

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství



Iva Tajovská

Úroveň poskytování první pomoci v mateřských školách

Rendition level of first aid treatment in kindergartens

(Bakalářská práce)

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Novotná

Datum obhájení práce

Praha, 2010

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze.

Souhlasím

V Praze, 26.04.2010

IVA TAJOVSKÁ

Děkuji paní Mgr. Janě Novotné za odbornou pomoc při vypracování mé bakalářské práce.

Identifikační záznam:

IVA, Tajovská. *Úroveň poskytování první pomoci v mateřských školách. [Rendition level of first aid treatment in kindergartens]*. Praha, 2010. 155 s., 22 příl., 86 tabulek, 42 obr. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK 2010. Jana Novotná.

ABSTRAKT

Příjmení a jméno autora:	Tajovská Iva
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
Název práce:	Úroveň poskytování první pomoci v mateřských školách
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Novotná
Počet stran:	155
Počet příloh:	22
Rok obhajoby:	2010
Klíčová slova:	první pomoc mateřská škola učitelka dítě teoretické znalosti praktické dovednosti

Bakalářská práce s názvem „Úroveň poskytování první pomoci v mateřských školách“ se zaměřuje na problematiku poskytování první pomoci učitelkami mateřských škol.

Cílem práce je zjistit rozsah znalostí a dovedností učitelek v poskytování první pomoci při nejčastějších úrazech, život ohrožujících stavech a neúrazových stavech u dětí předškolního věku, které mateřské školy navštěvují.

V práci jsem použila metodu kvantitativního výzkumu (dotazník) a kvalitativního výzkumu (experiment).

ABSTRACT

Author:	Tajovská Iva
Institution:	Charles University in Prague First Faculty of Medicine Institute of Nursing Theory and Practice
Title:	Rendition level of first aid treatment in kindergartens
Tutor:	Mgr. Jana Novotná
Number of pages:	155
Number of supplements:	22
Year:	2010
Key words:	first aid kindergarten teacher child theoretical knowledge practical skills

The final project titled „Rendition level of first aid treatment in kindergartens“ focuses on questions in first aid delivered by kindergarten’s teachers.

The intent of this project is to discover and find out a teacher’s knowledge and skills in first aid delivery caused by the most common injuries, dangerous to life health situations and non injuries states at the preschool aged children which attend these kindergartens.

I have used a method of quantitative research (a question form) and qualitative research (an experiment) for my project.

Obsah

ÚVOD.....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 Historie první pomoci	10
1.1.1 Nikolaj Ivanovič Pirogov	10
1.1.2 Florence Nightingalová.....	11
1.1.3 Samaritánské hnutí.....	11
1.1.4 Henry Jean Dunant a Červený kříž	12
1.1.5 Alice Masaryková	13
1.2 První pomoc obecně.....	14
1.2.1 Definice první pomoci	14
1.2.2 Rozdělení první pomoci.....	14
1.2.3 Integrovaný záchranný systém (IZS).....	15
1.2.3.1 Základní složky IZS	15
1.2.3.2 Ostatní složky IZS	16
1.2.3.3 Přivolání odborné pomoci.....	17
1.2.4 Legislativní úprava poskytování první pomoci	20
1.2.4.1 Povinnost poskytnout první pomoc	20
1.2.4.2 Porušení povinnosti poskytnout první pomoc	20
1.3 První pomoc u dětí.....	22
1.3.1 První pomoc při život ohrožujících stavech	22
1.3.1.1 Bezvědomí	22
1.3.1.2 Mdloba	24
1.3.1.3 Obstrukce dýchacích cest cizím předmětem.....	25
1.3.1.4 Neodkladná resuscitace.....	26
1.3.1.5 Traumatický šok	29
1.3.1.6 Krvácení z nosu	30
1.3.2 První pomoc při úrazech	31
1.3.2.1 Poranění hlavy	31
1.3.2.2 Poranění břicha	32
1.3.2.3 Poranění pohybového aparátu.....	34
1.3.2.4 Otevřené rány.....	36
1.3.2.5 Bodnutí hmyzem.....	37

1.3.2.6	Úžeh, úpal	38
1.3.2.7	Cizí těleso v těle dítěte (oko, ucho, nos).....	40
1.3.3	První pomoc při neúrazových naléhavých stavech.....	42
1.3.3.1	Laryngitida.....	43
1.3.3.2	Bronchiální astma	44
1.3.3.3	Anafylaktický šok	46
1.3.3.4	Epileptické křeče.....	47
1.3.3.5	Bolesti břicha, náhlé příhody břišní.....	49
2	PRAKTICKÁ ČÁST	51
2.1	Cíle a hypotézy	51
2.1.1	Hlavní cíl práce	51
2.1.1.1	Dílčí cíl č. 1.....	51
2.1.1.2	Dílčí cíl č. 2.....	51
2.1.1.3	Dílčí cíl č. 3.....	51
2.1.1.4	Dílčí cíl č. 4.....	52
2.2	Metodika práce	53
2.3	Výsledky kvantitativního výzkumu a jejich analýza	54
2.3.1	Souhrnné výsledky kvantitativního výzkumu.....	85
2.4	Výsledky kvalitativního výzkumu a jejich analýza	93
2.4.1	Souhrnné výsledky kvalitativního výzkumu.....	98
2.5	Vyhodnocení hypotéz	108
2.6	Diskuze	115
2.7	Návrh řešení zjištěných nedostatků	117
	ZÁVĚR.....	118
	ZDROJE INFORMACÍ.....	119
	SEZNAMY	122
	Seznam zkratk	122
	Seznam tabulek	124
	Seznam grafů	127
	Seznam příloh	129

ÚVOD

Má bakalářská práce nazvaná „Úroveň poskytování první pomoci v mateřských školách“ se zaměřuje na zjištění úrovně, v jaké jsou učitelky vybraných mateřských škol schopny poskytnout první pomoc dítěti ve stavu ohrožujícím jeho zdraví, či dokonce život.

Matky, které své děti do mateřských škol téměř denně umisťují, věří, že se o jejich ratolesti starají po všech směrech zkušené a znalé odbornice, jež si vědí rady ve všech situacích - ale je tomu opravdu tak? To je otázka, která mě po zkušenostech získaných několikaletou praxí v mateřské škole stále napadá a do jisté míry také znepokojuje a která se stala hybným momentem pro vytvoření této práce.

Lze říci, že mateřská škola je pro předškolní děti jakýmsi druhým domovem, tráví zde většinu dne – přicházejí v ranních hodinách a rodiče je vyzvedávají často až v pozdních odpoledních hodinách. Během této doby, kdy se větší počet dětí společně věnuje rozličným činnostem, od kreslení až po dovádění na hřišti, může nastat mnoho nebezpečných, avšak předvídatelných situací, s jejichž následky si musí každá učitelka bezpodmínečně poradit.

Je nutné si uvědomit, že mateřské školy navštěvují i děti s chronickými nemocemi, jako epilepsie či alergie, které ve stádiu zhoršení při zásahu osobou neznalou věci nebo v případě pozdního poskytnutí první pomoci dítě bezprostředně ohrožují na životě.

Bohužel musím konstatovat, že až příliš učitelek, se kterými jsem pracovala, má hluboké nedostatky ve znalostech týkajících se poskytování první pomoci, a to i přes to, že prošly kurzem první pomoci a mnohé mají v mateřské škole až desetiletou praxi.

Cílem mé práce je zmapovat situaci také v několika dalších mateřských školách, a tím získat širší okruh informací potřebných pro konfrontaci s mými názory založenými na zkušenostech získaných při práci s dětmi.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Historie první pomoci

První pomoc nejdříve existovala v podobě vzájemné pomoci ve společnosti a komunitě. Kořeny první pomoci sahají až do dob dávno minulých. Již antičtí Řekové a Římané poskytovali laickou první pomoc svým nemocným a zraněným, které dopravovali na bezpečná místa a tam je ošetřovali.

Ze starších dob křesťanství jsou známé především útulky pro poutníky směřující do Jeruzaléma, kteří při své dlouhé cestě potřebovali pomoci. V pozdním středověku byl však zaznamenán úpadek poskytování první pomoci. Zbožní křesťané považovali nemocné či utonulé za hříšníky, a proto jim také nebyla poskytována první pomoc.¹

Po dlouhou dobu neměla první pomoc přesně stanovená pravidla a postupy. Na jejich utváření se z velké části podílela válečná tažení, během kterých bylo nutné ošetřit raněné v boji.

Za zlomovou událost vývoje první pomoci je považována Krymská válka, probíhající v letech 1853 – 1856, v níž našly uplatnění zkušenosti ruského chirurga Nikolaje Ivanoviče Pirogova a ošetřovatelky Florence Nightingalové.

Velmi významnou roli ve formování první pomoci sehrál vznik samaritánských skupin, které se objevovaly od počátku devatenáctého století, a také založení Červeného kříže na popud Henry Jeana Dunanta. Tyto organizace prošly značnými historickými změnami a své místo ve zdravotnickém systému si zachovaly dodnes.

1.1.1 Nikolaj Ivanovič Pirogov

Narodil se roku 1810 v Moskvě do rodiny státního úředníka. Byl velmi nadaným studentem moskevské lékařské fakulty, kterou dokončil ve svých sedmnácti letech. Po absolvování zahraniční praxe v Berlíně se začal připravovat na dráhu univerzitního profesora v oboru chirurgie. V roce 1836 byl jmenován mimořádným profesorem ve svém oboru. Zemřel roku 1881, byl uložen ve vsi Pirogovoje, kde později vzniklo Pirogovo muzeum.

Pirogov se účastnil Krymské války spolu s družinou třiceti milosrdných sester. „Při ošetřování raněných dohlížely sestry v lazaretech na pořádek, čistotu, jídlo, pití, oděvy a

¹ První pomoc raněným a bezvědomím. ČSČK.1922. 1 s. dostupné na <http://www.cckpraha1.cz/PPRaN2.htm>

léčiva. Brzy se jejich práce stala nepostradatelnou, o čemž svědčí Pirogovova slova: „...A když kdokoliv vstoupil do lazaretního stavu, tu se ze všech stran ozývaly hlasité pronikavé a drásavé stony, výkřiky a skřípaní zubů, a také ono jektání zubů při zimnici. ...Sestry se namáhaly ve dne v noci, nehledíce na svou únavu neusnuly ani na minutu, a to vše pod stany skrze promočenými. A všechny ty nadlidské práce snášely bez nejmenšího reptání s klidnou obětavostí a pokorou...“. Pirogov se v této válce zasloužil o uplatnění žen jako ošetřovatelek.“²

Nikolaj Ivanovič Pirogov se zasloužil o rozvoj ošetřovatelství, chirurgie a především válečné medicíny. Publikoval knihy o éterové narkóze, podvazování velkých cév, o válečné chirurgii a také sepsal vzpomínkový *Deník starého lékaře*.

1.1.2 Florence Nightingalová

Nejznámější ošetřovatelka všech dob se narodila v roce 1820 v Itálii. Během studií v Anglii a v mnoha zemích Evropy získala bohaté zdravotnické a ošetřovatelské vědomosti.

Anglická vláda ji a skupinu ošetřovatelek vyslala na bojiště Krymské války. Velký důraz kladla na striktní dodržování hygienických zásad, aby bylo zamezeno šíření epidemií. Díky jejím opatřením se úmrtnost raněných vojáků snížila na polovinu.

V roce 1860 Nightingalová v Londýně založila první ošetřovatelskou školu na světě, a to z peněz získaných za své zásluhy v Krymské válce. Od tohoto okamžiku začaly vznikat školy podobného typu po celém světě.

Florence Nightingalová zemřela roku 1910 ve Westendu v Londýně ve věku devadesáti let. Na své přání byla pohřbena blízko domu svých rodičů v St. Margaret. „Byla víc než jen romantickou hrdinkou. Byla legendou už za svého života. Její dalekosáhlé reformy ovlivnily podstatně moderní zdravotní a ošetřovatelskou péči a její spisy jsou dodnes nevyčerpatelným zdrojem inspirace pro sestry i řídicí pracovníky ve zdravotnictví.“³

1.1.3 Samaritánské hnutí

„Péče o člověka, stíženého úrazem neb náhlou nemocí, zve se samaritánstvím. Pod tímto slovem vybavuje se představa snad biblické osoby, která milosrdenstvím jata

² STAŇKOVÁ, M. : Galerie historických osobností. Brno: IDV ZP. 2001. 65 – 66 s. ISBN 80-7013-329-5

³ Tamtéž. 74 s.

přispívá trpícímu poutníku a třeba i ztýranému lupiči. Tento rys milosrdenství je rysem prvotního samaritánství.“⁴

První samaritánské skupiny byly zakládány od počátku devatenáctého století. Existovaly samostatně nebo jako součást hasičského sboru. Za jejich vznikem stáli ve velké většině vlastenecky zaměřeni lékaři se sociálním cítěním, kteří se zabývali výukou a praktickou aplikací první pomoci. V mnohých případech docházelo také ke spolupráci s organizací Červeného kříže.

Roku 1929 se lokální samaritánské skupiny setkaly na první konferenci, kde byl položen základ Samaritánského hnutí v Československu, které mělo českou a německou větev. Činnost tohoto hnutí byla násilně pozastavena, a to v době německé okupace (třicátá léta dvacátého století) a později samozřejmě také v údobí totalitního režimu. Myšlenka znovuoživení Samaritánského hnutí vznikla v roce 1989. O tři roky později byl ustaven přípravný výbor Asociace samaritánů v ČR a dne 17. února 1992 byla tato asociace registrována na Ministerstvu vnitra České republiky.

1.1.4 Henry Jean Dunant a Červený kříž

Henry Jean Dunant se narodil roku 1828 v Ženevě. Vyrůstal v prostředí náboženské tradice a šlechtnosti, což na něj mělo značný vliv. Zabýval se otázkami lidské bídy a utrpení.

V roce 1859 odjel, po vypuknutí války mezi Rakouskem a francouzsko-sardinskou unií, na bojiště u Solferina, kde se mu naskytl hrůzný pohled na násilí, které neustalo ani po skončení bitvy. Umírajícím vojákům se nedostávalo téměř žádné zdravotnické péče, dokonce byli vystavováni dobíjení a okrádání.

Dunant sepsal knihu *Vzpomínka na Solferino*, v níž formuloval návrh zřídit v době míru v každé zemi organizaci, která by se starala o školení dobrovolných ošetřovatelek a samaritánů.

Na základě Dunantových myšlenek vznikla v roce 1863 organizace Červeného kříže a roku 1864 došlo k přijetí první Ženevské konvence, která měla zaručit ochranu raněným, lékařům, zdravotníkům a také zdravotnickým zařízením se symbolem Červeného kříže. „Jednotlivé státy postupně konvenci ratifikovaly a teprve v roce 1882 byla společnost Červeného kříže prohlášena za mezinárodní.“⁵

⁴ První pomoc raněným a bezvědomím. ČSČK.1922. 1 s. dostupné na <http://www.cckpraha1.cz/PPRaN2.htm>

⁵ STAŇKOVÁ, M. : Galerie historických osobností. Brno: IDV ZP. 2001. 65 – 66 s. ISBN 80-7013-329-5

Henry Dunant byl v roce 1901 oficiálně uznán za zakladatele organizace Červeného kříže. Také se roku 1910 stal historicky prvním laureátem Nobelovy ceny za mír, získanou finanční odměnu věnoval norským a švýcarským dobročinným organizacím. Zemřel 30. října téhož roku.

1.1.5 Alice Masaryková

Alice Masaryková, narozená v roce 1879, vystudovala filosofii, historii a sociologii na Karlově univerzitě a studovala také na univerzitách v Chicagu, Lipsku a Berlíně. „Po vzniku Československa se aktivně zúčastnila veřejného a politického života, byla poslankyní Národního shromáždění. V roce 1919 založila Československý červený kříž a 20 let byla jeho předsedkyní. Za jejího působení vyvíjela tato organizace rozsáhlou zdravotnickou, charitativní a sociální činnost.“⁶

Masaryková zemřela roku 1966 v Chicagu, v roce 1994 byla její urna převezena a uložena do rodinného hrobu v Lánech.

Činnost Československého červeného kříže byla zaměřena také na poskytování pomoci lidem postiženým první světovou válkou. Během několika dalších let si tento spolek vydobyl významné postavení ve společnosti, avšak na počátku druhé světové války byl násilně umlčen. Ihned po skončení války se ČSČK opět stal činnou organizací a velkou měrou se podílel na likvidaci skrvnitého tyfu v Terezíně.

S nástupem totalitního režimu po roce 1948 byl Československý červený kříž změněn z charitativního spolku na společenskou organizaci sdruženou v Národní frontě. Po dvaceti letech se začaly objevovat snahy o návrat k základním principům Červeného kříže, což bylo možné díky uvolnění režimu. V tomto období, tedy v období socialismu s lidskou tváří (od roku 1968), byl kladen důraz na výchovu ke zdravému způsobu života a na zlepšování životního a pracovního prostředí. Velké popularity mezi širokou veřejností se těšily dodnes vydávané časopisy *Zdraví* a *Zdravie*.

Po roce 1989 se Československý červený kříž znovu přihlásil k dodržování sedmi základních principů mezinárodního hnutí Červeného kříže (viz příloha č .6).

⁶ STAŇKOVÁ, M. : Galerie historických osobností. Brno: IDV ZP. 2001. 17 s. ISBN 80-7013-329-5

1.2 První pomoc obecně

1.2.1 Definice první pomoci

První pomoc je tématem velmi obsáhlým, proto také existuje množství publikací, které takovou materii přibližují. Každý autor zabývající se první pomocí má své osobité pojetí a názor na tuto problematiku, v důsledku čehož se utvořil, a stále ještě utváří, nespočet definic, mezi kterými lze ovšem často nalézt jen velmi nepatrný rozdíl.

Pro svou práci jsem si vybrala dvě pojetí první pomoci, podle mého názoru nejsrozumitelnější pro laickou veřejnost, které cituji v následujících odstavcích.

„První pomoc je definována jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky poškození. Je to péče nebo pomoc poskytnutá postiženému před příjezdem zdravotnické záchranné služby nebo jiného kvalifikovaného odborníka.“⁷

„První pomoc definujeme jako soubor účelných opatření nebo léčebných postupů, které se při poranění nebo náhlém onemocnění poskytnou postiženému ještě před příchodem odborné pomoci. Je to bezprostřední činnost, která nenahrazuje lékařské ošetření, ale je předpokladem jeho úspěšnosti.“⁸

1.2.2 Rozdělení první pomoci

I v samotném dělení první pomoci se setkáváme s problémem, kterým jsem se zabývala v předchozích odstavcích této práce, tedy s problémem rozdílného pojetí jednotlivých autorů. Jak jsem již také zmiňovala, většinou se nejedná o odlišnosti, které by zásadně pozměnily podstatu věci, a proto lze tvrdit, že první pomoc se dělí na tři základní části, tak, jak je uvádí Kelnarová, J. et al.:

Laická první pomoc

„Soubor základních opatření bez specializovaného vybavení. Vyžaduje účelnost, rychlost a rozhodnost. Součástí je přivolání odborné zdravotnické pomoci.“⁹

⁷ KELNAROVÁ, J. et al.: První pomoc I. Praha : Grada Publishing. 2007. 11 s. ISBN 978-80-247-2182-8

⁸ DORKOVÁ, Z., JUKL, M., CICHÁ, M.: Průvodce první pomocí pro pedagogy 1. Olomouc : Univerzita Palackého. 2007. 32 s. ISBN 978-80-244-1982-4

⁹ KELNAROVÁ, J. et al.: První pomoc I. Praha : Grada Publishing. 2007. 22 s. ISBN 978-80-247-2182-8

Úkolem laické první pomoci je zachránit život, zabránit zhoršení stavu postiženého, zajistit vhodné prostředí a bezpečnost poraněného, záchrance a ostatních. Poskytnutí takovéto pomoci je morální, ale i zákonnou povinností každého člověka.

Technická první pomoc

„Technickou první pomoc vykonávají zpravidla speciálně vycvičené týmy (hasičský záchranný sbor, horská a vodní záchranná služba). Do technické první pomoci patří vyproštění postiženého (např. za použití hydraulických zvedáků, hasících přístrojů) a přesun postiženého dle stavu na bezpečné a chráněné místo.“¹⁰

Odborná přednemocniční pomoc

„Jedná se o ošetření týmem záchranné služby a odborný transport do zdravotnického zařízení. Zdravotnický tým poskytuje lékařskou (RLP) a zdravotnickou (RZP) první pomoc s použitím dostupných diagnostických (EKG, tonometr, fonendoskop) a léčebných přístrojů (defibrilátor, ventilátor), lékař aplikuje léky a provádí život zachraňující výkony.“¹¹

1.2.3 Integrovaný záchranný systém (IZS)

„Integrovaným záchranným systémem se rozumí koordinovaný postup jeho složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací. IZS zajišťuje spolupráci mezi záchrannými, pohotovostními a odbornými složkami státní správy a samosprávy, fyzických a právnických osob při likvidaci havárií, hromadných neštěstí a katastrof, ekologických havárií s hromadným výskytem zraněných, postižených, mrtvých a těžkých ztrátách na majetku.“¹²

1.2.3.1 Základní složky IZS

Zdravotnická záchranná služba (ZZS)

Zodpovídá za poskytnutí první pomoci a ošetření zraněných, zajištění základních fyziologických funkcí, třídění raněných a jejich transport. Existuje několik druhů zdravotnické záchranné služby:

¹⁰ KELNAROVÁ, J. et al.: První pomoc I. Praha : Grada Publishing. 2007. 23 s. ISBN 978-80-247-2182-8

¹¹ Tamtéž.

¹² Tamtéž. 13 s.

- Rychlá lékařská pomoc (RLP) – vedoucí týmu lékař, zdravotnický záchranář/sestry se specializací ARIP, řidič.
- Rychlá zdravotnická pomoc (RZP) – vedoucí týmu zdravotnický záchranář/sestry se specializací ARIP, řidič.
- Letecká záchranná služba (LZS) – vedoucí týmu lékař, zdravotnický záchranář/sestry se specializací ARIP, pilot.

Hasičský záchranný sbor (HZS)

Úkolem HZS je prozkoumat místo havárie a zjistit, zda-li nemůže dojít ke vzniku skutečnosti ohrožující život záchranářů. Dále poskytuje technickou první pomoc a ve spolupráci se zdravotníky také první pomoc zraněným.

Policie České republiky (PČR)

Tato složka IZS s přičiněním HZS uzavírá prostor nehody a zajišťuje bezpečnost v jejím okolí. Mezi další povinnosti patří identifikace postižených a ochrana jejich majetku.

1.2.3.2 Ostatní složky IZS

Zdravotnická brigáda kynologů (ZBK)

Podílí se na vyhledávání zraněných a mrtvých, a to především při hromadných neštěstích.

Vodní záchranná služba (VZS)

Činnost VZS je zaměřena na záchranu tonoucího a ve smrtelných případech také na vyhledávání těla utonulého.

Český červený kříž (ČČK)

ČČK prošel od svého založení roku 1919 několika významnými událostmi (viz kapitola 1.1.4), které se podílely na zformování jeho současné podoby. Dnes se tato organizace zaměřuje na oblast dárcovství krve, první pomoci, humanitární pomoci a také na sociální a ediční činnost. Dále pořádá rekondiční pobyty pro zdravotně postižené děti a jeho humanitární jednotky spolu s pátrací službou pomáhají při nouzových stavech.

1.2.3.3 Přivolání odborné pomoci

Linky tísňového volání

- 112 Integrovaný záchranný systém
- 150 Hasičský záchranný sbor
- 155 Zdravotnická záchranná služba
- 156 Městská policie
- 158 Policie České republiky

V jakých případech voláme hasičský záchranný sbor?

- Při haváriích a nehodách
- Při živelných katastrofách
- Při požárech

V jakých případech voláme Policii ČR?

- Při ohrožení bezpečnosti majetku, osob nebo veřejného pořádku
- Při hospodářské trestné činnosti či korupci
- Při trestném činu, jestliže se staneme jeho svědkem či obětí

V jakých případech voláme zdravotnickou záchrannou službu?

- Při ohrožení zdraví či života
- Při vážných úrazech
- Při problémech s dýcháním
- Při poruchách vědomí či stavu bezvědomí

Co je dobré vědět o lince 155¹³

- Číslo linky 155 je vždy bez předvolby.
- Na linku 155 lze volat z jakékoliv veřejné sítě v ČR (včetně mobilních telefonů).
- Volání je vždy zdarma.
- Při telefonování z veřejného telefonního automatu nepotřebujeme mince ani kartu, při volání z mobilního telefonu nepotřebujeme kredit.

¹³ DVOŘÁK, J.: Jak volat záchranou službu - Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje. Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje. Dostupné na <http://www.zzspk.cz/jak-volat-zachranku>

Struktura rozhovoru při volání o zdravotnickou pomoc ¹⁴

- Při telefonování zachováváme klid a pečlivě posloucháme otázky a rady operátora.
- Představíme se – uvedeme jméno, příjmení a číslo telefonu, ze kterého voláme.
- Oznáíme, kde se nacházíme – toto místo je nutné co nejvíce konkretizovat (ulice, číslo domu, patro, škola, silnice, les atd.), za velmi vhodné se také považuje nahlášení orientačního bodu (např. křižovatka, autobusová nebo železniční zastávka, kostel).
- Sdělíme, co se stalo – uvedeme druh onemocnění, zda jde o poranění, náhlou změnu zdravotního stavu, popálení, poleptání, a je-li potřeba nemocného vyprostit. Dále se snažíme přesně popsat stav nemocného.
- Uvedeme „podrobnosti o nebezpečích, jako je plyn, toxické látky, poškozené elektrické vedení nebo povětrnost, např. mlha či náledí.“¹⁵
- Podáme základní údaje o postiženém (pohlaví, věk,...), v případě několika postižených uvedeme také jejich počet.
- Informujeme operátora o poskytnuté první pomoci.

Volající nemusí vždy striktně dodržovat výše uvedené pořadí. Důležité je, aby zachoval klid, byl stručný a věcný. Nedoporučuje se ukončit telefonát dříve než operátor, který může mít v úmyslu položit např. doplňující otázky nebo doporučit další postup při poskytování první pomoci. Mnohdy bývá s volajícím v kontaktu až do příjezdu záchranářů na určené místo.

¹⁴ DORKOVÁ, Z., JUKL, M., CICHÁ, M.: Průvodce první pomocí pro pedagogy 1. Olomouc : Univerzita Palackého. 2007. 39- 40 s. ISBN 978-80-244-1982-4

¹⁵ St. John Ambulance, St Andre´s Ambulance, Association, Brithis Red Gross Society, Český Červený kříž: Příručka první pomoci. Bratislava: Perfekt. 2003. 20 s. ISBN ISBN 80-8046-224-0

Nejčastější dotazy operátora¹⁶

- Je postižený při vědomí?
- Dýchá?
- Má hmatný pulz?
- Krvácí?
- Jaké má bolesti?

Nejčastější chyby při komunikaci s operátorem¹⁷

- Volající sdělí jméno a adresu postižené osoby, ale nesdělí jméno majitele bytu.
- Obyvatelé činžovních domů si často nejsou vědomí, že vchodové dveře jsou zamčeny a zvonky u dveří jsou nečitelné nebo nefungují.
- Obyvatelé na vesnicích sdělí pouze popisné číslo, ale nejsou si vědomí, že na domě není nebo je nečitelné. Ve většině vesnic nejsou čísla pravidelně seřazena, ale po obci chaoticky rozptýlena.
- Při volání zásahu do terénu – les, louka, pole a podobně nečeká u výjezdu ze silnice kontaktní osoba.

¹⁶ Zdravotnická záchranná služba kraje Vysočina. Zdravotnická záchranná služba kraje Vysočina. Dostupné na <http://www.zzsvysocina.cz/index.php?page=volej155>

¹⁷ JAJTNER, P.: Volání zdravotnické záchranné služby: LSPP: Nemocnice Znojmo. Nemocnice Znojmo. Dostupné na http://www.nemzn.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=600118&id=1386&p1=2285

1.2.4 Legislativní úprava poskytování první pomoci

Tak jako lidská společnost sama, i oblast práva prošla dlouhodobým a složitým historickým vývojem, během kterého se stala nedílnou součástí právního řádu většiny vyspělých civilizací garance základních práv člověka. Mezi tato výsostně nezrušitelná práva, utvořená na základě přirozenoprávních teorií, patří právo na život, které nesmí být nikomu a za žádných okolností odepřeno.

Je zcela zřejmé, že první pomoc s požadavkem na zachování lidského života velmi úzce souvisí, proto také podléhá legislativní úpravě.

1.2.4.1 Povinnost poskytnout první pomoc

Základním právním pramenem upravujícím mimo jiné problematiku poskytování zdravotní péče a první pomoci je *zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů*.

§ 9 odst. 4 výše uvedeného zákona stanoví povinnost každého občana poskytnout nebo zprostředkovat první pomoc osobě v život ohrožujícím stavu a také povinnost zúčastnit se zdravotnického školení a výcviku uloženého z důvodu obecného zájmu. Na základě uvedených tvrzení je možno vyvodit konkrétní závěr, ze kterého vyplývá, že zákon občanům ukládá nejen povinnost poskytnout první pomoc zraněnému, ale také povinnost získat dostačující vědomosti potřebné k jejímu poskytnutí.

Mezi další právní normy, v nichž lze nalézt výslovný příkaz poskytnout první pomoc, patří např. *zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích*, který stanoví povinnosti účastníků nehody, a *zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce*, § 101 - § 108 tohoto zákona upravuje bezpečnost a ochranu zdraví při práci.

Velmi důležitý je také *zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů* vyhlášený pod číslem 282/2000 Sb. V dílu 2 (§ 7 - § 14) jsou uvedeny základní podmínky pro vzdělávání, výchovu a zotavení dětí a mladistvých – tento zákon se tedy týká i mateřských škol.

1.2.4.2 Porušení povinnosti poskytnout první pomoc

Veřejné právo mluví o neposkytnutí pomoci jako o trestném činu, z čehož vyplývá, že při naplnění takovéto skutkové podstaty hrozí uložení sankce, jejíž formu a výši stanoví zákon.

Jedná se o *trestní zákon č. 140/1961 Sb.*, § 207 a § 208. § 207 odst. 1 říká: „Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.“¹⁸

§ 207 odst. 2 se zaměřuje na neposkytnutí pomoci ze strany osoby, která tak jedná v rozporu se svým zaměstnáním (např. lékař). V tomto případě je možné udělit trest odnětí svobody až na dvě léta nebo zákaz činnosti.

Podle § 208 může být potrestán řidič dopravního prostředku při porušení povinnosti poskytnout pomoc zraněnému odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

¹⁸ *Trestní zákon č. 140/1961 Sb.*, 1993

1.3 První pomoc u dětí

1.3.1 První pomoc při život ohrožujících stavech

Do této skupiny řadíme stavy, při kterých o přežití a následné kvalitě života dítěte rozhodují vteřiny nebo minuty. Patří sem bezvědomí, zástava dýchání a krevního oběhu a také úrazy provázené šokem nebo masivním krvácením.

Pokud se do některé z těchto situací dostaneme, je nutné provést tzv. život zachraňující úkony a správné ošetření v prvních minutách po úrazu. Jako první v místě nehody nejčastěji zasahují laici, kteří následně přivolají odbornou zdravotnickou pomoc.

1.3.1.1 Bezvědomí

Vědomí patří spolu s dýcháním a krevním oběhem mezi základní životní funkce. „Vědomí je aktivní stav lidské psychiky vyjadřující vztah jednoty a souvislosti vlastní osoby s okolním světem.“¹⁹ Každý člověk se proto dokáže orientovat v čase, prostoru, situaci a vlastní osobě.

„Jako porucha vědomí se označuje jakýkoli stav, kdy postižený není při plném vědomí.“²⁰

Existuje mnoho příčin poruch vědomí u dítěte, např. neokysličení mozku při selhání dýchání nebo krevního oběhu, nízká nebo vysoká hladina krevního cukru, epileptický záchvat, mozkolebeční poranění, celková tepelná poškození nebo úrazy elektrickým proudem. Poruchy vědomí mohou ovšem nastat i z neznámých příčin.

Poruchy vědomí můžeme rozdělit na dvě skupiny – kvantitativní a kvalitativní. Do kvantitativních poruch řadíme somnolenci (zvýšená spavost, ze které můžeme pacienta snadno probudit), sopor („těžší porucha vědomí s hlubokým spánkem, z něhož lze pacienta probudit jen silným podnětem, přičemž ani po tom nemocný nenabude plného vědomí a opět usíná“²¹) a kóma (viz níže). Mezi kvalitativní poruchy patří mdloba (viz. kapitola 1.3.1.2.), obnubilace (mráкотný stav), delirium (prudký průběh s halucinacemi, rozrušením, úzkostí), amence (zmatenost), agonie („období umírání, v němž dochází

¹⁹ KELNAROVÁ, J. et al.: První pomoc I. Praha : Grada Publishing. 2007. 55 s. ISBN 978-80-247-2182-8

²⁰ St. John Ambulance, St Andre´s Ambulance, Association, Brithis Red Gross Society, Český Červený kříž: Příručka první pomoci. Bratislava: Perfekt. 2003. 178 s. ISBN 80-8046-224-0

²¹ VOKURKA, M., HUGO, J.: Praktický slovník medicíny. Praha : Maxdorf, 2000. 410 s. ISBN 80-85912-38-4

k selhávání základních životních funkcí²²) a oblužené vědomí („postižený je dezorientovaný, může být úzkostný a bezradný, nesouvisle hovoří“²³). Tyto poruchy můžou vyústit až v bezvědomí.

Dítě v bezvědomí nereaguje na oslovení, dotyk ani na zatřesení. Bezvzádně leží nebo padá k zemi, má povolené svěrače. Bezvědomí nemusí vypadat na první pohled dramaticky, ale opak je pravdou, protože dítě bezprostředně ohrožuje na životě. V bezvědomí mizí obranné reflexy, dítě nepolyká, vymizí kašel, proto se také zvyšuje riziko aspirace tekutiny nebo předmětu v dutině ústní (cizí těleso, zub, zvratky, krev). Kořen jazyka zapadá vlastní vahou do hltanu, zabraňuje tak vstupu vzduchu do dýchacích cest a dítě se začíná dusit.

„Děletrvajícím bezvědomím, obzvláště u pacienta, kterému není poskytnuta první pomoc, bývá komplikováno zástavou dýchání a krevního oběhu.“²⁴

První pomoc u dítěte v bezvědomí

- Dítě uložíme do prostředí, které bude bezpečné, a snažíme se zabránit jeho prochladnutí.
- Zjistíme stav vědomí dítěte – reakce na oslovení, bolestivý podnět.
- Zkontrolujeme, zda dítě dýchá – ruku přiložíme na břicho a hrudník dítěte, čímž zjistíme dýchání pohmatem. Dýchání lze zjistit i sluchem a zrakem, kdy dítěti přiblížíme ucho k jeho ústům a nosu, současně kontrolujeme pohyby hrudníku.
- Dále zjistíme, zda dítě vykazuje známky krevního oběhu - hýbe se, dýchá, kašle. V současné době se u laiků upustilo od zjišťování akce srdeční (pulsu) pohmatem na krční tepně, a to z důvodu velké časové prodlevy při poskytování první pomoci a velkého procenta špatného vyhodnocení.
- Provedeme celkovou kontrolu dítěte. Zjišťujeme další přidružená závažná zranění, kterými může být např. krvácení, jež může být skryto pod oblečením.
- Všechna vyšetření provádíme rychle, ale pečlivě (vyšetření základních životních funkcí by mělo trvat pouhých 10 vteřin).

