

Висока школа струковних студија за васпитаче и пословне
информатичаре - Сирмијум

Данијела Мутавцић

**Компетенције васпитача за пружање прве
помоћи у реалном контексту дечијег вртића**

МАСТЕР РАД

Сремска Митровица, 2024.

Висока школа струковних студија за васпитаче и пословне
информатичаре - Сирмијум

Данијела Мутавцић

**Компетенције васпитача за пружање прве
помоћи у реалном контексту дечијег вртића**

МАСТЕР РАД

Ментор: Др Дејан Савичевић

Сремска Митровица, 2024.

Ментор:

Др Дејан Савичевић

Професор струковних студија у Високој школи струковних студија за васпитаче и пословне информатичаре – Сирмијум

Ужа стручна област: Методика физичког и здравственог васпитања

Чланови комисије:

1. Др Тања Панић

Професор струковних студија у Високој школи струковних студија за васпитаче и пословне информатичаре – Сирмијум

Ужа стручна област: Психологија

2. Љиљана Шарковић

Педагог у Предшколској Установи "Пчелица" у Сремској Митровици,

НАЗИВ/ТЕМА СТРУЧНО ИСТРАЖИВАЧКОГ РАДА :

Компетенције васпитача за пружање прве помоћи у реалном контексту дечијег вртића

ПОДАЦИ О СТУДЕНТУ:

Презиме, име једног од родитеља, име: Мутавцић, Жељко, Данијела

Адреса: Шумадијска 22/74 Земун

Број телефона: 069/29-14-744

e-mail: darens33@gmail.com

Број индекса: 32/2018 М

Студентски програм: Струковни мастер васпитач

Година уписа: 2019./2020. година

ПОДАЦИ О МЕНТОРУ:

Дејан Савичевић, доктор наука, професор струковних студија за групу предмета из физичког и здравственог васпитања у Високој школи струковних студија за васпитаче и пословне информатичаре – “Сирмијум” Сремска Митровица.

ПОДАЦИ О САРАДНИКУ ПРАКТИЧАРУ:

Љиљана Шарковић, педагог у ПУ „Пчелица“ у Ср. Митровици.

УСТАНОВА У КОЈОЈ ЈЕ ОБАВЉЕНО ИСТРАЖИВАЊЕ:

ПУ „Др Сима Милошевић“ Земун.

Објекат „Камичак“, Славише Вајнера бб, Земун.

Резиме

Све људске активности су свакодневно у порасту што доводи до сталног пораста повреда. Зато је поседовање основних знања о првој помоћи људска обавеза која има за циљ пружање помоћи свима онима којима је у одређеном тренутку нужна.

У свакодневном животу је могуће предузети одређене мере превенције, да би се незгоде спречиле али се оне ипак дешавају у кући, у вртићу, у игри, при бављењу спортом, на улици, саобраћајним незгодама и свим осталим животним ситуацијама. Деца су посебно подложна незгодама.

У животу је некада довољно само неколико секунди или минута да се изгуби живот. Исто тако је довољно само неколико секунди или минута да се смрт спречи и живот спаси. Једноставном, исправном и правовременом помоћи се тиме повређеном даје шанса да преживи и да се спречи трајни инвалидитет и скратити период евентуалног лечења после незгоде.

„Потреба за свеобухватном првом помоћи јавља се у свакодневном животу када се не може на месту несреће правовремено очекивати помоћ здравствених радника“ (Dobošević, Ostojić, 1988:5). Због пружања помоћи у таквим неодложним ситуацијама, потребно је што већи број грађана оспособити за пружање прве помоћи.

Вртићи се као место, где велики број деце проводи више сати у току једног дана, могу сврстати у потенцијално место незгоде сваке врсте. Срећом ретко, али постоје стања у коме је детету угрожен живот ако се на време не преузме одговарајућа акција.

Кључне речи: живот, помоћ, дете, незгода, вртић, прва помоћ

САДРЖАЈ

| | |
|---|----|
| 1. Анатомско - физиолошке карактеристике детета предшколског узраста | 7 |
| 1.1. Прва помоћ у вртићу..... | 8 |
| 1.2. Улога васпитача у превенцији незгода и пружању прве помоћи деци предшколског узраста | 9 |
| 1.3. Прва помоћ код престанка дисања и рада срца - кардиопулмонална реанимација..... | 11 |
| 1.4. Прва помоћ код губитка свести – синкопа | 17 |
| 1.5. Прва помоћ код фебрилних конвулзија | 19 |
| 1.6. Прва помоћ код гушења | 20 |
| 1.7. Прва помоћ код повреда главе - потрес мозга..... | 23 |
| 1.8. Прва помоћ код повреда и пригњечења мозга | 24 |
| 1.9. Прва помоћ код епилепсије..... | 26 |
| 1.10. Прва помоћ код крварења и епистаксе | 27 |
| 1.11. Прва помоћ код ишчешења и прелома..... | 30 |
| 1.12. Прва помоћ при паду са велике висине – могућност повреде кичме..... | 32 |
| 1.13. Прва помоћ код страног тела у оку | 33 |
| 1.14. Прва помоћ код страног тела у уху | 34 |
| 1.15. Прва помоћ код страног тела у носу | 35 |
| 1.16. Прва помоћ код убода инсеката..... | 35 |
| 1.17. Прва помоћ код сунчанице и топлотног удара..... | 38 |
| 1.18. Прва помоћ код топлотног удара | 39 |
| 1.19. Зидни ормарић за пружање прве помоћи у вртићу..... | 40 |
| 1.20. Комуникација са службом Хитне медицинске помоћи 194..... | 43 |
| 2. Методологија и резултати истраживања | 43 |
| 2.1. Циљ и задаци истраживања | 44 |
| 2.2. Метод, технике и инструменти истраживања | 44 |
| 2.3. Узорак и организација истраживања..... | 45 |
| 2.4. Резултати истраживања | 45 |
| 3. Закључак | 49 |
| 4. Литература..... | 51 |
| 5. Прилози..... | 52 |

1. Анатомско - физиолошке карактеристике детета предшколског узраста

Деца предшколског узраста не знају у потпуности како да брину о сопственој безбедности јер нису научила. Управо је то разлог због којег се чешће повређују него одрасле особе. Њихове менталне и физичке способности, степен самосталности и активности којима се баве другачији су него код одраслих људи.

Деца предшколског узраста су радознала и често истражују или експериментишу и самим тим долазе у ситуације где нису у позицији да контролишу и процене догађаје, нити да управљају њима. Потенцијално доводе себе до ризика повређивања јер за такве ситуације нису физички или ментално спремни. Повреде детета предшколског узраста увелико зависе од активности којом се бави, средине и окружења у коме се активност одвија. Учесталост врсте повреда повезана је са развојном фазом и узрастом детета.

Дете предшколског узраста је подложније повређивању и због читавог низа физичких особина. Дечија глава је сразмерно већа у односу на остатак тела и мекша. Деца имају тању кожу те се могу лакше повредити и подлежу бржим и већим степеном опекотина и на нижим температурама. Због мање телесне масе од одраслих, иста количина отровних материја је још отровнија. Због малих ногу, руку, шака, стопала и прстију лако се могу заглавити у малим најразличитијим отворима или рупама.

Већ од прве године живота учесталост повређивања и тежина повреда већа је код дечака него код девојчица, због ризикантнијег понашања и активности које су ређе под надзором одраслих. Три до четири повређивања деце која имају смртни исход, догађају се код дечака. (Подршка породицама за подстицајну негу деце раног узраста - Модул 9 : Окружење и безбедност у дому, 2019).

Поједине физиолошке и анатомске карактеристике деце предшколског узраста су специфичне и разликују се од оних код одраслих. Разлику чине (Момчиловић, 2015:3):

- Мања телесна маса,
- Специфичности дисајних органа (кратак врат, мала доња вилица, кратка и мекана трахеја, неразвијена рачва трахеје, неразвијена плућа, мањи број дисајних путева и алвеола, хрскавичава ребра...),
- Специфичност кардиоваскуларног система (мала количина крви),
- Срчана и респираторна фреквенца је већа, крвни притисак је мањи, ударни волумен је фиксиран,
- Приликом повреде комуникација је отежана, страх детета је чест и јак, поверење са одраслим се често тешко успоставља.

1.1. Прва помоћ у вртићу

Прва помоћ је скуп поступака и практичних вештина којима се спасавају живот и здравље унесрећеног или повређеног људског бића пре доласка хитне медицинске помоћи. Психолошка прва помоћ од изузетног је значаја код деце предшколског узраста јер када се дете повреди, оно поред бола, трпи страх и збуњеност, испољава велику узнемиреност и плач. Веома је важно „...умирити дијете, загрлити га, пружити дјетету осјећај сигурности, охрабрити дијете да слободно прича о догађају, спремно одговарати дјетету на његова питања- јасно, једноставно и смирено.“ (Вујић Шислер, Вучемиловић, 2009 : 81). Ни под каквим околностима не остављати дете само на месту незгоде и нипошто не викати на дете.

1.2. Улога васпитача у превенцији незгода и пружању прве помоћи деци предшколског узраста

Поседовање основних знања из ове области, део је професионалне културе и етичких опредељења сваке особе, али и основ за организацију индивидуалног и тимског приступа решавању сложених и задесних ситуација у пракси. Прва помоћ предходи указивању медицинске помоћи, а особи која пружа прву помоћ она нуди основна решења управо у оним ситуацијама, које неприпремљена и сама на терену треба да разреши, имајући на располагању само „сопствену главу и десет прстију“.

