

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Katedra antropologie a zdravovědy

TEREZA NOVÁKOVÁ
Učitelství pro mateřské školy
3. ročník – prezenční studium

**INFORMOVANOST UČITELŮ MATEŘSKÝCH ŠKOL O POSKYTOVÁNÍ
RESUSCITACE DĚTEM**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Ve Zlíně dne 12. 4. 2010

.....

Děkuji PhDr. Mgr. Jitce Tomanové, Ph.D. za odborné vedení při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji Evě Koutné, která mi pomohla osvětlit problematiku první pomoci. Poděkování patří také učitelkám mateřských škol za ochotu při vyplňování dotazníků k bakalářské práci.

Obsah

Úvod	6
1 První pomoc.....	8
1.1 Povinnosti při poskytování první pomoci.....	9
1.2 Jednání při poskytování první pomoci.....	10
1.2.1 <i>Jak jednat s dítětem</i>	11
1.3 Získání informací potřebných k poskytnutí první pomoci dítěti	11
1.4 Vlastní ochrana před vznikem infekce při poskytování první pomoci.....	12
1.5 Povinnost poskytnout první pomoc	13
2 Základy první pomoci	14
2.1 První krok: Kontrola vědomí.....	14
2.2 Druhý krok: Kontrola dýchání a pulzu	16
2.3 Třetí krok: Uvolnění dýchacích cest.....	17
2.3.1 <i>Uvolnění dýchacích cest při poranění páteře</i>	19
2.4 Čtvrtý krok: Přivolání záchranné zdravotní služby a zahájení neodkladné resuscitace.....	19
2.5 Pátý krok: Nepřímá srdeční masáž - dospělí + děti od 8 let.....	20
2.6 Šestý krok: Umělé dýchání z plic do plic	21
2.7 Sedmý krok: Zahájení kardiopulmonální resuscitace.....	22
2.8 Strategie přivolání odborné pomoci	23
3 Neodkladná resuscitace u dětí	25
3.1 Neodkladná resuscitace u dětí 1 - 8 let	25
3.1.1 <i>Neodkladná resuscitace u novorozenců a kojenců</i>	25
4 Příčiny selhání základních životních funkcí u dětí	27
4.1 Primární zástava dechu	27
4.2 Primární zástava srdeční činnosti	27
4.3 Rozdíl strategie v poskytování první pomoci u dětí a dospělých	28
4.4 Význam kardiopulmonální resuscitace.....	28
5 Automatizovaná externí defibrilace	30
6 Dotazníkové šetření.....	32
6.1 Cíle a úkoly průzkumu	32
6.2 Charakteristika respondentů	33
6.3 Zpracování dotazníků	33
6.4 Dotazníky - rozdělení respondentů.....	34

6.5 Vyhodnocení dotazníků do grafů	34
Závěr	53
Seznam použité a prostudované literatury a pramenů	55
Seznam příloh	57
Anotace	

Úvod

Dnešní uspěchaná doba, nával povinností a starostí nedovoluje rodičům trávit s dětmi tolik času, kolik by si představovali. Tento prakticky permanentní stav potom přispívá k výčitkám a pochybnostem, zda jsou dobrými rodiči, zda poskytují dítěti dostatek lásky a materiálního zabezpečení. Na základě této nejistoty chtějí rodiče hlavně sebe, ale i ostatní ujistit o tom, že jsou těmi nejlepšími, že právě oni své dítě nadevše milují a bezchybně se o něj starají. A tutéž péči, často ještě důkladnější a náročnější, vyžadují ode všech, kteří se o dítě starají v době pracovních povinností rodičů.

Jelikož většinu dne dítě tráví v mateřské škole, jsou tak největší nároky ze strany rodičů kladeny v tomto ohledu právě na pedagogy v těchto předškolních zařízeních. Po dobu pobytu v mateřských školách přebírají učitelky a učitelé za dítě zodpovědnost a jsou povinni zajistit dítěti bezpečí. Při počtu mnohdy více jak pětadvaceti dětí ve třídě není naplnění povinností pedagoga mateřské školy jednoduché. Většina dětí je velmi aktivních až hyperaktivních, neposedí chvíli v klidu, neustále potřebují tělesnou aktivitu. O drobné úrazy tedy není nouze.

Ojedinelé se vyskytne i úraz těžší. V této situaci dochází mnohdy k obviňování pedagogických pracovníků, že ve své práci zanedbaly své povinnosti. Je to určitě velmi nepříjemné pro obě strany – pro pedagogy, i pro rodiče.

Proto je důležité, aby učitelky a učitelé byli dobře obeznámeni se zásadami poskytování první pomoci a byli schopni také citlivým profesionálním přístupem dítě konejšit a zmírnit tak psychické trauma, které by mohlo dítě při těžším úrazu utrpět. Mnoho lidí a tím samozřejmě i dětí má sklony k hysterii. Například pouhý pohled na tekoucí krev je dovede velmi vyděsit. Pokud však pedagog prokáže v dostatečné míře zmíněné dovednosti, znalosti a poskytne zraněnému dítěti odpovídající pomoc a péči, dopady takovéto nepříjemné události, jakou bezesporu těžký úraz je, se značně zmírní.

Je to tedy učitelka nebo učitel mateřské školy, kteří musí dítěti poskytnout v případě úrazu nebo náhlého onemocnění první (laickou) pomoc.

„První pomoc (laická) je definována jako péče nebo léčba poskytnutá postiženému před příjezdem Zdravotnické záchranné služby nebo jiného kvalifikovaného odborníka. Jejím cílem je záchrana života, zabránění zhoršení zdravotního stavu a tím i urychlení procesu uzdravení. Tato definice platí pro všechny věkové kategorie. Každé náhlé

onemocnění nebo úraz je provázeno emocemi, které významně ovlivňují naše jednání, nejčastěji v negativním smyslu, nejsme schopni se soustředit, racionálně vyhodnotit situaci a konat. K tomu, aby veškerá naše činnost v těchto situacích byla co nejméně poznamenána emocemi, je nutná náležitá příprava“ (Srnský, 2007, s.9).

Pedagogičtí pracovníci by měli být v pravidelných kurzech a školeních proškolení odborným zdravotnickým personálem o zásadách poskytování první pomoci. Doplnění si vědomostí a sledování nových trendů v této oblasti by mělo být pro pedagogy samozřejmostí i s ohledem na nové technologie, přístroje a poznatky.

Jednou z nejdůležitějších dovedností v poskytování první pomoci je kardiopulmonální resuscitace, kdy se navozují a udržují základní životní funkce – dýchání a srdeční činnost. Jsou to situace, kdy se jedná o přímé ohrožení života. Znalost správných záchranných postupů je tedy zcela zásadní.

Podnětem k napsání práce bylo zaznamenávání nesčetného množství zpráv o úrazech dětí a to mnohdy v mateřských školách. Pochybnost v oblasti připravenosti učitelů na tyto situace byly motivem k průzkumu jejich informovanosti v poskytování první pomoci a resuscitace.

Práce je rozdělena na část teoretickou, jenž pojednává o problematice poskytování první pomoci, zvláště pak poskytování resuscitace a na část praktickou, která poskytuje přehled o informovanosti učitelů mateřských škol v oblasti poskytování resuscitace dětem. Praktická část je zpracována na základě dotazníků, které byly vyhodnoceny a dosažené výsledky byly pro větší přehlednost zobrazeny v grafech.

Hlavním cílem bylo vytvoření jasného přehledu o jednotlivých krocích při poskytování první pomoci zejména v poskytování kardiopulmonální resuscitace, který by byl učitelům nápomocen v těchto situacích.

1 První pomoc

První pomoc je definována jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která slouží k poskytnutí bezprostřední pomoci při jakémkoliv náhlém postižení nebo ohrožení života či zdraví. Cílem první pomoci je především zachránit postiženému život, zabránit zhoršení jeho stavu a zajistit jeho předání do rukou Zdravotnické záchranné služby nebo jiného kvalifikovaného odborníka.

Základní články záchranného řetězce tvoří:

1. Časné přivolání Zdravotnické záchranné služby
2. Časné zahájení kardiopulmonální resuscitace
3. Časná defibrilace AED (automatizovaná externí defibrilace)
4. Časný zásah ZZS a časná odborná pomoc

ve specializovaných nemocničních odděleních

Všechny body záchranného řetězce znázorňuje obrázek 1.



Obrázek 1. Řetězec přežití (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005)

Zlepšování postupů při poskytování první pomoci v případech selhání základních životních funkcí se věnuje **Evropská rada pro resuscitaci** (European Resuscitation Council), jejíž součástí je i **Česká rada pro resuscitaci**. Evropská rada pro resuscitaci vydává v zhruba pětiletých intervalech metodická doporučení pro postup neodkladné resuscitace.

Tato doporučení shrnují nejnovější vědecké poznatky na mezinárodní úrovni a zároveň zohledňují co nejjednodušší techniku i pro laické zachránce.

V současné době se řídíme doporučeními Evropské rady pro resuscitaci inovovanými v roce 2005 (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005).

Poskytnout první pomoc je ze zákona povinen každý, pokud tím neohrozí své zdraví či život. Kvalita a rozsah laické první pomoci však nedosahuje uspokojivých výsledků a následkem toho dochází k zbytečným ztrátám na životech nebo vážným trvalým následkům na zdraví postiženého. Poskytnutí první pomoci zejména u závažných příhod se ve skutečnosti jeví trochu jinak než v kurzu či příručce. Řada lidí ve stresové situaci propadá panice a není schopna racionálně jednat. Někteří si myslí, že neodborným zásahem mohou stav postiženého ještě zhoršit, nebo že první pomoc a resuscitační techniku nedokáží zvládnout.

Je třeba se s těmito pocity vyrovnat a být tak lépe připraveni čelit i neočekávaným okolnostem.

1.1 Povinnosti při poskytování první pomoci

Povinnosti, které zachránce musí dodržet při poskytování první pomoci jsou jasně stanoveny, a to následovně:

- Rychle a bezpečně vyhodnotit situaci a přivolat vhodnou pomoc.
- Postižené a další přítomné na místě nehody chránit před dalším možným nebezpečím.
- Odstranit stávající zdroj nebezpečí a zajistit bezpečnost sobě i postiženému např. vypnutím elektrického proudu, uzavřením plynu, přenesením postiženého na bezpečné místo, vyproštěním zraněného z vozidla nebo vynesení tonoucího z vody.

- Je-li zraněných více, vyhodnotit v mezích možností rozsah nehody, stupeň ohrožení a závažnost zranění jednotlivých osob.
- Podat každému postiženému včasnou a přiměřenou péči a upřednostnit ty, jejichž zranění či stav je nejzávažnější.
- Zajistit přivolání Zdravotnické záchranné služby a až do jejich příjezdu se věnovat postiženým podle závažnosti poranění.
- Ošetřit zraněného či zraněné, kteří se nacházejí v bezprostředním ohrožení života, tzn. zabránit masivnímu krvácení, zajistit dýchání a krevní oběh a zamezit rozvoji šoku.
- Postiženým s lehčími poraněními zajistit podle potřeby přepravu do nemocnice nebo k ošetřujícímu lékaři, případně do domácí péče.
- Po poskytnutí potřebné první pomoci vždy setrvat u postiženého až do příjezdu odborné lékařské pomoci.
- Předat veškeré informace o průběhu a rozsahu poskytnuté první pomoci a na požádání být členům záchranného týmu dále nápomocen v poskytování pomoci dle jejich pokynů.
- V rámci možností předejít přenosu infekce mezi sebou a postiženým, a to používáním dostupných ochranných pomůcek (Kindersley, 2007).

1.2 Jednání při poskytování první pomoci

Každý postižený má potřebu a právo se cítit v bezpečí a v péči jistých rukou. Ovzduší důvěry a jistoty můžeme vytvořit za těchto podmínek:

- Zvládáme nejen problém, ale i své vlastní reakce.
- Postupujeme klidně a v logickém sledu.
- Jednáme s postiženým ohleduplně, ale rázně.
- S postiženým komunikujeme laskavě, ale vždy jasně a k věci (Kindersley, 2007).

1.2.1 Jak jednat s dítětem

Malé děti jsou nesmírně vnímavé a citlivé, proto si rychle všimnou, když projevíme jakoukoliv nejistotu. Dítěti vždy jednoduše vysvětlíme, co se děje a co chceme dělat; nikdy nemluvíme „někam přes jeho hlavu“, ale vždy přímo na dítě. Pokud to lze, s dítětem neustále komunikujeme a snažíme se získat co nejvíce informací o jeho stavu a pocitech. (Kindersley, 2007).

1.3 Získání informací potřebných k poskytnutí první pomoci dítěti

Pro účelnost a správnost poskytnutí první pomoci a podání dostatečné zprávy Zdravotnické záchranné službě je zapotřebí získat co nejvíce informací. S postiženým dítětem proto postupujeme následovně:

- Prohlédneme rychle, ale důkladně místo nehody, zjistíme počet postižených osob a zajistíme materiál k dalšímu šetření (tuby od léků, zbytky hub, chemikálie apod.).
- Pokud je dítě při vědomí, vyslechneme okolnosti příhody od samotného dítěte a všech přímých svědků nehody.
- Vyslechneme osobní obtíže dítěte (bolest, nevolnost, slabost, žízeň, pocit horka, pocit chladu, ztráta či porucha hybnosti, ztráta cití, ztráta paměti...)
- Dítě důkladně prohlédneme a zhodnotíme jeho stávající zdravotní stav. Nejprve vyšetříme základní životní funkce, tj. dýchání, krevní oběh a stav vědomí. Dále se soustředíme na oblast, kde si dítě stěžuje na bolest. Za účelem zjištění rozsahu poranění si dítě celkově prohlédneme v pořadí orgánů: hlava - krk - páteř - hrudník - břicho - horní končetiny – dolní končetiny. Je nutné vyloučit skrytá poranění pod oděvem, především krvácení (Srnský, 2007).

1.4 Vlastní ochrana před vznikem infekce při poskytování první pomoci

Při poskytování první pomoci je důležité brát na zřetel riziko ohrožení vlastního bezpečí s ohledem na možnost přenosu infekce od postižené osoby na vlastní osobu nebo naopak přenos infekce z vlastní osoby na postiženého. Proto je nutné dbát na zásady ochrany vlastní i jiné osoby před přenosem nákazy.

Druhů infekčních chorob je celá řada a často nám dostatečnou ochranu zajistí jednoduchá opatření, jako je mytí rukou či používání ochranných pomůcek, jako jsou resuscitační roušky nebo rukavice na jedno použití, které jsou levné a snadno dostupné v každé lékárně (příklady ochranných pomůcek představuje obrázek 2.).

Řada lidí má obavy zejména z přenosu infekce způsobené viry hepatitidy typu B či C (žloutenka) nebo virem HIV (původce syndromu získaného selhání imunity a nemoci AIDS). Tyto viry se přenášejí zejména krevní cestou, tzn. že se krev infikované osoby dostane do styku s krví další osoby, např. prostřednictvím řezné rány, odřenin nebo jiného druhu otevřeného poranění spojeného s krvácením. Přítomnost viru HIV byla kromě krve prokázána také v jiných tělních tekutinách, např. slinách nebo slzách. Přenos této infekce není možný běžným společenským kontaktem jako je podání ruky, dotek nebo např. srdeční masáž. Při poranění obličeje spojeného s krvácením a zástavou dechu je použití resuscitační roušky nebo jiného improvizovaného ochranného prostředku při umělém dýchání zejména u zcela neznámých osob nezbytné. V rámci ochrany vlastního zdraví lze doporučit, aby jednoduché ochranné pomůcky nosil každý zcela běžně ve své kabelce nebo jiném příručním zavazadle (Kindersley, 2007).



Obrázek 2. Ochranné pomůcky (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005)

1.5 Povinnost poskytnout první pomoc

Povinnost poskytnout první pomoc je upravena zákonem č. 20/1966 Sb. O péči a zdraví lidu, § 9, odstavec 4, písmeno b:

„V zájmu svého zdraví a zdraví spoluobčanů je každý povinen poskytnout nebo zprostředkovat nezbytnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky závažné poruchy zdraví.“

Sankce za neposkytnutí pomoci upravuje zákon 40/2009 Sb. Trestní zákoník, § 150, odstavec 1 a 2:

„(1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky závažné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti“ (*Portál veřejné správy České republiky*).

2 Základy první pomoci

V bezprostředním ohrožení života se nachází člověk, kterému selhává nebo již selhala jedna či více základních životních funkcí, to je vědomí, dýchání a srdeční činnost. Základní podmínky k zajištění základních životních funkcí vyjadřuje **postup ABC (dnes používán postup ACB)**:

A - Airway - uvolnění dýchacích cest

B - Breathing - zajištění dýchání

C - Circulation - zajištění krevního oběhu

Vědomí, dýchání i srdeční činnost spolu úzce souvisí. Selhání jedné základní životní funkce vede k selhání dalších životních funkcí. Míra ohrožení života závisí na tom, která funkce selhala jako první. Ztráta vědomí, způsobená např. úrazem hlavy, může postupně vést k zástavě dýchání a následně i krevního oběhu, a to podle závažnosti poranění nebo jiné příčiny, která vyvolala ztrátu vědomí.

