnost (kontrola tepu),
2. vyšetření oblasti, kde postižený udává obtíže (bolest),
3. provedeme rychlé celkové vyšetření postiženého v pořadí – hlava, krk, páteř, hrudník, břicho, horní končetiny, dolní končetiny.

3.1.3 Polohování raněného

Raněného polohujeme s cílem zachovat průchodnost dýchacích cest, ulevit od bolesti a zajistit stabilitu zdravotního stavu do doby než přijede zdravotnická záchranná služba. Raněného uložíme do takové polohy, která je pro daný typ poranění nejvhodnější.

Stabilizovaná poloha

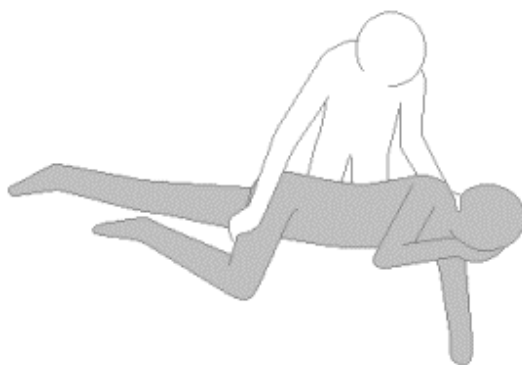
Stabilizovaná poloha zajišťuje průchodnost dýchacích cest a minimalizuje riziko aspirace. Umožňuje snadnou kontrolu životní funkcí a zamezuje spontánnímu pohybu. Tuto polohu nejčastěji zvolíme, pokud je raněný v bezvědomí a jeho základní životní funkce jsou zachovány. Nikdy se nepoužívá při podezření na poranění páteře, při zlomenině dlouhých kostí, pánve, poranění ramene a otevřeném poraněním břicha. Dnes se tato poloha nedoporučuje, protože se při polohování s raněným příliš manipuluje.



Obr. 1 Stabilizovaná poloha (Kelnarová a kol., 2007)

Rautekova zotavovací poloha

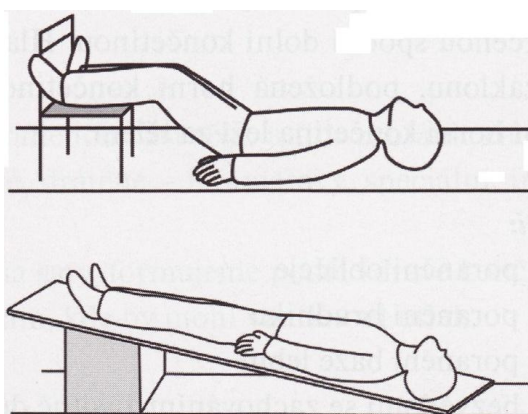
Zotavovací poloha je jiná možná varianta stabilizované polohy, využití této polohy je stejné jako u stabilizované. V dnešní době je Rautekova poloha doporučována jako nejšetrnější. Pokud dojde k poruše dechu a oběhu, umožňuje tato poloha rychlé přetočení na záda. Při ukládání raněného na nosítka je však vhodnější stabilizovaná poloha.



Obr. 2 Rautekova zotavovací poloha (www.cck.cz)

Protišoková poloha

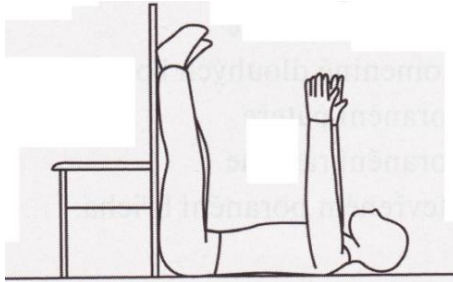
Protišoková poloha zajišťuje lepší průtok krve v důležitých orgánech, zejména v mozku. Do této polohy uložíme postiženého ohroženého rozvojem šoku nebo s rozvíjejícím se šokem. Tato poloha se často uvádí pod názvem Trendelenburgova poloha.



Obr. 3 Protišoková poloha – dvě varianty (Kelnarová a kol., 2007)

Autotransfuzní poloha

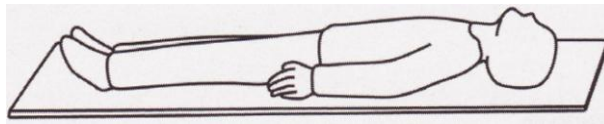
Raněnému zvedneme všechny končetiny kolmo vzhůru, aby se mohla vlivem přitažlivosti přesunout krev do životně důležitých orgánů. Polohu používáme při velkých krevních ztrátách.



Obr. 4 Autotransfuzní poloha (Kelnarová a kol., 2007)

Poloha na zádech

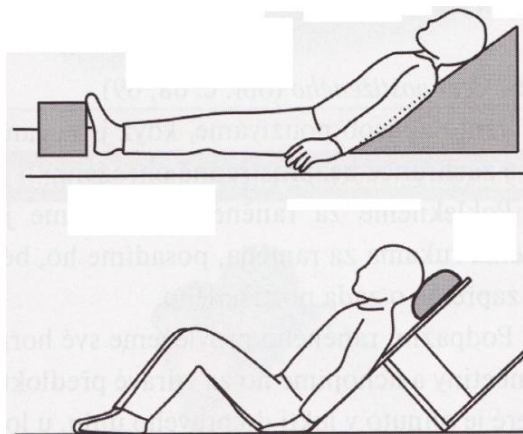
Používáme ji při poranění páteře. Při podezření na poranění páteře je však lépe, pokud to situace umožňuje, s raněným nehýbat.



Obr. 5 Poloha na zádech (Kelnarová a kol., 2007)

Poloha v polosedě

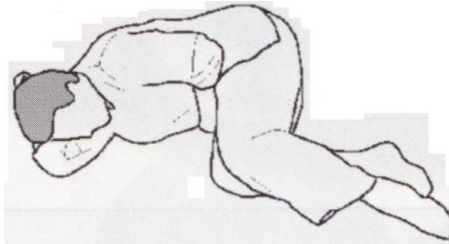
Poloha v polosedě umožňuje zapojení pomocných dýchacích svalů. Používá se nejčastěji při poranění hrudníku. Tato poloha se často uvádí pod názvem Fowlerova poloha.



Obr. 6 Poloha v polosedě – dvě varianty (Kelnarová a kol., 2007)

Úlevová poloha

Tuto polohu si raněný volí obvykle sám. Polohu na boku volí nejčastěji při bolestech břicha.



Obr. 7 Úlevová poloha (Kelnarová a kol., 2007)

3.2 Zákon č. 40/2009 sb. § 150 Neposkytnutí pomoci

Poskytování první pomoci by mělo být morální povinností každého člověka. Ale ne vždy tomu tak je. Možná právě kvůli neodpovědnosti lidí vznikl v roce 1961 zákon, který udává povinnost poskytnout první pomoc. Tento zákon od 1.1.2010 nahradil trestní zákon č. 40/2009 v platném znění:

§ 150

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

3.3 Vybavení lékárníčky

Zákoník práce ukládá každému zaměstnavateli povinnost zajistit a vybavit lékárníčku na pracovišti, dále je povinen zabezpečit jejich pravidelnou kontrolu, doplňování a výměnu leků a materiálů s ukončenou expirací. Obsah ani vybavení lékárníčky není pevně stanoven. Obsah má v současné době charakter pouze doporučen (příloha 1). Vybavení lékárníček by se mělo odrážet v případném riziku, které by mohlo na daném pracovišti nastat.

Vybavení lékárníčky při pobytu dětí na škole v přírodě nebo zotavovacích akcích udává vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 106/2001 Sb., *o hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti*, ve znění novely č. 148/2004 Sb. V příloze tohoto předpisu je stanoven minimální obsah lékárníčky.

Obsah lékárníčky pro zotavovací akce pro děti a pro školy v přírodě
(<http://portal.gov.cz>)

1. Léčivé přípravky (pouze ty, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis)

- tablety nebo čípky proti bolestem hlavy, zubů (analgetika)
- tablety nebo čípky ke snížení zvýšené teploty (antipyretika)
- tablety proti nevolnosti při jízdě dopravním prostředkem (antiemetika)
- živočišné uhlí
- nosní kapky na uvolnění nosních dýchacích průchodů -(otorinolaryngologika)
- kapky, roztok (sirup) nebo tablety proti kašli (antitusika, expektorancia)
- kloktadlo pro dezinfekci dutiny ústní a při bolestech hltanu (stomatologika)
- mast nebo sprej urychlující hojení např. popálenin (dexpantenolový -sprej)
- oční kapky nebo oční mast s dezinfekčním účinkem, oční voda na výplach očí (oftalmologika)
- mast nebo gel při poštípání hmyzem (lokální antihistaminika)
- tablety při systémové alergické reakci (celková antihistaminika)
- přípravek k dezinfekci kůže a povrchových ran

- dezinfekční prostředek na okolí rány
- inertní mast nebo vazelína

2. Obvazový a jiný zdravotnický materiál

- gáza hydrofilní skládaná kompresí, sterilní, různé rozměry
- náplast na cívce, různé rozměry
- rychloobvaz na rány, různé rozměry
- obinadlo elastické, různé rozměry
- obvaz sterilní, různé rozměry
- obinadlo škrťací pryžové
- šátek trojcípý
- vata obvazová a buničitá
- teploměr lékařský
- rouška resuscitační
- pinzeta anatomická
- pinzeta chirurgická rovná
- lopatky lékařské dřevěné
- lékařské rukavice pryžové
- rouška PVC 45 x 55 cm
- dlahy pro fixaci, různé rozměry

3. Různé

- nůžky
- zavírací špendlíky, různé velikosti
- záznamník s tužkou
- svítilna/baterka, včetně zdroje

3.4 Vybrané kapitoly první pomoci

3.4.1 Kardiopulmonální resuscitace

S pojmem kardiopulmonální resuscitace (dále KPR) se setkáváme poměrně často, aniž bychom si to uvědomili. Například v novinách se dočteme o nehodě, kdy záchranáři museli raněného oživovat. Právě pojem oživování je známějším výrazem mezi širší veřejností než kardiopulmonální resuscitace. Doslovným překladem získáme pojem srdečně-plicní oživování.

KPR provádíme u postiženého, který je v bezvědomí, u něhož došlo k zástavě dýchání a krevního oběhu. Důležité je zahájit KPR co nejdříve, protože je zastaven průtok okysličené krve mozkiem. Po 3-5 minutách bez přívodu kyslíku dochází k nenávratnému poškození mozkových buněk. Příčinou selhání základních životních funkcí u dospělého člověka bývá nejčastěji selhání srdce, u dětí pak následek dušení.

KPR slouží k obnovení srdeční činnosti a následnému okysličení krve. Oživování provádíme kdekoli bez jakéhokoli vybavení, provádíme umělé dýchání z plic do plic a nepřímou srdeční masáž. Resuscitaci nepřerušujeme minimálně do příjezdu sanitky nebo do úplného vyčerpání zachránce.

V roce 2005 byly Evropskou resuscitační radou vydány nové doporučené postupy v resuscitaci. Změny nastaly především v provádění resuscitaci u dětí a jejich rozdělení na základní skupiny: novorozenec (do 28 dní věku), kojeneček (do 1 roku věku), dítě (od 1 roku až do puberty).

Uvolnění dýchacích cest

Ve chvíli, kdy zjistíme, že je postižený v bezvědomí (nereaguje na oslovení ani na bolestivé podněty), zkontrolujeme dýchání. Přiblížíme tvář k ústům a nosu postiženého a přiložíme ruku na hrudník. Pokud necítíme proud vydechovaného

vzduchu, neslyšíme vdech a nádech, nevidíme dýchací pohyby hrudníku, postižený nedýchá. Po 2-3 minutách bez dechu dochází k zástavě krevního oběhu.

Provedeme kontrolu dutiny ústní otočením hlavy na stranu a dvěma prsty s gázou odstraníme cizí tělesa. Současně ověříme polohu jazyka. Provedeme záklon hlavy tak, že položíme jednu ruku na čelo, druhou na týl. Tlakem provedeme důkladný, ale šetrný záklon. Předsuneme dolní čelist, tím se oddálí kořen jazyka a zprůchodní dýchací cesty. U malých dětí provádíme mírný záklon hlavy kvůli možnému riziku poranění páteře. Pokud se přesto dýchání neobnoví, zahájíme umělé dýchání.

Umělé dýchání

Postiženého položíme na záda na tvrdou rovnou podložku, vyčistíme dutinu ústní, provedeme záklon hlavy a předsuneme dolní čelist. Záklon hlavy udržuje rukou položenou na čele. Pomocí ukazováčku a palce ruky položené na čele stiskneme postiženému jeho nosní dírky. Druhou rukou postiženému otevřeme ústa, nadechneme se a pevně přitiskneme své rty a dvěma vdechy zahájíme umělé dýchání. Pohledem kontrolujeme, zda se hrudník při vdechu zvedá.

U dětí zahájíme umělé dýchání pěti vdechy. Výdechový objem u dítěte by měl být takový, aby se hrudník pohyboval tak jako by se dítě samo spontánně nadechovalo (plynulý, menší vdech). Záchránce by neměl dýchat proti odporu.

U kojenců i novorozenců dýcháme z úst do úst i nosu současně, u dětí nad 1 rok provádíme dýchání z úst do úst nebo s úst do úst i nosu současně (podle velikosti dítěte).