Повреде у саобраћајним несрећама деце старије од годину дана, тровања, опекотине, утапања, гушење, јаче крварење, губитак свести, падови и неке друге ситуације захтевају брзо реаговање. „ Повређивање деце, несрећни случај и акцидент су најчешће коришћени синоними који описују неки догађај што не настаје као последица медицинске интервенције, већ је независан од воље човека, узрокован брзо дејствујућим спољним силама које се манифестују као менталне или телесне повреде“ (Erceg i sar. 2002:12).

Улога васпитача је:

- Да учини све како би се спречило да дете доспе у опасност;
- Ако се несрећа догоди, да буде спреман да одреагује правилно;
- Да научи шта су хитна стања;
- Да буде прибран;
- Да зна број службе за хитну помоћ 194;
- Да зна како да добије помоћ што брже ако је дете животно угрожено;
- Да научи шта треба да ради док помоћ не стигне;
- Да влада вештином оживљавања (реанимације).

Мере које васпитач треба да предузме да би се дете заштитило од незгода су:

- Да унапреди мере безбедности у средини где дете борави;
- Да се понаша одговорно;
- Да учи децу да буду опрезна и воде рачуна о себи;

- Да подстиче и подржава локалне акције за унапређење безбедности деце.

Постоје здравствени проблеми код деце који захтевају савет лекара и стручну помоћ али не захтевају брзо реаговање и потребу за екипом хитне медицинске службе. То су мале посекотине, лако повишена температура, дијареја или затвор, гушобоља, бол у ушима, крварење из носа, осип или мале модрице.

У тим случајевима васпитач може проблем решити сам на лицу места, ако има основна знања за пружање прве помоћи и има комплет за прву помоћ. Свакако ће обавестити родитеље и препоручити да се дете одведе лекару. За разлику од тога, васпитач ће хитно одреаговати сваки пут када се дете нађе у стању које угрожава његов живот, ако се на време не преузме одговарајућа акција. Тада васпитач мора да брзо одлучује и брзо делује док помоћ лекара не стигне.

Таква стања су:

- Губитак свести (дете не може да се пробуди ни да одговори);
- Грчење појединих делова тела или целог тела уз губитак пажње или потпуни губитак свести;
- Гушење храном, пићем или неком другом материјом;
- Пад са велике висине;
- Велике опекотине;
- Проблеми са дисањем;
- Рањавање ватреним оружијем;
- Тровање храном, пићем или неком другом материјом;
- Крварење које не престаје;
- Повреде настале у саобраћајној несрећи или на неки други начин;
- Престанак дисања и/или рада срца.

Прва помоћ се у овим случајевима састоји од брзе процене стања, отклањање узрока даљег повређивања, пружања основне прве помоћи/реанимације и транспорта до болнице.

1.3. Прва помоћ код престанка дисања и рада срца - кардиопулмонална реанимација

Престанак срчане радње или срчани застој код деце је најчешће удружен са предходним или истовременим изостанком покрета дисања. Због недостатка дисања брзо долази до поремећаја функција можданих ћелија и клиничке смрти. Тада поред одсуства циркулације и дисајних покрета долази и до губитка свести. Од изузетне важности је примена вештачког дисања и вештачка циркулација тј. оживљавање - кардиопулмонална реанимација (КПР) јер неповратне промене у централном нервном систему почињу већ у 3 до 5 минута након престанка дисања и рада срца.

Циљ оживљавања је поново успостављање рада срца и дисања. Процес кардиопулмоналне реанимације се у основи састоји од вештачког дисања и спољашње масаже срца. Поступци се изводе непрекидно, све док се не успостави правилан рад срца и спонтано дисање.

Код деце предшколског узраста треба се придржавати алгорита по редоследу DR ABC:

1. D (Danger) безбедност- безбедно приступити, утврдити да ли још постоји опасност од повреде, уклонити опасност и прићи детету.

2. R (Response) проверити стање свести тј. продрмати дете за рамена и питати: „ Да ли си добро?“, уколико дете одговори, питати: „ Шта се догодило?“. Уколико нема одговора гласно дозивати помоћ (колегиницу; пролазника; учесника у саобраћају...) наставити поступке.

3. A (Airway) отварање дисајног пута – дете ставити на чврсту подлогу и отворити дисајни пут, код повређене особе водити рачуна да глава, врат и грудни кош остану у истој равни. Отварање дисајног пута се може успоставити ако се глава забаци и брада повуче навише, у 1. години живота глава се поставља у раван положај, код старије деце глава се мало забаци уназад (Слика 1.).



Слика 1.: Забацивање главе, повлачење браде на више

Извор: <https://clinicalgate.com/emergency-airway-management-2/>

Након забацивање главе, браду једним прстом лагано померити ка горњој вилици и ту је задржати (Слика 2.).



Слика 2.: Забацивање главе, повлачење браде на више

Извор: <https://clinicalgate.com/emergency-airway-management-2/>

Дисајни пут се може отворити и подизањем доње вилице – особа која пружа помоћ клечи иза главе детета, ослоњена на лактове, користи два или три прста обе шаке да подигне вилицу док остали прсти усмеравају вилицу напред и навише, што је препоручена метода за обезбеђивање дисајног пута уколико постоји сумња на постојање повреде вратне кичме (Слика 3.).



Слика 3: *Подизање доње вилице*

Извор: <https://www.slideshare.net/kamilica/first-aid-art-srpski>

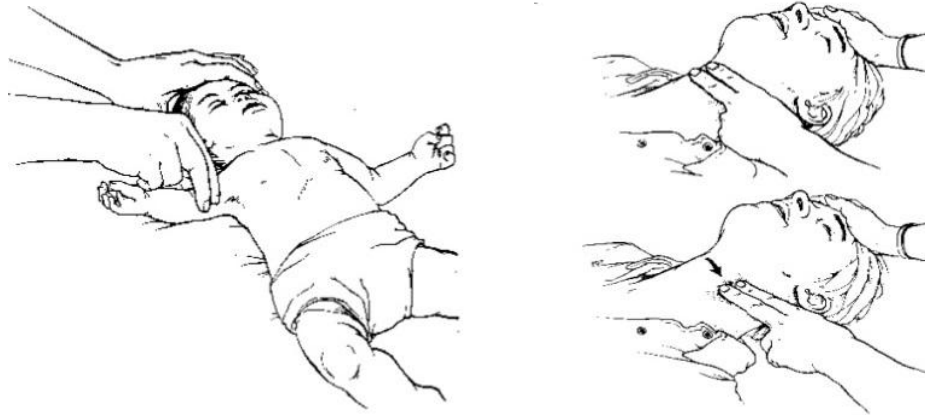
4.В (Breathing) поступак провере дисања – ставити главу изнад лица детета. ГЛЕДАЈ, да ли се виде покрети грудног коша и/или трбуха. СЛУШАЈ, да ли се чује дисање. ОСЕТИ, струјање ваздуха. Овај поступак не сме да траје дуже од 10 секунди. (Слика 4.).



Слика 4: *Провера дисања*

Извор: <https://www.pinterest.com/pin/533817362071869598>

5.C (Circulation) проверка пулса – код новорођенчади и деце у првој години живота благим притиском палца са спољне стране а средњи и кажипрст са унутрашње стране надлактице, код деце старије од годину дана над крвним судовима врата (Слика 5.). Позвати службу Хитне медицинске помоћи 194.



Слика 5: Провера пулса

Извор: <https://www.slideshare.net/anatomijapro/kpcr-u-pedijatriji>

6. Кардиопулмонална реанимација

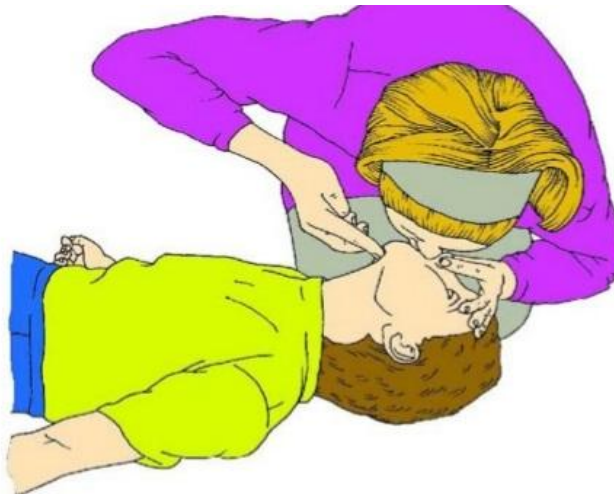
Вештачко дисање може се давати на два начина. Методом „уста на уста и нос“ код новорођенчади и одојчади, главу поставити у неутрални положај или благо забацити, ставити уста на уста и нос детета, једном руком придржавати чело а кажипрстом друге руке повлачити браду на више (Слика 6.).



Слика 6: Реанимација методом „Уста на уста и нос“

Извор: <https://www.slideshare.net/anatomijapro/kpcr-u-pedijatrij>

Методом „уста на уста“ код деце старије од годину дана, прстима једне шаке придржавати браду, а прстима друге шаке држати главу забачену, палцем и кажипрстом затворити ноздрве (Слика 7.). Удахнути ваздух дубоко и полако га издахнути у трајању од 1 секунде у уста или нос и уста детета. Поступак поновити 5 пута (код одраслих 2) и пратити подизање грудног коша детета, вештачко дисање се даје правилно уколико се грудни кош подиже.