Selhání dýchání vede zpravidla během několika málo minut ke ztrátě vědomí a posléze i k selhání krevního oběhu. Při zástavě srdeční činnosti dochází k bezvědomí už do 15 vteřin a takřka vzápětí i k zástavě dýchání. Bezvědomí je nejzřetelnější známkou bezprostředního ohrožení života (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005).

2.1 První krok: Kontrola vědomí

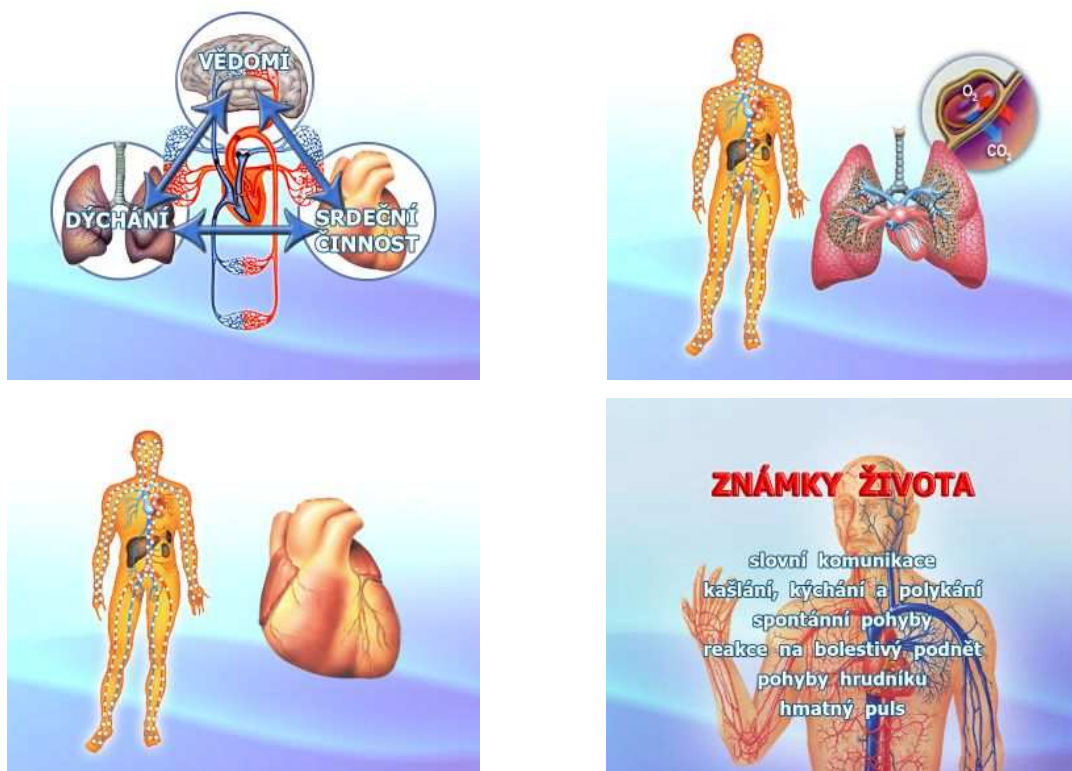
„Vědomí je aktivní stav lidské psychiky vyjadřující vztah jednoty a souvislosti vlastní osoby s okolním světem. Znamená to, že se orientujeme v čase, prostoru, situaci a ve vlastní osobě.

Další předpoklady k udržení normálního stavu vědomí jsou:

- a) dostatečný přívod kyslíku do organismu a do mozku
- b) dostatek energetického zdroje ve formě glukózy
- c) fyziologické pH mozkové tkáně a mozkomíšního moku

- d) normální nitrolební tlak
- e) odpovídající perfuze krve mozkem“ (Kelnarová, 2007, s. 55).

Souvislost mezi krevním oběhem a zabezpečením základních životních funkcí je vidět na obrázku 3.



Obrázek 3. Vědomí, krevní oběh, známky života (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005)

Hloubka bezvědomí je:

a) kvantitativní:

somnolence - ospalost, lehký stupeň poruchy vědomí

sopor - středně těžká porucha vědomí, hluboký spánek, postižený nereaguje na běžné podněty

kóma - hluboké bezvědomí, stav ohrožující život, nereaguje na žádné podněty

b) kvalitativní:

mdloba (synkopa) – ztráta vědomí na krátkou dobu

obnubilace – mráкотný stav

delirium – vyskytuje se u horečnatých onemocnění, otrav, alkoholismu, postižený je vzrušený a má halucinace

amence – stav podobný deliriu jen se u postiženého vyskytuje stav útlumu nebo naopak vzrušení

agonie – stav před smrtí, člověk umírá v bezvědomí

obluzené bezvědomí – projevuje se dezorientací, úzkostí, bezradností (Kelarová, 2007).

2.2 Druhý krok: Kontrola dýchání a pulsu

Postiženého v bezvědomí ošetřujeme v poloze na zádech a na pevném podkladu. Při obracení na záda opatrně podpíráme postiženému hlavu, zejména při podezření na poranění krční páteře. U postiženého, který nereaguje na žádné podněty, zkontrolujeme dýchání položením své ruky na jeho hrudník. Při normálním dýchání se hrudník pravidelně zdvihá a klesá. Můžeme vzít také zrcátko a přidršet ho před ústy a nosem pacienta. Při funkčním dýchání se zrcadlo zamlží. Můžeme se také nad postiženého sklonit a poslechnout, jestli dýchá.

U kojenců a malých dětí puls nejlépe ucítíme na vnitřní straně zápěstí. U větších dětí a dospívajících lze puls zjistit i na krčních tepnách. Pro zjištění pulzu použijeme ukazováček a prostředníček, není vhodné použití palce, protože tak můžeme cítit jen vlastní puls (Kornellová, Eidenová, 2006).

Normální dechová frekvence je u dospělého člověka 12-15 dechů za minutu, u menších dětí od 1 do 8 let 15-20 dechů za minutu, u kojenců a batolat 20-30 dechů za minutu a u novorozenců do 1 měsíce života 30-40 dechů za minutu.

Pokud je spontánní dýchání nedostatečné, pozorujeme namodralé zbarvení zejména tváří, nosu, rtů a ušních boltců. Hrudník se nepravidelně zvedá, dýchání je povrchní a mělké. Dechová frekvence je buď příliš rychlá - nad 40 dechů za minutu nebo naopak velmi pomalá - méně než 10 dechů za minutu.

Částečná neprůchodnost dýchacích cest se projevuje kromě namáhavého sípavého dýchání také charakteristickými zvuky jako je chrápání, chrčení, bublání nebo pískání (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005).

2.3 Třetí krok: Uvolnění dýchacích cest

Neprůchodnost dýchacích cest s následným dušením bývá u dětí i dospělých nejčastěji způsobena vdechnutím kousku jídla, žvýkačky, bonbónu nebo drobného plodu, ale i kovového předmětu, zubu nebo žaludečního obsahu.

Nejúčinnějším způsobem na odstranění vdechnutého tělesa je intenzivní kašláni. Pokud je u dospělých a větších dětí kašel neúčinný a postižený se vdechnutým předmětem dusí, zahájíme aktivní postup.

U kojenců postupujeme takto: dítě uchopíme za kotníky nebo si jej položíme na předloktí hrudníkem a břichem, tedy v poloze, kdy má hlavu níž než hrudník. Pak ho udeříme pětkrát prudce do středu zad mezi lopatkami. Zkontrolujte dutinu ústní, ne však prsty, aby nedošlo k hlubšímu zasunutí tělesa do dýchací trubice. Pokud se úder do zad nevypudí těleso ven, pokračujeme stlačováním hrudníku. Dítě položíme na záda stejně jako v předešlém případě, aby mělo hlavu níže než trup a stlačíme hrudní kost v její dolní části 5x dvěma prsty. A zase zkontrolujeme dutinu ústní a odstraníme viditelná tělesa.

U větších dětí a dospělých se používá při vypuzení cizího tělesa z dýchacích cest stlačení nadbřišku (Heimlichův manévr) a úder mezi lopatky (Gordonův úder).

V obou případech, při nevypuzení tělesa z dýchacích cest, uložíme postiženého do stabilizované polohy (kojence na bok do polohy stabilní) a přivoláme záchrannou zdravotní službu.

Zprůchodnění dýchacích cest:

1) Vyčištění dutiny ústní:

Za pomoci prstů, kapesníkem odstraníme krev, zvratky, zubní protézu. Provedeme záklon hlavy, čímž se napnou svaly krku a tím se oddálí kořen jazyka od zadní části hltanu v případě jeho zapadnutí (znázorňuje obrázek 4.). Pokud není v ústech další překážka, uvolní se tak průchodnost dýchacích cest. U dětí provádíme jen mírný záklon z důvodu

nebezpečí poranění krční páteře. Předsuneme dolní čelist – zuby dolní čelisti se dostanou před horní čelist.

2) Esmarchův hmat neboli trojitý manévr

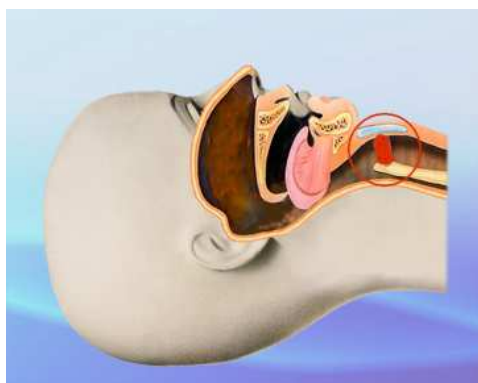
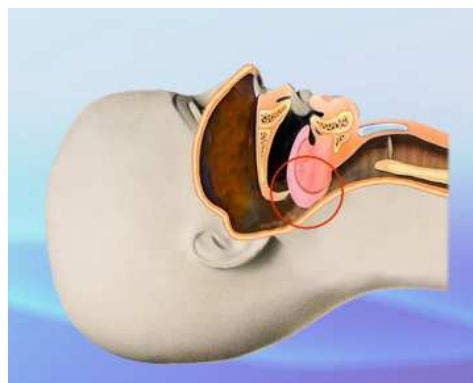
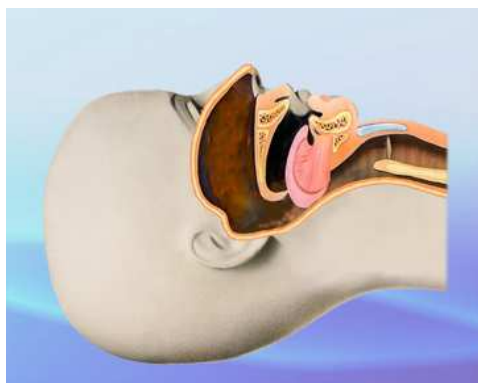
Provedeme záklon hlavy, předsuneme dolní čelist a otevřeme ústa. Nedoporučuje se pro laické zachránce.

3) Gordonův úder - manévr na odstranění cizího tělesa úderem mezi lopatky.

Provádí se při vdechnutí cizího tělesa. Můžeme ho provádět u dětí, těhotných žen, obézních osob. Lze provádět u osob stojících či sedících.

4) Heimlichův manévr - stlačení nadbříska

Provádíme při vypuzování cizího tělesa zejména z dolních cest dýchacích. Vypuzení překážky lze docílit tlakem na bránici u osob stojících nebo ležících na zádech. Neprovádí se u těhotných žen a malých dětí, u postižených při podezření na vnitřní krvácení do dutiny břišní a hrudní a u zevního poranění hrudníku a břicha (Kelnarová, 2007).





Obrázek 4. Záklon hlavy – uvolnění dýchacích cest, vdechnutí krve, záklon hlavy, volná průchodnost dýchacích cest (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005)

2.3.1 Uvolnění dýchacích cest při poranění páteře

Při podezření na poranění páteře obracíme postiženého tak, abychom hlavu, krk, ramena a celý trup udrželi v jedné přímce. Při poranění krční páteře provádíme jen předsunutí dolní čelisti bez záklonu hlavy. Podezření na poranění páteře můžeme mít zejména v souvislosti se závažnými autohaváriemi, při úrazech způsobených pádem z výšky, skokem do neznámé vody s malou hloubkou nebo silným nárazem či stlačením hlavy nebo hrudníku.

Ve výjimečných situacích, kdy bezprostředně hrozí např. utonutí, požár nebo výbuch automobilu, je třeba vyprostit postiženého z ohroženého prostoru bez ohledu na možné poranění páteře (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005).

2.4 Čtvrtý krok: Přivolání záchranné zdravotní služby (ZZS) a zahájení neodkladné resuscitace

Pokud u postiženého v bezvědomí nedojde k dostatečné úpravě dýchání ani po uvolnění dýchacích cest, což znamená, že spontánně nedýchá, vydává nepřirozené zvuky nebo má nepravidelné lapavé dýchání, neprodleně přivoláme Zdravotnickou záchrannou službu na tísňové lince 155 nebo 112 a zahájíme neodkladnou resuscitaci nebo-

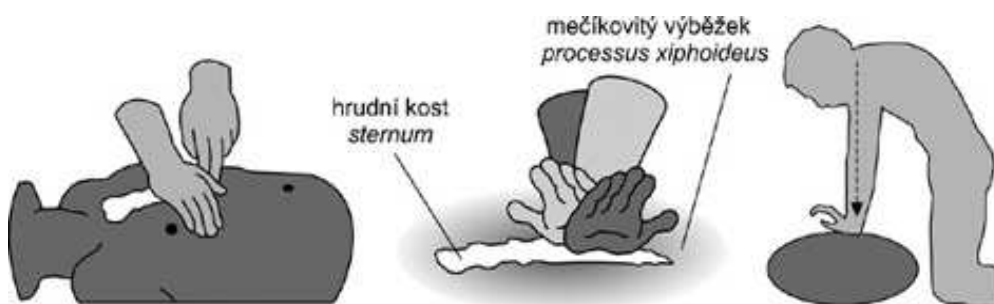
li obnovu základních životních funkcí. Srdeční stahy lze nahradit rytmickým stlačováním dolní poloviny hrudní kosti, tedy nepřímou srdeční masáží. Správně provedená srdeční masáž nahrazuje normální činnost srdce až ze 30%, což je dostačující k záchraně života. Kardiopulmonální resuscitací rozumíme kombinaci nepřímé srdeční masáže srdce a umělého dýchání z plic do plic.

2.5 Pátý krok: Nepřímá srdeční masáž – dospělí + děti od 8 let

Nepřímou srdeční masáž zahájíme při absenci známek krevního oběhu. Nejvhodnější místo pro stlačení je nad srdečními komorami – na hrudníku jej nalezneme přiložením dvou prstů na mečíkovitý výběžek, hranu dlaně druhé ruky položíme vedle nich, ruce pak složíme rovnoběžně na sebe. Nedotýkáme se prsty hrudníku (můžeme je proplést a lépe tak udržovat zvednuté), napneme lokty a stisky provádíme kolmo k pacientovi vahou těla (obrázek 5.) (Bydžovský 2004).

U dospělé osoby provádíme 80 – 100 stlačení za minutu u dětí 100 – 120 stlačení za minutu (Goncal, 2006).

Aby byla srdeční masáž účinná, musí postižený ležet v poloze na zádech a na pevném podkladu.





Obrázek 5. Nepřímá srdeční masáž, zahájení srdeční masáže, komprese hrudníku (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005)

2.6 Šestý krok: Umělé dýchání z plic do plic

V případě, že jsme nahmatali pulz, ale zraněný nedýchá, je nutné začít s umělým dýcháním. Pokud se plíce při správném vdechnutí naplní vzduchem, kyslík se dostane do krve a ta se za pomoci srdeční činnosti rozvádí do těla (např. do mozku, orgánů). Umělé dýchání můžeme provádět formou dýchání z úst do nosu nebo z úst do úst (obrázek6.). Umělé dýchání z úst do nosu je přirozenější z pohledu normálního dýchání a mělo by se proto upřednostňovat.

Dýchání z úst do nosu:

Zachránce klečí vedle zraněného u jeho zakloněné hlavy, položí ruce na hranici vlasů a na bradu postižené osoby, palce položí na ústní svěrač pod dolním rtem. Zachránce dýchá běžně a vdechuje vzduch do nosu zraněného a zároveň kontroluje klesání a zvedání hrudníku postiženého.

Dýchání z úst do úst:

Postup je stejný jako v předešlé situaci, jen zachránce vdechuje vydechovaný vzduch do úst postižené osoby.

U dospělé osoby to je cca 12 vdechů za minutu, u dětí předškolního věku do je 30 vdechů za minutu (Madian, Mattieben, 2007).

Jiná publikace uvádí, že k umělému dýchání z plic do plic nosem přistupujeme tehdy, jestliže postiženému nelze z jakýchkoliv důvodů otevřít ústa nebo jsou ústa postiženého ve větší míře poraněna, poleptána atd. (Kelarová, 2007).



