

Univerzita Karlova v Praze

2. Lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Bakalářský studijní program Ošetrovatelství

Obor – Všeobecná sestra

Je každý schopen poskytnout první pomoc?

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí práce: Mgr. Marie Šamánková

Autor: Lenka Bartáková

Praha 2008

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Je každý schopen poskytnout první pomoc?*“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Praze dne

Podpis.....

Lenka Bartáková

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat MUDr. Josefu Koudelovi CSc. za odborné konzultace, Mgr. Marii Šamánkové za laskavé vedení mé práce, Mgr. Petru Bartákovi za stylistické vedení práce a Vladimíru Uhlíkovi za převedení mé práce do elektronické formy.

Abstrakt

Cílem práce je zjistit úroveň znalostí o poskytování první pomoci u laické veřejnosti. Jelikož jsem se sama přesvědčila, že otázka první pomoci laiky neoslovuje a v mnoha případech veřejnost nezná ani ty nejzákladnější prvky první pomoci, rozhodla jsem se učinit výzkum na toto téma a zjistit tak, zda případy, se kterými jsem se setkala, jsou ojedinělé nebo běžné u většiny obyvatel. A následně vymyslet možnosti zvýšení úrovně znalostí o první pomoci.

Sběr dat byl proveden technikou dotazníku, který jsem rozdala do různorodých skupin laické veřejnosti, aby měl výsledek co největší vypovídací hodnotu.

Otázky se týkaly zkušeností dotazovaných s první pomocí a jejich informovanosti o této problematice.

Otázky byly formulovány jako uzavřené s možností výběru ze dvou či více možností, polouzavřené otázky a otevřené, kde respondenti doplňovali své zaměstnání. Výhodou tohoto sběru dat byl kontakt s respondenty a možnost diskuse. Většina respondentů chtěla vědět, kde udělala chyby a proč nebyla právě jejich odpověď správná. Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků a vyplněno bylo 216.

Výsledky šetření jen dokládají fakt, že laici nejeví o první pomoc pražádný zájem, a proto nejsou dostatečně informováni a tím pádem ji nedokáží poskytnout v adekvátní formě.

The abstract

The objective of this paper is to find standard of knowledges about providing first aid in common people. Since I found out, that question of first aid doesn't appeal to people and they don't know the most fundamental elements of first aid, I decided to do research on this subject and to find whether cases which I met are solitary or are usual by majority of inhabitants. And subsequently to devise possibilities to improve standart knowledge of first aid.

The collection of data was led through technology of questionnaire, which I distributed in to the different types of public, so that result would have the biggest value.

The questions concerned an experience of people with first aid and their information about this problem.

The questions were formulated as close with possibility of selection from two or more answers, half-closed questions and open questions where the respondents completed with their job and telephone number for ZZS.

The advantage of this collection of data was a contact with respondents and possibility of discussion. Majority of respondents wanted to know, where they made mistakes and why their answer wasn't correct. 300 questionnaires were distributed and 216 was completed.

The results of investigation are supporting fact, that public don't show any concern about first aid and therefore they are not informed sufficiently and so they are not able to provide first aid in sufficient form.

Obsah

Úvod	9
1 Teoretická část	10
1.1 Stručná historie první pomoci	10
1.2 První pomoc obecně	11
1.2.1 Co je první pomoc?	11
1.2.2 Cíle první pomoci	11
1.2.3 Dělení první pomoci	12
1.2.4 Kdy první pomoc poskytnout, kdy ne a kdy ji ukončit?	13
1.2.5 Důležitá čísla	14
1.3 Vybrané techniky první pomoci	14
1.3.1 První pomoc při dechové nedostatečnosti	14
1.3.1.1 Příčiny dechové nedostatečnosti	14
1.3.1.2 Příznaky dechové nedostatečnosti	15
1.3.1.3 Zajištění průchodnosti dýchacích cest	15
1.3.1.4 Umělé dýchání u dospělých	16
1.3.1.5 Umělé dýchání u dětí	17
1.3.2 První pomoc při zástavě oběhu	17
1.3.2.1 Příčiny zástavy oběhu	17
1.3.2.2 Příznaky zástavy oběhu	18
1.3.2.3 Nepřímá masáž srdce	18
1.3.3 Kardiopulmonální resuscitace = neodkladná resuscitace	19
1.3.3.1 Dělení neodkladné resuscitace	20
1.3.3.2 Abeceda neodkladné resuscitace	20
1.3.3.3 Provedení kardiopulmonální resuscitace	21
1.3.4 První pomoc při krvácení	22
1.3.4.1 Dělení krvácení	22
1.3.4.2 Zastavení krvácení	23
1.3.4.3 Zevní krvácení	25
1.3.4.4 Vnitřní krvácení	26
1.3.4.5 Krvácení z tělních otvorů	28
1.3.5 První pomoc při poruše vědomí	29

1.3.5.1 Příčiny poruch vědomí	29
1.3.5.2 První pomoc u postižených v bezvědomí	30
1.3.5.3 První pomoc u postižených v synkopě	30
1.3.5.4 Protišoková opatření = 5T	31
1.3.6 První pomoc u náhlých poranění z fyzikálních i jiných příčin	32
1.3.6.1 Termická poranění	32
1.3.6.2 První pomoc u postižení způsobených chemikáliemi	35
1.3.6.3 První pomoc při úrazu elektrickým proudem	36
1.3.6.4 První pomoc při tonutí	37
1.3.6.5 První pomoc při intoxikacích	38
1.3.7 První pomoc při poraněních	39
1.3.7.1 První pomoc při poranění hlavy a CNS	39
1.3.7.2 První pomoc při poranění páteře a míchy	39
1.3.7.3 První pomoc při poranění hrudníku	40
1.3.7.4 První pomoc při poranění břicha	40
1.3.7.5 První pomoc při poranění končetin	40
1.3.7.6 První pomoc při poraněních způsobených zvířaty	41
1.3.7.7 První pomoc při řezných ránách	43
1.3.7.8 První pomoc při bodných ránách	43
1.3.7.9 První pomoc při sečných ránách	43
1.3.7.10 První pomoc při tržných ránách	44
1.3.7.11 První pomoc při střelných ránách	44
1.3.7.12 První pomoc při cizích tělesech v ránách	44
1.3.7.13 První pomoc při cizích tělesech v tělních otvorech	45
1.3.8 Polohování postižených	46
1.3.8.1 Stabilizovaná poloha	46
1.3.8.2 Rautekova zotavovací poloha	46
1.3.8.3 Polohy vleže na zádech	46
1.3.8.4 Poloha na břiše	47
1.3.8.5 Fowlerova poloha	47
1.3.8.6 Úlevová poloha	47
2 Praktická část	48

2.1 Cíl bakalářské práce	48
2.2 Pracovní hypotézy	48
2.3 Použitá metodika výzkumu	48
2.4 Dílčí vyhodnocení dotazníku	50
2.4.1 Shrnutí vyhodnocení celkového vzorku	64
2.4.2 Shrnutí zjištěných faktů	68
Závěr	69
Seznam použité literatury	73
Přílohy	75

Úvod

Z vlastních zkušeností vím, že lidé v mnoha případech nedokáží a možná ani nechtějí poskytnout první pomoc. Sama jsem ji několikrát poskytovala. Vždycky jsem si potom s hrůzou zpětně uvědomila, že mnoho lidí okolo buď nejevilo zájem pomoci, nebo vyděšeně přihlíželo a nevědělo si rady. Po těchto zkušenostech jsem se začala zabývat otázkou, zda je každý z nás schopen první pomoc poskytnout. Když jsem úspěšně došla až do závěrečného třetího ročníku na vysoké škole a přemýšlela o tématu závěrečné práce, napadlo mne, že by mohlo být velmi zajímavé udělat výzkum u laické veřejnosti, který by se zabýval právě problematikou znalostí první pomoci.

Sama se první pomocí zabývám. Na toto téma přednáším jednak dobrovolným hasičům u nás v obci, jednak na dětských „koňských“ táborech.

Myslím si, že znalost první pomoci je velmi důležitá. Nikdo z nás neví, kdy ji bude potřebovat, ať už jako zachraňovaný nebo jako zachránce, který bude mít v rukou život jiného člověka. Nevím, zda bych dokázala žít s vědomím, že jsem mohla zachránit lidský život, ale protože jsem podcenila důležitost první pomoci a nebyla schopná se o raněného adekvátně postarat, musel kvůli mé neznalosti člověk zemřít. Přitom stačilo tak málo a mohl být zachráněn. Bránit se tím, že člověk neví, je velmi chabá výmluva, protože jak praví jedna stará pravda: „Neznalost neomlouvá“. Jen si nejsem jistá, že si je laická veřejnost tohoto faktu vědoma.

Vím, že tato problematika je velmi podceňována a že si lidé myslí, jak zbytečná věc to je. Ale když si to bude myslet každý, hrozím se domyslet, jaký bude výsledek, až dojde, jak se říká, na lámání chleba.

Pojďme se tedy podívat, jak dopadla sonda do povědomí národa o principech první pomoci.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Stručná historie první pomoci (PP)

První pomoc existovala nejprve jako pomoc vzájemná ve společnosti a komunitě, která neměla dlouho svá přesně stanovená pravidla a postupy.

Nejvýraznější podíl na záchraně lidských životů měly dva válečné konflikty následující za sebou. Prvním byla Krymská válka v letech 1853-1856, v níž figuroval chirurg N. J. Pigorov, který zavedl laickou pomoc jím vyškolených sester. V této válce také figurovala F. Nightingelová, která položila základ ošetřování nemocných. Druhým válečným konfliktem byla bitva u Solferína v roce 1859, které se jako divák účastnil H. Dunant, jenž vyburcoval veřejné mínění a stal se jedním z iniciátorů a zakladatelů Ženevské konvence na ochranu raněných. Tuto konvenci podepsalo šestnáct evropských zemí a vešla ve známost pod znakem červeného kříže v bílém poli. Ústřední motiv této úmluvy byla zásada neutrality sanitní služby (plní ošetřovny, zdravotnický personál, péče o raněné obou stran).

Dále se již zaměřím na historii první pomoci na našem území. První pokus o organizovanou záchranu lidí v našem hlavním městě proběhl roku 1792, kdy byla zřízena pohyblivá stanoviště lékařů, ranhojičů a porodních bab. První záchranná služba nazvaná „Humanitní spolek pro záchranu zdánlivě mrtvých a v náhlém nebezpečí smrti se ocitnuvší“ byl založen roku 1798. V roce 1868 byl založen Červený kříž na našem území a roku 1919 vzniká Československý červený kříž (ČSČK), jehož první předsedkyní byla Alice Masaryková. Roku 1921 vzniká organizace dorostu ČSČK. Na počátku druhé světové války však byla činnost ČSČK násilně umlčena, ale nezanikl úplně, protože se na konci války podílel na likvidaci skvrnitého tyfu a hygienickém dohledu nad transporty osvobozených vězňů. V prvních poválečných letech byla znovuobnovena struktura ČSČK z první republiky. V roce 1948 byl spolek násilně přeměněn na organizaci sdruženou v Národní frontě. Od počátku padesátých let

vznikají zdravotnické družiny a zdravotnické hlídky ČSČK a postupně se budují i stanice první pomoci. Pořádají se stovky zdravotnických kurzů, budují se studijní střediska a letní pionýrské tábory ČSČK. Tato organizace funguje dodnes jako ČČK.

V 19. století také vznikala první samaritánská hnutí buď samostatná, nebo při hasičských sborech. Iničiátoři těchto hnutí jsou lékaři, kteří vyučují dosud známé formy první pomoci. Samaritánské hnutí úzce spolupracovalo i s Červeným křížem. V roce 1929 vzniká samostatné samaritánské hnutí v ČSR, které je po okupaci zakázáno a po druhé světové válce již nebylo obnoveno. V Německu vzniká dělnický svépomocný spolek známý jako ASB D., zaměřený na výuku první pomoci a později i přednemocniční neodkladné péče čili zdravotnické záchranné služby (ZZS). Roku 1992 vygradovaly pokusy o znovuoobnovení tohoto hnutí u nás a 5. února 1992 vznikla asociace samaritánů ČR (ASČR), 17. února 1992 je registrována u Ministerstva vnitra a vzápětí je ustanovena první okresní organizace ASČR pro Prahu-západ. Po té vstupuje ASČR do MSH (mezinárodní samaritánské hnutí). Obnova hnutí začala prostřednictvím vytváření nestátního systému samaritánské záchranné služby pod názvem ZSASČR v Praze-západ a tento krok se stal pilotním projektem pro další záchranné služby jako je např. RLP (rychlá lékařská pomoc).

1.2 První pomoc obecně

1.2.1 Co je první pomoc?

„První pomoc je péče nebo pomoc poskytnutá postiženému před příjezdem zdravotnické záchranné služby nebo jiného kvalifikovaného zdravotníka.“⁶ Je to soubor jednoduchých a účelných opatření, která cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky poškození při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví člověka.

1.2.2 Cíle první pomoci

- 1) Zachránit život postiženého
- 2) Zabránit zhoršení zdravotního stavu postiženého

- 3) Urychlit proces uzdravení
- 4) Zajistit bezpečnost postiženému, přihlížejícím a sobě

1.2.3 Dělení první pomoci

a) Laická první pomoc - poskytuje každý člověk. Poskytnutí první pomoci laikem je vždy bez specializovaného vybavení. Součástí tohoto druhu první pomoci je provedení nezbytných úkonů pro přežití postiženého (KPR, zástava krvácení atd.), až do příjezdu ZZS (Zdravotnická záchranná služba); zavolání ZZS; popř. také transport postiženého. Zachránce posuzuje celkovou situaci (další ohrožení, počet osob v přímém ohrožení života), počet záchránců, dostupné prostředky k poskytnutí první pomoci a možnost volání ZZS.

Postup při poskytování první pomoci je následující. Nejprve záchránce roztrídí postižené dle naléhavosti, zavolá pomoc, poskytne první pomoc a popř. provede transport.

Při poskytování první pomoci se mohou objevit následující bariéry:

- Nezládnuté emoce, kdy strach ze smrti doprovázený stresem mnohdy vede k bezradnosti a tím i neposkytnutí adekvátní první pomoci.
- Pocit nedostatečnosti, kdy může u záchránce nastat obava z výsledku nebo očekávání negativní reakce okolí či zdravotníků. Často je na vině mylná domněnka, že neudělat nic je menší chyba.
- Nedůvěra k institucím, kdy se záchránce obává možných problémů s policií, právníky, soudy či zdravotníky.
- V neposlední řadě také obava o vlastní život a zdraví např. strach z nákazy, ze zranění sebe samého nebo nedostatečná důvěra ve své schopnosti.
- Bohužel sem také patří lhostejnost přihlížejících nebo kolemjdoucích (jedoucích), pomoc druhému v nouzi je pro tyto lidi neznámá.

b) Technická první pomoc - vykonávají speciálně vycvičené týmy (hasiči, horská a vodní záchranná služba). V případě, že to situace dovoluje a neohrožuje život záchránce, může tuto pomoc poskytnout sám. Do technické první pomoci patří vyproštění postiženého a jeho přesun dle stavu na bezpečné místo (popř. i vypnutí

elektrického proudu, vytažení z vody atd.). Úkolem technické první pomoci je odstraňování příčiny úrazu a vytvoření základních podmínek pro poskytnutí první pomoci ať laické či odborné. Tento druh první pomoci často předchází poskytování zdravotnické první pomoci a úzce s ní spolupracuje.

c) Odborná zdravotnická první pomoc (přednemocniční) - tato pomoc je poskytována odborným zdravotnickým personálem (lékaři, sestry, záchranáři). Pomoc je poskytována s použitím dostupných diagnostických a léčebných přístrojů, podávají se léky a provádí se život zachraňující výkony. Dále také obsahuje transport postiženého do péče zdravotnického zařízení. Při předávání postiženého do péče tohoto zařízení musí být přítomen lékař nebo sestra ze záchranné služby a lékař zdravotnického zařízení. Velmi nutné je sdělení potřebných údajů o postiženém a důvodu jeho transportu.

d) Nemocniční péče (traumacentra, urgentní příjem, koronární jednotka, JIP, ARO) - do této skupiny spadá velmi specializovaná péče ve zdravotnických zařízeních.

1.2.4 Kdy první pomoc poskytnout, kdy ne a kdy resuscitaci ukončit?

Kdy poskytovat - a) Při náhlé zástavě dýchání nebo oběhu zastižené včas, pokud se nejedná o terminální stav.

b) Není-li jistota o délce trvání zástavy dýchání nebo oběhu.

c) Chybí-li informace o základním onemocnění

d) Pokud má cizinec kartičku DNR (Do not resuscitate) vždy resuscitovat, i když si to nepřeje.

Kdy neposkytovat - a) Jsou-li přítomny jisté známky biologické smrti (mrtvolná ztuhlost, mrtvolné skvrny, dekapitace, novorozenec s anencefalií).

b) Pokud se jedná o terminální stav nevyléčitelné choroby.

c) Pokud by zachránce ohrozil svůj život, což musí být dokázáno.

d) Pokud se jedná o zákonnou popravu (USA).

Kdy ukončit resuscitaci - a) Pokud dojde k obnovení spontánního oběhu a dýchání.

b) Pokud se dostaví posádka ZZS nebo RLP, která

resuscitaci převezme. c) Pokud není zachránce schopen pokračovat v resuscitaci nebo ohrožuje svůj život.

d) Po 30 minutách neúspěšné resuscitace pokud se nejedná o hypotermii nebo předávkování drogami či léky.

e) Jsou-li zjištěny známky smrti mozku, je-li stanovena zákonným způsobem.

1.2.5 Důležitá čísla

Pro volání odborné pomoci je třeba, aby každý znal tyto důležitá čísla:

155 - zdravotnická záchranná služba

150 - hasičský záchranný sbor

158 - policie České republiky

112 - integrovaný záchranný systém

Člověk, volající na kterékoliv z těchto čísel, musí operátorovi nahlásit své jméno, co se stalo, počet raněných; dále místo, kde se nachází (co nejpřesněji – ulici, číslo domu, popř. terén – silnice, les, voda atd.). **! HOVOR NESMÍ NIKDY UKONČIT VOLAJÍCÍ, ALE VŽDY HO UKONČUJE OPERÁTOR!**

1.3 Vybrané techniky první pomoci

1.3.1 První pomoc při dechové nedostatečnosti

1.3.1.1 Příčiny dechové nedostatečnosti

- Aspirace cizího tělesa (krev, zvratky)
- Zapadnutí jazyka
- Prudká alergická reakce - anafylaktický šok
- Poranění hrudníku (zlomeniny žeber, pohmoždění)
- Poranění nebo stlačení plic (protržení plic zlomeným žebrem, pneumotorax, hemotorax)
- Ožehnutí dýchacích cest

- Porucha regulačního centra dýchání v mozku a míše (nitrolební krvácení, poranění krční páteře, nádory, záněty)

1.3.1.2 Příznaky dechové nedostatečnosti

a) Částečná neprůchodnost - namáhavé dýchací pohyby; patrný proud vydechovaného vzduchu; vedlejší fenomény doprovázející dýchání - bublání, hvízdání, chrápání; zrychlené a povrchní dýchání; bolest při dýchání; postižený při vědomí zaujímá úlevovou polohu; cyanóza, neklid, vykašlávání krve (při poranění plic).

b) Úplná neprůchodnost - cyanóza (zpočátku akrální části těla, později, asi po devadesáti vteřinách, postupuje dál, až vznikne generalizovaná cyanóza; není slyšet vdech či výdech; je necitelný proud vzduchu na kůži zachránce.