²² VOKURKA, M., HUGO, J.: Praktický slovník medicíny. Praha : Maxdorf, 2000. 7 s. ISBN 80-85912-38-4.

²³ KELNAROVÁ, J. et al.: První pomoc I. Praha : Grada Publishing. 2007. 56 s. ISBN 978-80-247-2182-8

²⁴ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 20 s. ISBN 987-80-247-1824-8

- na slovní či bolestivý podnět, pohodlně ho podepřeme, uložíme do úlevové polohy a sledujeme každé změny v úrovni jeho reagování.
- Dítě, které je v bezvědomí, spontánně dýchá a má zachované známky krevního oběhu, uložíme do zotavovací polohy (viz příloha č. 7).
- Zavoláme ZZS a do jejího příjezdu kontrolujeme stav dítěte – vitální funkce, úroveň reagování a ošetříme všechna přidružená zranění.
- Musíme být připraveni na možnost KPR, při náhlém zhoršení stavu dítěte.

Princip a účel zotavovací polohy

- „V poloze na boku se zakloněnou hlavou udržuje poloha volné dýchací cesty, minimalizuje riziko vdechnutí tekutin z dutiny ústní (aspirace) a dušení z této příčiny.
- Poloha je stabilní a „pohodlná“ pro pacienta zcela bezvládného, minimalizuje riziko spontánního pohybu a dalšího zranění způsobeného vlastní vahou těla.
- Je umožněn přístup záchrance k dýchacím cestám, trvalá a snadná kontrola základních životních funkcí, a pokud je třeba i jednoduchého otočení zpět na záda.“²⁵

1.3.1.2 Mdloba

„Mdloba je kratší ztráta vědomí, vyvolaná dočasným omezením přísunu krve do mozku. Může být reakcí na bolest, vyčerpání, nedostatek potravy nebo emoční stres. Je také běžná po dlouhodobé fyzické nečinnosti, jako je dlouhé stání, či sezení bez hnutí v teplém prostředí.“²⁶

Vzniká v důsledku náhlého rozšíření krevního řečiště, které pojme velké množství krve, a tím dojde k rychlému poklesu krevního tlaku. Je to pouze přechodná forma poruchy vědomí, dítě se brzy probírá a vrací se do normálního stavu.

Kolapsu předchází tzv. varovné příznaky, mezi které řadíme závrať, nevolnost, zatmění před očima, hučení v uších, studený pot na čele, bílá barva v obličeji. Poté následuje ztráta vědomí a pád. Dítě má slabě hmatný a rychlý tep, dýchá rychle a povrchně.

²⁵ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 21 s. ISBN 987-80-247-1824-8

²⁶ St. John Ambulance, St Andre´s Ambulance, Association, Brithis Red Gross Society, Český Červený kříž: Příručka první pomoci. Bratislava: Perfekt. 2003. 126 s. ISBN ISBN 80-8046-224-0

První pomoc při mdlobě

- Při prvních příznacích dítě ihned uložíme do polohy vleže nebo vsedě s předkloněnou hlavou, což zvýší průtok krve mozky a vede k jeho okysličení.
- Pokud dítě upadlo a ztratilo vědomí uložíme ho do protišokové polohy (viz příloha č. 8), uvolníme mu oděv a zajistíme dostatek čerstvého vzduchu, na čelo můžeme přiložit studený obklad.
- Sledujeme životní funkce a průchodnost dýchacích cest.
- Po probrání dítě uklidníme, až se cítí zcela dobře. Poté ho začneme postupně posazovat. Musíme sledovat jeho reakce.
- Prohlédneme, zda se dítě při pádu nezranilo.
- „Je-li příčina mdloby zjevná a dítě se rychle zotavuje, není třeba volat ZZS.“²⁷

1.3.1.3 Obstrukce dýchacích cest cizím předmětem

Obstrukce dýchacích cest je velmi vážný stav, který bezprostředně ohrožuje život dítěte a patří k nejzávažnějším nehodám. Vzniká na základě vdechnutí cizího tělesa. Dítě může vdechnout bonbon, drobnou část hračky, část potravy nebo jakýkoli jiný předmět, který se poté zaklíní v dýchacích cestách a blokuje přívod vzduchu.

Dítě se začíná dusit, nemůže mluvit, chytá se za krk, je vystrašené a panikaří. Na začátku dítě dýchá hlasitě, při čemž mohou být slyšet pískoty nebo vrzoty, a dále také kašle a chrčí. Dýchání se stává namáhavým, dítě má zarudlý a oteklý obličej, postupně přestává dýchat úplně a během jedné minuty bez dechu ztrácí vědomí. Začínají mu promodrávat rty, jazyk a sliznice dutiny ústní.

První pomoc při obstrukci dýchacích cest

- Nejdříve otevřeme dítěti ústa a zjistíme, zda není předmět viditelný a v dosahu. Pokud předmět vidíme, můžeme se ho pokusit uchopit prsty a opatrně vytáhnout. Pozor, abychom předmět nezasunuli ještě dál do dýchacích cest.
- Pokud předmět není vidět a máme podezření, že se nachází v nižších částech dýchací soustavy, dítě předkloníme a nabádáme ho k hlubokému dýchání a ke kašli. Je možné, že se předmět touto přirozenou cestou vypudí.
- Jestliže nejsme úspěšní, použijeme první z doporučených manévrů.

²⁷ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 80 s. ISBN 987-80-247-1824-8

- První volbou je Gordonův manévr (úder mezi lopatky, viz příloha č. 14): provádíme u dítěte vleže na boku nebo v mírném předklonu, udeříme třikrát až pětkrát rázně mezi lopatky ve fázi výdechu. Při úderech vybízíme dítě ke kašli.
- Jestli není tento manévr úspěšný, provedeme stlačení hrudníku, a to třikrát až pětkrát za tři sekundy. Při tomto manévru se postavíme za dítě, pažemi obemkneme jeho hrudník v dolní třetině, jednu ruku sevřeme do pěsti a druhou ji chytíme. Tímto způsobem ostře a směrem nahoru stlačíme hrudník.
- V případě přetrvávajícího dušení provedeme Heimlichův manévr (viz příloha č. 15), u kterého se stačuje nadbříšek. Tímto manévrem zvyšujeme tlak na bránici, čímž pomůžeme vypuzení vdechnutého předmětu. Postavíme se za dítě, ruku sevřeme v pěst, položíme ji mezi pupek a dolní část hrudní kosti, kde ji obemkneme naší druhou rukou. Poté ostře zatáhneme nahoru a k sobě. Opakujeme nejvíce pětkrát. Tento manévr musíme provádět opatrně, aby nedošlo k poranění břišních a nitrohrudních orgánů, v takovém případě by dítě mohlo začít zvracet a krváčet.
- Po každém provedeném manévru musíme zkontrolovat dutinu ústní, zda nedošlo k vypuzení vdechnutého předmětu.
- Jestliže dušení neustává, zahájíme umělé dýchání, kterým se nám může podařit cizí těleso přemístit do nižších partií a uvolnit alespoň jednu plíci k výměně plynů, ihned přivoláme ZZS. V umělém dýchání pokračujeme až do příjezdu zdravotníků.

1.3.1.4 Neodkladná resuscitace

„Soubor na sebe navazujících léčebných postupů sloužících k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u osoby postižené náhlým selháním jedné nebo více základních životních funkcí s cílem uchránit před nezvratným poškozením zejména mozek a myokard. Dočasně nahrazuje výkon srdce jako pumpy nepřímou srdeční masáží a spontánní dýchání umělou plicní ventilací.“²⁸

K základní resuscitaci většinou nepotřebujeme žádné pomůcky, můžeme ji provádět kdekoli a kdykoli. Resuscitaci je důležité zahájit co nejdříve po zjištění selhání některé ze základních životních funkcí. „Po třech až pěti minutách bez kyslíku dochází k nenávratnému poškození mozkových buněk. Po této době lze ještě u některých dětí resuscitací obnovit základní životní funkce často však již za cenu trvalého poškození

²⁸ KELNAROVÁ, J. et al.: První pomoc I. Praha : Grada Publishing. 2007. 65 s. ISBN 978-80-247-2182-8

funkcí centrální nervové soustavy. Po sedmi minutách zástavy lze oživit bez následků jen kolem 25% postižených.²⁹

Příčiny zástavy životních funkcí u dětí jsou zcela odlišné než v případě dospělých, u kterých se v 85% jedná o náhlou srdeční příhodu, jako je infarkt myokardu, život ohrožující arytmie apod.. V dětském předškolním věku vystupují do popředí úrazy – CNS (cyklistika, pády na dětských hřištích), tonutí, tepelné úrazy (popálení, opařeniny). Dále se na zástavě životních funkcí v předškolním období mohou podílet také některé nemoci (např. meningokoková meningitida, laryngitida, anafylaktický šok nebo epilepsie). Nejčastějším důvodem k resuscitaci je zástava dýchání, o primární srdeční příčinu jde maximálně v 5%.

Z těchto důvodů se také liší postup při volání ZZS. U dítěte je na prvním místě nutné odstranit nedostatek kyslíku, kterým je u dušení ohroženo. Při krátkodobé resuscitaci se může stav dítěte výrazně zlepšit, proto ihned začneme resuscitovat po dobu trvání jedné minuty, až poté voláme linku 155. U dospělých je naopak nutné nejdříve zavolat ZZS a následně zahájit kardiopulmonální resuscitaci. Obojí platí, jestliže laickou první pomoc poskytuje jeden záchránce. Pokud je záchránců více, jeden vždy ihned volá linku 155.

Další odlišnosti KPR u dětí spočívají v šetrnější technice umělého dýchání a srdeční masáže. Musíme se snažit používat menší fyzickou sílu při stačování hrudníku, nižší dechové objemy u vdechů (postačí pouze vzduch, který máme v ústech při normálním nádechu) a rychlejší frekvenci (dítě má fyziologicky rychlejší frekvenci dechu a pulsu). Dále jsou úkony KPR prováděny v odlišných poměrech (stlačení hrudníku : vdech).

Postupy při resuscitaci se také mění v závislosti na věku dítěte. Proto rozdělujeme děti do tří kategorií: novorozenec a kojeneček (0-1. rok života); batole (1.-3. rok dítěte) a dítě předškolního a školního věku (3.-7. rok); třetí skupinou jsou děti školního věku (8. rok - puberta). Jelikož jsem se ve své práci zaměřila na poskytování první pomoci u dětí předškolního věku, bude dále popsán pouze postup resuscitace u druhé skupiny dětí.

²⁹ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 22 s. ISBN 987-80-247-1824-8

První pomoc – kroky při zástavě dýchání a krevního oběhu

- Zjistíme stav vědomí – hlasitě na dítě promluvíme, jemně s ním zatřese, štípneme do ušního lalůčku nebo do tváře. Pokud je někdo na blízku, přizveme ho na pomoc a poprosíme, aby přivolal ZZS. Pokud jsme na místě nehody sami, přejdeme ihned ke kontrole fyziologických funkcí.
- Zkontrolujeme dýchání a zajistíme volné dýchací cesty. Volné dýchací cesty zajistíme mírným záklonem hlavy, zvednutím brady a otevřením úst. Dýchání zjistíme přiložením ucha k ústům dítěte a současným sledováním pohybů hrudníku, nebo přiložením ruky na břicho.
- Pokud máme podezření na poranění páteře, nikdy dítěti hlavu nezakláníme, mohli bychom poranit míchu.
- Máme-li podezření na obstrukci dýchacích cest cizím předmětem, pokusíme se tento předmět odstranit (viz obstrukce dýchacích cest cizím předmětem, kapitola 1.3.1.3.).
- Pokud dítě nedýchá, odstraníme viditelnou překážku špičkami prstů a ihned zahájíme umělé dýchání. Dítě položíme na záda, provedeme mírný záklon hlavy, jednu ruku dáme dítěti na čelo a druhou rukou přizvedneme bradu; „prsty ruky položené na čele dítěti stiskneme nos a uzavřeme jej“³⁰ ; (viz příloha č. 17). Nejdříve provedeme úvodních pět vdechů, minimálně dva z toho musí zapříčinit viditelné zvednutí a následné poklesnutí hrudníku. Umělé dýchání provádíme frekvencí dvacet vdechů za minutu, což je asi jeden vdech za tři sekundy. Jestli bylo dýchání úspěšné, poznáme dle pohybů hrudníku a lepšího prokrvení kůže dítěte.
- Jestliže zjistíme, že dítě nemá známky krevního oběhu (pohyb, kašel, dýchání), ihned zahájíme nepřímou srdeční masáž., která se provádí pravidelným stlačováním sternu proti páteři dítěte. Cílem je vytlačovat krev ze srdce do cév (mozkovými tepnami začíná krev proudit až po desátém stlačení sternu). Sternum stlačujeme jednou rukou uprostřed hrudníku mezi bradavkami. Naše prsty směřují kolmo k hrudníku, HK máme napnuté (viz příloha č. 18). Hrudník se snažíme promáčknout asi o třetinu jeho předchozího průměru (přibližně 3 cm).

³⁰ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 30 s. ISBN 987-80-247-1824-8

- „Stlačujeme pravidelně frekvencí 100 stlačení/min, udržujeme poměr dechů a stlačení 2 : 30 v jednom zachránci, 2 : 15 ve dvou zachráncích.“³¹
- Vždy po třech – pěti cyklech zkontrolujeme stav dítěte. Během této doby mohlo dojít k obnově dýchání a krevního oběhu.
- Pokud došlo k obnově fyziologických funkcí (vědomí vyjímaje) uložíme dítě do zotavovací polohy (viz příloha č. 7).
- Jestliže nejsme úspěšní, snažíme se provádět KPR až do příjezdu ZZS.

Kdy můžeme ukončit KPR

- „Při obnovení dostatečného spontánního krevního oběhu a dýchání.
- Dostaví-li se posádka zdravotnické záchranné služby, která převezme další provádění KPR.
- Zachránce není schopen pokračovat v KPR z důvodu vyčerpání.
- Zachránce je v ohrožení života.
- Při jistých známkách smrti (posmrtná ztuhlost, posmrtné skvrny, mrtvolný zápach).
- Resuscitaci ukončuje vždy lékař, který konstatuje smrt postiženého.“³²

1.3.1.5 Traumatický šok

„Šok je odezva organismu na vážný škodlivý podnět, která vede k bezprostřednímu ohrožení života, přestože původní příčina nemusela být smrtelná. K šoku dochází, pokud nejsou tělesné tkáně a orgány dostatečně zásobeny oksyločenou krví.“³³

Rozvinutý traumatický šok patří mezi život ohrožující stavy. Tento šok je u dětí zapříčiněn hlavně velkou ztrátou tělesných tekutin (více jak 20-30% celkového objemu). Dále se šok může rozvinout u popálenin, při krvácení, masivním průjmu a zvracení. Šok vyvolává i bolest velké intenzity.

Dítě, které upadlo do šoku, má velmi rychlý, slabý a špatně hmatný puls, který může dosahovat frekvence sto a více úderů za minutu. Krevní tlak hluboce klesá. Dítě je bledé, studeně se potí, cítí nevolnost a žízeň. Někdy se objevuje i zvracení. Dýchání je rychlé a povrchní. Dítě začíná být neklidné, rozrušené nebo apatické. Postupně přestává reagovat, ztrácí vědomí.

³¹ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 32 s. ISBN 987-80-247-1824-8

³² KELNAROVÁ, J. et al.: První pomoc I. Praha : Grada Publishing. 2007. 80 s. ISBN 978-80-247-2182-8

³³ STELZER, J., CHYTILOVÁ, L.: První pomoc pro každého. Praha : Grada Publishing, 2007, s. 57.

První pomoc při šoku ³⁴

- Dítě uložíme do protišokové polohy (viz příloha č. 8)
- Použijeme „pravidlo 5T“ – tišení bolesti, teplo, tekutiny, ticho, transport (viz příloha č.19)
- Tišení bolesti – ošetření základního poranění. Nepodáváme žádná analgetika ústy (mohla by vyvolat zvracení, nevstřebají se).
- Teplo – snažíme se zabránit prochlazení nebo přehřátí dítěte. Pokud dojde ke zranění v zimě, dítě přikryjeme přikrývkou a druhou dáme pod něj.
- Tekutiny – dítěti nikdy nepodáváme žádné tekutiny ústy. Pocit žízně tlumíme pouze navlhčením rtů. Náhradu ztracených tekutin provede až lékař, podáním infuzních roztoků.
- Ticho – v okolí zraněného dítěte se snažíme udržet co největší klid. S dítětem mluvíme v klidu, vše mu dobře vysvětlíme (zranění, postup ošetření, přivolání lékaře a rodičů).
- Transport – zraněné dítě, které má známky rozvíjejícího se šoku, sami do zdravotnického zařízení nedopravujeme, vždy okamžitě voláme ZZS. Zabráníme tím možným komplikacím.

1.3.1.6 Krvácení z nosu

Krvácení z nosu (epistaxe) se nejčastěji objevuje při poruše drobných cévek uvnitř nosu. Vzniknout tak může úrazem, při kterém se dítě do nosu udeří nebo je někým uhozeno. Mezi další příčiny patří např. poškození nosní sliznice cizím předmětem, které si dítě strká do nosu. Krvácení vzniká i při smrkání nebo kýchání.

Toto krvácení je pro dítě nepříjemné, avšak ve většině případů jej vážněji neohrožuje. Velkou pozornost věnujeme krvácení, během kterého z nosu vytéká velmi řídká a vodnatá krev, jež je příznakem fraktury spodiny lebeční. Tento typ krvácení je pro dítě velmi nebezpečný.

³⁴ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 18 s. ISBN 987-80-247-1824-8

První pomoc při krvácení z nosu³⁵

- Dítě posadíme, stiskneme mu pevně kořen nosu a nosní křídla a mírně předkloníme hlavu. Nabádáme dítě, aby dýchalo ústy. Stisk držíme minimálně pět minut a pak pomalu povolujeme.
- Jestliže krvácení neustalo, znovu opakujeme výše uvedený postup.
- Dítěti můžeme dát na čelo, kořen nosu a zátylek studený obklad.
- Pokud dítěti zatéká krev do dutiny ústní, nesmí ji polykat. Dítě poučíme, aby krev vyplivlo.
- Při déletrvajícím krvácení (více než dvacet minut) nebo pokud je krvácení masivní, voláme ZZS. Stále držíme stisknutý nos. Do dutiny nosní nikdy nic sami nevkládáme (smotaný kapesník, vata apod.) ani netamponujeme.

1.3.2 První pomoc při úrazech

Úrazy všeho druhu neodmyslitelně provázejí dítě při jeho dobrodružné a leckdy i nebezpečné cestě odkrývání tajů světa. Takovými úrazům, které nejčastěji podmiňuje únava dítěte, nepozornost rodičů nebo pedagogů v mateřských školách, je možné předcházet zavedením jednoduchých preventivních opatření (např. důsledný dozor při hře, sportu, pobytu na zahradě; použití záslepek do elektrických zásuvek, vrátek na schodiště; výměna nábytku s ostrými hranami atd.).

1.3.2.1 Poranění hlavy

Zranění hlavy je u dětí častým úrazem. Ve většině případů dojde k drobným modřinám, boulím, malým tržným a řezným ranám. Při pádu z větší výšky nebo při dopadu na tvrdý předmět může dojít k vážným zraněním hlavy, mezi která řadíme otřes, zhmoždění nebo stlačení mozku a také zlomeniny lebky. Všechny tyto úrazy mají podobné příznaky i poskytování první pomoci. V mateřských školách se nejčastěji setkáváme s různými stupni otřesu mozku, proto se dále zaměřuji výhradně jen na první pomoc u tohoto zranění.

Otřes mozku, neboli komoce, patří mezi nejlehčí poranění této skupiny, při kterém dochází k dočasné funkční poruše mozku bez organického poškození. Po odeznění všech příznaků se většinou všechny funkce mozku vrací k normě.

³⁵ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 17 s. ISBN 987-80-247-1824-8;

St. John Ambulance, St Andre´s Ambulance, Association, Brithis Red Gross Society, Český Červený kříž: Příručka první pomoci. Bratislava: Perfekt. 2003. 139 s. ISBN ISBN 80-8046-224-0

Dítě může po úderu upadnout do krátkého bezvědomí, ale není to vždy podmínkou. Po probuzení dochází k přechodné ztrátě paměti na dobu úrazu, dítě je dezorientované. Objevují se bolesti hlavy, závratě, nauzea nebo zvracení. Dítě je poté velmi unavené a nápadně spavé.

Toto zranění nikdy nepodceňujeme, i když se jedná „pouze“ o lehký otřes mozku. Každé zranění hlavy může vyústit do nepříznivého vývoje. Proto je nutné pečlivé sledování dítěte.

První pomoc u otřesu mozku³⁶

- Provedeme celkové vyšetření dítěte, pátráme po dalších zraněních, změříme fyziologické funkce (D,P).
- Dítě uložíme do vodorovné polohy vleže na zádech s mírně podloženou hlavou (viz příloha č. 9).
- Ošetříme případná zranění hlavy nebo přidružená zranění (odřenin apod.).
- Kontrolujeme stav vědomí a orientovanosti dítěte, čímž sledujeme, zda nedošlo ke vzniku komplikací.
- Nikdy nepodáváme nic ústy (pití, jídlo ani léky). Zabraňujeme prochladnutí nebo přehřátí dítěte.
- Při poruše vědomí vždy přivoláme ZZS, pokud jde o lehčí formu, můžeme dopravit dítě k lékaři sami.
- „Pokud je dítě v bezvědomí, zajistíme průchodnost dýchacích cest, zkontrolujeme základní fyziologické funkce a uložíte dítě do zotavovací polohy na nezraněné či zraněné straně“³⁷; (viz příloha č. 7).

1.3.2.2 Poranění břicha

Poranění břicha rozdělujeme do dvou skupin, na otevřená poranění a uzavřená poranění. Každé poranění břicha je pro dítě nebezpečné a může ho také ohrožovat na životě.

Uzavřená poranění břicha vznikají po intenzivním tupém nárazu na břišní stěnu, např. po pádu na břicho z vysoké výšky, po pádech z kola nebo koloběžky s nárazem na řídítka. Uzavřená poranění ohrožují dítě především vnitřním krvácením. Mohou se poškodit parenchymatózní orgány (např. játra nebo slezina). V tomto případě ihned dochází ke

³⁶ KELNAROVÁ, J. et al.: První pomoc I. Praha : Grada Publishing. 2007. 15 s. ISBN 978-80-247-2182-8

³⁷ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 37 s. ISBN 987-80-247-1824-8

krvácení a rychle se rozvíjí obraz šoku. Druhým případem je krvácení pozvolné, které nemusí být ihned rozpoznáno, příznaky se projevují pomalu.³⁸

Otevřená poranění břicha vznikají nejčastěji po řezné, bodné nebo tržně zhmožděné ráně. S tímto typem zranění se v mateřských školách téměř nesetkáme.

Dítě s břišním poraněním zaujímá úlevovou polohu na boku, do které se samo spontánně polohuje („klubíčko“). Mezi další příznaky patří bolest břicha, nevolnost, zvracení, napjatá břišní stěna. Jestliže je přítomné vnitřní krvácení, rozvíjí se známky šoku (viz šok, kapitola 1.3.1.5.). Při otevřených zraněních břicha se může objevit jen malá ranka, která vypadá jako bezvýznamná, někdy však dochází až k vyhřeznutí břišních orgánů. V ráně na břišní stěně může být zapíchnuto cizí těleso (větev, tyč apod.). Rána krvácí.

První pomoc při úrazech břicha

- Dítě otočíme a uložíme do polohy na zádech s podložením dolních končetin tak, aby se nedotýkaly země, lze mírně vypodložit i hrudník a hlavu. Je také možné využít i úlevovou polohu, kterou dítě samo zaujímá.
- Při otevřených úrazech břicha sterilně zakryjeme drobnou nekrvácející ranku. Vyhřezlé orgány nikdy nevracíme zpět do dutiny břišní, pouze je sterilně a měkce překryjeme a přelepíme. Neobvazujeme obinadlem kolem těla. Pokud je v ráně zaklíněno cizí těleso, nevyndáváme ho. Sterilně ho překryjeme a připevníme leukoplast k břišní stěně.
- Při poraněních břicha, i pokud se nám zdá banální, voláme ZZS. Vždy je dobré zajistit odborné vyšetření dítěte. Dítě nikdy do zařízení nedopravujeme vlastními prostředky, může dojít ke zhoršení stavu během transportu.
- Do příjezdu zdravotníků provádíme protišoková opatření.
- Dítěti nepodáváme nic ústy.

³⁸ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 42 s. ISBN 987-80-247-1824-8

1.3.2.3 Poranění pohybového aparátu

Tento typ poranění nastane, jestliže působí na kosti a klouby násilí, které je neúměrné pevnosti kostí a pružnosti kloubů. Vznikají tak zlomeniny, které mohou být zavřené nebo otevřené, dále vykloubení, pohmoždění a podvrtnutí kloubů.

Příčin těchto úrazů je mnoho, mezi nejčastější patří sportovní úrazy (míčové hry, hokej, běh, skok do písku) a pády (z kola, koloběžky, na lyžích, ze skateboardu).

Poranění kloubů

Všechny tři typy poranění kloubů mají podobné příznaky, kterými jsou bolestivost, otok, vznik krevního výronu, špatná pohyblivost a u vykloubení se postižená část končetiny ocitá v nepřírozeném postavení, protože se kloub dostane mimo kloubní pouzdro.

První pomoc u poranění kloubů

- S postiženou končetinou co nejméně hýbeme, nikdy se ji nesnažíme vrátit do fyziologického postavení.
- Končetinu fixujeme elastickým obinadlem (kotník, zápěstí). Při postižení kloubů ruky a nohy můžeme použít leukoplast, kterou k sobě slepíme poraněný a zdravý prst.
- Při vykloubení znehybníme končetinu ve vynucené poloze, nikdy se nesnažíme kloub vrátit zpět do kloubní jamky. Horní končetinu znehybníme pomocí velkého šátkového závěsu (viz příloha č. 10). Dolní končetinu znehybníme svázáním obou končetin k sobě nebo dlahami (viz příloha č. 11).
- Postižené místo chladíme, při pohmoždění a podvrtnutí uložíme končetinu do zvýšené polohy.
- Dítě dopravíme do zdravotnického zařízení, nejlépe na úrazovou chirurgii.
- Jestliže máme podezření na vykloubení kyčelního kloubu, ihned voláme ZZS. Dítě sami nepřevážíme.

Poranění kostí

„Dětské kosti jsou jako mladé, ohebné větve stromu; nepoškodí se tak snadno jako tvrdší kosti v dospělosti. Nejčastější je zlomenina „vrbového proutku“, při které se kost ohne a rozštěpí, ale nezlomí a okolní tkáň je jen nepatrně poškozena. K dalším typům patří jednoduché zlomeniny (kost je čistě zlomena v jednom místě) a složené zlomeniny – kost

se zlomí na více místech.“³⁹ Dále může také docházet ke zlomeninám otevřeným, nad kterými je porušena kůže.

Příznaky zlomenin dělíme na jisté a nejisté. Mezi jisté známky patří změna tvaru končetiny, nepřírozená pohyblivost v místě zlomené kosti a při otevřených zlomeninách úlomek kosti vyčnívající z rány. K nejistým známkám řadíme bolest, hematom, otok a sníženou pohyblivost.

Při zlomenině dlouhých kostí je dítě ohroženo šokovým stavem, který způsobuje vnitřní krvácení z kostní dřevě nebo z poraněných cév v okolí zlomeniny. Při otevřené zlomenině může dojít ke vzniku infekce.

„Zlomenina vyžaduje neodkladnou lékařskou péči – musí být správně srovnána a všechny povrchové rány ošetřeny, aby se minimalizovalo riziko infekce.“⁴⁰

První pomoc při úrazech kostí⁴¹

- Zlomeninu ihned znehybníme, čímž zabráníme pohybu zlomené části. Zavřené zlomeniny fixujeme vždy přes oděv, abychom dítěti nezpůsobovali více bolesti.
- Postup ošetření při zlomenině horní končetiny – končetinu znehybníme ve fyziologickém postavení, ohnutou před tělem do úhlu 90°. Zavřenou zlomeninu HK ošetříme velkým šátkovým závěsem nebo velkým zpevňujícím šátkovým závěsem (viz příloha č. 10). Tyto metody jsou nejrychlejší, nejdostupnější a pro dítě nejšetrnější, na jejich realizaci postačí dva až tři šátky. Při ukládání zlomené končetiny do šátkového závěsu držíme HK vždy za kloubní spojení nad a pod zlomeninou (např. loket – zápěstí při zlomenině kosti loketní či vřetení).
- Postup ošetření při zlomenině dolní končetiny – znehybnění kostí DK je obtížnější než u zlomeniny horní končetiny. Znehybněním omezíme pohyb nemocného. Dolní končetinu můžeme znehybnit pomocí improvizovaných dlah – z násady na koště, lyží, tyče nebo stočenou dekou. Zlomenou končetinu můžeme také pomocí šátkových kravat (viz příloha č. 12) nebo elastických obinadel připevnit ke končetině zdravé. Při použití dlah musíme vždy znehybnit kloubní spojení nad a pod zlomeninou. Místa kloubů vypodložíme např. kapesníkem.

³⁹ STOPPARDOVÁ, M. : První pomoc malým dětem. Praha : Slováry. 2005. 46 s. ISBN 80-7209-677-X

⁴⁰ Tamtéž.

⁴¹ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 46 s. ISBN 987-80-247-1824-8

- Při ošetřování otevřených zlomenin – končetinu znehybníme v pozici, ve které jsme ji našli. S končetinou jinak nehýbeme. Úlomky, které vyčnívají, se nikdy nesnažíme vrátit zpět do těla, pouze je lehce a sterilně kryjeme čtvercem. Poté dáme z každé strany úlomku smotaná obinadla (vytvoříme „most“ viz příloha č. 13), která nám budou sloužit jako bariéra úlomku při připevňování obinadla, jež připevníme v místě zlomeniny. Jestliže vzniklo spolu se zlomeninou krvácení, neprodleně ho zastavíme.

1.3.2.4 Otevřené rány

Otevřená rána je definována jako poškození kůže nebo sliznice, které vedou k vnějšímu krvácení. Do takovéto rány mohou proniknout bakterie a způsobit tak infekci.⁴² Příčinou vzniku ran je působení vnějších mechanických sil na povrch těla.

Otevřené rány dělíme na odřenininy, tržné, řezné a bodné rány. Dále sem řadíme odtržení, amputace, kousnutí zvířetem a střelná zranění. V prostředí mateřských škol dochází nejčastěji k odřeninám, dále k tržným a bodným ranám, proto se jim budu v této kapitole věnovat.

Odřenininy existují povrchové a plošné, nejsou pro dítě příliš nebezpečné. Jsou nepříjemné pro svoji bolestivost, protože se často sedrou i nervová zakončení v kůži. Z rány vytéká tkáňový mok a je náchylná k infekci. Hojí se dlouho, a to strupem. Tržné rány mají nerovné a nepravidelné okraje, hůře se hojí, ohrožují dítě převážně infekcí. Bodné rány charakterizují ostré kraje, jsou hlubší, vstup je malý, rána výrazněji krvácí. Předmět může zůstat zabodnutý v ráně. Při správném ošetření se dobře hojí. Jsou také náchylné k infekci.

První pomoc při otevřených ranách⁴³

- Nekrvácející nebo slabě krvácející ránu a její okolí nejdříve dezinfikujeme 3% peroxidem vodíku. Do rány jinou dezinfekci než peroxid nenaléváme. Okolí rány můžeme také ošetřit septonexem nebo betadinem.
- Při prvním ošetření do rány kromě dezinfekce nic nesypeme, nemažeme apod., zvýšilo by se tím riziko infekce.

⁴² STELZER, J.; CHYTILOVÁ, L.: První pomoc pro každého. Praha : Grada Publishing. 2007. 67 s. ISBN 978-80-247-2144-6

⁴³ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 54 s. ISBN 987-80-247-1824-8

- Poté ránu sterilně kryjeme originálním obvazovým materiálem – polštářkem, který ovážeme třemi až čtyřmi vrstvami obvazu. Malé ranky kryjeme pouze leukoplastí s polštářkem.
- Pokud jsou v ráně viditelné kamínky nebo škvára, musíme je z rány mechanicky odstranit. Nejlépe kartáčkem nebo pinzetou. Odstranění musí být šetrné, ale důkladné. Pokud máme sami strach, odvezme dítě do zdravotnického zařízení.
- Rány, které jsou znečištěny zeminou, škrábance od rezavých hřebíků, drátů nebo ztrouchnivělých třísek, jsou nebezpečné pro vznik tetanu, proto jejich konečné ošetření patří do rukou chirurga. Dítě ihned odvezeme do zdravotnického zařízení.

1.3.2.5 Bodnutí hmyzem

Bodnutí hmyzem bývá aktuální především v letních měsících. Dospělým osobám a zdravým dětem nejsou zpravidla životu nebezpečná, avšak u lidí trpících alergií může docházet ke zvýšené reakci na alergen (cizorodá látka). Osoby s alergií by měly mít stále u sebe léky pro řešení těchto situací, jinak by při bodnutí mohl nastat anafylaktický šok (viz kapitola 3.3.3.). Pro zdravé děti představují zvýšené riziko mnohočetná bodnutí, především sršní.⁴⁴

Při pití sladkých nápojů nebo při konzumaci zmrzliny lze snadno přehlédnout hmyz, který dítě polkne a který při obranné reakci bodne dítě do úst případně do jícnu. Tento stav může ohrožovat dítě na životě. Při otoku úst nebo jícnu dochází k zúžení dýchacích cest, což způsobuje dušení.⁴⁵

Děti bodnutí špatně snášejí pro jeho bolestivost. Přechodně se v místě rány na kůži vytvoří otok a zarudnutí, rána může svědit.

⁴⁴ PETRŽELA, M. : První pomoc pro každého. Praha : Grada Publishing. 2007. 60 s. ISBN 978-80-247-2246-7

⁴⁵ Tamtéž.

První pomoc při bodnutí hmyzem

- Pokud v místě bodnutí vidíme žihadlo, šetrně ho z rány vyndáme, nejlépe pinzetou.
- Ránu začneme ihned ochlazovat studenými obklady, po kterých většinou otok a bolest do několika hodin zmizí.
- Místo vpichu můžeme ošetřit i protialergickými přípravky (např. fenistil gel). Jestliže vznikne větší reakce, je možné tyto léky po domluvě s lékařem podat i ústně.
- Pokud se u dítěte začne rozvíjet těžká alergická reakce nebo pokud bylo dítě štípnuto do úst či jícnu, ihned zavoláme ZZS. Do příjezdu zdravotníků dáme dítěti studený obklad na krk nebo cucat kostku ledu, což zpomalí vznik otoku. Dítěti můžeme podat i několik šumivých tablet kalcia, které mohou ztlumit alergickou reakci. Jestliže je dítě alergické a má u sebe léky, ihned mu je podáme.

Prevence proti bodnutí hmyzem ⁴⁶

- V letním období nemažeme dítě parfemovanými přípravky přitahujícími hmyz.
- Není vhodné rušit a dráždit včely a jiný hmyz.
- Děti držíme v bezpečné vzdálenosti od včelích a vosích hnízd.
- V přírodě používáme na odkryté části kůže nebo na oděv přípravky odpuzující hmyz. Pozor, nikdy se nesmějí stříkat na poraněnou a podrážděnou kůži.