Слика 7: Реанимација методом „Уста на уста“

Извор: <https://www.slideshare.net/anatomijapro/kpcr-u-pedijatrij>

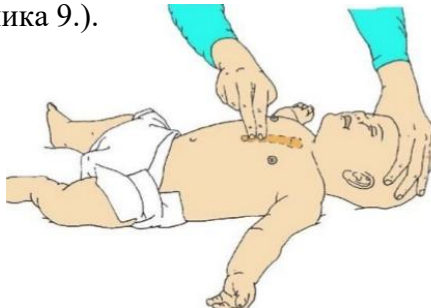
Код новорођенчади се спољашња масажа срца изводи палчевима постављеним на линију која спаја брадавице, према кичменом стубу, при чему се грудни кош обухвата шакама – када у поступку оживљавања учествују две особе, друга особа изводи вештачко дисање. (Слика 8.)



Слика 8: Спољашња масажа срца

Извор: <https://ivamilosevic5.wordpress.com/2016/11/>

Код новорођенчади и одојчади (ако реанимацију изводи једна особа) притисак се изводи са два прста – кажипрстом и средњим прстом на доњој трећини грудне кости, за ширину прста испод линије која спаја брадавице, док је друга шака постављена испод леђа детета, као код одојчади (Слика 9.).

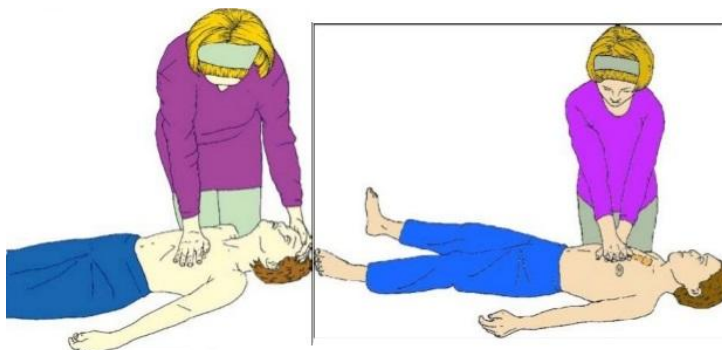


Слика 9: Спољашња масажа срца

Извор: <https://www.slideshare.net/NikolinaStojic/kpcr-u-pedijatriji-10>

Код деце старије од 1. а млађе од 8. година притисак се изводи на доњој трећини грудне кости – корен шаке се постави за ширину прста изнад где се спајају ребра са грудном кости, друга рука је на челу детета и држи главу у забаченом положају.

Код деце старије од 8. година се спољашња масажа срца обавља са кореном обе шаке које су постављене једна на другу, корен доње шаке је постављен за две ширине прста изнад места где се ребра спајају са грудном кости, исплести прсте, руке су чврсто пружене и вршити компресију коша (Слика 10) уједначеном релаксацијом у сразмери 30 притисака на грудни кош – 2 давања вештачког дисања (Слика 11). Масажа се не прекида док се не појаве знаци живота, стигне стручна медицинска помоћ или док не дође до исцрпљености реаниматора.



Слика 10: Масажа срца код деце

Извор: <https://www.slideshare.net/NikolinaStojic/kpcr-u-pedijatriji-10>



Слика 11: *Масажа срца код деце техником 30 и 2*

Извор: <https://slidetodoc.com/postupak-s-osobom-bez-svijesti-koja-ne-die/>

1.4. Прва помоћ код губитка свести – синкопа

Синкопа (несвестица, колапс) је краткотрајни и лакши облик губитка свести, који се јавља нагло и најчешће изненада. Проузрокован је због смањеног прилива крви у мозак, услед пада притиска и нивоа садржаја кисеоника у крви. Испољава се због благог поремећаја циркулације крви у мозгу који је јако осетљив и на мале промене притиска, при чему долази до смањења васкуларног тонуса и функција срца и плућа. Скоро увек се јавља када особа седи или стоји, јако ретко када лежи.

Манифестује се падом особе, који је праћен поремећајем тонуса и различитим моторним манифестацијама. Особа губи свест и постурални тонус уз млитавост. Јавља се бледило, орошеност хладним знојем, очи су отворене често уз девијацију очних јабучица на горе и проширеност зеница. Губитак свести је краткотрајна од 30 секунди до 5 минута (код старијих особа). Када особа дође у хоризонталан положај, крв се враћа у главу, мозак добија довољно крви и свест се брзо враћа.

У овом случају се не ради о болести већ конституционалној карактеристици (обично вижљасте, емотивне, премршаве особе) уз наследну склоност ка паду крвног притиска у одређеним ситуацијама: код наглог устајања из лежећег положаја, јаког бола, загушљиве просторије и високе температуре - прегревање тела, глади, интензивне физичке активности и телесне исцрпљености, наглог губитка телесне масе услед неправилних дијета, психоемоционалне трауме и нервног напрезања, страха и емоционалног стреса, губитка крви, дуготрајног стајања у месту, повреде мозга, понекад и акутних и хроничних обољења.

Несвестици су код наизглед здравих особа обично склоне младе девојке, деца и труднице. Постоје симптоми и знаци који предходе колапсу, особе склоне несвестици могу да препознају и тиме да помогну себи, да би спречиле пад и евентуалне повреде при паду – треба да легну и подигну ноге изнад нивоа главе.

Симптоми и знаци могу да се манифестују главобољом, презнојавањем, малаксалошћу, мучнином, осећајем хладноће или топлоте уз замућење вида, при чему је особа бледа и узнемирена. Када се несвестица догоди, особи треба одстранити делове одеће која стеже и раскомотити је (раскопчати горње дугме, раскопчати каиш), затим јој треба помоћи тако што ће остати у лежећем положају, при чему јој треба подићи ноге изнад нивоа главе – положај ауотрансфузије (Слика 12).



Слика 12: Ауотрансфузија

Извор: <https://slidetodoc.com/k-r-v-n-i-s-t-e>

1.5. Прва помоћ код фебрилних конвулзија

Фебрилне конвулзије су најчешће проузроковане високом температуром код деце, мада могу да се јаве и у току пораста температуре или врло ретко пред скок саме температуре. Представљају краткотрајно стање губитка свести које је праћено грчењем целог тела.

Најчешће се јављају на узрасту од 6 месеци до 6 година, после тога се ово стање „прераста“. Изглед детета у току фебрилне конвулзије је „чудно“, са фиксираним погледом, одсутно је и се са дететом се не може успоставити контакт, дисање је отежано, може се јавити и тамнија пребојеност коже. Овакво стање најчешће не траје дуже од 1 минут. У оваквој ситуацији потребно је дете окренути на страну, тиме се спречава доспевање секрета у дисајне путеве, затим позвати службу Хитне медицинске помоћи 194.

Непотребне су додатне мере типа стављање шпатуле у уста или вршење притиска на екстремитете који се грче јер може бити веома опасно по дете. Уколико се фебрилне конвулзије понове више пута код једног детета, лекар ће преписати одређене мере превенције и опреза којих се требају придржавати одрасли у окружењу детета.

Конвулзије се не могу предвидети али код деце склоне фебрилним конвулзијама потребно је бити предострожан, у случају пораста температуре применити мере превенције – спуштање температуре хлађењем (туширање хладном водом, хладне облоге) и терапијом коју је преписао лекар. Свега 3 до 5% деце добијају фебрилне конвулзије (Слика 13).



Слика 13: Дете окренуто на страну

Извор: <https://hitnaks.ba/savjeti/konvulzije/>

1.6. Прва помоћ код гушења

Отежано дисање код деце представља озбиљно стање и мора се посветити изузетна пажња. Гушење настаје када страног тела доспе у дисајне путеве и тада настаје веома драматична слика - дисање нагло постаје отежано, дете кашље, лице и врат се зацрвени, бори се за ваздух, гуши се.

Углавном се догађа при узимању хране и течности, јер дете може да се засмеје, прича, потрчи па залогај или гутљај уместо у дигестивни тракт, доспе у дисајне путеве. Већина страних тела (бомбона, играчка, коштица воћа) се обично заустави на уласку у дисајне путеве у гркљану или почетку душника, док мања страна тела могу да доспеју дубље, све до плућа.

Симптоми гушења зависе од природе страног тела и места где се зауставио у дисајним путевима. Све док дете кашље и дише не налази се у животној опасности. У том случају треба га охрабрити и бодрити да што јаче кашље и накашљава се јер управо кашаљ представља најбољи начин за укањање страног тела из горњих дисајних путева. Уколико кашаљ постепено слаби, дете тешко и напорно дише уз чујно шиштање, лице детету помодри и губи свест, онда то значи да је страног тела запушило дисајне путеве, да је детету живот угрожен и да су потребне мере прве помоћи.

Примењују се две технике за избацивање страног тела - „Хајмлихов захват“ и ударци по леђима, односно притисци на грудни кош. Ударци по леђима и притисци на грудни кош могу се извести на више начина, у зависности од узраста детета. Код малог детета овај захват се изводи на столици.

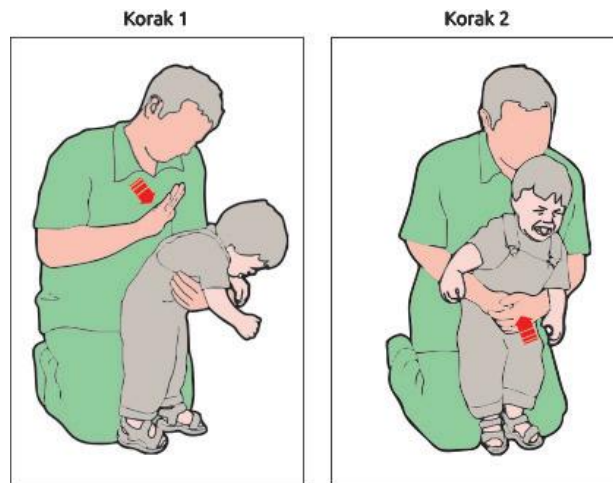
Дете поставити на колена, лицем према поду док је глава ниже у односу на остале делове тела. Кореном шаке снажно ударити дете 5 пута у предео између лопатица (Слика 14).