! Při neobnovení dýchání dochází po asi dvou až třech minutách ke ztrátě vědomí a zástavě oběhu!

1.3.1.3 Zajištění průchodnosti DC (dýchacích cest)

a) Manuální vyčištění dutiny ústní - pokud má postižený v ústech cizí těleso, ať už zvratky, vyražené zuby, hlínu atd., je nanejvýše nutné tuto překážku odstranit, aby se mohlo přejít k umělému dýchání. Odstranění cizího tělesa provedeme prstem obaleným v nějaké látce (kapesník, šátek...).

b) Záklon hlavy - při záklonu hlavy se napnou svaly na krku a kořen jazyka při zapadnutí se oddálí od zadní stěny hltanu

- u dětí se provádí pouze mírný záklon hlavy, hrozí totiž poškození krční páteře.

- se záklonem hlavy se provádí i předsunutí dolní čelisti, kdy palci uchopíme bradu z každé strany, zbylými prsty uchopíme dolní čelist a pomalu předsuneme dolní čelist před horní.

c) Trojitý manévr = Esmarchův hmat - technika tohoto manévru spočívá v záklonu hlavy, předsunutí dolní čelisti a otevření úst.

Provedení - Zachránce klečí bokem u hlavy postiženého, uchopí hlavu postiženého dlaněmi na spáncích a provede záklon hlavy (u malých dětí ne), dále prsty pod dolní

čelistí provede předsunutí čelisti a palci, tlačícími na bradu, otevře ústa. Trojitý manévr by měli provádět pouze lidé, kteří ho ovládají.

d) Gordonův úder - tento úder napomáhá uvolnění vdechnutého cizího tělesa. Lze ho provádět dětem, těhotným ženám, obézním osobám, u sedících či stojících osob.

Technika úderu - částí dlaně nebo hranou zaťaté pěsti udeříme několikrát postiženého mezi lopatky ve fázi výdechu.

- u novorozenců a kojenců - dítě si položíme na předloktí, prsty mu držíme hlavu, musí být níž než trup a dvěma prsty druhé ruky udeříme několikrát dítě mezi lopatky. U větších dětí si lze postiženého položit hrudníkem přes kolena, předklonit jej a po té udeřit hranou dlaně mezi lopatky.

e) Heimlichův manévr - spočívá ve stlačení nadbřišku, které slouží k vypuzení cizího tělesa z dolních dýchacích cest, tlakem na bránici se může docílit vypuzení překážky. Tento manévr lze použít u postižených stojících i ležících (v bezvědomí).

Technika - u stojícího postiženého - zachránce stojí čelně za zády postiženého, svými rukama obejmě jeho trup a provede lehký předklon. Svou pěst přiloží na nadbřišek a druhou rukou tlačí na pěst. Stlačení se provede dovnitř směrem k bránici alespoň pětkrát rychle za sebou.

- u ležícího postiženého - zachránce poklekne obkročmo nad pánev postiženého čelem k jeho hlavě a oběma rukama přes sebe se provede několik rychlých stlačení směrem nahoru k bránici.

Tento manévr se neprovádí u malých dětí, u postižených při podezření na vnitřní krvácení do dutiny břišní nebo hrudní a také u zevního poranění hrudníku či břicha. U těhotných žen se stlačuje spodní část hrudníku ne nadbřišek.

Laikům se doporučuje tento manévr provádět, jen pokud těleso vidí.

1.3.1.4 Umělé dýchání u dospělých

! Při provádění umělého dýchání vždy použijeme roušku popř. čistý kapesník a přiložíme jej na ústa postiženého a pak provedeme vdechy. Chráníme tím sami sebe!

a) Z plic do plic ústy - provádí se, pokud postiženému lze otevřít ústa a pokud není poranění čelistí, úst atd.

Technika - postiženého uložíme do polohy na zádech, klečíme u jeho boku, provedeme záklon hlavy, otevřeme ústa a prsty stiskneme nos postiženého. Nadechneme se a postiženému vdechneme do plic vzduch. Po vdechu oddálíme hlavu, necháme postiženého pasivně vydechnout. Při vdechu i výdechu kontrolujeme pohyb hrudníku - ujištění, že v dýchacích cestách není překážka. V umělém dýchání pokračujeme do té doby, než se postižený rozdýchá nebo do příjezdu ZZS.

b) Z plic do plic nosem - používá se, pokud u postiženého nejde otevřít ústa, jsou-li přítomny deformity, zlomeniny nebo otoky.

Technika - klečíme u boku postiženého, dáme ho do polohy na zádech, provedeme záklon hlavy, jednou rukou zavřeme ústa, nadechneme se, přiložíme ústa na nos postiženého a vdechneme vzduch do nosu. Opět se oddálíme a otevřeme postiženému ústa pro výdech. Opět při dýchání z plic do plic kontrolujeme pohyby hrudníku a s dýcháním pokračujeme do obnovení dýchání či příjezdu ZZS.

1.3.1.5 Umělé dýchání u dětí

Pokud je dítě starší osmi let, provádí se stejný postup jako u dospělého. Pokud se jedná o dítě mladší osmi let, provádí se umělé dýchání takto: Uvedeme dítě do polohy na zádech, lehce zakloníme jeho hlavu, nadechneme se, svými ústy překryjeme ústa i nos dítěte a vdechneme malé množství vzduchu. Oddálíme ústa a necháme dítě pasivně vydechnout. Opět se kontrolují pohyby hrudníku a v dýchání se pokračuje, dokud se neobnoví spontánní dýchání nebo dokud nepřijede ZZS. U novorozenců se vdechne jen objem úst – hrozí potrhání plicních sklípků nadměrným množstvím vzduchu.

1.3.2 První pomoc při zástavě oběhu

1.3.2.1 Příčiny zástavy oběhu

- Infarkt myokardu
- Úraz elektrickým proudem

- Hypoxie = nedostatek kyslíku ve tkáních či celém organismu, nebo anoxie = nepřítomnost kyslíku v organismu způsobené zástavou dechu.
- Intoxikace - předávkování drogami, léky, alkoholem, otravy chemickými látkami nebo houbami.
- Alergická reakce - anafylaktický šok

1.3.2.2 Příznaky zástavy oběhu

- Bledá až bílá barva kůže
- Ztráta vědomí po šesti až dvanácti sekundách
- Zástava dechu po třiceti až šedesáti sekundách
- Chybějící známky krevního oběhu - nehmatný pulz na velkých tepnách (a. carotis, a. femoralis, a. brachialis, u novorozenců v místě srdečního hrotu).

1.3.2.3 Nepřímá srdeční masáž

Jde o mechanismus, kterým se snažíme obnovit oběh okysličené krve v organismu. Jeho principem je stlačování srdce mezi hrudní kostí a přední plochou páteře = tzv. srdeční pumpa. Tímto úkonem vypuzujeme krev ze srdce do tělesného oběhu a k orgánům. Při tom se současně mění tlaky v nitrohruďní dutině a to také napomáhá posunu krve v řečišti = tzv. hrudní pumpa.

a) Nepřímá srdeční masáž u dospělých a dětí starších osmi let

Technika provedení - postiženého uložíme na tvrdou, rovnou podložku do polohy na zádech, poté vyhmatáme ve střední čáře hrudníku jamku těsně pod hrudní kostí. Nad toto místo přiložíme dva prsty, těsně nad nimi přiložíme hranu dlaně jedné ruky (prsty se nedotýkáme hrudníku postiženého) a svou druhou ruku přiložíme stejným způsobem na první ruku, nekřížíme (menší riziko zlomení žeber). Horní končetiny máme napnuté v loktech a stlačujeme hrudník postiženého vahou vlastního těla. Hrudní kost stlačujeme v rytmu cca sto za minutu. Po zhruba jedné minutě zkontrolujeme na velkých tepnách přítomnost pulzu. S masáží pokračujeme do obnovení srdeční činnosti nebo do příjezdu ZZS.

! Nutné je udržet hranu dlaně ve střední čáře - zajištění účinnosti masáže a minimalizace poškození postiženého!

b) Nepřímá srdeční masáž u novorozence a batolat do jednoho roku věku

Technika provedení - dítě uložíme na tvrdou, rovnou podložku do polohy na zádech. Místo pro masáž srdce najdeme o tloušťku jednoho prstu pod středem pomyslné spojnice obou prsních bradavek. Masáž provádíme buď dvěma prsty jedné ruky (ukazovák a prostředník) v místě pro stlačení. Druhý způsob masáže spočívá v obejmutí hrudníku dítěte oběma rukama tak, že palce jsou překřížené nebo vedle sebe na místě stlačení a zbylé prsty jsou pod zády dítěte. Rytmus stlačení je cca sto dvacet za minutu a ne příliš silně. Opět po jedné minutě zkontrolujeme pulz a s masáží pokračujeme do obnovení srdeční činnosti nebo do příjezdu ZZS.

c) Nepřímá srdeční masáž u dětí od jednoho do osmi let věku

Technika provedení - dítě uložíme na tvrdou, rovnou podložku do polohy na zádech. Místo pro stlačení hrudníku se nachází v dolní třetině hrudní kosti, jeden prst nad mečovitým výběžkem hrudní kosti. Stlačení provádíme hranou dlaně jedné ruky, druhou ruku nepřidáváme (zabránění stlačení břicha). Zde je frekvence stlačení stejná jako u dospělého, tedy sto za minutu. Opět po jedné minutě zkontrolujeme pulz a pokračujeme do obnovení srdeční činnosti nebo do příjezdu ZZS.

1.3.3 Kardiopulmonální resuscitace (KPR) = neodkladná resuscitace (NR)

„Soubor na sebe navazujících léčebných postupů, které slouží k neprodlenému obnovení okysličené krve u člověka postiženého náhlým selháním jedné nebo více základních životních funkcí.“⁶ Dočasně nahrazuje výkon srdce nepřímou srdeční masáží a funkci dýchání umělým dýcháním z plic do plic. Jejím cílem je odvrátit klinickou smrt a uchránit postiženého před nezvratným poškozením zejména mozku a srdeční svaloviny. Jejím úkolem je chránit život, obnovit předchozí stav, vyloučit fyzickou a psychickou bolest a omezit na minimum zneschopnění a postižení.

Řetězec přežití

1. VČASNÁ POMOC (zavolání linky 155)
↓
2. VČASNÁ KPR (zahájení nepřímé srdeční masáže)
↓
3. VČASNÁ DEFIBRILACE (kontrolovaný elektrický výboj)
↓
4. VČASNÁ LÉKAŘSKÁ PÉČE (stabilizace stavu postiženého odborníkem)

1.3.3.1 Dělení NR

a) Základní NR - *Basic Life Support*

Tuto NR poskytuje každý občan bez pomůcek = klasická KPR

b) Rozšířená NR - *Advanced Life Support*

Navazuje na základní NR. Poskytují ji speciálně proškolení zdravotníci a používají se standardní i speciální pomůcky, přístroje, podávají se léky a také se postižený transportuje do zdravotnického zařízení.

1.3.3.2 Abeceda resuscitace

A - Airways control - zajištění průchodnosti dýchacích cest

B - Breathing support - podpora dýchání - umělé dýchání z plic do plic

C - Circulation support - podpora oběhu - nepřímá masáž srdce

Do rozšířené resuscitace ještě patří:

D - Drugs and fluids - podávání léků

E - EKG - monitorace fyziologických funkcí

F - Fibrillation - léčba arytmií = defibrilace

Na včasnou defibrilaci se klade velký důraz i u laiků. Defibrilace v terénu je nutná do pěti minut od selhání. K defibrilaci lze užít automatický externí defibrilátor, který dokáže sám analyzovat, zda se jedná či nejedná o fibrilaci - tento přístroj se nachází pouze na místech, kde se shromažďuje velké množství lidí (letišť, supermarkety). Tyto přístroje může obsluhovat jen proškolený laický personál. K defibrilaci lze použít i prekordiální úder, ale pouze v tom případě, že je záchránce přímým svědkem zástavy srdce. Provádí se tak, že se udeří hranou ruky do prekordia z výšky dvaceti až třiceti centimetrů, maximálně dvakrát. Tento úder laici použít nesmějí, jen školení zdravotníci.

1.3.3.3 Provedení KPR

Jedná se o spojení umělého dýchání a nepřímé srdeční masáže. Techniky provedení obou těchto výkonů jsou popsány v předešlých kapitolách. Rozdíly v poměrech kompresí hrudníku a vdechů jsou popsány v tabulce č. 1. Dle nových Doporučených postupů pro resuscitaci z roku 2005 již není rozdíl v tom, jestli KPR poskytuje jeden nebo více záchránců – poměry se již nemění.

Tabulka č. 1 – Poměry kompresí a vdechů při KPR

Věková kategorie	Poměr kompresí a vdechů	Frekven ce kompresí	Frekven ce vdechů	Hloubka komprese	Objem vdechovaného vzduchu
Novoroze nec	3:1	120/min	40/min	1,5–2 cm	20 – 30 ml
Kojenec do 1 roku	5:1	100/min	20- 25/min	2–2,5 cm	40 – 100 ml
Děti 1 – 8 let	30:2	80- 100/min	15- 20/min	2 – 3 cm	150 – 500 ml
Děti od 8 let a dospělí	30:2	80- 100/min	10- 20/min	4 - 5 cm	700-1000 ml

Pokud budeme provádět KPR dospělému člověku, zavoláme nejprve pomoc a pak zahájíme resuscitaci. Pokud se jedná o dítě, je nutné nejprve zahájit resuscitaci a po jedné minutě resuscitace volat pomoc.

Zahájení resuscitace předchází všechny důležité úkony: uvedení postiženého do správné polohy, uvolnění dýchacích cest, vyhledání místa pro komprese hrudní kosti. V resuscitaci se pokračuje do té doby, než se postiženému obnoví spontánní dýchání a krevní oběh anebo do příjezdu ZZS. Po obnovení fyziologických funkcí se vždy postižený uloží do stabilizované polohy a vyčká se příjezdu ZZS.

1.3.4 První pomoc při krvácení

Krvácení je samovolný odtok krve mimo řečiště a to buď ven z těla, nebo do tělních dutin. Krvácení člověka ohrožuje na životě, pokud člověk ztratí náhle jednu třetinu krve, dochází k rozvoji hypovolemického šoku. Při ztrátě dvě třetiny již dochází k úmrtí.

Objem krve v lidském těle je asi čtyři a půl až šest litrů, u dítěte je to asi osm až deset procent celkové hmotnosti.

1.3.4.1 Dělení krvácení

a) Dle intenzity krvácení

- Malé
- Střední
- Velké

b) Dle druhu krvácející cévy

- Arteriální (tepenné) - jasně červená krev vystřikující z rány v rytmu srdce
- Venózní (žilní) - tmavší červená krev vytékající volně a trvale z rány
- Kapilární (vlásečnicové) - nebývá závažné
- Smíšené - kombinace žilního a tepenného krvácení; prioritně se ošetřuje tepenné krvácení

- c) Dle směru krvácení
- Zevní - navenek, mimo tělo
 - Vnitřní - do tělních dutin, zakrvácení
- d) Dle příčiny krvácení
- Úrazové - tržné rány, amputace prstů atd.
 - Neúrazové - krvácení z jícnových varixů, žaludečních vředů atd.

1.3.4.2 Zastavení krvácení

! VŽDY PRACUJEME V GUMOVÝCH RUKAVICÍCH – CHRÁNÍME TÍM SAMI SEBE I POSTIŽENÉHO!

Stlačení cévy přímo v ráně rukou nebo tamponem či mulem - používá se ve velmi akutních případech, kdy nelze stlačit tlakový bod nebo použít jiné prostředky pro zastavení krvácení např. zaškrcovadlo - u poranění krkavice nebo břišní aorty. Používají se pokud možno sterilní ochranné rukavice (lze použít i igelitový pytlík) obalené materiálem (také pokud možno sterilním), abychom neohrozili zraněného ani sami sebe. Pokud jednou prsty do rány vložíme, už je nesmíme vyndat, dokud nepřijede odborná pomoc.

Stlačení tepny v tlakovém bodě - Tlakový bod je místo, kde lze tepnu přitisknout proti kosti a tím zastavit přítok krve do postižené oblasti. Tlakový bod se stlačuje mezi ránou a srdcem buď prsty, nebo tlakovým obvazem.

Tlakové body jsou:

- **Spánkový tlakový bod** (a. temporalis = spánková tepna) - nachází se na boční straně hlavy ve spánkové oblasti (před hrbolem ušního boltce). Tento bod se stlačuje při krvácení z hlavy.
- **Lícni tlakový bod** (a. facialis = lícni tepna) - nachází se na tváři, před úhlem dolní čelisti. Stlačuje se při krvácení z úst a tváře.
- **Krční tlakový bod** (a. carotis = krční tepna) - nachází se na krku. Stlačuje se pouze na postižené straně. Pokud by se stlačily obě strany současně, přeruší se přítok krve k mozku a postižený může upadnout do bezvědomí. Stlačuje se při krvácení z krku a jazyka.

- Podklíčkový tlakový bod (a. subclavia = podklíčková tepna) - nachází se pod klíční kostí a stlačuje se proti prvnímu žeburu. Tento tlakový bod se používá při krvácení z ramene nebo při amputaci horní končetiny.
- Pažní tlakový bod (a. brachialis = pažní tepna) – nachází se mezi dvojhlavým a trojhlavým svalem pažním. Stlačuje se při současné elevaci horní končetiny nad úroveň hlavy. Tento tlakový bod se využívá při krvácení z předloktí a ruky.
- Břišní tlakový bod (aorta abdominalis = břišní aorta) - nachází se nad pupkem a tiskne se krouživými pohyby zatáčené pěsti k páteři. Stlačuje se při vysoké amputaci dolní končetiny nebo gynekologickém krvácení.
- Stehenní tlakový bod (a. femoralis = stehenní tepna) - nachází se na vnitřní straně stehna popř. v třísele. Stlačuje se při amputaci dolní končetiny nebo při krvácení ze stehna.
- Podkolenní tlakový bod (a. poplitea = podkolenní tepna) - nachází se mezi zadní částí stehna a lýtka. Stlačuje se při krvácení z lýtka nebo při amputaci nohy.

Tlakový obvaz - skládá se ze tří vrstev: 1. Sterilní krycí čtverec, 2. Sterilní tlaková vrstva, 3. Pevné otáčky obinadla. Tlakový obvaz nesmí škrtit (lze zjistit stisknutím nehtového lůžka - po uvolnění tlaku se musí místo ihned prokrvit, pokud ne, je nutné obvaz povolit). Dále nesmí být přikládání obvazu bolestivé. Pokud krev nadále prosakuje, je to varování, že krvácení dále pokračuje – lze přiložit dvě tlakové vrstvy. Končetina, na které je přiložen tlakový obvaz, nesmí být studená a musí být hmatný pulz na periferii.