1.3.2.6 Úžeh, úpal

Oba tyto stavy řadíme k tepelným poraněním organismu, patřícíím k celkovým poškozením, které vznikají důsledkem nepříznivého působení tepelných vlivů (působení vysoké okolní teploty). Dětský organismus obsahuje více vody, než je tomu u dospělého člověka, proto nastávají rychlejší a dramatičtější výkyvy tělesné teploty. Děti jsou náchylnější k teplotním změnám.

Úžeh vzniká při déle trvajícím pobytu dítěte na přímém slunci, přičemž sluneční záření působí na nekryté tělo dítěte, především na hlavu. Úžeh bývá často v kombinaci se slunečními popáleninami.

⁴⁶ TRAPANI, G., BERTINO, E.: První pomoc a zdravý dítěte. Praha : Portál.2006. 22 s. ISBN 80-7367-137-

Úpal vzniká při pobytu v uzavřeném prostředí s vysokou teplotou tam, kde nedochází k proudění vzduchu, nebo v horkém prostředí s vysokou relativní vlhkostí. Při tomto stavu se pot nestačí odpařovat z povrchu těla, a proto nelze uplatnit přirozenou termoregulaci.

Na vzniku celkového přehřátí organismu se může podílet i velká fyzická námaha dítěte, jako je např. déletrvající tělesná aktivita, sportovní výkony nebo letní turistika. U většího dítěte často dochází k přehřátí z důvodu „zapomenutí“ se při hře. Dítě samo nedokáže přehřátí organismu rozpoznat, proto zde hraje důležitou roli dospělá osoba hlídající dítě. Při práci svalstvo uvolňuje teplo, jež je přenášeno krví do všech tkání, a tím organismus ohřívá. Dalším faktorem vzniku přehřátí je téměř vždy nedostatečný přísun tekutin. Při pocení pak dochází ke ztrátám soli, které mohou vyústit až v rozvrat vnitřního prostředí.

Úžeh a úpal mají podobné příznaky. Objevuje se vzestup tělesné teploty, která u úžehu dosahuje až 40°C, u úpalu většinou nepřekročí 38,5°C. Dítě pociťuje únavu, je ospalé a malátné. Udává bolesti hlavy, nauzeu a může také zvracet. Kůže je horká a zarudlá, později bledne. Dítě má zrychlenou tepovou frekvenci, rychle a povrchně dýchá, slyší hučení v uších, má rozšířené zorničky, klesá mu krevní tlak a přestává se potit. Mohou se objevit i svalové křeče, které jsou podmíněny ztrátou solí a tekutin. Pokud je dítě dehydratované, rozvíjí se u něj známky šoku. Celý stav může vyústit v kolaps.⁴⁷

První pomoc při úžehu a úpalu

- Ihned zabráníme dalšímu kontaktu s vysokou teplotou – dítě přesuneme do stínu nebo do chladné, větrané místnosti.
- Na dítě můžeme z větší dálky pustit ventilátor, abychom zvýšili cirkulaci vzduchu. Stejně nám poslouží i pohyby ručníkem kolem dítěte.
- Dítěti rozvolníme oděv nebo ho svlékneme.
- Položíme ho na záda a nohy podložíme asi do úhlu 45° nad podložku.
- Dítě se snažíme šetrně ochladit – přiložíme mu studené obklady na čelo a končetiny, můžeme použít i celkový zábal, který vyměňujeme vždy, když se zahřeje. Nebo dítě osprchujeme vlažnou vodou. Tímto způsobem ochlazujeme dítě na teplotu 38°C a pak jej necháme ležet svlečené v postýlce, lehce přikryté prostěradlem.

⁴⁷ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 57 s. ISBN 987-80-247-1824-8

- Doplňujeme ztracené tekutiny – podáváme vlažné nebo studené nápoje, nejlépe poslouží minerální vody, které doplní také ztrátu solí.
- Zarudlou kůži od slunečního záření ošetříme mlékem či krémem (panthenol, mléka po opalování). Hlídáme, aby se dítě dva dny nevystavovalo slunečním paprskům.
- Pokud se u dítěte při vysoké teplotě vyskytne bezvědomí nebo pokud teplota do půl hodiny neklesne, přivoláme ZZS. Během čekání na odbornou pomoc kontrolujeme vitální funkce (dýchání a krevní tep). Nikdy nic nepodáváme dítěti ústy, mohlo by dojít ke zvracení a aspiraci.

Prevence postižení kůže a celého těla sluncem a vysokou teplotou okolí

- „Dítě by vždy mělo mít vhodnou lehkou přikrývku hlavy a sluneční brýle.
- Všem dětem před sluněním ošetříme kůži vhodnými přípravky s vysokým ochranným faktorem (15-20 i více, tyto přípravky navíc kůži zvláčňují a zabrání jejímu přesušení, kůži ošetříme vhodným mlékem i po slunění – udržíme ji dostatečně vláčnou a hydratovanou).
- Období tzv. „poledního slunce“ (přibližně od 11 do 14 hodin), kdy sluneční svit dosahuje nejvyšší intenzity, je nevhodné k přímému působení na dítě nezávisle na věku.
- Dítě nikdy nenecháváme uzavřené v malých a špatně větraných prostorech (uzavřený automobil, prádelna, kuchyně apod.).
- Vždy u dítěte dbáme na pravidelný a dostatečný přísun tekutin, především v horkých letních měsících a horkém okolním prostředí.“⁴⁸

1.3.2.7 Cizí těleso v těle dítěte (oko, ucho, nos)

Především u malých dětí je přítomnost cizího tělesa v těle častou příhodou. V jednoduchých případech jsme schopni sami předmět vyndat, ve složitějších pak přistupuje na řadu praktický lékař, chirurg, oční nebo ušní specialista. Převážně se jedná o malé předměty, které dítě používá (mince, kousek potravy, hračky). Při hře si je může vsunout do ucha, nosu, může je spolknout nebo vdechnout. Proto nemají přijít malé částičky dítěti do rukou. Pouze vdechnuté těleso může ohrožovat dítě na životě, předměty v ostatních tělních dutinách dítěte bezprostředně neohroží.

⁴⁸ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 58 s. ISBN 987-80-247-1824-8

Cizí těleso v oku

Z oka můžeme odstranit pouze tělíška (částičky prachu, oční řasu, apod.), která leží volně na bělmu nebo na spojivkovém vaku. Tato tělíška se dají snadno odplavit. Nikdy se nesmíme pokoušet odstraňovat tělíška, která jsou k oku pevně přichycena, zapíchnuta do povrchu, nebo pokud leží na barevné části oka (duhovka, zornice) – oko bychom tím mohli poškodit. V těchto případech vyhledáme očního specialistu.

Postup při odstraňování cizího tělesa z oka

- Dítě uklidníme, nabádáme ho, aby si přestalo mnout postižené oko a pokusíme se oko prohlédnout. Postavíme se za dítě a prsty roztáhneme oční štěrbinu a stáhneme oční víčko. Pokud je dítě větší, poprosíme ho, aby se dívalo postupně na všechny strany, čímž prohlédneme všechny viditelné části oka.
- Chvilí počkáme, zda se těleso nevyplaví slzami samo.
- Než přistoupíme k mechanickému vyjmutí cizího tělesa, můžeme zkusit odstranit předmět vypláchnutím pomocí borové vody, Ophtalmo-Septonexu nebo čisté vody.
- Pokud těleso v oku vidíme, zkusíme ho vyndat navlhčeným rohem kapesníku nebo čtverečkem gázy.
- Jestliže se předmět nachází pod horním víčkem, pokusíme se ho vyndat tak, že při pohledu dítěte směrem dolů uchopíme víčko za řasy a přetáhneme ho přes řasy dolního víčka, které mohou předmět odstranit. Pokud je tento manévr neúspěšný, můžeme se pokusit šetrně otočit horní víčko a poté předmět odstranit. Víčko se samo vrátí po zamrkání.
- Pokud nám volně ležící těleso nejde odstranit, vyhledáme očního specialistu.

Cizí těleso v uchu

Nejčastěji si děti strkají do ucha různé kuličky, korálky, kousky hraček, fazole, oříšky nebo čočkové baterie. V létě, při pobytu venku, může do ucha vlézt drobný hmyz. Při čištění ucha také někdy dochází k uvíznutí vatičky.

Děti si ucho mnou, svědí je a mohou hůře slyšet. Pokud je předmět v uchu delší dobu, dochází k zánětu zevního zvukovodu, který je provázený bolestivostí a hnisavým sekretem z ucha.

Opatření při podezření na cizí těleso v uchu

- Pokud je těleso patrné okem, odstraníme ho uchopením do čisté pinzety. Provádíme šetrně, nikdy nesmíme použít násilí.
- Jestliže předmět nevidíme, nesnažíme se ho z ucha dítěte odstraňovat. Mohli bychom poranit zvukovod nebo bubínek. Dítě dopravíme do zdravotnického zařízení (dětská ORL ambulance).
- Zda-li se dostal do ucha drobný hmyz, propláchneme ho malým množstvím vlažné vody, pak nakloníme hlavu na stranu, aby voda vytekla a vyplavila hmyz. Tento postup můžeme opakovat několikrát. Při neúspěchu vyhledáme odbornou pomoc.
- Nikdy nesmíme spoléhat na to, že tělíčko z ucha později samo vypadne, mohlo by dojít k vážnému poškození sluchu.

Cizí těleso v nose

Předměty si děti vkládají do nosu ve větší frekvenci než do ucha. Složení předmětů je velmi pestré – od drobných korálků až po knoflíky nebo kousky jídla.

Potíže se nemusejí projevit okamžitě, předmět může postupně zapříčinit neprůchodnost nosní dírky. Při poranění sliznice se objevuje krvácení. Jestliže má dítě delší dobu páchnoucí hnisavý výtok z jedné dírky, měli bychom uvažovat o tomto problému.

Opatření při podezření na cizí těleso v nose

- Pokusíme se přimět dítě, aby předmět vysmrkalo.
- Pokud se to nepodaří, vyhledáme odbornou pomoc (dětská ORL ambulance).
- Z nosu nikdy sami předmět nevyndáváme ani do něj nic nenaléváme.

1.3.3 První pomoc při neúrazových naléhavých stavech

V případě, že dítě trpí alergií, epilepsií či častými záněty hrtanu, je nutné informovat pedagogy v mateřské škole, čímž minimalizujeme riziko rozvinutí onemocnění do akutní fáze, jako je epileptický nebo astmatický záchvat. Jestliže se v mateřské škole vyskytuje dítě s podobnými problémy, každý pedagog musí bezpodmínečně znát projevy a příčiny vzniku daného onemocnění a také musí být schopen poskytnout správnou první pomoc.

1.3.3.1 Laryngitida

Laryngitida patří mezi závažná onemocnění horních cest dýchacích, nejčastěji postihuje jejich nejužší část, tedy hlasivkovou štěrbinu. Utvoří se otok hlasivek a prostoru pod nimi, což vede k omezení průchodu vzduchu dýchacími cestami. Často přechází na průdušnici a průdušky.

Příčinou vzniku laryngitidy bývá virová infekce nebo nachlazení. Obvykle se vyskytuje u malých dětí, častěji u chlapců ve věku šesti měsíců až šesti let. Kritické období, během kterého může docházet k opětovnému onemocnění dítěte, je věk od dvou do tří let, především na jaře a na podzim, což je pro laryngitidu typické.

„Stav se rozvíjí velmi rychle, během několika hodin, převážně v noci. Obraz choroby je dramatický, dítě je dušné při nádechu i při výdechu. Při nádechu zatahuje měkké části hrudníku – mezižeberní prostory a nadklíčkové jamky. Objevují se hlasité zvukové fenomény při nádechu, připomínající kokrhání. Objevuje se suchý, štěkavý kašel, dítě neodkašlává. Mívá zatřený hlas, chraptí, ale dobře polyká. Se změnou polohy se dušnost nemění. Většinou nebývá přítomna horečka, může být zvýšená teplota (37,5°C). Dítě je neklidné, úzkostné, plačtivé a vyděšené. Při významném zúžení dýchacích cest otokem sliznice se dítě dusí, může promodrávat.“⁴⁹

Laryngitida je závažné onemocnění, které v případě pozdního a neodpovídajícího způsobu léčby, může vést k závažným komplikacím, až k ohrožení života dítěte. Při správné léčbě je dítě zdrávo do několika dnů.

První pomoc při laryngitidě

- Jestliže je venku studený vzduch, zabalíme dítě do přikrývky a posadíme se s ním k otevřenému oknu, u kterého setrváme až do příjezdu záchranné služby. Vlhký a studený vzduch kladně působí na otok sliznice.
- Když toto nelze, uložíme dítě do postýlky a snažíme se okolní vzduch zvlhčit ručníky namočenými do studené vody. Lze je rozložit na radiátory nebo přímo nad postýlku.
- Dítě můžeme vzít také do koupelny a pustit horkou vodu. Vzniklá pára zlepšuje dýchání.

⁴⁹ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 71 s. ISBN 987-80-247-1824-8

- „Pokud jde o opakované onemocnění a jsme-li poučeni od lékaře o podání léků v této situaci, podáme léky, v případě dušnosti vždy voláme lékaře. Nejčastěji se podávají kortikoidy ve formě čípků do konečníku (např. Rectodelt).“⁵⁰

1.3.3.2 Bronchiální astma

„Chronické onemocnění většinou na alergickém podkladě, které postihuje všechny věkové kategorie dětského věku. Je závažné pro svůj dlouhodobý průběh, opakující se potíže, obtížné a ne vždy úspěšné vyléčení dítěte.“⁵¹

Onemocnění se vyskytuje u alergických dětí přecitlivělých na určité látky běžně se vyskytující v jejich prostředí. Mluvíme o tzv. alergenech, kterými bývají např. pyly, prach, roztoči, potraviny, zvířecí srst nebo plísň. Bronchiální astma se nejčastěji projevuje záchvatovitou dušností, k níž se mohou připojovat další projevy alergie – sezónní rýma, atopický ekzém nebo potravinové alergie.

U astmatika vyvolá záchvat výdechové dušnosti většinou kontakt s alergenem, ale může být zapříčiněn také zvýšenou fyzickou námahou, stresem, chladem, infekcí dýchacích cest. Prudká život ohrožující reakce se může objevit po bodnutí včelou, vosou, po podání určitých léků nebo po zkonsumování některých potravin.

Vlastní dušnost je způsobena otokem sliznice průdušek a bronchů. V jejich stěně dojde ke stažení svalových vláken a ke zvýšení sekrece hustého vazkého hlenu, čímž se postupně zúží průdušky. Dítě je dušné především při výdechu. Dech je zrychlený a povrchní, někdy se objevují na dálku slyšitelné pískoty. Dítě bývá úzkostné, vyděšené, má pocit sevřeného hrudníku a také může promodrat obličej a rty. Projevem lehkého záchvatu je dráždivý kašel, objevující se často v nočních hodinách. Během těžkého záchvatu musí dítě dýchat velikou silou, je velmi unavené a při déle trvajícím nedostatku kyslíku může docházet až ke ztrátě vědomí.

⁵⁰ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 72 s. ISBN 987-80-247-1824-8

⁵¹ OLCHAVA, P: Zdravé a nemocné dítě od početí do puberty. Praha : Grada Publishing, 2007. 137 s. ISBN 978-80-247-1847-7

První pomoc při bronchiálním astmatu

- Dítě posadíme na lůžko tak, aby se mohlo rukama přidržet postele, tím se dítěti odlehčí hrudník a pomůže zapojit pomocné dýchací svaly, což ulehčí jeho dechovému úsilí.
- Co nejdříve zajistíme přívod čerstvého vzduchu a dítěti rozvolníme těsný oděv.
- Dítě uklidňujeme a dbáme na jeho fyzický klid, čímž zmírníme nároky na přívod kyslíku.
- Pokud se dítě léčí s astmatem dlouhodobě, podáme inhalační léky, které používá, v předepsané dávce. Jestliže léky do několika minut nezaberou, ihned voláme ZZS.
- Jedná-li se o velmi silný záchvat s příznaky těžké dechové nedostatečnosti, zahájíme resuscitaci (viz kapitola 1.3.1.4.) a co nejrychleji přivoláme ZZS.
- Pokud jde o první astmatický záchvat vždy voláme ZZS.

Zásady správné techniky podávání inhalačního léku

- „Protřeptejte dávkovací nádobku (viz příloha č. 20) s lékem.
- Nádobku upevněte do nástavce v kolmé poloze, dnem vzhůru.
- Přiložte pevně masku nástavce dítěti na nos a ústa.
- Větší dítě sevře pevně rty kolem náustku nástavce.
- Vstříkněte do nástavce jednu dávku nádobky.
- Dítě dýchá do nástavce, dokud neprovede 5 – 6 nádechů.
- Uvolněte nástavec z úst a nechte několikrát dítě prodechnout bez nástavce.
- Obvykle má dítě předepsány dvě a více dávek. Opakujte celý postup.
- Každá dávka se podává odděleně.
- Udržujte nástavec čistý a suchý.“⁵²

⁵² GREGORA, M.: První pomoc u dětí. Praha : Mladá fronta. 2004. 42 s. ISBN 80-204-1064-3

1.3.3.3 Anafylaktický šok

„Tento stav je těžkou alergickou reakcí celého organismu. U vnímavých jedinců se při kontaktu se spouštějícím faktorem může rozvinout během několika minut, ba i vteřin, a může být smrtelný. Mezi možné spouštějící faktory patří: kontakt s konkrétními materiály, injekce specifického léku (např. očkování), žihadlo určitého druhu hmyzu, požití potravin (např. arašídy). Při anafylaktické reakci se do krve uvolňují chemické látky, které rozšiřují krevní cévy a zužují dýchací cesty.“⁵³

Anafylaktický šok se projevuje neklidem, apatií, zmateností, dítě má pocit žízně. Je provázený nevolností, zvracením a jsou přítomné i závratě. Vždy dochází k prudkému poklesu krevního tlaku, což se projeví slabostí a kolapsovým stavem. „Bývají přítomny rychle vznikající otoky v obličeji, na krku, otoky očních víček, slzení a kýčání.“⁵⁴ Dítě bývá dušné, má bledou, studeně opocenou kůži. Kolem rtů a pod nehty může mít kůže našedlý odstín.

První pomoc u anafylaktického šoku

- Co nejrychleji přivoláme ZZS, operátorovi sdělíme, že se jedná o prudkou alergickou reakci.
- Jestliže se již někdy u dítěte vyskytla alergická reakce, ihned podáme léky.
- Dítě uložíme do protišokové polohy (viz příloha č. 8), poloha na zádech se sníženou horní polovinou těla a dolními končetinami podloženými alespoň o 30 cm, anebo dítě posadíme, čímž usnadníme dýchání.
- „V případě rychle vznikajícího otoku v oblasti horních dýchacích cest a dutiny ústní se pokusíme včas dýchací cesty zajistit jejich improvizovaným zprůchodněním, například šetrným vložením kusu gumové hadice, skrz kterou postižené dítě může dýchat.“⁵⁵
- Zpomalit a zmenšit otok sliznice měkké části dutiny ústní a krku můžeme pomocí nosních sprejů, které se používají při běžné rýmě a uvolnění nosu (Nasivin, Olynth).

⁵³ St. John Ambulance, St Andre´s Ambulance, Association, Brithis Red Gross Society, Český Červený kříž: Příručka první pomoci. Bratislava: Perfekt. 2003. 123 s. ISBN 80-8046-224-0

⁵⁴ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 75 s. ISBN 987-80-247-1824-8

⁵⁵ Tamtéž.

- Dítěti přiložíme na krk studený obklad, můžeme mu dát cucat kostku ledu nebo zmrzlinu.
- Jestliže postižené dítě ztratí vědomí, uvolníme mu dýchací cesty a zkontrolujeme dýchání; je nutné v případě potřeby poskytnout kardiopulmonální resuscitaci. Jestliže dýchá, uložíme ho do Rautekovy zotavovací polohy.

Jak předcházet anafylaktickému šoku

- Pokud víme o těžké alergii u dítěte, zvláště prodělalo-li již reakci podobného typu, může být vybaveno léky v injekční formě, které lze jednoduchým způsobem aplikovat dítěti při anafylaxi do svalu a zachránit mu tak život.
- „Dětský alergik by měl být pečlivě sledován odborným lékařem, měl by být přesně zjištěn typ alergie. Kromě zajišťující preventivně a dlouhodobě podávané léčby a specifické protialergické léčby by se mělo dítě plánovaně vyvarovat styku s alergenem, který obtíže vyvolává.“⁵⁶

1.3.3.4 Epileptické křeče

„Epilepsie je neurologické onemocnění, charakterizované především záchvaty tonicko-klonických křečí spojených s poruchou vědomí.“⁵⁷

„Křeče jsou bezděčné, nekoordinované prudké pohyby svalů končetin, hlavy nebo celého těla. Tyto pohyby přicházejí náhle a někdy je doprovází ztráta vědomí.“⁵⁸

„Existují dva druhy epileptických záchvatů. Při tzv. generalizovaném záchvatu je v jednu chvíli změnou elektrické aktivity postižen celý mozek.“⁵⁹ Do této skupiny patří tonicko-klonické záchvaty a záchvaty absencí. Tonicko-klonické záchvaty (dříve známé jako grand mal, velký epileptický záchvat) jsou nejdramatičtějším typem záchvatů, kterým může předcházet aura, což jsou zvláštní podněty psychické (nespavost, podrážděnost), viscerální (palpitace, stahy břicha), senzitivní (svědění, bodání) a sensorické (mimořádné pocity zrakové, sluchové a chuťové). V počáteční fázi záchvatu klesá dítě na zem, upadá do bezvědomí a nevnímá zevní podněty. Nejdříve se objevují tonické křeče, při kterých se stáčí oči ke straně, horní končetiny jsou částečně ohnuty a dolní končetiny jsou natažené.

⁵⁶ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 76 s. ISBN 987-80-247-1824-8

⁵⁷ KELNAROVÁ, J. et al.: První pomoc I. Praha : Grada Publishing. 2007. 61 s. ISBN 978-80-247-2182-8

⁵⁸ TRAPANI, G., BERTINO, E.: První pomoc a zdraví dítěte. Praha : Portál. 2006. 29 s. ISB 80-7367-137-9

⁵⁹ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 77 s. ISBN 987-80-247-1824-8

Po třiceti sekundách se vyskytnou křeče klonické, které jsou doprovázené prudkými záškuby celého těla a křečemi žvýkacích svalů. Na jejich podkladě vzniká zvýšené slinění, dítě si může pokousat jazyk. Během záchvatu může dojít k spontánnímu povolení svěračů, odchází moč a stolice. Dítě má poruchy dýchání, často dochází k zástavě dechu, což se projeví modráním kůže dítěte. Tento záchvat trvá několik vteřin až několik minut, dítě se probírá unavené, někdy i zmatené, a usíná.

Záchvaty absencí (dříve známé jako „petit mal“, malý epileptický záchvat) jsou celkové záchvaty bez poruchy vědomí, ale mají rozmanité projevy, dle místa postižení nervového systému. Zpočátku nemusí být rodiči vnímán jako nemoc. Projevuje se chvilkovým zahleděním, které se u dítěte opakuje, krátkodobými křečemi svalových skupin kdekoli na těle, dočasným zastavením činnosti a také se mohou objevovat náhlé změny nálad a nevysvětlitelné pády dítěte bez ztráty vědomí. Záchvat v některých případech provázejí automatizmy, jako je přešlapování, žvýkání nebo opakované pohyby rukou. Tyto stavy trvají několik vteřin a dítě si na záchvat nepamatuje. Při těchto formách není většinou první pomoc nutná.

„V druhém případě vzniká elektrická aktivita jen v určité ohraničené části mozku – jedná se o tzv. záchvaty ložiskové. Nedochozí ke ztrátě vědomí, záchvat se projevuje rytmickými stahy určité svalové skupiny nebo periodicky se opakujícími neúčelnými pohyby, které může provázet různě velká porucha vědomí. Většinou nejsou opatření první pomoci nutná.“⁶⁰

První pomoc u epileptických křečí

- „Při prvních známkách záchvatu, jako je aura, položíme dítě na lůžko nebo na podlahu – zabráníme tím možnému poranění při pádu.“⁶¹
- Z okolí dítěte musíme odstranit všechny předměty, o které by se mohlo poranit. Pokud to nelze, předměty přikryjeme dekou nebo polštářem.
- Během záchvatu nenecháváme dítě nikdy o samotě, nezabraňujeme fyzicky křečím, nepřidržíme násilím končetiny, mohlo by dojít k dalšímu zranění (zlomeniny).
- Nikdy nevkládáme nic do úst, nesnažíme se je otevřít.

⁶⁰ SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 78 s. ISBN 987-80-247-1824-8

⁶¹ KELNAROVÁ, J. et al.: První pomoc I. Praha : Grada Publishing. 2007. 62 s. ISBN 978-80-247-2182-8

- Pokud má dítě z předchozí doby naordinované léky určené pro akutní záchvaty, podáme je (např. diazepam v tubě do konečníku – Stesolid). Těmito léky jde někdy předejít plně rozvinutému záchvatu, pokud jsou podány včas (při auře).
- Jestliže je dítě pro epilepsii léčeno dlouhodobě, není ojedinělý záchvat důvodem k přivolání ZZS. Doporučuje se po záchvatu během několika dní navštívit neurologa a nechat dítě vyšetřit.
- Dítě, u kterého se záchvat objevil poprvé, musí vyšetřit neurolog.
- Pokud trvá záchvat křečí více jak 20 – 30 minut, ihned musíme přivolat ZZS. Jedná se o epileptický stav (status epilepticus), který vážně ohrožuje život dítěte. Vzniká zde riziko zástavy dýchání a oběhu, může dojít k aspiraci do plic.
- Po odeznění křečí uložíme dítě do zotavovací polohy, přikryjeme dekou a zajistíme dostatek čerstvého vzduchu. Pokud dítě usne, nebudíme ho a budeme sledovat dýchání.

1.3.3.5 Bolesti břicha, náhlé příhody břišní

Bolesti břicha jsou u dětí, hned po onemocnění dýchacích cest, druhým nejčastějším jevem. Dítě je často vnímá a navenek prožívá dramaticky, avšak ve většině případů se nejedná o závažný problém. Jestliže bolesti břicha trvají delší dobu nebo se bolest opakuje, je třeba zpozornět a pomýšlet na závažnější nemoc.

Děti popisují bolest břicha úměrně svému věku – malé děti reagují na bolest pláčem, schoulením se do klubíčka a bolestivou grimasou v obličeji; větší děti jsou již schopny ukázat místo bolesti, později i popsat charakter. Děti obvykle lokalizují bolest kolem pupku, vnímání bolesti břišních orgánů je jen přibližné.

Náhlá příhoda břišní má velkou řadu příčin, jednou z nejčastějších je akutní zánět slepého střeva. Mohou se však vyskytnout i záněty dalších orgánů, jako jsou ledviny nebo vaječníky. Další příčinou může být akutní střevní neprůchodnost v důsledku mechanické překážky nebo pohyblivosti střev. U větších dětí vyvolávají náhlou příhodu břišní také kameny ve žlučových, ledvinných nebo močových cestách. Bolest břicha je často způsobena i onemocněním plic, srdce nebo pohlavních cest, střevními parazity či dietními chybami.

Bolest mívá různou intenzitu a charakter. U dítěte se objevuje pocit nevolnosti nebo zvracení. Může mít průjem a také hlen a krev ve stolici. Pro akutní stav je typické napnuté, tvrdé břicho, velmi bolestivé na dotek. Dítě se brání pohybu, nejčastěji vyhledává polohu

na boku (ukládá se do „klubíčka“), je schvácené a úzkostné. V těžkém stavu má zrychlený a mělký tep, rychle a povrchně dýchá a začínají se rozvíjet známky šoku.⁶²

První pomoc při náhlé příhodě břišní

- Dítě uklidňujeme a přivoláme odbornou pomoc.
- Pokud se dítě cítí dobře v úlevové poloze na boku, necháme ho v ní. Dítě můžeme také uložit na záda s podloženými dolními končetinami pod kolena, paty se nedotýkají podložky. Touto polohou docílíme uvolnění břišního lisu, dítěti se částečně uleví.
- Pokud se začínají objevovat známky šoku (viz kapitola 1.3.1.5.) zahájíme protišoková opatření (viz příloha č. 14) a ihned zavoláme ZZS. Nikdy nepřevážíme dítě do zdravotnického zařízení sami. Do doby než přijede lékař průběžně kontrolujeme základní životní funkce dítěte.
- Nikdy nepodáváme dítěti nic ústy, hrozí zde možnost operace v celkové anestezii. Také nikdy nepřikládáme dítěti na břicho studené obklady před odborným chirurgickým vyšetřením. Obklady by mohly zastřít příznaky náhlé příhody břišní, „ledujeme“ až po ordinaci lékaře.

⁶² SRNSKÝ, P.: První pomoc u dětí. Praha : Grada Publishing, 2007. 83 s. ISBN 987-80-247-1824-8

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle a hypotézy

2.1.1 Hlavní cíl práce

Zjistit úroveň znalostí a dovedností v oblasti první pomoci u učitelek mateřských škol.

2.1.1.1 Dílčí cíl č. 1

Ověřit, které teoretické znalosti a praktické dovednosti v první pomoci činí učitelkám mateřských škol největší obtíže.

Hypotéza č. 1

Učitelky mateřských škol mají nejméně teoretických znalostí v oblasti život ohrožujících stavů (bezvědomí, KPR, uvolnění dýchacích cest).

Hypotéze č. 1 odpovídají v dotazníku otázky 8 – 13.

Hypotéza č. 2

Při experimentu činí učitelkám mateřských škol největší obtíže resuscitace.

Hypotéze č. 2 odpovídá modelová situace č. 2.

2.1.1.2 Dílčí cíl č. 2

Zmapovat rozsah teoretických znalostí první pomoci učitelek mateřských škol.

Hypotéza č. 3

Učitelky v mateřských školách splňují vědomostní test první pomoci minimálně z 60%.

Hypotéze č. 3 odpovídají v dotazníku otázky 8 – 26.

2.1.1.3 Dílčí cíl č. 3

Zjistit, zda existuje rozdíl ve znalostech a dovednostech první pomoci učitelek podle délky praxe v mateřských školách a podle dosaženého vzdělání.

Hypotéza č. 4

Učitelky s více jak pětiletou praxí v mateřské škole mají lepší praktické dovednosti než učitelky, které mají praxi v mateřské škole kratší než pět let.

Hypotéza č. 5

Učitelky s vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním mají lepší teoretické znalosti v první pomoci než učitelky s nižším vzděláním.

Hypotéze č. 4 odpovídají všechny modelové situace v experimentu.

Hypotéze č.5 odpovídají v dotazníku otázky 8 – 26.

2.1.1.4 Dílčí cíl č. 4

Zjistit, zda existuje rozdíl ve znalostech a praktických dovednostech v první pomoci mezi učitelkami, které absolvovaly kurz první pomoci, a učitelkami, které kurz neabsolvovaly.

Hypotéza č. 6

Učitelky, které absolvovaly kurz první pomoci mají lepší teoretické znalosti a praktické dovednosti v první pomoci než učitelky, které kurz neabsolvovaly.

Hypotéze č. 6 odpovídají v dotazníku otázky 8 – 26.

2.2 Metodika práce

Po vypracování teoretického základu jsem přistoupila ke stěžejní části mé bakalářské práce, a to k průzkumu reálných teoretických znalostí a praktických dovedností učitelek v jedné mimopražské a čtyřech pražských mateřských školách (v práci jsou označovány jako MŠ 1 – 5).

Výzkum jsem provedla na základě dotazníku (viz příloha č. 21), který se sestává z pěti částí (biografické údaje, základní informace, první pomoc při život ohrožujících stavech, první pomoc při úrazech, první pomoc při neúrazových naléhavých stavech), a experimentu založeném na pěti modelových situacích (viz příloha č. 22), jejichž skutečný vznik je velmi pravděpodobný právě v prostředí mateřských škol.

Test teoretických znalostí je tvořen pěti úvodními dotazy, týkajícími se biografických údajů respondentek, a dvaceti šesti otázkami, seskupenými do zbývajících čtyř oddílů, které zjišťují znalosti a vědomosti učitelek v různých oblastech první pomoci. Většina položených otázek má polynomický charakter (otázka č. 1, 8 – 26), respondentky vybírají ze tří možností, z nichž právě jedna je správná. V dotazníku se dále objevují otázky dichotomické (otázka č. 3 – 6) a otázky otevřené (biografické údaje, otázka č. 2, 7).

Dotazník byl předložen celkem osmaosmdesáti učitelkám z pěti mateřských škol (MŠ 1 – 15, MŠ 2 – 11, MŠ 3 – 9, MŠ 4 – 10, MŠ 5 – 11) v intervalu od prosince 2009 do ledna 2010, z čehož bylo možné vyhodnotit pouze padesát šest testů. Zbýlých třicet dva dotazníků jsem jakožto irelevantní materiál nemohla zahrnout do výsledků provedeného výzkumu, a to z důvodu částečného vyplnění testu či nezodpovězení žádné otázky.

Experiment byl proveden v průběhu února 2010. Úkolem učitelek bylo poskytnutí první pomoci dítěti v několika modelových situacích, k čemuž posloužil model dítěte, figurína pro nácvik resuscitace a obvazový materiál. Výsledky experimentu jsem zaznamenávala do protokolu experimentu (viz příloha č. 22).

Experimentu se zúčastnilo třicet jedna učitelek ze tří mateřských škol. Dvě mateřské školy (MŠ 2 a MŠ 5) provedení této části výzkumu zcela odmítly.

2.3 Výsledky kvantitativního výzkumu a jejich analýza

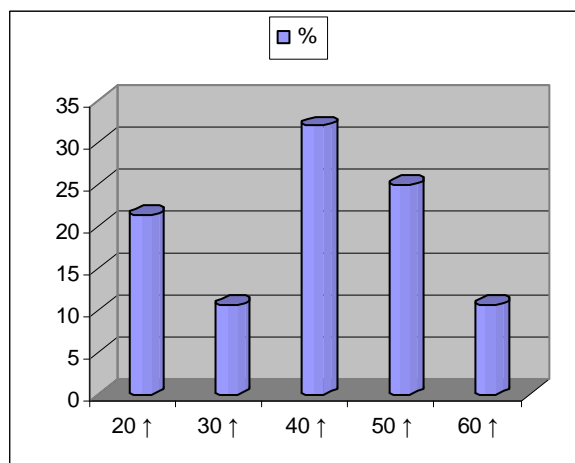
I. Biografické údaje

Věk:

Tabulka č. 1: Věk

Odpověď	n	%
20 ↑	12	21,4
30 ↑	6	10,7
40 ↑	18	32,1
50 ↑	14	25,0
60 ↑	6	10,7
Celkem	56	100

Graf č. 1: Věk



Z grafu č. 1 je patrné, že téměř jedna třetina z celkového počtu padesáti šesti respondentek dosahuje věku 40 – 49 let. Mezi další početněji zastoupené skupiny patří věková hranice 20 – 29 let a 50 – 59 let, obě překročily hodnotu 20 %. 10,7 % dosahují učitelky ve věku 30 – 39 let a 60 let a více.