Obrázek 6. Umělé dýchání z plic do plic (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005)

2.7 Sedmý krok: Zahájení kardiopulmonální resuscitace

V případě, že postižený nedýchá a má nehmatný pulz, zahájíme kardiopulmonální resuscitaci. V situaci, kdy je na místě jen jeden zachránce, provádí resuscitaci v poměru **30:2** (to je **30 stlačení** hrudníku následovaných **2 umělými vdechy**) a nepřerušuje ji až do obnovení spontánního dýchání nebo do příjezdu odborné zdravotnické pomoci.

V přítomnosti dvou zachránců provádí kombinaci srdeční masáže a umělého dýchání také v poměru **30:2** (to je **30 stlačení** hrudníku následovaných **2 umělými vdechy**), jeden ze zachránců a druhý je připraven k vystřídání ve zhruba 1 - 2 minutových

intervalech. Střídání zachránců umožňuje předejít únavě a snižování účinnosti srdeční masáže. Je vhodné, aby oba zachránci klečeli u postiženého na opačných stranách, aby při neodkladné resuscitaci během střídání zabezpečili minimální časovou ztrátu. Zkušení a školení zachránci nebo zdravotníci mohou provádět neodkladnou resuscitaci současně, a to v poměru **30:2**, kdy jeden zachránce provádí **30** stlačení hrudníku a druhý navazuje **2** umělými vdechy (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005).

2.8 Strategie přivolání odborné pomoci

V situaci vyžadující odbornou péči o zraněné přivoláme zdravotnickou záchrannou službu (ZZS) na telefonním čísle 155 (na obrázku 7. můžeme vidět záchranný postup).

U dítěte je na prvním místě zajištění dostatku kyslíku odstraněním překážky z dýchacích cest a krátce prováděným umělým dýcháním. Nejprve po dobu jedné minuty resuscitujeme a pak teprve voláme odbornou pomoc. Stav dítěte se tímto úkonem může rychle a fatálně zlepšit. U dospělé osoby je doporučováno nejprve okamžitě volat zdravotnickou záchrannou službu a pak teprve provádět resuscitaci (Srnský, 2007).

„V případě většího počtu zachránců samozřejmě ihned zahájíme KPCR, zatímco jiný zachránce přivolá pomoc“ (Bydžovský, 2004, s.14).

Pokud umělé vdechy nechceme nebo nemůžeme provést nebo si nejsme jisti, že je dokážeme provést rychle a účinně, provádíme pouze srdeční masáž. Některé světové organizace již dokonce umělé dýchání při laické první pomoci vůbec nedoporučují a uvádějí jako dostačující úkon k záchráně života pouze srdeční masáž.

Technika resuscitace bez umělého dýchání představuje pro nezkušené zachránce snadnější a jednodušší způsob první pomoci a také je laickou veřejností mnohem lépe přijímána. Zejména při náhlém kolapsu je samotná srdeční masáž doporučována jako nejúčinnější a nejjednodušší výkon k záchráně života (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005).



Obrázek 7. Záchranný postup (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005)

3 Neodkladná resuscitace u dětí

3.1 Neodkladná resuscitace u dětí 1 - 8 let

U menších dětí ve věku od **1 do 8 let** zahajujeme neodkladnou resuscitaci (**ABC**) po uvolnění dýchacích cest **5-ti umělými vdechy**. Umělé dýchání provádíme ústy nebo nosem frekvencí 20 vdechů/min, tj. 1 vdech za 3 sekundy

Tlakové místo pro srdeční masáž je ve středu hrudní kosti. Nepřímá srdeční masáž se provádí jednou rukou nebo oběma pažemi stlačením hrudní kosti do hloubky cca **3 cm** frekvencí **100 stlačení** za minutu. Po provedení **30-ti stlačení hrudníku** pokračujeme **2 umělými vdechy** a v neodkladné resuscitaci v poměru **30:2** pokračujeme až do obnovení základních životních funkcí nebo do příjezdu odborné zdravotnické pomoci (Srnský, 2007).

Pokud resuscitaci neprovádí pouze jeden, ale dva zachránci, následují po 15 masážích srdce dva umělé vdechy. Oživování je velmi namáhavá práce. Pokuste se proto co nejrychleji dát zprávu záchranářům, protože zachránce-laik tuto namáhavou činnost při resuscitaci dlouho nevydrží (Madian, Mattieben, 2007).

3.1.1 Neodkladná resuscitace u novorozenců a kojenců

U kojenců a batolat, to je dětí od 1 měsíce do 1 roku, zahajujeme neodkladnou resuscitaci 5-ti umělými vdechy, kterými vdechujeme ústy a nosem současně jen malé množství vzduchu, to je 30 - 80 ml, frekvencí 1 vdechu za 1 až 1,5 sekundy. Dětem do 1 roku nezakláníme hlavu a k uvolnění dýchacích cest podložíme kojenci hrudník nebo pouze přidržujeme bradu.

Nepřímou srdeční masáž u kojenců i novorozenců provádíme dvěma prsty - prostředníkem a ukazovákem nebo dvěma palci - ve středu hrudní kosti mezi prsními bradavkami. Tlakové místo 1 cm od hrotu hrudní kosti stlačujeme kojencům do hloubky 1 - 2 cm frekvencí 120-ti stlačení za minutu. Poměr stlačení a vdechů je **30:2**, tedy 30 stlačení hrudníku je následováno 2 umělými vdechy.

V přítomnosti dvou záchránců postupujeme v neodkladné resuscitaci po provedení 5-ti úvodních vdechů v poměru **30:2**.

Oživování **novorozenců do 28 dnů života** je obdobné jako u kojenců a batolat, ale po provedení úvodních 5-ti vdechů je poměr stlačení a vdechů 3:1, to znamená, že 3 stlačení hrudníku jsou následována 1 umělým vdechem v délce 1 sekundy (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005).

4 Příčiny selhání základních životních funkcí u dětí

4.1 Primární zástava dechu

Příčina selhání základních životních funkcí u dětí a u dospělých osob je odlišná. U dětí dochází obvykle primárně k zástavě dechu, tedy k dušení, způsobené nejčastěji vdechnutím cizího předmětu. Dalšími příčinami zástavy dechu mohou být úrazy, otravy, astmatický záchvat, otok hrtanu a hltanu nebo tonutí. U předškolních dětí a školáků dochází k dušení až zástavě dechu zejména v souvislosti s úrazy mozku spojené s poškozením centrální nervové soustavy (autonehody, cyklistika), ale i s infekcemi postihujícími centrální nervový systém (meningokoková infekce mozkových plen) nebo i tepelnými poraněními (opařeniny, popáleniny, silné podchlazení) (Srnský, 2007).

4.2 Primární zástava srdeční činnosti

Primární zástava srdeční činnosti jako příčina selhání základních životních funkcí se vyskytuje u dětí jen v 5%, kdežto u dospělých je to až v 85%. Zástava srdce u dětí může být způsobena vrozenou srdeční vadou nebo onemocněním srdce, avšak ve většině případů je selhání srdeční činnosti způsobeno primární zástavou dýchání. (Srnský, 2007).

Zástava srdeční činnosti a krevního oběhu se projevuje těmito příznaky:

- Nečekaná ztráta vědomí
- Absence zpětné reakce na jemné zatřesení
- Neobvyklá dechová frekvence až úplná zástava dechu
- Nehmatatelnost pulsu a neslyšitelnost tlukotu srdce

- Absence fyzických pohybů, absence kašlání, kýchání a polykání, nehybnost hrudníku

V případě, že dítě nereaguje na žádné zevní podněty, spontánně nedýchá a vykazuje další známky zástavy krevního oběhu, je třeba okamžitě zahájit neodkladnou resuscitaci a kombinovat srdeční masáž s umělým dýcháním v poměru, který odpovídá věku a tělesné konstituci dítěte. Zároveň je třeba urychleně přivolat zdravotnickou záchrannou službu (Goncal, 2006).

4.3 Rozdíl strategie v poskytování první pomoci u dětí a dospělých

Vzhledem k nejčastější příčině selhání základních životních funkcí u dítěte, kterou je dušení, stojí na prvním místě odstranění překážky z dýchacích cest a zajištění přísunu okysličené krve do mozku, a to krátce prováděným umělým dýcháním, které provádíme nejméně po dobu jedné minuty. Teprve poté voláme odbornou zdravotnickou pomoc. Stav dítěte se tímto úkonem může rychle a fatálně zlepšit.

U dospělé osoby je naopak doporučováno nejprve okamžitě volat záchrannou zdravotní službu a poté neprodleně zahájit neodkladnou resuscitaci nepřímou srdeční masáží v podobě 30-ti stlačení hrudníku, následovaných dvěma umělými dechy. V kombinaci srdeční masáže a umělých vdechů je třeba pokračovat až do příjezdu odborné lékařské pomoci nebo do obnovení základních životních funkcí. V případě většího počtu zachránců ihned zahájíme kardiopulmonální resuscitaci, zatímco jiný zachránce zajistí přivolání odborné pomoci (Srnský, 2007).

4.4 Význam kardiopulmonální resuscitace

Oběhový systém zásobuje kyslíkem a živinami každou část těla a zároveň odstraňuje z těla oxid uhličitý a další zplodiny látkové výměny. Srdce pracuje jako pumpa,

která zajišťuje nepřetržitý průtok krve celým tělem. Při zástavě dýchání a krevního oběhu je přerušena dodávka kyslíku do tkání, a tím dochází k jejich nevratnému poškození. Nejcitlivější na nedostatek kyslíku jsou mozkové buňky, které odumírají už do 3-5 minut od zástavy oběhu!

Co nejčasnější přísun okysličené krve, zejména do mozku, proto patří k výkonům zachraňujícím život. Pojmem kardiopulmonální resuscitace označujeme základní výkony, které slouží k obnovení dodávky okysličené krve do celého těla, především do mozku a kombinací nepřímé srdeční masáže s umělými vdechy. Nemůžeme-li z jakýchkoliv důvodů při resuscitaci provádět umělé dýchání, musíme mít na paměti, že i samotná srdeční masáž může člověku zachránit život.

5 Automatizovaná externí defibrilace

Nejčastější příčinou úmrtí v Evropě a ve světě vůbec jsou náhlé srdeční příhody. Bezprostředním krokem k záchraně života a k zabránění nevratného poškození mozku je zahájení kardiopulmonální resuscitace, která dočasně zajistí náhradní krevní oběh a přísun okysličené krve zejména do mozkových buněk. Samotná srdeční masáž však normální funkci srdce neobnoví. Činnost srdce bývá obnovena až po příjezdu záchranné zdravotní služby pomocí přístroje – defibrilátoru (obrázek 8. a dále pak příloha obrázek 10. a 11.), který dodáním elektrického výboje obnoví pravidelný srdeční rytmus. Včasná defibrilace je pro postiženého se zástavou srdeční činnosti životně důležitá. V současnosti může být defibrilace zajištěna ještě před příjezdem odborné zdravotnické pomoci.

Časná a veřejně dostupná defibrilace pomocí přenosného automatického externího defibrilátoru je součástí tzv. Řetězu přežití, který doporučuje Evropská rada pro resuscitaci ve svých posledních resuscitačních postupech.

Automatický externí defibrilátor (AED) je přístroj, který dodá srdci ve stavu komorové fibrilace řízený elektrický výboj, a tímto impulsem zajistí obnovení normálního srdečního rytmu.

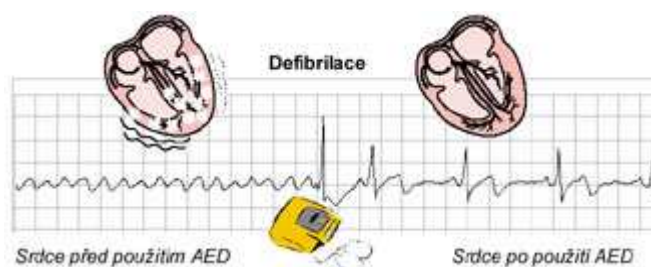
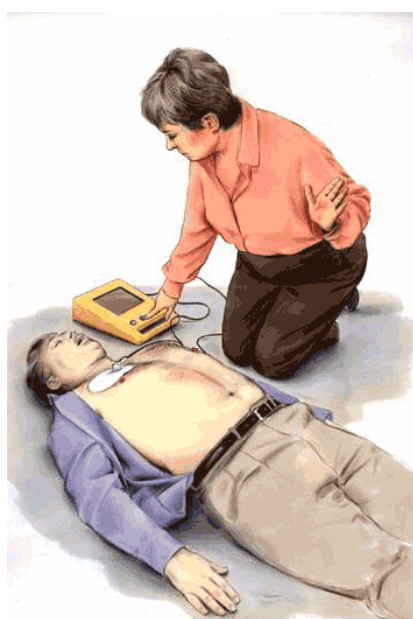
Automatické externí defibrilátory tvoří samostatnou skupinu přístrojů, se kterými mohou pracovat školení zdravotníci i školení záchránci bez odborného zdravotnického vzdělání. Defibrilátor může v krizové situaci bezpečně a účinně použít každý, kdo úspěšně absolvuje kurz první pomoci spojený s použitím přístroje a ovládá techniku kardiopulmonální resuscitace. Žádné další speciální zdravotnické znalosti a dovednosti nejsou potřebné. Po ukončení kurzu získává oprávnění tzv. autorizovaná osoba.

Základním předpokladem časně a úspěšné defibrilace je veřejně dostupný přístroj, který by měl být k dispozici především v místech se zvýšeným výskytem náhlých srdečních příhod.

To je podle evropských doporučení v místech, kde dochází k selhání srdce častěji než 1x za 2 roky. K rizikovým lokalitám patří zejména veřejná místa s vyšší koncentrací lidí nebo vyšší fyzickou či psychickou zátěží, např. nákupní střediska, kulturní a zábavná centra, sportovní areály, plavecké bazény, zimní stadiony a hokejové haly, hotely, letiště, dopravní prostředky jako letadla, lodě a vlaky, nádražní haly, přístavy, ale i průmyslové podniky, státní instituce, soudní budovy, a další frekventovaná místa.

AED přístroje by měly vlastnit nezdravotnické složky, které zasahují v krizových situacích jako je policie, hasičský záchranný sbor, bezpečnostní agentury, horská služba a další složky integrovaného záchranného systému. Defibrilátory by měly být umístěny také v odlehlých oblastech, kde je dostupnost profesionální pomoci omezena a není zaručen včasný příjezd záchranné zdravotní služby. Přenosný defibrilátor bývá uložen na veřejně přístupném místě v uzavřené skřínce. Místa s veřejně přístupným defibrilátorem jsou označena znakem srdce s bleskem a někdy i zkratkou AED.

Automatické defibrilátory mohou být použity i u dětí starších 1 roku. K defibrilaci dětí od 1 do 8 let se používají speciální dětské elektrody nebo speciální klíče, které se vkládají do přístroje určeného pro dospělé a umožňují podání menšího výboje s nižší intenzitou elektrického proudu. Špičkové přístroje se každému dítěti přizpůsobují automaticky. K náhlé srdeční příhodě dochází u dětí jen výjimečně, a proto je použití defibrilátoru v této věkové skupině ojedinělé (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005).



Obrázek 8. Defibrilace (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005)

6 Dotazníkové šetření

Pro potřeby praktické části bakalářské práce jsem sestavila dotazník pro učitele mateřských škol (viz příloha č.1). Dotazník obsahuje celkem 19 otázek, z nichž 14 je přímo zaměřených na znalosti pedagogů v problematice poskytování resuscitace dětem předškolního věku.

6.1 Cíle a úkoly průzkumu

Cílem průzkumu bylo zjistit hloubku znalostí učitelů mateřských škol v poskytování neodkladné resuscitace při selhání jedné či více základních životních funkcí a to zejména v souvislosti s poskytováním neodkladné resuscitace dětem. Současně jsem se zaměřila na obecné a hlubší vědomosti o neodkladné resuscitaci a jejich rozdílech mezi dospělými osobami a dětmi. Předmětem dotazníkového šetření bylo i to, zda mají učitelé možnost navštěvovat kurzy první pomoci. Zajímalo mě, jaká je celková úroveň teoretických znalostí u učitelů, a také jak se na jejich vědomostech projevuje délka praxe.

Dílčí úkoly:

1. Vytvořit přehled o situaci, ve které se učitelé setkali s problémem poskytování první pomoci (položky v dotazníku č. 3 - 5).
2. Zjistit úroveň obecných znalostí pro poskytování kardiopulmonální resuscitace (položky v dotazníku č. 6 - 8).
3. Zjistit zda mají učitelé povědomí o rozličnosti poskytování kardiopulmonální resuscitace dospělým a dětem (položky v dotazníku č. 9 - 14).
4. Zjistit přidružené informace k poskytování kardiopulmonální resuscitace (položky v dotazníku č. 15 - 19).

6.2 Charakteristika respondentů

Pro vypracování a získání potřebných informací k praktické části jsem oslovila učitele mateřských škol ve Zlíně a blízkém okolí. Dotazované jsem si nevybírala předem, ale dotazníky náhodně rozdala do mateřských škol. Ve skupině oslovených učitelů mateřských škol byly učitelé ve všech věkových skupinách.