Слика 14: *Прва помоћ код гушења*

Извор: https://v-scout.org.rs/wp-content/uploads/biblioteka/Principi_Prve_Pomoci.pdf

Код старијег детета захват се изводи у стојећем ставу. Подстаћи дете да се закашље из све снаге. Ставити га према напред и 5 пута снажно ударити кореном шаке између лопатица. После тога обухватити грудни кош обема рукама, шаке поставити на доњи део грудне кости и притиснути на грудну кост до 5 пута. (Слика 15).



Слика 15: *Прва помоћ код гушења*

Извор: <https://www.halobeba.rs/bezbednost/najcesce-povrede-u-kuci-i-na-igralistu/#gusenje>

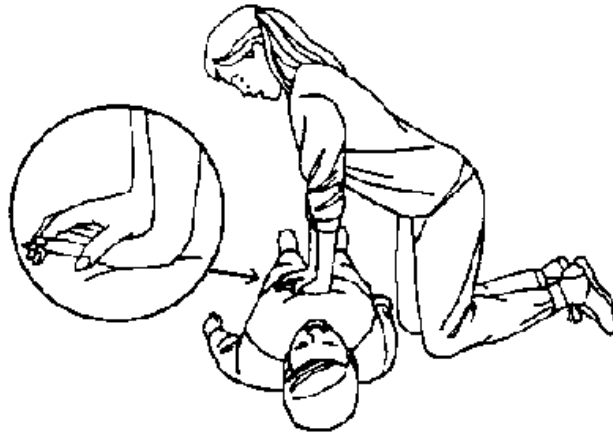
Хајмлихов захват се примењује код деце старије од годину дана. Технике извођења разликују се у зависности од положаја детета. Ако дете седи или стоји, треба му прићи са леђа и обема рукама обухватити грудни кош испод пазуха. Једну руку стиснути у песницу и ставити мало изнад пупка на средину стомака, другом руком обухватити стиснуту песницу. Затим 5 пута узастопно притиснути ка унутра и нагоре али водити рачуна да се не врши притисак на врх грудне кости и доњу ивицу ребра (Слика 16).



Слика 16: Хајмлихов захват

Извор: <http://www.hranazabebe.com/opasnost-od-gusenja/>

Ако дете лежи и без свести је, Хајмлихов захват извести тако што дете треба сместити да лежи на леђима са исправљеном главом, лице на горе. Опкорачити детету ноге, корен једне шаке ставити на средину дететовог стомака - изнад пупка ниже од грудне кости, другу шаку ставити преко прве и 5 пута узастопно притиснути нагоре. (Слика 17) Ако после ових поступака страна тело постане видљиво, уклонити га и наставити са вештачким дисањем.



Слика 17: Хајмлихов захват

Извор: <http://drfabiola.blogspot.com/2013/10/>

Уколико вештачко дисање не доводи до подизања грудног коша потребно је поновити поступак за избацавање страног тела. Никако се страно тело не сме извлачити уколико није видљиво, јер постоји опасност да се гурне још дубље у душник детета и тиме још више погорша његово стање. Хитна медицинска помоћ 194 позива се 1 до 2 минуте од почетка оживљавања.

1.7. Прва помоћ код повреда главе - потрес мозга

Најчешће повреде главе су последице падова слабијег интензитета, пролазе без компликација или евентуално појавом чворуге. Повреда главе приликом јачег ударца може ипак да се манифестује и „замрачењем“ пред очима детета или краткотрајним губитком свести (неколико секунди). Свест се брзо враћа, дете се догађаја неће сећати и ако овај губитак свести прати главобољу, мучнину, повраћање, вртоглавицу, поспаност и сметње вида, ради се о претрпљеном потресу мозга (нарушавање функције мозга без повређивања његове структуре).

У овом случају дете ставити да мирује у лежећи положај и позвати службу Хитне медицинске помоћи 194. Дете се може жалити на зујање у ушима, бити исцрпљено, успорено говорити, склањати се од извора светлости али сви покрети тела остају под његовом вољном контролом. Неопходно је да дете буде хоспитализовано и праћено од стране лекара (уз буђење на свака 2 до 3 сата ради процене свести).

Најчешће ови симптоми настају после 24 часа али се може десити да умор, главобоља и губитак концентрације потрају дуже и да дете треба да мирује. Јачи ударац у главу и потрес мозга код деце најчешће пролази без компликација и не оставља трајне последице, али се ипак мора схатити као озбиљна повреда и захтева посебну пажњу.

1.8. Прва помоћ код повреда и пригњечења мозга

Повреде мозга могу бити директне – потрес мозга или пригњечење контузија и могу бити индиректне, најчешће када се формира због насталог крварења угрушак крви, који врши притисак на мозак. Повреда мозга представља повреду структуре мозга услед деловања неке силе, док је пригњечење мозга узроковано због присутних комадића костију лобање, страног тела или због угрушака крви из повређеног крвног суда.

Повреде могу да се локализују на једном или више места. У зависности од дела мозга општи симптоми за повреде главе и мозга могу бити сталне главобоље, успорене реакције, омамљеност, вртоглавица, мучнина и повраћање, одузимање екстремитета, зујање у ушима, дезоријентисаност, психичка исцрпљеност и конвулзије.

У локалне симптоме спадају парализа мишића лица, дрхтање очију, затегнутост мишића потиљка – забаченост главе, чујно испрекидано дисање, успорен пулс и пораст телесне температуре, губитак свести, различите величине зеница, истицање крви из ушију или носа, кржаве очне јабучице, грчење скелетних мишића. У најтежим случајевима долази до потпуног бесвесног стања тј. коме.

Пружање прве помоћи при повреди или пригњечењу мозга састоји се од строгог мировања у лежећем положају без покретања главе (учвршћивањем имобилизацијом) и позива се служба Хитне медицинске помоћи 194. (Слика 18).



Слика 18: *Имобилизација – фиксирање главе*

Извор: <https://www.emsworld.com/article/1222437/stop-holding-still-its-ok-reduce-pediatric-immobilization>

Стављати хладне облоге на повређено место. Никако не извлачити страну тело уколико постоји у рани. У случају истицања крви или повраћања повређеног окренути у бочни кома положај. Док стручна помоћ не стигне стално контролисати дисање, посебно ако је повређени без свести. Код опасности за живот започети мере оживљавања.

Епидурални хематом, патолошко накупљање крви у простору између коштаног ткива лобање и тврде мождане опне јавља се код 2% повреда главе, те на овакве последице треба увек посумљати, уколико је дете претрпело било какву повреду главе, па и најблажу. Овакви случајеви захтевају обавезну хоспитализацију.

1.9. Прва помоћ код епилепсије

Епилепсија представља неуролошку хроничну болест, код које долази до непредвидивих и поновљених епизода прекида нормалне функције мозга, манифестује се епилептичним нападом. Узроци могу бити симптоматски (запаљенски процеси на мозгу, тумори, неправилност крвних судова) и идиопатски (непознат узрок).

Епилептичан напад може проузроковати и премор, неиспаваност, вибрирајућа светлост или у случају већ утврђене епилепсије неузимање терапије. Може се појавити на било којем дечијем узрасту али се најчешће манифестује у прве три године живота или у пубертету.

Епилептични напад може да се манифестује у различитим формама зато је потребно умети препознати га. Може се испољити тако да је дете у једном тренутку краткотрајно неконтактибилно, одсутног погледа са честим трептањем, може да забаци главу при чему се зауставља активност коју спроводи, постоји утисак да прави покрете гутања (мали напад). Дете несметано наставља започету активност након престанка напада. Велики епилептични напад се манифестује у неколико фаза. Прво се јављају предзнаци да ће доћи до напада, може бити (главобоља, нервоза, узнемиреност, осећај врућине, осећај непријатног мириса, непријатан осећај у стомаку).

Од велике је важности препознати ове знакове у овој фази и дете сместити на удобно место, да се не би повредило током предстојећег напада. Затим наступа фаза самог напада, која траје до неколико минута, прво наступа кочење тела коју прати цијаноза коже, притисак је повећан и пулс убрзан, траје од 10 до 30 секунди, затим следи трзање руку, ногу и целог тела, траје од 1 до 3 минута, уз веома узнемирујућу слику, деца пада и уз гласан крик губи свест, почиње да се кочи а затим да тресе ногама и рукама, може се појавити појачана силвација, пена или крвава пена на устима (ако се дете током напада угризе за језик), може се унередити и умокрити.

У завршној фази великог епилептичног напада долази до постепеног смањења грчења, мишићи се опуштају и дете пада у дубоки сан. Постепено сан постаје површнији, детету се враћа свест и не присећа се ничега. Ретко може бити агресивно или узнемирено. Важно је остати миран и прибран, како за време тако и после напада које је дете доживело, бити стрпљив и сачекати да се напад потпуно заврши. Потребно је сачекати да се потпуно детету поврати свест, како би комуницирали са њим и умирили га. Тек тада му се може понудити вод или лекови.

Поступак у пружању прве помоћи у случају великог епилептичног напада састоји се од: окретања детета на бок, окретање дететове главе на страну, уклањање предмета од којих би се оно могло повредити и раскопчавање одеће која га стеже. Тада позвати службу Хитне медицинске помоћи 194. Никако насилно не отворати вилицу детета, не извлачити детету језик, не притискати и не држати чврсто дете, не прскати га и не поливати га водом.