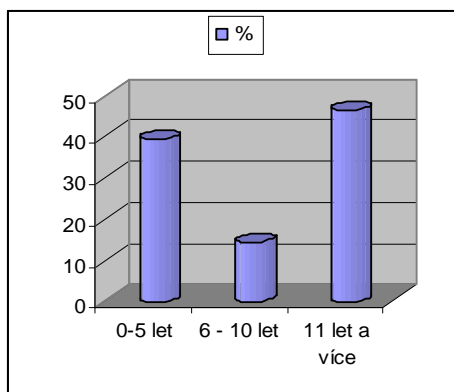
Délka praxe v mateřských školách:

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 let a více

Tabulka č. 2: Délka praxe

Odpověď	n	%
a)	22	39,3
b)	8	14,3
c)	26	46,4
Celkem	56	100

Graf č. 2: Délka praxe



Z tabulky č. 2 a grafu č. 2 vyplývá, že nejpočetnější skupinu tvoří učitelky s praxí delší než 11 let, a to ze 46,4 %. O zbylých 53,6 % se dělí respondenty s praxí 0 – 5 let (39,3 %) a 6 – 10 let (14,3 %).

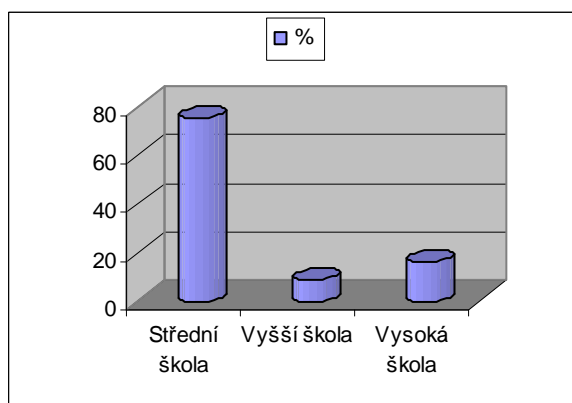
Pro vyhodnocování výsledků a hypotéz jsou učitelky s praxí 0 – 5 let a 6 – 10 let (odpověď b) a c)) sloučeny do jedné skupiny. Hodnoceny jsou učitelky s praxí delší než pět let (34 respondentek) a učitelky s praxí pět let a méně (22 respondentek).

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Tabulka č. 3: Dosažené vzdělání

Odpověď	n	%
Střední škola	42	75,0
Vyšší škola	5	8,9
Vysoká škola	9	16,1
Celkem	56	100

Graf č. 3: Dosažené vzdělání



Šetření ukazuje, že 75 % respondentek má středoškolské vzdělání. Absolventky vysokých škol představují 16,1 %. Zbývajících 8,9 % tvoří učitelky s vyšším odborným vzděláním, jedná se o nejméně zastoupenou skupinou.

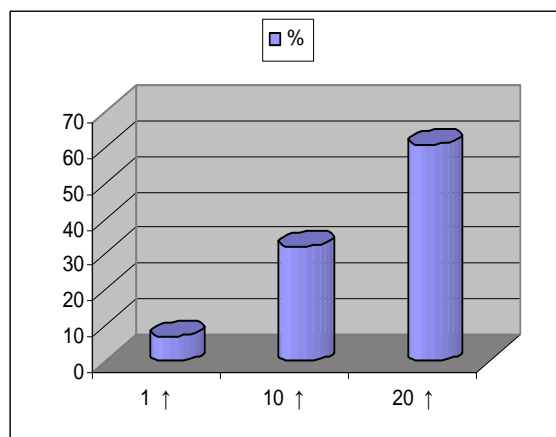
Při vyhodnocování výsledků a hypotéz spadají absolventky vyšších odborných škol a vysokých škol do jedné kategorie. Hodnoceny jsou učitelky se středoškolským vzděláním (42 respondentek) a vysokým či vyšším odborným vzděláním (14 respondentek).

Počet dětí: ve třídě.....

Tabulka č. 4: Počet dětí ve třídě

Odpověď	n	%
1 ↑	4	7,1
10 ↑	18	32,1
20 ↑	34	60,7
Celkem	56	100

Graf č. 4: Počet dětí ve třídě



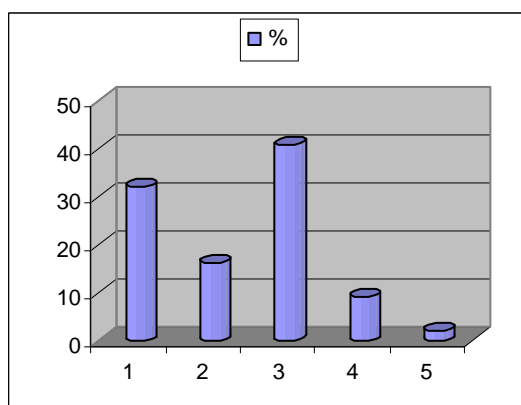
Téměř 61 % učitelek odpovědělo, že má na starost třídu s obsazením dvaceti a více dětí. Respondentek, které hlídají deset až devatenáct dětí je 32 %. Zbýlých 7 % zahrnuje dotazované, jež dohlížejí na skupinu jednoho až devíti dětí.

Počet dětí: vlastních.....

Tabulka č. 5: Počet vlastních dětí

Odpověď	n	%
0	18	32,1
1	9	16,1
2	23	41,1
3	5	8,9
4	1	1,8
Celkem	56	100

Graf č. 5: Počet vlastních dětí



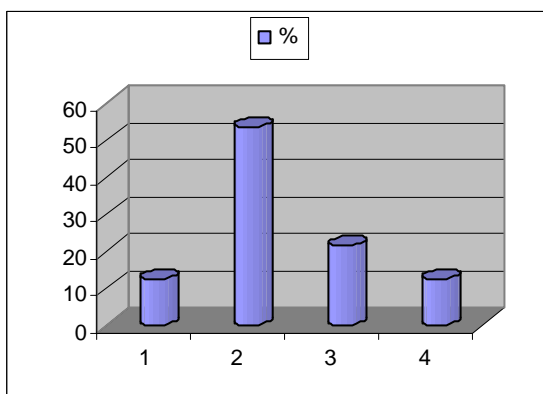
Bezmála jedna třetina (32,1 %) dotazovaných učitelek nemá žádné vlastní dítě. Ostatní mají jedno až čtyři děti. Nejobsáhlejší skupinu tvoří respondentky s dvěma vlastními dětmi (41 %). Devět učitelek má jedno dítě (16,1 %), pět uvádí tři děti (8,9 %) a jedna čtyři děti (1,8 %).

Počet učitelek na skupinu dětí: ...

Tabulka č. 6: Počet učitelek na skupinu dětí

Odpověď	n	%
1	7	12,5
2	30	53,6
3	12	21,4
4	7	12,5
Celkem	56	100

Graf č. 6: Počet učitelek na skupinu dětí



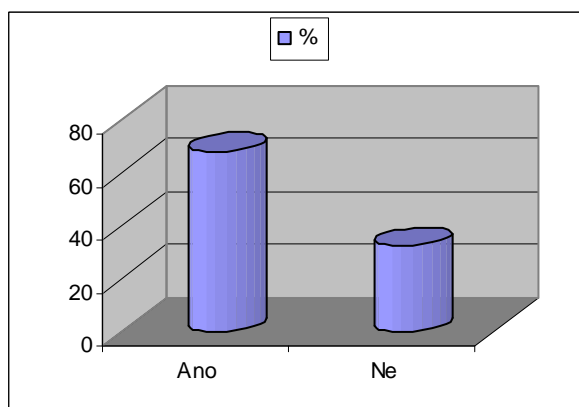
Téměř 54 % respondentek uvedlo, že na skupinu dětí dohlíží dvě učitelky. V 21,4 % jsou na skupinu dětí tři učitelky. 12,5% spadá jednak na skupinu hlídanou čtyřmi respondentkami a taktéž na skupinu hlídanou pouze jednou respondentkou.

Absolvovala jste někdy kurz (školení) první pomoci? Ano – Ne

Tabulka č. 7: Kurz první pomoci

Odpověď	n	%
Ano	38	67,9
Ne	18	32,1
Celkem	56	100

Graf č. 7: Kurz první pomoci



Nadpoloviční většina respondentek absolvovala kurz první pomoci. 32% nikdy kurz ani školení první pomoci neabsolvovalo.

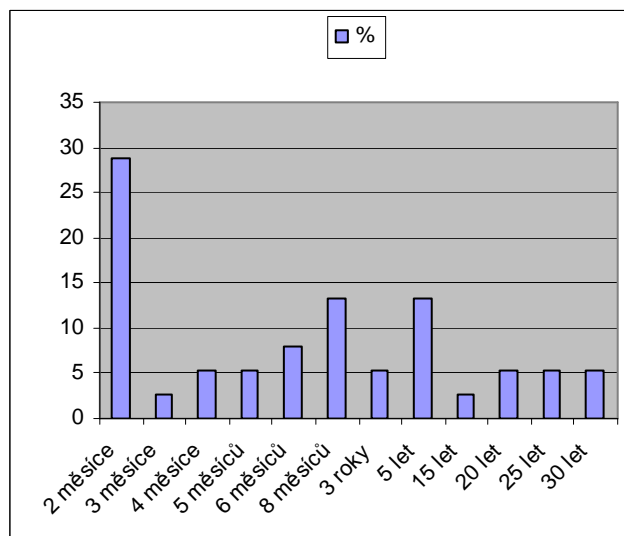
Tato otázka sloužila jako rozřazovací pro následující otázku, která zjišťuje, před kolika měsíci či lety učitelky kurz první pomoci absolvovaly.

Jestliže jste absolvovala kurz (školení) první pomoci, před kolika měsíci / lety to bylo?

Tabulka č. 8: Kurz PP – časové údaje

Odpověď	n	%
2 měsíce	11	28,9
3 měsíce	1	2,6
4 měsíce	2	5,3
5 měsíců	2	5,3
6 měsíců	3	7,9
8 měsíců	5	13,2
3 roky	2	5,3
5 let	5	13,2
15 let	1	2,6
20 let	2	5,3
25 let	2	5,3
30 let	2	5,3
Celkem	38	100

Graf č. 8: Kurz PP – časové údaje



Na tento dotaz odpovídají pouze respondenty, které na otázku, zda absolvovaly kurz první pomoci, odpověděly kladně. Kladně odpovědělo z 56 dotazovaných 38 učitelek (67,9 %).

Více jak jedna polovina učitelek (63 %) absolvovala kurz / školení první pomoci v rozmezí dvou až osmi měsíců, před dvěma měsíci 28,9 % dotazovaných a před osmi měsíci 13,2 % . Ostatní jsou zahrnuty v intervalu tří až šesti měsíců.

Celkem 37 % učitelek kurzem / školením prošlo před třemi až třiceti lety. V této skupině největší procento respondentek (13,2 %) absolvovalo kurz první pomoci před pěti lety.

II. Základní informace

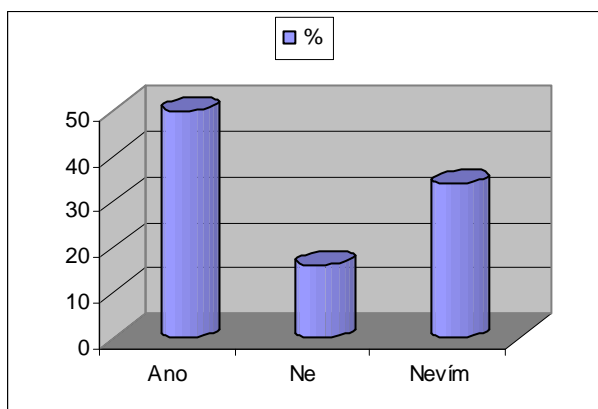
1. Myslíte si, že máte dostatečné znalosti a dovednosti k tomu, abyste byla schopná poskytnout dítěti první pomoc?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Tabulka č. 9: Vyhodnocení otázky č. 1

Odpověď	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	5	33,3	6	54,5	3	33,3	7	70,0	7	63,6	28	50,0
b)	5	33,3	1	9,1	0	0	0	0	3	27,3	9	16,1
c)	5	33,3	4	36,4	6	66,6	3	30,0	1	9,1	19	33,9
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Graf č. 9: Celkové vyhodnocení otázky č. 1



Z tabulky č. 9 a grafu č. 9 lze vyčíst, že polovina dotazovaných si myslí, že má dostatečné znalosti k tomu, aby poskytla dítěti první pomoc. 33,9 % učitelek neví, zda jsou jejich znalosti dostatečné, a 16,1 % učitelek ví, že jejich znalosti jsou nedostatečné.

Tato otázka sloužila jako rozřazovací pro otázku č. 2, na kterou odpovídaly pouze respondenty, jež si myslí, že mají dostatečné znalosti k poskytování první pomoci.

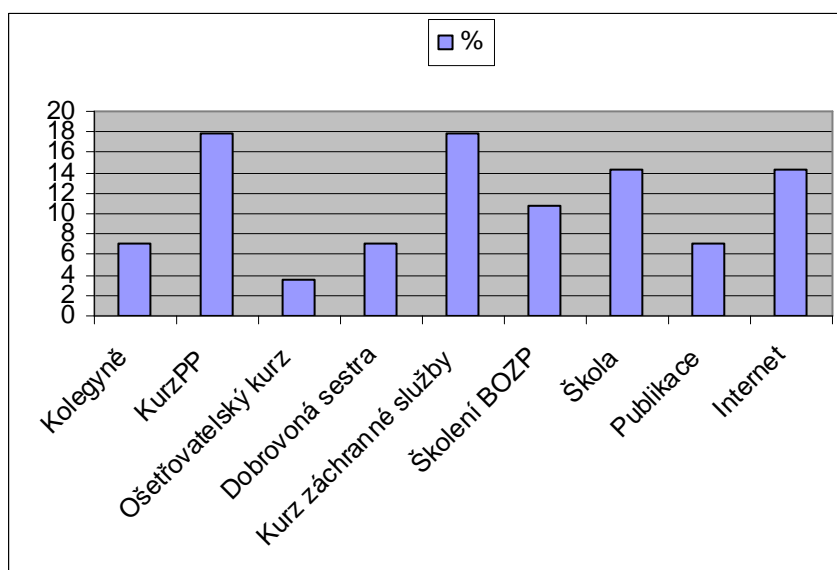
2. Pokud jste na předcházející otázku odpověděla kladně, kde jste znalosti získala?

.....

Tabulka č. 10: Vyhodnocení otázky č. 2

Odpověď	n	%
Od kolegyně	2	7,1
Kurz první pomoci	5	17,8
Ošetřovatelský kurz	1	3,6
Kurz dobrovolné zdravotní sestry	2	7,1
Kurz záchranné služby	5	17,8
Školení BOZP	3	10,7
Škola	4	14,3
Odborné publikace	2	7,1
Internet	4	14,3
Celkem	28	100

Graf č. 10 : Celkové vyhodnocení otázky č. 2



Na tuto otázku odpovídaly pouze respondenty, které na otázku č. 1 odpověděly kladně (28 učitelek mateřských škol). Z tohoto počtu získalo 17,8 % znalosti v kurzu první pomoci a v kurzu, který pořádala záchranná služba. 14,3 % učitelek potřebné znalosti nabylo ve škole a stejný počet na internetu. Mezi další způsoby, jakými respondenty získaly vědomosti o poskytování první pomoci, patří školení BOZP, odborné publikace a jiné kurzy.

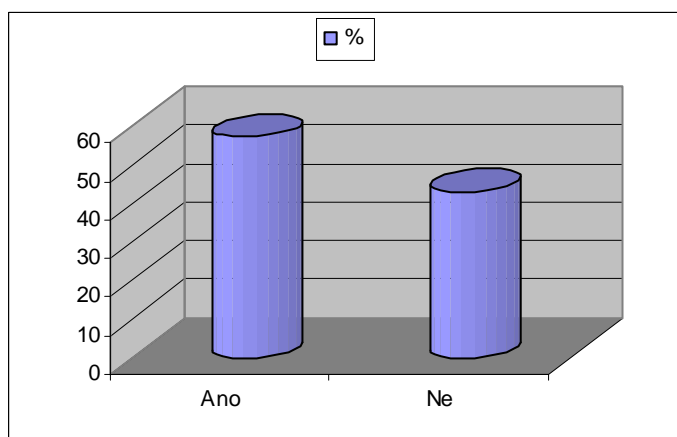
3. Poskytl Vám zaměstnavatel výuku / kurz první pomoci?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 11: Vyhodnocení otázky č. 3

	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	15	100	1	9,1	3	33,3	3	30,0	10	90,9	32	57,1
b)	0	0	10	90,9	6	66,6	7	70,0	1	9,1	24	42,9
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Graf č. 11: Celkové vyhodnocení otázky č. 3



Výzkumnému vzorku zaměstnavatel poskytl kurz první pomoci v 57 %. Téměř 43 % respondentek nemělo možnost kurz první pomoci absolvovat.

Nejvíce proškolených učitelek se nachází v MŠ 1 (100 % učitelek) a v MŠ 5 (téměř 91 %). MŠ 3 a 4 mají proškolenou jednu třetinu učitelek (MŠ 3 – 33 %,

MŠ 4 – 30 %). Největší nedostatky byly zaznamenány v MŠ 2, ve které kurz první pomoci absolvovala pouze jedna učitelka z jedenácti.

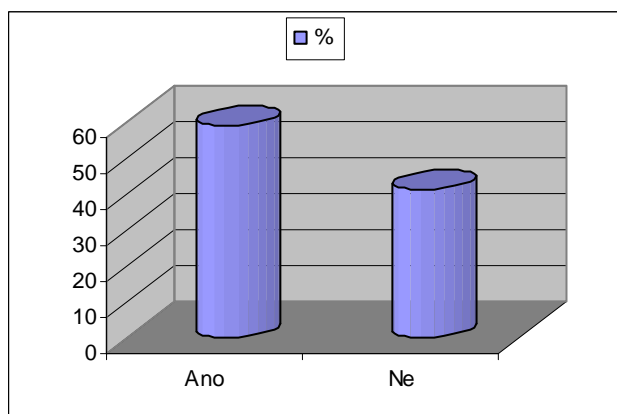
4. Máte možnost pravidelně navštěvovat vzdělávací akce týkající se první pomoci u dětí?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 12: Vyhodnocení otázky č. 4

Odpověď	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	6	40,0	0	0	9	100	9	90,0	9	81,8	33,0	58,9
b)	9	60,0	11	100	0	0	1	10,0	2	18,2	23,0	41,1
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Graf č. 12 : Celkové vyhodnocení otázky č. 4



Více jak polovina (téměř 59 %) učitelek mateřských škol má možnost pravidelně navštěvovat akce týkající se první pomoci u dětí. 41 % uvádí, že tuto možnost nemá.

V MŠ 3 má tuto možnost všech devět učitelek (100 %), v MŠ 4 nemá tuto možnost jedna učitelka, ostatních devět učitelek (90 %) tuto možnost má. V MŠ 5 má možnost pravidelně navštěvovat tyto akce téměř 82 % učitelek a v MŠ 1 pouze 40 % učitelek. V MŠ 2 nemá možnost žádná z dotázaných učitelek pravidelně navštěvovat vzdělávací akce týkající se první pomoci u dětí.

5. Máte zájem navštěvovat vzdělávací akce týkající se první pomoci u dětí?

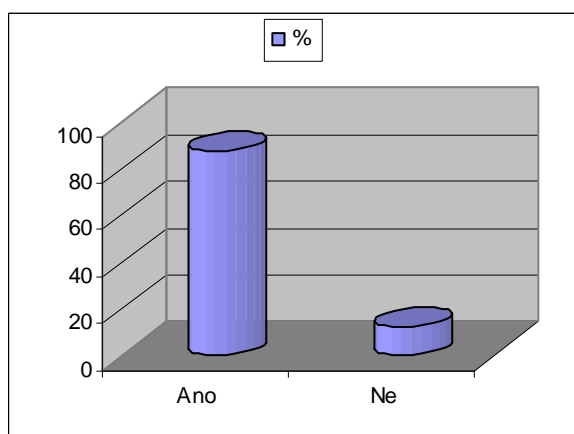
a) Ano

b) Ne

Tabulka č. 13: Vyhodnocení otázky č. 5

	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	11	73,3	11	100	9	100	9	90	9	81,8	49	87,5
b)	4	26,6	0	0	0	0	1	10	2	18,2	7	12,5
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Graf č. 13: Celkové vyhodnocení otázky č. 5



Téměř všechny učitelky (87,5 %) mají zájem navštěvovat vzdělávací akce, které se týkají první pomoci u dětí. 12,5 % učitelek z celkového počtu zájem nemá.

6. Dostala jste se v zaměstnání do situace, kdy bylo nutné poskytnout dítěti první pomoc?

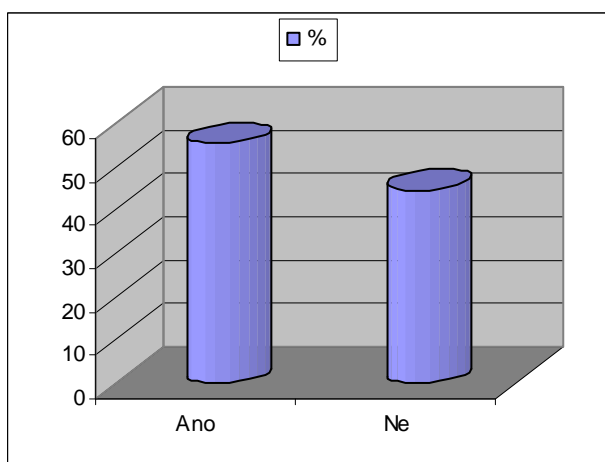
a) Ano

b) Ne

Tabulka č. 14: Vyhodnocení otázky č. 6

Odpověď	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	6	40,0	4	36,4	7	77,7	5	50,0	9	81,8	31	55,4
b)	9	60,0	7	63,6	2	22,2	5	50,0	2	18,2	25	44,6
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Graf č. 14: Celkové vyhodnocení otázky č. 6



Šetření ukazuje, že více než polovina učitelek mateřských škol (55,4 %) se během své praxe dostala do situace, která vyžadovala poskytnutí první pomoci dítěti. 25 učitelek (44,5 %) se do takovéto situace nedostalo.

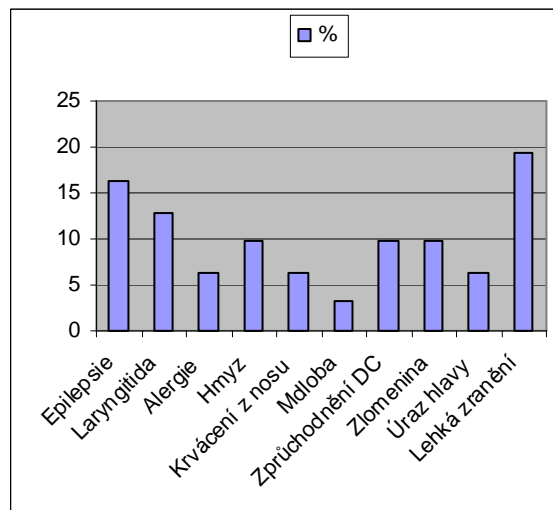
Tato otázka sloužila jako rozřazovací pro otázku č. 7, na níž odpovídaly pouze respondenty s kladnou odpovědí.

7. Pokud jste na otázku č. 6 odpověděla kladně, v jakém akutním stavu jste dítěti první pomoc poskytla?.....

Tabulka č. 15: Vyhodnocení otázky č. 7

Odpověď	n	%
Epileptický záchvat	5	16,2
Záchvat laryngitidy	4	12,9
Alergie	2	6,4
Bodnutí hmyzem	3	9,7
Krvácení z nosu	2	6,4
Mdloba	1	3,2
Zprůchodnění dýchacích cest	3	9,7
Zlomenina	3	9,7
Úraz hlavy	2	6,4
Lehká zranění	6	19,3
Celkem	31	100

Graf č. 15 : Celkové vyhodnocení otázky č. 7



Na tuto otázku odpovídaly pouze respondenty, které v zaměstnání musely poskytnout dítěti první pomoc (55,4 %).

Učitelky nejčastěji ošetřují lehká zranění (odřeniny, oděrky), a to v 19,3 %. 16,2 % učitelek poskytlo první pomoc při epileptickém záchvatu a 12,9 % během záchvatu laryngitidy. Dále jsou poměrně často ošetřovány ranky po bodnutí hmyzem, zlomeniny a obstrukce dýchacích cest (zprůchodnění dýchacích cest). Alergie a úrazy hlavy se objevují v případě 6,4% respondentek.

III. První pomoc při život ohrožujících stavech

8. Dítě snědlo k obědu rybu, na kterou je alergické, a začalo se dusit. Jaké číslo vytočíte pro přivolání zdravotnické záchranné služby (ZZS) ?

- a) 150
- b) 112
- c) **155**

Tabulka č. 16a: Vyhodnocení otázky č. 8 – dle MŠ

Odpověď	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
b)	1	6,6	3	27,3	0	0	1	10,0	0	0	5	8,9
c)	14	93,3	8	72,7	9	100	9	90,0	11	100	51	91,1
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 16b: Vyhodnocení otázky č. 8 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

Odpověď	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
b)	2	14,3	3	7,1	3	8,8	2	9,1	2	5,3	3	16,7
c)	12	85,7	39	92,9	31	91,2	20	90,9	36	94,7	15	83,3
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

91 % respondentek ví, jaké číslo má vytočit pro přivolání ZZS. Pouze pět respondentek (9 %) uvedlo odpověď b), tedy číslo 112. Možnost a) ne zvolila žádná z dotazovaných.

MŠ 3 a MŠ 5 získaly v odpovědi na tuto otázku 100 %, žádná z učitelek neodpověděla chybně. V MŠ 1 a v MŠ 4 se vyskytla jedna špatná odpověď a v MŠ 2 tři chybné odpovědi.

Mezi posuzovanými skupinami (dle vzdělání, délky praxe a absolvování kurzu první pomoci) se v rámci této otázky ve struktuře odpovědí neobjevily žádné výraznější rozdíly.

9. Jak poznáte, že je dítě v bezvědomí?

- a) Dítě reaguje pouze na silné bolestivé podněty (např. štípnutí), má povolené svalové napětí a hrozí zapadnutí jazyka.
- b) Poloha dítěte je zhroucená, svalové napětí je povolené, na hlasité zavolání nebo silné zatřesení dítě reaguje.
- c) Dítě nereaguje na žádné podněty, má povolené svalové napětí a hrozí zapadnutí jazyka.**

Tabulka č. 17a: Vyhodnocení otázky č. 9 - dle MŠ

	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	1	6,7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8
b)	1	6,7	1	9,1	1	11,1	0	0	0	0	3	5,4
c)	13	86,6	10	90,9	8	88,8	10	100	11	100	52	92,8
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 17b: Vyhodnocení otázky č. 9 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	0	0	1	2,4	0	0	1	4,5	0	0	1	5,6
b)	1	7,1	2	4,7	2	5,9	1	4,5	2	5,3	1	5,6
c)	13	92,9	39	92,9	32	94,1	20	90,9	36	94,7	16	88,8
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

Téměř 93 % učitelek mateřských škol na tuto otázku odpovědělo správně a dokáže poznat, kdy je dítě v bezvědomí. Pouze 7 % učitelek nedokáže tento stav identifikovat.

V MŠ 4 a v MŠ 5 odpověděly všechny dotazované správně (100 %). V MŠ 2 a v MŠ 3 odpověděla jedna respondentka chybně a v MŠ 1 odpověděly chybně dvě respondentky.

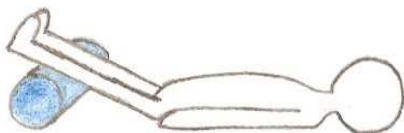
Posuzované skupiny mají se zanedbatelnými rozdíly téměř shodné znalosti.

10. Který z uvedených obrázků vyobrazuje Rautekovu zotavovací polohu ?

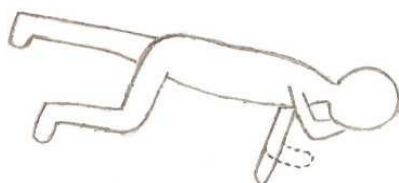
a)



b)



c)



Tabulka č. 18a: Vyhodnocení otázky č. 10 - dle MŠ

	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	2	13,3	0	0	2	22,2	0	0	2	18,2	6	10,7
b)	5	33,3	4	36,4	4	44,4	2	20	0	0	15	26,8
c)	8	53,3	7	63,6	3	33,3	8	80	9	81,8	35	62,5
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 18b: Vyhodnocení otázky č. 10 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	1	7,1	5	11,9	2	5,9	4	18,2	3	7,9	3	16,7
b)	3	21,4	12	28,6	9	26,5	6	27,3	9	23,7	6	33,3
c)	10	71,4	25	59,5	23	67,6	12	54,5	26	68,4	9	50,0
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

Z celkového počtu padesáti šesti respondentek správně odpovědělo 62,5 %. Nejlepších výsledků dosáhla MŠ 5, a to 9 správnými odpověďmi (81,8 %). Naopak nejhůře dopadla MŠ 3 (33,3 %), která jako jediná nepřesáhla 50 % úspěšnost.

Při porovnání úspěšnosti jednotlivých skupin mají horší výsledky středoškolsky vzdělané respondentky (59,5 %), učitelky s praxí kratší než 5 let (54,5) a konečně dotazované učitelky bez kurzu první pomoci (50 %)

11. Pokud zjistíte, že dítě (3-7 let) nedýchá a nemá hmatný puls, jaký poměr kompresí a vdechů použijete při resuscitaci v jednom zachránci?

a) 5 : 1

b) 30 : 2

c) 15 : 2

Tabulka č. 19a: Vyhodnocení otázky č. 11 - dle MŠ

Odpověď	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	3	20,0	5	45,4	6	66,6	4	40,0	4	36,4	22	39,3
b)	4	26,6	2	18,2	3	33,3	1	10,0	5	45,4	15	26,8
c)	8	53,3	4	36,4	0	0	5	50,0	2	18,2	19	33,9
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 19b: Vyhodnocení otázky č. 11 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

Odpověď	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	4	28,6	18	42,8	14	41,2	8	36,4	13	34,2	9	50,0
b)	3	21,4	12	28,6	9	26,5	6	27,3	11	28,9	4	22,2
c)	7	50,0	12	28,6	11	32,3	8	36,4	14	36,8	5	27,8
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

Tato otázka činila učitelkám značné obtíže. Správnou odpověď vybralo pouze 26,8 % ze všech dotazovaných, 73,2 % odpovědělo špatně. Zcela nevyhovující je situace v MŠ 4, kde jen jedna respondentka odpověděla správně (10 %). Učitelky z MŠ 5 se jako jediné svou úspěšností přiblížily k hranici 50 % (45,4 %).

Výsledky jednotlivých skupin se dají považovat za téměř totožné.

12. Jak zprůchodníte dýchací cesty dítěti, které vdechlo díl stavebnice?

a) V mírném předklonu provedeme několik rázných úderů mezi lopatky, současně pobízíme dítě, aby usilovně kašlalo.

b) Cizí těleso z dýchacích cest sami nevyndáváme, zavoláme ZZS.

c) Dítě otočíme hlavou dolů uchopením za dolní končetiny a prudce jím zatřese.

Tabulka č. 20a: Vyhodnocení otázky č. 12 - dle MŠ

	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	13	86,6	9	81,8	7	77,7	3	30	9	81,8	41	73,2
b)	0	0	0	0	1	11,1	1	10	0	0	2	3,6
c)	2	13,3	2	18,2	1	11,1	6	60	2	18,2	13	23,2
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 20b: Vyhodnocení otázky č. 12 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	11	78,6	30	71,4	23	67,6	18	81,8	28	73,7	13	72,2
b)	0	0	2	4,8	2	5,9	0	0	1	2,6	1	5,6
c)	3	21,4	10	23,8	9	26,5	4	18,2	9	23,7	4	22,2
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

Celkem 41 dotazovaných by dokázalo zprůchodnit dýchací cesty dítěti, které vdechlo díl stavebnice. Nejlépe dopadla MŠ 1, ziskem 86,6 %. MŠ 2 a MŠ 5 prokázaly totožné vědomosti, obě odpověděly správně z 81,8 %. Z tabulky č. 20a vyplývá, že výrazně horší výsledky jsou patrné u MŠ 4, která byla úspěšná z pouhých 30 %.

Větší rozdíl můžeme také vidět mezi skupinou respondentek s praxí více než 5 let (67,6 %) a praxí méně než 5 let (81,8 %).

13. Dítě trpí nedostatkem kyslíku. Za jakou dobu dojde k trvalému poškození jeho mozku?

a) Za 10 minut a více.

b) Za 3 – 5 minut.

c) Za 2 minuty.

Tabulka č. 21a: Vyhodnocení otázky č. 13 - dle MŠ

	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	1	6,6	7	63,6	2	22,2	5	50	0	0	15	26,8
b)	12	80,0	3	27,3	7	77,7	5	50	9	81,8	36	64,3
c)	2	13,3	1	9,1	0	0	0	0	2	18,2	5	8,9
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 21b: Vyhodnocení otázky č. 13 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	3	21,4	12	28,6	9	26,5	6	27,3	6	15,8	9	50,0
b)	10	71,4	26	61,9	21	61,8	15	68,2	29	76,3	7	38,9
c)	1	7,1	4	9,5	4	11,8	1	4,5	3	7,9	2	11,1
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

Z tabulky č. 21a lze vyvodit, že nadpoloviční většina z celkového počtu respondentek zodpověděla výše uvedenou otázku správně (64,3 %). Úspěšnost jednotlivých školek se pohybuje okolo hranice 80 %, výrazněji se odchyluje MŠ 4 s 50 % a především MŠ 2 s pouhými 27,3 %.

Markantní rozdíl je možno pozorovat mezi učitelkami, které absolvovaly kurz první pomoci (76,3 %), a učitelkami, které obdobný kurz neabsolvovaly (38,9 %).

IV. První pomoc při úrazech

14. Dítě spadlo z prolézačky: pláče, bolí ho hlava, má pocit na zvracení, je nápadně ospalé a nepamatuje si na dobu těsně před úrazem. Jak zareagujete?

- a) Dítě uložíme vodorovně na břicho, přikryjeme a ošetříme případná zranění. Budeme kontrolovat stav vědomí a zavoláme rodiče. Lékařské ošetření není nutné, stav se do několika hodin upraví.
- b) Dítě uložíme vodorovně na záda, mírně podložíme hlavu, přikryjeme a ošetříme případná zranění. Kontrolujeme stav vědomí a přivoláme ZZS.**
- c) Dítě posadíme, přikryjeme, ošetříme případná zranění a podáme léky proti bolesti. Kontrolujeme stav vědomí a přivoláme ZZS.

Tabulka č. 22a: Vyhodnocení otázky č. 14 - dle MŠ

Odpověď	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	1	6,6	1	9,1	0	0	0	0	0	0	2	3,6
b)	12	80,0	4	36,4	9	100	10	100	9	81,8	44	78,6
c)	2	13,3	6	54,5	0	0	0	0	2	18,2	10	17,8
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 22b: Vyhodnocení otázky č. 14 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

Odpověď	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	0	0	2	4,8	0	0	2	9,1	1	2,6	1	5,6
b)	13	92,9	31	73,8	29	85,3	15	68,2	34	89,5	10	55,6
c)	1	7,1	9	21,4	5	14,7	5	22,7	3	7,9	7	38,8
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

V rámci této otázky učitelky prokázaly velmi dobré znalosti. Správně odpovědělo téměř 80 % respondentek. V případě MŠ 3 a MŠ 4 se jedná o 100 % úspěšnost. Velký nepoměr byl zaznamenán u MŠ 2, která oproti ostatním mateřským školám získala pouhých 36,4 %.

Nadprůměrných výsledků dosáhly respondentky tvořící následující skupiny: učitelky s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním (92,9 %), učitelky s více než pětiletou praxí (85,3 %) a učitelky, které absolvovaly kurz první pomoci (89,5 %).