Může nastat situace, že se hrudník viditelně při vdechu nezvedá, postižený pravděpodobně vdech cizí těleso. Překážku z dýchacích cest se pokusíme odstranit použitím tzv. Gordonova úderu. Otočíme zraněného na bok a provedeme 3 až 5 rázných úderů plochou dlaně mezi lopatky.

Nepřímá masáž srdce

Postižený leží na zádech na tvrdé rovné podložce, klečíme po straně postiženého. Určíme místo srdeční masáže v dolní třetině hrudní kosti a přiložíme hranu dlaně, druhou dlaň položíme na ní, případně propleteme prsty. Prsty směřují kolmo k hrudní kosti, končetiny jsou v lokti napjaté, pohyb směřuje směrem dolů. Po uvolnění stlačení neoddalujeme ruce z hrudníku. Účinné promáčknutí hrudníku je u dospělého člověka 4 cm. U dítěte je to 1/3 výšky hrudníku.

U dospělého člověka provádíme stlačení a vdechy v poměru 30:2 oběma rukama. U dětí provádíme stačení a vdechy také v poměru 30:2 oběma rukama, u menších dětí provádíme stlačení hranou jedné ruky. U stlačování je lépe používat menší sílu. U kojenců je poměr také 30:2 ale stlačení se provádí v místě dolní třetiny hrudní kosti (pod spojnicí prsních bradavek) dvěma prsty, nebo překříženými palci při obejmutí hrudníku dlaněmi. Pouze u novorozenců je poměr 3:1.



Obr. 8 Nepřímá srdeční masáž u malého dítěte (Petržela, 2007)

3.4.2 Šok

Šok je závažný, život ohrožující stav, kdy dochází k nedostatečnému zásobování orgánů a tkání krví, čímž vzniká hypoxie, při které vážně zásobování těchto tkání krví a dochází k metabolickým poruchám. Je to obranná reakce organismu na nepřiměřenou zátěž.

Druhy šoku (Kelnarová a kol., 2007):

1. **hypovolemický** - způsobený nadměrnou ztrátou tekutin (při krvácení, popáleninách, těžkých infekcích),
2. **distribuční** - dochází k rozšíření cévního systému. Nejčastěji se vyskytuje následkem prudké alergické reakce (anafylaktický šok),
3. **obstruktivní** - způsobený mechanickou překážkou v krevním řečišti (při krvácení do srdečních obalů, plicní embolii.),
4. **kardiogenní** - způsobený poruchou srdeční funkce (arytmie, infarkt).

Příznaky šoku

V počáteční fázi je postižený bledý, má vlhkou a studenou kůži, zrychlenou srdeční frekvenci, je neklidný, má pocit žízně, zimnici. V druhé fázi se objevuje na periferiích cyanóza, pot je lepkavý, šedé zbarvení kůže, tep je špatně hmatný a zrychluje se nad 120/min., neklid přechází k apatii až ztrátě vědomí. V třetí fázi, která bývá nezvratná, dochází k úplnému metabolickému a energetickému rozvratu, které vede k selhání orgánů. Tep je na periferiích nehmatný, na velkých tepnách je hmatný a nepravidelný. Dochází ke ztrátě vědomí, selhání krevního oběhu a dýchání.

První pomoc při šoku

Snažíme se odstranit příčinu šoku, ošetříme poranění a zajistíme základní životní funkce. Postiženého uložíme do protišokové polohy, při velkých krevních ztrátách zvolíme autotransfuzní polohu. Dále použijeme pravidlo 5T:

1. **teplo** - snažíme se udržet optimální tělesnou teplotu, postiženého přesuneme na suchou podložku, zabraňujeme podchlazení a přehřátí
2. **ticho** - zajistíme klid v bezprostředním okolí postiženého, uklidňujeme ho, komunikujeme s ním klidným hlasem, udržujeme kontakt, abychom mohli sledovat jeho zdravotní stav
3. **tekutiny** - zásadně nesmíme podávat žádné tekutiny, ale můžeme pocit žízně tlumit svlažováním rtů a obličeje vlhkým kapesníkem

4. **transport** - voláme ZZS, zdůrazníme, že se jedná o postiženého v šoku, sami postiženého netransportujeme pro hrozící nebezpečí zhoršení šokového stavu
5. **tišení bolesti** - bolesti tlumíme ošetřením poranění, znehybněním zlomenin, postiženému umožníme, aby si sám zvolil polohu, která mu nejvíce vyhovuje

3.4.3 Krvácení

Krvácení je stav, při kterém dochází k úniku krve z cév jako důsledek narušení cévní stěny. Celkový objem krve v těle dospělého člověka je asi 4,5 až 6 litrů, u dětí tvoří objem krve asi 8 % jeho tělesné hmotnosti. S menší ztrátou krve (do 500 ml) se organismus vyrovná bez větších následků. Při ztrátě 1/3 objemu dochází k rozvoji šoku, při ztrátě asi 2/3 objemu může vést až ke smrti postiženého.

Dělení krvácení

Krvácení rozdělujeme podle intenzity krvácení na malé, střední a velké. Podle druhu na tepenné, žilní, vlásečnicové a smíšené. Podle směru rozdělujeme krvácení na vnitřní a zevní. Podle příčiny na úrazové a neúrazové.

Rozpoznání druhu krvácení (Kelnarová a kol., 2007):

1. **tepenné** - v rytmu srdečního tepu vytéká z rány jasně červená krev,
2. **žilní** - krev je tmavší, proudí trvale,
3. **vlásečnicové** - nebývá závažné,
4. **smíšené** - kombinace tepenného a žilního krvácení, přednostně ošetřujeme tepenné krvácení.

Tepenné krvácení

Postižený je při tomto poranění ve velkém ohrožení života, protože při krvácení z velkých tepen je možné vykrváct během 60-90 sekund.

Základním krokem při poskytování první pomoci je zastavit co nejrychleji krvácení. Neměli bychom zapomenout dbát na svou bezpečnost a jako první si nasadíme rukavice. Při velmi prudkém krvácení stiskneme poraněnou tepnu přímo v ráně, dále stiskneme tepnu v tlakovém bodě. Přiložíme tlakový obvaz, pokud krev stále prosakuje, přiložíme zaškrcovadlo.

Žilní krvácení

Nasadíme si rukavice a zvedneme krvácející ránu nad úroveň srdce a přiložíme tlakový obvaz. Kontrolujeme, jestli obvaz neprosakuje.

Krvácení z nosu

Tímto druhem krvácení se v mateřské škole setkáváme poměrně často. Příčinou krvácení bývá nejčastěji úraz nebo poškození nosní sliznice. Můžeme se setkat s krvácením následkem stresové situace. Dítě je nervózní, zvýší se mu tlak a křehčí cévy nosní sliznice mohou prasknout. Krvácení zvládneme zastavit v několika krocích. Nejprve dítěti pevně stiskneme nosní křídla (minimálně na 5 minut), současně ho posadíme do mírného předklonu. Dítě by mělo zůstat v klidu, dýchat ústy a snažit se nesmrkat a nekašlat. Dále dítěti přiložíme chladné obklady na zátylek a nad kořen nosu (chlad vyvolává stažení cév). Po 5 minutách pomalu stisk povolíme. Pokud krvácení pokračuje, opět nosní křídla stiskneme. Nikdy se nesnažíme nosní dutinu tamponovat. Při déletrvajícím krvácení zajistíme lékařské ošetření.

Tlakový obvaz

Tlakový obvaz se skládá ze tří vrstev: krycí, tlakové, připevňovací. Nejvhodnější je použít už hotový obvaz (č. 3). Pokud nemáme k dispozici hotový tlakový obvaz, přiložíme na ránu jako první sterilní krytí a na něj tlakovou vrstvu. Tlaková vrstva musí být dostatečně vysoká (3-5 cm). Nejvhodnější je použít obvaz, který pevně fixujeme šátkem nebo obinadlem. Pokud tato vrstva prosákne, přiložíme na ni další obvaz (původní obvaz ponecháme). Můžeme přiložit maximálně 3 tlakové vrstvy. Pokud vrstvy přes veškerá opatření prosáknou, použijeme zaškrcovadlo.

Zaškrcovadlo

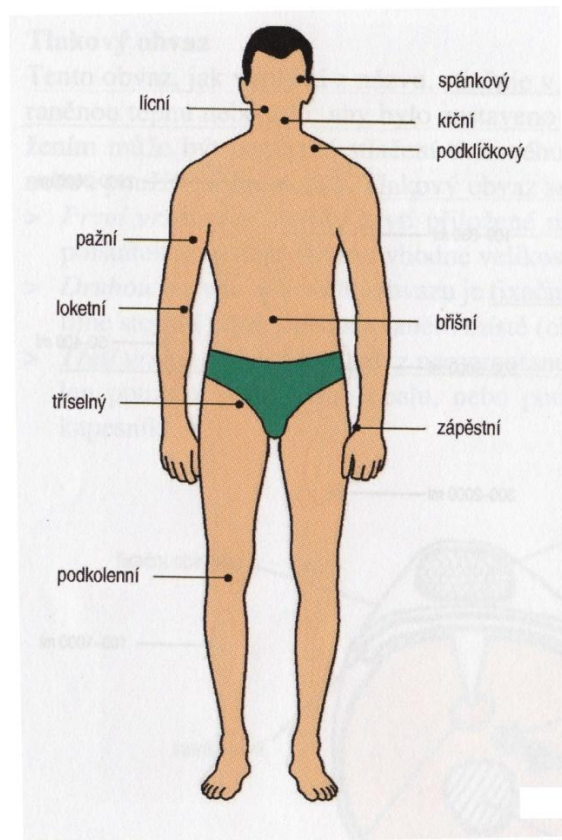
Tento způsob zástavy krvácení používáme jen výjimečně až po vyčerpání všech pokusů o zastavení krvácení. Zaškrcovadlo můžeme použít při prosáknutí třetí vrstvy tlakového obvazu, při krvácení z velkých tepen a u amputace. Zaškrcovadlo musí být široké nejméně 5 cm (nejlépe když použijeme Martinovo obinadlo). Přikládáme ho nad ránu, vždy podložené (oděv, kapesník). Nepřikládáme jej v blízkosti kloubu. Po přiložení zaškrcovadla zapíšeme přesný čas. Správně

zaškrčená končetina je bledá, chladná a nemá pulz. Takto přiložené zaškrcovadlo nepovolujeme.

Tlakové body

Tlakové body jsou místa v těle, kde tepna probíhá těsně pod kůží a lze ji přitisknout na kost. Bod stlačujeme bříškem dvou až tří prstů. Takto zastavíme krvácení u většiny středních a malých tepen

Rozlišujeme 11 tlakových bodů (Petržela 2007): spánkový, lícní, týlní, krční, podklíčkový, pažní, loketní, zápěstní, břišní, stehenní, podkolenní.



Obr. 9 Tlakové body (Petržela, 2007)

3.4.4 Zlomeniny

Zlomenina vzniká přímým působením hrubé síly na kost, tím dochází k narušení celistvosti kosti.

Dělení zlomenin:

1. **traumatické** - dochází k poškození zdravé tkáně zevním násilím,
2. **patologické** - vznikají jako následek jiného onemocnění (např. metastázy),
3. **únnavové** - vznikají při dlouhodobém přetěžování nemocné tkáně.

Příznaky zlomenin:

1. nejisté známky zlomeniny – bolest, zduření tkáně, otok, snížená hybnost končetiny hematom v místě zlomeniny,
2. jisté známky zlomeniny – změna tvaru končetiny, nepřirozená pohyblivost v místě zlomeniny, u otevřené zlomeniny vyčnívá z rány kost.

Dle narušení kůže nad zlomeninou rozeznáváme:

1. **Zavřené zlomeniny** – při tomto typu zlomeniny není kůže nijak porušena. Tuto zlomeninu nejde bez RTG vyšetření jistě potvrdit. Dle výše uvedených příznaku lze zlomeninu pouze předpokládat. Komplikaci těchto úrazů bývá i narušení okolní tkáně úlomky zlomené kosti.
2. **Otevřené zlomeniny** – v tomto případě dochází k narušení kožního krytu a části zlomené kosti vyčnívají z rány ven. Jsou velmi závažné, protože může dojít k poranění nervů a cév vyskytujících se v blízkosti rány a je zde také zvýšené riziko infekce.

Obecné zásady první pomoci u zavřených zlomenin

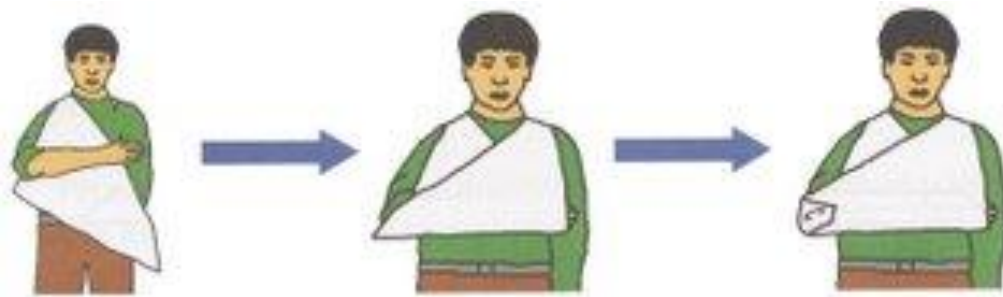
Nejprve musíme poraněnou část znehybnit. Jestliže je to možné snažíme se znehybnit kloub nad a pod zlomeninou. K fixaci využíváme dlahy, šátky a v případě nutnosti improvizujeme s dostupným materiálem (hůlky, větve atd.). Při ošetřování položíme postiženého na záda a ošetřujeme zlomeniny přes oděv, kdy přidržujeme končetinu nad a pod zlomenou částí.