Na základě odpovědí, které se týkaly osobních otázek, jsem si respondenty rozdělila na čtyři skupiny podle délky jejich praxe a to na skupinu s praxí do 5let (celkem 9 učitelek), skupinu 5 - 15let (celkem 8 učitelek), skupinu 15 - 20let (celkem 5 učitelek) a na skupinu s praxí nad 20let (celkem 31 učitelek).

U respondentů jsem zjišťovala kvalitu informovanosti o poskytování neodkladné resuscitace při selhání jedné či více základních životních funkcí, a to zejména v souvislosti s poskytováním neodkladné resuscitace dětem. Současně jsem se zaměřila na obecné a hlubší vědomosti o neodkladné resuscitaci a jejich rozdílech mezi dospělými osobami a dětmi. Zajímalo mě, jaká je celková úroveň teoretických znalostí u učitelů, a také jak se na jejich vědomostech projevuje délka praxe.

Celkem jsem rozdala do mateřských škol 60 dotazníků. Z tohoto počtu mi bylo vráceno 53 dotazníků. Oslovila jsem tyto mateřské školy: Mateřská škola Sokolská - vráceno 5 dotazníků z 6; Mateřská škola Kudlov - vráceny 2 dotazníky ze 2; Mateřská škola Spojovací - vráceno 7 dotazníků z 8; Mateřská škola Slovenská - vráceno 8 dotazníků z 8; Mateřská škola Santražiny - vráceno 5 dotazníků z 8; Mateřská škola Kolektivní dům - vráceno 11 dotazníků z 12; Mateřská škola - Svatopluka Čecha vráceny 3 dotazníky ze 4; Mateřská škola Morysův dům - vráceno 12 dotazníků z 12.

6.3 Zpracování dotazníků

Za účelem získání odpovědí na jednotlivé otázky dotazníku jsem osobně navštívila vybrané mateřské školy a předala dotazníky jednotlivým pedagogům, kteří poté vyplňovali dotazníky již bez mé přítomnosti. Samozřejmostí bylo zachování anonymity jednotlivých respondentů. Návratnost dotazníků po 14 dnech od roznesení činila 88 %, což odpovídá 53 vyplněným dotazníkům z 60.

Z odpovědí na první otázku dotazníku vyplynulo, že ve skupině respondentů se vyskytovaly pouze ženy – učitelky.

Dotazníky jsem si rozdělila na kategorie podle délky praxe (otázka č. 2). Otázky č. 3 - 5 jsem vyhodnotila pro všechny kategorie společně. Zbývající otázky jsem vyhodnotila jednotlivě pro všechny kategorie, správné odpovědi vyjádřila v procentech a poté tyto údaje použila při tvorbě grafů.

Zjištění aktuálního stavu znalostí učitelek ohledně poskytování resuscitace dětem předškolního věku v komparaci s délkou jejich praxe a možnostmi absolvovat kurzy zaměřené na poskytování první pomoci přináší cenná data pro závěrečné shrnutí.

6.4 Dotazníky – rozdělení respondentů

Otázka 1. Vaše pohlaví?

- a) Žena - odpovědělo 53 dotázaných tj. 100%
- b) Muž – odpovědělo 0 dotázaných tj. 0%

Otázka 2. Kolikaletou máte praxi v oboru učitele v mateřské škole?

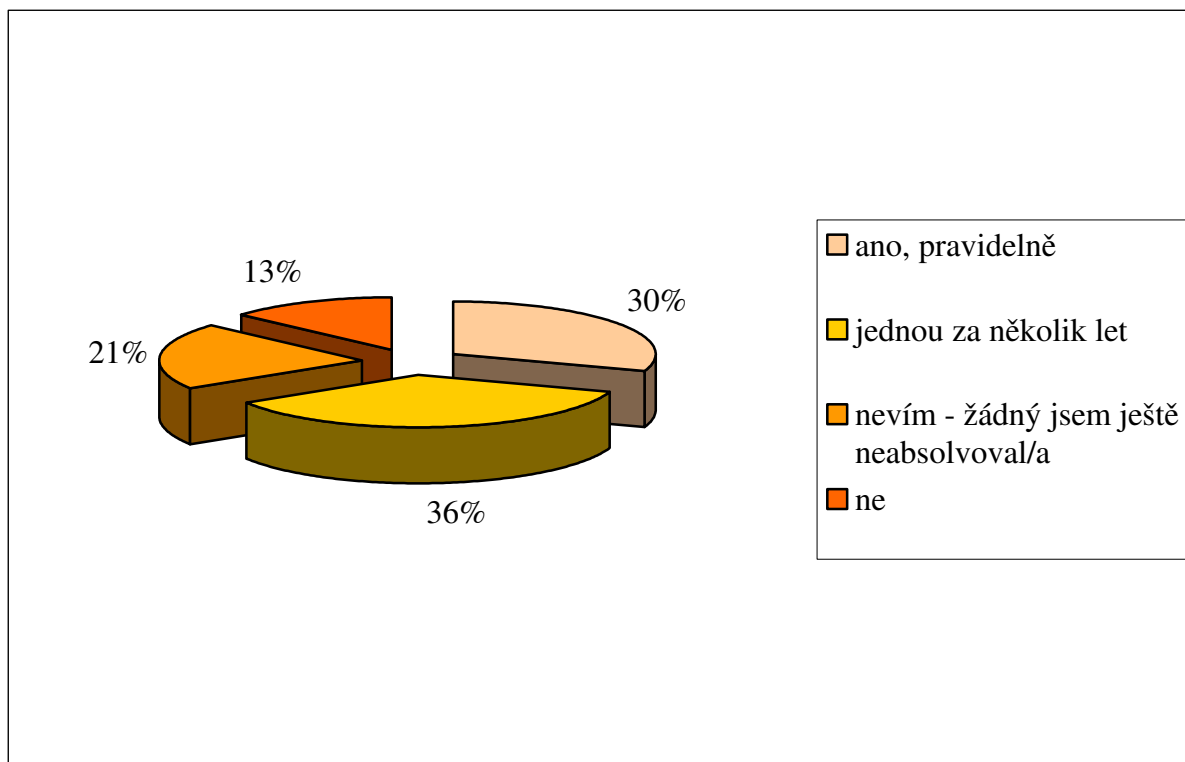
- a) méně než 5 let - odpovědělo 9 dotázaných tj. 17%
- b) 5 – 15 let - odpovědělo 8 dotázaných tj. 15%
- c) 15 – 20 let - odpovědělo 5 dotázaných tj. 10%
- d) více jak 20 let - odpovědělo 31 dotázaných tj. 58%

6.5 Vyhodnocení dotazníků do grafů

Otázka 3. Jsou Vám poskytovány v rámci pracoviště kurzy první pomoci zvláště pak k oblasti kardiopulmonální resuscitace?

- a) ano, pravidelně
- b) jednou za několik let
- c) nevím - žádný jsem ještě neabsolvoval/a
- d) ne

Graf 1. Poskytování kurzů na pracovišti

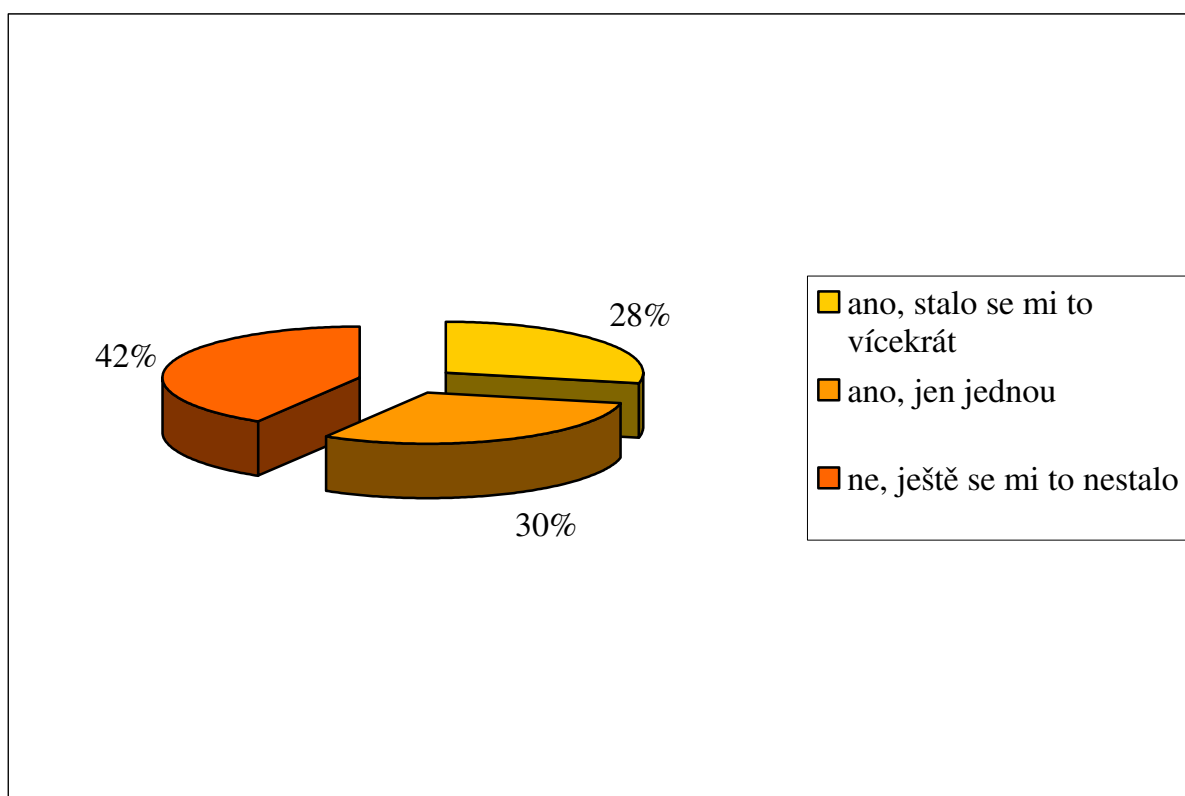


Výsledky grafu ukazují, že 20 učitelkám (tj. 36%) jsou poskytovány kurzy první pomoci jen jednou za několik let. Pravidelně jsou kurzy poskytovány 16 učitelkám (tj. 30%), znepokojivé je, že 18 učitelek (tj. 33%) ještě žádný kurz neabsolvovalo nebo jim nebyl poskytnut vůbec.

Otázka 4. Setkal/a jste se někdy se situací, kdy bylo třeba poskytnout první pomoc?

- a) ano, stalo se mi to vícekrát
- b) ano, jen jednou
- c) ne, ještě se mi to nestalo

Graf 2. Setkání s poskytováním první pomoci

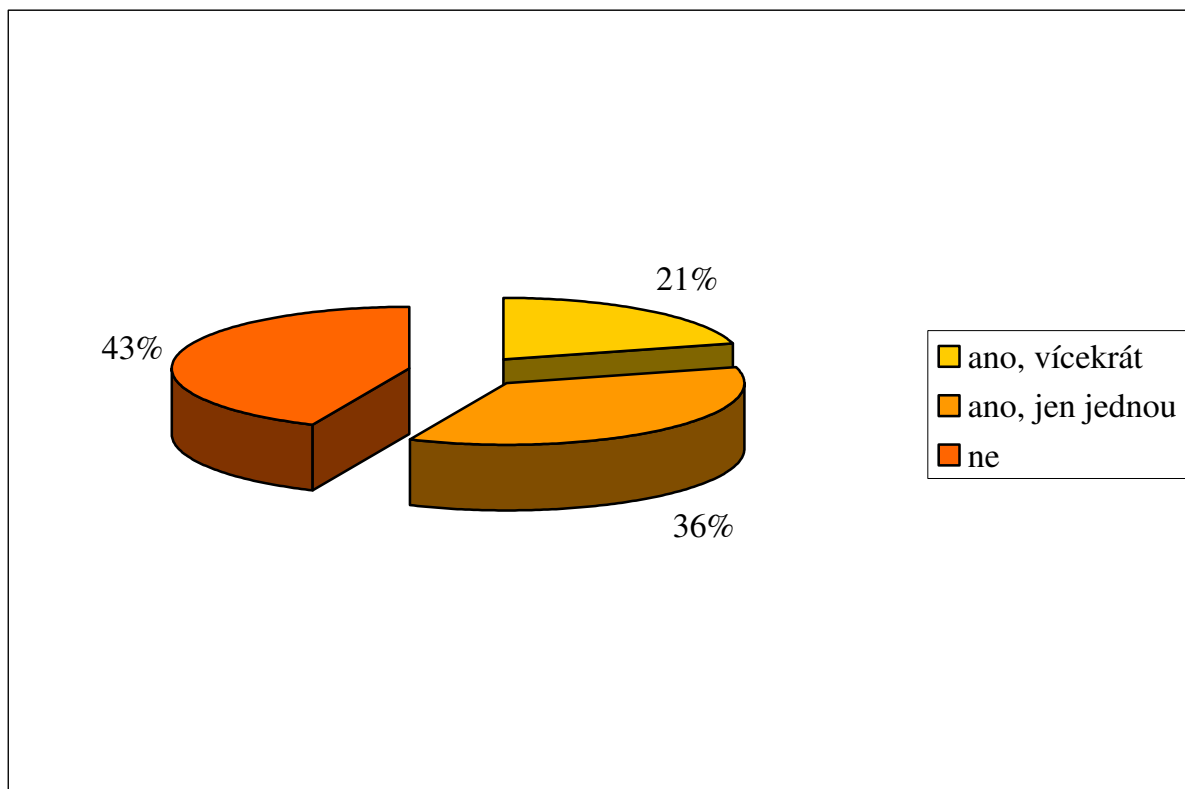


Z grafu je patrné, že se situací, kdy bylo třeba poskytnout první pomoc se nesetkalo 22 učitelek (tj. 42%), jen jednou se s touto situací setkalo 16 učitelek (tj. 30%) a vícekrát to bylo v případě 15 učitelek (tj. 28%).

Otázka 5. Pokud jste se setkal/a s poskytováním první pomoci, bylo to i v rámci vašeho pracoviště, tedy v mateřské škole?

- a) ano, vícekrát
- b) ano, jen jednou
- c) ne

Graf 3. Setkání se s poskytováním první pomoci v mateřské škole



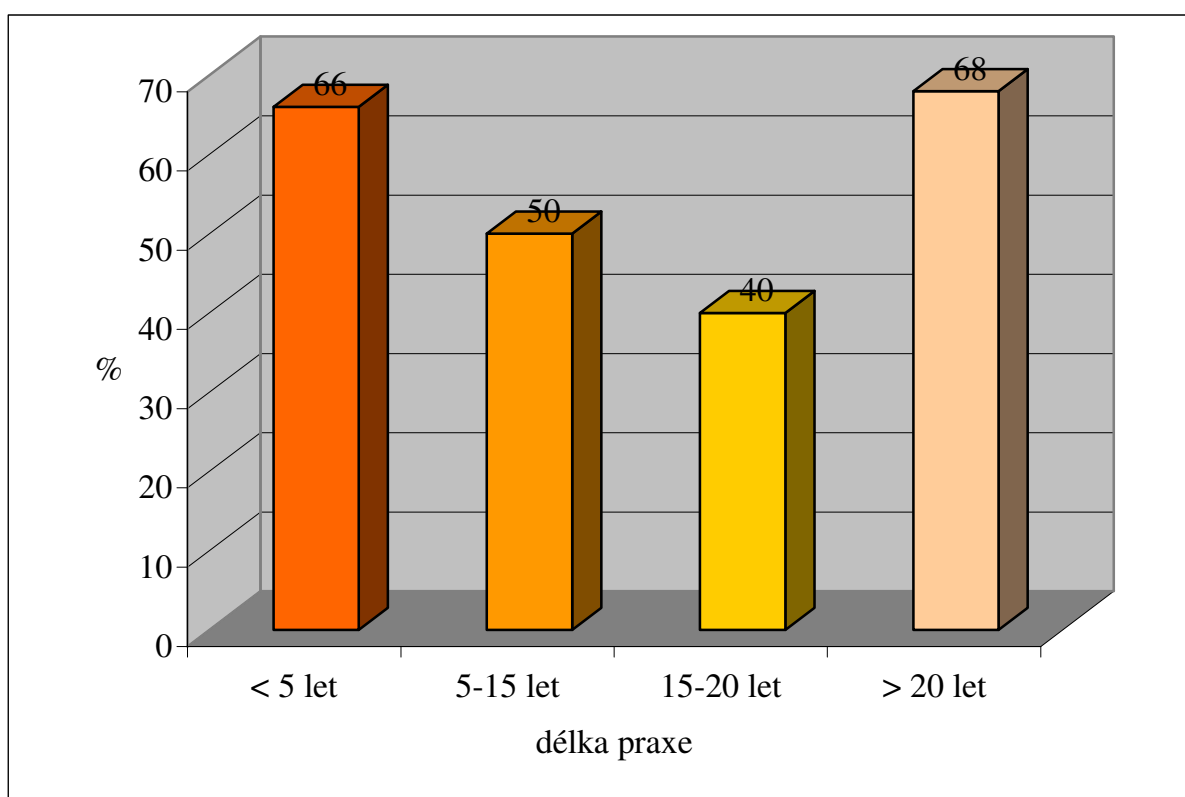
S poskytováním první pomoci v mateřské škole se nesetkalo 23 učitelek (tj. 43%). Jednou a vícekrát se v této situaci ocitlo 30 učitelek (tj. 57%).