Přiložení zaškrcovadla - používá se nejčastěji pro zastavení krvácení z pažní nebo stehenní tepny. Užívá se především tam, kde nelze krvácení zastavit jiným způsobem - např. ztrátová poranění. Zaškrcovadlo se nesmí přikládat přímo na kůži, ale je nutné podložit jej nějakou látkou. Jako škrtidlo lze použít Esmarchovo obinadlo nebo nějaký širší pruh látky (šátek, kravata), pásek atd. Látka nesmí být užší než pět centimetrů. Vždy se zaškrcuje nad místem krvácení blíže k srdci. Zaškrcovanou část je dobré znehybnit, chladit (zpomalení metabolismu) a popsat časem přiložení zaškrcovadla. Přiložené zaškrcovadlo se nesmí zásadně povolovat až do příjezdu odborné pomoci.

1.3.4.3 Zevní krvácení

1) **Tepenné krvácení** - velké ohrožení pro člověka. Při poranění stehenní, pažní nebo krční tepny může dojít během šedesáti až devadesáti sekund k vykrvácení. Nutná včasná první pomoc.

Příčiny - řezná poranění ostrým předmětem (nůž, sekera)

- bodná poranění
- dopravní nehody (traumata, amputace)
- sebevraždy (suicidium)

Příznaky - krev z rány vystřikuje, je jasně červená, pulzuje

- slabost, pocit chladu, studený pot, tachykardie, mdloby, hypotenze - poškozený postupně upadá do hypovolemického šoku.

První pomoc - vložíme prsty do rány a stlačíme.

- stiskneme tepnu v tlakovém bodě.
- přiložíme tlakový obvaz - při prosakování obvazu navážeme ještě dvě vrstvy, pokud obvaz stále prosakuje, volíme zaškrcovadlo.
- pokud se v ráně nachází cizí těleso - nepoužíváme tlakový obvaz.
- při poranění krkavice či podklíčkové tepny - stlačíme tepnu v místě rány až do definitivního chirurgického ošetření. Sterilita není prioritní problém.
- kontrola fyziologických funkcí (P, D, GCS = Glasgow Coma Scale).
- při bezvědomí je nutné zprůchodnit dýchací cesty a uvést postiženého do stabilizované polohy (pokud to zranění dovoluje).
- poloha postiženého při vědomí je volena dle typu poranění.
- protišoková opatření - 5T (blíže viz dále)
- zavoláme ZZS

! Velké tepenné krvácení se musí zastavit jakýmkoliv způsobem co nejdříve. Ztráta času je chyba, která může postiženého stát život!

2) Žilní krvácení

Příčiny - poranění křečové žíly na noze

- řezná a bodná poranění
- dopravní nehody

Příznaky - tmavě červená krev volně vytékající nebo valící se z rány

- bledost, opocenosť, tachykardie (zrychlený pulz)

První pomoc - postiženou končetinu elevujeme a přiložíme tlakový obvaz (tři vrstvy - sterilní krytí rány, tlaková vrstva, obinadlo).

- kontrola fyziologických funkcí (P, D, GCS).
- protišoková opatření - 5T.
- transport k definitivnímu ošetření, v případě krvácení většího rozsahu volat ZZS.
- pokud bude obvaz prosakovat, lze přidat ještě maximálně dvě vrstvy - původní vrstva se neodstraňuje. Pokud prosakování pokračuje, je nutné končetinu zaškrtnit - zaškrcujeme mezi ránou a srdcem, zapíšeme čas zaškrcení.

3) Vlasečnicové krvácení

Příčiny - odřeniny nebo škrábnutí

- obvykle není vážné

První pomoc - okolí rány zbavíme nečistot a vydezinfikujeme, na ránu přikládáme, pokud možno, sterilní krytí a fixujeme obinadlem.

- pokud je rána většího rozsahu - transport na chirurgické ošetření.

1.3.4.4 Vnitřní krvácení

Vnitřní krvácení je velmi zrádné, protože chybí alarmující pohled na vytékající krev a je na něj třeba myslet, pokud se stav postiženého zhoršuje.

Příznaky - bolest a citlivost v okolí postižené oblasti

- bledost, slabost, únava, tachykardie (špatně hmatný nitkovitý pulz),
nízký krevní tlak

- zrychlené povrchní dýchání, akra jsou chladná.

A) Krvácení do dutiny lebeční

Při tomto krvácení dochází k útlaku mozkové tkáně, projevující se hlubokým bezvědomím - bezprostřední ohrožení postiženého na životě. Nejčastěji vzniká při dopravních nehodách (náraz hlavou na volant), při různých pádech, při skocích do neznámé vody atd.

První pomoc - kontrolujeme fyziologické funkce (P, D).

- zabezpečíme průchodnost DC - zabránění vdechnutí cizího tělesa
- postiženého uvedeme do stabilizované polohy (hlava výše než tělo)
- 5T, voláme ZZS

B) Krvácení do hrudní dutiny (hemotorax)

Vzniká většinou při tupých poraněních hrudníku při dopravních nehodách, sportovních akcích, napadeních, pádech z výšky atd. Projevuje se neklidem, nářkem, dušností, povrchním a zrychleným dýcháním, tachykardií.

První pomoc - kontrolujeme fyziologické funkce (P, D).

- postiženého uvedeme do Fowlerovy polohy - viz Polohování
- 5T, uklidňujeme postiženého, voláme ZZS.

C) Krvácení do břišní dutiny (hemoperitoneum)

Vzniká při tupých poraněních břicha (napadení, sportovní akce atd.). Mezi příznaky patří bolestivost, nářek, zmatenost, tachykardie, nízký krevní tlak, slabost - rychlý rozvoj šoku.

První pomoc - kontrolujeme fyziologické funkce (P, D).

- postiženého uložíme do vhodné polohy - na zádech s podloženou hlavou a dolními končetinami (paty se nedotýkají podložky).

- 5T, uklidňujeme postiženého, voláme ZZS.

1.3.4.5 Krvácení z tělních otvorů

A) Krvácení z nosu (epistaxe)

Nejčastější případ tohoto druhu krvácení, zapříčiněného sníženou krevní srážlivostí, vysokým krevním tlakem, úrazem nebo zlomeninami spodiny lebeční.

První pomoc - postiženého posadíme, hlavu mu předkloníme a stiskneme nosní dírky, postižený dýchá ústy.

- přikládáme studené obklady na nos a zátylek, pokud postiženému zatéká krev do úst, vyplivuje ji, nepolyká!

- pokud nedojde k zástavě krvácení do deseti minut nebo je masivní, je nutné volat ZZS

- při bezvědomí uložíme postiženého do stabilizované polohy, kontrolujeme fyziologické funkce (P, D), 5T, voláme ZZS.

B) Krvácení z ucha (otitorrhagie)

Vyskytuje se nejčastěji u zlomenin spodiny lebeční nebo při přímém poranění zvukovodu nebo ušního bubínku např. následkem výbuchu. Postižený je často v bezvědomí.

První pomoc - na ucho přiložíme krycí obvaz (pokud možno sterilní), dále ucho podložíme dostatečnou savou vrstvou.

- pokud je postižený v bezvědomí, uvedeme jej do stabilizované polohy postiženou stranou dolů, aby mohla krev odtékat.

- pokud je postižený při vědomí, provádíme první pomoc u postiženého vsedě (pokud nemá jiná poranění vyžadující jinou polohu).

- do ucha NIKDY nezavádíme žádné předměty - tampony, gázu, ucpávky

- kontrolujeme fyziologické funkce, 5T, voláme ZZS.

C) Krvácení z ústní dutiny

Vyskytuje se po vytržení či vyražení zubů, při zlomeninách čelisti, při zlomenině spodiny lebeční, krvácení z jazyka po pokousání či poranění.

První pomoc - u postiženého při vědomí ho uvedeme do polohy vsedě, s otevřenými ústy a předkloněnou hlavou.

- pokud postižený krvácí z jazyka, měkkého patra nebo nosohltanu, stlačíme krční tlakový bod na postižené straně.

- pokud jde o krvácení z vnitřní strany tváře, stlačíme postiženému lícní tlakový bod.

- u většího krvácení po vytržení zubu, vložíme do rány dvakrát vyšší tampon (nebo smotaný kapesník) než okolní zuby a necháme postiženého skousnout na deset až dvacet minut, po uplynutí této doby pomalu stisk povolí. Ústa se nesmí vyplachovat.

- u postiženého v bezvědomí ho uložíme do polohy na břiše s podložením čela a ramen, na zátylek přiložíme studený obklad.

- sledujeme celkový stav postiženého, fyziologické funkce.

- zajistíme 5T a voláme ZZS.

1.3.5 První pomoc při poruše vědomí

Vědomí je funkce CNS a aktivní stav lidské psychiky, orientace v prostoru, čase, situaci i ve vlastní době.

Podmínky pro správné fungování vědomí: - neporušená stavba nervových buněk

zdrojů (kyslík, glukóza)

- dostatečná dodávka energetických
- funkční krevní oběh

- fyziologické pH mozkové tkáně a

mozkomíšního moku

- normální nitrolební tlak

- metabolická rovnováha v organismu

1.3.5.1 Příčiny poruch vědomí

a) Vnější příčiny: - uzavřené úrazy hlavy - otřes nebo zhmoždění mozku, krvácení do mozku nebo mozkových obalů.

- otevřené úrazy hlavy - zlomeniny lebky
- inhalační intoxikace - těkavé látky (výpary), dým, oxid uhelnatý a další plyny
- alimentární intoxikace - alkohol, nemrznoucí směsi, léky, jedovaté houby
- kontaktní (transkutánní) intoxikace - pesticidy, bojové chemické látky, chemikálie
- fyzikální příčiny - úraz elektrickým proudem, přehřátí, podchlazení, dušení nebo škrcení, oběšení, tonutí, alergický otok DC.

b) Vnitřní příčiny: - poškození mozku při CMP (cévní mozková příhoda), infekční onemocnění CNS, nádory CNS, epilepsie

- metabolické příčiny - hypoglykemické nebo hyperglykemické koma, bezvědomí při jaterním nebo ledvinném selhání, při endokrinních poruchách
- kardiovaskulární příčiny - náhlá zástava oběhu z důvodu srdečního onemocnění nebo jako komplikace nezvládnutého šoku

Porucha vědomí může náhle vzniknout nebo se rozvíjí postupně hodiny až dny. Mají dlouhé trvání.

1.3.5.2 První pomoc u postiženého v bezvědomí

- uložení do stabilizované polohy, každých třicet minut přetočit na druhou stranu.
- pátráme po příčině bezvědomí a dalších poranění.
- kontrolujeme fyziologické funkce, popř. zahájíme resuscitaci.
- 5T, voláme ZZS.

1.3.5.3 První pomoc u postižených v synkopě

Dělení kolapsů: - vazovagální kolaps - způsoben vyčerpáním, horkem, dlouhodobým stáním, pobytem na horkém a vydýchaném vzduchu, silným emočním podnětem - strach, bolest.

- ortostatický kolaps - způsoben náhlým napřímením po dlouhodobém ležení - při požití léků pro snížení krevního tlaku, arytmie

Varovné příznaky: - nevolnost, závrať, zatmění před očima, bledost, studený pot, hučení v uších.

První pomoc: - postiženého uvedeme do protišokové polohy.

- zajistíme čerstvý vzduch, na čelo přiložíme studený obklad.
- kontrolujeme fyziologické funkce a průchodnost dýchacích cest.
- pokud je postižený v bezvědomí, uložíme ho do stabilizované polohy. - 5T, voláme ZZS.

1.3.5.4 Protišoková opatření = 5T

1) Teplo - snažíme se zachovat vlastní teplo zraněného (zamezení ztrátám).

- postiženého neponecháváme na zemi, nenecháme ho v mokré oděvu a zbytečně ho nesvlékáme.

- neukládáme postiženého do blízkosti zdroje tepla.

- vhodné je použití alufolií.

2) Ticho - uklidníme postiženého, zajistíme klid i v jeho bezprostředním okolí.

- klidným promlouváním udržujeme kontakt s postiženým, ale zbytečně ho neunavujeme a současně sledujeme jeho stav.

3) Tekutiny - NEPODÁVÁME tekutiny per os (ústy), pocit žízně tlumíme pouze zvlhčováním úst a dutiny ústní - tekutiny se nepodávají ústy kvůli poruše vstřebávání tekutin ze zažívacího traktu - zvyšuje se nebezpečí zvracení a tím i možnosti vdechnutí zvratků.

4) Transport - vždy musí být šetrný a změny polohy postiženého provádíme pozvolna. - odvoz ZZS

- 5) Tíšení bolesti** - především postiženého znehybníme, bolest šok ještě zhoršuje.
- ošetříme veškerá zranění a necháme na postiženém, aby si polohu vyhledal sám.
 - NEPODÁVÁME žádné léky ústy.
 - léky se podávají pouze i. v., ale tento úkon již provádí kvalifikovaní zdravotníci.

1.3.6 První pomoc u náhlých poranění z fyzikálních i jiných příčin

1.3.6.1 Termická poranění

Jsou to poranění způsobená teplem nebo chladem. Mohou být buď celková (přehřátí, podchlazení) nebo lokální (popáleniny, omrzliny).

1) Přehřátí organismu

Vzniká delším pobytem v teplém prostředí. Následkem přehřívání dochází ke ztrátě tekutin, poruše termoregulace a vzestupu tělesné teploty až na 41°C.

a) Úžeh - vzniká v důsledku přímého působení slunečních paprsků na hlavu - překrvování mozkových obalů.

- příznaky: slabost, nevolnost, zvracení, zčervenání kůže až puchýře, febrilie, zimnice.

b) Úpal - celkové přehřátí organismu

- příznaky: zarudlá, suchá a horká kůže, může být i slabé pocení, tvrdý rychlý pulz, vysoká horečka, později až náhlá ztráta vědomí, křeče, otok mozku, smrt. Pokud postižený před tím pil alkohol, zhoršuje to prognózu.

První pomoc: - postiženého přemístíme do chladnějšího prostředí, uložíme ho do polohy vleže se zvýšenou hlavou, dále musíme odstranit tísníci části oděvu, chladíme povrch těla proudem vzduchu a studenými obklady.

- pokud je postižený při vědomí, podáváme tekutiny.

- pečujeme o dýchání a oběh.
- pokud má postižený poruchu vědomí nebo jeví známky šoku, provedeme 5T, voláme ZZS a zajistíme transport.

2) Podchlazení organismu

Vzniká působením chladu na organismus delší dobu, zvláště ve větru, dešti nebo sněhu, a pokud je postižený málo oblečený. Dochází k závažnému podchlazení, kdy teplota těla klesá pod 36°C. Negativně také působí tělesné vyčerpání, požití většího množství alkoholu (zvyšuje ztrátu tělesného tepla a snižuje schopnost vnímání nebezpečí).

Příznaky: - a) při teplotě 36,5°C - 34°C - chladový třes, podrážděnost, bolesti končetin, namodralá bledost kůže, tachykardie, prohloubení dechu.

- b) při teplotě 34°C - 30°C - přibývá spavost, ztuhlost svalstva, zpomalený a nepravidelný pulz, nepravidelné a povrchní dýchání.

- c) při teplotě 30°C - 27°C - hluboké bezvědomí, skoro nehmatný pulz, nedostatečné a nepravidelné dýchání.

- d) při teplotě 27°C - 24°C - kóma, zástava dýchání a oběhu, smrt.

První pomoc: - musíme zabránit aktivním i pasivním pohybům (nebezpečí přesunu chladné krve z periferie do tělesného jádra), dalšímu prochlazení.

- pokud možno přeneseme postiženého do teplého prostředí nebo ho zabalíme do přikrývek popř. alufolie.

- cíleně podporujeme fyziologické funkce, pokud je třeba.

- voláme ZZS, transport na ARO.

3) Popáleniny

Vznikají buď krátkým působením extrémně vysokých teplot na kůži, nebo delším působením relativně nízkých teplot na povrch těla. Riziková hranice je 56°C, vyšší teploty již způsobují popálení.

Příčiny: - zářivá energie (slunce, RTG záření, atomové záření)

- horké tekutiny, horká pára a plyny, mechanické tření

- plamen (oheň, elektrický oblouk)
- horká pevná tělesa (kamna, žehlička)

Popáleniny, které způsobilo vlhké horko (pára, tekutiny), se nazývají opařeniny.

Komplikace popálenin: - rozvoj šoku v důsledku ztráty tekutin a bolesti

- inhalační poškození (popálení dýchacích cest)
- celková intoxikace jedovatými zplodinami (inhalace teplého kouře, páry, jedovatých zplodin hoření)
- celková reakce organismu = nemoc z popálení
- infekce (rozsáhlá ranná plocha)

Popáleninový šok – vzniká náhlým únikem tekutin z teplem poškozených cév do popáleninových otoků, puchýřů i ranných ploch. To způsobuje snížení náplně krevního řečiště. U malých dětí stačí popálených pět až deset procent povrchu těla a šok se rozvine. U dospělých je to patnáct procent.

Stupně závažnosti popálenin

I. stupeň - zčervenání, zduření, bolest

II. stupeň - a) zčervenání, puchýře, bolest, poškození povrchových vrstev hojení bez jizev
b) puchýře, bolest, anemická kůže, poškození hlubokých vrstev, tvorba jizev

III. stupeň - nekróza, příškvary, šedá, bílá nebo černá kůže, nejsou bolesti, ke spontánnímu hojení nedochází, tvoří se jizvy.

První pomoc: - musíme přerušit další působení tepla (uhašení ohně, odstranění nelpících částí oděvu a šperků, které nejsou s kůží spečeny.

- okamžitě chladíme popálené plochy buď proudem tekoucí vody, poléváním, ponořením, sprchováním nebo přikládáním mokrých obkladů (alespoň patnáct až dvacet minut, do vymizení bolesti).

- nesmíme chladit ledem nebo ledovou vodou a nesmíme chladit, pokud jde o popálení celého povrchu těla nebo rozsáhlé popáleniny.

- nesmíme chladit, pokud je rozsah popálení větší než dvacet procent u dospělých, nad deset procent u dětí od dvou do deseti let, nad pět procent povrchu u batolat, u novorozenců a kojenců NIKDY.

- sterilně kryjeme, nesmíme užívat žádné masti, zásypy atd.; do mokrých obkladů nebalíme ani trup ani stehna.

- zajistíme prevenci ztráty tělesného tepla (zabalení postiženého).

- zajistíme fyziologické funkce a voláme ZZS.

4) Omrzliny

Obvykle vznikají na nekrytých částech těla, na špatně prokrvených periferních částech těla nebo v místech vystavení tlaku (boty, tísnící oděv). Důležité faktory jsou i věk (starší lidé omrznou častěji), celkový tělesný stav (vyčerpání) a také doba působení chladu.

Stupně závažnosti omrzlin:

I. stupeň - bledá, nařívá, málo prokrvená kůže, zahřívání není příjemné

II. stupeň - necitlivá, nažloutlá kůže s puchýři

III. stupeň - nenávratná odúmrť tkáně (amputace), zmrzlé části jsou zkřehlé, po rozmrznutí se rozpadají.

První pomoc: - uvolníme těsný oděv, vyzujeme těsné a mokré boty, vysvlečeme promočený oděv.