Obecné zásady první pomoci u otevřených zlomenin

Zlomeninu znehybníme v pozici, ve které jsme ji našli. Zraněného ošetřujeme vleže. Pokud rána krvácí je třeba toto krvácení zastavit. Dodržujeme zásady sterility. Oblečení rozstříhneme, abychom zbytečně nemanipulovali s postiženým. Okolí rány dezinfikujeme a přiložíme sterilní krytí. Zásadně se nesnažíme kost vrátit do původní pozice, naopak vyčnívající část kosti obložíme smotanými obvazy tak, aby kost převyšovala. Takto vytvořenou bariéru upevníme obinadlem. Končetinu znehybníme tak jako u zavřené zlomeniny. Z důvodu ztráty krve může dojít k rozvoji šoku, proto provádíme protišoková opatření.

Nejčastější typy zlomenin u dětí předškolního věku

- 1. Zlomeniny předloktí** - dochází k zlomení vřetení či loketní kosti. Vznikají nejčastěji následkem pádu na končetinu například při sportovních aktivitách. Příznakem bývá bolest a otok v místě poranění, může být i viditelná deformace končetiny. Nejjednodušší znehybnění končetiny je pomocí trojcípého šátku. Provedeme závěs horní končetiny. Šátek umístíme od loktu až po konečky prstů. Dalším prostředkem pro znehybnění je dlaha, kterou si nejdříve vytvarujeme na zdravé končetině. Po natvarování přiložíme dlahu na postiženou končetinu od konečků prstů přes loket až do půlky pažní kosti tak, aby končetina zaujímalá pravý úhel. Dlahu fixujeme šátkem v místě zápěstí, loktu a paže. Takto ošetřenou končetinu dáme do závěsu.
- 2. Zlomeniny zápěstí a kosti ruky** - vzniká nejčastěji při pádu. Při podezření na zlomeninu prstu provedeme fixaci k sousednímu prstu pomocí náplasti, případně můžeme použít improvizovanou dlahu (špachtle). Při podezření na zlomeninu zápěstí je nejlepším řešením dát končetinu do šátkového závěsu.



Obr. 10 Potup přiložení šátkového závěsu (Petržela, 2007)

3. **Zlomenina klíční kosti** - vzniká nepřímo pádem na nataženou horní končetinu nebo přímým úderem do klíční kosti. Příznakem je bolest a otok v místě poranění, zraněný často naklání hlavu na postiženou stranu. Při ošetřování zraněného posadíme a horní končetinu zavěsíme do trojcípého šátku a fixujeme druhým šátkem k tělu.
4. **Zlomenina bérce** - vznikají nejčastěji následkem přisednutí končetiny při pádu a při sportu (velmi častá spirálová zlomenina při lyžování). Příznakem je bolest a otok v místě poranění. Vzhledem k tomu, že je holenní kost velmi blízko kůže, je vysoká pravděpodobnost otevřené zlomeniny. Raněného ošetřujeme vleže. Pokud máme možnost použití Kramerových dlah, vytvarujeme je na zdravé končetině do tvaru písmene „L“. Dlahu přiložíme zespodu postižené končetiny od poloviny stehna až po chodidlo a zakončíme ji zároveň s prsty. Dlahu fixujeme pomocí trojcípých šátků v místě stehna, kolena a kotníku. V nouzovém případě (nemáme k dispozici žádnou dlahu) můžeme obě končetiny svázat k sobě dohromady.
5. **Zlomenina kotníku** - vzniká špatným došlápnutím, uklouznutím či zakopnutím. Příznakem je bolest a krevní výron v místě poranění, můžeme sledovat i změnu postavení kloubu. Kotník fixujeme elastickým obinadlem.

6. zlomenina prstů nohy - v místě poranění se objevuje otok a hematom, místo je bolestivé. Zlomeninu fixujeme náplastí k sousednímu prstu.



Obr. 11 Fixace dolních končetin (Petržela, 2007)

3.4.5 Akutní stavy u dětí

V současnosti mateřské školy přijímají i chronicky nemocné děti, například děti s astmatem, diabetem nebo epilepsií. Ne všechny učitelky se s těmito případy v praxi setkaly, proto si je přiblížíme.

Bronchiální astma

Toto onemocnění se týká dětí alergických na určité látky, které se běžně vyskytují v jejich okolí (např. prach, pyl, roztoči, zvířecí srst, léky, potraviny, plísně, atd.). Ve chvíli, kdy dítě přijde do styku s alergenem, může dojít k astmatickému záchvatu. Dalším vyvolavatelem může být zvýšená fyzická zátěž a stres. Při záchvatu dušnosti dojde k otoku sliznice dolních cest dýchacích, stahů svalových vláken a zvýšení sekrece hlenu. Postupně dochází k zúžení průdušek, dítě je dušné při výdechu. Jeho dech je zrychlený, mohou být i slyšitelné pískoty. Při těžkém záchvatu dýchá dítě tak velkou silou, že se za chvíli vyčerpá a začne promodrávat. Po delší době, kvůli nedostatku kyslíku může začít ztrácet vědomí.

První pomoc při astmatickém záchvatu

Uvolníme oděv a zajistíme přívod čerstvého vzduchu. Dítě uložíme do polohy vpolosedě, taky aby se rukama zapřelo o podložku a tím zapojilo pomocné dýchací svalstvo. Pokud se dítě s astmatem již léčí, podáme mu jeho léky a popřípadě pomůžeme s použitím inhalačního spreje. Dítě po celou dobu uklidňujeme. Pokud začnou dítěti selhávat základní životní funkce a upadne do bezvědomí, zahájíme KPR a voláme ZZS.

Diabetes mellitus

Cukrovka je nemoc, která je vyvolána nedostatkem tvorby inzulinu v organismu. Projevuje se neschopností udržet normální hladinu cukru v krvi. Když je inzulinu nedostatek, hladina cukru se zvyšuje. Tento stav se nazývá hyperglykémie. Pokud je inzulinu nadměrné množství, hladiny cukru se sníží. Tento stav se nazývá hypoglykémie.

Hyperglykémie

Má pomalejší průběh, bývá často prvním příznakem zatím nediagnostikované cukrovky. Příznakem je trvalý pocit žízně, kdy dítě přijímá nadměrné množství tekutin a tím dochází i k nadměrnému močení. Dítě je unavené, spavé, může uvádět bolest hlavy a pocit na zvracení. Z dechu dítěte můžeme cítit aceton. Pokud nerozpoznáme hyperglykémii včas, může dojít ke zhoršení stavu natolik, že dítě upadne do bezvědomí.

První pomocí pokud dítě upadne do bezvědomí je včasné zavolání ZZS, zároveň dítě uložíme do zotavovací polohy a sledujeme základní životní funkce. Pokud je, dítě při vědomí zajistíme protišoková opatření.

Hypoglykémie

Vyskytuje se při zvýšené fyzické námaze nebo při dietní chybě a chybě v dávkování inzulinu u již léčeného diabetika. Tento stav se vyvíjí velmi rychle, dítě

může i bez varovných příznaků upadnout do bezvědomí. Dítě je celkově slabé, má pocit bušení srdce a uvádí bolesti hlavy. Objevuje se třes rukou a dítě je neschopné se soustředit. V těžších případech je dítě zmatené, dezorientované a dochází k poruchám vědomí.

První pomocí u dítěte při vědomí je podání slazeného nápoje či jakéhokoliv zdroje cukru. Pokud je dítě v bezvědomí zavoláme ZZS, zároveň dítě uložíme do zotavovací polohy a sledujeme základní životní funkce.

Epilepsie

Projevuje se křečemi s poruchou vědomí. Rozlišujeme dva druhy záchvatů.

Velký epileptický záchvat provází ztráta vědomí a napnutí svalstva a asi po 30 vteřinách nastávají prudké záškuby celého těla. Při křečích žvýkacích svalů se může dítě i pokousat a může dojít i ke spontánnímu povolání svěračů.

Při malém epileptickém záchvatu dochází k ztrátě kontaktu s okolím, křeče se neobjevují. Dítě má nepřítomný pohled a pozastaví svou činnost. Po několika vteřinách se stav upraví do normálu a dítě si záchvat nepamatuje.

První pomocí je odstranění předmětů z okolí dítěte, o které by se mohlo zranit. Křečím nijak nebráníme, pouze sledujeme jejich průběh. Do úst zásadně nic nevkládáme. Pokud je dítě diagnostikováno mělo by mít u sebe léky pro podání při akutním záchvatu (nejčastěji Diazepam v tubě pro podání do konečníku), tyto léky mu ihned podáme. Pokud je dítě dlouhodobě léčeným epileptikem není nutné volat ZZS (pokud je průběh záchvatu bez komplikací). Rodiče informujeme o události a doporučíme návštěvu lékaře. V případě prvního záchvatu u dítěte, nebo pokud záchvat u léčeného dítěte trvá více než 20 minut, voláme ZZS.

3.4.6 Poranění teplem

Popáleniny

Petržela popisuje popáleniny jako „ závažná poranění způsobená účinkem vysoké teploty na povrch lidského organismu“. Příčinami mohou být: plamen, žhavý kov, vřelá tekutina nebo chemické leptající látky.

Podle hloubky postihující kůže rozdělujeme popáleniny do čtyř stupňů:

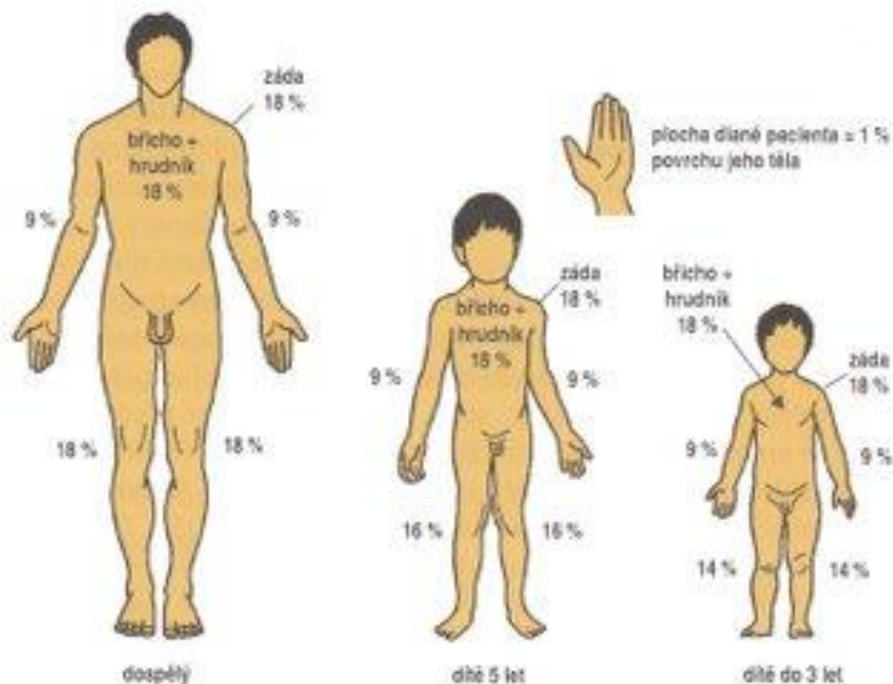
- 1. stupeň** - zarudnutí: postižená je vrchní vrstva kůže, která je začervenalá, mírně oteklá, hojí se do týdne bez následků,
- 2. stupeň** - puchýř: vznikají puchýře naplněné tkáňovým mokem, hrozí protržená puchýře a tím se zvyšuje riziko infekce, puchýře jsou silně bolestivé, nikdy puchýře nepropichujeme, samy postupně zasychají, až se nakonec odloupnou a do dvou týdnů se postupně pod puchýřem vytvoří nová pokožka,
- 3. stupeň** - příškvár: hluboké poškození, objevuje se i nekróza, kůže je hnědočerná, suchá, tvrdá a nebolestivá, hojí se velmi pomalu a často se infikuje, obvykle zůstávají jizvy,
- 4. stupeň** - zuhelnatění: dochází k nekróze kůže, podkoží i svalstva, často se musí přistoupit k amputaci.

Závažnost popálenin rozlišujeme podle rozsahu popálené tkáně. Pro odhadnutí popáleného povrchu těla užíváme tzv. pravidlo devíti. Velikost dlaně zaujímá přibližně 1 % povrchu těla. Při popálení 15% povrchu těla u dospělého člověka (u dětí nad 5 %), hrozí nebezpečí rozvoje šoku

První pomoc

Zastavíme působení tepla (uhašení hořícího oděvu, vyproštění z hořící místnosti) a okamžitě začneme chladit rány (ne otevřené) studenou vodou alespoň po dobu 20 minut. Nikdy nestrháváme přichycený oděv. Sundáme jen těsné předměty (hodinky, prstýnky), protože může dojít k otokům. Kromě popáleniny

prvního stupně a popálenin na obličeji a krku, kryjeme rány sterilním krytím. Nepoužíváme žádné masti ani zásypy. Provádíme protišoková opatření a sledujeme základní životní funkce.