V odpovědích na otázky 6 – 19, týkající se znalostí učitelek v oblasti poskytování resuscitace dětem předškolního věku, porovnávám pouze správné odpovědi učitelek (v zadání otázky jsou vyznačeny odlišným písmem).

Otázka 6. Kardiopulmonální resuscitace zahrnuje:

- a) umělé dýchání
- b) *umělé dýchání a nepřímou masáž srdce*
- c) poskytnutí komplexní PP

Graf 4. Složky kardiopulmonální resuscitace

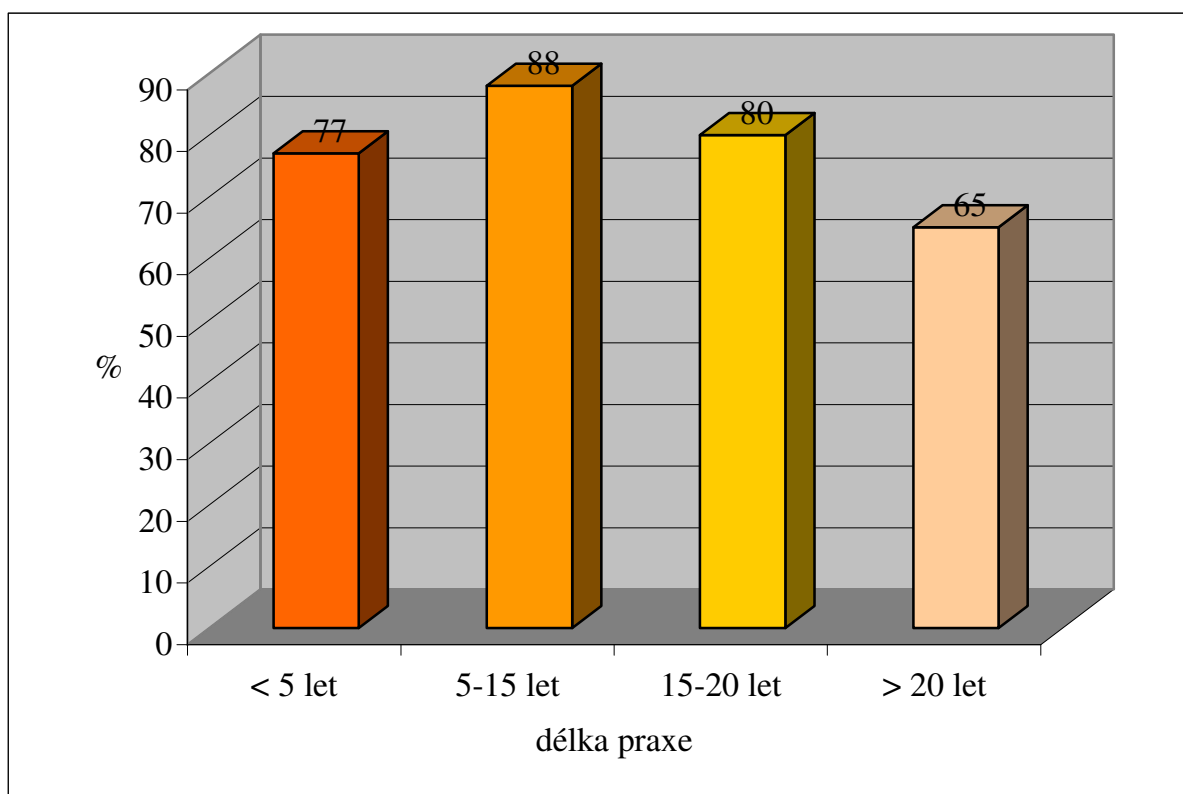


Na otázku odpovědělo správně 6 učitelek (tj. 66%) z kategorie délky praxe kratší než 5 let, 4 učitelky (tj. 50%) z kategorie 5 – 15 let, 2 učitelky (tj. 40%) z kategorie 15 – 20 let a 22 učitelek (tj. 68%) z kategorie více jak 20leté praxe.

Otázka 7. Kdy provádíme kardiopulmonální resuscitaci?

- a) v případě zástavy dechu
- b) v případě nehmatatelného pulzu
- c) *případě zástavy základních životních funkcí- dýchání a krevního oběhu*

Graf 5. Situace vyžadující provedení kardiopulmonální resuscitace

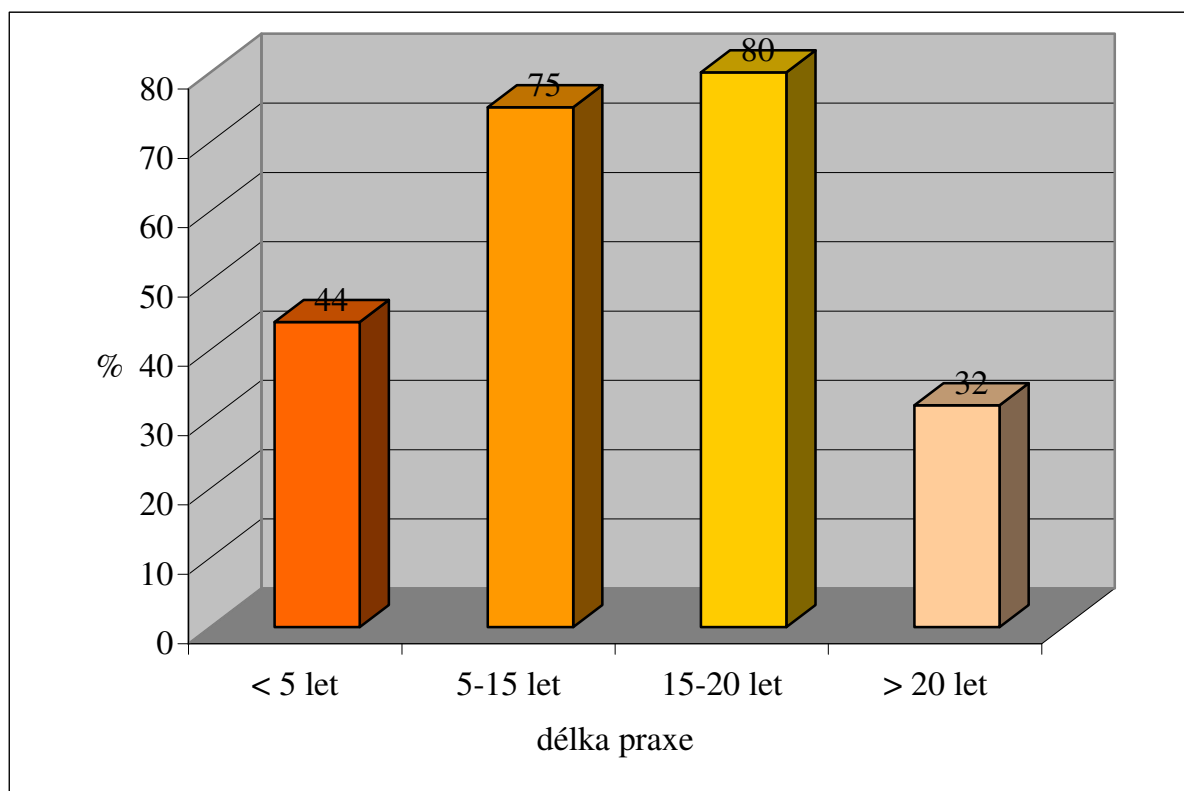


Na otázku odpovědělo správně 7 učitelek (tj. 77%) z kategorie délky praxe kratší než 5 let, 7 učitelek (tj. 88%) z kategorie 5 – 15 let, 4 učitelky (tj. 80%) z kategorie 15 – 20 let a 2 učitelky (tj. 65%) z kategorie více jak 20leté praxe. Nejlépe zodpověděly učitelky z kategorie 5 – 15 let.

Otázka 8. Jak postupujeme, když je třeba zahájit kardiopulmonální resuscitaci?

- a) zajistíme průchodnost dýchacích cest a zahájíme resuscitaci
- b) *zajistíme průchodnost dýchacích cest, provedeme 5 úvodních vdechů nim. 2 musí být účinné a zahájíme resuscitaci*
- c) okamžitě zahajujeme resuscitaci

Graf 6. Postup při zahájení kardiopulmonální resuscitace

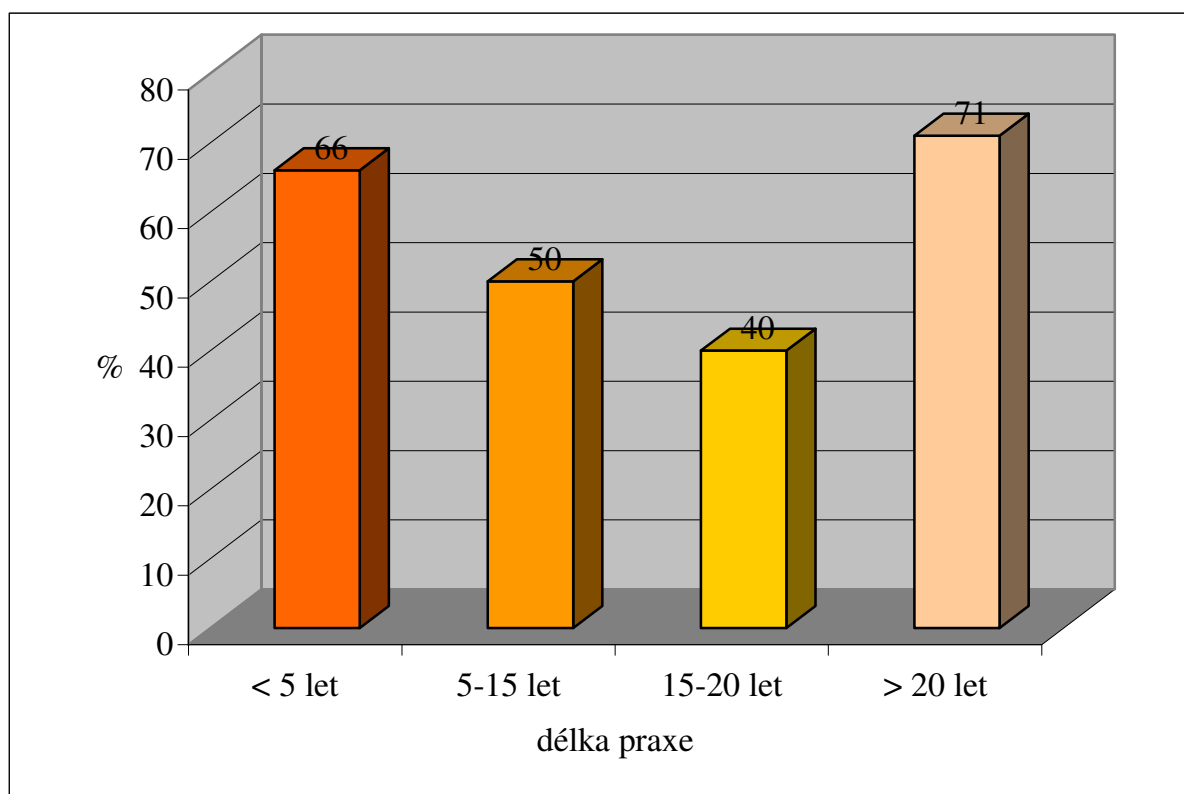


Na otázku odpověděly správně 4 učitelky (tj. 44%) z kategorie délky praxe kratší než 5 let, 6 učitelek (tj. 75%) z kategorie 5 – 15 let, 4 učitelky (tj. 80%) z kategorie 15 – 20 let a 10 učitelek (tj. 32%) z kategorie více jak 20leté praxe, tato kategorie byla v této otázce nejméně úspěšná.

Otázka 9. U dítěte používáme při resuscitaci:

- a) větší fyzické úsilí a menší frekvenci stlačení než u dospělého
- b) *menší fyzické úsilí a větší frekvenci stlačení než u dospělého*
- c) provádíme stejně jako u dospělého

Graf 7. Provedení kardiopulmonální resuscitace u dítěte

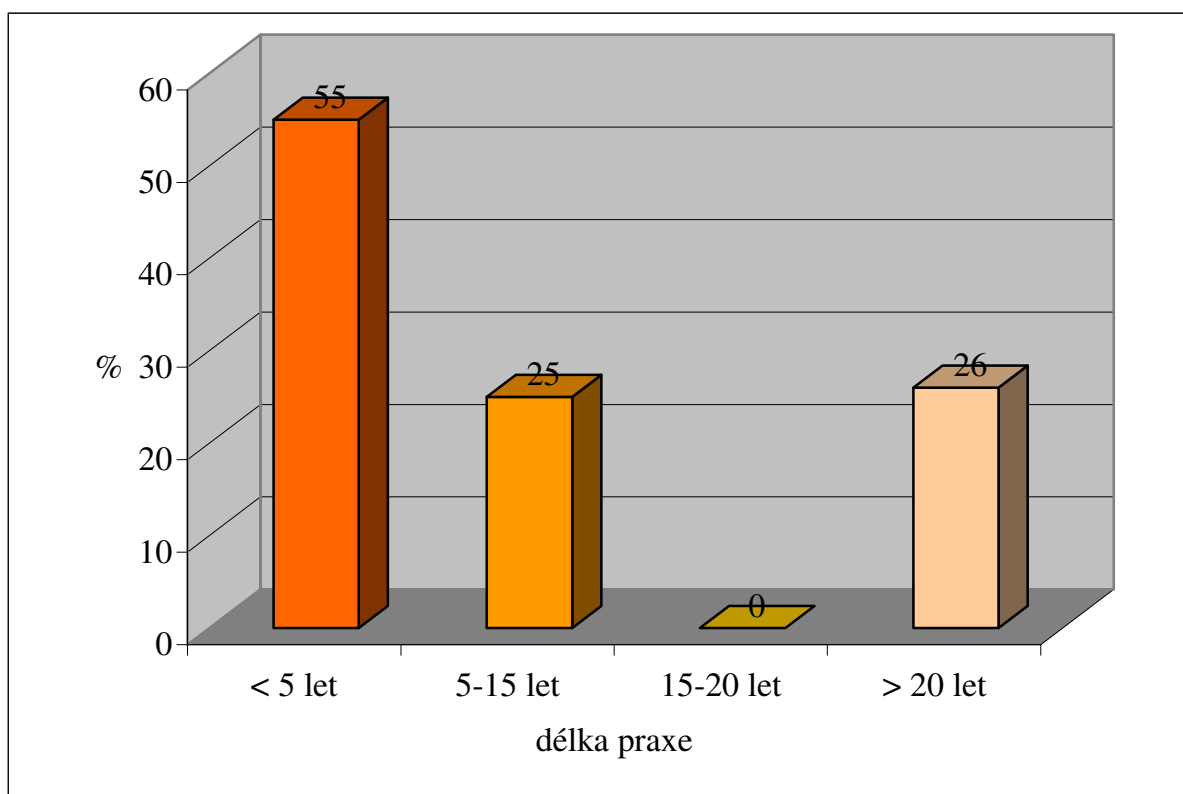


Na otázku odpovědělo správně 6 učitelek (tj. 66%) z kategorie délky praxe kratší než 5 let, 4 učitelky (tj. 50%) z kategorie 5 – 15 let, 2 učitelky (tj. 40%) z kategorie 15 – 20 let a 22 učitelek (tj. 71%) z kategorie více jak 20leté praxe, tato kategorie byla v této otázce nejúspěšnější.