- postiženého přikryjeme suchou a teplou přikrývkou.

- periferní části končetin můžeme také postupně zahřívát ve vlažné vodě (teplota vody nesmí překročit teplotu těla), postižený NESMÍ chodit a NESMÍME třít kůži.

- kontrola fyziologických funkcí, voláme ZZS.

1.3.6.2 První pomoc u postižení způsobených chemikáliemi

1) Poleptání - suché = koagulační nekrózy - způsobené kyselinou

- rozbředlé = kolikvační nekrózy - způsobené louhem

Závažnost poleptání je vždy závislá na koncentraci chemikálie a době působení na tkáň. Pokud jsou poleptány sliznice, jde vždy o závažnější stav, než je poleptání kůže.

Příznaky: - poleptání kyselinami - vytvoření příškvaru, tmavá barva
- poleptání louhy - rozbředlá rána žlutohnědé nebo zelené barvy, působí více do hloubky.

První pomoc: - postižené místo musíme co nejvíce oplachovat (hlavně obličej, oči a sliznice) - dlouhou dobu minimálně patnáct až dvacet minut.

- u poleptání kůže se snažíme chemikálii neutralizovat opačně působící chemikálií v nízké koncentraci - u poleptání kyselinou neutralizujeme roztokem mýdla, jedlé sody nebo mlékem a sterilně kryjeme.

- u poleptání louhem neutralizujeme octovou vodou nebo roztokem kyseliny citronové a sterilně kryjeme.

- při rozsáhlejších poleptáních přistupujeme k ráně jako k popáleninám.

- při zasažení oka - pouze vyplachovat z vnitřního do vnějšího koutku, nepoužíváme žádné neutralizační roztoky.

- vždy odvezeme postiženého k odbornému ošetření.

2) Požití chemikálie

Nejzávažnější stav. Většinou k požití dochází nešťastnou náhodou, když se člověk nevědomky napije z láhve od minerálky, limonády či piva, ve které je ale chemikálie. Podobně je to i u malých dětí, které snědí louh sodný v domnění, že to jsou bonbóny.

První pomoc: - ! NEVYVOLÁVAT ZVRACENÍ ! - vyvolat pouze bezprostředně po příhodě, jinak ne!

- nesmíme postiženému dávat nic ústy.

- pouze vypláchneme ústa neutralizačním roztokem a necháme to postiženého vyplivnout, ihned voláme ZZS.

1.3.6.3 První pomoc při úrazu elektrickým proudem

Časté, velmi závažné poranění. Dochází při něm k průchodu elektrického proudu tělem. Tento kontakt může vyvolat závažné poruchy srdeční činnosti, činnosti mozku, poškození kůže a hlubších tkání. Jsou 3 typy zasažení elektrickým proudem:

a) Nízké napětí 220 V - 380 V - střídavý proud - pokud proud projde mozkiem, nastává ztráta vědomí. - pokud proud projde srdcem, nastává zástava oběhu. - tento proud se přeměňuje v teplo, proto vznikají popáleniny orgánů, kůže a vyvolává křeče, které mohou způsobit zlomeniny.

b) Vysoké napětí řádově v kilovoltech - je nejhorší, vznikají popáleniny neslučitelné se životem. Jen velmi málo postižených úraz vysokým napětím přežije.

c) Úraz bleskem - má sice mnohem větší napětí než vysoké napětí, ale výboj trvá jen desetiny vteřiny. Ovlivňuje buď funkci mozku (bezvědomí) nebo funkci srdce (zástava oběhu). U tohoto úrazu je velká pravděpodobnost záchrany.

Při úrazech elektrickým proudem hodně závisí na velikosti napětí a hlavně na velikosti odporu při průchodu proudu tělem - čím nižší odpor tím vyšší pravděpodobnost úmrtí.

První pomoc: - nejdříve musíme odstranit zdroj elektrického proudu - vypnutí proudu, oddělení postiženého od vodiče nevodivým předmětem (dřevěná tyč) nebo odtáhnutí postiženého za suchou část oděvu. ! POZOR NE vlhké ani kovové předměty! - kontrolujeme fyziologické funkce, popř. provedeme KPR, ošetříme popáleniny a zlomeniny, voláme ZZS.

1.3.6.4 První pomoc při tonutí

Vniknutí tekutiny do plic „vlhké tonutí“ nebo pokud vznikne laryngospasmus „suché tonutí“. Tonutí může být vyvoláno buď přeceněním sil, závažnými chorobami, zasažení bleskem, skokem nebo pádem do vody, podchlazením nebo násilným činem. Následky jsou různé podle typu vdechnuté vody:

1) aspirace sladké vody - hypervolemie, hemolýza

2) aspirace slané vody - plicní edém, hypovolemie, hemokontrace, zvýšení hematokritu, snížení kolující krve.

Příznaky: - panický strach, excitace, nekoordinované pohyby, ztráta vědomí, nepravidelné dýchání až apnoe, cyanosa, křeče, zástava oběhu, hypotermie, projevy plicního edému

První pomoc: - musíme postiženého vytáhnout z vody, ale myslíme na vlastní bezpečí. - kontrolujeme fyziologické funkce, uvolníme dýchací cesty, provedeme KPR.

- postiženého uvedeme do polohy dle jeho stavu, hlavně musíme myslet na možné poranění krční páteře, takže neprovádíme záklon hlavy.

- postiženého svlékneme, osušíme, zahřejeme, 5T, voláme ZZS.

1.3.6.5 První pomoc při intoxikacích (otravy)

Jde o požití, vdechnutí či kontakt s jedovatou látkou. Na vzniku otrav se podílí v šedesáti procentech případů omyl nebo nešťastná náhoda, v dvaceti pěti procentech jde o sebevražedné úmysly, v pěti procentech jde o předávkování drogami či alkoholem a ve třech procentech jde o chybu v medikaci.

Cesty vstupu jedu do těla: - přes trávicí trubici = požití (chemikálie, léky, houby, rostliny)

- inhalační cestou = vdechnutí (CO, výpary chemikálií)

- kůží - neporušenou - organofosfáty = přípravky pro hubení škůdců

- porušenou - pokousání živočichem

- injekční cestou - drogy, léky

Příznaky: - útlum životních funkcí - bezvědomí, zástava dechu a oběhu; lokální potíže - u požití např. krvácení z trávicího traktu, zvracení atd.

- intoxikace se také nemusí projevit hned, ale až s postupem času - např. u snědení muchomůrky zelené.

První pomoc: - musíme zabránit dalšímu vniknutí látky do organismu.

- zajistíme fyziologické funkce popř. KPR.

- pokud postižený zvrací, musíme zvratky uchovat, dále také uchováme krabičky od léků nebo zbytky rostliny, či houby.

- při otravě jídlem vyvoláme zvracení a podáme nespecifické antidotum (rozdrtíme několik tablet živočišného uhlí a necháme to postiženému vypít).

- pokud postižený požil louh, kyselinu, saponáty či dezinfekční prostředek, zvracení NEVYVOLÁVÁME!

- vždy voláme ZZS.

1.3.7 První pomoc při poraněních

1.3.7.1 První pomoc při poranění hlavy a CNS

Nejčastější úraz ze všech, při dopravních nehodách tvoří sedmdesát až sedmdesát pět procent všech poranění. Dále k tomuto poranění dochází při pádech z výšky, při skocích do neznámé vody, při kriminálních a suicidiálních činech.

První pomoc: - kontrolujeme fyziologické funkce a vědomí popř. zahájíme KPR.
- postiženého uvedeme do stabilizované polohy, ošetříme krvácení, voláme ZZS.

1.3.7.2 První pomoc při poranění páteře a míchy

Jedno z nejkritičtějších poranění, které se vyskytuje u dopravních nehod, pádů z výšky a násilných činů. Následkem poranění míchy je porucha citlivosti a hybnosti pod místem poranění - může vzniknout paraplegie (ochrnutí dolních končetin) nebo kvadruplegie (ochrnutí všech končetin).

Příznaky: - ochrnutí a ztráta citlivosti
- pokud má postižený jen poranění míchy, cítí bolest v místě poranění a je oběhově stabilizovaný.
- pokud se začne rozvíjet šok, je to známka současného jiného závažného poranění.

První pomoc: - pokud máme podezření na poranění míchy, neprovádíme žádné nevhodné a nešetrné manipulace - nejlepší je ponechat postiženého ve stejné poloze a teprve s dalšími čtyřmi až pěti lidmi ho vyprostíme.

- postiženého uložíme do šetrné polohy na zádech na tvrdou podložku.
- při poranění krční páteře hlavu a krk fixujeme alespoň polštáři, botami z obou stran, abychom zabránili zbytečným pohybům hlavy a tím i dalšímu poranění míchy, voláme ZZS.

1.3.7.3 První pomoc při poranění hrudníku

Příznaky: - dechová nedostatečnost a bolest

První pomoc: - uložíme postiženého do polosedu.

- při otevřených poraněních je velmi nutné překrýt ránu sterilním mulovým čtvercem.

- při paradoxním dýchání musíme fixovat vylomenou část hrudní stěny smotaným kusem látky a elastickým obinadlem nebo postiženého uložíme na bok na postiženou stranu.

- při proniknutí cizího tělesa do hrudní dutiny (např. nůž) nesmíme těleso vyndávat, ale ponechat v ráně, okolí rány pouze dezinfikujeme a překryjeme gázou.

- kontrolujeme fyziologické funkce, 5T, voláme ZZS.

1.3.7.4 První pomoc při poranění břicha

Vznikají při dopravních nehodách, pádech z výšky nebo kriminálních činech.

Příznaky: - bolesti břicha, výrazné napětí a bolestivost břišní stěny

- známky šoku

- postižený zaujímá úlevovou polohu.

První pomoc: - postiženého uložíme do protišokové polohy s podloženými dolními končetinami.

- kontrolujeme fyziologické funkce, 5T.

- při vyhřeznutí střev mimo břišní dutinu, střeva nezastrkujeme zpět, ale pouze sterilně překryjeme a ovážeme.

- pokud je v ráně cizí těleso, nevytahujeme jej, pouze okolí rány dezinfikujeme a překryjeme gázou, voláme ZZS.

1.3.7.5 První pomoc při poranění končetin

Vyskytují se ve více než padesáti procentech všech úrazů.

Zlomeniny - porušení celistvosti kosti vlivem přímého nebo nepřímého násilí jsou buď otevřené (proniknutí kostních úlomků přes svalstvo a kůži navenek), nebo zavřené (zlomenina zůstává kryta svalstvem a neporušenou kůží). Při zlomenině dlouhých kostí dochází ke krvácení jak z dřene kosti, tak i z cév okolních tkání. Při otevřených zlomeninách je krvácení nápadné.

Příznaky: - zřetelné úlomky kosti v otevřené ráně, úchylné postavení končetiny (výchylka z podélné osy), nadměrná pohyblivost periferní části, chrastění (krepitace) při pohybu a pohmatu; dále bolestivost, zduření, porucha funkce.

První pomoc: - nesmí se kost reponovat, reponujeme pouze v případě, že je kost úhlovitě ohnutá a není možné ji znehybnit.

- kost znehybníme pomocí dlah.

- voláme ZZS nebo při lehčích zlomeninách transportujeme postiženého k odbornému ošetření.

Vykloubení - vysunutí konců dvou kostí, které tvoří kloub, z jejich normálního postavení přímým nebo nepřímým násilím. Dochází k poranění kloubního pouzdra i okolních vazů.

Příznaky: - nesprávné postavení v kloubu, nemožnost aktivního pohybu v kloubu, pérový odpor a výrazná bolest při pokusu o pasivní pohyb.

První pomoc: - opět vykloubený kloub nesmíme reponovat.

- znehybníme končetinu v té poloze, v jaké se kloub nachází.

- voláme ZZS nebo při lehčích poraněních postiženého transportujeme do zdravotnického zařízení.

1.3.7.6 První pomoc při poraněních způsobených zvířaty

a) Bodnutí hmyzem

Tento typ poranění se vyskytuje hlavně v teplých měsících a představují nebezpečí hlavně u alergiků. Původci jsou nejčastěji vosy, včely, čmeláci, komáři, některé mouchy. Nejnebezpečnější je bodnutí do oblasti horních dýchacích cest, krku a jazyka.

Příznaky: - bolest, případné žihadlo v ráně, otok, zarudnutí, pálení, svědění
- je možná následná alergická reakce - zhoršené dýchání, známky anafylaxe.

První pomoc: - žihadlo, pokud v ráně zůstalo, vyndáme pinzetou.
- postižené místo chladíme a postiženého uložíme do polosedu s opřením hlavy a zad.
- kontrolujeme životní funkce, stav postiženého, 5T; pokud je to nutné, voláme ZZS.

c) Přisátí klíštěte

Většinou se vyskytují v teplých měsících, v travách nejvýše do padesáti centimetrů nad zemí. Největší nebezpečí u prisátí klíštěte je, že může být infikováno (Lymeská borelióza, klíšťová encefalitida), proto je nutné místo prisátí minimálně týden kontrolovat a pokud se zarudlé místo zvětšuje (velikost větší než pětikoruna) a nastupují chřipkové příznaky (bolesti hlavy, horečka), neprodleně odvezeme postiženého do zdravotnického zařízení.

Postup při vyndávání klíštěte: - klíště zakápneme dezinfekcí (Jodisol), chvíli počkáme, poté klíště chytíme do pinzety a kývavými pohyby ze strany na stranu klíště opatrně vytáhneme. - ranku dezinfikujeme a hlídáme.

d) Pokousání psem, kočkou, liškou

U tohoto poranění hrozí hlavně nebezpečí infekce vzteklinou. Proto je nutné, pokud možno, zvíře odchytit a odvézt na veterinární stanici pro ujištění, že zvíře není infikované. Pokud se jedná o známého psa či kočku nebo je majitel incidentu přítomen, je nutné ověření o očkování zvířete.

Ránu vymyjeme, dezinfikujeme a kryjeme. Poté postiženého neprodleně odvezeme do zdravotnického zařízení na očkování a případné sešití.

Vzteklina je závažné a smrtelné onemocnění. Jeho inkubační doba se pohybuje mezi čtrnácti dny až půl rokem. Toto onemocnění postihuje CNS. Postižený má změněné chování, je přecitlivělý na hluk, světloplachý, potí se, sliní a slzí, je neklidný,

má horečku, hydrofobii (panický strach z vody při pohledu na ni nebo stačí jen slyšet tekoucí vodu), přeludy a halucinace. Onemocnění končí ochrnutím dýchacího centra, tedy udušením.

1.3.7.7 První pomoc při řezných ránách

Příčiny: - nůž, nůžky, plech, sklo...

Příznaky: - bolestivost v místě poranění, krvácení

První pomoc: - uložíme postiženého do vhodné polohy.

- ránu, pokud možno dezinfikujeme, přiložíme sterilní krytí a obvážeme. - postiženou část znehybníme, 5T, voláme ZZS (při větších poraněních), při menším poranění odvezeme postiženého do zdravotnického zařízení k odbornému ošetření.

1.3.7.8 První pomoc při bodných ránách

Příčiny: - nůž, nůžky, jehla, hřebík, vidle (následek je vážné vnitřní zranění, při hluboké ráně se zvyšuje riziko nebezpečí infekce)

Příznaky: - bolestivost v místě rány, příznaky šoku, v ráně může být i těleso

První pomoc: - uložíme postiženého do vhodné polohy (dle zranění).

- předmět z rány NEVYTAHUJEME, jen okolí odenzifikujeme a obložíme gázou, při obvazování nesmějí jít otáčky přes předmět.

- kontrolujeme fyziologické funkce, 5T, voláme ZZS.

1.3.7.9 První pomoc při sečných ránách

Příčiny: - seknutí sekyrou, mačetou

- vznikají zráťová poranění = amputace, skalpace

Příznaky: - bolestivost v místě rány, amputovaná část těla, příznaky šoku

První pomoc: - postiženého uložíme do polohy na zádech se zvednutými dolními končetinami a postiženou částí.

- zastavíme krvácení, kontrolujeme fyziologické funkce, 5T, voláme ZZS.

- amputovanou část vložíme do igelitového pytlíku do ledu nebo studené vody a pošleme společně s postiženým do zdravotnického zařízení.

1.3.7.10 První pomoc při tržných ránách

Příčiny: - stroj, pás, ostnatý drát

Příznaky: - nevýrazné krvácení, často je rána infikována.

- nepravidelné okraje rány, její části jsou znečištěny.

První pomoc: - nejprve musíme ránu odhalit, poté ji vypláchneme peroxidem vodíku nebo alespoň čistou vodou.

- okolí rány, pokud možno, dezinfikujeme, sterilně kryjeme a obvážeme. - kontrolujeme fyziologické funkce, 5T, voláme ZZS nebo, pokud to stav postiženého dovolí, převezeme ho do zdravotnického zařízení k revizi rány, zašití a přeočkování proti tetanu.

1.3.7.11 První pomoc při střelných ránách

Příčiny: - projektil (může být menší rána při vstupu a větší při výstupu z těla) - hrozí velké nebezpečí poranění vnitřních orgánů a vnitřního krvácení.

Příznaky: - bolestivost v místě střely, krvácení ze vstupu a výstupu střely, příznaky šoku a vnitřního krvácení

První pomoc: - postiženého uložíme do polohy dle typu poranění.

- zastavujeme krvácení, pokud je postižená končetina, držíme ji nad úroveň srdce. - uvolníme oděv okolo krku, hrudníku a pasu.

- kontrolujeme fyziologické funkce, 5T, voláme ZZS a také policii.

1.3.7.12 První pomoc při cizích tělesech v ránách

Příznaky: - malá cizí tělesa na povrchu rány nebo velká cizí tělesa buď, volně položená nebo zapíchnutá v ráně, bolestivost a krvácení z místa poranění.

První pomoc: - postiženého uložíme do polohy vsedě.

- ránu důkladně prohlédneme, volně ležící tělesa odstraníme

tamponem nebo vypláchneme vodou, zaklíněná tělesa NEVYTAHUJEME – ucpávají ránu a brání krvácení.

- okolí dezinfikujeme a sterilně kryjeme, pokud je v ráně vklíněno těleso, přiložíme sterilní krytí okolo tělesa, obložíme ho gázou a obvážeme tak, aby nedošlo k dalšímu proniknutí tělesa do rány.

- kontrolujeme fyziologické funkce, voláme ZZS (hlavně v případě, že těleso proniklo do tělesné dutiny nebo pokud postižený jeví známky šoku).

1.3.7.13 První pomoc při cizích tělesech v tělních otvorech

Cizí tělesa se do tělesných otvorů dostanou buď při poranění, nebo si je tam postižený vpraví sám (hlavně děti). Kromě mechanického dráždění tyto tělesa působí i chemicky, toxicky nebo infekčně.

a) Cizí těleso v nose a uchu

Vyskytuje se hlavně u malých dětí a mohou být rostlinného původu (fazole, hrášek) nebo jiné (kuličky, části hraček, mince, knoflíky). Když cizí těleso zůstane v nose, ohrožuje postiženého méně, než když sklouzne do dýchacích cest, zde může ohrozit jejich průchodnost. Pokud je cizí těleso rostlinného původu, musíme počítat s tím, že ve vlhkém a teplém prostředí nabobtná.