15. Dítě spadlo z koloběžky a narazilo se na řídítka. Má bolesti břicha, je neklidné, rychle dýchá a má žízeň:

- a) Dítě uložíme na vodorovnou podložku do polohy na bok. Pokud má nesnesitelné bolesti břicha podáme léky proti bolesti a zavoláme ZZS.
- b) Dítě položíme na záda, měkce vypodložíme dolní končetiny, hlavu a hrudník nikdy nepodkládáme. Dítěti nepodáváme žádné tekutiny a zavoláme ZZS.
- c) Dítě uložíme na záda, měkce vypodložíme dolní končetiny, můžeme mírně vypodložit hlavu a hrudník. Dítěti nepodáváme žádné tekutiny a zavoláme ZZS.**

Tabulka č. 23a: Vyhodnocení otázky č. 15 - dle MŠ

	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
b)	11	73,3	7	63,6	9	100	8	80,0	3	27,3	38	67,9
c)	4	26,6	4	36,4	0	0	2	20,0	8	72,7	18	32,1
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 23b: Vyhodnocení otázky č. 15 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
b)	9	64,3	29	69,1	22	64,7	16	72,7	22	57,9	16	88,9
c)	5	35,7	13	30,9	12	35,3	6	27,3	16	42,1	2	11,1
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

Na otázku č. 15 správně odpovědělo 32,1 % učitelek a chybně celých 67,9 %. Žádná respondentka nezvolila odpověď a). Učitelky volily pouze odpověď b) – chybná varianta, nebo odpověď c) – správná varianta. MŠ 3 má nulovou úspěšnost. V MŠ 5 byl zaznamenán značně vyšší správný výsledek (72,7 %), ostatní mateřské školy nepřesáhly hranici 40 %.

Učitelky s kurzem první pomoci (42,1 %) dosáhly znatelně lepších výsledků než učitelky bez kurzu, které získaly pouze 11,1 %.

16. Po pádu dítěte z lavičky máte podezření na zlomeninu předloktí, jakým způsobem budete postupovat?

a) Končetinu uložíme do fyziologického postavení, zafixujeme šátkovým závěsem a dítě dopravíme do zdravotnického zařízení.

b) Končetinu uložíme do fyziologického postavení, zpevníme elastickým obinadlem a dítě dopravíme do zdravotnického zařízení.

c) S končetinou nehýbeme a dítě dopravíme do zdravotnického zařízení.

Tabulka č. 24a: Vyhodnocení otázky č. 16 - dle MŠ

Odpověď	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	12	80	7	63,6	9	100	5	50	2	18,2	35	62,5
b)	1	6,6	0	0	0	0	1	10	5	45,4	7	12,5
c)	2	13,3	4	36,4	0	0	4	40	4	36,4	14	25
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 24b: Vyhodnocení otázky č. 16 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

Odpověď	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	8	57,1	27	64,3	22	64,7	13	59,1	25	65,8	10	55,6
b)	1	7,1	6	14,3	3	8,8	4	18,2	2	5,3	5	27,8
c)	5	35,7	9	21,4	9	26,5	5	22,7	11	28,9	3	16,6
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

62,5 % učitelek prokázalo, že zná adekvátní postup při zlomenině předloktí. Nejlepších výsledků dosáhla MŠ 3 se 100 % úspěšností a MŠ 1 s 80 % úspěšností. Respondentky z MŠ 5 odpověděly správně v pouhých 18,2 %.

Porovnáním jednotlivých zkoumaných skupin nebyly zjištěny větší rozdíly v jejich znalostech.

17. Dítě uklouzlo na koberci a odřelo si dolní končetinu ve velkém rozsahu, jak ho ošetříte?

a) Ránu vypláchneme vodou, kryjeme sterilním obvazem a dítě dopravíme do zdravotnického zařízení, kde provedou definitivní ošetření.

b) Ránu vyčistíme pouze vodou, není třeba ránu vyplachovat peroxidem a kryjeme sterilním obvazem.

c) Ránu vyčistíme vodou, vypláchneme peroxidem a kryjeme sterilním obvazem.

Tabulka č. 25a: Vyhodnocení otázky č. 17 - dle MŠ

Odpověď	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	1	6,6	1	9,1	3	33,3	6	60	2	18,2	13	23,2
b)	2	13,3	3	27,3	4	44,4	1	10	5	45,4	15	26,8
c)	12	80	7	63,4	2	22,2	3	30	4	36,4	28	50,0
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 25b: Vyhodnocení otázky č. 17 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

Odpověď	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	3	21,4	10	23,8	11	32,3	2	9,1	10	26,3	3	16,7
b)	3	21,4	12	28,6	10	29,4	5	22,7	7	18,4	8	44,4
c)	8	57,2	20	47,6	13	38,2	15	68,2	21	55,3	7	38,9
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

Na tuto otázku správně odpovědělo 23,2 %, chybnou odpověď zvolilo celých 76,8 % respondentek. Lepších výsledků bylo dosaženo v MŠ 3 (33,3 %) a v MŠ 4 (60 %). Nedostatečné znalosti můžeme pozorovat v případě MŠ 1 (6,6 %) a MŠ 2 (9,1 %).

Větší rozdíly v úspěšnosti jsou patrné mezi skupinou učitelek s praxí delší než pět let (32,3 %) a s praxí kratší než pět let (9,1 %), v menší míře pak mezi skupinou učitelek, které prošly kurzem první pomoci (26,3 %), a skupinou učitelek, které kurz neabsolvovaly (16,7 %).

18. Jak budete postupovat při krvácení z nosu po ráně míčem?

a) Dítěti pevně stiskneme kořen nosu a nosní křídla, mírně zakloníme hlavu dítěte.

Přiložíme studený obklad na čelo, kořen nosu a zátylek.

b) Dítěti pevně stiskneme kořen nosu a nosní křídla, mírně předkloníme hlavu dítěte.

Přiložíme studený obklad na čelo, kořen nosu a zátylek.

c) Dítěti vsuneme do nosu tampon a přiložíme studený obklad na čelo, kořen nosu a zátylek.

Tabulka č. 26a: Vyhodnocení otázky č. 18 - dle MŠ

Odpověď	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	0	0	0	0	2	22,2	0	0	0	0	2	3,6
b)	12	80,0	8	72,7	7	77,7	6	60	3	27,3	36	64,3
c)	3	20,0	3	27,3	0	0	4	40	8	72,7	18	32,1
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 26b: Vyhodnocení otázky č. 18 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

Odpověď	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	1	7,1	1	2,4	1	2,9	1	4,4	1	2,6	1	5,6
b)	8	57,1	28	66,7	22	64,7	14	63,7	23	60,5	13	72,2
c)	5	35,7	13	30,9	11	32,5	7	31,8	14	36,8	4	22,2
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

64,3 % z celkového počtu respondentek prokázalo dostatečné znalosti v této oblasti. MŠ 1, 2, 3 a 4 se pohybují v intervalu mezi 60 % – 80 %, oproti tomu MŠ 5 dosáhla třemi správnými odpověďmi pouhých 27,3 %.

Tabulka 26b ukazuje, že učitelky s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním získaly 57,1 %, což je nejméně ze všech zkoumaných skupin. Všechny ostatní skupiny přesáhly hodnotu 60 %.

19. Pokud krvácení z nosu neustává, za jakou dobu voláme ZZS?

a) Za 15 minut.

b) Za 20 minut a více.

c) Nejdříve po 40 minutách.

Tabulka č. 27a: Vyhodnocení otázky č. 19 - dle MŠ

	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	6	40,0	2	18,2	4	44,4	5	50,0	3	27,3	20	35,7
b)	7	46,6	8	72,7	4	44,4	2	20,0	3	27,3	24	42,9
c)	2	13,3	1	9,1	1	11,1	3	30,0	5	45,4	12	21,4
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 27b: Vyhodnocení otázky č. 19 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	6	42,9	14	33,3	12	35,3	8	36,4	15	39,5	5	27,8
b)	6	42,9	18	42,9	11	32,3	13	59,1	15	39,5	9	50,0
c)	2	14,2	10	23,8	11	32,3	1	4,5	8	21,0	4	22,2
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

Více než polovina dotazovaných učitelek neví, za jakou dobu by se měla přivolat ZZS v případě, že krvácení z nosu neustává. Nejvíce správných odpovědí dosáhla MŠ 2 (72,7 %), dále pak MŠ 1 (46,6 %) a MŠ 3 (44,4 %).

Skupina zahrnující respondentky s praxí více než pětiletou byla úspěšná ze 32,3 %, skupina s méně než pětiletou praxí z 59,1 %. Nevyvážené výsledky jsou patrné také u učitelek s kurzem první pomoci (39,9 %) a učitelek bez kurzu první pomoci (50 %).

20. Při pobytu na zahradě bylo dítě bodnuto včelou, jak mu poskytnete první pomoc?

- a) Z rány nic neodstraňujeme, místo dezinfikujeme, ochlazujeme studenými obklady a místo potřeme protialergickým přípravkem. Otok do několika hodin sám vymizí a není nutné další sledování dítěte.
- b) Z rány odstraníme zbytek žihadla, ránu dezinfikujeme a ochlazujeme studenými obklady. Ránu ničím nepotíráme. Dítěti podáme ihned po bodnutí preventivně protialergické léky. Jestliže dítě hůř dýchá (obzvláště po bodnutí na krku a do dutiny ústní) dopravíme ho do zdravotnického zařízení.
- c) Z rány odstraníme zbytek žihadla, ránu dezinfikujeme a ochlazujeme studenými obklady, ránu můžeme potřít protialergickým přípravkem. Pokud dítě hůř dýchá (obzvláště při bodnutí na krku a do dutiny ústní) neprodleně zavoláme ZZS, po domluvě s lékařem můžeme podat i protialergické léky.**

Tabulka č. 28a: Vyhodnocení otázky č. 20 - dle MŠ

	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	2	13,3	0	0	1	11,1	0	0	0	0	3	5,4
b)	1	6,6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8
c)	12	80,0	11	100	8	88,8	10	100	11	100	52	92,8
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 28b: Vyhodnocení otázky č. 20 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	1	7,1	2	4,8	2	5,9	1	4,5	2	5,3	1	5,6
b)	0	0	1	2,3	0	0	1	4,5	1	2,6	0	0
c)	13	92,9	39	92,9	32	94,1	20	90,9	35	92,1	17	94,4
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

Z tabulky č. 28a vyplývá, že daná otázka nepředstavovala pro učitelky obtíže. Celková úspěšnost činí 92,8 % . MŠ 2, 4 a 5 získaly 100 % . Odpověď b) se ve výsledcích vyskytla pouze v jednom případě (1,8 %).

Všechny zkoumané skupiny přesáhly hranici 90 %, větší odlišnosti nejsou patrné.

21. Kdy vznikne u dítěte úpal?

a) **V uzavřeném prostoru s vysokou teplotou, kde neproudí vzduch.**

b) Při déle trvajícím pobytu na přímém slunci, a to především v případě, že dítě nemá krytou hlavu.

c) Vzniká v létě, v jakémkoliv prostředí, kde dítě vykonává fyzickou námahu a má nedostatečný přísun tekutin.

Tabulka č. 29a: Vyhodnocení otázky č. 21 - dle MŠ

Odpověď	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	2	13,3	1	9,1	2	22,2	4	40,0	2	18,2	11	19,6
b)	10	66,6	6	54,5	0	0	3	30,0	8	72,7	27	48,2
c)	3	20,0	4	36,4	7	77,7	3	30,0	1	9,1	18	32,1
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 29b: Vyhodnocení otázky č. 21 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

Odpověď	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	4	28,6	7	16,7	8	23,5	3	13,6	7	18,4	4	22,2
b)	7	50,0	20	47,6	15	44,1	12	54,5	22	57,9	5	27,8
c)	3	21,4	15	35,7	11	32,4	7	31,8	9	23,7	9	50,0
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

Respondentky zvolily správnou odpověď v 19,6 %, zbylých 45 odpovědí bylo chybných (80,3 %). Hluboce podprůměrné výsledky vykazuje MŠ 1, jejíž úspěšnost je pouze 9,1 %.

Podprůměrné výsledky pozorujeme také u učitelek se středoškolským vzděláním (16,7 %), u respondentek s praxí kratší než pět let (13,6 %) a u skupiny, která absolvovala kurz první pomoci (18,4 %).

22. Kdy vznikne u dítěte úžeh?

a) V uzavřeném prostoru s vysokou teplotou.

b) Při déle trvajícím pobytu na přímém slunci.

c) Vzniká v létě, v jakémkoliv prostředí, kde dítě vykonává fyzickou námahu a má nedostatečný přísun tekutin.

Tabulka č. 30a: Vyhodnocení otázky č. 22 - dle MŠ

	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	4	26,6	1	9,1	0	0	1	10,0	4	36,4	10	17,8
b)	7	46,6	8	72,7	9	100	4	40,0	3	27,3	31	55,4
c)	4	26,6	2	18,2	0	0	5	50,0	4	36,4	15	26,8
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 30b: Vyhodnocení otázky č. 22 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	4	28,6	6	14,3	9	26,5	1	4,5	9	23,7	1	5,6
b)	8	57,1	23	54,8	17	50,0	14	63,6	17	44,7	14	77,7
c)	2	14,3	13	30,9	8	23,5	7	31,8	12	31,6	3	16,7
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

55,4 % učitelek z pěti mateřských škol zvolilo správnou odpověď. 100% úspěšná byla MŠ 3, velmi dobrých výsledků dosáhla také MŠ 2 (72,2 %). Ostatní mateřské školy nedospěly k 50 %.

Při porovnání úspěšnosti skupiny respondentek, které absolvovaly kurz první pomoci (44,7 %), a respondentek, které kurz neabsolvovaly (77,7 %), byl zjištěn rozdíl o celých 33 %.

23. Jak se u dítěte projevuje přehřátí?

- a) **Vzestup teploty, kůže je horká. Dítě dýchá povrchně a rychle, má zrychlenou tepovou frekvenci, bolesti hlavy. Může se objevit nevolnost a zvracení.**
- b) Vzestup teploty, kůže je horká. Dítě zhluboka dýchá, čímž se snaží ochladit. Tepová frekvence je zrychlená. Pociťuje bolesti hlavy, může se objevit nevolnost a zvracení.
- c) Vzestup teploty, kůže je horká, dítě se nadměrně potí. Pot je studený. Dítě dýchá povrchně a pomalu. Tepová frekvence je zrychlená. Objevuje se bolest hlavy, nevolnost a zvracení.

Tabulka č. 31a: Vyhodnocení otázky č. 23 - dle MŠ

Odpověď	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	3	20,0	8	72,7	8	88,8	5	50,0	4	36,4	28	50,0
b)	4	26,6	2	18,2	0	0	1	10,0	2	18,2	9	16,1
c)	8	53,3	1	9,1	1	11,1	4	40,0	5	45,4	19	33,9
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 31b: Vyhodnocení otázky č. 23 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

Odpověď	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	4	28,6	24	57,1	17	50,0	11	50,0	15	39,5	13	72,2
b)	2	14,3	7	16,7	6	17,6	3	13,6	8	21,0	1	5,6
c)	8	57,1	11	26,2	11	32,4	8	36,4	15	39,5	4	22,2
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

Výsledky poukazují na fakt, že respondentky odpověděly z 50 % správně a z 50 % chybně. Odpověď b) se ve výsledcích objevuje pouze sporadicky, převažuje možnost a) a c).

Výrazné odlišnosti ve správnosti odpovědí jednotlivých skupin se projevují mezi učitelkami s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním (28,6 %) a učitelkami se středoškolským vzděláním (57,1 %). Dále pak mezi absolventkami kurzu první pomoci (39,5 %) a respondentkami, které kurzem neprošly (72,2 %).

V. První pomoc při neúrazových naléhavých stavech

24. Pokud má dítě příznaky laryngitidy (dušnost při nádechu i výdechu, suchý štěkavý kašel):

- Snažíme se dítě zklidnit, zabalíme ho do přikrývky a dáme k otevřenému oknu, pokud je onemocnění opakované a jsme poučeni o podání léku, můžeme jej podat. Zavoláme ZZS.**
- Snažíme se dítě zklidnit, zabalíme ho do přikrývky a dáme k otevřenému oknu, i když je onemocnění opakované, nikdy sami léky nepodáváme. Zavoláme ZZS.
- Snažíme se dítě zklidnit, nepodáváme žádné léky a ihned ho dopravíme do zdravotnického zařízení.

Tabulka č. 32a: Vyhodnocení otázky č. 24 - dle MŠ

Odpověď	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	15	100	9	81,8	3	33,3	5	50,0	5	45,4	37	66,1
b)	0	0	1	9,1	2	22,2	4	40,0	1	9,1	8	14,3
c)	0	0	1	9,1	4	44,4	1	10,0	5	45,4	11	19,6
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 32b: Vyhodnocení otázky č. 24 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

Odpověď	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	9	64,3	28	66,7	19	55,9	18	81,8	27	71	10	55,6
b)	3	21,4	5	11,9	6	17,6	2	9,1	5	13,2	3	16,6
c)	2	14,3	9	21,4	9	26,5	2	9,1	6	15,8	5	27,8
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

Více než 65 % všech dotazovaných učitelek má dostatečné znalosti k poskytnutí první pomoci dítěti, které trpí laryngitidou. V MŠ 1 žádná z respondentek nezvolila chybnou odpověď, tato mateřská škola dosáhla 100 % úspěšnosti. MŠ 3 jako jediná nepřesáhla hodnotu 50 %.

Učitelky s méně jak pětiletou praxí (81,8 %) a s kurzem první pomoci (71 %) mají výrazně lepší výsledky než učitelky s více jak pětiletou praxí (55,9 %) a bez kurzu první pomoci (55,6 %).

25. Pokud má dítě epileptický záchvat (křeče provázené poruchou vědomí, pěnou u úst):

- a) Dítěti násilím otevřeme ústa a vložíme do nich smotaný kapesník, aby nedošlo k pokousání jazyka dítěte. Z okolí odstraníme předměty, o které by se mohlo poranit. Pokud má dítě léky, můžeme mu je podat a zavoláme ZZS.
- b) Dítě se nesnažíme žádným způsobem přidržet, z okolí odstraníme předměty, o které by se mohlo poranit. Pokud má dítě léky, můžeme mu je podat a zavoláme ZZS.**
- c) Z okolí dítěte odstraníme předměty, o které by se mohlo poranit, držíme dítěti otevřená ústa, abychom mohli kontrolovat možné zapadnutí jazyka. Dítě se snažíme přidržet a zavoláme ZZS.

Tabulka č. 33a: Vyhodnocení otázky č. 25 - dle MŠ

	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	4	26,6	5	45,4	0	0	4	40,0	0	0	13	23,2
b)	7	46,6	0	0	6	66,6	2	20,0	5	45,4	20	35,7
c)	4	26,6	6	54,5	3	33,3	4	40,0	6	54,5	23	41,1
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 33b: Vyhodnocení otázky č. 25 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	3	21,4	10	23,8	7	20,6	6	27,3	8	21,1	5	27,7
b)	6	42,9	14	33,3	13	38,2	7	31,8	17	44,7	3	16,7
c)	5	35,7	18	42,9	14	41,2	9	40,9	13	34,2	10	55,6
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

Na výše položenou otázku chybně odpovědělo 64,3 % respondentek. V MŠ 2 správnou možnost nezvolila žádná učitelka. Vysoko nad průměrem stojí MŠ 3, která byla úspěšná z 66,6 %. Lepší výsledky prokázala také MŠ 1 (46,6 %) a MŠ 5 (45,4 %).

Učitelky bez kurzu první pomoci získaly pouze 16,7 %, což je nejméně ze všech porovnávaných skupin.

26. Jak budete postupovat při vyndávání korálku, které si dítě strčilo do nosu?

- a) Pokusíme se dítě přimět, aby korálek vysmrkalo, pokud se to nepodaří a korálek je okem viditelný, můžeme ho jemně vyndat pinzetou. Další ošetření není nutné.
- b) Pokusíme se dítě přimět, aby korálek vysmrkalo, pokud se to nezdaří, sami korálek nevyndáváme a dopravíme dítě do zdravotnického zařízení.**
- c) Pokusíme se přimět dítě, aby korálek vysmrkalo, pokud se to nezdaří, můžeme provést výplach dutiny nosní vlažnou vodou. Jestliže se korálek sám nevyplaví, vyndáme ho pinzetou.

Tabulka č. 34a: Vyhodnocení otázky č. 26 - dle MŠ

	MŠ 1		MŠ 2		MŠ 3		MŠ 4		MŠ 5		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	2	13,3	0	0	1	11,1	3	30,0	0	0	6	10,7
b)	13	86,6	10	90,9	8	88,8	7	70,0	11	100	49	87,5
c)	0	0	1	9,1	0	0	0	0	0	0	1	1,8
Celkem	15	100	11	100	9	100	10	100	11	100	56	100

Tabulka č. 34b: Vyhodnocení otázky č. 26 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP

	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a)	2	14,3	4	9,5	2	5,9	4	18,2	5	13,2	1	5,6
b)	11	78,6	38	90,5	31	91,2	18	81,8	33	86,8	16	88,8
c)	1	7,1	0	0	1	2,9	0	0	0	0	1	5,6
Celkem	14	100	42	100	34	100	22	100	38	100	18	100

87,5 % učitelek mateřských škol je schopno vhodně postupovat v situaci, kdy si dítě strčilo korálek do nosu. Všechny sledované vzorky přesáhly hranici 70 %, MŠ 5 dosáhla 100 % úspěšnosti.

Tabulka č. 34b ukazuje, že odlišnosti ve výsledcích jednotlivých skupin jsou zanedbatelné.

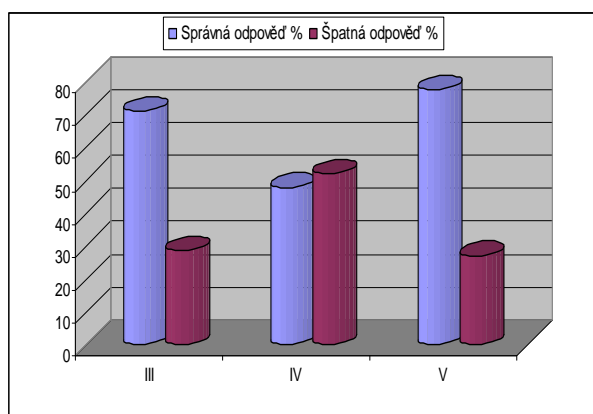
2.3.1 Souhrnné výsledky kvantitativního výzkumu

Souhrnné vyhodnocení dotazníku dle jednotlivých oblastí u všech MŠ

Tabulka č. 35: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí - MŠ 1

Oblast	Správná odpověď		Špatná odpověď	
	n	%	n	%
III	64	71,1	26	28,9
IV	72	48,0	78	52,0
V	35	77,8	10	27,2

Graf č. 16: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí - MŠ 1



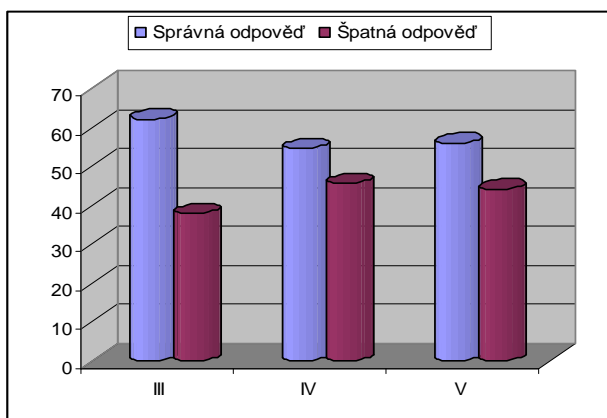
Z grafu č. 16 je patrné, že MŠ 1 největší obtíže činila oblast IV (první pomoc při úrazech), ve které dosáhla úspěšnosti 48 %, což znamená, že nadpoloviční většina respondentek z této mateřské školy odpověděla chybně.

Lepší znalosti učitelky prokázaly v oblasti III (první pomoc při život ohrožujících stavech) a v oblasti V (první pomoc při neúrazových naléhavých stavech). V obou uvedených oblastech byla MŠ 1 úspěšná z více než 70 %.

Tabulka č. 36 : Vyhodnocení dotazníku dle oblastí - MŠ 2

Oblast	Správná odpověď		Špatná odpověď	
	n	%	n	%
III	41	62,1	25	37,9
IV	60	54,5	50	45,5
V	19	55,9	15	44,1

Graf č. 17: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 2

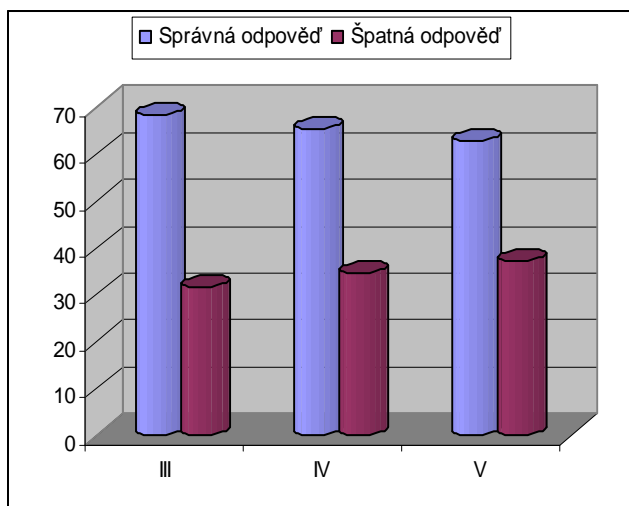


MŠ 2 ve všech zkoumaných oblastech přesáhla hranici 50 %. Největší procento správných odpovědí (62,1 %) se vyskytuje u oblasti III (první pomoc při život ohrožujících stavech). Rozdíl mezi oblastí IV (první pomoc při úrazech), ve které daný výzkumný vzorek dosáhl 54,5 %, a oblastí V (první pomoc při neúrazových naléhavých stavech), v níž byly učitelky úspěšné z 55,9 %, je zcela zanedbatelný.

Tabulka č. 37 : Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 3

Oblast	Správná odpověď		Špatná odpověď	
	n	%	n	%
III	37	68,5	17	31,5
IV	59	65,5	31	34,5
V	17	63,0	10	37,0

Graf č. 18: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 3



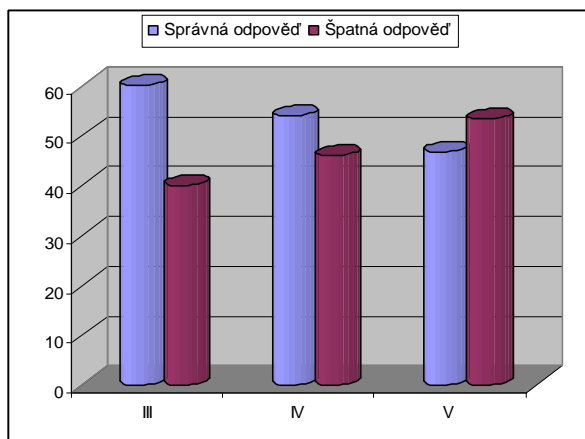
Z tabulky č. 37 a grafu č. 18 lze vyvodit, že MŠ 3 dosáhla obdobných výsledků v každé ze tří zkoumaných oblastí: oblast III (první pomoc při život ohrožujících stavech) – 68,5 %, oblast IV (první pomoc při úrazech) – 65,5 %, oblast V (první pomoc při neúrazových naléhavých stavech) – 63,0 %.

MŠ 3 byla nejméně úspěšná v oblasti V, na rozdíl od MŠ 1 a MŠ 2, kterým činí největší obtíže otázka zahrnuté v oblasti IV.

Tabulka č. 38 : Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 4

Oblast	Správná odpověď		Špatná odpověď	
	n	%	n	%
III	36	60,0	24	40,0
IV	54	54,0	46	46,0
V	14	46,7	16	53,3

Graf č. 19: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 4



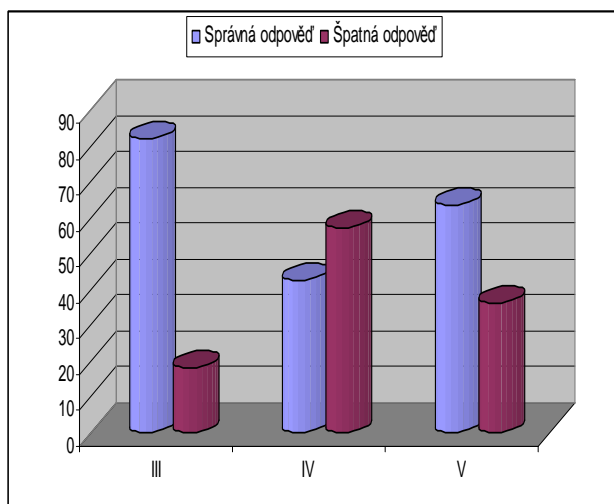
Učitelky MŠ 4 dosáhly nejlepších výsledků v oblasti III (první pomoc při život ohrožujících stavech) – 60 %. Porovnáme-li grafy č. 17, 18 a 19, zjistíme, že stejně jako MŠ 4, i MŠ 2 a MŠ 3 byly nejméně úspěšné v oblasti III.

Na otázky obsažené v oblasti V (první pomoc při neúrazových naléhavých stavech) respondenty MŠ 4 odpověděly ze 46,7 % správně a z 53,3 % chybně.

Tabulka č. 39 : Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 5

Oblast	Správná odpověď		Špatná odpověď	
	n	%	n	%
III	54	81,9	12	18,1
IV	47	42,7	63	57,3
V	21	63,6	12	36,4

Graf č. 20: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 5



Dotazované učitelky, které pracují v MŠ 5, mají nejméně znalostí týkajících se oblasti IV (první pomoc při úrazech), v rámci níž odpověděly správně pouze ze 42,7 %, obdobnou situaci lze pozorovat také u MŠ 1 a MŠ 2.

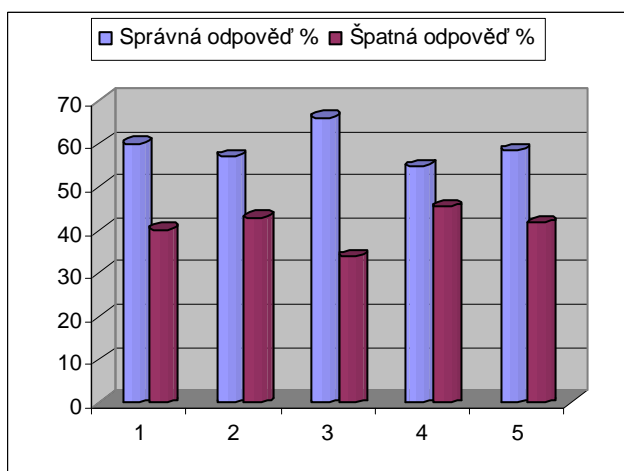
MŠ 5 dosáhla jako jediná v některé ze tří zkoumaných oblastí výsledku, který přesahuje hodnotu 80 %, a to v oblasti III (první pomoc při život ohrožujících stavech).

Souhrnné vyhodnocení dotazníku dle MŠ

Tabulka č. 40 : Vyhodnocení dotazníku dle MŠ

	Správná odpověď		Špatná odpověď	
	n	%	n	%
MŠ 1	171	60,0	114	40,0
MŠ 2	120	57,1	90	42,9
MŠ 3	113	66,1	58	33,9
MŠ 4	104	54,7	86	45,3
MŠ 5	122	58,4	87	41,6

Graf č. 21: Vyhodnocení dotazníku dle MŠ



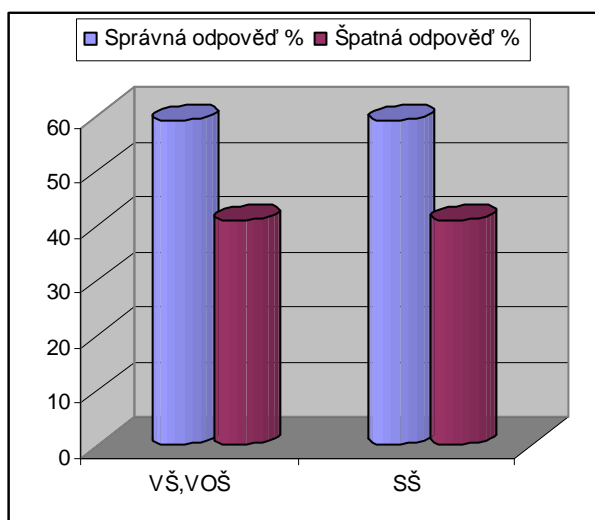
Z tabulky č. 40 a grafu č. 21 vyplývá, že v rámci všech otázek a oblastí je nejúspěšnější mateřskou školou MŠ 3, která získala 66,1 %. MŠ 1, jež dosahuje hodnoty 60,0 %, se řadí na druhou pozici. MŠ 2, 4 a 5 se pohybují okolo 56 %. Žádný výzkumný vzorek svou úspěšností neklesl pod 50 %.

Souhrnné vyhodnocení dotazníku dle vzdělání

Tabulka č. 41 : Vyhodnocení dotazníku dle vzdělání

	Správná odpověď		Špatná odpověď	
	n	%	n	%
VŠ,VOŠ	157	59,0	109	41,0
SŠ	471	59,0	327	41,0

Graf č. 22: Vyhodnocení dotazníku dle vzdělání



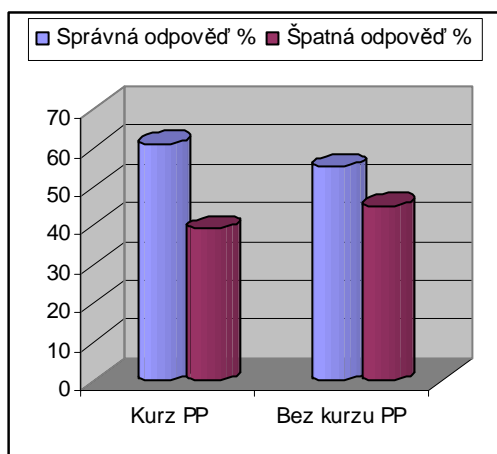
Respondentky s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním (59 %) dosáhly v dotazníku totožných výsledků jako učitelky se středoškolským vzděláním (59 %), z čehož vyplývá, že vzdělání učitelek s největší pravděpodobností není se znalostmi v poskytování první pomoci v přímé souvislosti.

Souhrnné vyhodnocení dotazníku dle absolvování kurzu PP

Tabulka č. 42 : Vyhodnocení dotazníku dle absolvování kurzu PP

	Správná odpověď		Špatná odpověď	
	n	%	n	%
Kurz PP	440	60,9	282	39,1
Bez kurzu PP	188	55,0	154	45,0

Graf č. 23: Vyhodnocení dotazníku dle absolvování kurzu PP



Učitelky mateřských škol, které absolvovaly kurz první pomoci (60,9 %), byly úspěšnější než učitelky, které kurzem první pomoci neprošly (55,0 %), a to o 5,9 %. Rozdíl mezi těmito skupinami tedy není příliš markantní.

2.4 Výsledky kvalitativního výzkumu a jejich analýza

1. Uvolnění dýchacích cest po vdechnutí dílu stavebnice. Díl není viditelný, v nižších částech dýchací soustavy (PP – předklon, Gordonův manévr, stlačení hrudníku).