Otázka 10. Umělé dýchání provádíme u dítěte:

- a) 20 vdechů/minutu
- b) 12 vdechů/minutu
- c) 30-40 vdechů/minutu

Graf 8. Umělé dýchání u dětí

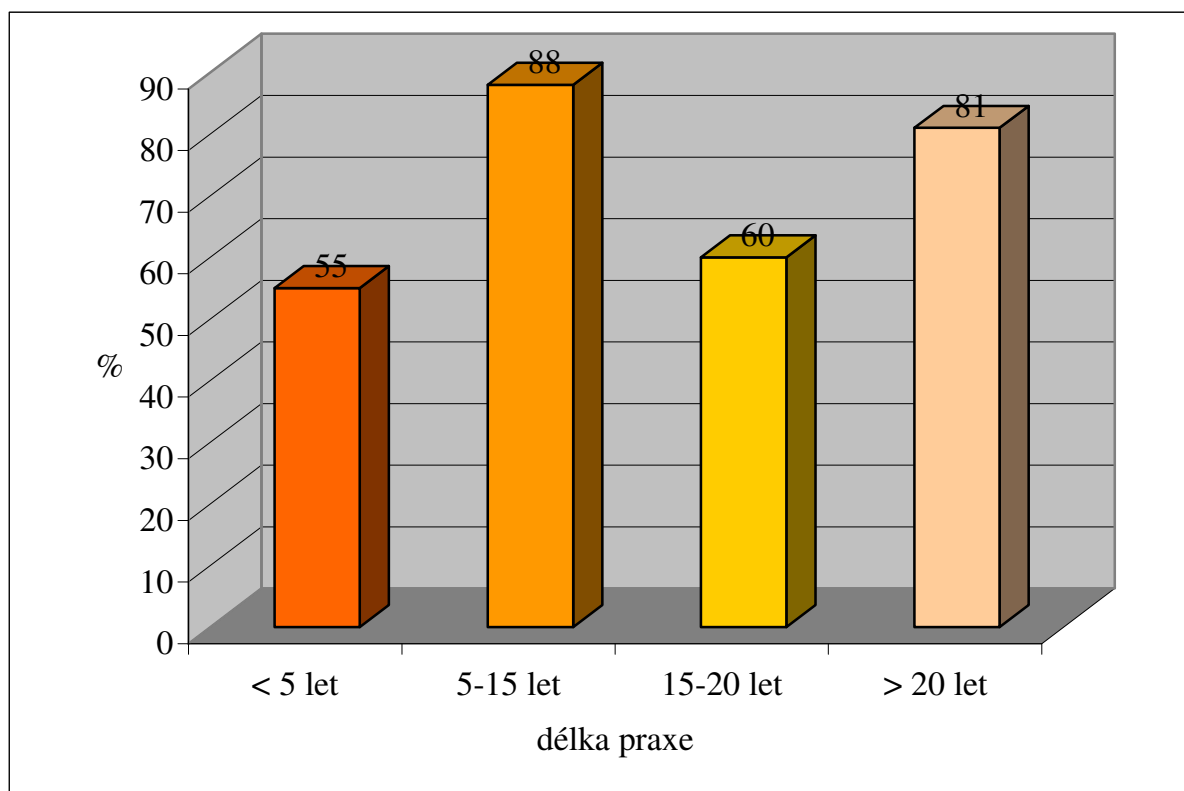


Na otázku odpovědělo správně 5 učitelek (tj. 55%) z kategorie délky praxe kratší než 5 let, 2 učitelky (tj. 25%) z kategorie 5 – 15 let, 0 učitelek (tj. 0%) z kategorie 15 – 20 let, v této kategorii ani jedna dotazovaná neodpověděla správně a 8 učitelek (tj. 26%) z kategorie více jak 20leté praxe.

Otázka 11. Umělé dýchání lze provádět:

- a) pouze z úst do úst
- b) z úst do úst; z úst do nosu
- c) z úst do úst; z úst do nosu; z úst do nosu i úst (u malých dětí); z úst do tracheotomické kanyly

Graf 9. Způsoby provedení umělého dýchání

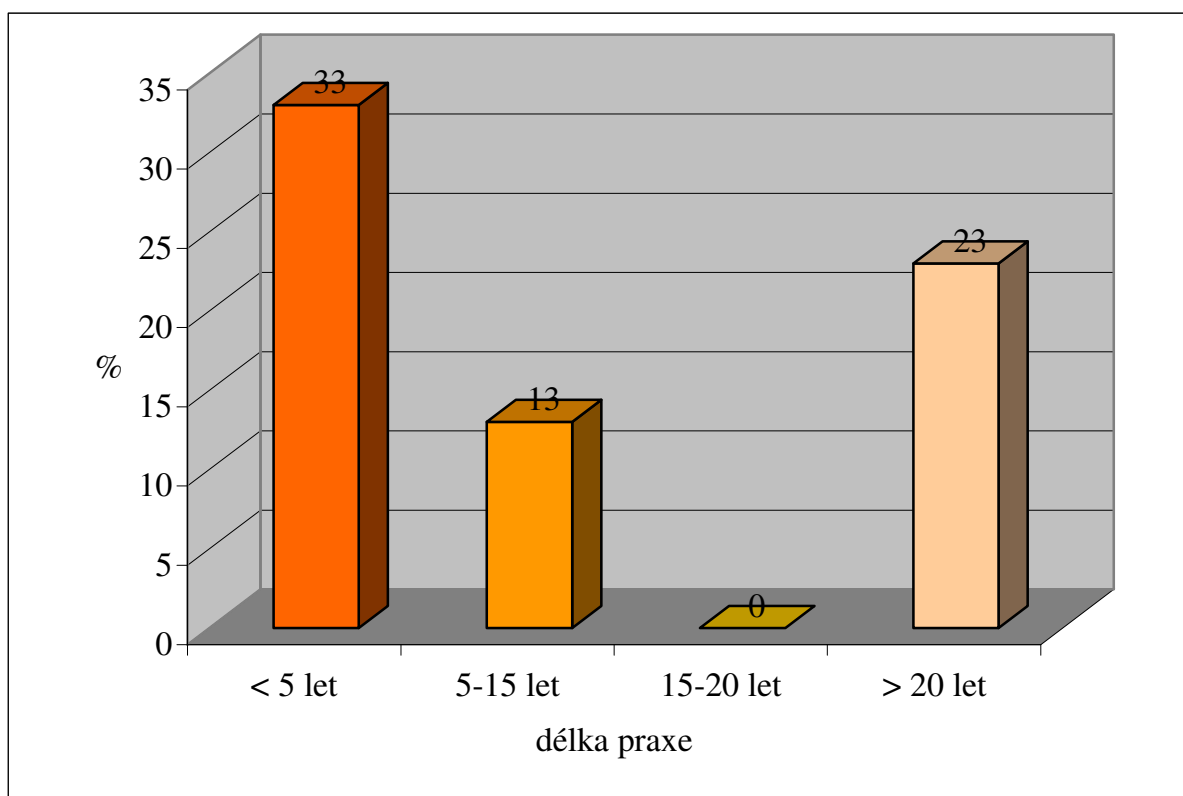


Na otázku odpovědělo správně 5 učitelů (tj. 55%) z kategorie délky praxe kratší než 5 let, 7 učitelů (tj. 88%) z kategorie 5 – 15 let, v této kategorii byla největší procentuální úspěšnost odpovědí učitelů, 3 učitelky (tj. 60%) z kategorie 15 – 20 let a 25 učitelů (tj. 81%) z kategorie více jak 20leté praxe.

Otázka 12. Při zajištění krevního oběhu, tedy při nepřímé masáži srdce u dítěte provádíme:

- a) 80-100 stlačení/minutu
- b) 100-120 stlačení/minutu
- c) 30 stlačení/minutu

Graf 10. Frekvence stlačení při nepřímé srdeční masáži u dětí

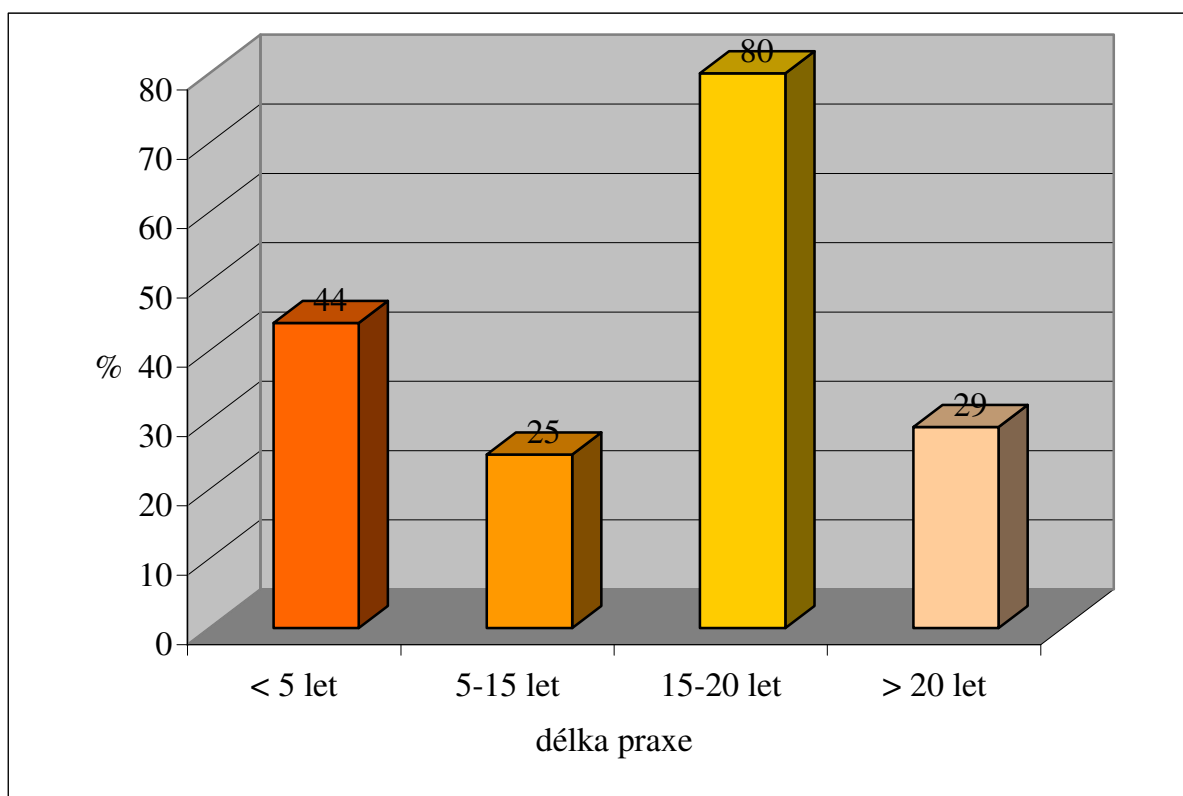


Na otázku odpověděly správně 3 učitelky (tj. 33%) z kategorie délky praxe kratší než 5 let, v této kategorii měly učitelky nejvíce správných odpovědí, 1 učitelka (tj. 13%) z kategorie 5 – 15 let, 0 učitelek (tj. 0%) z kategorie 15 – 20 let a 7 učitelek (tj. 23%) z kategorie více jak 20leté praxe.

Otázka 13. Při nepřímé srdeční masáži u dítěte použijeme:

- a) obě ruce
- b) jednu ruku
- c) pouze dva prsty

Graf 11. Použití rukou při nepřímé srdeční masáži u dítěte

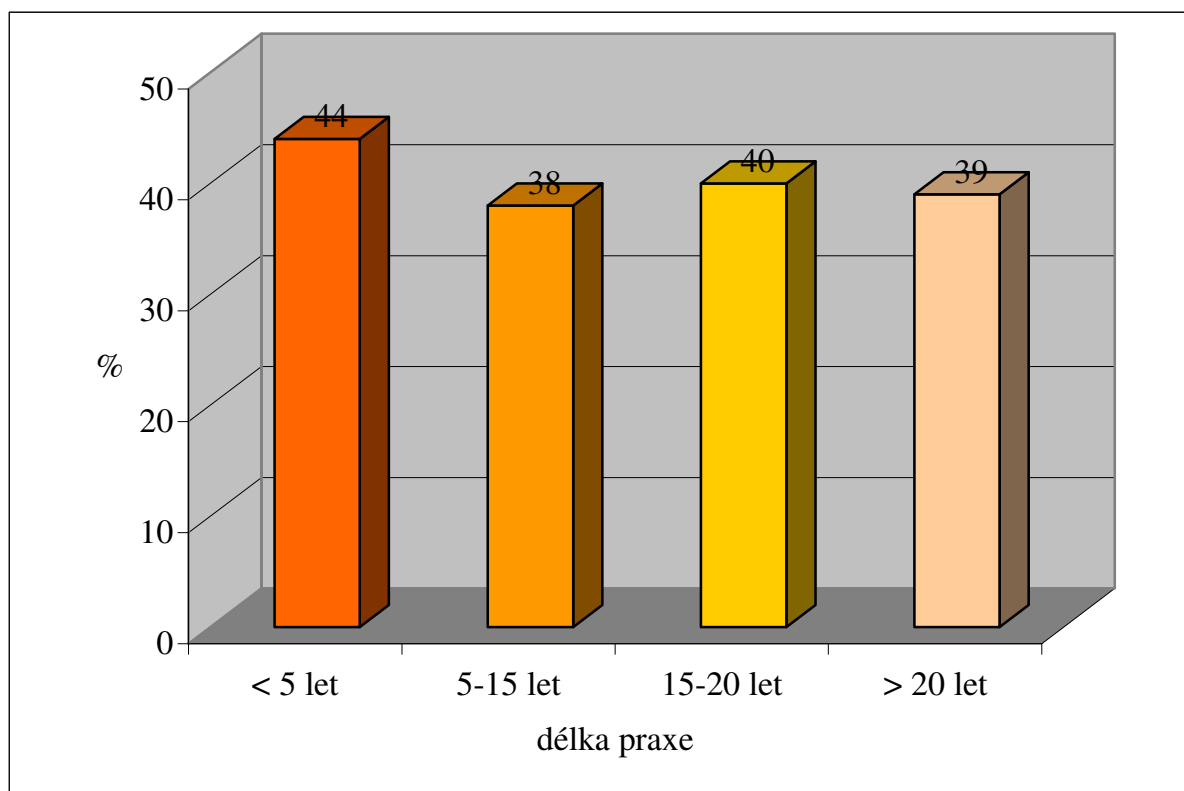


Na otázku odpověděly správně 4 učitelky (tj. 44%) z kategorie délky praxe kratší než 5 let, 2 učitelky (tj. 25%) z kategorie 5 – 15 let, 4 učitelky (tj. 80%) z kategorie 15 – 20 let, v této kategorii odpovídaly učitelky nejčastěji správně a 9 učitelek (tj. 29%) z kategorie více jak 20leté praxe.

Otázka 14. Při kardiopulmonální resuscitaci u dítěte provádíme při jednom zachránci dýchání a stlačení hrudníku v poměru:

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

Graf 12. Poměr vdechů a stlačení při resuscitaci u dítěte

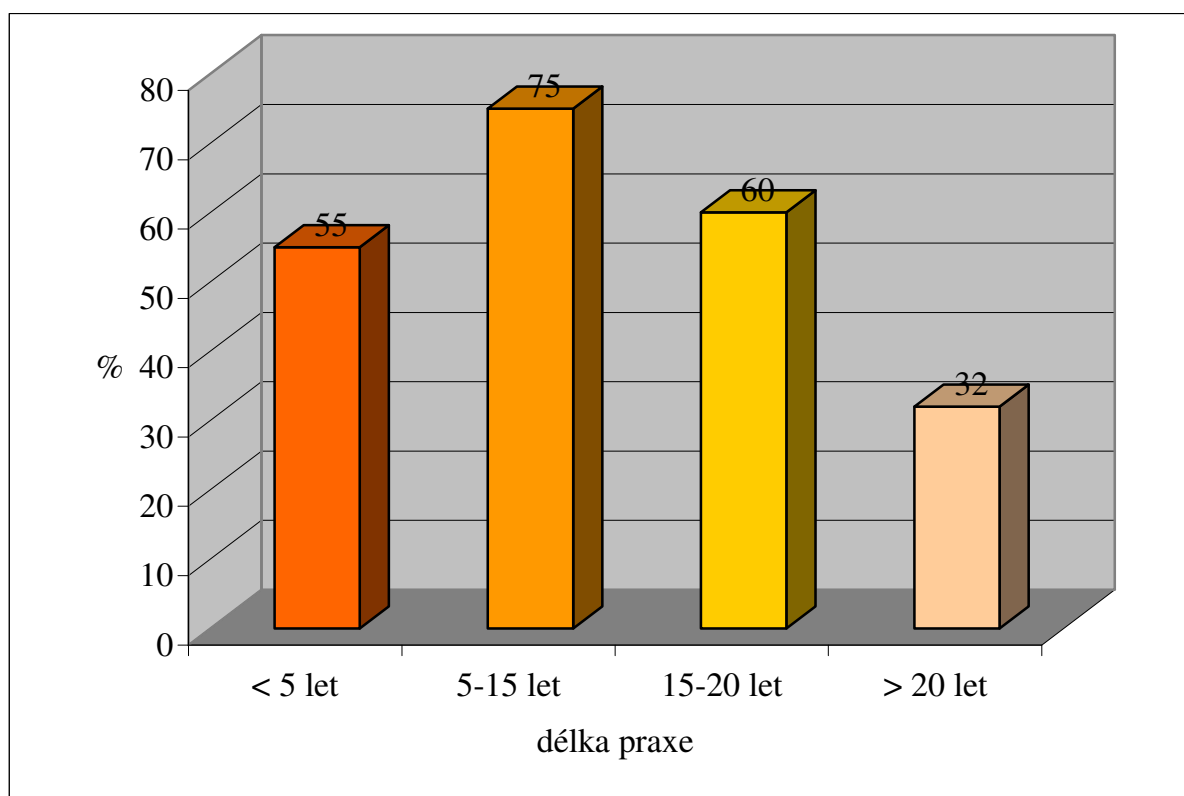


Na otázku odpověděly správně 4 učitelky (tj. 44%) z kategorie délky praxe kratší než 5 let, 3 učitelky (tj. 38%) z kategorie 5 – 15 let, 2 učitelky (tj. 40%) z kategorie 15 – 20 let a 12 učitelek (tj. 39%) z kategorie více jak 20leté praxe. Zde byly výsledky správných odpovědí velmi vyrovnané.

Otázka 15. Po kolika cyklech resuscitace kontrolujeme stav dítěte- tedy obnovu základních životních funkcí?