Након напада детету је потребан одмор, никако га не остављати самог до доласка Хитне медицинске помоћи. Уколико је познато да дете има епилептичне нападе, лекар ће преписати одговарајућу терапију и ректиоле за смирење, које се одмах пласирају у ректум детета. Поступак пласирања ректиоле треба да знају сви одрасли из дететовог окружења, склоног нападима. Дете са епилепсијом може без икаквих потешкоћа да се укључи у свакодневне животне активности уз одговарајућу редовну терапију и надзор упућеног одраслог.

1.10. Прва помоћ код крварења и епистаксе

Истицање крви из повређеног органа представља крварење. У зависности од врсте повређеног крвног суда крварење може бити венско (крв је тамноцрвене боје и истиче лагано и равномерно), артеријско (крв је светлоцрвене боје, шикља у млазу у складу са срчаним контракцијама), мешовито (у случају повреде артерије и вене) и капиларно (крв у капљицама натапа рањено ткиво и брзо стаје).

Крварење може бити спољашње (услед повреде крвних судова са изласком крви на површину коже), унутрашње са изласком крви на телесне шупљине (код крварења на једњаку, желуцу или дванаестопалачном цреву повређени повраћа црну крв или тамно црвену и столица је црна, код крварења у плућима повређени искашљава светлу пенушаву

крв, код крварења у цревима столица је црна док се код крварења у завршним деловима црева јавља црвена крвава столица, код крварења у бешици или бубрегу мокраћа је црвена) и унутрашње без изласка на телесне шупљине (крварење у грудни кош пропраћено отежаним дисањем, крварење у трбушну шупљину, мишиће или при прелому великих костију, када коштани уломци повреде крвне судове).

Спољашње крварење је видљиво, лако га је утврдити али је тешко одредити тачну количину изгубљене крви. Унутрашње крварење је скривено од погледа, може дуже време да остане непримећено, може бити лагано са видљивим знацима тек након више сати. Зато приликом сваког јачег екстерног ударца у труп треба сумњати на могућност унутрашњих повреда са крварењем, без обзира што се повређени осећа добро.

Први симптоми искрварења повређени ће осећати у виду вртоглавице, зујања у ушима, опште слабости и варничења пред очима. У тежим случајевима може да се развије хеморагијски шок са знацима хладне и лепљиве коже, бледило, пулс и површинско дисање које је учестало, мучнина, сужење свести.

Унутрашње крварење се не може зауставити мерама прве помоћи, повређеног је потребно сместити у положај аутотрансфузије, покрити и позвати службу Хитне медицинске помоћи 194. Не давати храну или течност до доласка лекара. Код спољашњег крварења опасније је артеријско крварење јер када крв истиче из великог крвног суда, под притиском артерије, крв не успева да се згруша. То доводи до брзог губитка велике количине крви, животно најважнији органи остају без кисеоника и може брзо да наступи смрт.

Прва помоћ у оваквим случајевима се састоји од неодложног заустављања крварења. Привремени начини заустављања крварења су: код артеријског крварења притиском прстију изнад повреде а код венског испод повреде (Слика 19.) и постављање завоја преко ране ставити комад чисте газе, снажно притиснути и умотати преко тог завоја. Уколико је екстремитет хладан или помодри потребно је завој поправити и попустити. Забрањено је на рану било шта стављати или је испирати, нити треба вадити било какав предмет из ње.

Крварење из носа, епистакса, на дечијем узрасту је врло честа, јер су крвни судови у носу осетљиви и слабо заштићени од спољних фактора. Према јачини крварења деле се на интензивно и слабо.



Слике 19.: *Заустављање крварења притиском прстима*

Извор: <https://hr.puntomarinerо.com/bleeding-stop-all-effective-methods/>

Епистакса слабог интензитета се брзо и без интервенције зауставља, док интензивно и обилно крварење спада у ургентно стање и захтева хитну интервенцију и хоспитализацију. Дете код губитка мале количине крви је уплашено и орошено знојем али су витални знаци у нормали. Код благог крварења из носа, прва помоћ се састоји од поступка притиска на нос, дете треба да седи дубоко нагнуте главе ка доле и дише на уста (Слика 20.). Ставити хладан облог на потиљак.



Слике 20.: *Заустављање крварења код епистаксе*

Извор: <https://hr.puntomarinerо.com/bleeding-stop-all-effective-methods/>

Знаци искрварења јављају се код губитка велике количине крви а може настати и акутни хеморагијски шок. Уколико крварење траје дуже од 10 минута или се јави акутни хеморагијски шок, позвати службу Хитне медицинске помоћи.

1. 11. Прва помоћ код ишчешења и прелома

Код ишчешења јавља се повреда у виду изласка зглобне главе из зглобне чашице. Зглоб је болан, изобличен а екстремитет у необичном положају. У покушају померања јавља се интензиван отпор и бол. Најчешће се код деце манифестује ишчешење у раменом зглобу. Прва помоћ се састоји у имобилизацији зглоба у положају у ком је затечен а затим позвати службу Хитне медицинске помоћи 194.

Под имобилизацијом се подразумева примена одговарајућих мера уз употребу имобилизационих средства да би се повређени део тела за одређено време поставио у принудни положај мировања. Никако не треба покушавати да се намести ишчешени зглоб пре имобилизације.

Повређени екстремитет се обавезно имобилише у физиолошком положају (раме под углом од 90 степени, лакат под углом оштријим од 90 степени, смотуљак у шаку, колено полусавијено, стопало под углом од 90 степени у односу на подколеницу) или у затеченом положају ако је у питању ишчешење и зглобни прелом уз присуство интензивног бола.

Преломи костију разликују се по врсти прелома, затворени прелом (без повреде коже) и отворени прелом (на месту прелома постоји рана). (Слика 21.)



Слика 21.: Врсте прелома костију

Извор:

<https://www.dzgradiska.com/2017/07/11/prelomi-i-imbilizacija/>

У случају прелома јавља се бол, немогућност покретања екстремитета, оток (не мора бити увек присутан), деформитет екстеремитета (не мора бити присутан али у случају да јесте, то је сигуран знак прелома). Уколико постоји и најмања могућност прелома, поступа се као да прелом постоји. Померање повређеног је забрањено уколико преломи нису имобилисани. Прва помоћ код прелома пре позивања Хитне медицинске помоћи 194 јесте имобилизација прелома екстремитета (Слика 22., 23., 24.).

Уколико постоји отворен прелом, рану треба прекрити стерилном газом. Кости се не смеју намештати, већ се имобилишу у затеченом положају. Потребно је да повређено дете строго мирује. Приликом имобилизације прелома потребно је придржавати се „правила двојке“ (два лица пружају прву помоћ), имобилишу се два суседна зглоба, имобилизационо средство се причвршћава на два места (изнад и испод прелома). Потребно је користити приручна средства до доласка стручне помоћи.



Слике 22., 23., 24.: Имобилизација екстремитета приручним средствима

Извор: <https://theyguide.blogspot.com/2017/12/fracture-first-aid-steps.html>

1.12. Прва помоћ при паду са велике висине – могућност повреде кичме

Сваки пад код детета са велике висине треба предпоставити постојање могућности да је дете тешко повређено и да постоји повреда кичме. Уколико дете не може да се помери или се јако тешко помера су знаци који указују на повреду кичме. Дете је свесно али уплашено. Присутна је бол у леђима у току мировања и при покретима, постоји могућност видљивог отока и деформитета, отежене покретљивост врата, осећај боцкања и утрнулост или парализа. (Слика 25.).

Код пружања прве помоћи у овом случају потребно је проценити безбедност места несреће и уколико је потребно преношење детета на безбедно место. Дете премешта више људи уколико је на опасном месту. Позвати службу Хитне медицинске помоћи 194 и омогућити да дете строго мирује у непромењеном положају.

Дете покрити и умиривати га благим разговором док стручна помоћ не стигне. Дете никако не померати уколико није на опасном месту.



Слика 26: Прва помоћ у случају сумње на повреду или повреду кичме

Извор: <https://health.howstuffworks.com/medicine/first-aid/first-aid5.htm>

1.13. Прва помоћ код страног тела у оку

Деца предшколских година могу врло неопрезно руковати ситним и потенцијално оштрим предметима и због тога страног тело може dospети у мекано ткиво, тј. у око, ухо, нос или дисајне путеве.

Страног тело у оку код детета проузрокује оштар бол, неугодност или притисак у оку, црвенило, замагљен вид, осетљивост на светло, пецкање у очима или иритација, сузне очи и крварење у оку.

Уколико постоји неки од ових симптома, дете не треба да трља очи. Обично може бити зрнце песка, каменчић, прашина, инсект и сл. На рожњачи се може видети сива или црна тачка. Површина ока је врло осетљива. Зато комадић стакла или метала могу лако да се заглаве унутар рожњаче, након чега се јавља моментални бол. Уколико се одмах не реагује јавља се запаљење, могућа је и озбиљна инфекција која може да изазове трајно оштећење вида. Зато је потребно позвати Хитну медицинску помоћ 194, ставити дете у полу лежећи положај, спречити дете да трља око и лабаво ставити газу око ока.

Стакло или метал могу пробити око и таква повреда сматра се хитним случајем, уколико се таква повреда догоди васпитач позива Хитну медицинску помоћ 194.

Страног тело у оку. (Слика 27.)