Tabulka č. 43a : Vyhodnocení 1. situace experimentu dle MŠ

Body	MŠ 1		MŠ 3		MŠ 4		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	2	13,3	1	16,7	1	10	4	12,9
1	4	26,7	3	50	5	50	12	38,7
2	3	20,0	1	16,7	3	30	7	22,6
3	5	33,3	1	16,7	1	10	7	22,6
4	1	6,8	0	0	0	0	1	3,2
5	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	15	100	6	100	10	100	31	100

Tabulka č. 43b : Vyhodnocení 1. situace experimentu dle vzdělání, praxe a kurzu PP

Body	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	1	12,5	3	13,0	4	18,2	0	0	2	10,0	2	18,2
1	2	25,0	10	43,5	9	40,9	3	33,3	7	35,0	5	45,5
2	3	37,5	4	17,4	6	27,3	1	11,1	5	25,0	2	18,2
3	2	25,0	5	21,7	3	13,6	4	44,5	5	25,0	2	18,2
4	0	0	1	4,3	0	0	1	11,1	1	5	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	8	100	23	100	22	100	9	100	20	100	11	100

Tabulka č. 43a ukazuje, že při postupu v první modelové situaci získalo 38,7% učitelek tří mateřských škol jeden bod z celkového počtu šesti bodů. Dvou a tří bodů dosáhlo 22,6 %. Čtyři body náleží pouze jedné respondentce (3,2 %). Pět a šest bodů se ve výsledcích nevyskytuje.

Ve skupině učitelek s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním jsou nejčastějším výsledkem dva body (37,5 %), ve skupině středoškolsky vzdělaných učitelek pak jeden bod (43,5 %). Respondenty s praxí kratší než pět let ve 44,5 % dosahují tří bodů.

Zisk převážně jednoho bodu náleží skupině učitelek s praxí delší než pět let (40,9 %), skupině s kurzem (35 %) a také bez kurzu první pomoci (45,5 %).

2. Dítě nereaguje, nedýchá, nevykazuje známky srdeční akce – KPR (příčinou není obstrukce dýchacích cest; v jednom zachránci).

Tabulka č. 44a : Vyhodnocení 2. situace experimentu dle MŠ

Body	MŠ 1		MŠ 3		MŠ 4		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	1	6,7	1	16,7	0	0	2	6,5
1	3	20	0	0	2	20	5	16,1
2	1	6,7	1	16,7	3	30	5	16,1
3	4	26,7	2	33,3	1	10	7	22,6
4	5	33,3	1	16,7	2	20	8	25,8
5	0	0	1	16,7	2	20	3	9,7
6	1	6,7	0	0	0	0	1	3,2
7	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	15	100	6	100	10	100	31	100

Tabulka č. 44b : Vyhodnocení 2. situace experimentu dle vzdělání, praxe a kurzu PP

Body	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	1	12,5	1	4,3	2	9,1	0	0	1	5,0	1	9,1
1	1	12,5	4	17,4	4	18,2	1	11,1	3	15,0	2	18,2
2	1	12,5	4	17,4	3	13,6	2	22,2	4	20,0	1	9,1
3	2	25,0	5	21,7	6	27,3	1	11,1	4	20,0	3	27,3
4	2	25,0	6	26,1	5	22,7	3	33,4	5	25,0	3	27,3
5	1	12,5	2	8,7	1	4,5	2	22,2	2	10,0	1	9,1
6	0	0	1	4,3	1	4,5	0	0	1	5	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	8	100	23	100	22	100	9	100	20	100	11	100

Z celkových sedmi bodů bylo nejčastěji dosahováno tří (22,6 %) a čtyř bodů (25,8 %). Šest bodů získala jedna respondentka, což v procentuálním vyjádření znamená hodnotu 3,2 %. Plného počtu bodů v rámci této modelové situace se nedopracovala žádná učitelka.

I v případě zkoumaných skupin byly nejčastěji se vyskytujícími hodnotami body tři a čtyři.

3. Uložení dítěte do Rautekovy polohy.

Tabulka č. 45a : Vyhodnocení 3. situace experimentu dle MŠ

	MŠ 1		MŠ 3		MŠ 4		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	9	60,0	4	66,7	4	40,0	17	54,8
1	6	40,0	2	33,3	6	60,0	14	45,2
Celkem	15	100	6	100	10	100	31	100

Tabulka č. 45b : Vyhodnocení 3. situace experimentu dle vzdělání, praxe a kurzu PP

	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	4	50,0	13	56,5	11	50,0	6	66,7	7	35,0	10	90,9
1	4	50,0	10	43,5	11	50,0	3	33,3	13	65,0	1	9,1
Celkem	8	100	23	100	22	100	9	100	20	100	11	100

Modelová situace č. 3, tedy uložení dítěte do Rautekovy polohy, se učitelkám zdála být poměrně obtížná, o čemž svědčí i výsledky zaznamenané v tabulce č. 45a. 54,8 % respondentek si s danou situací nevědělo rady.

Velký rozdíl v praktických dovednostech je patrný především mezi skupinou učitelek, které absolvovaly kurz první pomoci, a učitelkami, které podobným kurzem neprošly. Respondentky s kurzem dokázaly správně vyřešit danou situaci v 65, %, kdežto respondentky bez kurzu byly úspěšné z pouhých 9,1 %.

4. Zlomenina na předloktí horní končetiny (PP s šátkem).

Tabulka č. 46a: Vyhodnocení 4. situace experimentu dle MŠ

	MŠ 1		MŠ 3		MŠ 4		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	3	20,0	2	33,3	2	20,0	7	22,6
2	5	33,3	2	33,3	4	40,0	11	34,5
3	4	26,7	1	16,7	3	30,0	8	25,8
4	3	20,0	1	16,7	1	10,0	5	16,1
Celkem	15	100	6	100	10	100	31	100

Tabulka č. 46b : Vyhodnocení 4. situace experimentu dle vzdělání, praxe a kurzu PP

	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	25,0	5	21,7	6	27,3	1	11,1	4	20,0	3	27,3
2	3	37,5	8	34,8	7	31,8	4	44,4	6	30,0	5	45,5
3	2	25,0	6	26,1	6	27,3	2	22,2	7	35,0	1	9,1
4	1	12,5	4	17,4	3	13,6	2	22,2	3	15,0	2	18,2
Celkem	8	100	23	100	22	100	9	100	20	100	11	100

16,1% všech dotazovaných učitelek zná přesný postup při zlomenině předloktí. Největší procento respondentek (34,5 %) získalo polovinu ze čtyř možných bodů. Každá učitelka byla ohodnocena alespoň jedním bodem, nula bodů se ve výsledcích modelové situace č. 4 neobjevilo.

5. Krvácení z nosu.

Tabulka č. 47a : Vyhodnocení 5. situace experimentu dle MŠ

Body	MŠ 1		MŠ 3		MŠ 4		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	3	20,0	0	0	1	10,0	4	12,9
3	2	13,3	4	66,6	4	40,0	10	32,3
4	4	26,7	1	16,7	3	30,0	8	25,8
5	4	26,7	1	16,7	2	20,0	7	22,6
6	2	13,3	0	0	0	0	2	6,4
Celkem	15	100	6	100	10	100	31	100

Tabulka č. 47b : Vyhodnocení 5. situace experimentu dle vzdělání, praxe a kurzu PP

Body	VŠ,VOŠ		SŠ		Praxe ↑5		Praxe ↓5		Kurz PP		Bez kurzu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	12,5	3	13,0	2	9,1	2	22,2	2	10,0	2	18,2
3	2	25,0	8	34,8	9	40,9	1	11,1	5	25,0	5	45,5
4	3	37,5	5	21,7	6	27,3	2	22,2	6	30,0	2	18,2
5	1	12,5	6	26,1	5	22,7	2	22,2	5	25,0	2	18,2
6	1	12,5	1	4,3	0	0	2	22,2	2	10	0	0
Celkem	8	100	23	100	22	100	9	100	20	100	11	100

Poslední modelovou situací experimentu je krvácení z nosu. 6,4 % učitelek získalo plný počet bodů. Mezi nejčastěji dosažené výsledky patří tři (32,3 %), čtyři (25,8 %) a pět bodů (22,6 %). Hodnoty nula bodů a jeden bod nebyly při hodnocení jednotlivých respondentek použity.

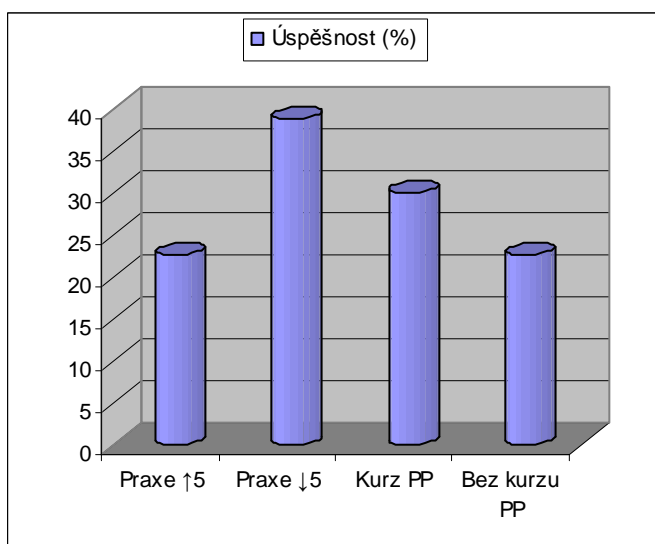
2.4.1 Souhrnné výsledky kvalitativního výzkumu

Souhrnné vyhodnocení experimentu dle délky praxe a absolvování kurzu PP

Tabulka č. 48 : Úspěšnost v 1. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP

	Získané body	Maximální počet bodů	Úspěšnost (%)
Praxe ↑5	30	132	22,7
Praxe ↓5	21	54	38,9
Kurz PP	36	120	30,0
Bez kurzu PP	15	66	22,7

Graf č. 24: Úspěšnost v 1. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP



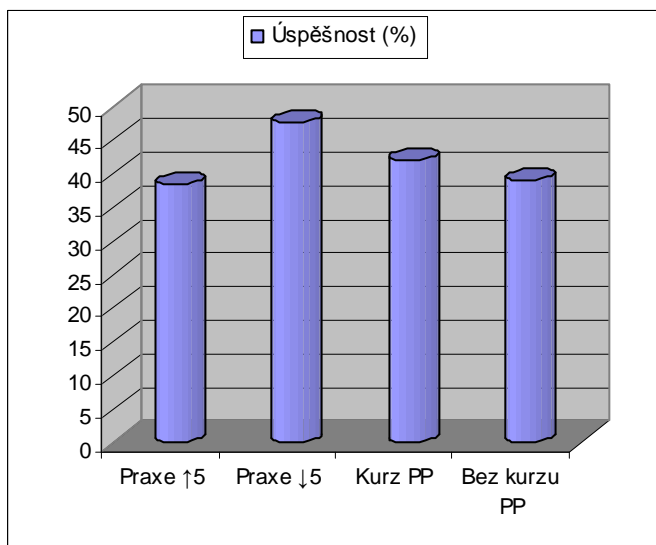
Z tabulky č. 48 a grafu č. 24 vyplývá, že učitelky s praxí kratší než pět let (38,9 %) a s kurzem první pomoci (30 %) jsou úspěšnější při řešení modelové situace č. 1 oproti učitelkám s praxí delší než pět let (22,7 %) a bez kurzu první pomoci (22,7 %).

Nejlépeších výsledků dosáhla skupina respondentek s méně než pětiletou praxí (38,9 %), ale přesto nedospěla ani k hranici 50 % úspěšnosti.

Tabulka č. 49 : Úspěšnost v 2. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP

	Získané body	Maximální počet bodů	Úspěšnost (%)
Praxe ↑5	59	154	38,3
Praxe ↓5	30	63	47,6
Kurz PP	59	140	42,1
Bez kurzu PP	30	77	38,9

Graf č. 25: Úspěšnost v 2. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP



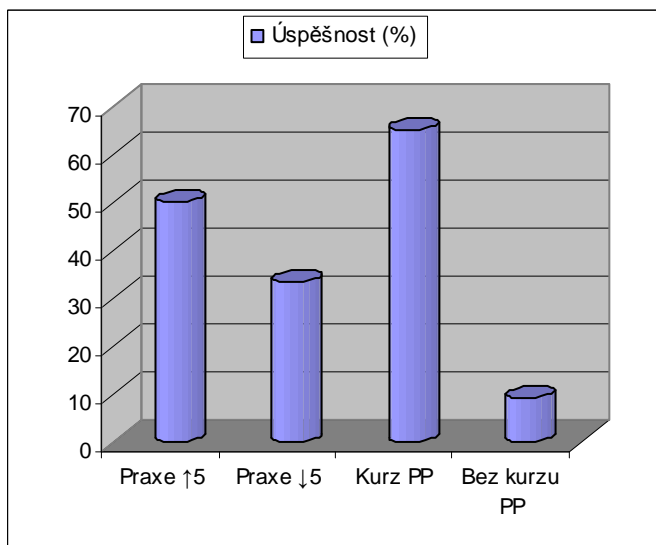
Nejlepší praktické dovednosti v modelové situaci č. 2 prokázala skupina učitelek s praxí kratší než pětiletou (47,6 %) a také skupina učitelek s kurzem první pomoci (42,1 %).

Každá ze čtyř zkoumaných skupin dosáhla lepších výsledků, než tomu bylo v modelové situaci č.1.

Tabulka č. 50 : Úspěšnost ve 3. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP

	Získané body	Maximální počet bodů	Úspěšnost (%)
Praxe ↑5	11	22	50,0
Praxe ↓5	3	9	33,3
Kurz PP	13	20	65,0
Bez kurzu PP	1	11	9,0

Graf č. 26: Úspěšnost ve 3. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP



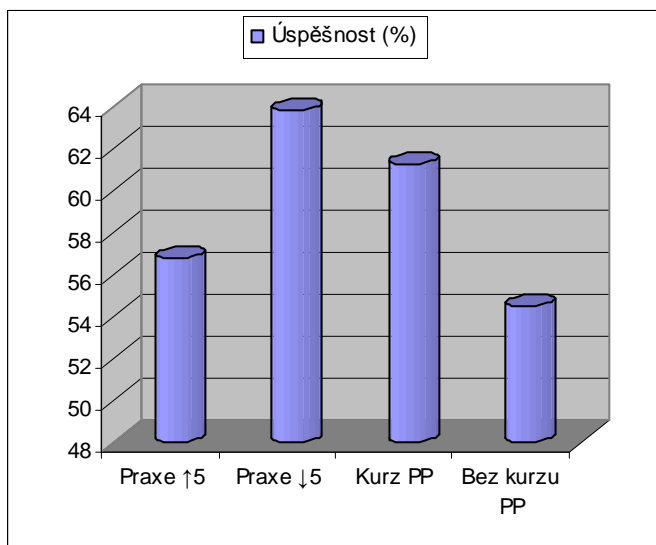
Ve třetí modelové situaci některé skupiny přesáhly hodnotu 50 % úspěšnosti. Jedná se o skupinu tvořenou učitelkami s více než pětiletou praxí (50 %) a o skupinu absolventek kurzu první pomoci (65 %).

Skupina, do které patří respondentky bez kurzu první pomoci, získala jeden bod z maximálního počtu jedenácti bodů, čímž dospěla k pouhé 9,1 % úspěšnosti.

Tabulka č. 51: Úspěšnost ve 4. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP

	Získané body	Maximální počet bodů	Úspěšnost (%)
Praxe ↑5	50	88	56,8
Praxe ↓5	23	36	63,8
Kurz PP	49	80	61,2
Bez kurzu PP	24	44	54,5

Graf č. 27: Úspěšnost ve 4. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP



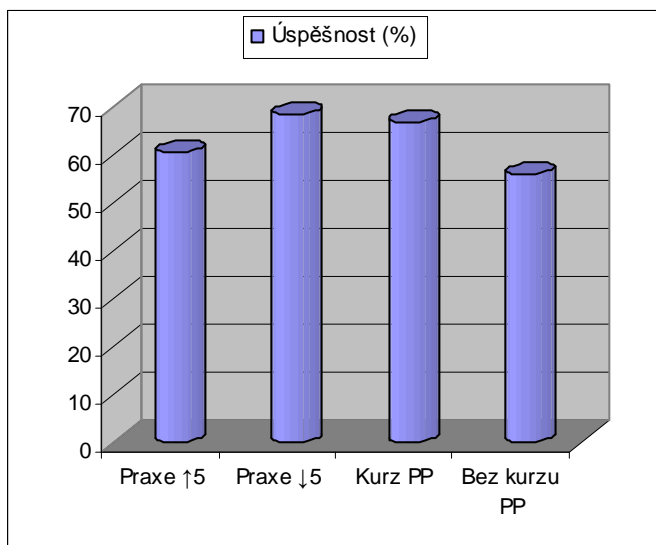
Podle tabulky č. 51 získaly nejlepší ohodnocení učitelky s méně než pětiletou praxí (63,8 %) a s kurzem první pomoci (61,2 %).

Výsledky zbývajících dvou skupin (učitelky s praxí delší než pět let a bez kurzu první pomoci) se pohybují okolo 55 % .

Tabulka č. 52: Úspěšnost v 5. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP

	Získané body	Maximální počet bodů	Úspěšnost (%)
Praxe ↑5	80	132	60,6
Praxe ↓5	37	54	68,5
Kurz PP	80	120	66,6
Bez kurzu PP	37	66	56,0

Graf č. 28: Úspěšnost v 5. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP



Skupina učitelek s praxí kratší než pět let, která byla úspěšná z 68,5 %, při řešení této modelové situace prokázala nejlepší praktické dovednosti. Velmi podobný výsledek mají také učitelky s kurzem první pomoci (66,6 %). I respondentky s více jak pětiletou praxí dosáhly 60 % úspěšnosti.

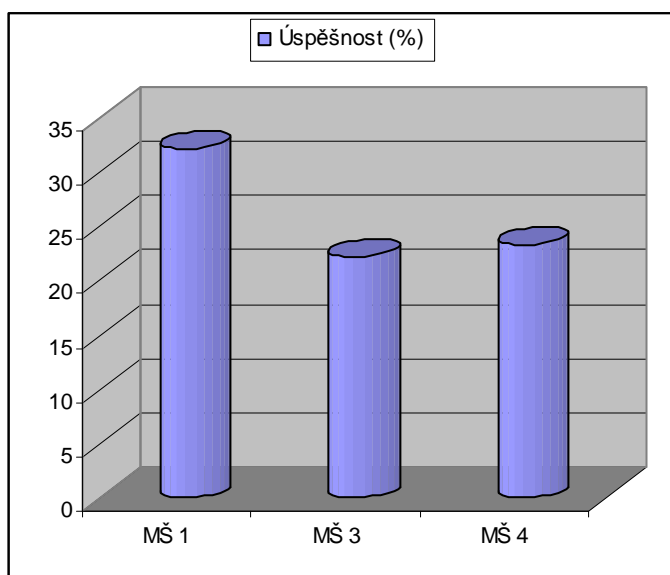
Nejméně úspěšná skupina, kterou je skupina učitelek bez kurzu první pomoci, získala 56 %.

Souhrnné vyhodnocení experimentu dle MŠ

Tabulka č. 53: Úspěšnost v 1. situaci experimentu dle MŠ

	Získané body	Maximální počet bodů	Úspěšnost (%)
MŠ 1	29	90	32,2
MŠ 3	8	36	22,2
MŠ 4	14	60	23,3

Graf č. 29: Úspěšnost v 1. situace experimentu dle MŠ

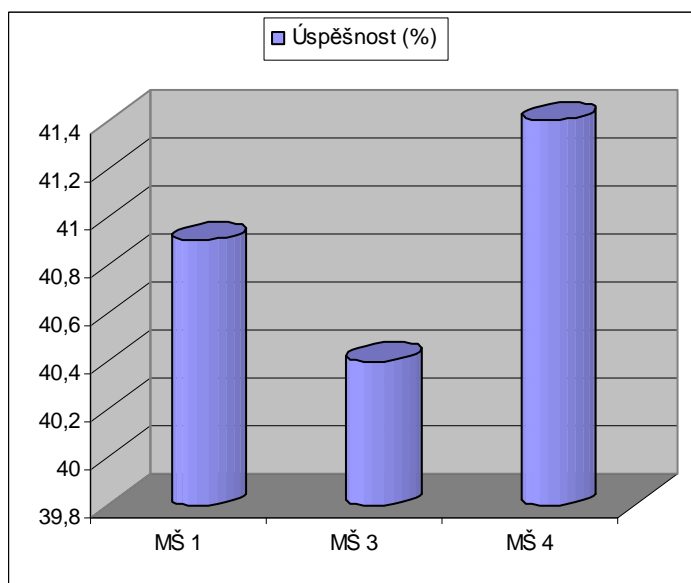


Nejúspěšnější mateřskou školou v modelové situaci č. 1 je MŠ 1, která získala 32,2 %. MŠ 3 a MŠ 4 dosáhly téměř stejných výsledků, a to 22,2 % a 23,3 %, rozdíl činí zanedbatelnou hodnotu (1,1 %).

Tabulka č. 54: Úspěšnost v 2. situaci experimentu dle MŠ

	Získané body	Maximální počet bodů	Úspěšnost (%)
MŠ 1	43	105	40,9
MŠ 3	17	42	40,4
MŠ 4	29	70	41,4

Graf č. 30: Úspěšnost v 2. situaci experimentu dle MŠ



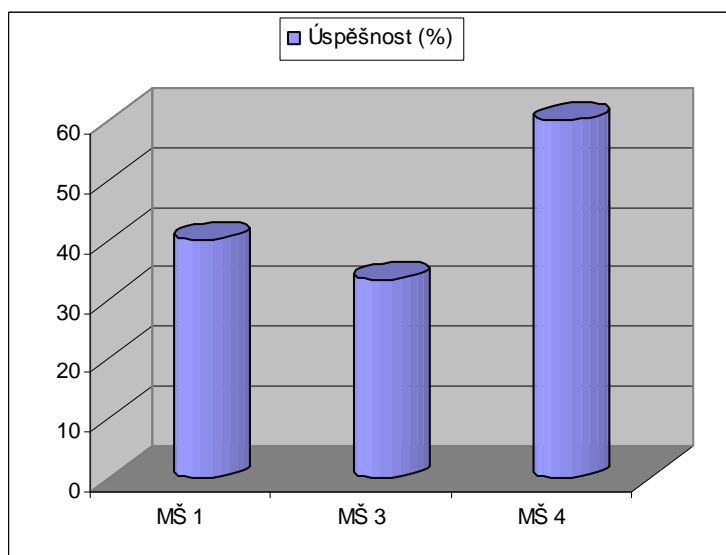
Z tabulky č. 54 je patrné, že úroveň praktických dovedností, prokázaných jednotlivými mateřskými školami, se v podstatě neliší.

Procentuální výkyv mezi neúspěšnější (MŠ 4 – 41,4 %) a nejméně úspěšnou mateřskou školou (MŠ 3 – 40,4 %) se rovná 1 %.

Tabulka č. 55: Úspěšnost ve 3. situaci experimentu dle MŠ

	Získané body	Maximální počet bodů	Úspěšnost (%)
MŠ 1	6	15	40,0
MŠ 3	2	6	33,3
MŠ 4	6	10	60,0

Graf č. 31: Úspěšnost ve 3. situaci experimentu dle MŠ

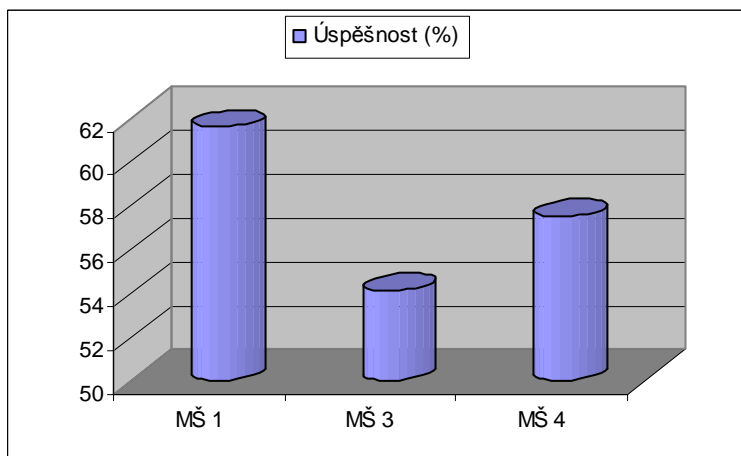


V případě modelové situace č. 3 (uložení dítěte do Rautekovy polohy) nejlepších výsledků, a to 60 %, dosáhla MŠ 4. MŠ 1 (40 %) a MŠ 3 (33,3 %) nepřesáhly hodnotu 50 % úspěšnosti.

Tabulka č. 56: Úspěšnost ve 4. situaci experimentu dle MŠ

	Získané body	Maximální počet bodů	Úspěšnost (%)
MŠ 1	37	60	61,6
MŠ 3	13	24	54,1
MŠ 4	23	40	57,5

Graf č. 32: Úspěšnost ve 4. situaci experimentu dle MŠ

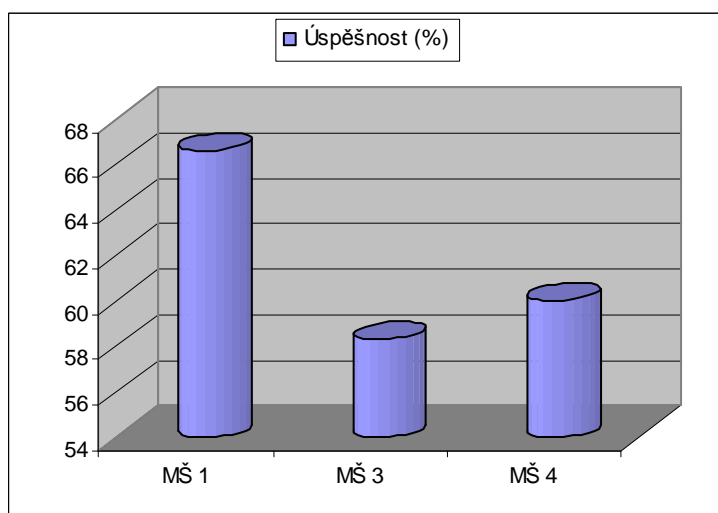


Tabulka č. 56 a graf č. 32 poukazují na fakt, že úspěšnost MŠ 3 (54,1 %) a úspěšnost MŠ 4 (57,5 %) se od sebe výrazněji neliší. Poněkud lepší výsledky vykazuje MŠ 1 se ziskem 61,6 %, nejedná se ovšem o výraznější rozdíl oproti MŠ 3 a MŠ 4.

Tabulka č. 57: Úspěšnost v 5. situaci experimentu dle MŠ

	Získané body	Maximální počet bodů	Úspěšnost (%)
MŠ 1	60	90	66,6
MŠ 3	21	36	58,3
MŠ 4	36	60	60,0

Graf č. 33: Úspěšnost v 5. situaci experimentu dle MŠ



Poslední modelová situace experimentu (krvácení z nosu) znamenala pro MŠ 1 zisk 66,6 %. Dle úspěšnosti je další v pořadí MŠ 4, která dosáhla hodnoty 60 %. MŠ 3 také přesáhla 50 % hranici.

2.5 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1

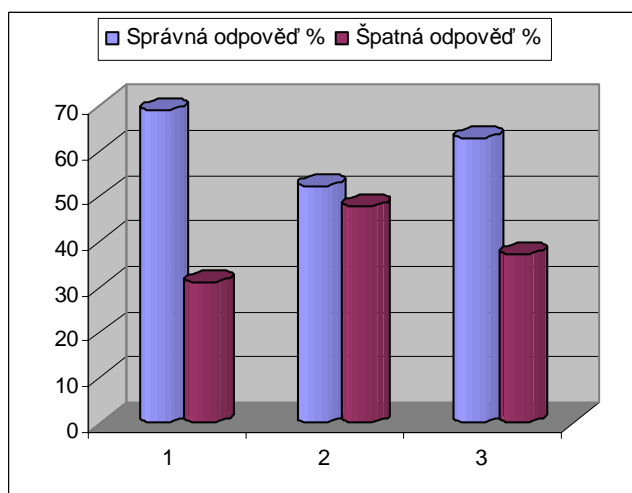
Učitelky mateřských škol mají nejméně teoretických znalostí v oblasti život ohrožujících stavů (oblast III - bezvědomí, KPR, uvolnění dýchacích cest).

Vyhodnocení hypotézy č.1

Tabulka č. 58: Vyhodnocení hypotézy č. 1

Oblast	Správná odpověď		Špatná odpověď	
	n	%	n	%
III.	232	69,1	104	30,9
IV.	292	52,1	268	47,9
V.	106	62,7	63	37,3

Graf č. 34: Vyhodnocení hypotézy č. 1



Hypotéza č. 1 se nepotvrdila.

Učitelky mateřských škol mají nejméně teoretických znalostí v poskytování první pomoci při úrazech (v dotazníku oblast IV). Na otázky spadající do této oblasti respondentky poskytly správnou odpověď v 52,1 %.

V oblasti III (poskytování první pomoci v život ohrožujících stavech) byly naopak zaznamenány nejlepší výsledky, které dosahují téměř k 70 %.

Hypotéza č. 2

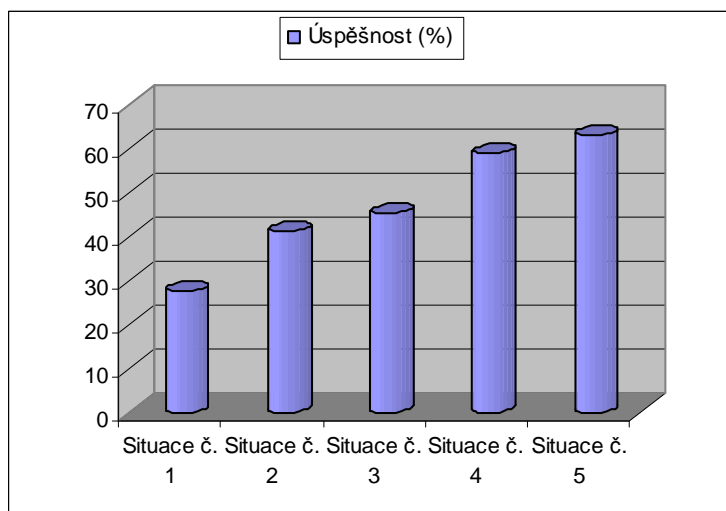
Při experimentu činí učitelkám mateřských škol největší obtíže resuscitace (v experimentu situace č. 2 – resuscitace na figuríně).

Vyhodnocení hypotézy č.2

Tabulka č. 59: Vyhodnocení hypotézy č. 2

	Získané body	Maximální počet bodů	Úspěšnost (%)
Situace č. 1	51	186	27,4
Situace č. 2	89	217	41,0
Situace č. 3	14	31	45,2
Situace č. 4	73	124	58,9
Situace č. 5	117	186	62,9

Graf č. 35: Vyhodnocení hypotézy č. 2



Hypotéza č. 2 se nepotvrdila.

Při experimentu činila učitelkám mateřských škol největší obtíže situace č. 1 (uvolnění dýchacích cest po vdechnutí dílu stavebnice), při které respondentky dosáhly pouze 27,4 % úspěšnosti.

Menší úspěšnost byla zaznamenána také v situaci č. 2 (41 %) a v situaci č. 3 (45,2 %). Ve zbylých případech (situace č. 4 a situace č. 5) učitelky svými praktickými dovednostmi přesáhly hranici 50 %.

Hypotéza č. 3

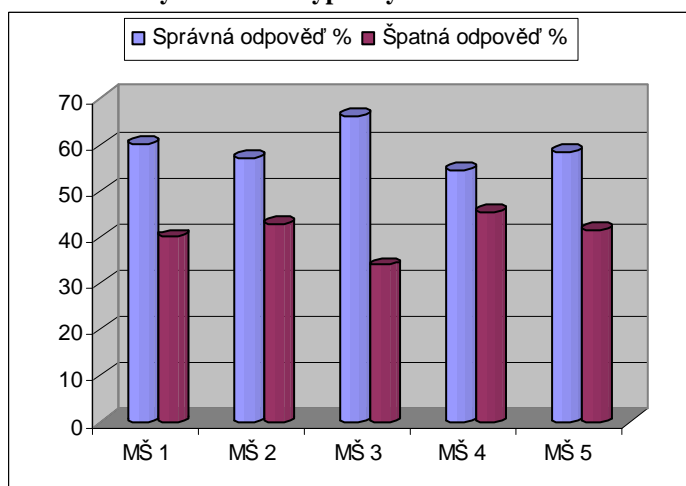
Učitelky v mateřských školách splňují vědomostní test první pomoci minimálně z 60 %.

Vyhodnocení hypotézy č.3

Tabulka č. 60: Vyhodnocení hypotézy č. 3

	Správná odpověď'		Špatná odpověď'	
	n	%	n	%
MŠ 1	171	60,0	114	40,0
MŠ 2	120	57,1	90	42,9
MŠ 3	113	66,1	58	33,9
MŠ 4	104	54,7	86	45,3
MŠ 5	122	58,4	87	41,6
Celkem	630	59,2	435	40,8

Graf č. 36: Vyhodnocení hypotézy č. 3



Hypotéza č. 3 se nepotvrdila.

Učitelky mateřských škol splnily vědomostní test první pomoci z 59,2 %. Požadavek dosažení hranice alespoň 60 % splnila pouze MŠ 1 a MŠ 3.

Hypotéza č. 4

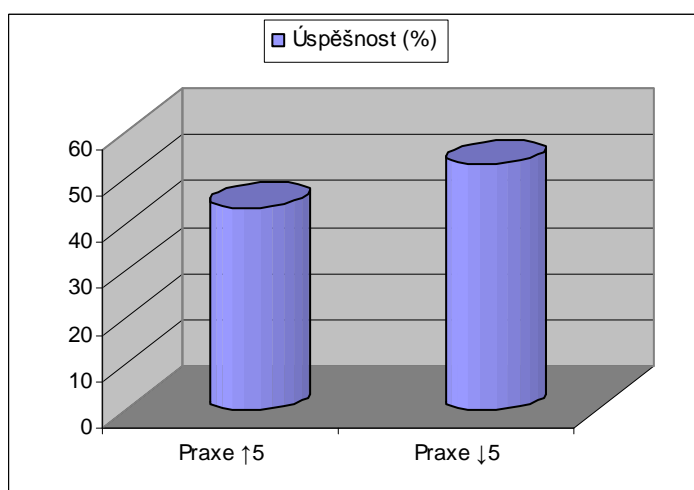
Učitelky s více jak pětiletou praxí v mateřské škole mají lepší praktické dovednosti než učitelky, které mají praxi v mateřské škole kratší než pět let.

Vyhodnocení hypotézy č.4

Tabulka č. 61: Vyhodnocení hypotézy č. 4

	Získané body	Maximální počet bodů	Úspěšnost (%)
Praxe ↑5	230	528	43,6
Praxe ↓5	114	216	52,8

Graf č. 37: Vyhodnocení hypotézy č. 4



Hypotéza č. 4 se nepotvrdila.

Učitelky s více jak pětiletou praxí mají horší praktické dovednosti (43,6 %) než učitelky s praxí kratší jak pět let (52,8 %).