- a) po každém cyklu
- b) nekontrolujeme- resuscitaci provádí až do viditelných známek obnovy základních životních funkcí
- c) *vždy po 3-5 cyklech*

Graf 13. Kontrola základních životních funkcí při resuscitaci

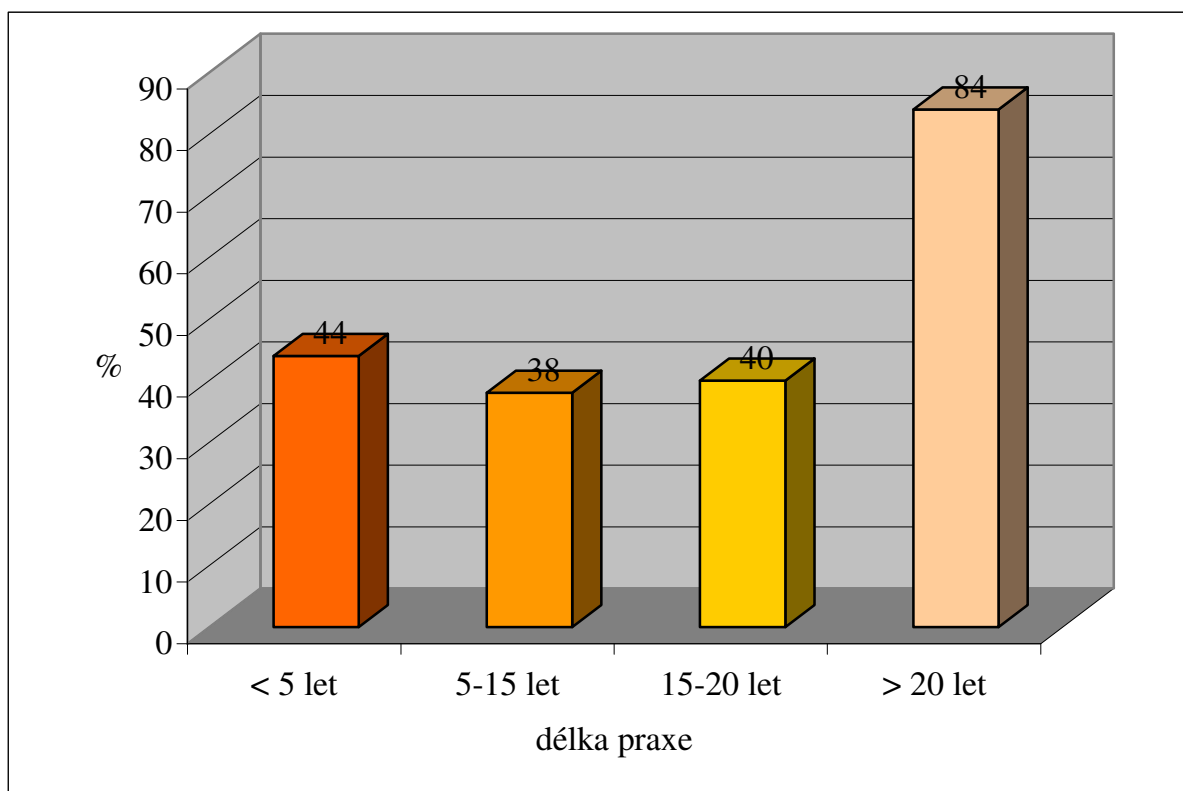


Na otázku odpovědělo správně 5 učitelek (tj. 55%) z kategorie délky praxe kratší než 5 let, 6 učitelek (tj. 75%) z kategorie 5 – 15 let, 3 učitelky (tj. 60%) z kategorie 15 – 20 let a 10 učitelek (tj. 32%) z kategorie více jak 20leté praxe, tato kategorie byla v této otázce nejméně úspěšná.

Otázka 16. Po jak dlouhé době dochází k nenávratnému poškození mozkových buněk za nepřítomnosti kyslíku?

- a) po 5 – 7 minutách
- b) po 3 – 5 minutách
- c) po 1 minutě

Graf 14. Poškození mozkových buněk

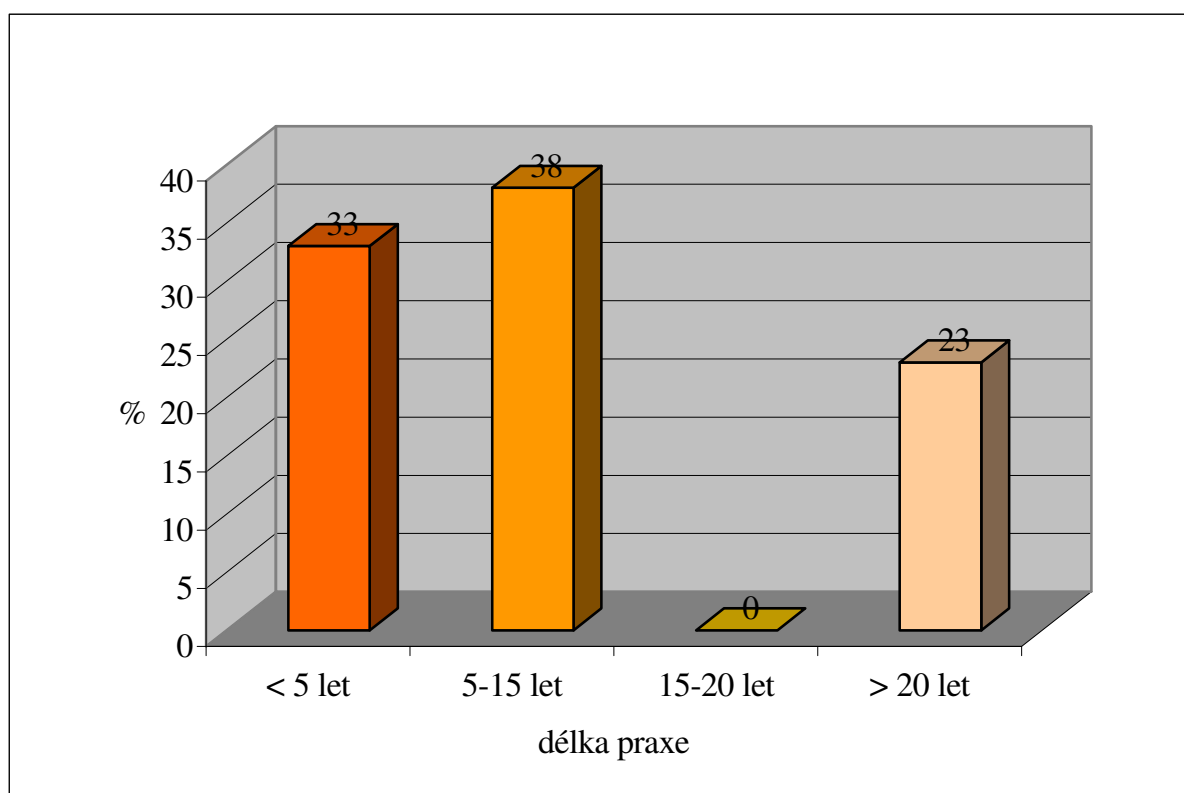


Na otázku odpověděly správně 4 učitelky (tj. 44%) z kategorie délky praxe kratší než 5 let, 3 učitelky (tj. 38%) z kategorie 5 – 15 let, 2 učitelky (tj. 40%) z kategorie 15 – 20 let a 26 učitelek (tj. 84%) z kategorie více jak 20leté praxe, tato kategorie dosáhla nejvíce správných odpovědí.

Otázka 17. Jaká je strategie přivolání záchranné zdravotní služby (ZZS) u dítěte?

- a) okamžité přivolání záchranné zdravotní služby a zahájení resuscitace
- b) *nejprve při bezdeší po dobu jedné min. resuscitovat a pak teprve přivolat záchranné zdravotní služby*
- c) okamžité přivolání záchranné zdravotní služby a vyčkání jejího příjezdu

Graf 15. Strategie přivolání záchranné zdravotní služby u dítěte

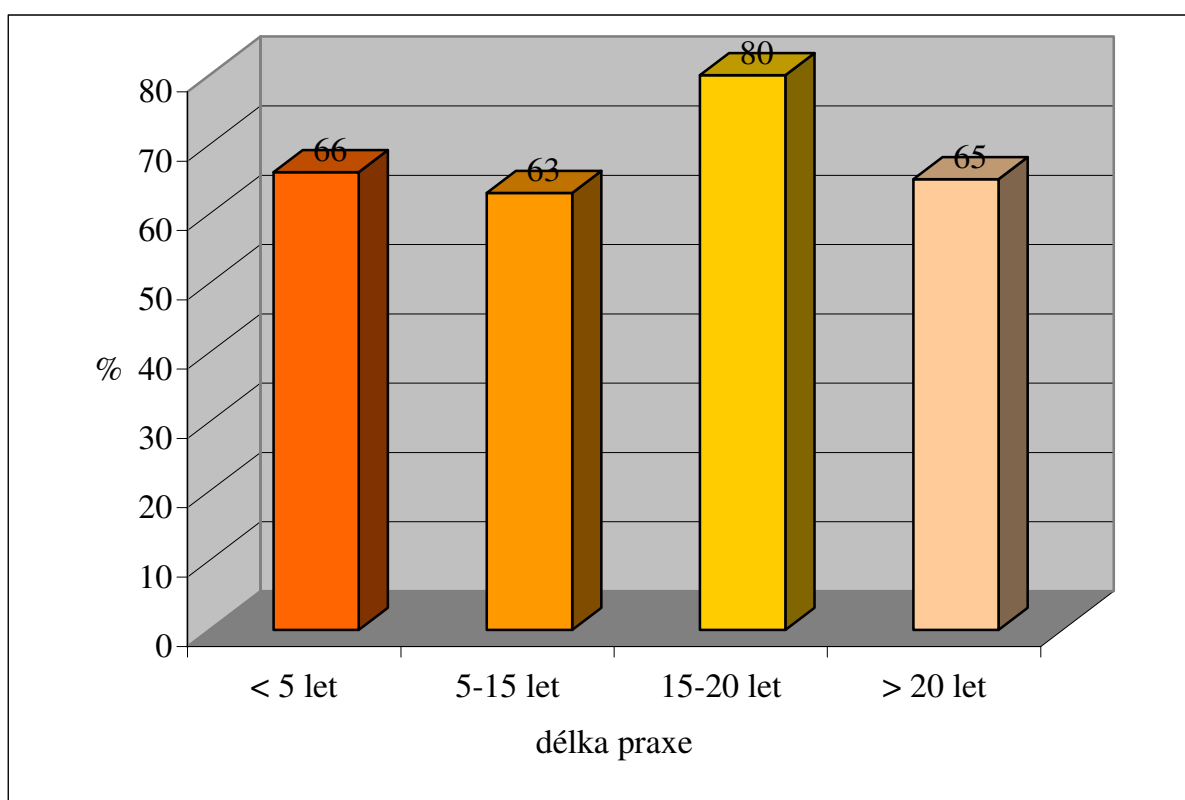


Na otázku odpověděly správně 3 učitelky (tj. 33%) z kategorie délky praxe kratší než 5 let, 3 učitelky (tj. 38%) z kategorie 5 – 15 let, 0 učitelek (tj. 0%) z kategorie 15 – 20 let, v této kategorii neodpověděla správně ani jedna učitelka a 7 učitelek (tj. 23%) z kategorie více jak 20leté praxe.

Otázka 18. Po obnovení základních životních funkcí v situaci, kdy nejsou zjištěny žádné jiné komplikace či zranění postupuje takto:

- a) dítě uložíme do stabilizované polohy a nadále na něj dohlížíme až do příjezdu záchranné zdravotní služby
- b) dítě uložíme do proti šokové polohy a nadále na něj dohlížíme až do příjezdu záchranné zdravotní služby
- c) dítě ponecháme v poloze, v jaké jsme ho oživovali a nadále na něj dohlížíme až do příjezdu záchranné zdravotní služby

Graf 16. Postup po obnovení základních životních funkcí u postiženého

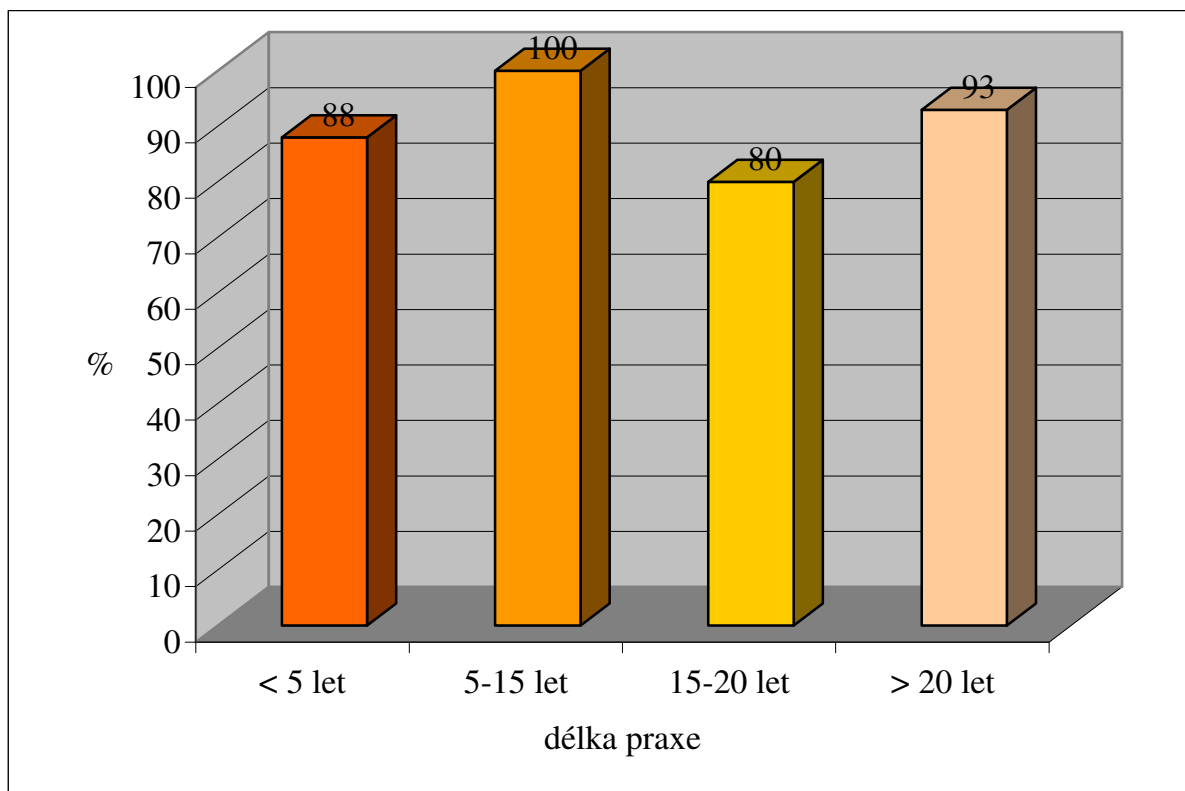


Na otázku odpovědělo správně 6 učitelek (tj. 66%) z kategorie délky praxe nižší než 5 let, 5 učitelek (tj. 63%) z kategorie 5 – 15 let, 4 učitelky (tj. 80%) z kategorie 15 – 20 let s nejvyšší úspěšností v této otázce a 20 učitelek (tj. 65%) z kategorie více jak 20leté praxe.