Слика 27: Страног тело у оку

Извор: <http://www.dzzabalj.rs/index.php/kutak-za-pacijente/zdravstveni-saveti/saveti-oftalmologa/26-strano-telo-u-ok>

1.14. Прва помоћ код страног тела у уху

Присуство страног тела у уху представља најчешће ургентно стање у медицини. Најчешће се јавља код мале деце која обично стављају зрна грашка, металне куглице, делове играчака, семенке сунцокрета или мањих делова из непосредне околине. Иако већина случајева није озбиљног карактера, страног тела би требало отклонити што пре могуће уз минималну манипулацију ради превенције даљих повреда будући на изражену сензитивност ушног канала.

Страног тела из уха уклања лекар. Симптоми који указују на присуство страног тела у уху зависе од његове величине, облика и типа. Предмет може бити непримећен уз присуство инфективног процеса. Остали симптоми могу укључивати иритацију, свраб, грозницу, ослабљен слух, бол, главобољу, вртоглавицу, непријатан мирис и крварење (у случају да је страног тело оштаро или инфицирано).

У ухо детета може dospети и живо страног тело односно инсекти. Иако највећи број случајева није животно угрожавајућа, неопходна је неодложна Хитна медицинска помоћ. Прва помоћ се састоји да особу умиримо, нагнемо главу у страну како би се страног тело евентуално евакуисало. Уколико је живо страног тело у уху главу окренути тако да ухо са инсектом буде на горе. Избегавати самостално уклањање страног тела помоћу руку или других инструмената. Дете одвести код лекара специјалисте. (Слика 28.).



Слика 28.: Прва помоћ код страног тела у уху

Извор: <http://neosano.mx/consejos-pediatrica/bebes-con-problemas-de-oido/>

1.15. Прва помоћ код страног тела у носу

Страно тело у носу је најчешћи проблем код деце. Деца стављају разне предмете у нос на пример точкиће од аутомобила, коцкице, перле, зрно грашка, делове метала или стакла. Детету тада треба што пре указати прву помоћ, јер се сваким удисајем повећава ризик да страно тело уђе у гркљан а затим у плућа.

Симптоми присуства страног тела у носу су запушен нос и мањи проблеми са дисањем, уколико је страно тело оштро, оштећује слузницу и долази до крварења. Уколико је страно тело дуго у носу јавља се цевенило, непријатан мирис, бол, оток и крвави исцедак. Никада не покушавати да се страно тело извади из носа јер може да склизне у душник и тако довести до гушења. Потребно је стимулисати дете да дише на уста и одмах га одвести код лекара.

1.16. Прва помоћ код убода инсеката

Често у пролеће и лето, током боравка у дворишту вртића или у шетњи, деци прети опасност од убода разних инсеката. Ујед инсекта су локалне реакције коже на токсине тј. отрове који су убризгани од стране различитих инсеката. Врло су чести а неке особе су осетљивије од других. Инсекти угризу једном или два пута, због чега остану мале тачке на кожи које сврбе неколико дана. Понекад прерасту у плихове, нарочито на ногама. Већина уједа догоди се на откривеним местима где инсекти могу доћи до коже. Главни симптом уједа је свраб. Хлађење места уједа, мокром хладном газом може помоћи.

Убод комарца је најбезазленији али врло неугодан, најбоље га је спречити. Заштита од комараца и других инсеката је одећа дугих рукава и ногавица, памучна и светлих боја, треба избегавати отворену обућу.

На место убода осе или пчеле настаје отеклина и код деце изазива свраб. Важно је што пре уклонити жаоку, без стискања. Појединачан убод за здраво дете није опасан, проблем може да се јави при масовним убодима пчела или оса. Тада настаје интоксикација. Симптоми који се јављају су главобоља, изнемоглост и повишена температура. Да би се ублажио осећај свраба и да би се смањила отеченост на место убода ставља се лед или

хладан облог. Уколико се код детета појаве симптоми интоксикације, дете се хитно води у здравствену установу. (Слика 29.).

Слика 29.: Убод осе

Извор: <http://magazinplus.eu/ubod-pcele-lijeci-artritis-i-karcinom/>



Сваки убод може изазвати алергијску реакцију, која почиње на месту контакта организма са узрочником - алергеном. Може да се развија као осип и црвенило са уртикаријама, по целом телу које сврбе. Лице и мека ткива отичу, дисање је отежано. Могуће је повраћање, грчеви у стомаку, дијареја. Особа постаје узнемирена, осећа да тоне, крвни притисак почиње да пада, колабира и губи свест. Симптоми могу да се јављају након 5-15 минута од контакта са алергеном али и након 2 сата.

Код анафилаксије се мора ургентно реаговати јер се респираторне тегобе и шок развијају веома брзо. Уколико се код детета примећује поремећај свести, нестабилност и пад притиска, потребно је уклонити алергене, поставити дете у лежећи положај, подићи му доње екстремитете изнад нивоа главе како би се побољшало враћање крви у срце. Након тога окренути главу на страну и позвати Хитну медицинску помоћ 194. (Слика 30.).



Слика 30.: Анафилактична реакција детета

Извор: <https://www.telegram.hr/zivot/otkriveno-je-da-djeca-nakon-jake-alergijske-reakcije-mogu-imati-jos-jedan-neocekivani-napadaj/#>

Убод крпеља (Слика 31.), може да се догоди при игри и активностима деце у природном окружењу, дворишту, шетњи, парку или шуми. Крпељ је ситан паразит који живи у бујном зеленилу и трави. Овај паразит храни се крвљу па се често дешава да порасте када се забоду у кожу. Када је заражен бактеријом која је узрочник Лајмске болести или вирусом крпељског енцефалитуса, ове микроорганизме може пренети на дете.

Убод крпеља је безболан и на месту нема свраба, те је по повратку из природе потребно детаљно прегледати тело и космати део главе, како би се крпељ уочио. Неопходно је прегледати гардеробу у којој се боравило у природи. Симптома условно нема, осим што се крпељ уочава на кожи.

Када уочите крпеља на кожи детета неопходно је да дете одведете код лекара који ће специјалном стерилном пинцетом уклонити крпеља. Крпеља треба извадити што пре, у току првих 24 часа од убода, како би се смањила вероватноћа преношења инфекције.

Не треба стављати никаква хемијска средства попут ацетона, сирћета, бензина, лака за нокте и слично. Ова средства изазваће повраћање цревног садржаја крпеља, могућност заразе је онда већа јер се у цревном садржају налази бактерија која изазива Лајмску болест.

Уколико убод крпеља зараженог бактеријом изазове инфекцију, тако да је кожа окружена црвеним неправилним кругом, који је у својој унутрашњости мало црвен или

црвенило прстенастог типа које подсећа на мету, потребно је што пре јавити се лекару специјалисти за инфективне болести.

Ране стадијуме Лајмске болести могу пратити и додатни симптоми, осим црвенила, може се јави малаксалост, болови у зглобовима и мишићима, повишена температура, губитак апетита, увећање лимфних чворова главобоља.

Најбољи вид превенције од крпеља

- Избегавати боравак у природи са пуно растиња
- Нанети на кожу средство које стречава инфекције које настају убодима инсеката
- Носити светлу одећу која прекрива удове и панталоне увучене у чарап

Слика 31.: Слика уједа крпеља

Извор: <http://zhm-mz.hr/kako-postupiti-kod-ugriza-krpelja/>



1.17. Прва помоћ код сунчанице и топлотног удара

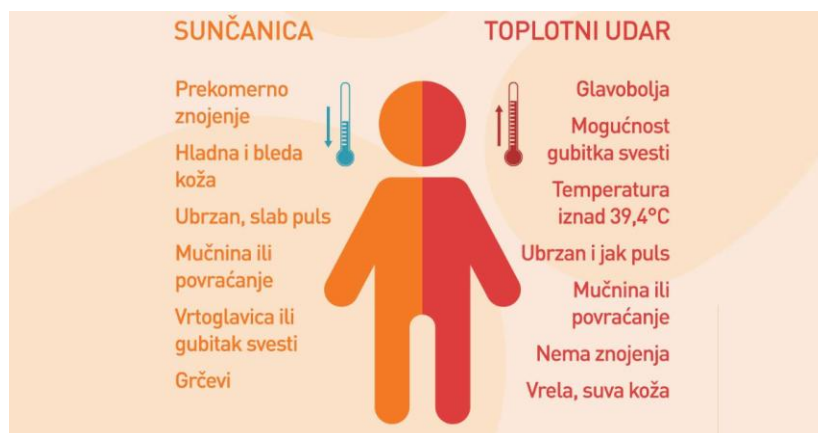
Дуже излагање главе сунцу доводи до сунчанице, посебно када је потиљак директно на високој температури и под утицајем сунчеве топлоте. Наше тело се хлади радом кардиоваскуларног система и знојењем. Како би ефикасније било знојење за време великих врућина кроз кожу протиче знатно већа количина крви која хлади тело и тако штити своје најважније органе, посебно мозак. Ако несмотрено излажемо главу утицају сунца, температура у глави се знатно повећава.

Тело настоји да расхлади мозак тако што упућује у главу што више хладне крви. Тиме долази до ширења крвних судова мозга и до наглог повећања његове запремине. То утиче на појаву симптома који су слични потресу мозга.

Симптоми који могу да се јаве су: јака главобоља, сува кожа, стално повећање телесне температуре, вртоглавица, немир, поспаност, повраћање, убрзан пулс, поремећај вида, зујање у ушима, дисање плитко и убрзано, па и несвестица. Озбиљнији случајеви сунчанице могу се завршити са несвестицом па и коматозним стањем.