Obr. 12 Pravidlo devíti (Petržela, 2007)

Úpal

Nastává celkové přehřátí organismu, ke kterému dochází nejčastěji v uzavřené a přehřáté místnosti dále při tělesné námaze v horkém prostředí. Postiženého začne bolet hlava, cítí celkovou slabost, může se dostavit nevolnost až zvracení, později může být postižený dezorientovaný a může upadnout do bezvědomí. Má zvýšenou tělesnou teplotu.

První pomocí je uložení postiženého do chladnějšího prostředí. Přikládáme studený obklad na krk, hlavu a hrudník. Pokud postižený nezvrací, podáváme mu tekutiny po lžičkách. Kontrolujeme životní funkce a provádíme protišoková opatření.

Úžeh

Úžeh vzniká přímým působením slunečních paprsků. Postižený udává bolesti hlavy, hučení v uších, závratě a nevolnost. Jeho teplota je zvýšená a tep zrychlený. Je zde zvýšené riziko křečí a rozvoje šoku. První pomoc je stejná jako u úpalu.

3.4.7 Poškození chladem

Podchlazení

Dochází k selhání termoregulace a poklesu tělesné teploty. Hraniční teplota pro přežití je 28 °C. Podchlazení se projevuje studenou a bledou kůží, poklesem srdeční a dechové frekvence. Postižený je malátný, apatický a dochází k poruchám vědomí.

První pomocí je dopravení postiženého do teplé místnosti, výměna mokrého oděvu za suchý. Postiženého pomalu zahříváme podáváním teplých slazených nápojů a přikládáním teplých obkladů. Můžeme použít celkovou koupel (začínáme vlažnou vodou a pozvolna teplotu zvyšujeme).

Omrzliny

Organismus se proti ztrátě tepla v koncových částech těla brání smrštěním cév. Proudění krve se omezí natolik, že tyto tkáně nejsou zásobovány kyslíkem. Pokud působení nízké teploty trvá delší dobu, buňky začnou odumírat.

Hloubku poškození dělíme na tři stupně. Při prvním stupni je kůže bledá, později nafialovělá, postižený pociťuje bodavou bolest. U druhého stupně je kůže necitlivá a nažloutlá s puchýři. Při třetím stupni už je poškození hluboké a zasahuje i svaly a nervy. Dochází k nenávratnému odumření tkáně. Obvykle se musí poškozená část amputovat.

První pomocí je postupné zahřívání organismu. Nikdy nestrháváme přimrzlé části oděvu. U lehkých forem omrzlin použijeme vlažnou vodní lázeň a postupně

zahříváme. U těžších forem se lázeň nedoporučuje, pouze na postižené místa přiložíme sterilní krytí.

4 Metodika práce

4.1 Užití metody

K získání informací o znalostech první pomoci u učitelek mateřských škol jsem zvolila dotazníkovou metodu.

Dotazník je nejpoužívanější technikou sběru informací. Nespornou výhodou je rychlé získání informací od velkého počtu respondentů. Nevýhodou však bývá nesprávné vyplnění z důvodu nepochopení zadání, je možná i nízká návratnost. Zásadami pro správnou realizaci dotazníku jsou – vytvoření jasných, jednoduchých, srozumitelných a logicky uspořádaných otázek, které se vztahují k tématu. Dotazník by měl být časově nenáročný, zajímavý a motivující pro vyplnění. Nepoužíváme zbytečně cizí slova. Vyvarujeme se dvojsmyslných výrazů.

Otázky tvoříme otevřené, uzavřené nebo polozavřené. Nejpoužívanější jsou otázky uzavřené, kdy máme na výběr možné odpovědi. Odpovědi na otevřené otázky vyplňuje respondent dle svého uvážení. Polozavřené otázky kombinují otevřené i uzavřené otázky.

Dotazník jsem vypracovala speciálně pro účely této práce. Dotazník tvoří celkem 23 otázek rozdělených do dvou částí. Úvodní část byla zaměřena na oslovení respondentek a objasnění k jakému účelu toto šetření slouží. První část byla sestavena pro získání charakteristiky skupiny respondentek. Dále jsem zjišťovala dosud získané znalosti první pomoci a zájem o další vzdělávání v této oblasti. Druhá část měla za cíl získat informace o kvalitě znalostí o poskytování první pomoci.

Dotazník byl anonymní a obsahoval většinou otázky uzavřeného typu. Respondentky měly na výběr převážně ze tří nabízených možností

4.2 Organizace výzkumu

Před zahájením výzkumu, jsem provedla pilotní studii. Dotazník jsem rozdala třiceti osobám s podobným charakterem, jako má cílová skupina mého šetření. Celá skupina neměla potíže s vyplněním dotazníků, dle vlastních slov byl pro ně dotazník jasný a srozumitelný.

V lednu 2010 jsem osobně navštívila mateřské školy města Přerova. Konkrétně šlo o MŠ Bajákova, Dvořákova, Jasínkova, Kouřilkova, Lešetínská, Optiky, U Tenisu, Trávník. Větší část učitelek mě přijala kladně a velmi ochotně přislíbila vyplnění dotazníku do týdne. V některých školách jsem konzultovala dotazníky přímo s ředitelkou, přes počáteční neochotu přesto vyplnění dotazníků přislíbily. V každé škole jsem zanechala kontakt pro případné dotazy nebo možné pozdější zaslání správných odpovědí. Při vyzvedávání dotazníků ve smluvených termínech jsem s učitelkami konzultovala vyplňování dotazníků. Některé učitelky byly dotazníky nadšené a chtěli informace o možných kurzech první pomoci. Návratnost dotazníku byla téměř 100%.

4.3 Statistické zpracování získaných dat

Získaná data byla shrnuta a zpracována do připravených tabulek, kde jsem uvedla absolutní a relativní četnost. Obsah tabulky byl rozdělen podle věkových skupin. Relativní četnost byla zpracována i graficky. Tyto údaje byly vyhodnoceny v programu Microsoft Excel.

5 Výsledky

Původním záměrem dotazníkového šetření bylo porovnat získané odpovědi v různých kategoriích. Vzhledem ke skutečnosti, že se nepodařilo dosáhnout vyrovnaného počtu v jednotlivých kategoriích, rozdělila jsem skupinu respondentek dle věku. V obecných otázkách, kde jsem charakterizovala skupinu v různých oblastech, jsem pro lepší přehlednost rozdělila hlavní skupinu na 4 skupiny dle momentálního věku 19 - 29, 30 - 39, 40 - 49 a 50 - 59. V této části slouží rozdělení pouze orientačně. V otázkách z oblasti znalostí poskytování první pomoci, jsem původní rozdělení sloučila do dvou skupin dle věku 19 - 39 a 40 - 59. U jednotlivých otázek považuji dosažení 75% úspěšnosti odpovědí za dostatečnou znalost poskytnutí první pomoci.

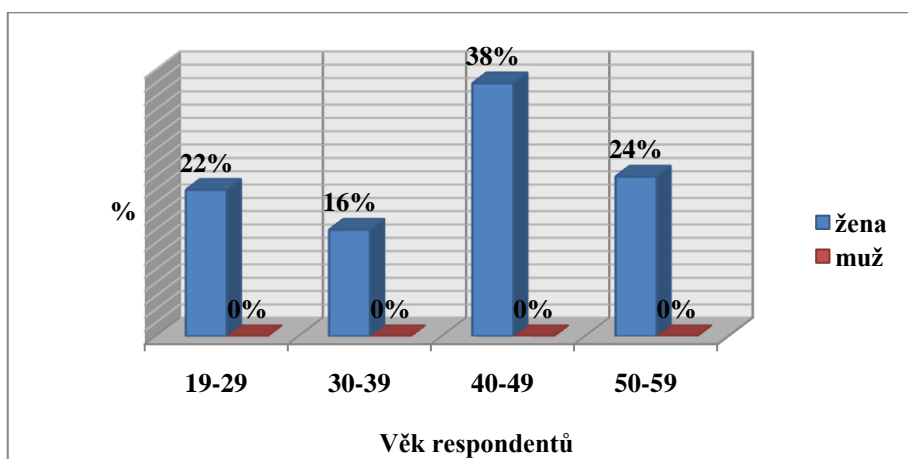
V otázce č. 1 až 3 jsem zkoumala charakteristiku skupiny.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 50 respondentů, celou skupinu tvořily ženy, které byly zastoupeny ve věku 19 - 29 (22 %), 30 - 39 (16 %), nejpočetnější skupina 40 - 49 (38 %) a 50 - 59 (24 %).

Tab. 1 Pohlaví a věk respondentů

Pohlaví+věk	Žena		Muž	
	N	%	N	%
19 - 29	11	22	0	0
30 - 39	8	16	0	0
40 - 49	19	38	0	0
50 - 59	12	24	0	0
Celkem	50	100	0	0

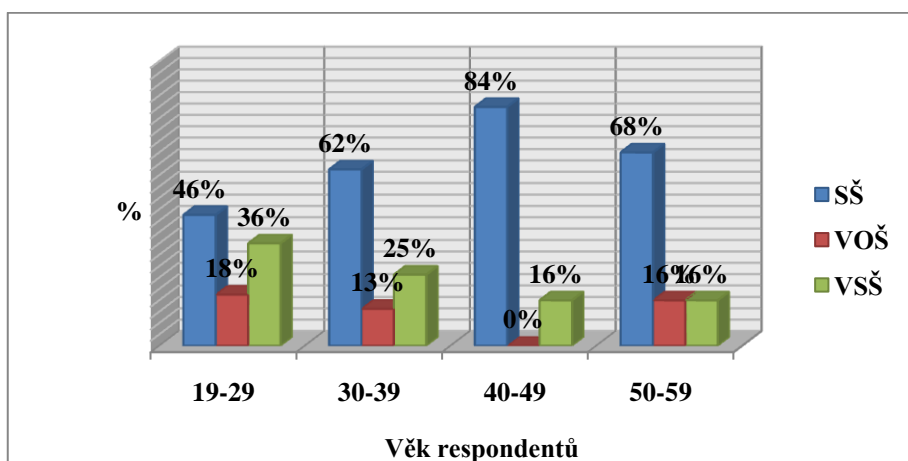
Graf 1 Pohlaví a věk respondentů



Tab. 2 Dosažené vzdělání

Vzdělání	19 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SŠ	5	46	5	62	16	84	8	68
VOŠ	2	18	1	13	0	0	2	16
VŠ	4	36	2	25	3	16	2	16
Celkem	11	100	8	100	19	100	12	100

Graf 2 Dosažené vzdělání



Z celkového počtu dotazovaných zastoupila největší skupinu středoškolsky vzdělaných respondentek s počtem 34 osob (68 %), rozdělení dle věku byly skupiny v dosaženém vzdělání poměrně vyrovnané. Lze předpokládat, že skupina se středoškolským vzděláním, bude nadále studovat VŠ vzhledem k momentálním požadavkům státu.

V otázkách č. 4 až 6 jsem zmapovala zatím získané znalosti první pomoci.

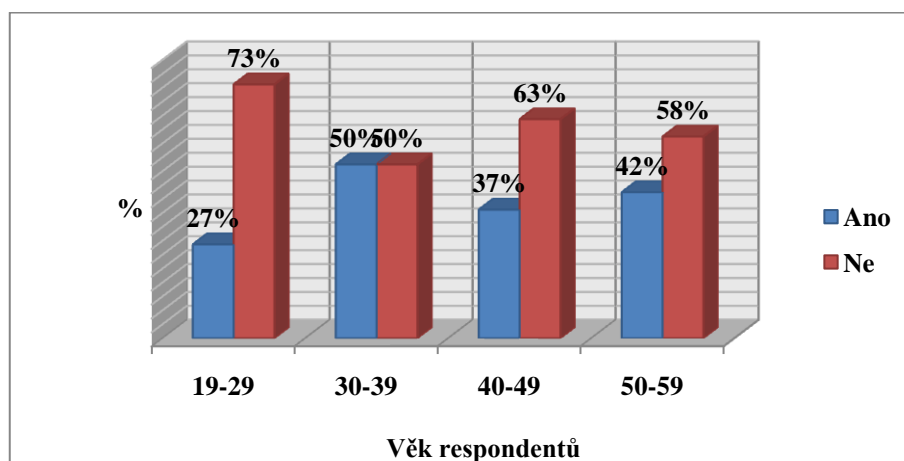
4. Poskytoval (a) jste již první pomoc:

- a) ano
- b) ne

Tab. 3 Poskytnutí první pomoci

První pomoc	19 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	3	27	4	50	7	37	5	42
Ne	8	73	4	50	12	63	7	58
Celkem	11	100	8	100	19	100	12	100

Graf 3 Poskytnutí první pomoci



Z grafu je patrné, že necelá polovina respondentek již poskytovala první pomoc.