Otázka 19. Po příjezdu záchranné zdravotní služby jednáme takto:

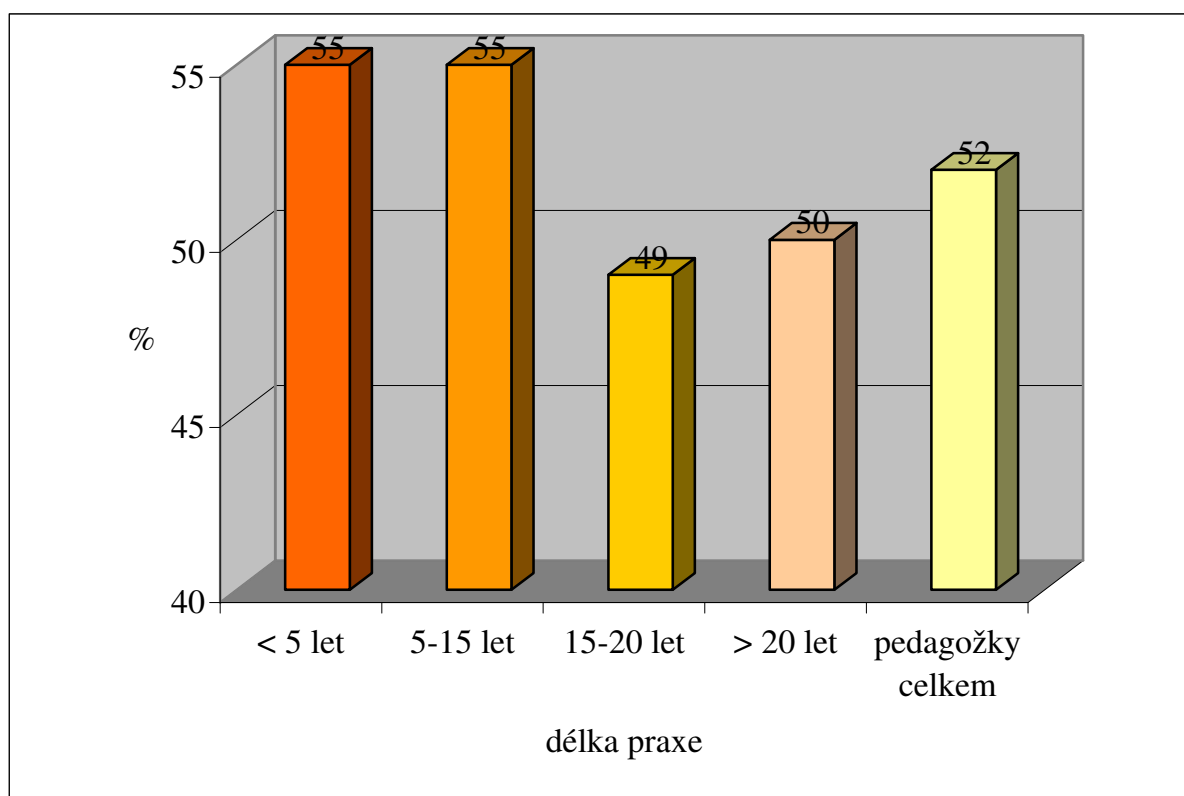
- a) dítě předáme lékaři a můžeme odejít
- b) *dítě předáme lékaři a podáme veškeré informace o stavu dítěte a prováděných úkonech, v případě potřeby zůstaneme s lékařem pro případ, že bude potřebovat naši pomoc*
- c) dítě předáme lékaři, podáme veškeré informace a snažíme se lékaři co nejvíce pomáhat

Graf 17. Jednání po příjezdu záchranné zdravotní služby



Na otázku odpovědělo správně 8 učitelek (tj. 88%) z kategorie délky praxe kratší než 5 let, 8 učitelek (tj. 100%) z kategorie 5 – 15 let, na tuto otázku odpověděly správně všechny dotazované učitelky z této kategorie, 4 učitelky (tj. 80%) z kategorie 15 – 20 let a 29 učitelek (tj. 93%) z kategorie více jak 20leté praxe.

Graf 18. Celková úspěšnost pedagožek v dotazníkovém šetření



Rozdíly v úspěšnosti pedagožek rozdělených do kategorií, které jsem analyzovala při zpracování odpovědí na jednotlivé položky dotazníku, se při finálním výpočtu pomocí hodnot aritmetického průměru ukázaly jako statisticky víceméně nezajímavé. Rozdíl mezi nejúspěšnější a nejméně úspěšnou kategorií činí 6%, což při počtu otázek zaměřených na teoretické znalosti (celkem 14) nepovažuji za zásadní. Součet všech správných odpovědí respondentek ve všech kategoriích dohromady představuje hodnota 52% úspěšnosti.

Závěr

V teoretické části práce byly stručně a přehledně rozpracovány nejdůležitější informace a postupy při poskytování kardiopulmonální resuscitace. Tato část práce může být inspirací a zároveň vhodným studijním materiálem pro učitele mateřských škol. Pro důkladné pochopení této složité problematiky je však třeba použít ke studiu další odborné zdroje.

Podstata práce spočívala v její praktické části. Na základě průzkumného šetření dotazníkovou metodou byly zjištěny informace o přehledu znalostí a vědomostí učitelů mateřských škol v oblasti první pomoci, zejména v oblasti kardiopulmonální resuscitace.

V rámci průzkumu byly rozeslány dotazníky do vybraných mateřských škol ve Zlíně. Z celkového počtu 60 rozeslaných dotazníků bylo vráceno 53 dotazníků (tj. 88%).

Cíle i dílčí úkoly bakalářské práce byly splněny s následujícími závěry.

Na kvalitu vědomostí neměla vliv délka praxe dotazovaných. Toto kritérium nebylo tedy rozhodujícím faktorem.

Z celkového počtu 53 dotázaných se pravidelně zúčastňuje kurzů první pomoci v rámci svého pracoviště 19 učitelek (tj. 36%). Jednou za několik let bylo proškoleny 16 učitelek (tj. 30%). Zbylým 18 učitelkám (tj. 30 %) není poskytováno školení vůbec nebo jen ojediněle.

Více jak polovina, tedy 37 učitelek (tj. 57%), se setkala se situací vyžadující poskytnutí první pomoci přímo v mateřské škole.

Celkem bylo zodpovězeno správně 358 otázek (tj. 52%) z celkového počtu 689 vědomostních otázek. Úroveň znalostí se tedy pohybuje těsně nad hranicí 50%, a to je poměrně nízká úroveň znalostí.

V jednotlivých oblastech dotazníku se však projeví výrazné rozdíly ve vědomostech učitelů. V oblasti přidružených informací k poskytování kardiopulmonální resuscitace odpovědělo na některé otázky správně 8 učitelek (tj. 100%) z kategorie délky praxe 5 – 15 let, i v jiných skupinách byla tato oblast otázek zodpovězena s nadprůměrnými výsledky. Nadprůměrných výsledků dosahovaly učitelky také v oblasti obecných otázek týkajících se kardiopulmonální resuscitace. Naopak podprůměrné znalosti učitelek se projeví v oblasti týkající se přímo kardiopulmonální resuscitace a jejich rozdíly v poskytování dětem a dospělým. Ve všech kategoriích praxe se ukázaly velké

nedostatky ve vědomostech. Nejhůře odpovídaly učitelky v kategorii praxe 15 – 20 let. Na 2 otázky (tj. 40%) v této oblasti neodpověděla správně ani jedna z dotazovaných.

Velké rozdíly se vyskytly v dotaznících jednotlivých učitelů, kdy některé dotazníky byly vyplněny velmi dobře, vyskytly se bohužel také dotazníky, kde správná odpověď byla zaznamenána jen sporadicky.

Je tedy třeba se zamyslet nad systémem proškolení učitelů v mateřských školách a navrhnout řešení, která povedou ke zlepšení této situace s ohledem na důležitost a zodpovědnost učitelů vůči dětem.

Seznam použité a prostudované literatury a pramenů

1. Autorský kolektiv pracovníků Linge s.r.o. *Slovník českých synonym a antonym*. Brno: Linge, 2009. 573 s. ISBN 978-80-87062-09-8.
2. BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc, 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, 2004. 75. s. ISBN 80-247-0680-0.
3. GONCAL, F. *První pomoc, 1. vydání 2006 00441601*. Rebo Productions CZ, 2006. 294 s. ISBN 80-7234-538-9.
4. GREGORA, M. *První pomoc u dětí*. Praha: Europrint, 2004. 72 s. ISBN 80-204-1064-3.
5. KELNAROVÁ, J. a spol. *První pomoc I pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2007. 103 s. ISBN 978-80-247-2182-8.
6. KELNAROVÁ, J. a spol. *První pomoc II pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2007. 176 s. ISBN 978-80-247-2183-5.
7. KINDERSLEY, D. *Příručka první pomoci, přepracované a doplněné vydání*. Bratislava: Perfekt, 2007. 288 s. ISBN 978-80-8046-359-5.
8. KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN, 2005. 829 s. ISBN 80-7235-272-5.
9. Kolektiv pracovníků Ústavu pro jazyk český AV ČR. *Pravidla českého pravopisu*. Praha: Academia, 2001. 391s. ISBN 80-200-0475-0.
10. KORNEL, G. Eiden, A. *Domácí dětský lékař*. Praha: Euromedia Group Ikar, 2009. 320 s. ISBN 978-80-249-1213-4.
11. KUKUROVÁ, A. *První pomoc- pracovní sešit pro studenty SZŠ a zdravotnických lyceí*. Praha: Grada Publishing, 2008. 136 s. ISBN 978-80-247-2168-2.

12. MADIAN, A. MATTHIEBEN, I. *První pomoc na cestách*. Praha: Grada Publishing, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-1878-1.
13. RATHAUSKÝ, Z. *Co dělat. Aneb kapesní průvodce krizovými situacemi doma i v zahraničí*. Praha: Opportunitas, 2008. 86 s. ISBN 978-80-964066-0-5.
14. SRNSKÝ, P. *První pomoc u dětí*. Praha: Grada Publishing, 2007. 111 s. ISBN 978-80-247-1824-8.
15. STOPPARDOVÁ, M. *První pomoc malým dětem, Základy rychlé pomoci*. Praha: Slovart, s.r.o., 2005. 64 s. ISBN 80-7209-677-X.
16. Výukové a instruktážní DVD - *Základy první pomoci; Neodkladná resuscitace ERC Guidelines for Resuscitation 2005*. Cinema verité, 2008.
17. *Portál veřejné správy České republiky*. [online]. [cit. 2010-04-08]. Dostupné na WWW:
<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411?PC_8411_p=150&PC_8411_l=40/2009&PC_8411_ps=10#10821>

Seznam příloh

Příloha č.1

dotazník

Příloha č.2

charakteristika předškolního zařízení

Příloha č. 3

defibrilátor – obrázek

Příloha č. 4

defibrilátor – obrázek

Dotazník

Dobrý den

Jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty UP v Olomouci ve studijním oboru Učitelství pro mateřské školy. Cílem závěrečné bakalářské práce na téma Informovanost učitelů mateřských škol o poskytování resuscitace dětem je zjištění úrovně znalostí a informovanosti učitelů MŠ o poskytování kardiopulmonální resuscitace.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, jehož zpracováním získám potřebné údaje pro svou práci.

Veškeré informace budou využity jen v rámci bakalářské práce a bude zajištěna anonymita každé dotazované osoby.

Každá otázka má jen jednu správnou odpověď. Vaši odpověď prosím zakroužkujete.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas strávený nad tímto dotazníkem

Tereza Nováková

1. Vaše pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Kolikaletou máte praxi v oboru učitele v MŠ?

- a) méně než 5 let
- b) 5 – 15 let
- c) 15 – 20 let
- d) více jak 20let

3. Jsou Vám poskytovány v rámci pracoviště kurzy první pomoci zvláště pak k oblasti KPR¹ ?

- a) ano pravidelně
- b) jednou za několik let

¹ KPR – Kardiopulmonální resuscitace

- c) nevím- žádný jsem ještě neabsolvoval/a
- d) ne

4. Setkal/a jste se někdy se situací, kdy bylo třeba poskytnout PP² ?

- a) ano, stalo se mi to vícekrát
- b) ano, jen jednou
- c) ne, ještě se mi to nestalo

5. Pokud jste se setkal/a s poskytováním PP, bylo to i v rámci vašeho pracoviště, tedy v MŠ?

- a) ano, vícekrát
- b) ano, jen jednou
- c) ne

6. KPR zahrnuje:

- a) umělé dýchání
- b) umělé dýchání a nepřímou masáž srdce
- c) poskytnutí komplexní PP

7. Kdy provádíme KPR?

- a) v případě zástavy dechu
- b) v případě nehmatatelného pulzu
- c) v případě zástavy základních životních funkcí- dýchání a krevního oběhu

8. Jak postupujeme, když je třeba zahájit KPR?

- a) zajistíme průchodnost dýchacích cest a zahájíme resuscitaci
- b) zajistíme průchodnost dýchacích cest, provedeme 5 úvodních vdechů nim. 2 musí být účinné a zahájíme resuscitaci
- c) okamžitě zahajujeme resuscitaci

9. U dítěte používáme při resuscitaci:

- a) větší fyzické úsilí a menší frekvenci stlačení než u dospělého

² PP – První pomoc

- b) menší fyzické úsilí a větší frekvenci stlačení než u dospělého
- c) provádíme stejně jako u dospělého

10. Umělé dýchání provádíme u dítěte³:

- a) 20 vdechů/minutu
- b) 12 vdechů/minutu
- c) 30-40vdechů/minutu

11. Umělé dýchání lze provádět:

- a) pouze z úst do úst
- b) z úst do úst; z úst do nosu
- c) z úst do úst; z úst do nosu; z úst do nosu i úst(u malých dětí); z úst do tracheotomické kanyly

12. Při zajištění krevního oběhu, tedy při nepřímé masáži srdce u dítěte provádíme:

- a) 80-100 stlačení/minutu
- b) 100-120 stlačení/minutu
- c) 30 stlačení/minutu

13. Při nepřímé srdeční masáži u dítěte použijeme:

- a) obě ruce
- b) jednu ruku
- c) pouze dva prsty

14. Při KPR u dítěte provádíme při jednom zachránci dýchání a stlačení hrudníku v poměru:

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

³ Dítě – je myšleno dítě předškolního věku

15. Po kolika cyklech resuscitace kontrolujeme stav dítěte- tedy obnovu základních životních funkcí?
- a) po každém cyklu
 - b) nekontrolujeme- resuscitaci provádí až do viditelných známek obnovy základních životních funkcí
 - c) vždy po 3-5 cyklech
16. Po jak dlouhé době dochází k nenávratnému poškození mozkových buněk za nepřítomnosti kyslíku?
- a) po 5 – 7 minutách
 - b) po 3 – 5 minutách
 - c) po 1 minutě
17. Jaká je strategie přivolání záchranné zdravotní služby (ZZS⁴) u dítěte?
- a) okamžití přivolání ZZS a zahájení resuscitace
 - b) nejprve při bezdeší po dobu jedné min. resuscitovat a pak teprve přivolat ZZS
 - c) okamžité přivolání ZZS a vyčkání jejího příjezdu
18. Po obnovení základních životních funkcí v situaci, kdy nejsou zjištěny žádné jiné komplikace či zranění postupuje takto:
- a) dítě uložíme do stabilizované polohy a nadále na něj dohlížíme až do příjezdu ZZS
 - b) dítě uložíme do proti šokové polohy a nadále na něj dohlížíme až do příjezdu ZZS
 - c) dítě ponecháme v poloze v jaké jsme ho oživovali a nadále na něj dohlížíme až do příjezdu ZZS
19. Po příjezdu ZZS jednáme takto:
- a) dítě předáme lékaři a můžeme odejít
 - b) dítě předáme lékaři a podáme veškeré informace o stavu dítěte a prováděných úkonech, v případě potřeby zůstaneme s lékařem pro případ, že bude potřebovat naši pomoc
 - c) dítě předáme lékaři, podá veškeré informace a snažíme se lékaři co nejvíce pomáhat

⁴ ZZS – záchranná zdravotní služba

Charakteristika předškolního zařízení

„Předškolní vzdělávání je institucionálně zajištěno mateřskými školami (včetně mateřských škol s upraveným vzdělávacím programem), popř. je realizováno v přípravných třídách základních škol. Mateřská škola je legislativně zakotvena v rámci vzdělávací soustavy jako druh školy. V procesu vzdělávání i v jeho organizaci se proto řídí obdobnými pravidly jako školy ostatní.

Předškolní vzdělávání se organizuje pro děti ve věku zpravidla od tří do šesti (sedmi) let. Přednostně jsou přijímány děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky.

Mateřská školy se organizačně dělí na třídy. Do tříd je možno zařazovat děti stejného či různého věku a vytvářet třídy věkově homogenní či věkově heterogenní. Stejně tak je možno do tříd běžných mateřských škol zařazovat děti se speciálními vzdělávacími potřebami a vytvářet třídy integrované.

Poskytování předškolního vzdělávání je podle školského zákona veřejnou službou (Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, 2004, s. 7).“

Při vzdělávání dětí je třeba dodržovat základní podmínky, které jsou legislativně vymezeny příslušnými právními normami (zákony, vyhláškami, prováděcími právními předpisy). Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání podrobněji popisuje a doplňuje další materiální, organizační, personální, psychohygienické a pedagogické podmínky, které kladně ovlivňují, resp. podmiňují kvalitu poskytovaného vzdělávání, vymezenou a požadovanou Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání (Rámcový vzdělávací program předškolní výchovy, 2004).



Defibfilátor dostupný pro veřejnost (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005)

Příloha č. 4



Defibrilační přístroje (ERC Guidelines for Resuscitation, 2005)

Anotace

Jméno a příjmení:	Tereza Nováková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Informovanost učitelů mateřských škol o poskytování resuscitace dětem
Název v angličtině:	The awareness of kinder garden teachers about the resuscitation of children
Anotace práce:	V této bakalářské práci je zpracováno téma poskytování kardiopulmonální resuscitace, a to zejména u dětí. V teoretické části jsou shrnuty nejnovější poznatky v této oblasti. Praktická část je zaměřena na zjištění úrovně vědomostí učitelů mateřských škol v oblasti poskytování resuscitace dětem na základě dotazníkového průzkumu a jeho následného vyhodnocení.
Klíčová slova:	kardiopulmonální resuscitace, učitelé mateřských škol, děti, první pomoc, informovanost
Anotace v angličtině:	This bachelor thesis deals with cardiopulmonary resuscitation, especially in children. The theoretical part sums up the most up-to-date information from the field. The practical part assesses kindergarten teachers' knowledge of resuscitation through a questionnaire survey.
Klíčová slova v angličtině:	cardiopulmonary resuscitation, kindergarten teachers, children, first aid, awareness
Přílohy vázané v práci:	4
Rozsah práce:	57 s., 7 s. příloh
Jazyk práce:	čeština