Прва помоћ код сунчанице састоји се да дете ставимо у хладовину или у расхлађену и затамљену просторију, дете треба раскомотити. Важно је расхлађивање вршити постепено, лаганим поливањем водом или стављањем хладних облога са ледом на потиљак или главу све док се температура не врати у нормалу.

Потребно је стално контролисати телесну температуру и давати хладне напитке. У тежим случајевима губитка свести, појаве конфузије и поспаности потребно је што пре позвати Хитну медицинску помоћ 194. (Слика 32.).



Слика 32: Симптоми сунчанице и тоplotног удара

Извор: <https://bebac.com/vesti/suncanica-i-toplotni-udar-imaju-razlicite-simptome-procitajte-koje?tema=zdrav-zivot>

1.18. Прва помоћ код тоplotног удара

Топлотни удар сличан је сунчаници и не мора настати као последица директног излагања сунцу. Настаје као резултат наглог, прекомерног повећања телесне температуре и немогућност организма да одржи температуру у нормалним границама. Обично се јавља

када је повећана влажност ваздуха у време летњих спарина, јер је у таквим условима отежано знојење.

У таквим условима стално расте температура тела и достиже до 40. Целзијуса. Овако висока температура доводи до дисфункције централног нервног система који резултује конвулзије, делиријум па и кому. Уколико стање потраје може доћи до трајних оштећења и неуролошких поремећаја. Организам се у оваквој ситуацији брани системском реакцијом и може проузроковати стање шока.

Симптоми који могу да се јаве су: малаксалост, вртоглавица, грчеви, жеђ, слабост, престанак знојења, зујање у ушима, јака главобоља, пулсирање у грудима, кожа је црвена и сува, пулс је јако убрзан и слаб. Топлотни удар настаје без најаве и нагло, изненадним падом крвног притиска и колапсом. Ово је тежак акутни поремећај који настаје због престанка тремолегулације организма.

У случају топлотног удара као и код сунчанице мора се интервенисати брзо и одмах почети са расхлађивањем. Дете треба склонити у хладовину, скинути му одећу и обилно га расхлађивати хладном водом . Обавезно одмах позвати службу Хитне медицинске помоћи 194. За време топлотног удара тело губи способност терморегулације тако да се може прегрејати али и расхладити, због тога је неопходно стално мерити температуру и сходно томе унесређеног хладити или утопљавати. Важно је надокнадити изгубљену течност.

На високе температуре посебно су осетљива деца, зато их не треба утопљавати и треба им давати што више течности да пију. Деца не би требала да се излажу сунцу између 10 и 18 часова, али уколико дете у том периоду борави напољу, потребно је главу заштити шеширом или качкетом.

1.19. Зидни ормарић за пружање прве помоћи у вртићу

Дечији вртић у свом простору обавезно мора имати ормарић прве помоћи са свим потребним садржајем и опремом за пружање прве помоћи. Мора да буде смештен на доступном месту, да је приступ познат и омогућен сваком запосленом. На спољашњој страни ормарића мора да се налази знак црвеног крста. (Слика 33.).



Слика 33.: Зидни ормарић за прву помоћ

Извор: <https://htzopremasrbija.co.rs/proizvod/ormaric-za-pruzanje-prve-pomoci-tip-ts4-metalni-sa-punjenjem/>

Садржај ормарића може да се држи закључан, али је послодавац дужан да све запослене упозна где се налази кључ и резервни кључ од ормарића за пружање прве помоћи. Кључ мора бити доступан у сваком тренутку. Зидни ормарић је изван дохвата деце, на месту заштићеном од топлоте и влаге.

Потребно је редовно проверавати средства и опрему за пружање прве помоћи, застарели материјал и прибор заменити јер имају ограничени рок трајања. За пружање прве помоћи морају бити оспособљени руководиоци и најмање 2% од укупног броја извршилаца у радној смени. Послодавац је дужан да запослене упозна који запослени су оспособљени и одређени за пружање прве помоћи (Члан 5 и 6).

Средства и опрема за пружање прве помоћи морају да буду доступна и да се налазе на свим местима где услови за рад то захтевају и обележена у складу са прописима. Послодавац је дужан да обезбеди зидни ормарић или преносиву торбу за пружање прве помоћи у радним просторијама или просторима намењеним за рад на отвореном.

У зидном ормарићу или преносивој торби за пружање прве помоћи морају да се налазе само средства и опрема која су намењена за то (Члан 8), поред опреме и средства потребно је да се налази и Упуство и поступци за пружања прве помоћи (Прилог 1 из истог правилника) а исти морају бити на видном и лако уочљивом месту, истакнути у просторијама послодавца.

Садржај зидног ормарића или преносиве торбе за пружање прве помоћи:

1. стерилна компреса од газе - појединачно паковање 10x10цм (5 ком.);
2. стерилна газа по 1 м - појединачно паковање 80x100 цм (5 ком.);
3. стерилна газа по ½ м – појединачно паковање 80x50 цм (5 ком.);
4. стерилна газа по ¼ м – појединачно паковање 80x25 цм (5 ком.);
5. калико завој 10 цм x 5 м (5 ком.);
6. калико завој 8 цм x 5 м (5 ком.);
7. лепљиви фластер на катуру 2,5 цм x 5 м (2 ком.);
8. лепљиви фластер са јастучићем (1 кутија);
9. троугла марама величине 10x100x140 цм (5 ком.);
10. игла сигурница (5 ком.);
11. маказе са заобљеним врхом (1 ком.);
12. рукавице за једнократну употребу, пар (5 ком.);
13. памучна вата, 100 г (2 ком.);
14. нејодно антисептичко средство за кожу, 100 мл (1 ком);
15. спецификација садржаја (1 ком.);
16. упуство за пружање прве помоћи (1 ком.).

На зидном ормарићу мора да буде означена:

- број телефона и адреса најближе службе хитне помоћи и здравствене установе;
- број телефона и адреса здравствене установе која пружа специфичне услуге за поједине повреде (нпр. Центар за опекотине, Центар за тровања...);
- бројеви телефона најближе ватрогасне службе и полицијске станице;
- бројеви телефона и имена запослених оспособљених и одређених за пружање прве помоћи.

1.20. Комуникација са службом Хитне медицинске помоћи 194

Правилно вођен процес комуникације је изузетно важан због тога што мора да садржати прецизне и сажете податке о повређеном. У случају де је повређеном детету живот угрожен обавезно се позива служба Хитне медицинске помоћи 194. Приликом комуникације са службом Хитне медицинске помоћи, васпитач треба да се придржава правила шеме и редоследа питања и одговора:

- „Шта се догодило?“ Догађај описати кратко;
- „Где се догодило?“ Тачно место и адреса догађаја;
- „Ко је повређен?“ Дете или број повређене деце, узраст, пол;
- „У каквом је стању дете?“ Утврђена повреда, сумња да повреда постоји, симптоми, стање виталних функција;
- „Ко пријављује несрећни случај?“ Презиме и име, број телефона.

Битна је и значајна кординисана комуникација између диспечера службе Хитне медицинске помоћи и спасиоца на терену како би повећали могућност преживљавања у ванболничким условима. Диспечер службе Хитне медицинске помоћи игра важну улогу у брзом постављању дијагнозе као и давању инструкција за указивање прве помоћи.

2. Методологија и резултати истраживања

Научним сазнањима о улози прве помоћи у медицини, превентиви и неутралисању узрока који угрожавају живот повређене и оболеле деце, враћању унесређене деце у живот и њихово збрињавање и обезбеђивање оптималног транспорта до најближе медицинске установе је парадигма здравственог система најмлађе популације. Многобројне анализе здравствених институција указују на пораст повређене и оболеле деце у предшколским установама, односно потребу васпитача за интензивнијим пружањем прве помоћи предшколској деци.

Потреба за сталним стручним усавршавањем васпитача и актуелном стручном литературом ради њиховог успешнијег ангажовања у примени програма пружања прве

помоћи предшколској деци је важан сегмент целоживотног учења васпитача. Предмет истраживања је опредељен на анализу компетенција васпитача за пружање прве помоћи у дечјем вртићу.

2.1. Циљ и задаци истраживања

Циљ истраживања се односи на стручно–методичко усавршавање васпитача из области здравственог васпитања и њихова мотивација за интензивније и ефикасније ангажовање у пружању прве помоћи у дечјем вртићу. Специфични циљеви су усмерени на предикцију претећих опасности или ублажавање здравствених потешкоћа пре доласка обученог медицинског особља; отклањање узрока који угрожавају живот повређене и унесређене деце и примену савремених мера и поступака ради успешног спашавања дечјег живота.

Задаци истраживања:

1. Истражити да ли су запослени прошли програм пружања прве помоћи и колико често би требали да се едукују. (питања: 1, 4)
2. Утврдити да ли су довољно компетентни у пружању прве помоћи и како би оценили своју способност. (питања: 3, 6)
3. Испитати колико често су запослени пружали неки вид прве помоћи и у којим ситуацијама. (питања: 2, 5).

2.2. Метод, технике и инструменти истраживања

Значај истраживачког рада се огледа у опсервацији просторних целина вртића заснованих на безбедносним нормативима као и системској организацији и реализацији програма пружања прве помоћи оболелој и повређеној деци у предшколским установама. Обуком и применом савремених метода прве помоћи унесређену децу ефикасније збрињавати, враћати у живот и спречавати њихово даље погоршање здравља.

Узорак је обухватио 24 испитаника и чини га група запослених у васпитној установи. Истраживање се спровело током месеца марта и априла, 2021. године у установи ПУ „Др Сима Милошевић“, објекат „Камичак“ у Земуну.