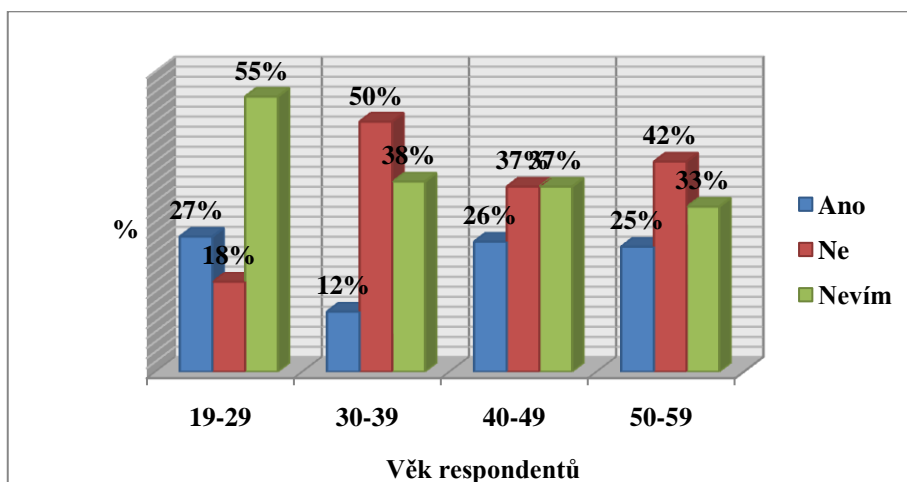
5. Myslíte si, že jsou vaše znalosti o poskytování první pomoci dostatečné:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Tab. 4 Znalosti první pomoci

Znalosti PP	19 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	3	27	1	12	5	26	3	25
Ne	2	18	4	50	7	37	5	42
Nevím	6	55	3	38	7	37	4	33
Celkem	11	100	8	100	19	100	12	100

Graf 4 Znalosti první pomoci



Z tohoto grafu je patrné, že si respondentky svými znalosti nejsou jisté a myslí si, že jsou jejich znalosti nedostatečné.

6. Znalosti o poskytování první pomoci jsem získal (a):

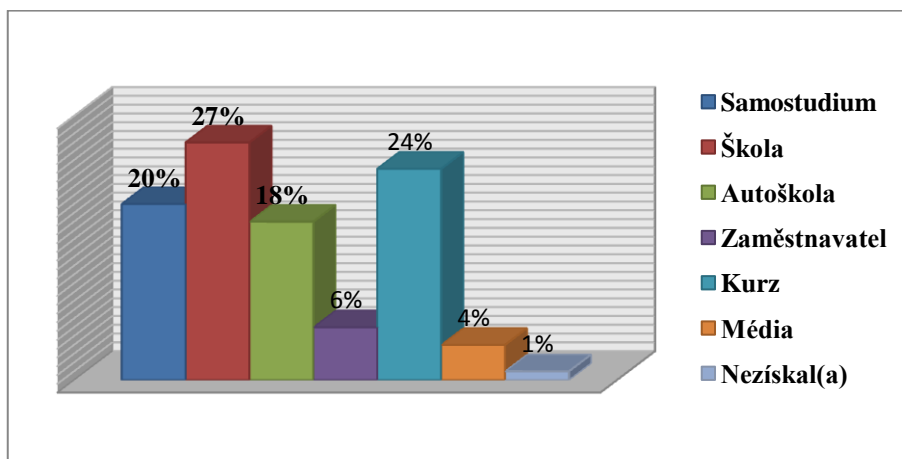
- a) samostudium
- b) ve škole
- c) v rámci autoškoly

- d) od zaměstnavatele
- e) kurz první pomoci
- f) v médiích
- g) nezískal (a)
- h) jiné : (doplňte) ...

Tab. 5 Získané znalosti

Získané znalosti	N	%
Samostudium	15	20
Škola	20	27
Autoškola	13	18
Zaměstnavatel	4	6
Kurz	18	24
Média	3	4
Nezískal(a)	1	1
celkem	74	100

Graf 5 Získané znalosti



V této otázce mohly respondentky zaznamenat více odpovědí. Z grafu je zřejmé, že 27 % respondentek získalo znalosti ve škole, 24 % absolvovalo kurz první pomoci. Samostudiu se věnovalo 20 % respondentek a 18 % získalo znalosti

o první pomoci v rámci výuky v autoškole. Pouhým 6% respondentek poskytl informace o PP zaměstnavatel, 4 % se vzdělávají pomocí médií.

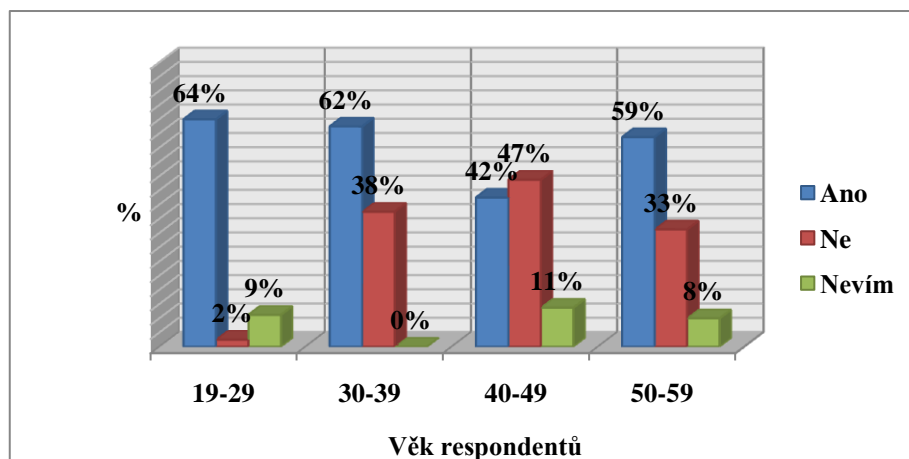
7. Měl (a) byste zájem absolvovat kurz první pomoci:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Tab. 6 Zájem o kurz PP

Zájem o kurz	19 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano	7	64	5	62	8	42	7	59
Ne	3	27	3	38	9	47	4	33
Nevím	1	9	0	0	2	11	1	8
Celkem	11	100	8	100	19	100	12	100

Graf 6 Zájem o kurz PP



Pouhá polovina respondentek uvádí, že má zájem o kurz první pomoci. Přitom jen třetina respondentek v otázce č. 5 se domnívá, že mají dostatečné znalosti o poskytování PP.

V otázce č. 8 a 9 mapují obecné znalosti respondentek.

8. Telefonní číslo zdravotnické záchrané služby je:

a) 150

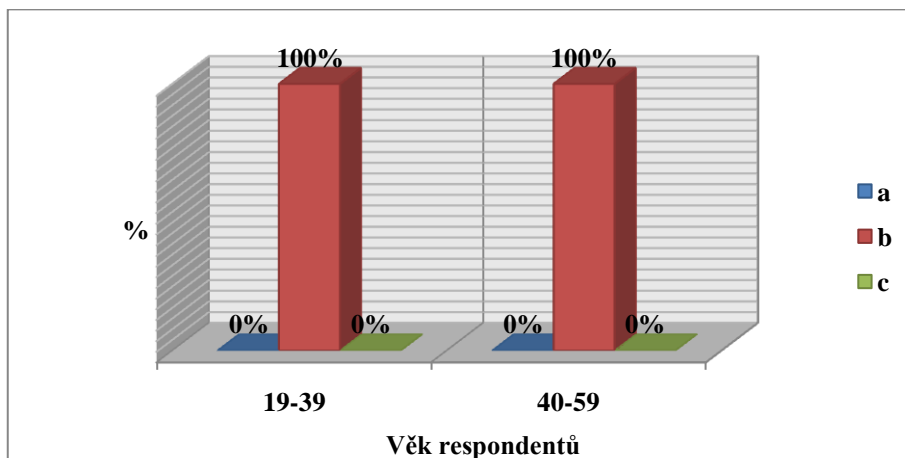
b) **155**

c) 158

Tab. 7 Telefonní číslo

Telefonní číslo	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	0	0	0	0
b	19	100	31	100
c	0	0	0	0
Celkem	19	100	31	100

Graf 7 Telefonní číslo



Obě skupiny projevily 100% znalost telefonního čísla ZZS.

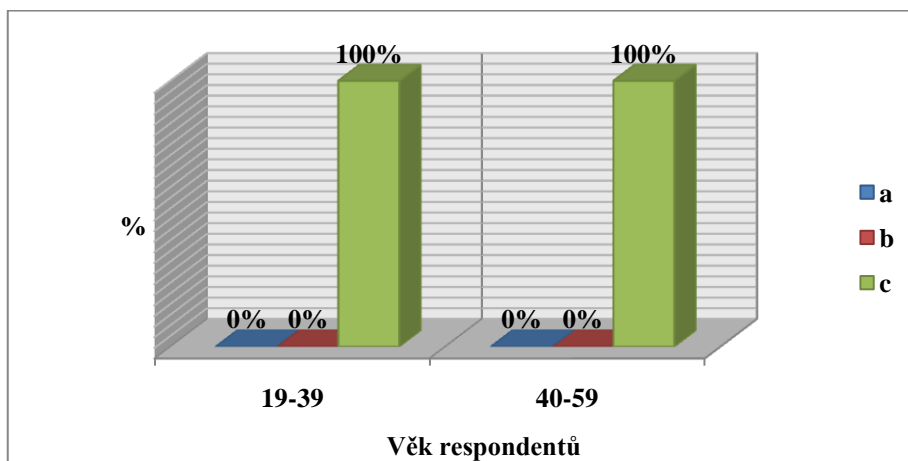
9. Mezi stavy bezprostředně ohrožující život patří:

- a) zvracení
- b) zlomenina
- c) prudké krvácení

Tab. 8 Ohrožující stavy

Ohrožující stavy	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	0	0	0	0
b	0	0	0	0
c	19	100	31	100
Celkem	19	100	31	100

Graf 8 Ohrožující stavy



Z grafu je zřejmé, že obě skupiny mají přehled o život ohrožujících stavech.

V otázkách 10 až 13 mapují znalosti o resuscitaci.

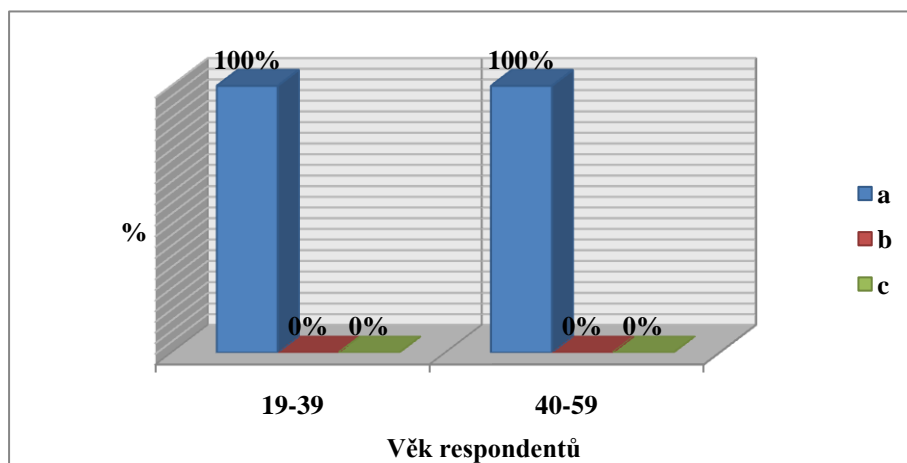
10. Resuscitaci zahájíte, pokud postižený:

- a) je v bezvědomí, má namodralé rty, nejsou viditelné pohyby hrudníku
- b) je při vědomí, má potíže s dýcháním
- c) je v bezvědomí, pohyby hrudníku jsou viditelné

Tab. 9 Zahájení resuscitace

Zahájení resuscitace	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	19	100	31	100
b	0	0	0	0
c	0	0	0	0
Celkem	19	100	31	100

Graf 9 Zahájení resuscitace



Odpověď na tuto otázku byla 100% správná v obou skupinách.

11. Doplňte správný počet:

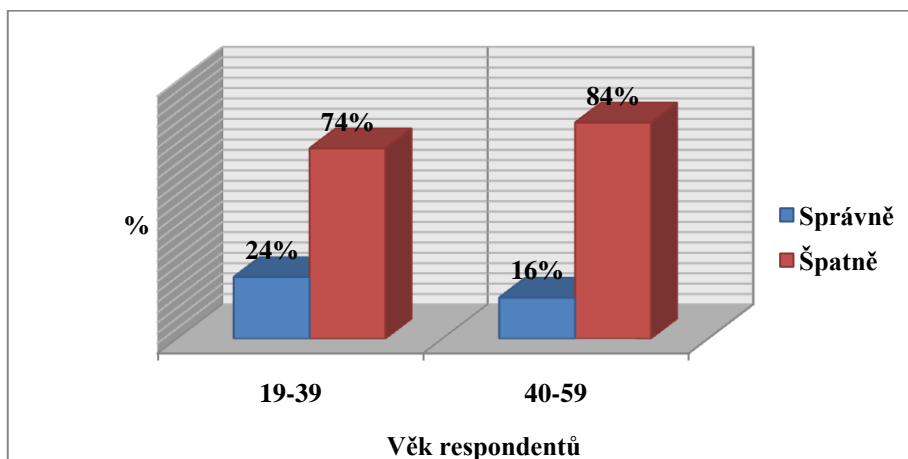
Při resuscitaci dítěte předškolního věku provádíme ... vdechy a ... stlačení.

(správná odpověď je 2:30)

Tab. 10 Poměr

Poměr	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
Správně	5	26	5	16
Špatně	14	74	26	84
Celkem	19	100	31	100

Graf 10 Poměr



Tato otázka byla záměrně zvolena jako doplňující. Právě v této otázce bylo podle odpovědí znatelné, že většina respondentek má stále neaktualizované informace o resuscitaci. Bohužel se i ukázalo, že některé respondntky pravděpodobně netušily o poměru vdechu a stlačení. Jen 5 (26 %) respondentek ze skupiny 19 – 39 a také 5 (16 %) respondentek ze skupiny 40 - 59 odpovědělo správně.