Hypotéza č. 5

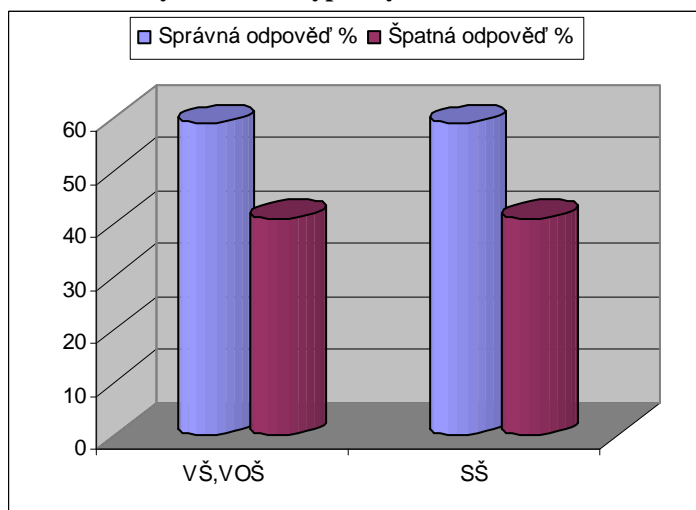
Učitelky s vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním mají lepší teoretické znalosti v první pomoci než učitelky s nižším vzděláním.

Vyhodnocení hypotézy č.5

Tabulka č. 62: Vyhodnocení hypotézy č. 5

	Správná odpověď		Špatná odpověď	
	n	%	n	%
VŠ,VOŠ	157	59,0	109	41,0
SŠ	471	59,0	327	41,0

Graf č. 38: Vyhodnocení hypotézy č. 5



Hypotéza č. 5 se nepotvrdila.

Obě skupiny dosáhly stejných výsledků. Správně odpověděli z 59 %. Chybných odpovědí bylo zaznamenáno 41 %.

Hypotéza č. 6

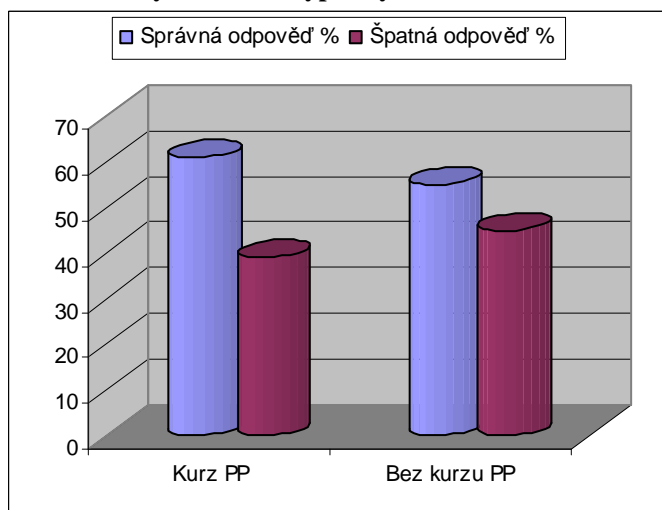
Učitelky, které absolvovaly kurz první pomoci mají lepší teoretické znalosti a praktické dovednosti v první pomoci než učitelky, které kurz neabsolvovaly.

Vyhodnocení hypotézy č.6

Tabulka č. 63: Vyhodnocení hypotézy č. 6 – teoretické znalosti

	Správná odpověď'		Špatná odpověď'	
	n	%	n	%
Kurz PP	440	60,9	282	39,1
Bez kurzu PP	188	55,0	154	45,0

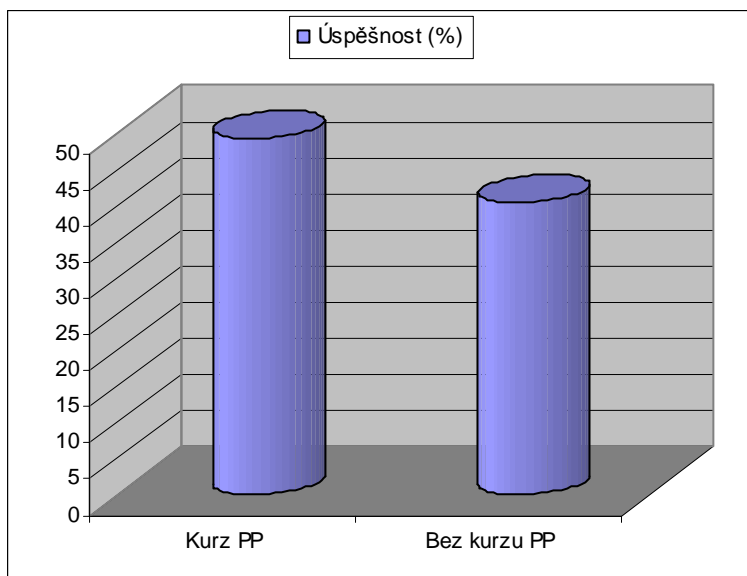
Graf č. 39: Vyhodnocení hypotézy č. 6 – teoretické znalosti



Tabulka č. 64: Vyhodnocení hypotézy č. 6 – praktické dovednosti

	Získané body	Maximální počet bodů	Úspěšnost (%)
Kurz PP	237	480	49,3
Bez kurzu PP	107	264	40,5

Graf č. 40: Vyhodnocení hypotézy č. 6 – praktické dovednosti



Hypotéza č. 6 se potvrdila.

Učitelky, které absolvovaly kurz první pomoci mají lepší teoretické znalosti i praktické dovednosti než učitelky, které kurz první pomoci neabsolvovaly.

Učitelky s kurzem první pomoci zvolily v testu teoretických znalostí správnou odpověď v téměř 61 %, učitelky bez kurzu v 55 %.

V oblasti praktických dovedností byly učitelky mateřských škol s kurzem první pomoci úspěšné ve 49,3 % a učitelky bez kurzu ve 40,5 %.

2.6 Diskuze

Jak již bylo výše uvedeno, výzkumná část této bakalářské práce se skládá ze dvou oddílů, a to z dotazníku a experimentu. Mé domněnky, které se tykají teoretických znalostí a praktických dovedností učitelek několika mateřských škol, jsou vyjádřeny v rámci čtyř dílčích cílů obsahujících celkem šest hypotéz.

Prvním dílčím cílem bylo ověřit, které teoretické znalosti a praktické dovednosti v první pomoci činí učitelkám mateřských škol největší obtíže. Tuto problematiku blíže zkoumají hypotézy č. 1 a 2, z nichž ani jedna nebyla potvrzena. Očekávala jsem, že učitelky mateřských škol mají nejméně teoretických znalostí v oblasti život ohrožujících stavech (bezvědomí, KPR, uvolnění dýchacích cest). Výsledky dotazníku však poukazují na fakt, že oblastí, ve které učitelky prokázaly nejméně teoretických znalostí, je poskytování první pomoci při úrazech, v této oblasti byla zaznamenána 52,1 % úspěšnost. Druhá hypotéza říká, že při experimentu činí učitelkám mateřských škol největší obtíže resuscitace. Ve skutečnosti měly učitelky největší problémy se zvládnutím situace č. 1, tedy s uvolněním dýchacích cest po vdechnutí dílu stavebnice, při které respondentky dosáhly pouze 27,4 % úspěšnosti. Hlubší neznalosti jsou patrné také u situace č. 2 (provedení KPR – 41,0 %) a situace č. 3 (uložení dítěte do Rautekovy polohy 45,2 %). K situaci č. 3 je také nutno podotknout, že na otázku v testu teoretických znalostí zaměřenou na stejnou problematiku (otázka č. 10 - Který z uvedených obrázků vyobrazuje Rautekovu zotavovací polohu ?) odpovědělo správně celých 62,5 % dotazovaných, z čehož vyplývá, že učitelky mateřských škol sice vědí, jak má Rautekova poloha vypadat, ale v praxi ji ovšem v mnoha případech nejsou schopny provést.

Druhým dílčím cílem, který jsem si stanovila, bylo zmapovat rozsah teoretických znalostí první pomoci učitelek mateřských škol. Domnívala jsem se, že učitelky v mateřských školách splní vědomostní test první pomoci minimálně z 60%, tato hypotéza se rovněž nepotvrdila. Rozdíl mezi požadovanými 60 % a dosaženým výsledkem (59,2 %) však nebyl příliš markantní, činil 0,8 %. V rámci jednotlivých mateřských škol, které byly předmětem mého výzkumu, 60 % úspěšnost splnila pouze MŠ 1 (60 %) a MŠ 3 (66,6 %).

Úkolem zformulovaným v dílčím cíli č.3 bylo zjistit, zda existuje rozdíl ve znalostech a dovednostech první pomoci učitelek podle délky praxe v mateřských školách a podle dosaženého vzdělání. Stanovila jsem dvě hypotézy, které konkretizují obecně stanovený cíl. V první z nich jsem předpokládala, že učitelky s více jak pětiletou praxí v mateřské

škole mají lepší praktické dovednosti než učitelky, které mají praxi v mateřské škole kratší než pět let. Daná hypotéza nebyla potvrzena, jelikož na základě provedeného experimentu bylo zjištěno, že učitelky s více jak pětiletou praxí mají horší praktické dovednosti (43,6 %) než učitelky s praxí kratší jak pět let (52,8 %), a to o 9,2 %. Učitelky mateřských škol s praxí kratší než pět let dosáhly lepších výsledků nejspíše z toho důvodu, že většina z nich absolvovala kurz první pomoci před výrazně kratším časovým úsekem než učitelky s praxí delší jak pětiletou. Druhou hypotézu tvoří domněnka, že učitelky s vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním mají lepší teoretické znalosti v první pomoci než učitelky s nižším vzděláním. Tato hypotéza nebyla potvrzena. Obě sledované skupiny (učitelky s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním, učitelky se středním vzděláním) dosáhly totožných výsledků (59 % úspěšnost).

Čtvrtým a v řadě posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda existuje rozdíl ve znalostech a praktických dovednostech v první pomoci mezi učitelkami, které absolvovaly kurz první pomoci, a učitelkami, které kurz neabsolvovaly. V hypotéze č. 6 jsem konstatovala, že učitelky, které absolvovaly kurz první pomoci mají lepší teoretické znalosti a praktické dovednosti v první pomoci než učitelky, které kurz neabsolvovaly. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že učitelky s kurzem první pomoci zvolily v dotazníku správnou odpověď v téměř 61 %, kdežto učitelky bez kurzu v 55 %, a v oblasti praktických dovedností byly učitelky mateřských škol s kurzem první pomoci úspěšné ve 49,3 % a učitelky bez kurzu ve 40,5 %, daná hypotéza se potvrdila. Avšak odlišnosti ve znalostech a dovednostech učitelek mateřských škol s kurzem první pomoci a bez kurzu první pomoci nebyly příliš výrazné.

2.7 Návrh řešení zjištěných nedostatků

Na základě praktické části mé bakalářské práce jsem dospěla k závěru, že úroveň poskytování první pomoci dětem učitelkami mateřských škol je o poznání nižší, než by měla ve skutečnosti být.

Učitelky mateřských škol musí zásady první pomoci bezpodmínečně znát a umět použít v praxi, s ohledem na fakt, že právě ony budou bezprostředně poskytovat první pomoc dítěti ohroženému na zdraví či životě, čímž velmi významně ovlivní vývoj dané situace, a to buď pozitivně, nebo negativně.

Za první opatření, které by bylo nutné zavést, považuji pravidelné školení a kurzy první pomoci, prováděné nejlépe jednou za dva roky. Učitelky by měly být proškoleny v teoretických znalostech i v praktických dovednostech zaměřených na poskytování první pomoci dětem. Je vhodné, aby každý kurz první pomoci byl zakončen zkouškou a získáním certifikátu. Důležitá je také zpětná vazba, např. kontrola učitelek vedením mateřských škol či jinými orgány.

Na vzdělávání musí být učitelkám vyhrazen dostatek času a prostoru např. v podobě studijního volna. Není možné, aby učitelky na kurz docházely po pracovní době, kdy ztrácejí pozornost a nejsou schopné plně vnímat školitele, v takovémto případě je kurz zcela zbytečný.

V budovách všech mateřských škol by měly být k dispozici metodické pokyny, jak správně poskytnout první pomoc při rozličných úrazech a naléhavých stavech u dětí. Na vypracování metodických pokynů se mohou v rámci dalšího vzdělávání podílet samy učitelky.

Neméně důležitá je také snaha podněcovat učitelky k většímu zájmu o tuto problematiku. Vedení mateřských škol by mělo učitelky informovat také o tom, jaké následky může mít neposkytnutí první pomoci, ať pro dítě, či pro ně samé a samozřejmě i pro celou mateřskou školu.

Mateřská škola by měla být také schopna prokázat rodičům, že učitelky jsou v problematice první pomoci dostatečně proškoleny. Získané certifikáty či osvědčení by měly být vystaveny na viditelném místě, jen takto mohou mít rodiče přehled o tom, kdo se o jejich děti stará.

ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit úroveň znalostí a dovedností v oblasti první pomoci u učitelek mateřských škol.

Praktické části této práce se zúčastnilo celkem osmdesát osm učitelek z pěti mateřských škol. Vedení všech zmíněných mateřských škol souhlasilo se spoluprací na mém výzkumu a předložilo dotazník svým zaměstnancům, z nichž třicet dva test nevyplnilo či vyplnilo pouze částečně. Většině dotazovaných se test teoretických znalostí zdál příliš obtížný, a to i přes to, že je koncipován ze základních otázek týkajících se první pomoci. Účast na experimentu ovšem zcela odmítly dvě mateřské školy a některé další učitelky ze zbylých mateřských škol, které provedení experimentu spíše přivítaly.

Z výsledků, které se mi během několika měsíců podařilo shromáždit, vyplývá, že učitelky mateřských škol nemají pro práci s dětmi předškolního věku dostačující teoretické znalosti a praktické dovednosti v oblasti první pomoci, o čemž svědčí i fakt, že pouhých 50% respondentek si myslí, že má dostatečné znalosti a dovednosti k tomu, aby byly schopny poskytnout dítěti první pomoc, a dokonce 12,5 % učitelek nemá zájem navštěvovat vzdělávací akce týkající se první pomoci u dětí.

V průběhu výzkumu jsem se stále setkávala s laxním až odmítavým přístupem, a to ze strany vedení mateřských škol a také jednotlivých učitelek. Při provádění experimentu jsem byla nucena opakovaně pobízet učitelky k názornému předvedení dané situace na připravených pomůckách, o což bohužel nejevily větší zájem. Za velmi negativní jev považuji fakt, že v situaci č. 2 (KPR u dítěte) většina učitelek odmítla možnost praktického nácviku resuscitace na figuríně. Jedna z učitelek dokonce uvedla, že by resuscitaci raději neprováděla a počkala by na příjezd záchranné služby.

Myslím, že podobně nepříznivý stav v poskytování první pomoci dětem je i v ostatních mateřských školách. Z rozhovorů s vedením bylo patrné, že o špatné situaci ví, ale staví se k ní pasivně. Bylo by namístě, aby vedení školy projevilo snahu odstranit zjištěné nedostatky.

Nezbývá mi než doufat, že se úroveň poskytování první pomoci v mateřských bude stále zlepšovat a že děti budou v těchto zařízeních v bezpečí.

ZDROJE INFORMACÍ

1. ARONOVÁ, J. et al: *Na co se často ptáte. Ze zkušeností dětského lékaře.* 1. vyd. Praha: Amosia. 2006. 203 s. ISBN 80-86966-13-5.
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V.: *Výzkum a ošetrovatelství.* 2. vyd. Brno: NCO NZO. 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. BERÁNKOVÁ, M., FLEKOVÁ, A., HOLZHAUSEROVÁ, B.: *První pomoc.* 1. vyd. Praha: Informatorium. 2002. 200 s. ISBN 80-86073-99-8.
4. BYDŽOVSKÝ, J.: *Akutní stavy v kontextu.* 1. vyd. Praha: Triton. 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
5. ČEJKOVÁ, EVA a kol. *Děti v dopravě. První pomoc.* Praha: Úřad českého červeného kříže, 2004. 31s.
6. DORKOVÁ, Z., JUKL, M., CICHÁ, M.: *Průvodce první pomocí pro pedagogy.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2007. 69 s. ISBN 978-80-244-1928-4.
7. DVOŘÁK, J.: Jak volat záchranou službu - Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje. *Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje.* [Online] ZZSPK, 14. Prosinec 2009. [Citace: 26. Leden 2010.] <http://www.zzspk.cz/jak-volat-zachranku>.
8. GREGORA, M.: *První pomoc u dětí.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2004. 72 s. ISBN 80-204-1064-3.
9. JAJTNER, P.: Volání zdravotnické záchranné služby: LSPP: Nemocnice Znojmo. *Nemocnice Znojmo.* [Online] 4. Duben 2005. [Citace: 28. Leden 2010.] http://www.nemzn.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=600118&id=1386&p1=2285.
10. KELNAROVÁ, J. et al: *První pomoc I.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2007. 112 s. ISBN 978-80-247-2187-8.
11. KELNAROVÁ, J. et al: *První pomoc II.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-2183-5.
12. KURUCOVÁ, A.: *První pomoc.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2008. 136 s. ISBN 978-80-247-2168-2.
13. KUTNOHORSKÁ, J.: *Výzkum v ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
14. LUKEŠ, R.: Český červený kříž. *Český červený kříž oblastní spolek ČČK Praha 1.* [Online] 16. Září 2009. [Citace: 2. Březen 2010.] <http://www.cckpraha1.cz/PPRaN2.htm>.

15. NEJEDLÁ, M.: *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8.
16. OLCJAVA, P.: *Zdravé a nemocné dítě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1847-7.
17. PETRŽELA, M.: *První pomoc pro každého*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2007. 80 s. ISBN 978-80-247-2246-7.
18. POKORNÝ, J.: *Lékařská první pomoc*. 1. vyd. Praha: Galén. 2003. 351 s. ISBN 80-7262-214-5.
19. RATHAUSKÝ, Z.: *Co dělat...aneb Kapesní průvodce krizovými situacemi doma i v zahraničí*. 1. vyd. Praha: Centrum pro bezpečný stát. 2008. 89 s. ISBN 978-80-904066-0-5.
20. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M., et al: *Ošetřovatelství 1/2, pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Informatorium. 1999. 209 s. ISBN 80-86073-40-8.
21. Sestra. *Co je první pomoc a neodkladná resuscitace*. Praha: Mladá fronta, 01.2008. 57 s. ISSN 1210-0404
22. SCHEINAROVÁ, A.: *První pomoc*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2004. 80 s. ISBN 80-244-0849-X.
23. SRNSKÝ, P.: *První pomoc u dětí*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 2007. 112 s. ISBN 978-80-247-1824-8.
24. STAŇKOVÁ, M.: *Galerie historických osobností*. 1. vyd. Brno: IDV ZP. 2001. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.
25. STAŇKOVÁ, M.: *Ošetřovatelství 1*. 1. vyd. Praha. Avicemum. 1988. 376 s. ISBN 08-024-88.
26. STELZER, J., CHYTILOVÁ, L.: *První pomoc pro každého*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2007. 116 s. ISBN 978-80-247-2144-6.
27. ST. JOHN AMBULANCE, ST ANDRE'S AMBULANCE, ASSOCIATION BRITHIS RED CROSS SOCIETY, ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ: *Příručka první pomoci*. 1. vyd. Bratislava: Perfekt. 2003. 288 s. ISBN 80-8046-224-0.
28. STOPPARDOVÁ, M. *První pomoc malým dětem*. Praha: Slovart. 2005. 64 s. ISBN 80-7209-677-X.
29. ŠTĚPÁNEK, K.; PLESKOT, R. et al. *První pomoc zážitkem*. 1. vyd. Brno: Computer Press. 2009. 57 s. ISBN 978-80-251-2564-9.

30. TRAPANI, G. *První pomoc a zdraví dítěte*. 1. vyd. Praha: Portál. 2006. 137 s. ISBN 80-7367-137-9.
31. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 6. vyd. Praha: Maxdorf. 2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-4.
32. WEBB, M. at al: *First aid manual*. 7th rev. ed. London : Dorling Kindersley Travel Guides. 1999. 288 s. ISBN 0-7513-0707-6.
33. Zdravotnická záchranná služba kraje Vysočina. *Zdravotnická záchranná služba krraje Vysočina*. [Online] Internetové stránky Zdravotnické záchranné služby kraje Vysočina, 22. Leden 2010. [Citace: 28. Leden 2010.] <http://www.zzsvysocina.cz/index/php?page=volej155>

SEZNAMY

Seznam zkratek

apod.	a podobně
ARIP	Anesteziologická, resuscitační a intenzivní péče
atd.	a tak dále
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CNS	centrální nervový systém
č.	číslo
ČČK	Český červený kříž
ČR	Česká republika
D	dýchání
DC	dýchací cesty
DK	dolní končetina
EKG	elektrokardiografie
et al.	a kolektiv
HK	horní končetina
HZS	Hasičský záchranný sbor
IZS	Integrovaný záchranný systém
KPR	kardiopulmonální resuscitace
LZS	Letecká záchranná služba
MŠ	mateřská škola
n	počet
např.	například
odst.	odstavec
ORL	otorinolaryngologie
PČR	Policie České republiky
PP	první pomoc
RLP	Rychlá lékařská pomoc; lékařská první pomoc
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
Sb.	Sbírka zákonů
SŠ	střední škola
tzv.	tak zvaný

viz	podívej se
VOŠ	vyšší odborná škola
VŠ	vysoká škola
VZS	Vodní záchranná služba
ZBK	Zdravotnická brigáda kynologů
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Seznam tabulek

Tab. č. 1: Věk	54
Tab. č. 2: Délka praxe	55
Tab. č. 3: Dosažené vzdělání	55
Tab. č. 4: Počet dětí ve třídě	56
Tab. č. 5: Počet vlastních dětí	57
Tab. č. 6: Počet učitelek na skupinu dětí	57
Tab. č. 7: Kurz první pomoci	58
Tab. č. 8: Kurz první pomoci – časové údaje	58
Tab. č. 9: Vyhodnocení otázky č.1	59
Tab. č. 10: Vyhodnocení otázky č.2	60
Tab. č. 11: Vyhodnocení otázky č.3	61
Tab. č. 12: Vyhodnocení otázky č.4	62
Tab. č. 13: Vyhodnocení otázky č.5	63
Tab. č. 14: Vyhodnocení otázky č.6	64
Tab. č. 15: Vyhodnocení otázky č.7	65
Tab. č. 16a: Vyhodnocení otázky č.8 – dle MŠ	66
Tab. č. 16b: Vyhodnocení otázky č.8 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	66
Tab. č. 17a: Vyhodnocení otázky č.9 – dle MŠ	67
Tab. č. 17b: Vyhodnocení otázky č.9 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	67
Tab. č. 18a: Vyhodnocení otázky č.10 – dle MŠ	68
Tab. č. 18b: Vyhodnocení otázky č.10 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	68
Tab. č. 19a: Vyhodnocení otázky č.11 – dle MŠ	69
Tab. č. 19b: Vyhodnocení otázky č.11 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	69
Tab. č. 20a: Vyhodnocení otázky č.12 – dle MŠ	70
Tab. č. 20b: Vyhodnocení otázky č.12 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	70
Tab. č. 21a: Vyhodnocení otázky č.13 – dle MŠ	71
Tab. č. 21b: Vyhodnocení otázky č.13 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	71
Tab. č. 22a: Vyhodnocení otázky č. 14 – dle MŠ	72
Tab. č. 22b: Vyhodnocení otázky č.14 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	72
Tab. č. 23a: Vyhodnocení otázky č.15 – dle MŠ	73
Tab. č. 23b: Vyhodnocení otázky č.15 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	73
Tab. č. 24a: Vyhodnocení otázky č.16 – dle MŠ	74

Tab. č. 24b: Vyhodnocení otázky č.16 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	74
Tab. č. 25a: Vyhodnocení otázky č.17 – dle MŠ	75
Tab. č. 25b: Vyhodnocení otázky č.17 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	75
Tab. č. 26a: Vyhodnocení otázky č.18 – dle MŠ	76
Tab. č. 26b: Vyhodnocení otázky č.18 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	76
Tab. č. 27a: Vyhodnocení otázky č.19 – dle MŠ	77
Tab. č. 27b: Vyhodnocení otázky č.19 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	77
Tab. č. 28a: Vyhodnocení otázky č.20 – dle MŠ	78
Tab. č. 28b: Vyhodnocení otázky č. 20 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	78
Tab. č. 29a: Vyhodnocení otázky č. 21 – dle MŠ	79
Tab. č. 29b: Vyhodnocení otázky č. 21 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	79
Tab. č. 30a: Vyhodnocení otázky č.22 – dle MŠ	80
Tab. č. 30b: Vyhodnocení otázky č.22 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	80
Tab. č. 31a: Vyhodnocení otázky č.23 – dle MŠ	81
Tab. č. 31b: Vyhodnocení otázky č. 23 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	81
Tab. č. 32a: Vyhodnocení otázky č.24 – dle MŠ	82
Tab. č. 33b: Vyhodnocení otázky č.24 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	82
Tab. č. 33a: Vyhodnocení otázky č.25 – dle MŠ	83
Tab. č. 33b: Vyhodnocení otázky č.25 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	83
Tab. č. 34a: Vyhodnocení otázky č. 26 – dle MŠ	84
Tab. č. 34b: Vyhodnocení otázky č.26 – dle vzdělání, praxe a kurzu PP	84
Tab. č. 35: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 1	85
Tab. č. 36: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 2	86
Tab. č. 37: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 3	87
Tab. č. 38: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 4	88
Tab. č. 39: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 5	89
Tab. č. 40: Vyhodnocení dotazníku dle MŠ	90
Tab. č. 41: Vyhodnocení dotazníku dle vzdělání	91
Tab. č. 42: Vyhodnocení dotazníku dle absolvování kurzu PP	92
Tab. č. 43a: Vyhodnocení 1. situace experimentu dle MŠ	93
Tab. č. 43b: Vyhodnocení 1. situace experimentu dle vzdělání, praxe a kurzu PP	93
Tab. č. 44a: Vyhodnocení 2. situace experimentu dle MŠ	94
Tab. č. 44b: Vyhodnocení 2. situace experimentu dle vzdělání, praxe a kurzu PP	94

Tab. č. 45a: Vyhodnocení 3. situace experimentu dle MŠ	95
Tab. č. 45b: Vyhodnocení 3. situace experimentu dle vzdělání, praxe a kurzu PP	95
Tab. č. 46a: Vyhodnocení 4. situace experimentu dle MŠ	96
Tab. č. 46b: Vyhodnocení 4. situace experimentu dle vzdělání, praxe a kurzu PP	96
Tab. č. 47a: Vyhodnocení 5. situace experimentu dle MŠ	97
Tab. č. 47b: Vyhodnocení 5. situace experimentu dle vzdělání, praxe a kurzu PP	97
Tab. č. 48: Úspěšnost v 1. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP	98
Tab. č. 49: Úspěšnost v 2. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP	99
Tab. č. 50: Úspěšnost v 3. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP	100
Tab. č. 51: Úspěšnost ve 4. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP	101
Tab. č. 52: Úspěšnost v 5. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP	102
Tab. č. 53: Úspěšnost v 1. situaci experimentu dle MŠ	103
Tab. č. 54: Úspěšnost v 2. situaci experimentu dle MŠ	104
Tab. č. 55: Úspěšnost v 3. situaci experimentu dle MŠ	105
Tab. č. 56: Úspěšnost ve 4. situaci experimentu dle MŠ	106
Tab. č. 57: Úspěšnost v 5. situaci experimentu dle MŠ	107
Tab. č. 58: Vyhodnocení hypotézy č. 1	108
Tab. č. 59: Vyhodnocení hypotézy č.2	109
Tab. č. 60: Vyhodnocení hypotézy č.3	110
Tab. č. 61: Vyhodnocení hypotézy č.4	111
Tab. č. 62: Vyhodnocení hypotézy č.5	112
Tab. č. 63: Vyhodnocení hypotézy č.6 – teoretické znalosti	113
Tab. č. 64: Vyhodnocení hypotézy č.6 – praktické dovednosti	114

Seznam grafů

Graf č. 1: Věk	54
Graf č. 2: Délka praxe	55
Graf č. 3: Dosažené vzdělání	55
Graf č. 4: Počet dětí ve třídě	56
Graf č. 5: Počet vlastních dětí	57
Graf č. 6: Počet učitelek na skupinu dětí	57
Graf č. 7: Kurz první pomoci	58
Graf č. 8: Kurz první pomoci – časové údaje	58
Graf č. 9: Celkové vyhodnocení otázky č.1	59
Graf č. 10: Celkové vyhodnocení otázky č.2	60
Graf č. 11: Celkové vyhodnocení otázky č.3	61
Graf č. 12: Celkové vyhodnocení otázky č.4	62
Graf č. 13: Celkové vyhodnocení otázky č.5	63
Graf č. 14: Celkové vyhodnocení otázky č.6	64
Graf č. 15: Celkové vyhodnocení otázky č.7	65
Graf č. 16: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 1	85
Graf č. 17: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 2	86
Graf č. 18: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 3	87
Graf č. 19: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 4	88
Graf č. 20: Vyhodnocení dotazníku dle oblastí – MŠ 5	89
Graf č. 21: Vyhodnocení dotazníku dle MŠ	90
Graf č. 22: Vyhodnocení dotazníku dle vzdělání	91
Graf č. 23: Vyhodnocení dotazníku dle absolvování kurzu PP	92
Graf č. 24: Úspěšnost v 1. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP	98
Graf č. 25: Úspěšnost ve 2. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP	99
Graf č. 26: Úspěšnost ve 3. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP	100
Graf č. 27: Úspěšnost ve 4. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP	101
Graf č. 28: Úspěšnost v 5. situaci experimentu dle praxe a kurzu PP	102
Graf č. 29: Úspěšnost v 1. situaci experimentu dle MŠ	103
Graf č. 30: Úspěšnost ve 2. situaci experimentu dle MŠ	104
Graf č. 31: Úspěšnost ve 3. situaci experimentu dle MŠ	105
Graf č. 32: Úspěšnost ve 4. situaci experimentu dle MŠ	106

Graf č. 33: Úspěšnost v 5. situaci experimentu dle MŠ	107
Graf č. 34: Vyhodnocení hypotézy č.1	108
Graf č. 35: Vyhodnocení hypotézy č.2	109
Graf č. 36: Vyhodnocení hypotézy č.3	110
Graf č. 37: Vyhodnocení hypotézy č.4	111
Graf č. 38: Vyhodnocení hypotézy č.5	112
Graf č. 39: Vyhodnocení hypotézy č.6 – teoretické znalosti	113
Graf č. 40: Vyhodnocení hypotézy č.6 – praktické dovednosti	114

Seznam příloh

Příl. č. 1: Nikolaj Ivanovič Pirogov

Příl. č. 2: Florenc Nightingalová

Příl. č. 3: Henry Jean Dunant

Příl. č. 4: Alice Masaryková

Příl. č. 5: Znaký červeného kříže

Příl. č. 6: Sedm základních principů Červeného kříže a Červeného půlměsíce

Příl. č. 7: Zotavovací poloha

Příl. č. 8: Protišoková poloha

Příl. č. 9: Poloha na zádech s podloženou hlavou

Příl. č. 10: Šátkový závěs

Příl. č. 11: Svázání končetin

Příl. č. 12: Kravata z trojcípého šátku

Příl. č. 13: Přemostění otevřené zlomeniny

Příl. č. 14: Gordonův manévr

Příl. č. 15: Heimlichův manévr

Příl. č. 16: Fyziologické funkce u dětí

Příl. č. 17: Umělé dýchání u dětí

Příl. č. 18: Resuscitace u dětí

Příl. č. 19: Algoritmus resuscitace u dětí

Příl. č. 20: Inhalace dětí

Příl. č. 21: Dotazník

Příl. č. 22: Protokol experimentu

PŘÍLOHY

Příl. č. 1: Nikolaj Ivanovič Pirogov



Převzato z <http://www.drhutsol.vn.ua/foto/pirogov.jpg> - citováno dne 6.3.2010

Příl. č. 2: Florenc Nightingalová



Převzato z http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/3f/Florence_Nightingale.png - citováno dne 6.3.2010

Příloha č. 3: Henry Jean Dunant



Převzato z http://www.mvksomogy.hu/voroskereszt/henry_dunant.html - citováno dne 6.3.2010

Příloha č.4: Alice Masaryková



Převzato z <http://img.mf.cz/339/18-masarykova-alice.jpg> - citováno dne 6.3.2010

Příl. č. 5: Znak Červeného kříže a Červeného půlměsíce, znak Českého červeného kříže

Znaky Červeného kříže a Červeného půlměsíce



Převzato z <http://www.cckpraha1.cz/cerveny.htm> - citováno dne 23.10.2009

znak Českého červeného kříže



Převzato z <http://www.cck-brno.cz/> - citováno dne 23.10.2009

Příl. č. 6: Sedm základních principů Červeného kříže a Červeného půlměsíce

1. „Humanita

- ústřední princip – veškerá činnost ČK&ČP je zaměřena předcházení či alespoň zmírňování lidského utrpení ve všech jeho formách a vytváření míru mezi národy

2. Neutralita

- v případě válek a sporů politických, ideologických, náboženských či jiných, se nesmí žádný ze subjektů do těchto sporů vměšovat a podporovat úsilí některé ze stran sporu – v opačném případě by byla ohroženo možnost pomoci všem potřebným

3. Nestrannost

- každá pomoc je poskytována nestranně - jen se zřetelem k potřebnosti adresáta – při poskytování pomoci nelze přihlížet k rase, pohlaví, náboženskému vyznání, politické, sociální, státní či národnostní příslušnosti

4. Nezávislost

- jednotlivé národní společnosti spolupracují úzce s vládami svých států, zachovávají si však nezávislost rozhodování

5. Celosvětovost

- hnutí působí a pomoc poskytuje po celém světě

6. Jednota

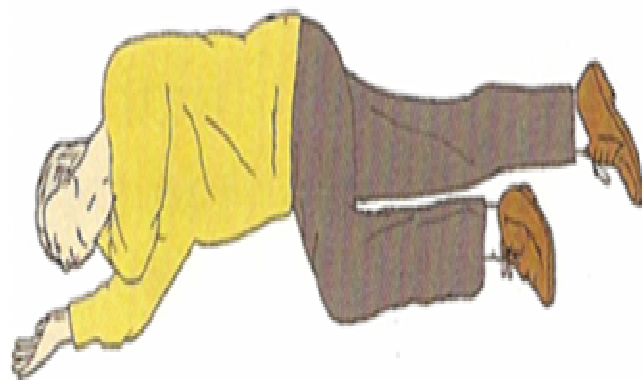
- v každé zemi může existovat jen jedna národní společnost působící na celém území státu, musí být otevřena všem

7. Dobrovolnost

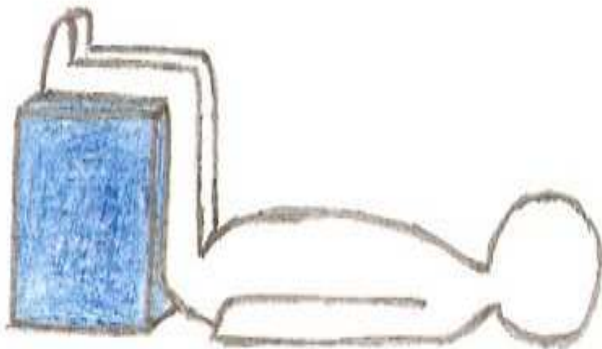
- členem, zaměstnancem či dobrovolníkem Hnutí se každý stává na základě dobrovolného rozhodnutí, které je motivováno snahou pomáhat druhým. Finanční ohodnocení není základním motivem“⁶³

⁶³ DORKOVÁ, Z., JUKL, M., CICHÁ, M.: Průvodce první pomocí pro pedagogy 1. Olomouc: Univerzita Palackého. 2007. 25 s. ISBN 978-80-244-1982-4