První pomoc: - při cizím tělese v nose se snažíme o to, aby postižený prudce vydechl nosní dírkou, pokud se nedaří, odvezeme postiženého k odbornému ošetření. NIKDY se nesnažíme těleso vyndat pinzetou - hrozí poranění sliznice a také se může předmět zasunout hlouběji.

- pokud je cizí těleso v uchu, nejprve zkusíme hlavu postiženého naklonit uchem s cizím tělesem dolů a hlavou poklepat, pokud těleso samo nevypadne, odvezeme ihned postiženého k odbornému ošetření. Opět se nesnažíme těleso vyndávat pinzetou a snažíme se zabránit tomu, aby si postižený do ucha nesahal.

b) Cizí těleso v hrtanu

Pokud se dostane cizí těleso do hrtanu, hrozí vznik laryngospasmu (křeč hlasivek).

První pomoc: - snažíme se postiženého nutit kašlat, pokud se nedaří těleso vykašlat, užijeme Gordonův úder.

1.3.8 Polohování postižených

1.3.8.1 Stabilizovaná poloha

Tato poloha zajišťuje průchodnost dýchacích cest. Jde o polohu na boku s pokrčenou spodní dolní končetinou, s vrchní dolní končetinou nataženou. Hlava je v záklonu a podložena pokrčenou vrchní horní končetinou a spodní horní končetina je natažená za tělem.

Použití: - poranění obličeje, hrudníku, baze lební, při bezvědomí se zachovanými fyziologickými funkcemi, při krvácení z dutiny ústní a nosu

Nepoužívá se: - při zlomeninách pánve, dlouhých kostí, při poranění páteře, ramen a při otevřeném poranění břicha

1.3.8.2 Rautekova zotavovací poloha

Tato poloha vyžaduje více prostoru okolo postiženého. Jde o polohu na boku s vrchní horní končetinou pokrčenou, opírající se o předloktí a podkládající hlavu v záklonu, a spodní horní končetina je natažená za tělem. Vrchní dolní končetina je pokrčena a opírá se o bérec, spodní dolní končetina leží natažená nebo mírně pokrčená za tělem.

Použití: - viz stabilizovaná poloha

1.3.8.3 Polohy vleže na zádech

a) Poloha vleže na zádech s nepodloženou hlavou a nataženými dolními končetinami

Použití: - poranění páteře

b) Poloha vleže na zádech s podloženou hlavou a nataženými dolními končetinami

Použití: - při poranění mozku a míchy, pokud je postižený při vědomí.

c) Poloha vleže na zádech s podložením hlavy a dolních končetin

Použití: - u zlomenin dolních končetin

d) Trendelenburgova poloha

Jde o polohu vleže na zádech bez podložení hlavy, kdy jsou dolní končetiny výš než hlava.

Použití: - v počátcích šoku

e) Autotransfuzní poloha

Jde o polohu vleže na zádech bez podložení hlavy, kdy jsou dolní i horní končetiny ve zvýšené poloze (kolmo k podložce).

Použití: - u krevních ztrát

1.3.8.4 Poloha na břiše

Poloha na břiše, kdy jsou podložena ramena a čelo.

Použití: - při krvácení z úst, obličeje, při popáleninách zad

1.3.8.5 Fowlerova poloha

Jde o polohu v polosedě, kdy jsou dolní končetiny buď natažené, nebo podložené pod kolena.

Použití: - při poranění hrudníku, obličeje, horních a dolních končetin

1.3.8.6 Úlevová poloha

Jde o polohu na boku, kdy jsou dolní končetiny skrčené k břichu a postižený má mírně podloženou hlavu. Tuto polohu většinou zaujímá postižený sám.

Použití: - při náhlých příhodách břišních

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíl bakalářské práce

Cílem mé práce je zjistit, zda je laická veřejnost dostatečně informována o principech první pomoci a zda je schopná poskytnout ji v adekvátní formě. Dále jsem si vytyčila cíl zjistit, v jaké míře je první pomoc probírána na základních, středních či vysokých školách a odborných učilištích, a také jak probíhají semináře na toto téma na pracovištích a v autoškolách.

2.2 Pracovní hypotézy

Hypotéza č. 1

Je laická veřejnost dostatečně informována o principech první pomoci?

ANO: 80% NE: 20%

Hypotéza č. 2

Má věk vliv na poskytnutí první pomoci?

ANO: 80% NE: 20%

Hypotéza č. 3

Má na poskytnutí první pomoci vliv pohlaví, vzdělání nebo sociální zázemí poskytovatele?

ANO: 20% NE: 80%

Hypotéza č. 4

Je dostatečná osvěta ohledně první pomoci na pracovištích, či školách?

ANO: 70% NE: 30%

2.3 Použitá metodika výzkumu

Za metodiku výzkumu jsem si zvolila formu dotazníku a některá fakta jsem zjišťovala osobně při diskusi s respondenty.

Výhodou dotazníkové formy je krátký čas strávený vyplňováním a poté i možnost diskuse s respondenty. Většinu respondentů velmi zajímalo, zda vyplnili dotazníky správně a jaké byly odpovědi, pokud se zmýlili. Díky rozhovorům s respondenty se mi podařilo získat velmi cenné informace, které bych pouhým vyhodnocením dotazníku nezjistila.

Otázky byly formulovány jednak jako uzavřené s možností jedné správné odpovědi z více možností, jednak jako polouzavřené, kde respondenti uváděli jiné možnosti, než byly v dotazníku zmíněny. Jen dvě otázky byly zcela otevřené, týkaly se zaměstnání respondentů a telefonního čísla na ZZS.

První čtyři dotazy zjišťovaly demografická data respondentů. Otázky č. 5 a č. 6 se zabývaly tím, kde se dotazovaní setkali s výukou první pomoci a kde vyhledávají informace. Sedmý dotaz zjišťoval zkušenost respondentů s první pomocí. Osmá otázka měla za úkol zjistit, zda si dotazovaní myslí, že jsou dostatečně informováni o této problematice a zbylých třináct položek v dotazníku se již týkalo znalostí vyplňujících o principech první pomoci.

Sběr dat probíhal od 5. listopadu 2007 do 13. ledna 2008. Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků, z nichž bylo vyplněno 216, což představuje návratnost sedmdesát dvě procenta.

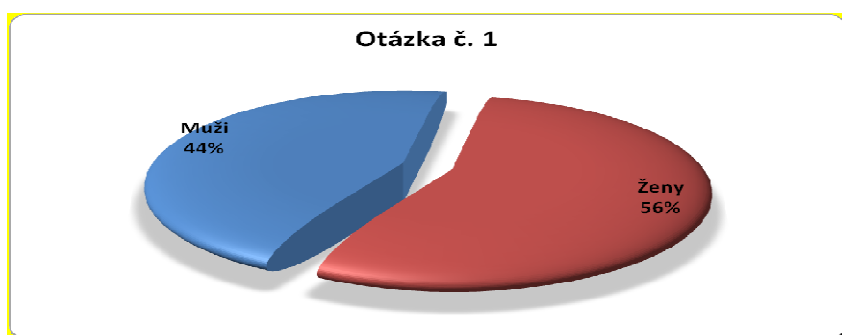
Dotazníky jsem rozdala do devátých tříd základních škol, na střední a vysoké školy a dále pracujícím lidem nejrůznějších profesí a věku.

Kompletní dotazník je k nahlédnutí v příloze.

2.4 Dílčí vyhodnocení dotazníku

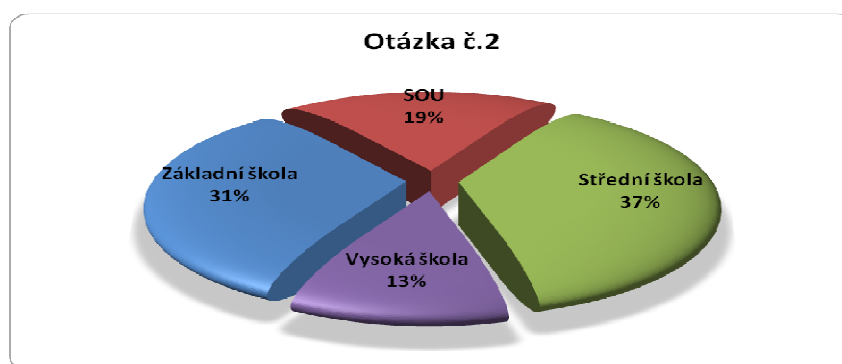
Nyní se zaměřím na vyhodnocení jednotlivých otázek.

Otázka č. 1 - Jste: Muž Žena



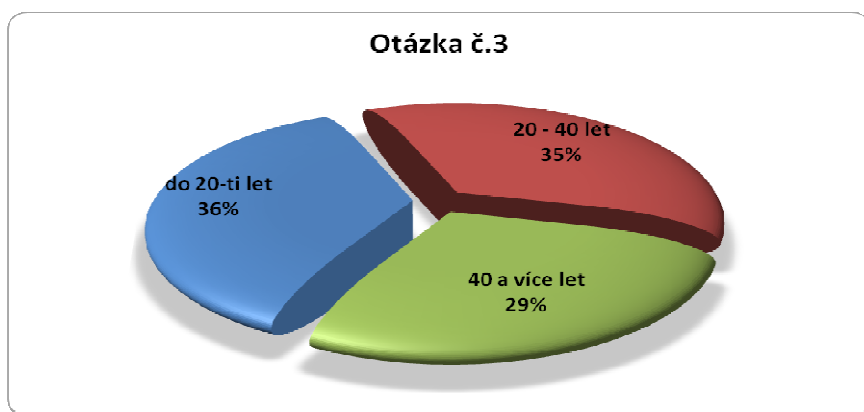
Na otázky dotazníku odpovídalo celkem devadesát šest mužů a sto dvacet žen. Zastoupení jednotlivých pohlaví je přibližně stejné.

Otázka č. 2 – Vaše dosažené vzdělání: ZŠ SOU SŠ VŠ



Ačkoliv jsem dávala dotazníky i do devátých tříd základních škol, započítala jsem tyto žáky do ukončeného základního vzdělání. Toto vzdělání označilo šedesát osm respondentů, SOU zaškrtnlo čtyřicet dotazovaných, SŠ uvedlo osmdesát vyplňujících a VŠ dvacet osm.

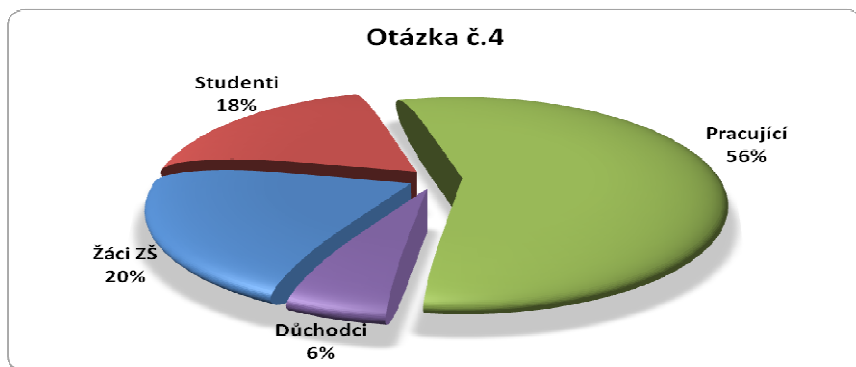
Otázka č. 3 – Váš věk: do 20 let 20 až 40 let 40 let a více



Věk respondentů jsem rozdělila záměrně do tří kategorií. A opět se povedlo téměř stejné zastoupení věkových skupin. Věk do dvaceti let uvedlo sedmdesát sedm dotazovaných, ve věku dvacet až čtyřicet let bylo sedmdesát pět respondentů a věk čtyřicet let a více označilo šedesát čtyři dotazovaných.

Otázka č. 4 Jaké je Vaše povolání?

Zde dotazující vyplňovali své zaměstnání bez možnosti výběru.



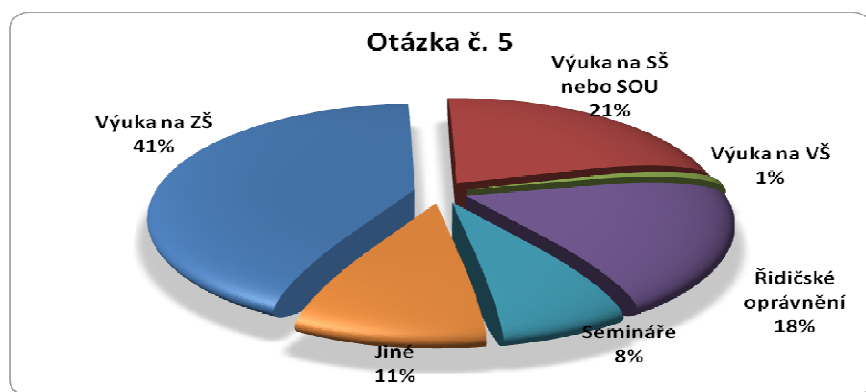
V otevřené otázce odpovídalo celkem čtyřicet tři žáků základních škol, třicet osm studentů středních nebo vysokých škol, třináct respondentů v důchodu a sto dvaadvacet pracujících, přičemž někteří jsou zároveň i studenty, ale uváděli jen

zaměstnání. V dotazníku se objevovaly nejrůznější profese, ať už na vyšších postech či nižších.

Otázka č. 5 Kde jste se s informacemi o první pomoci setkal/a?

Zde mohli dotazující označit více možností.

- a) Při výuce na základní škole
- b) Při výuce na střední škole či odborném učilišti
- c) Při výuce na vysoké škole
- d) V rámci seminářů na Vašem pracovišti
- e) V rámci přípravy k získání řidičského oprávnění
- f) Jiné



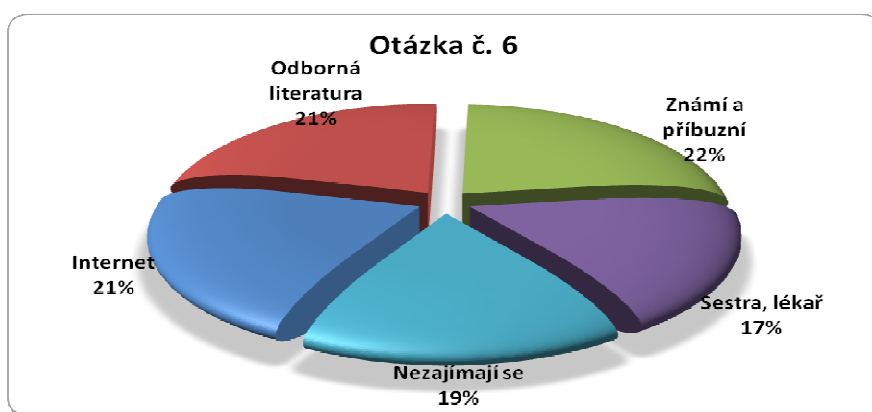
Výuku první pomoci na základní škole označilo 169 dotazovaných, což je z celkového počtu 216 vyplňujících velké procento. Výuku na střední škole či odborném učilišti označilo osmdesát osm dotazovaných, výuku na vysoké škole uvedli pouze čtyři dotazovaní. Seminářů na pracovištích na toto téma je také pramálo, tuto možnost zaškrtnulo třicet jedna respondentů. Sedmdesát tři dotazovaných uvedlo také „zdravovědu“ v rámci přípravy k získání řidičského oprávnění. Variantu **Jiné** označilo čtyřicet šest vyplňujících. V ní doplňovali přímo, kde se s výukou první pomoci setkali. Většinou uváděli tábory, kurzy, soustředění, vojnu, kroužky, ČČK, školení, přípravu na zbrojní průkaz a dokonce i televizi a rodiče.

K otázce zastoupení výuky první pomoci na jednotlivých školách a pracovištích se podrobněji zmiňuji v závěru práce v hypotéze č. 4.

Otázka č. 6 Kde vyhledáváte informace týkající se první pomoci?

Zde mohli opět dotazující označit více informací.

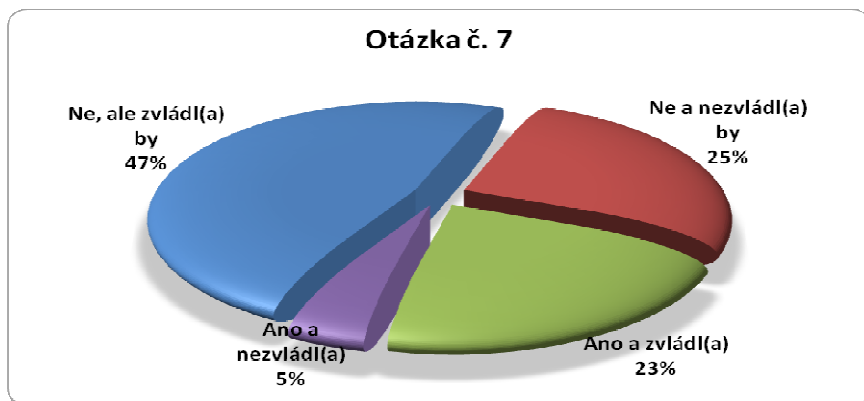
- a) Na internetu
- b) V odborné literatuře
- c) U svých známých a příbuzných
- d) Se svými dotazy se obracím na sestru či lékaře.
- e) Nikde, o první pomoc se nezajímám.



Možnosti odpovědí uvedené v dotazníku byly zastoupeny opět vcelku vyrovnaně. Na první možnosti, **internetu**, je vidět, že jeho použití jako druhu vyhledávání informací je oblíbené. **Internet** označilo padesát devět respondentů, což je jedna čtvrtina z celkového počtu. Vyhledávání **v odborné literatuře** uvedlo šedesát jedna dotazovaných, tento fakt mě příjemně překvapil. Nečekala jsem, že tak vysoký počet vyplňujících označí právě tuto možnost. Variantu, kdy se dotazovaní obrací **na známé a příbuzné** je zastoupena ze všech možností největším počtem označení, a to šedesáti čtyřmi. Zajímavá je také skutečnost, že čtyřicet osm dotazovaných uvedlo rovněž možnost **d)**, což jsem stejně jako možnost odborné literatury nečekala. **Na druhou stranu mne šokovalo, že padesát tři vyplňujících označilo možnost poslední, tedy že se o první pomoc nezajímají. Je to bezmála jedna čtvrtina dotazovaných, což není zrovna příjemné zjištění.**

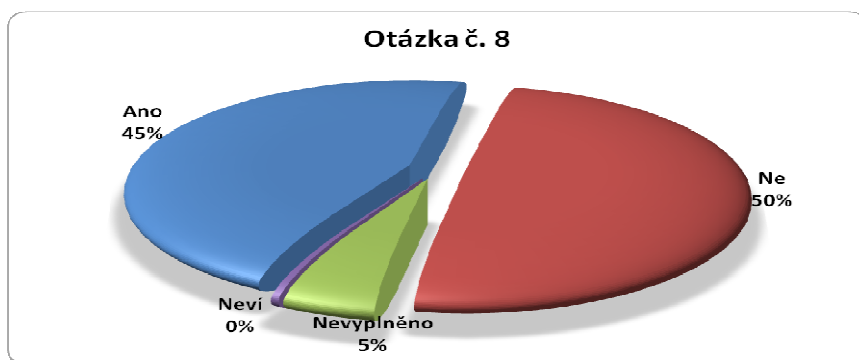
Otázka č. 7 *Poskytoval/a jste někdy první pomoc?*

- a) Ne, ale první pomoc bych zvládl/a.
- b) Ne, a ani bych první pomoc nezvládl/a, bál/a bych se.
- c) Ano a věděl/a jsem si rady.
- d) Ano, ale nevěděl/a jsem si rady, bál/a jsem se.