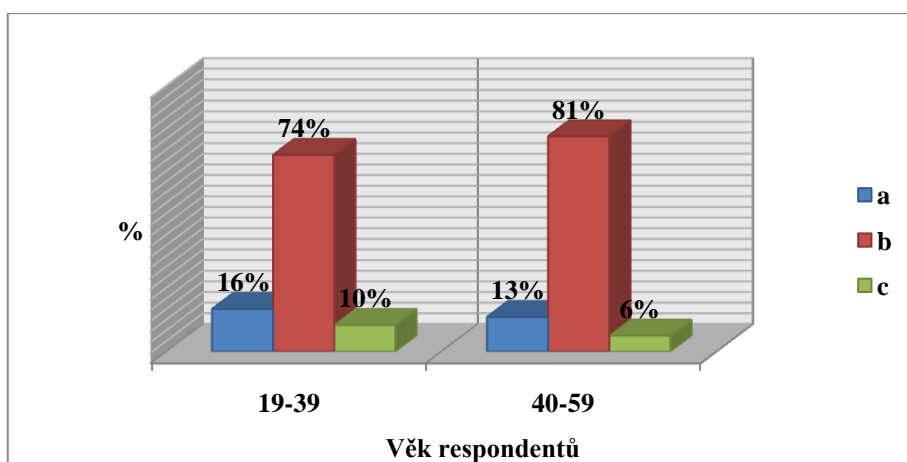
12. Jak postupujeme při zahájení kardiopulmonální resuscitaci u dítěte předškolního věku:

- a) záklon hlavy, kontrola dutiny ústní, stlačení, vdechy
- b) kontrola dutiny ústní, záklon hlavy, předsunutí dolní čelisti, vdechy, stlačení**
- c) stlačení, kontrola dutiny ústní, záklon hlavy, vdechy

Tab. 11 Postup KPR

Postup KPR	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	3	16	4	13
b	14	74	25	81
c	2	10	2	6
Celkem	19	100	31	100

Graf 11 Postup KPR



Na tuto otázku odpovědělo správně 25 (81 %) učitelek ze skupiny 40 – 59. Méně úspěšná byla skupina 19 – 39, kde odpovědělo správně 14 (74 %) učitelek.

13. Při resuscitaci dítěte předškolního věku stlačujeme hrudník:

a) dvěma prsty uprostřed hrudníku

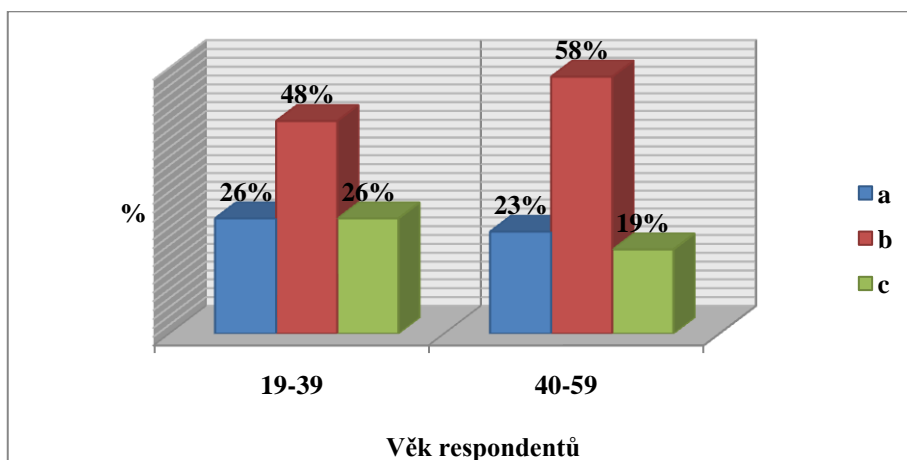
b) dlaní jedné ruky v dolní třetině hrudní kosti

c) oběma rukama kolmo k tělu postiženého (ruce jsou přes sebe) v dolní třetině hrudní kosti

Tab. 12 Technika stlačení

Technika stlačení	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	5	26	7	23
b	9	48	18	58
c	5	26	6	19
Celkem	19	100	31	100

Graf 12 Technika stlačení



Evropská resuscitační rada doporučuje u dětí stlačení hrudníku jednou či oběma rukama dle velikosti hrudníku. Vzhledem ke skutečnosti, že věkové rozmezí dětského věku v rámci doporučení KPR se změnilo na rozmezí od jednoho roku až do puberty, doporučuje se dětem v předškolním věku provádět stlačení

jednou rukou. Správně odpovědělo 9 učitelek (48 %) ze skupiny 19 – 39 a 18 učitelek (58 %) ze skupiny 40 – 59.

Otázka 14 a 15 se zabývá krvácením.

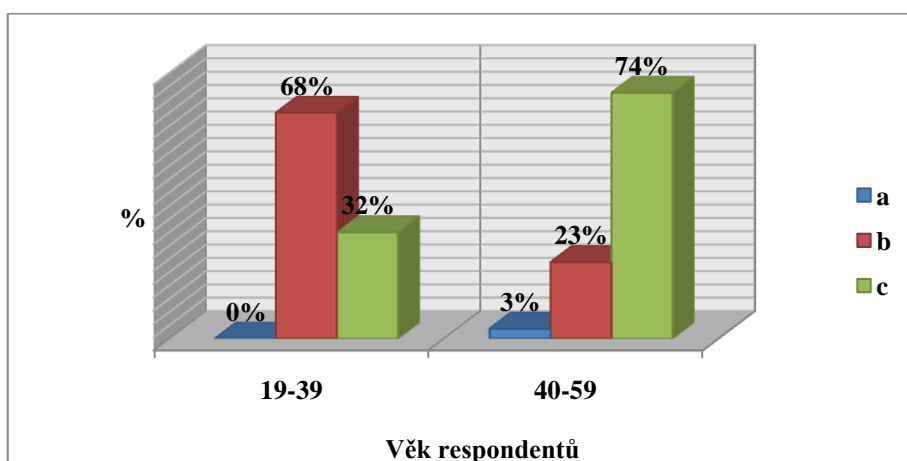
14. K zástavě prudkého zevního krvácení používáme zaškrcovadlo:

- a) jen při žilním krvácení
- b) ve všech případech prudkého zevního krvácení
- c) při prudkém krvácení z velkých tepen na končetinách, při neúčinnosti tlakového obvazu**

Tab. 13 Použití zaškrcovadla

Zaškrcovadlo	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	0	0	1	3
b	6	68	7	23
c	13	32	23	74
Celkem	19	100	31	100

Graf 13 Použití zaškrcovadla



Zaškrcovadlo používáme jen ve výjimečném případě, když jsme vyčerpali veškeré možnosti zástavy krvácení. Správně odpovědělo 13 učitelek (32 %) ze skupiny 19 – 39 a 23 učitelek (74 %) ze skupiny 40 – 59.

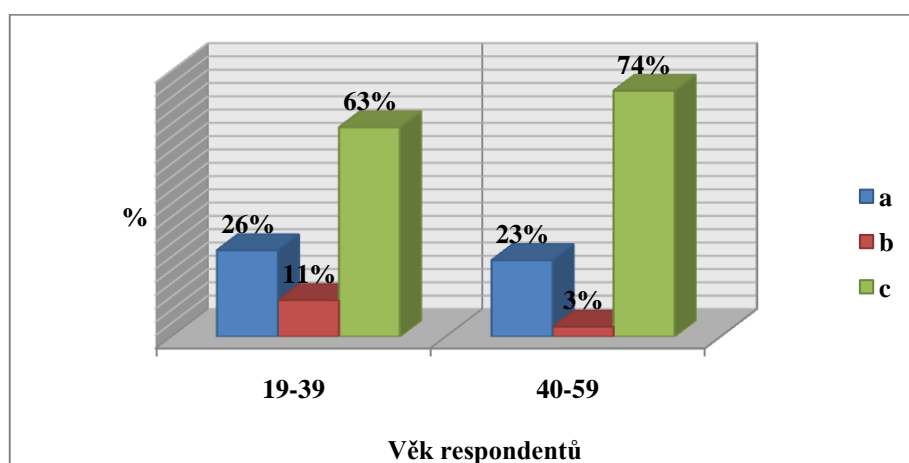
15. Krvácení z nosu zastavíme tak, že:

- a) postiženého posadíme, zakloníme hlavu a na čelo dáme studený obklad
- b) postiženého položíme na břicho, podložíme mu čelo a ramena, na zátylek mu přiložíme studený obklad.
- c) **postiženého posadíme, předkloníme hlavu, stiskneme mu nosní křídla a na zátylek dáme studený obklad**

Tab. 14 Krvácení z nosu

Krvácení z nosu	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	5	26	7	23
b	2	11	1	3
c	12	63	23	74
Celkem	19	100	31	100

Graf 14 Krvácení z nosu



S touto situací se učitelky setkávají poměrně často. V dřívější době se doporučovalo zaklonit hlavu, s tímto postupem se někdy setkáváme ještě dnes. Nyní se doporučuje hlavu naopak předklonit, pevný stisk nosních křídel na minimálně 5 minut je v tomto případě důležitý. Z grafu je zřejmé, že 75% respondentek ve věku 40-59 odpovědělo správně, dalo by se předpokládat, tato skupina bude méně úspěšná, vzhledem k dřívějším postupům. Naopak skupina 19-39 odpověděla správně pouze z 63%.

V otázce 16 až 18 se zabýváme poraněním pohybového aparátu.

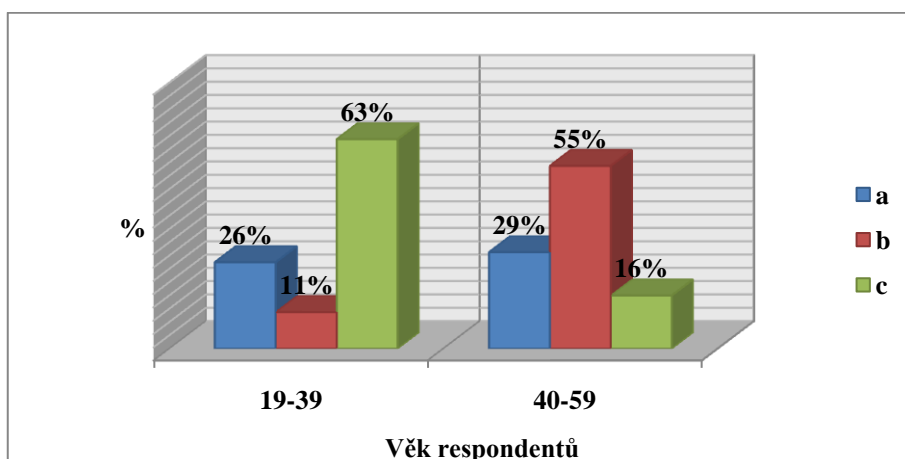
16. Vykloubený kloub ošetřujeme:

- a) postižený kloub chladíme, znehybníme celou poraněnou končetinu
- b) kloub chladíme, fixujeme ve vynucené poloze, končetinu nenapravujeme**
- c) končetinu co nejrychleji napravíme do fyziologické polohy, chladíme, kloub obvážeme krycím obvazem

Tab. 15 Ošetření kloubu

Ošetření kloubu	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	5	26	9	29
b	12	11	17	55
c	2	63	5	16
Celkem	19	100	31	100

Graf 15 Ošetření kloubu



Na otázku odpovědělo správně 12 učitelek (11 %) ze skupiny 19 – 39 a 17 učitelek (55%) ze skupiny 40 – 59.

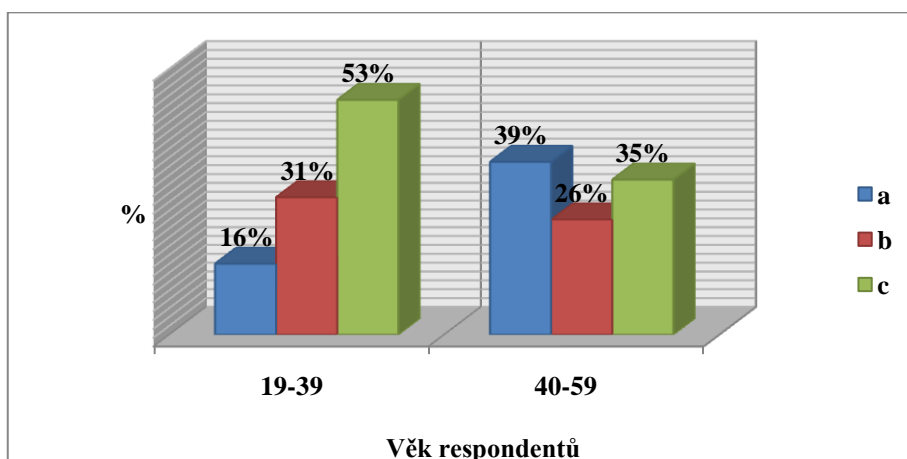
17. Zavřenou zlomeninu končetiny ošetřujeme tak, že:

- a) končetinu fixujeme pomocí zdravotnických dlah
- b) dokonale fixujeme končetinu, vždy znehybníme celou poraněnou končetinu
- c) dokonale fixujeme poraněnou končetinu, znehybníme kloub nad a pod zlomeninou**

Tab. 16 Zavřená zlomenina

Zavřená zlomenina	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	3	16	12	39
b	6	31	8	26
c	10	53	11	35
Celkem	19	100	31	100

Graf 16 Zavřená zlomenina



Se zlomeninami se v dětském věku můžeme setkat poměrně často. Správným ošetřením zamezíme případným komplikacím. Správně odpovědělo pouze 10 učitelek (53 %) ze skupiny 19 – 39 a 11 učitelek (35 %) ze skupiny 40 – 59.