Příl. č. 7: Uložení do zotavovací Rautekovy polohy



Příl. č. 8: Protišoková poloha



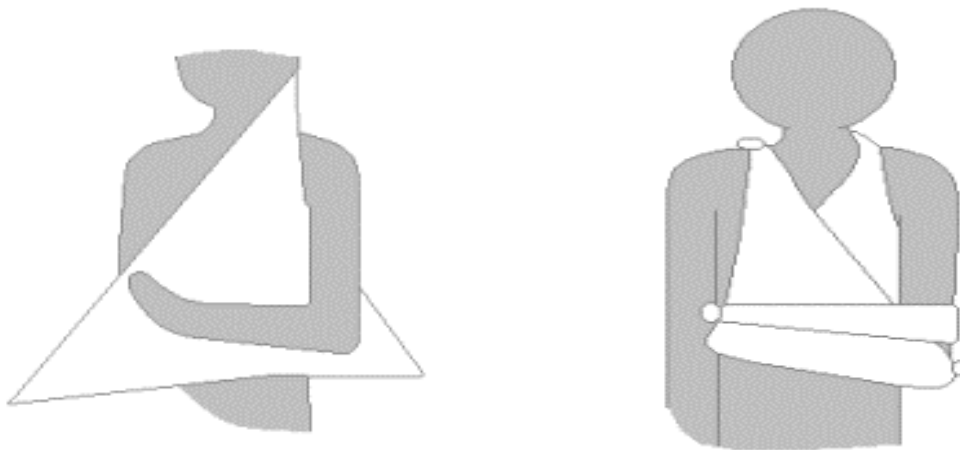
Převzato z http://www.survivor.cz/_img/polohovani-05.jpg - protišoková poloha - citováno dne 27.3.2010

Příl.č. 9: Poloha na zádech s podloženou hlavou



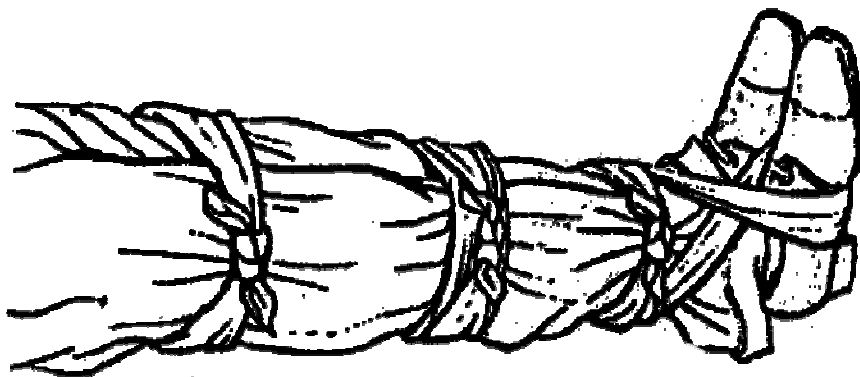
Převzato z <http://www.prvni-pomoc.com/image/art/mozkolebni.jpg> - citováno dne 27.3.2010

Příl. č. 10: Uložení horní končetiny do šátkového závěsu



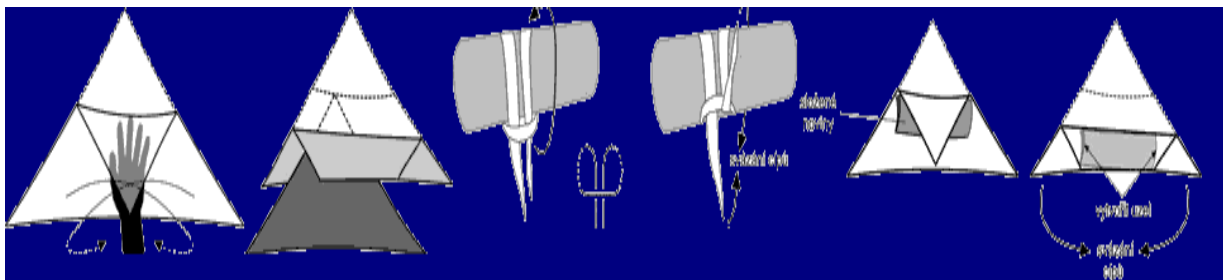
Převzato z <http://www.jaklab.cz/doprava/cz/index.php?odd=09&sub=00> – citováno dne 27.3.2010

Příl. č. 11: Svázání dolních končetin



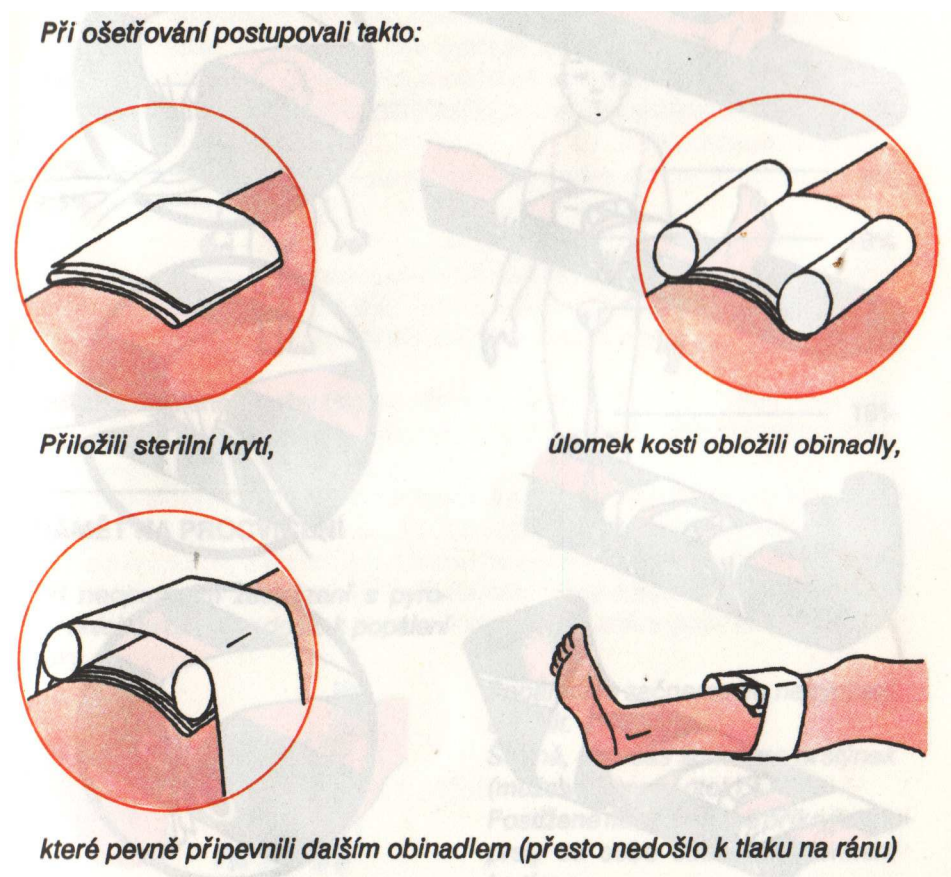
Převzato z <http://www.sdhluhacovice.cz/index.php?str=prvni-pomoc&month=4&rok=2010> – citováno dne 27.3.2010

Příl. č. 12: Složení kravaty z trojčípého šátku



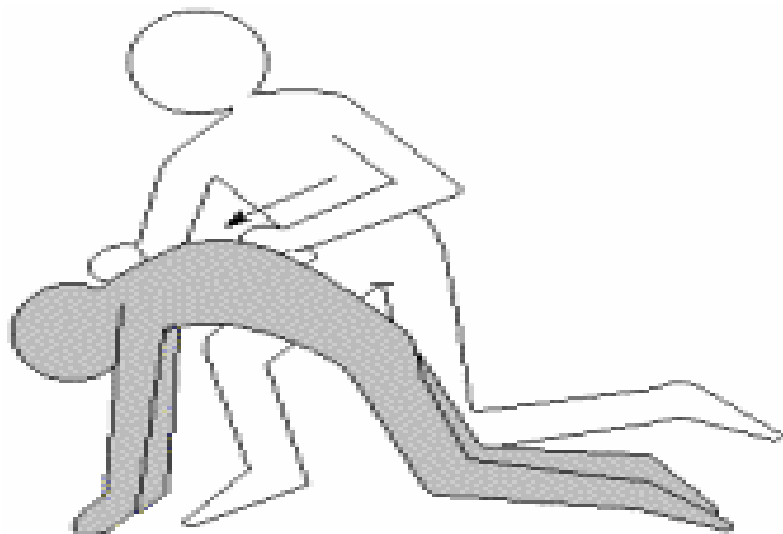
Převzato z <http://vnl.xf.cz/ose/obr/pp31.gif> - citováno dne 27.3.2010

Příl. č. 13: Přemostění otevřené zlomeniny



Převzato z HOSKOVEC, D., ŠANDA, L.: Mladý zdravotník II.. Praha: Český výbor Československého Červeného kříže. 1992.

Příl. č. 14: Gordonův manévr



Převzato z <http://www.observatory.cz/akce/mae2007/prednasky/prvni-pomoc.ppt> – citováno dne 27.3.2010

Příl. č. 15: Heimlichův manévr



Převzato z <http://www.portal.cz/cstat/images/prvni-pomoc1.jpg> - citováno dne 27.3.2010

Příl. č. 16: Fyziologické funkce u dětí

Vývojové období	Věk	Tlak	Puls	Dech
Novorozenec	0 – 4/6 měsíců	60/40 mmHg	140/min	55/min
Kojenec	Do 1 roku	80/50 mmHg	120/min	25/min
Předškolní věk	3 – 7 let	100/60 mmHg	100/min	25-30/min
Školní věk	Nad 8 let	110/65 mmHg	80/min	20/min

Převzato z:

Dech - <http://www.unium.cz/materialy/96/0/poznamky-prvni-pomoc-m14579-p3.html> - citováno 27.3.2010

Tlak - BYDŽOVSKÝ, J.: Akutní stavy v kontextu. Praha: Triton. 2008. 77 s. ISBN 978-80-7254-815-6

Puls – ROZSYPLOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M., et al: Ošetřovatelství 1/2, pro střední zdravotnické školy. 24 s. Praha: Informatorium. 1999. 209 s. ISBN 80-86073-40-8.

Příl. č. 17: Umělé dýchání

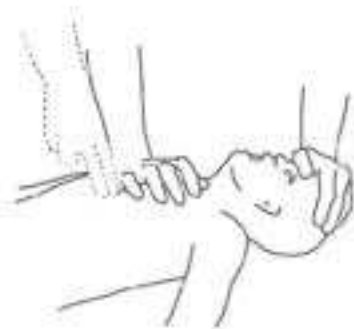


Převzato z <http://www.sdhzdounky.wgz.cz/image/8078957> - citováno dne 27.3.2010

Příl. č. 18: Resuscitace u dětí



Obr.7



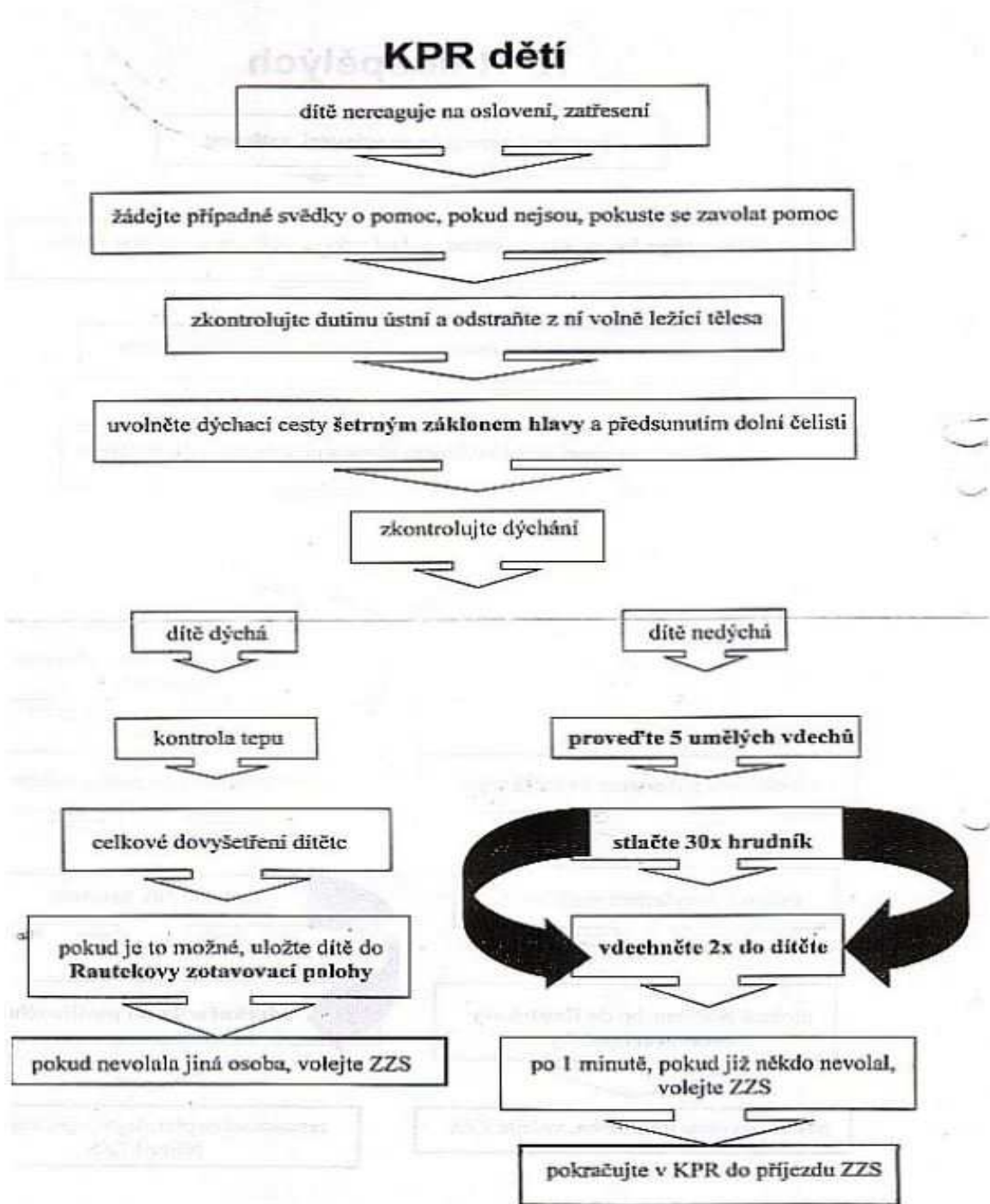
Obr.8



Obr.9

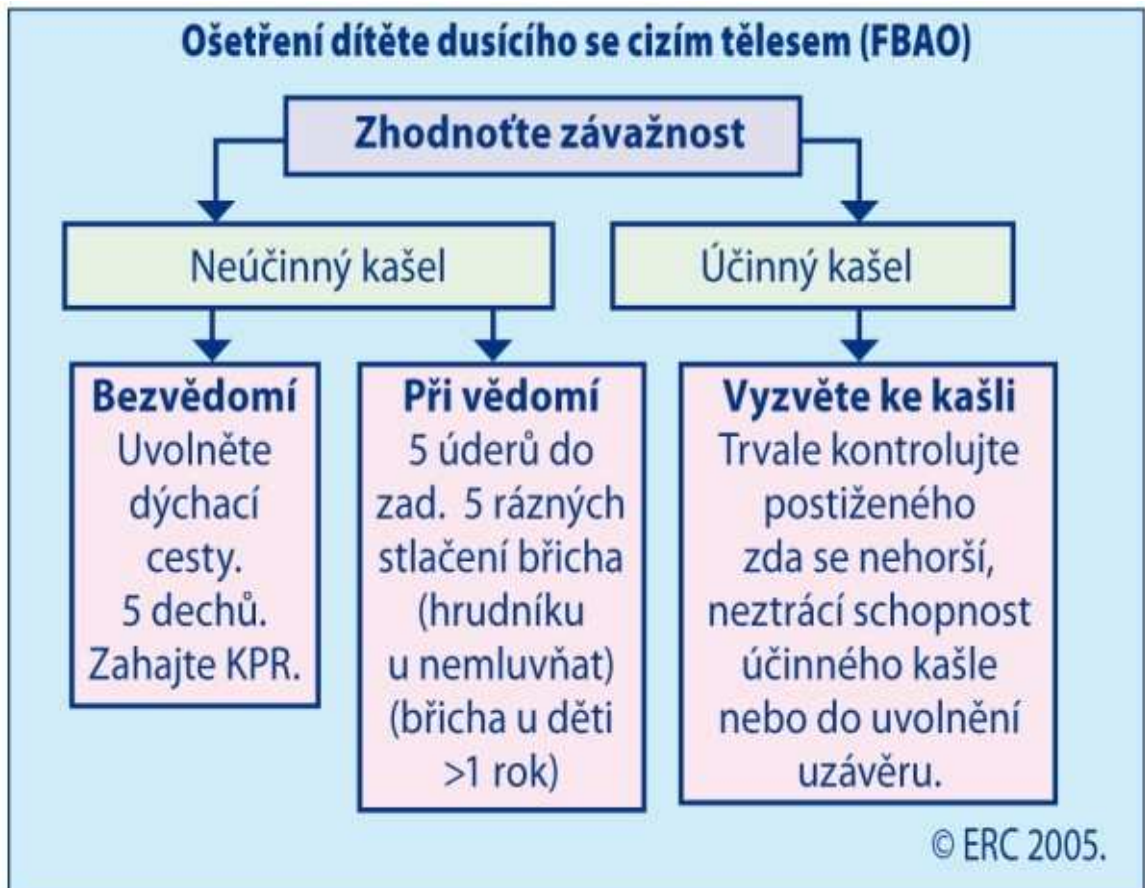
Převzato z http://www.copservis.cz/media/Image/obr.7_8_9.jpg - citováno dne 27.3.2010

Příl. č. 19: Algoritmus kardiopulmonální resuscitace u dětí



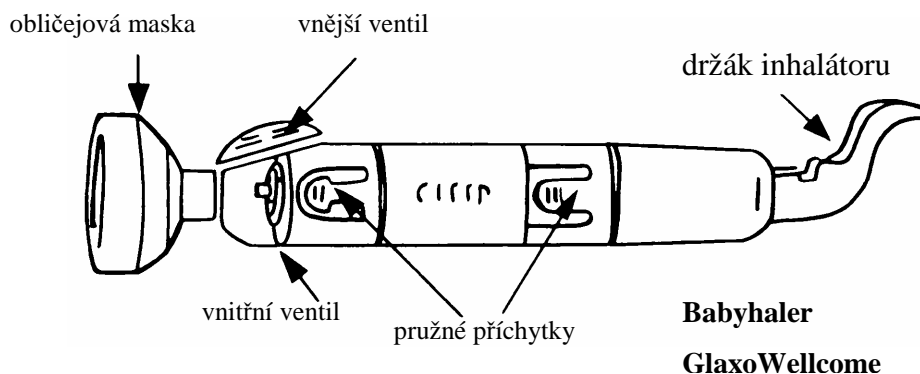
Převzato z http://www.exilskupina.info/souhrn_obrazky/09_algoritmus_KPR_deti.JPG - citováno dne 27.3.2010

Příl. č 20: Algoritmus při obstrukci dýchacích cest cizím tělesem



Převzato z <http://www.alianceplavani.cz/problematika-resuscitace-deti> - citováno dne 27.3.2010

Příl. č. 21: Nástavec na inhalátor s maskou



Převzato z <http://www.lfhk.cuni.cz/farmakol/predn/cz/navody/inhalace.doc> - citováno dne 27.3.2010

Příloha č. 22: Dotazník

Vážené Paní učitelky,

jmenuji se Iva Tajovská a navštěvuji 3. ročník 1. Lékařské Fakulty Univerzity Karlovy v Praze, obor ošetřovatelství. V rámci svého studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „Úroveň poskytování první pomoci v mateřských školách“.

Dovoluji si Vás touto cestou požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je zcela anonymní (v souladu se zákonem č.101/2000 Sb., *o ochraně osobních údajů*). Vámi uvedené informace poslouží pouze ke studijním účelům.

Dotazník je koncipován z testových otázek a z otázek vyžadujících slovní odpovědi, které vyplňte hůlkovým písmem. V případě testových otázek vybíráte z několika odpovědí, z nichž je pouze jedna správná. Vámi zvolenou možnost vyškrtněte křížkem.

Za zodpovězení otázek Vám předem děkuji.

Iva Tajovská

I. Biografické údaje

Věk:

Délka praxe v mateřských školách:

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 let a více

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Počet dětí: ve třídě

: vlastních

Počet učitelek na skupinu dětí:

Absolvovala jste někdy kurz (školení) první pomoci? Ano - Ne

Jestliže jste absolvovala kurz (školení) první pomoci, před kolika měsíci / lety to bylo?

.....

II. Základní informace

1. Myslíte si, že máte dostatečné znalosti a dovednosti k tomu, abyste byla schopná poskytnout dítěti první pomoc?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

2. Pokud jste na předcházející otázku odpověděla kladně, kde jste znalosti získala?

.....

3. Poskytl Vám zaměstnavatel výuku / kurz první pomoci?

a) Ano

b) Ne

4. Máte možnost pravidelně navštěvovat vzdělávací akce týkající se první pomoci u dětí?

a) Ano

b) Ne

5. Máte zájem navštěvovat vzdělávací akce týkající se první pomoci u dětí?

a) Ano

b) Ne

6. Dostala jste se v zaměstnání do situace, kdy bylo nutné poskytnout dítěti první pomoc?

a) Ano

b) Ne

7. Pokud jste na otázku č. 6 odpověděla kladně, v jakém akutním stavu jste dítěti první pomoc poskytla?

.....
.....
.....
.....

III. První pomoc při život ohrožujících stavech

8. Dítě snědlo k obědu rybu, na kterou je alergické, a začalo se dusit. Jaké číslo vytočíte, pro přivolání zdravotnické záchranné služby (ZZS)?

a) 150

b) 112

c) 155

9. Jak poznáte, že je dítě v bezvědomí?

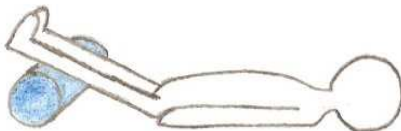
- a) Dítě reaguje pouze na silné bolestivé podněty (např. štípnutí), má povolené svalové napětí a hrozí zapadnutí jazyka.
- b) Poloha dítěte je zhroucená, svalové napětí je povoleno, na hlasité zavolání nebo silné zatřesení dítě reaguje.
- c) Dítě nereaguje na žádné podněty, má povolené svalové napětí a hrozí zapadnutí jazyka.

10. Který z uvedených obrázků vyobrazuje Rautekovu zotavovací polohu?

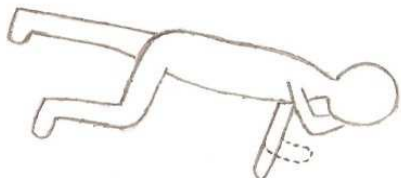
a)



b)



c)



11. Pokud zjistíte, že dítě (3-7 let) nedýchá a nemá hmatný puls, jaký poměr kompresí a vdechů použijete při resuscitaci v jednom zachránci?

- a) 5 : 1
- b) 30 : 2
- c) 15 : 2

12. Jak zpřůchodníte dýchací cesty dítěti, které vdechlo díl stavebnice?

- a) V mírném předklonu provedeme několik rázných úderů mezi lopatky, současně pobízíme dítě, aby usilovně kašlalo.
- b) Cizí těleso z dýchacích cest sami nevyndáváme, zavoláme ZZS.
- c) Dítě otočíme hlavou dolů uchopením za dolní končetiny a prudce jím zatřese.

13. Dítě trpí nedostatkem kyslíku. Za jakou dobu dojde k trvalému poškození jeho mozku?

- a) Za 10 minut a více.
- b) Za 3 – 5 minut.
- c) Za 2 minuty.

IV. První pomoc při úrazech

14. Dítě spadlo z prolézačky: pláče, bolí ho hlava, má pocit na zvracení, je nápadně ospalé a nepamatuje si na dobu těsně před úrazem. Jak zareagujete?

- a) Dítě uložíme vodorovně na břicho, přikryjeme a ošetříme případná zranění. Budeme kontrolovat stav vědomí a zavoláme rodiče. Lékařské ošetření není nutné, stav se do několika hodin upraví.
- b) Dítě uložíme vodorovně na záda, mírně podložíme hlavu, přikryjeme a ošetříme případná zranění. Kontrolujeme stav vědomí a přivoláme ZZS.
- c) Dítě posadíme, přikryjeme, ošetříme případná zranění a podáme léky proti bolesti. Kontrolujeme stav vědomí a přivoláme ZZS.

15. Dítě spadlo z koloběžky a narazilo se na řídítka. Dítě má bolesti břicha, je neklidné, rychle dýchá a má žízeň:

- a) Dítě uložíme na vodorovnou podložku do polohy na bok. Pokud má nesnesitelné bolesti břicha podáme léky proti bolesti a zavoláme ZZS.
- b) Dítě položíme na záda, měkce vypoďložíme dolní končetiny, hlavu a hrudník nikdy nepodkládáme. Dítěti nepodáváme žádné tekutiny a zavoláme ZZS.
- c) Dítě uložíme na záda, měkce vypoďložíme dolní končetiny, můžeme mírně vypoďložit hlavu a hrudník. Dítěti nepodáváme žádné tekutiny a zavoláme ZZS.

16. Po pádu dítěte z lavičky máte podezření na zlomeninu předloktí, jakým způsobem budete postupovat?

- a) Končetinu uložíme do fyziologického postavení, zafixujeme šátkovým závěsem a dítě dopravíme do zdravotnického zařízení.
- b) Končetinu uložíme do fyziologického postavení, zpevníme elastickým obinadlem a dítě dopravíme do zdravotnického zařízení.
- c) S končetinou nehýbeme a dítě dopravíme do zdravotnického zařízení.

17. Dítě uklouzlo na koberci a odřelo si dolní končetinu ve velkém rozsahu, jak ho ošetříte?

- a) Ránu vypláchneme vodou, kryjeme sterilním obvazem a dítě dopravíme do zdravotnického zařízení, kde provedou definitivní ošetření.
- b) Ránu vyčistíme pouze vodou, není třeba ránu vyplachovat peroxidem a kryjeme sterilním obvazem.
- c) Ránu vyčistíme vodou, vypláchneme peroxidem a kryjeme sterilním obvazem.

18. Jak budete postupovat při krvácení z nosu po ráně míčem?

- a) Dítěti pevně stiskneme kořen nosu a nosní křídla, mírně zakloníme hlavu dítěte. Přiložíme studený obklad na čelo, kořen nosu a zátylek.
- b) Dítěti pevně stiskneme kořen nosu a nosní křídla, mírně předkloníme hlavu dítěte. Přiložíme studený obklad na čelo, kořen nosu a zátylek.
- c) Dítěti vsuneme do nosu tampon a přiložíme studený obklad na čelo, kořen nosu a zátylek.

19. Pokud krvácení z nosu neustává, za jakou dobu voláme ZZS?

- a) za 15 minut
- b) za 20 minut a více
- c) nejdříve po 40 minutách

20. Při pobytu na zahradě bylo dítě bodnuto včelou, jak mu poskytnete první pomoc?

- a) Z rány nic neodstraňujeme, místo dezinfikujeme, ochlazujeme studenými obklady a místo potřepe protialergickým přípravkem. Otok do několika hodin sám vymizí a není nutné další sledování dítěte.
- b) Z rány odstraníme zbytek žihadla, ránu desinfikujeme a ochlazujeme studenými obklady. Ránu ničím nepotíráme. Dítěti podáme ihned po bodnutí preventivně protialergické léky. Jestliže dítě hůř dýchá (obzvlášť po bodnutí na krku a do dutiny ústní) dopravíme ho do zdravotnického zařízení.
- c) Z rány odstraníme zbytek žihadla, ránu desinfikujeme a ochlazujeme studenými obklady, ránu můžeme potří protialergickým přípravkem. Pokud dítě hůř dýchá (obzvlášť při bodnutí na krku a do dutiny ústní) neprodleně zavoláme ZZS, po domluvě s lékařem můžeme podat i protialergické léky.

21. Kdy vznikne u dítěte úpal?

- a) V uzavřeném prostoru s vysokou teplotou, kde neproudí vzduch.
- b) Déle trvající pobyt na přímém slunci, hlavně na nekrytou hlavu dítěte.
- c) Vzniká v létě, v jakémkoliv prostředí, kde dítě vykonává fyzickou námahu a má nedostatečný přísun tekutin.

22. Kdy vznikne u dítěte úžeh?

- a) V uzavřeném prostoru s vysokou teplotou.
- b) Déle trvající pobyt na přímém slunci.
- c) Vzniká v létě, v jakémkoliv prostředí, kde dítě vykonává fyzickou námahu a má nedostatečný přísun tekutin.

23. Jak se u dítěte projevuje přehřátí?

- a) Vzestup teploty, kůže je horká. Dítě dýchá povrchně a rychle, má zrychlenou tepovou frekvenci, bolesti hlavy. Může se objevit nevolnost a zvracení.
- b) Vzestup teploty, kůže je horká. Dítě zhluboka dýchá, čímž se snaží ochladit. Tepová frekvence je zrychlená. Pociťuje bolesti hlavy, může se objevit nevolnost a zvracení.
- c) Vzestup teploty, kůže je horká, dítě se nadměrně potí. Pot je studený. Dítě dýchá povrchně a pomalu. Tepová frekvence je zrychlená. Objevuje se bolest hlavy, nevolnost a zvracení.

V. První pomoc při neúrazových naléhavých stavech

24. Pokud má dítě příznaky laryngitidy (dušnost při nádechu i výdechu, suchý štěkavý kašel):

- a) Snažíme se dítě zklidnit, zabalíme ho do přikrývky a dáme k otevřenému oknu, pokud je onemocnění opakované a jsme poučeni o podání léku, můžeme jej podat. Zavoláme ZZS.
- b) Snažíme se dítě zklidnit, zabalíme ho do přikrývky a dáme k otevřenému oknu, i když je onemocnění opakované, nikdy sami léky nepodáváme. Zavoláme ZZS.
- c) Snažíme se dítě zklidnit, nepodáváme žádné léky a ihned ho dopravíme do zdravotnického zařízení.

25. Pokud má dítě epileptický záchvat (křeče provázené poruchou vědomí, pěnou u úst):

- a) Dítěti násilím otevřeme ústa a vložíme do nich smotaný kapesník, aby nedošlo k pokousání jazyka dítěte. Z okolí odstraníme předměty, o které by se mohlo poranit. Pokud má dítě léky, můžeme mu je podat a zavoláme ZZS.
- b) Dítě se nesnažíme jakkoli přidržet, z okolí odstraníme předměty, o které by se mohlo poranit. Pokud má dítě léky, můžeme mu je podat a zavoláme ZZS.
- c) Z okolí dítěte odstraníme předměty, o které by se mohlo poranit, držíme dítěti otevřená ústa, abychom mohli kontrolovat možné zapadnutí jazyka. dítě se snažíme přidržet a zavoláme ZZS.

26. Jak budete postupovat při vyndávání korálku, které si dítě strčilo do nosu?

- a) Pokusíme se dítě přimět, aby korálek vysmrkalo, pokud se to nepodaří a korálek je okem viditelný, můžeme ho jemně vyndat pinzetou. Další ošetření není nutné.
- b) Pokusíme se dítě přimět, aby korálek vysmrkalo, pokud se to nezdaří sami korálek nevyndáváme a dopravíme dítě do zdravotnického zařízení.
- c) Pokusíme se přimět dítě, aby korálek vysmrkalo, pokud se to nezdaří můžeme provést výplach dutiny nosní vlažnou vodou. Jestliže se korálek sám nevyplaví, vyndáme ho pinzetou.

PROTOKOL EXPERIMENTU

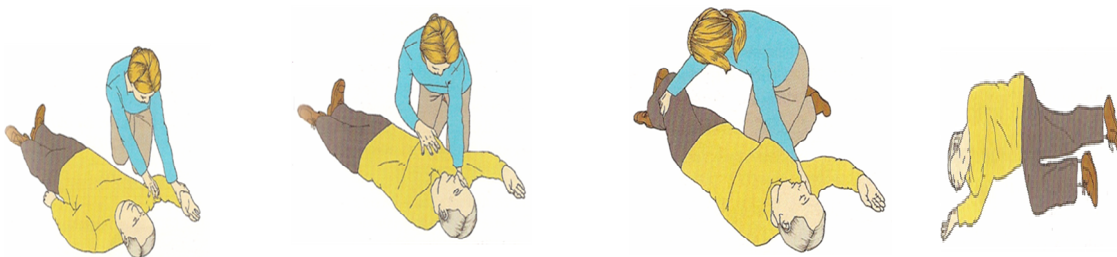
1. Uvolnění dýchacích cest po vdechnutí dílu stavebnice. Díl není viditelný, v nižších částech dýchací soustavy (PP – předklon, Gordonův manévr, stlačení hrudníku).

POSTUP	VYKONALA	NEVYKONALA	BODY
Uklidnění dítěte, předklon a nabádání k hlubokému dýchání a kašli.			
Kontrolu dutiny ústní (neúspěšné)			
Gordonův manévr – 3x-5x provést úder mezi lopatky ve výdechu. Při úderu vybízet dítě ke kašli.			
Kontroly dutiny ústní (neúspěšné)			
Stlačení hrudníku – 3x-5x za tři sekundy. Postavit se za dítě, obemknout v dolní třetině hrudníku, jedna ruka v pěsti – ostře nahoru stisknout hrudník			
Kontrola dutiny ústní (úspěšné)			
Body celkem			

2. Dítě nereaguje, nedýchá, nevykazuje známky srdeční akce – KPR (příčinou není obstrukce dýchacích cest; v jednom zachránci).

POSTUP	VYKONALA	NEVYKONALA	BODY
Kontrola vědomí (promluvit, zatřást, bolestivý podnět) Uložit do polohy na zádech			
Kontrola FF Dech – poslech, pohmat Puls – nehmatáme, pokud nemá známky KO, zahájíme nepřímou srdeční masáž.			
Zprůchodnění dých. cest mírným záklonem hlavy			
5 úvodních vdechů ; kontrola dechu dítěte (nedýchá), 2 stlačení hrudníku			
Pokračovat v KPR, frekvence 30:2 po dobu 1 minuty			
Přivolat pomoc na lince 155			
Pokračovat v KPR do příjezdu ZZS, vyčerpání zachránce, kontaktovat rodiče			
Body celkem			

3. Uložení dítěte do Rautekovy polohy.



POSTUP	VYKONALA	NEVYKONALA	BODY
Body celkem			

4. Zlomenina na předloktí horní končetiny (PP s šátkem).

POSTUP	VYKONALA	NEVYKONALA	BODY
Uklidnit a posadit dítě			
Znehybnění předloktí – kloub pod a nad zlomeninou ve fyziologickém postavení (před tělem v úhlu 90°)			
Velký šátkový zavěs (od konečku prstů po loket)			
Transport možný osobním vozem – kontaktovat rodiče			
Body celkem			

5. Krvácení z nosu.

POSTUP	VYKONALA	NEVYKONALA	BODY
Uklidnit a posadit dítě			
Pevný stisk kořene nosu a nosních křídel			
Mírný předklon hlavy			
Studený obklad na čelo, nad kořen nosu a zátylí			
Stisk minimálně 5 minut			
ZZS volat : při déletrvajícím krvácení (15-20 minut) nebo při masivním krvácení, kontovat rodiče			
Body celkem			