Z grafu vyplývá, že necelá polovina dotazovaných si myslí, že by dokázala adekvátně poskytnout první pomoc. Tuto odpověď označilo 102 respondentů. Zde se objevuje první větší rozpor, ale k němu se blíže dostanu při hodnocení otázky č. 8. Necelá jedna čtvrtina respondentů uvedla odpověď **b)**, a to padesát pět dotazovaných. Zde je vidět, že jsou lidé málo informováni, a proto se bojí první pomoc poskytnout, aby raněnému neublížili. Čtyřicet devět respondentů označilo, že první pomoc dokázalo adekvátně poskytnout, což je na celkový počet vyplňujících velmi malé číslo. Poslední možnost, kdy dotazovaní uvedli, že první pomoc nedokázali adekvátně poskytnout, označilo deset z celkového počtu.

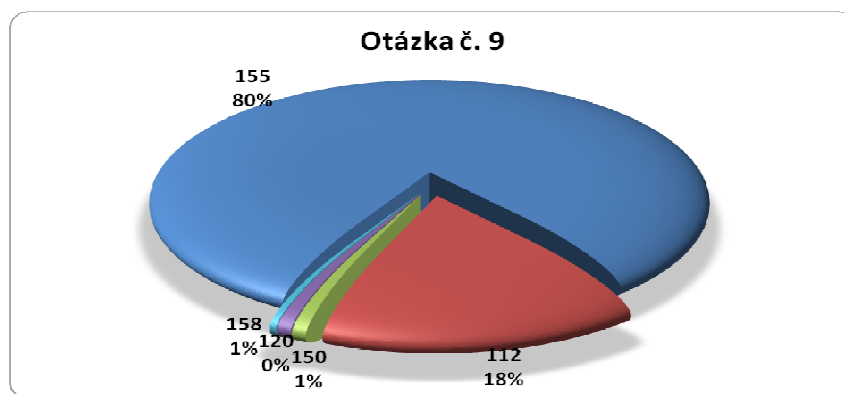
Otázka č. 8 *Myslíte si, že jste dostatečně informováni o první pomoci?* **Ano** **Ne**



U této otázky je vidět onen zmiňovaný rozpor. **Ne** odpovědělo 107 dotazovaných, ale v předešlé otázce pouze šedesát pět respondentů uvádí, že by první pomoc nedokázali poskytnout, nebo ji dokonce nezvládli. Načež **Ano** uvedlo devadesát sedm dotazovaných, ale v předchozí sedmé otázce, zda by první pomoc dokázali poskytnout nebo ji dokonce zvládli, uvádí 151 respondentů. Tento výsledek je velmi zajímavý, ukazuje, jak se lidé velmi přeceňují. Na osmou otázku ještě jedenáct vyplňujících neodpovědělo vůbec a jeden do dotazníku dopsal, že neví.

Otázka č. 9 Jaké číslo je na záchrannou službu první pomoci?

Zde bylo pouze na dotazovaných, jaké číslo napíší.



Na tuto otázku odpovídali dotazovaní v devadesáti osmi procentech správně. Jako správnou odpověď jsem považovala jak číslo **155**, tak i číslo **112**. Použitím právě druhého jmenovaného čísla jsou totiž kontaktováni vždy nejprve hasiči, kteří poté přepojují, což proces záchrany zdrží. V některých případech dotazovaní uváděli obě

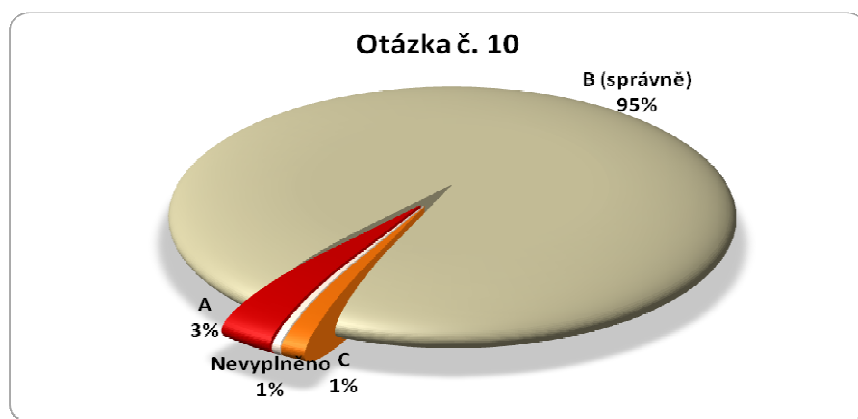
čísla. Dále dva odpovídající uvedli číslo **150**, stejný počet uvedl číslo **158** a jeden dokonce napsal číslo **120**.

Otázka č. 10 Kdo je povinen poskytnout první pomoc?

a) Pouze zdravotníci

b) Každý bez ohledu na zaměstnání, věk či vzdělání

c) První pomoc ze zákona nemusí poskytnout nikdo.



Tato otázka byla zodpovězena správně z devadesáti pěti procent dotazovaných, odpověď **b)** tedy uvedlo 205 respondentů. Odpověď **a)** označilo sedm vyplňujících a tři dotazovaní si myslí, že první pomoc ze zákona nemusí poskytnout nikdo. Jeden respondent neodpověděl vůbec. Výňatek ze zákona o poskytování první pomoci je k nahlédnutí v Přílohách.

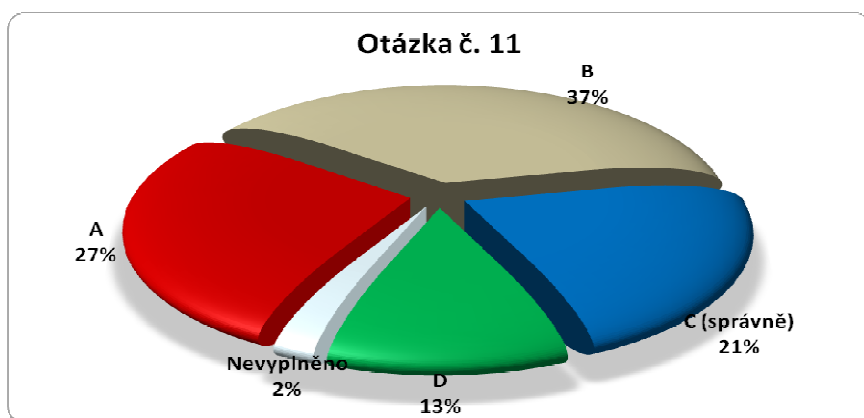
Otázka č. 11 Jaký je poměr masáží srdce a vdechů při neodkladné resuscitaci?

a) 15:2 bez ohledu na to, jestli je jeden nebo více záchránců.

b) 15:2 při jednom záchránci a 5:1 při dvou záchráncích

c) 30:2 bez ohledu na to, jestli je jeden nebo více záchránců.

d) 30:2 při jednom záchránci a 15:2 při dvou záchráncích

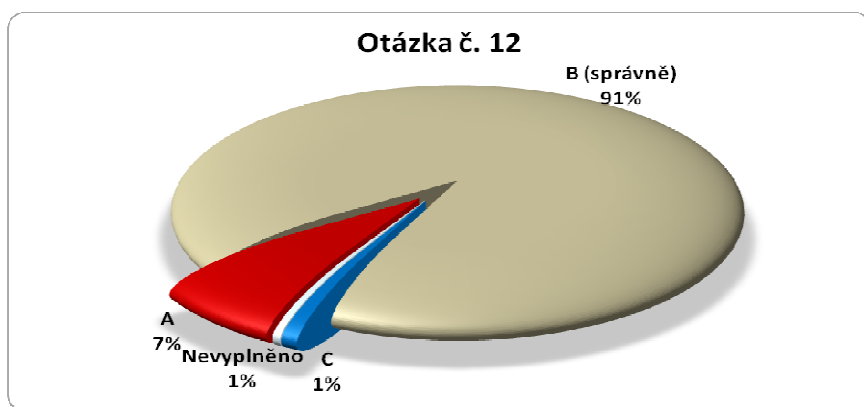


Jedenáctá otázka byla pro respondenty asi nejtvrdějším oříškem, protože byla vyplněna správně pouze z jedné pětiny, odpověď **c)** uvedlo čtyřicet šest dotazovaných. Možnost **a)**, která byla správně do listopadu 2005, označilo padesát osm respondentů. Nejvíce odpovídajících, tedy sedmdesát devět, se přiklání k možnosti **b)**. Ta ovšem platila do roku 2003. Poslední a zcela vymyšlenou odpověď **d)** uvedlo dvacet osm vyplňujících. Tři lidé neodpověděli vůbec.

Na odpovědích je nejlépe vidět, že veřejnost není dostatečně informována o změnách v poskytování první pomoci. Vědomosti obvykle mají pouze ze základní školy a možná také ze školení, kterými prošli v dávné minulosti.

Otázka č. 12 Pokud je postižený v bezvědomí, ale dýchá a má zachovánu srdeční činnost:

- a) Nechat ho ležet a zavolat pomoc**
- b) Uvést jej do stabilizované polohy a volat pomoc**
- c) Přenést ho do auta a odvést do nejbližší nemocnice**



U této otázky byla úspěšnost devadesát jedna procent. Správnou odpověď **b)** označilo 197 dotazovaných. Možnost **a)** uvedlo šestnáct dotazovaných. Dva odpovídající by postiženého vezli do nemocnice a jeden neodpověděl vůbec. Na odpovědích je tentokrát velmi dobře vidět, že nezměněné principy první pomoci jsou celkem dobře zažitě.

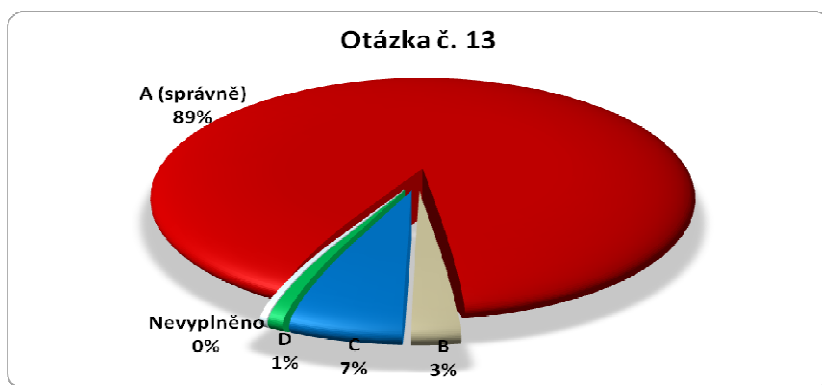
Otázka č. 13 Jak poznáte, že se jedná o žilní či tepenné krvácení?

a) Při žilním krvácení volně vytéká tmavá krev a při tepenném vystřikuje jasně červená krev současně s údery srdce.

b) Žilní krev je modré barvy a tepenná červené.

c) Při žilním krvácení volně vytéká tmavá krev a při tepenné volně vytéká jasně červená.

d) Žádný rozdíl není.



Možnost **a)** označilo 193 respondentů a tedy tuto otázku zodpovědělo správně, což představuje úspěšnost osmdesát devět procent. Odpověď **b)** jsem dala do možností

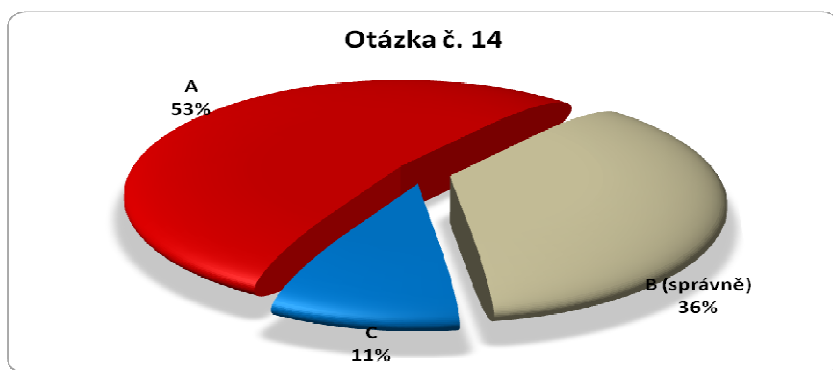
hlavně ze zvědavosti, kolik lidí může takový nesmysl zaškrtnout. A ani mne nepřekvapilo, že ji šest dotazovaných označilo, protože jsem se sama setkala s lidmi, kteří mi na stejnou otázku odpověděli právě takto zcela vážně. Možnost c) uvedlo čtrnáct odpovídajících a variantu, že žádný rozdíl mezi krváceními není, zvolili dva dotazovaní. Jeden respondent neodpověděl vůbec.

Otázka č. 14 Jaké je pořadí úkonů při první pomoci u dospělého člověka?

a) Zastavit krvácení, zajistit vitální funkce (dýchání a srdeční činnost), ošetřit odřenyiny a zlomeniny, uvést postiženého do stabilizované polohy a zavolat pomoc.

b) Zavolat pomoc, zajistit vitální funkce, zastavit krvácení, ošetřit zlomeniny, uvést postiženého do stabilizované polohy.

c) Provést první sérii kompresí a vdechů, zavolat pomoc, zajistit vitální funkce, zastavit krvácení, ošetřit zlomeniny.



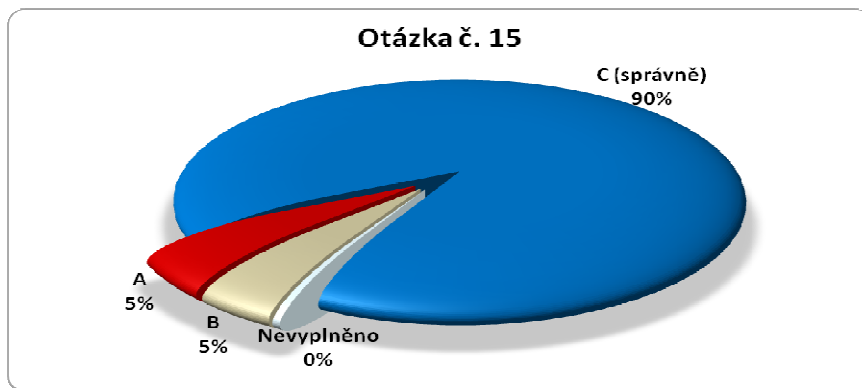
Také tato otázka představovala problém. Je to vidět i proto, že byla úspěšně zodpovězena jen z třiceti šesti procent. Správnou možnost b) uvedlo sedmdesát devět dotazovaných. Nejvíce odpovídajících, tedy 114, označilo odpověď a). Varianta c), kterou vyznačilo dvacet tři dotazovaných, by byla správně, pokud by se jednalo o malé dítě. Zde se opět ukázalo, že novější poznatky veřejnost nezná.

Otázka č. 15 Pokud postiženému vyhřezly z rány vnitřnosti:

a) Nasoukat je zpět do rány a překrýt.

b) Zabalit vnitřnosti do nějaké látky.

c) Vnitřnosti nesoukat zpět, ale pouze je spolu s ránou překrýt nějakým kusem látky.



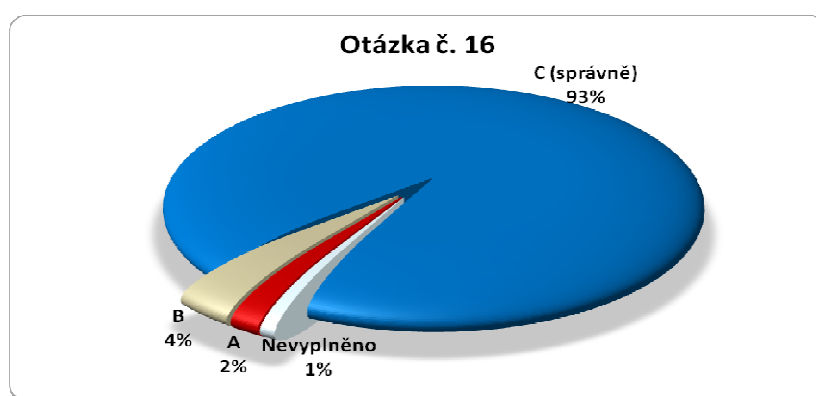
Deset respondentů by „soukalo“ vnitřnosti zpět, což je nesmysl. Dalších jedenáct dotazovaných uvedlo, že by vnitřnosti zabalili do kusu látky, což také není správně. Celých devadesát procent (194 odpovídajících) označilo správnou odpověď c). Jeden respondent na tuto otázku neodpověděl. Zde se opět velmi dobře ukázalo, jak jsou nezměněné principy zažitě.

Otázka č. 16 Pokud má postižený uzavřenou zlomeninu (kost nepronikla kůží napovrch):

a) Snažit se kost narovnat do původní polohy.

b) O tento typ zlomeniny se vůbec nemusí starat, život to neohrožuje.

c) Kost nechat ve stejné poloze, v jaké se nachází, nesnažit se jí narovnat, pouze přiložit dlahy a zlomeninu fixovat.

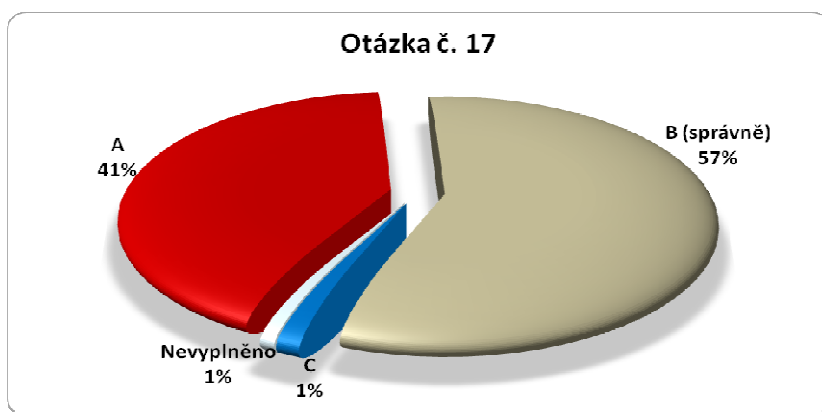


Zlomeniny byly jednou z nejlépe zodpovězených otázek, dokazuje to také skutečnost, že správnou odpověď c) uvedlo 202 dotazovaných, což představuje

devadesát tři procent. Čtyři vyplňující by se snažili kost narovnat a osm respondentů by se o zlomeninu nestaralo. Dva odpovídající neoznačili žádnou z možností.

Otázka č. 17 Kdy nemusíte poskytovat první pomoc?