Евалуација истраживања приказаће добијене резултате, који ће се можда у неком наредном периоду представити родитељима/старатељима и локалној заједници, како би се што ефикасније реализовао пројекат.

Истраживање је реализовано техником анкетирања. У оквиру ове технике примењен је као инструмент посебно припремљен упитник. Испитаници су замољени да дају опште информације о себи (старост, пол, радно место, степен стручне спреме, године радног стажа), као и да одговоре на шест питања отвореног типа.

2.3. Узорак и организација истраживања

Узорак је обухватио 24 испитаника и чине га запослени у васпитној установи. Спровео се током месеца марта и априла, 2021. године у установи ПУ „Др Сима Милошевић“, објекат „Камичак“ у Земуну.

Табела 1. Табеларни приказ узорка

| Испитаници | Ѕ | % |
|-------------------|----------|----------|
| Васпитачи | 24 | 100 |

2.4. Резултати истраживања

Истраживање је спроведено употребом анкетног упитника, отвореног типа који је садржао 6 питања. Одговори испитаника, тачније њих 24, прикупљени су писаним путем у

периоду од месеца марта до месеца априла 2021. године, у ПУ „Др Сима Милошевић“ у Земуну, објекат „Камичак“, након чега је приступљено анализи добијених резултата.

Преглед података добијених истраживањем

Анкетирање васпитача

На прво питање из упитника, „Да ли сте прошли програм пружања прве помоћи? Ако јесте, наведите кроз који вид образовања и едукације?“, од 24 испитана васпитача, више од 67% одговорило је да су прошли програм пружања прве помоћи кроз неки вид формалне едукације, док осталих 8, тј. 33% није прошло овај програм.

Табела 2. Табеларни прилаз одговора на питање „Да ли сте прошли програм пружања прве помоћи? Ако јесте, наведите кроз који вид образовања и едукације?“

| Одговори на питање „Да ли сте прошли програм пружања прве помоћи? Ако јесте, наведите кроз који вид образовања и едукације?“ | <i>f</i> | % |
|--|-----------|-------------|
| Јесам | 16 | 67 |
| Нисам | 8 | 33 |
| Укупно | 24 | 100% |

На друго питање, „ Да ли сте и колико често пружили неки вид прве помоћи? “, испитаници су дали три најчешћа одговора и тако се поделили у три групе. Прва група 25% испитаника је дало одговор „Често“. Друга група, тј. њих 5, дало је одговор „Ретко“, док остали, више од пола испитаника, тачније 54% рекли да нису, и да никада нису пружали прву помоћ.

Табела 3. Табеларни прилаз одговора на питање „Да ли сте и колико често пружили неки вид прве помоћи?“

| Одговори на питање „Да ли сте и колико често пружили неки вид прве помоћи?“ | <i>f</i> | % |
|---|-----------|-------------|
| Често | 6 | 25 |
| Ретко | 5 | 21 |
| Никада | 13 | 54 |
| Укупно | 24 | 100% |

Треће питање, „Сматрате ли да сте довољно компетентни у пружању прве помоћи?“, чак њих 19 испитаника (79,2%) сматра да није довољно компетентно у пружању прве помоћи, док 5 (20.8%) је одговорило да јесте.

Табела 4. Табеларни прилаз одговора на питање „Сматрате ли да сте довољно компетентни у пружању прве помоћи?“

| Одговори на питање „Сматрате ли да сте довољно компетентни у пружању прве помоћи?“ | <i>f</i> | % |
|--|-----------|-------------|
| Да | 5 | 20.8 |
| Не | 19 | 79.2 |
| Укупно | 24 | 100% |

„Колико често би требали едуковати васпитаче дечијег вртића из основа пружања прве помоћи?“, већина васпитача рекла је да едукације треба да се организују једном годишње. Неки од испитаника сматрају да је неопходно минимум два пута годишње, док

мали број њих сматра да је сасвим довољно да се овај програм реализује на сваких пет година.

На пето питање, „У којим ситуацијама се од васпитача захтева интервенција у облику пружања прве помоћи деци?“. Испитаници су написали да у ситуацијама када је детету угрожен живот, као што је висока температура, фебрилна стања, ударци, гушење, крварења, епилептични напади, сунчанице, фрас, преломи, пружали су прву помоћ.

Одговори на шесто питање „Како би сте оценили Вашу способност, знање и припремљеност о пружању прве помоћи деци? “ највећи број испитаника тј. чак њих 21 (87.5%) рекло је да има делимично знање, и да се највише односи на теоријски део, и да га треба усавршити, док њих 3 (12.5%) сматра да има добре способности и знања у пружању прве помоћи.

Од укупно 24 испитаника, 2 испитаника (8.3%) написало је сугестију да решење овог проблема виде у виду што више едукација и обука.

Резултати овог дела истраживања показују да већина васпитача сматра да није компетентна у пружању прве помоћи и да треба усавршити своје знање и вештине кроз разне формалне и неформалне едукације и обуке.

3. Закључак

Пружање прве помоћи је хуман гест. То може и мора учинити свако ко се затекне у близини повређеног. У животу је некада довољно само неколико секунди или минута да се изгуби живот. Исто тако је довољно само неколико секунди или минута да се смрт спречи и живот спаси. Једноставном, исправном и правовременом помоћи даје се повређеном шанса да преживи али и да се спречи трајни инвалидитет и скрати период евентуалног лечења после незгоде.

Дужност појединца о пружању прве помоћи повређеном или болесном у хитном случају дефинисане су законом, који каже да је сваки појединац дужан, да се у границама својих знања и могућности укључи у друштвену бригу за здравље, као и да повређеном или болесном у хитном случају пружи прву помоћ и омогући му доступност до хитне медицинске службе.

У свакодневном животу је могуће преузети одређене мере превенције, да би се незгоде спречиле али се оне ипак често дешавају. Деца су посебно подложна незгодама. Постоје здравствени проблеми код деце који захтевају савет лекара и стручну помоћ али не захтевају брзо реаговање и потребу за екипом хитне медицинске службе. За разлику од тога, васпитач ће хитно одреаговати сваки пут када се дете нађе у стању које угрожава његов живот, ако се на време не преузме одређена акција. Прва помоћ се у овим случајевима састоји од брзе процене стања, отклањања узрока даљег повређивања, пружања основне прве помоћи/реанимације и транспорта до болнице.

Основна начела пружања прве помоћи јесу да будете присебни, брзи и промишљени у својим поступцима, да примените стечено знање у које сте сигурни, да својим поступцима не погоршате стање угроженог и уколико нисте сигурни у своје поступке потражите помоћ од оних који знају више од вас.

Израдом стручно истраживачког рада и проучавањем литературе проширена су знања о првој помоћи и поступцима приликом незгода деце на које није могуће утицати. Дечија радозналост је посебна ствар, зато је потребно и њих упутити које им опасности прете уколико не буду мало опрезнији. Децу је најважније научити како да позову у помоћ

приликом незгоде. Добра припрема и знање васпитача је једна од важнијих ствари када су деца у питању. Деца су будућност и највеће благо па се тако према њима треба и односити.

4. Литература

1. Галић, М. (2019) *Прва помоћ –скрипта предавања*, Нови Сад: ВШССОВ
2. Добошевић, А. Остојић, В.(1988) *Прва помоћ и заштита- уџбеник за ученике основног васпитања и образовања за курсну наставу у 7. и 8. разреду*, Нови Сад: завод за издавање уџбеника
3. Ерцег, М. и сарадници (2002) *ургентна педијатрија у ванболничким условима*, Београд: УНИЦЕФ (116-118, 122-126, 143-162)
4. *Закон о здравственој заштити* („Сл.гласник РС“, бр. 107/2005,72/2009 / др. закон, 88/2010,99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013/ др. закон и 93/2014)
5. Здравковић, Н. , Стојановић, М. (2018) *Кардиопулмонално церебрална реанимација деце. Тимочки Медицински Гласник , ISSN 0350-2899. - Vol. 43, br. 4 (2018), str. 193-197 приступљено 30.11.2019.*
6. Матић, А. (2013) *Педијатријске мере КППР*, [https://www.slideshare.net > anatomijapro](https://www.slideshare.net/anatomijapro) > крсг-и-педијатрији приступљено 11.05.2021.
7. Милојевић, И. , Пурић, С. , Стевић, Д. (2013) *Реанимација у педијатрији* (Четврти курс Европског комитета за едукације у анестезији Београд) 616.12-008.315-083.98-053.2; 615.816/.817 202742284 . <https://scindeks-clanci.ceon.rs> > data > pdf приступљено 20.04.2021.
8. Павловић А. и сарадници (2015) *Нове препоруке у КППР. НС urgent medic HALO 194, 21(3):182-201.* <https://www.halo194.rs> > images > radovi приступљено 24.04.2021.
9. Поповић, Д. и сарадници (2001) *Незгоде се дешавају, шта урадити када се десе и како их спречити*, Београд : УНИЦЕФ (7-65)
10. *Прва помоћ* (02.06.2015.) *Хитна стања код деце.* [https://www.slideshare.net > rejatomcilovic](https://www.slideshare.net/rejatomcilovic) > хитна-стања код деце приступљено 14.05.2021.

3. Сматрате ли да сте довољно компетентни у пружању прве помоћи?

4. Колико често би требали едуковати васпитаче дечјег вртића из основа пружања прве помоћи?

5. У којим ситуацијама се од васпитача захтева интервенција у облику пружања прве помоћи деци?

6. Како би сте оценили Вашу способност, знање и припремљеност о пружању прве помоћи деци?

*** Ваше сугестије:**

Хвала на сарадњи.