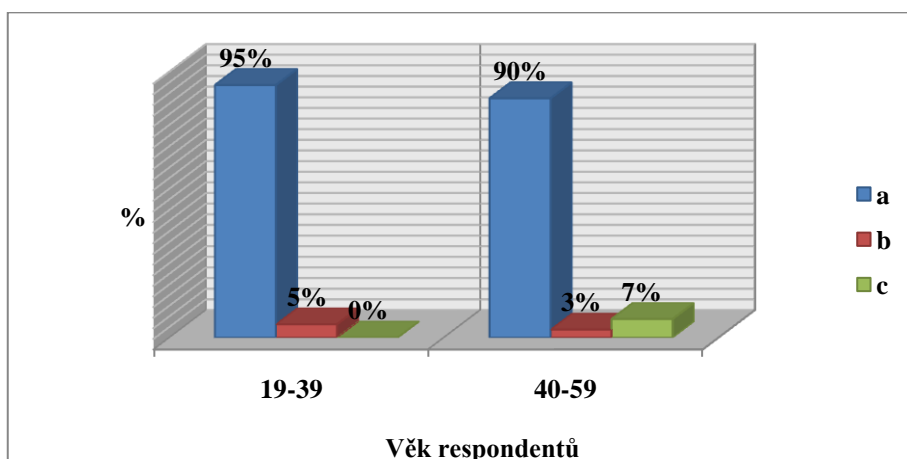
18. Při ošetřování otevřené zlomeniny postupujeme takto:

- a) úlomky kostí obložíme, na ránu přiložíme sterilní krytí, přiložíme obvaz, znehybníme končetinu.
- b) nad ránu přiložíme zaškrcovadlo, přiložíme obvaz, končetinu znehybníme
- c) úlomky kostí zasuneme zpět do podkoží, přiložíme sterilní krytí, končetinu znehybníme

Tab. 17 Otevřená zlomenina

Otevřená zlomenina	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	18	95	28	90
b	1	5	1	3
c	0	0	2	7
Celkem	19	100	31	100

Graf 17 Otevřená zlomenina



O způsobu ošetření otevřené zlomeniny mají respondentky větší znalosti než o ošetření zavřené zlomeniny. Přitom právě otevřená zlomenina se vyskytuje méně než zavřená. Správně odpovědělo 18 učitelek (95 %) ze skupiny 19 - 39 a 28 učitelek (90 %) ze skupiny 40 – 59.

Otázky 19 a 20 jsou zaměřeny na úrazy teplem.

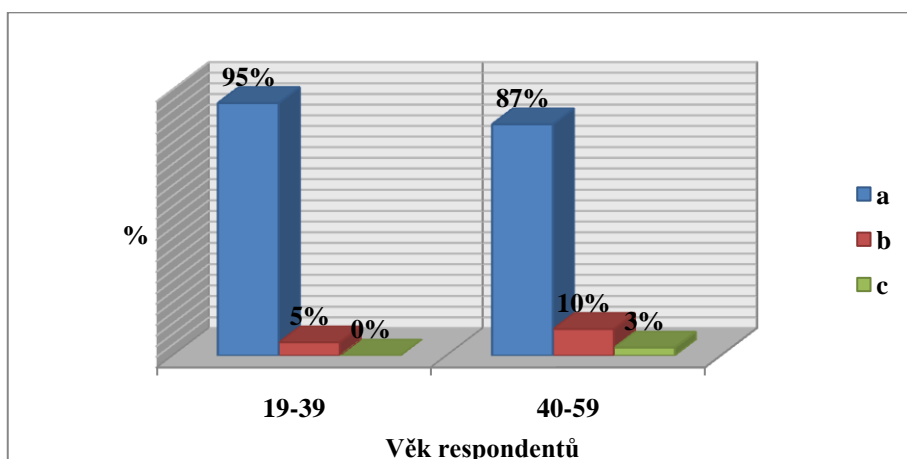
19. Jako první při úrazu elektrickým proudem provedeme:

- a) přerušení působení elektrického proudu
- b) kontrola životních funkcí
- c) ošetření popálenin

Tab. 18 Úraz elektrickým proudem

Úraz elektrickým proudem	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	18	95	27	87
b	1	5	3	10
c	0	0	1	3
Celkem	19	100	31	100

Graf 18 Úraz elektrickým proudem



V této otázce bychom rozhodně neměli udělat chybu, protože bychom ohrozili i svůj vlastní život. Přesto 4 respondentky odpověděly špatně. Ovšem učitelky ve skupině 19 – 39 odpověděly správně z 95% (18 učitelek), skupina 40 – 59 odpověděla správně z 87% (27 učitelek).

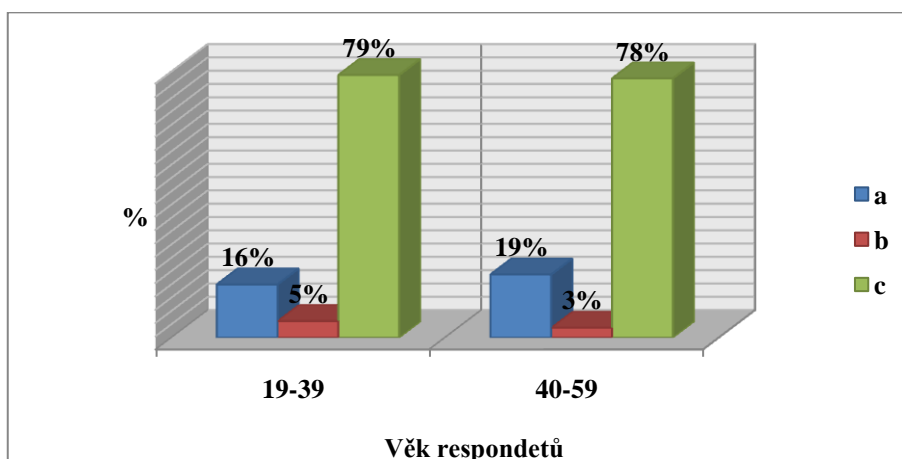
20. Popáleniny prvního stupně bezprostředně po jejich vzniku:

- a) zakryjeme sterilním krytím
- b) aplikujeme vhodnou mast
- c) chladíme studenou vodou**

Tab. 19 Ošetření popálenin

Ošetření popálenin	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	3	16	6	19
b	1	5	1	3
c	15	79	24	78
Celkem	19	100	31	100

Graf 19 Ošetření popálenin



S popáleninou prvního stupně se setkal prakticky každý člověk. Přesto odpovědi nebyly stoprocentní. Správně odpovědělo 15 učitelek (79 %) ze skupiny 19 – 39 a 24 učitelek (78 %) ze skupiny 40 – 59.

Otázky 21 až 23 se zaměřují na konkrétní situace, se kterými se učitelka v mateřské škole může setkat.

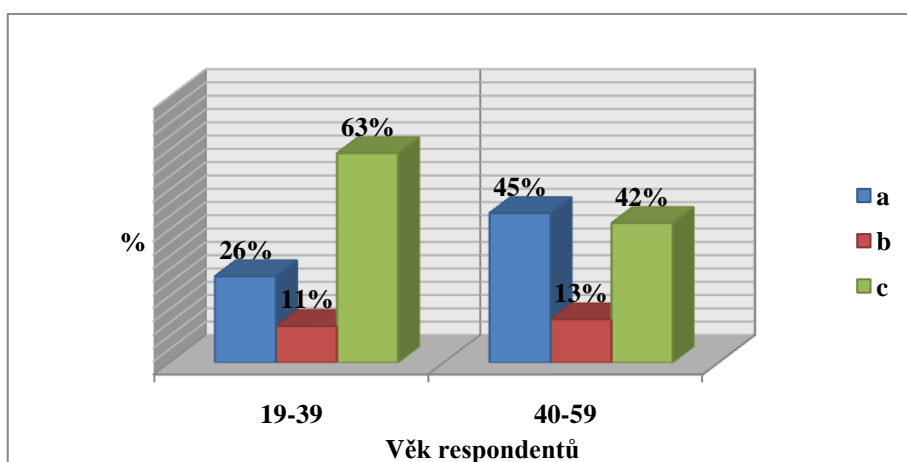
21. Dítě náhle upadne do bezvědomí provázené prudkými záškuby celého těla a výrazným sliněním. Jako první pomoc provedeme:

- a) dítěti násilím otevřeme ústa a vložíme do nich roubík, aby nedošlo k pokousání jazyka, voláme ZZS
- b) dítě sevřeme pevně v náručí, aby nedošlo k úrazu během záchvatu, volám ZZS
- c) odstraníme z okolí dítěte předměty, o které by se mohlo poranit, chráníme hlavu před úrazem (např. podložíme polštářem), nesnažíme se dítě přidržet, sledujeme průběh a délku záchvatu, voláme ZZS

Tab. 20 Epileptický záchvat

Epilepsie	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	5	26	14	45
b	2	11	4	13
c	12	63	13	42
Celkem	19	100	31	100

Graf 20 Epileptický záchvat



S epilepsií se zatím nesečkáváme často, ale v dnešní době přijímáme do MŠ i děti s chronickým onemocněním, proto bychom měli znát první pomoc při epileptickém záchvatu. Dle předpokladu skupina 40 – 49 v této otázce chybovala více, pravděpodobně mají v paměti ještě starší doporučení. Správně v této skupině odpovědělo 13 učitelek (42 %), úspěšnější byla skupina 19 – 39, kdy odpovědělo správně 12 učitelek (63 %).

22. Dítě zrychleně a obtížně dýchá, jsou slyšitelné pískoty, je neklidné, opocené.

Jako první pomoc provedeme:

a) dítě uložíme do polosedu, necháme ho dýchat do papírového sáčku, voláme ZZS

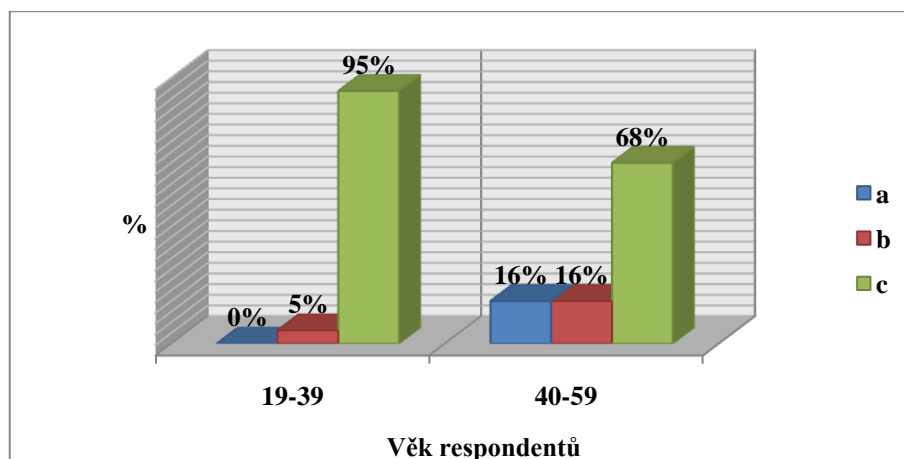
b) otevřeme okno, dítě zabalíme do přikrývky a posadíme ho u něj, voláme ZZS

c) uvolníme oděv, otevřeme okno, uložíme dítě do polosedu tak, aby se zapřelo rukama o podložku, uklidňujeme ho, pokud je léčený astmatik podáme mu jeho léky, voláme ZZS

Tab. 21 Astmatický záchvat

Astma	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	0	0	5	16
b	1	5	5	16
c	18	95	21	68
Celkem	19	100	31	100

Graf 21 Astmatický záchvat



V této otázce odpovědělo správně 18 učitelek (95 %) ze skupiny 19 – 39 a 21 učitelek (68 %) ze skupiny 40 -59. Dle předpokladu byla úspěšnější skupina 19 – 39 vzhledem ke zvýšenému výskytu alergií je možné, že část respondentek může mít sama bronchiální astma.

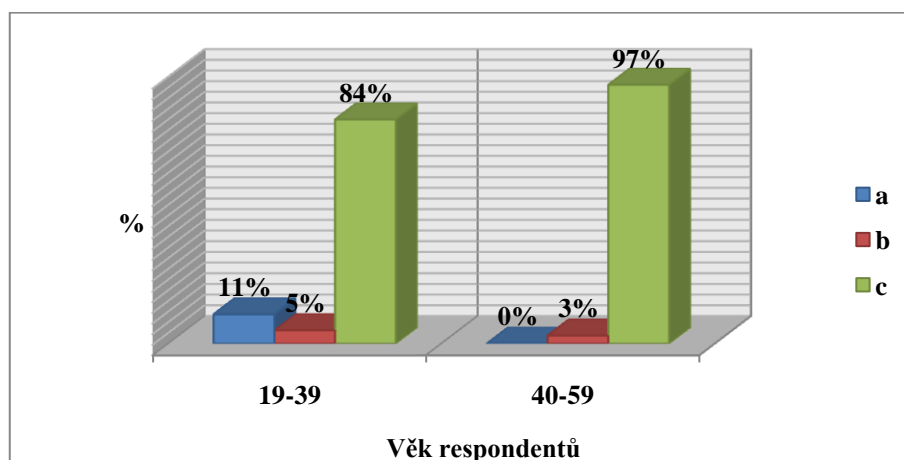
23. Dítě si ztěžuje na bolest v pravém podbříšku a má zvýšenou teplotu.