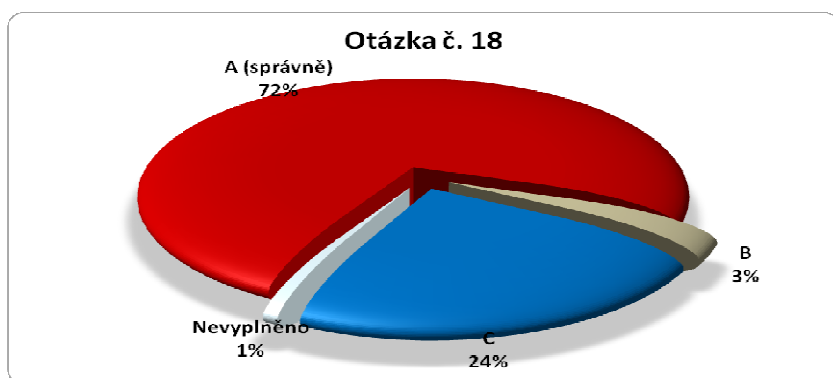
- a) Musí se za každých okolností pomoc poskytnout.
- b) Nemusí se poskytnout, pokud by to ohrožovalo život záchránce.
- c) Nemusí se pomoc poskytnout nikdy.



Také zde je dobře vidět, jak málo jsou lidé o první pomoci informováni. Dokazuje to úspěšnost pouze padesát sedm procent. Správnou odpověď **b)** uvedlo 123 dotazovaných. Velká část veřejnosti je přesvědčena, že se první pomoc musí poskytnout za každých okolností, ale neposkytnutí pomoci při ohrožení života záchránce lidé nějak vypustili, proto také variantu **a)** označilo osmdesát osm vyplňujících. Pouze tři odpovídající uvedli možnost **c)** a dva vyplňující neodpověděli.

Otázka č. 18 Jaký je postup při lehkých popáleninách?

- a) Chladit pod proudem studené vody po dobu alespoň 20 minut nebo přikládat studené obklady.
- b) Nemusí se dělat vůbec nic, život to neohrožuje.
- c) Opláchnout postižené místo studenou vodou, namazat mastí a ovázat.



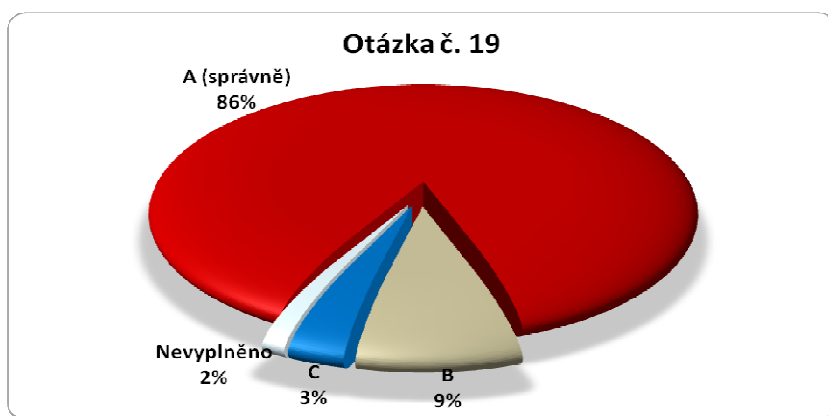
Je zajímavé, že celkem padesát tři dotazovaných označilo odpověď c), což je samozřejmě špatně. Laici totiž nesmějí podávat žádné léky sami od sebe. Jednak může dojít k alergické reakci a jednak k mokvání postiženého místa. Správnou variantu a) uvedlo 155 respondentů, což je úspěšnost sedmdesát dvě procenta. Šest odpovídajících by nedělalo vůbec nic, protože lehké popáleniny nejsou život ohrožující stav. Dva dotazovaní neodpověděli.

Otázka č. 19 Co je nutné udělat před zahájením resuscitace?

a) Zjistit stav vitálních funkcí (dýchání a srdeční činnost), dát postiženého do správné polohy, uvolnit dýchací cesty, popř. vyčistit dutinu ústní a zahájit resuscitaci.

b) Uložit postiženého do správné polohy a začít s resuscitací.

c) Ihned začít s resuscitací bez jakýchkoliv příprav.



Devatenáctá otázka byla zodpovězena úspěšně z osmdesáti šesti procent. Možnost a) a také správnou odpověď uvedlo 186 respondentů. Variantu b) označilo dvacet

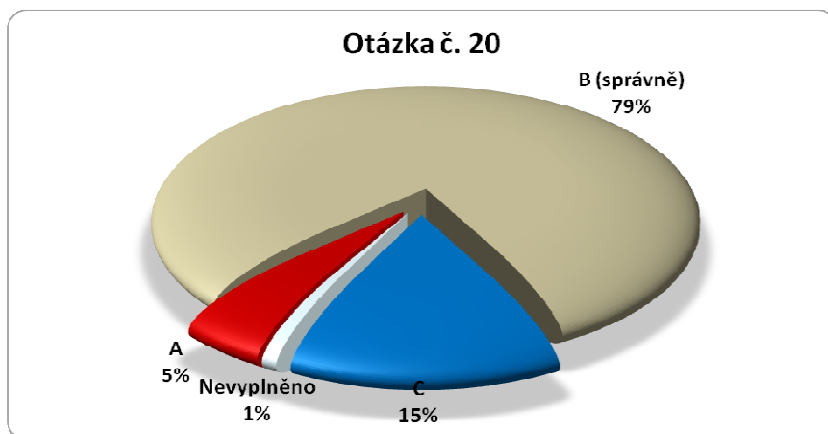
dotazovaných. Sedm vyplňujících by začalo s resuscitací bez jakýchkoliv příprav a tři dotazovaní neoznčili žádnou odpověď. Další potvrzení, že staré a nezměněné postupy první pomoci má veřejnost uchované v paměti.

Otázka č. 20 Jaký je postup při pomoci u omrzlin?

a) Všechny druhy omrzlin omývat teplou vodou či provést vodní lázeň.

b) U lehčích omrzlin, kdy není porušena kožní celistvost, provést vodní lázeň ve vlažné vodě a postupně zahřívat, není nutná lékařská pomoc. Při omrzlinách, kdy je porušena celistvost kůže, pouze pokud možno sterilně překrýt, teple zabalit a volat pomoc.

c) Při všech druzích omrzlin postiženého ihned odvést k odbornému ošetření.



Úspěšnost odpovědí byla sedmdesát devět procent, kdy správnou odpověď **b)** označilo 170 dotazovaných. Jedenáct respondentů se přiklonilo k variantě **a)**. A třicet tři odpovídajících by odvezlo postiženého k lékaři při všech druzích omrzlin. Dva dotazovaní nevedli žádnou možnost.

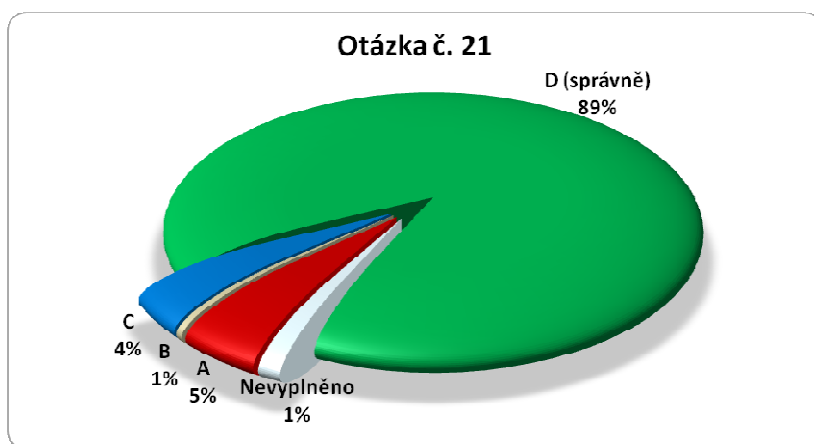
Otázka č. 21 Co je stabilizovaná poloha?

a) Je to jakákoliv poloha, kdy má postižený pohodlí.

b) Je to poloha na břicho, kdy jsou podložena ramena.

c) Je to poloha vsedě, kdy má postižený pokrčené nohy.

d) Je to poloha na boku, kdy je spodní horní končetina za tělem, spodní dolní končetina pokrčená, vrchní horní končetina je pokrčená pod natočenou hlavou postiženého a vrchní dolní končetina je natažená před tělem postiženého.



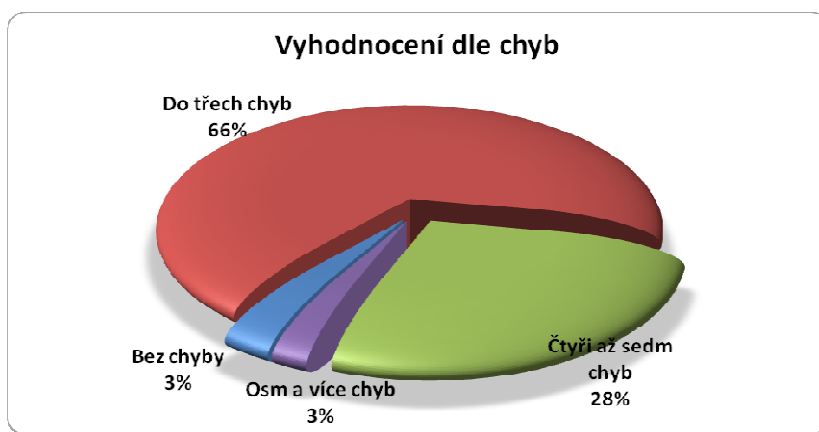
Přesně osmdesát devět procent dotazovaných vědělo správnou odpověď na otázku týkající se stabilizované polohy. Správnou možnost **d)** označilo 192 respondentů. Pohodlnou polohu uvedlo jedenáct dotazovaných, polohu na břicho označil jeden vyplňující a devět odpovídajících se rozhodlo pro variantu **c)**. Tři respondenti neuvedli žádnou odpověď.

2.4.1 Shrnutí vyhodnocení celého vzorku

Abych mohla určit, do jaké míry byly dotazníky zodpovězeny správně, rozdělila jsem hodnocení do několika kategorií.

A) Hodnocení dle počtu chyb

- 1) Dotazník vyplněný bez chyby
- 2) Dotazník vyplněný do třech chyb
- 3) Dotazníky vyplněné se čtyřmi až sedmi chybami
- 4) Dotazník vyplněný s osmi a více chybami



1) Z celkového množství 216 dotazníků odpovědělo bezchybně sedm respondentů, což je úspěšnost 3,2 procenta.

2) Do tří chyb bylo vylněno nejvíce dotazníků. Z celkového množství bylo takto dobře vyplněných dotazníků 143, tedy 66,2 procenta.

3) Čtyři až sedm chyb v dotazníku mělo šedesát jedna respondentů, což je 28,2 procenta.

4) Nejhůře vyplněné dotazníky, tedy osm a více chyb, mělo pět dotazovaných, což je 2,4 procenta. Nikdo neměl třináct chyb, což jsou všechny otázky zodpovězeny špatně, ale jeden dotazovaný se zmýlil dvanáctkrát, jeden z respondentů udělal deset chyb, dva vyplňující chybovali v devíti otázkách a osm chyb měl jeden odpovídající.

Na rozdělení je patrné, že staré postupy první pomoci jsou dobře ukotvené v paměti dotazovaných. Jak již předešlé grafy ukázaly, nejvíce chyb bylo v otázkách 10, 14 a 17, které se týkaly nově zavedených postupů. O nich je laická veřejnost pramálo informována.

B) Vyhodnocení dle pohlaví

Nyní se zaměřím na to, zda odpovídali lépe ženy nebo muži.

Ženy: Dotazník vyplnilo celkem 120 žen

1) Dotazníky zodpovězené bez chyby byly čtyři, což je úspěšnost 3,3 procenta.

2) Maximálně tří chyb se dopustilo osmdesát tři žen, tedy 69,2 procenta.

3) Čtyři až sedm chyb v dotazníku mělo třicet jedna dotazovaných žen, 25,8 procentní úspěšnost.

4) Osm a více chyb se dopustily dvě ženy. Jedna udělala chyb osm a druhá devět. Tedy 1,7 procenta odpovídalo špatně.

Muži: Celkem odpovídalo devadesát šest mužů.

1) Bezchybně zodpovězené dotazníky byly tři, tedy úspěšnost 3,1 procenta.

2) Tři chyby a méně v dotazníku mělo šedesát dotazovaných mužů, což je 62,5 procenta.

3) Od čtyř do sedmi chyb se dopustilo třicet odpovídajících, tedy 31,3 procenta.

4) Více než sedm chyb měli tři dotazovaní, což je 3,1 procenta. Jeden z mužů udělal devět chyb, další deset chyb a poslední měl chyb dvanáct.

Ženy odpovídaly na dotazníky znatelně lépe než muži, ale rozdíl není příliš velký.

D) Vyhodnocení dle věku respondentů

Jako další kategorii pro vyhodnocování jsem určila věk respondentů. Věkové kategorie jsou rozděleny do třech skupin.

Věk do dvaceti let: Celkem odpovídalo sedmdesát šest respondentů. Pro lepší orientaci jsem opět použila rozdělení podle počtu chyb.

1) Bezchybně odpověděl jeden respondent, úspěšnost 1,2 procenta.

2) Maximálně tři chyby v dotaznících mělo čtyřicet dva odpovídajících, tedy úspěšnost 55,3 procenta.

3) Čtyři až sedm chyb mělo dvacet osm dotazovaných, což je 37 procent ze všech odpovídajících této věkové kategorie.

4) Celkem pět respondentů chybovalo v osmi a více otázkách, to je z celkového počtu sedmdesáti šesti dotazovaných věku do dvaceti let 6,5 procenta.

Věk od dvaceti do čtyřiceti let: Dotazovaných bylo sedmdesát dva.

- 1) Bezchybně odpověděli dva dotazovaní, úspěšnost činí 2,8 procenta.
- 2) S maximálním počtem tří chyb skončilo padesát šest odpovídajících, což je 77,8 procenta z celkového množství.
- 3) Čtyři až sedm chyb udělalo čtrnáct dotazovaných, tedy 19,4 procenta ze všech odpovídajících.
- 4) Osm a více chyb v dotaznících neměl nikdo.

Věk čtyřicet let a více: Odpovídalo šedesát osm respondentů.

- 1) V této věkové kategorii odpovědělo nejvíce dotazovaných bezchybně vzhledem k ostatním věkovým skupinám. Bez jediné chyby odpověděli čtyři dotazovaní, tedy úspěšnost 5,9 procenta.
- 2) Maximální počet tří chyb dosáhlo čtyřicet pět odpovídajících, tedy 66,1 procenta ze šedesáti osmi vyplňujících.
- 3) Čtyři až sedm chyb mělo devatenáct respondentů, tedy dvacet osm ze všech.
- 4) Osm a více chyb neměl opět žádný z dotazovaných v tomto věku.

Z hodnocení vyplývá, že nejhůře odpovídali lidé ve skupině do dvaceti let, respondenti v kategorii čtyřicet a více let byli zlatým středem a nejlépe odpovídající se stala skupina od dvaceti do čtyřiceti let. Rozdíly v posledních dvou kategoriích ovšem nebyly tolik znatelné.

E) Vyhodnocení dle dosaženého vzdělání respondentů

Jako poslední kategorii pro hodnocení jsem určila rozdělení dle dosaženého vzdělání. Zde vznikly čtyři skupiny.

Základní škola: V této skupině odpovídalo šedesát devět dotazovaných. Zahrnula jsem sem i žáky devátých tříd základní školy.

1) Bezchybně odpověděl pouze jeden z dotazovaných, což je 1,4 procenta z celkového množství šedesáti devíti respondentů.

2) Do tří chyb v dotazníku udělalo třicet osm odpovídajících, tedy úspěšnost 55,1 procenta.

3) Od čtyř do sedmi chyb se dopustilo dvacet pět vyplňujících, což činí 36,2 procenta z celkového množství dotazovaných skupiny se základním vzděláním.

4) Více než sedm chyb v dotaznících udělalo pět respondentů, neúspěšnost ve vyplňování tak činila 7,3 procenta.

Střední odborné učiliště: Sem patřilo třicet jedna dotazovaných.

1) Bezchybně dokázali odpovědět dva respondenti, což je úspěšnost 4,9 procenta.

2) Maximálně tři chyb se dopustilo dvacet sedm odpovídajících, což činí 65,9 procenta ze všech dotazovaných s tímto vzděláním.

3) Čtyři až sedm chyb udělalo dvanáct, což je 29,2 procent celé kategorie.

4) Více než sedmi chyb se nedopustil nikdo.

Střední škola: Středoškolské vzdělání mělo sedmdesát devět dotazovaných.

1) Bezchybně odpověděli tři respondenti, což představuje úspěšnost 3,8 procenta.

2) Maximálního počtu tří chyb se dopustilo padesát pět dotazovaných, což je 69,6 procenta z celkového množství odpovídajících s tímto vzděláním.

3) Čtyři až sedm chyb v dotazníku mělo dvacet jedna odpovídajících, tedy 26,6 procenta ze všech v této kategorii.

4) Více jak sedm chyb v této skupině neudělal nikdo.

Vysoká škola: Vysokoškolsky vzdělaných respondentů bylo dvacet sedm.

1) Bezchybně vyplněný dotazník měl jeden odpovídající, což činí úspěšnost 3,7 procenta.

2) Dotazník s maximálně třemi chybami odevzdalo dvacet tři respondentů, což je 85,2 procenta z celkového počtu dotazovaných v této kategorii.

3) Více než tři chyby a méně než osm měli pouze tři dotazovaní, tedy 11,1 procenta ze všech vyplňujících s vysokoškolským vzděláním. Všichni udělali shodně pět chyb.

4) Více než sedm chyb neměl nikdo.

Nejhůře odpovídali dotazovaní se základním vzděláním a nejlépe s vysokoškolským. Dotazovaní s ukončeným středním odborným a středoškolským jsou shruba na stejné výši.

2.4.2 Shrnutí zjištěných faktů

Součástí výzkumu bylo také zjišťování stavu, v jakém se nachází osvěta první pomoci na pracovištích, školách a autoškolách. Také jsem se zajímala o to, jak jsou lidé ochotni pomoci. Došla jsem k velmi zajímavým závěrům.

Když jsem se zajímala o úroveň výuky první pomoci na školách, zjistila jsem, že je odsunuta až na poslední místa. Na základních školách se sice první pomoc učí všude v devátých ročnících, ale celé výuce na toto téma jsou věnovány pouze dvě vyučovací hodiny v rámci biologie. Na středních odborných učilištích či středních školách se první pomoc učí pouze při oborech, kde se připravují na práci s lidmi (zdravotnické, kosmetické, kadeřnické, obchodní a další školy), a to ve stejné míře jako na základních školách. Třeba na gymnáziích, jazykových školách a mnoha dalších neprobíhá výuka první pomoci vůbec. Vysoké školy jsou na tom ve výuce první pomoci nejhůře, protože se vyskytuje pouze na lékařských fakultách a na jiných vysokých školách se jí nevěnují vůbec.

Výuka „zdravovědy“ v autoškolách mne do slova šokovala, protože při dotazu, jak výuka probíhá, mi bylo odpovězeno, že uchazečům o řidičské oprávnění pustí video o délce dvaceti minut a tím celá „zdravověda“ končí. A to je ještě lepší případ, protože jinde mi bylo sděleno, že výuka byla vypuštěna úplně a uchazeči se mají naučit jen správné odpovědi na testové otázky. A přitom právě řidiči by měli první pomoc ovládat nejlépe, protože většina případů, kdy je první pomoc potřeba, vzniká při dopravních nehodách.

Semináře na pracovištích ve zdravotnických zařízeních a v hasičských sborech se uskutečňují jednou ročně a to je vše. Na jiných pracovištích osvěta ohledně první pomoci místo nemá, což není vůbec dobré, protože tam, kde se pracuje s lidmi, by semináře tohoto druhu určitě chybět neměly.

Při pozorování okolí a událostí ve světě jsem také dospěla k závěru, že lidé středního věku jeví jen pramalý zájem o pomoc druhým. Spousta lidí této věkové skupiny si hledí svého a ostatní jsou mu „ukradení“. Za to děti, studenti nebo staří lidé s pomocí druhým neváhají.

Závěr

Závěrem bych chtěla ještě zmínit, zda se potvrdily nebo nepotvrdily mnou stanovené hypotézy.

Hypotéza č. 1

Je laická veřejnost dostatečně informována o principech první pomoci?

ANO: 80% NE: 20%

Hypotéza č. 1 se bohužel nepotvrdila. Laická veřejnost není dostatečně informována o první pomoci. Zažité principy, které se za poslední dobu nijak nezměnily, jsou v paměti respondentů jakž takž uchovány, ale vzhledem k některým novinkám není účinnost a kvalita poskytnutí první pomoci dostatečná. Vínou na tom má hlavně podceňování důležitosti první pomoci. Osvěta je odsunuta kamsi do neznáma a lidé o ni nejeví pražádný zájem. V dnešní době si lidé buhužel myslí, že se jim nemůže nic stát a že oni tuto důležitou věc potřebovat nebudou. Na výsledku této hypotézy se podílely veškeré otázky z dotazníku.

Hypotéza č. 2

Má věk vliv na poskytnutí první pomoci?

ANO: 80% NE: 20%

Hypotéza č. 2 se potvrdila. Při vyhodnocování dotazníků jsem došla k závěru, že děti, studenti a pak starší lidé jsou ochotni první pomoc poskytnout a také se o ni zajímají. Z pozorování, jak dění okolo mne, tak událostí ve světě, vzešlo přesvědčení, že děti (studenti) se nerozmýšlejí a hned bez zbytečné paniky první pomoc poskytnou. Největší vliv na schopnost dětí poskytnout první pomoc má skutečnost, že se první pomoc učí na všech základních školách. V případě poskytování první pomoci staršími lidmi nejde tolik o informovanost, ale spíše o to, že nejsou lhostejní a snaží se pomoci. V mnoha případech jsem byla velmi mile překvapena zjištěním, že se tito lidé o první pomoc aktivně zajímají. Bohužel na druhé straně jsou tu ještě lidé ve středním věku, kteří jsou k okolí nevšímaví a žijí uspěchaný život lhostejný k získávání informací, a to neplatí jen v případě první pomoci. Samozřejmě se i mezi nimi najdou světlé výjimky, ale je jich velmi poskrovnu.

Hypotéza č. 3

Má na poskytnutí první pomoci vliv pohlaví, vzdělání nebo sociální zázemí poskytovatele?

ANO: 20% NE: 80%

Hypotéza č. 3 se potvrdila z větší části. Z mého pozorování vyplynulo, že lidé se snaží poskytnout první pomoc bez ohledu na pohlaví či vzdělání. Jen v otázce sociálního zázemí je vidět, že lidé vzeší ze skromnějších poměrů jsou srdečnější a nejsou lhostejní k životu druhých lidí. Zato lidé s vyššími příjmy většinou ohrnují nos nad pomoc potřebujícími, ale i mezi nimi se najdou takoví, kteří si váží života druhých a snaží se pomoci. Bohužel „vznešenost“ majetných lidí a jejich lhostejné postoje vůči druhým existují od nepaměti.

Hypotéza č. 4

Je dostatečná osvěta ohledně první pomoci na pracovištích, či školách?

ANO: 70% NE:30%

Hypotéza č. 4 se bohužel nepotvrdila. Úroveň osvěty na školách nebo pracovištích je katastrofální. Výzkum jasně prokázal, že se tomuto důležitému tématu věnují na školách, autoškolách či pracovištích velmi málo. První pomoc je podceňována. Domnívám se, že si lidé, kteří na vyšších školách, pracovištích a v autoškolách sestavují osnovy, myslí, že vzhledem k výuce první pomoci na základních školách jí není třeba zahrnout do výuky a seminářů. První pomoc je ovšem věc potřebná a neustále se vyvíjející a spoléhat se na to, že si všichni budou vše pamatovat bez osvěžování vědomostí nebo se dokonce učit formou samostudia, je velmi lehkomyšlné.

Co dodat? Snad jen to, že můj výzkum přinesl velmi zajímavé a bohužel nelichotivé výsledky. Pevně doufám, že moje práce aspoň trochu přispěje ke zlepšení. Po zpracování dotazníků a shrnutí všech posbíraných dat jsem hodně přemýšlela o tom, jak tento nepříznivý výsledek změnit. Osobně si myslím, že by se výuka první pomoci měla rozšířit na všech školách. V této souvislosti mne napadlo, že bych mohla jezdit po školách, pracovištích a autoškolách a dělat několikahodinové přednášky týkající se právě této problematiky. Osobně by mne to velmi bavilo a myslím, že po důkladném zažití by to byl nejlepší způsob, jak mít neustále přehled o změnách v postupech a jak si osvěžovat paměť.

Další možnosti, jak první pomoc vyjmout z lhostejnosti, by mohly být publikace do neoborných časopisů, vypracování konceptů pro jednosemestrální přednášky v podobě volitelného předmětu na školách a v neposlední řadě také spolupracovat s MZČR a SZÚ. Poslední věc, která mne v souvislosti s touto problematikou napadla je spolupráce na upravení testových otázek v autoškolách. Podle mého mínění tam jsou některé věci zbytečné a ty důležité součásti první pomoci byly vypuštěny.

První pomoc je bohužel velmi podceňována, ale nikdo z nás neví, zda nebude záchrana jeho života záviset na druhých.

Seznam použité literatury

1. Adams B., Harold C. E.; Sestra a akutní stavy od A do Z; 1. vyd.; Praha: Grada Publishing a. s.; 1999; 488 stran; ISBN 80-7169-893-8
2. Ball Ch. M., Phillips R. S.; Akutní medicína do kapsy; 1. vyd.; Praha: Grada Publishing a. s.; 2004; 208 stran; ISBN 80-247-0928-7
3. Bydžovský J.; První pomoc; 2. vyd.; Praha: Grada Publishing a. s.; 2004; 76 stran; ISBN 80-247-0680-6

4. Cvachvec K., Cvachovcová M.; Neodkladná resuscitace; 4. vyd.; Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví; 1998; 86 stran; ISBN 80-7013-264-7
5. Červinková E. a kol.; Ošetrovatelské diagnózy; 3. vyd.; Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví; 2003; 165 stran; ISBN 80-7013-358-9
6. Čížková Z., Kelnarová J., Sedláčková J., Toufarová J.; První pomoc I pro studenty zdravotnických oborů; 1. vyd.; Praha: Grada Publishing a. s.; 2007; 110 stran; ISBN 978-80-247-2182-8
7. Doenges M. E., Moorhouse M. F.; Kapesní průvodce zdravotní sestry; 2. vyd.; Praha: Grada Publishing a. s.; 2001; 568 stran; ISBN 80-247-0242-8
8. Ertlová F., Mucha J. a kolektiv autorů; Přednemocniční neodkladná péče; 2. vyd.; Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů; 2006; 386 stran; ISBN 80-7013-379-1
9. Hugo J., Vokurka M.; Praktický slovník medicíny; 6. rozšířené vydání; Praha: Maxdorf s. r. o.; 2000; 490 stran; ISBN 80-85912-38-4
10. Káš S., Országh J.; Neurologie pro 4. ročník SZŠ; 1. vyd.; Praha: Scienta Medica s. r. o.; 1996; 62 stran; ISBN 80-85526-53-0
11. Klíma J. a kol.; Pediatrie; 1. vyd.; Místo vydání neuvedeno: Eurolex Bohemia s. r. o.; Rok vydání neuveden; 320 stran; ISBN 80-86432-38-6
12. Kolektiv autorů; Příručka první pomoci; 1. vyd.; Bratislava: Příroda; 2001; 222 stran; ISBN 80-07-00691-5
13. Mudr. Hrabovský J. CSc.; Chirurgie pro 2. Ročník SZŠ 1. díl; 1. vyd.; Praha: Scienta Medica; 1996; 64 stran; ISBN 80-855-26-59-X
14. Víšek V.; vnitřní lékařství pro 2. ročník SZŠ 1. díl; 1. vyd. dotisk; Praha: Scienta Medica s. r. o.; 1996; 64 stran; ISBN 80-85526-38-7
15. www.ascr.cz
16. www.cck-cr.cz
17. www.pomocpomoc.cz
18. www.prvni-pomoc.com
19. www.vodnizachrannasluzba.cz

20. www.wikipedia.org
21. www.zachrannasluzba.cz
22. www.zdravcentra.cz
23. www.zzstabor.cz

Přílohy

Příloha č. 1

Ustanovení § 207 trestního zákona zní:

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

2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.

Staženo z adresy: www.prvni-pomoc.com/view.php?cisloclanku=2006120001

Příloha č. 2

Právní předpisy upravující poskytování první pomoci

Článek odpovídá na dotazy jaké právní předpisy upravují poskytnutí a neposkytnutí první pomoci. Jde samozřejmě o zdravotnickou první pomoc, jejíž systém výuky a související normy znalostí tvoří jednu z hlavních činností naplňování poslání a úkolů ČČK.

1. zákon č. 20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, stanoví v § 9 odst. 4 jmenovité povinnosti každého, co musí v zájmu svého zdraví a zdraví spoluobčanů činit, zejména poskytnout nebo zprostředkovat nezbytnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky závažné poruchy zdraví, jakož povinnost zúčastnit se zdravotnického školení a výcviku, uloženého z důvodu obecného zájmu.

2. Oblast pracovněprávní představuje především zákon č. 65/1965 Sb. zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, kde v hlavě páté – bezpečnost a ochrana zdraví při práci – prevence rizik – stanoví § 132a, odst. 6 povinnost zaměstnavatele zajistit podle druhu činnosti a velikosti pracoviště vyškolení a vybavení zaměstnanců, kteří jsou schopni poskytnout první pomoc či organizovat její poskytnutí.

Jde o závazkový vztah zaměstnavatele vůči zaměstnancům, na jehož plnění se často podílí oblastní spolky ČČK na základě uzavřené příslušné smlouvy.

3. Oblast dopravně právní je řešena zejména zákonem č. 361/2000 Sb., zákon o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, kde je problematika poskytování první pomoci řešena v § 47 (dopravní nehoda), odst. 3, který stanoví povinnosti účastníků dopravní nehody i povinnost došlo-li ke zranění, poskytnout podle svých schopností první pomoc a přivolat ke zraněné osobě zdravotnickou záchrannou službu. V této souvislosti je na místě zmínit související vyhlášku č. 32/2001 Sb., vyhláška o evidenci dopravních nehod, kde v § 4 odst. 1 je stanoveno, že v evidenci údajů o účastníkovi dopravní nehody se mimo jiného vždy eviduje poskytnutí první pomoci.

4. Oblast trestněprávní prostřednictvím zvláště zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů, stanoví v § 207 a § 208 sankce za neposkytnutí pomoci. Tento trestný čin je v zákoně přesně formulován, rozdílnou trestní sazbou je rozlišeno neposkytnutí pomoci v případech,

- kdy tak bylo možno učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného,
- kdy byl podle povahy svého zaměstnání dotyčný povinen takovou pomoc poskytnout,
- kdy řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného.

Existují další obecně závazné právní předpisy k předmětné problematice, např. občanský zákoník, obchodní zákoník, živnostenský zákon, právní předpisy z oblasti zdravotnictví a jiné. Bližší údaje o nich by přesáhly rámec a účel tohoto článku.

Zpracoval: JUDr. Jiří Zapletal

Staženo z adresy:

www.vodnizachrannasluzba.cz/docs/pravni_predpisy_upravujici_poskytovani_prvni_pomoci.doc

Příloha č. 3

Dotazník

Milí přátelé, jmenuji se Lenka Bartáková a jsem studentkou 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy obor Ošetřovatelství. Nyní se vám dostal do rukou dotazník, který zkoumá vaše povědomí o principech první pomoci. Je důležitý pro správné zpracování mé bakalářské práce. Jejím cílem je zjistit, jak laická veřejnost ovládá principy první pomoci a zda je dostatečně o nich informována. Dotazník je anonymní a nezabere vám příliš mnoho času. Prosím o vaše laskavé vyplnění a zároveň vás žádám, abyste odpovídali dle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Tento dotazník bude použit pouze pro mou bakalářskou práci a nebude nikde uveřejněn.

Pro začátek mám pár otázek, které mi usnadní vyhodnocení dotazníku.

1) ***Jste:*** Muž Žena

2) ***Vaše dosažené vzdělání:*** ZŠ SOU SŠ VŠ

3) ***Váš věk:*** do 20 let 20 až 40 40 a výše

4) ***Jaké je Vaše povolání?***

.....

5) ***Kde jste se s informacemi o první pomoci setkal/a (lze zaškrtnout více možností)?***

- a) Při výuce na základní škole
- b) Při výuce na střední škole či odborném učilišti
- c) Při výuce na vysoké škole
- d) V rámci seminářů na Vašem pracovišti

- e) V rámci přípravy k získání řidičského oprávnění
- f) Jiné

6) Kde vyhledáváte informace týkající se první pomoci (lze zaškrtnout více možností)?

- a) Na internetu
- b) V odborné literatuře
- c) U svých známých a příbuzných
- d) Se svými dotazy se obracím na sestru či lékaře.
- e) Nikde, o první pomoc se nezajímám.

7) Poskytoval/a jste někdy první pomoc?

- a) Ne, ale první pomoc bych zvládl/a.
- b) Ne, a ani bych první pomoc nezvládl/a, bál/a bych se.
- c) Ano a věděl/a jsem si rady.
- d) Ano, ale nevěděl/a jsem si rady, bál/a jsem se.

8) Myslíte, že jste o principech první pomoci dostatečně informován/a?

Ano Ne

A nyní následuje několik otázek ohledně Vašich znalostí o první pomoci. Na každou otázku je možná pouze jedna odpověď, popřípadě je nutné odpověď doplnit.

9) Jaké číslo je na záchrannou službu první pomoci?

10) Kdo je povinen poskytnout první pomoc?

- a) Pouze zdravotníci
- b) Každý bez ohledu na zaměstnání, věk či vzdělání
- c) První pomoc ze zákona nemusí poskytnout nikdo.

11) Jaký je poměr masáží srdce a vdechů při neodkladné resuscitaci?

- a) 15:2 bez ohledu na to, jestli je jeden nebo více zachránců.
- b) 15:2 při jednom zachránci a 5:1 při dvou zachráncích
- c) 30:2 bez ohledu na to, jestli je jeden nebo více zachránců.
- d) 30:2 při jednom zachránci a 15:2 při dvou zachráncích

12) Pokud je postižený v bezvědomí, ale dýchá a má zachovanu srdeční činnost:

- a) Nechat ho ležet a zavolat pomoc
- b) Uvést jej do stabilizované polohy a volat pomoc
- c) Přenést ho do auta a odvést do nejbližší nemocnice

13) Jak poznáte, že se jedná o žilní či tepenné krvácení?

- a) Při žilním krvácení volně vytéká tmavá krev a při tepenném vystřikuje jasně červená krev současně s údery srdce.
- b) Žilní krev je modré barvy a tepenná červené.
- c) Při žilním krvácení volně vytéká tmavě červená krev a při tepenném volně vytéká jasně červená krev.
- d) Žádný rozdíl není.

14) Jaké je pořadí úkonů při první pomoci u dospělého člověka?

- a) Zastavit krvácení, zajistit vitální funkce (dýchání a srdeční činnost), ošetřit odřeniny a zlomeniny, uvést postiženého do stabilizované polohy a zavolat pomoc.
- b) Zavolat pomoc, zajistit vitální funkce, zastavit krvácení, ošetřit zlomeniny, uvést postiženého do stabilizované polohy.
- c) Provést první série kompresí a vdechů, zavolat pomoc, zajistit vitální funkce, zastavit krvácení, ošetřit zlomeniny.

15) Pokud postiženému vyhřezly z rány vnitřnosti:

- a) Nasoukat je zpět do rány a překrýt.
- b) Zabalit vnitřnosti do nějaké látky.
- c) Vnitřnosti nesoukat zpět, ale pouze je spolu s ránou překrýt nějakým kusem látky

16) Pokud má postižený uzavřenou zlomeninu (kost nepronikla kůží napovrch):

- a) Snažit se kost narovnat do původní polohy.
- b) O tento typ zlomeniny se vůbec nemusí starat, neohrožuje život.
- c) Kost nechat ve stejné poloze, v jaké se nyní nachází, nesnažit se jí narovnat, pouze přiložit dlahy a zlomeninu fixovat.

17) Kdy nemusíte poskytovat první pomoc?

- a) Musí se za každých okolností pomoc poskytnout.
- b) Nemusí se poskytnout, pokud by to ohrožovalo život zachránce.
- c) Nemusí se pomoc poskytnout nikdy.

18) Jaký je postup při lehkých popáleninách?

- a) Chladit pod proudem studené vody po dobu alespoň 20 minut nebo přikládat studené obklady.
- b) Nemusí se dělat vůbec nic, život to neohrožuje.
- c) Opláchnout postižené místo studenou vodou, namazat mastí a ovázat.

19) Co je nutné před zahájením resuscitace provést?

- a) Zjistit stav vitálních funkcí (dýchání a srdeční činnost), dát postiženého do správné polohy, uvolnit dýchací cesty, popř. vyčistit dutinu ústní a zahájit resuscitaci.
- b) Uložit postiženého do správné polohy a začít s resuscitací.
- c) Ihned začít s resuscitací bez jakýchkoliv příprav.

20) Jaký je postup při pomoci u omrzlin?

- a) Všechny druhy omrzlin omývat teplou vodou či provést vodní lázeň.
- b) U lehčích omrzlin, kdy není porušena kožní celistvost, provést vodní lázeň ve vlažné vodě a postupně zahřívat, není nutná lékařská pomoc. Při omrzlinách, kdy je porušena celistvost kůže, pouze pokud možno sterilně překrýt, teple zabalit a volat pomoc.
- c) Při všech druzích omrzlin postiženého ihned odvést k odbornému ošetření.

21) Co je stabilizovaná poloha?

- a) Je to jakákoliv poloha, kdy má postižený pohodlí.
- b) Je to poloha na břiše, kdy jsou podložena ramena.
- c) Je to poloha v sedě, kdy má postižený pokrčené nohy.
- d) Je to poloha na boku, kdy je spodní horní končetina za tělem, spodní dolní končetina pokrčena, vrchní horní končetina je pokrčena pod natočenou hlavou postiženého a vrchní dolní končetina je natažena před tělem postiženého.

Děkuji Vám za laskavé a pravdivé vyplnění dotazníku. Výsledky celého výzkumu mohou pomoci se zkvalitněním první pomoci, nikdo neví, kdy ji může potřebovat.