- a) necháme dítě zvolit si úlevou polohu, podáváme tekutiny, vyhledáme lékaře
- b) necháme dítě zvolit si úlevou polohu, podáme vlažný čaj po lžičkách, vyhledáme lékaře
- c) necháme dítě zvolit si úlevou polohu, nepodáváme jídlo ani tekutiny, vyhledáme lékaře

Tab. 22 Bolest břicha

Bolest břicha	19 - 39		40 - 59	
	N	%	N	%
a	2	11	0	0
b	1	5	1	3
c	16	84	30	97
Celkem	19	100	31	100

Graf 22 Bolest břicha



S touto situací se setkáváme v MŠ každou chvíli. Je jen na učitelce jak situaci vyhodnotí. Příznaky apendicitidy jsou už poměrně známé a zažité. Správnost odpovědí byla dle předpokladů. Úspěšnější byla skupina 40 – 59, kdy správně odpovědělo 30 učitelek (97 %), ve skupině 19 – 39 odpovědělo správně 16 učitelek (84 %).

6 Závěr

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit úroveň znalostí v poskytování první pomoci u učitelek mateřských škol na podkladě dotazníkového šetření.

V rámci výzkumu bylo vyplněno 50 dotazníků ve vybraných mateřských školách v Přerově.

Dotazníkové šetření poukázalo na nedostatky v oblasti resuscitace, krvácení a zlomenin. V oblasti resuscitace jsem nedostatky předpokládala. V této oblasti se provádí řada výzkumů a tím se i průběžně zavádějí nové postupy. Bohužel se novinky do podvědomí veřejnosti dostávají velmi pomalu. Překvapením však byly nedostatky v ošetřování zlomenin. Přestože se zlomeninami se setkáváme i v mateřské škole poměrně často.

Jako zdroje získaných znalostí učitelky nejčastěji uvádějí, výuku ve škole (27 %), kurz první pomoci, který absolvovalo 24 % učitelek. 20 % učitelek se věnuje samostudiu a 18 % učitelek získalo znalosti v rámci výuky v autoškole.

Zájem o kurz první pomoci projevilo 27 učitelek z celkových 50 učitelek.

Domnívám se, že výsledky byly dostatečné, avšak učitelky chybovaly i v jednoduchých úkolech. Dle mého názoru by se na vzdělávání v oblasti první pomoci mělo zaměřit již na základních školách, aby si děti tyto zásady osvojily co nejdříve. Výuka první pomoci na středních pedagogických školách by neměla být jen okrajovou záležitostí, ale naopak by se na ni měl klást důraz.

7 Literatura

1. BERÁNKOVÁ, M., FLEKOVÁ, A., HOLZHAUSEROVÁ, B. *První pomoc*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 200 s. ISBN 80-86073-99-8.
2. BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc 2., přepracované vydání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 76 s. ISBN 80-247-0680-0.
3. DORKOVÁ, Z. – JUKL, M. – CICHÁ, M. *Průvodce první pomocí pro pedagogy I*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1982-4.
4. ERTLOVÁ, F., MUCHA, J. a kol. *Přednemocniční neodkladná péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-379-1
5. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
6. CHRÁSKA, M. *Úvod do metodologie pedagogického výzkumu*. Praha: SPN 1989
7. JOUROVÁ, I. *První pomoc v rodinách s dětmi*. Praha: Computer press, 2001. ISBN: 80-7226-376-5
8. KELNAROVÁ, J. *První pomoc I. pro studenty zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 112 s. ISBN 978-80-247-2182-8.
9. KELNAROVÁ, J. *První pomoc II. pro studenty zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 112 s. ISBN 978-80-247-2183-5.
10. PETRŽELA, M. *První pomoc pro každého*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2246-7
11. SRNSKÝ, P. *První pomoc u dětí*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1824-8
12. SRNSKÝ, P. *Základní norma zdravotnických znalostí*. Praha: Úřad Českého červeného kříže, 2002.

Internetové zdroje

1. *Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.* [online]. [cit. 23. 6. 2010]. Dostupné na <<http://portal.gov.cz>>
2. *Vyhláška č.148/2004 Sb. o hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti,* [online]. [cit. 18. 6. 2010]. Dostupné na <<http://portal.gov.cz>>

8 Přílohy

Příloha č.1 Dotazník k bakalářské práci

Příloha č.2 Doporučený obsah lékárničky

Příloha č.1

Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Učitelství pro mateřské školy na pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „ Úroveň znalostí v poskytování předlékařské první pomoci u učitelek mateřských škol“.

Tímto bych Vás ráda požádala o spolupráci při vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Prosím zvolenou odpověď zakroužkujte, pokud není uvedeno jinak. Správná odpověď je vždy jedna.

Tento dotazník je zcela anonymní, získané informace slouží pouze k zpracování bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci.

Kateřina Frgálová

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Věk:

- a) 19 – 29
- b) 30 – 39
- c) 40 – 49
- d) 50 – 59

3. Dokončené vzdělání:

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

4. Poskytoval (a) jste již první pomoc:

- a) ano
- b) ne

5. Myslíte si, že jsou vaše znalosti o poskytování první pomoci dostatečné:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6. Znalosti o poskytování první pomoci jsem získal (a):

- a) samostudium
- b) ve škole
- c) v rámci autoškoly
- d) od zaměstnavatele
- e) kurz první pomoci
- f) v médiích
- g) nezískal (a)
- h) jiné : (doplňte) ...

7. Měl (a) byste zájem absolvovat kurz první pomoci:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8. Telefonní číslo zdravotnické záchranné služby je:

- a) 150
- b) 155
- c) 158

9. Mezi stavy bezprostředně ohrožující život patří:

- a) zvracení
- b) zlomenina
- c) prudké krvácení

10. Resuscitaci zahájíte, pokud postižený:

- a) je v bezvědomí, má namodralé rty, nejsou viditelné pohyby hrudníku
- b) je při vědomí, má potíže s dýcháním
- c) je v bezvědomí, pohyby hrudníku jsou viditelné

11. Doplňte správný počet:

Při resuscitaci dítěte předškolního věku provádíme ... vdechy a ... stlačení.

12. Jak postupujeme při zahájení kardiopulmonální resuscitaci u dítěte předškolního věku:

- a) záklon hlavy, kontrola dutiny ústní, stlačení, vdechy
- b) kontrola dutiny ústní, záklon hlavy, předsunutí dolní čelisti, vdechy, stlačení
- c) stlačení, kontrola dutiny ústní, záklon hlavy, vdechy

13. Při resuscitaci dítěte předškolního věku stlačujeme hrudník:

- a) dvěma prsty uprostřed hrudníku
- b) dlaní jedné ruky v dolní třetině hrudní kosti
- c) oběma rukama kolmo k tělu postiženého (ruce jsou přes sebe) v dolní třetině hrudní kosti

14. K zástavě prudkého zevního krvácení používáme zaškrcovadlo:

- a) jen při žilním krvácení
- b) ve všech případech prudkého zevního krvácení
- c) při prudkém krvácení z velkých tepen na končetinách, při neúčinnosti tlakového obvazu

15. Krvácení z nosu zastavíme tak, že:

- a) postiženého posadíme, zakloníme hlavu a na čelo dáme studený obklad
- b) postiženého položíme na břicho, podložíme mu čelo a ramena, na zátylek mu přiložíme studený obklad.
- c) postiženého posadíme, předkloníme hlavu, stiskneme mu nosní křídla a na zátylek dáme studený obklad

16. Vykloubený kloub ošetřujeme:

- a) postižený kloub chladíme, znehybníme celou poraněnou končetinu
- b) kloub chladíme, fixujeme ve vynucené poloze, končetinu nenapravujeme
- c) končetinu co nejrychleji napravíme do fyziologické polohy, chladíme, kloub obvážeme krycím obvazem

17. Zavřenou zlomeninu končetiny ošetřujeme tak, že:

- a) končetinu fixujeme pomocí zdravotnických dlah
- b) dokonale fixujeme končetinu, vždy znehybníme celou poraněnou končetinu
- c) dokonale fixujeme poraněnou končetinu, znehybníme kloub nad a pod zlomeninou

18. Při ošetřování otevřené zlomeniny postupujeme takto:

- a) úlomky kostí obložíme, na ránu přiložíme sterilní krytí, přiložíme obvaz, znehybníme končetinu.

- b) nad ránu přiložíme zaškrcovadlo, přiložíme obvaz, končetinu znehybníme
- c) úlomky kostí zasuneme zpět do podkoží, přiložíme sterilní krytí, končetinu znehybníme

19. Jako první při úrazu elektrickým proudem provedeme:

- a) přerušeni působení elektrického proudu
- b) kontrola životních funkcí
- c) ošetření popálenin

20. Popáleniny prvního stupně bezprostředně po jejich vzniku:

- a) zakryjeme sterilním krytím
- b) aplikujeme vhodnou mast
- c) chladíme studenou vodou

21. Dítě náhle upadne do bezvědomí provázené prudkými záškuby celého těla a výrazným sliněním. Jako první pomoc provedeme:

- a) dítěti násilím otevřeme ústa a vložíme do nich roubík, aby nedošlo k pokousání jazyka, voláme ZZS
- b) dítě sevřeme pevně v náručí, aby nedošlo k úrazu během záchvatu, volám ZZS
- c) odstraníme z okolí dítěte předměty, o které by se mohlo poranit, chráníme hlavu před úrazem (např. podložíme polštářem), nesnažíme se dítě přidržet, sledujeme průběh a délku záchvatu, voláme ZZS

22. Dítě zrychleně a obtížně dýchá, jsou slyšitelné pískoty, je neklidné, opocené. Jako první pomoc provedeme:

- a) dítě uložíme do polosedu, necháme ho dýchat do papírového sáčku, voláme ZZS
- b) otevřeme okno, dítě zabalíme do přikrývky a posadíme ho u něj, voláme ZZS

c) uvolníme oděv, otevřeme okno, uložíme dítě do polosedu tak, aby se zapřelo rukama o podložku, uklidňujeme ho, pokud je léčený astmatik podáme mu jeho léky, voláme ZZS

23. Dítě si ztěžuje na bolest v pravém podbříšku a má zvýšenou teplotu.

a) necháme dítě zvolit si úlevou polohu, podáváme tekutiny, vyhledáme lékaře

b) necháme dítě zvolit si úlevou polohu, podáme vlažný čaj po lžičkách, vyhledáme lékaře

c) necháme dítě zvolit si úlevou polohu, nepodáváme jídlo ani tekutiny, vyhledáme lékaře

Příloha č. 2

Doporučený obsah lékárníčky

Tabulka č. 1 - Obvazový materiál			
Gáza hydrofilní	2 ks	Obinadlo škrťací pryžové, délka 70 cm	1 ks
Skládaná sterilní 7,5 x 7,5 cm	5 ks	Obvaz NERIT	4 ks
Spofaplast 2,5 cm x 2 m	1 ks	Polštářek PORIN	10 ks
Spofaplast rychloobvaz 6 x1 cm	1 ks	Obinadlo hydrofilní sterilní 10 cm x 5 m	10 ks
Obinadlo hydrofilní sterilní 6 cm x 5 m	2 ks	Vata obvazová skládaná 50 g	2 ks

Tabulka č. 2 - Léčiva	
Acylpyrin tbl. 10	2
Carbosorb tbl.	1
Gastrogel tbl. nebo jiné volně dostupné antacidum	1
Ophtal	1
Ataralgin nebo jiné volně dostupné analgetikum	1
Septonex nebo jiný dezinfekční přípravek	1

Tabulka č. 3 - Pomůcky	
Pinzeta anatomická	1 ks
Příručka „První pomoc“	1 ks
Rouška resuscitační	2 ks
Špendlíky zavírací	6 ks
Teploměr lékařský v pouzdře	1 ks
TRAUMACEL, zásyp	1 ks

(Kelnarová a kol., 2007)



(Kelnarová a kol., 2007)

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Kateřina Frgálová
Katedra nebo ústav:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Majerová
Rok obhajoby:	2010
Název práce:	Úroveň znalostí v poskytování předlékařské první pomoci u učitelek mateřských škol
Název v angličtině:	The Level of Knowledge of Pre-medical Care among Teachers in Kindergartens
Anotace práce:	Bakalářské práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zabývá základní terminologií v oblasti první pomoci, zásadami v poskytování první pomoci, polohování raněných a základní obvazovou technikou. Dále se zaměřuje na vybrané situace vyžadující poskytnutí první pomoci. V praktické části přibližuje úroveň znalostí o poskytování první pomoci u učitelek mateřských škol. Pomáhá odhalit nedostatky v konkrétních situacích, se kterými se mohou učitelky setkat i v praxi.
Klíčová slova:	První pomoc, zraněný, resuscitace, úraz, ošetření
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis consists of two parts. The theoretical part focuses on basic terminology in the area of first aid, principles of a first aid treatment, a treatment of injured people and basic bandage techniques. It also addresses selected situations of a first aid need. The practical part aims on first aid knowledge level among teachers in kindergartens. It helps to find out the lack of knowledge, which the teachers can get together in common situations.
Klíčová slova v angličtině:	a first aid, an injured person, a resuscitation, an injury, a treatment

Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Dotazník k bakalářské práci Příloha č. 2 Doporučený obsah lékárničky
Rozsah práce:	65 stran
Jazyk práce:	Český