

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**VÝZNAM SPOLUPRÁCE ZDRAVOTNÍ SESTRY A
STŘEDOŠKOLSKÉHO PREVENTISTY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

EVA ŠPINAROVÁ

Vedoucí práce: Mgr. Marcela Langhammerová

HRADEC KRÁLOVÉ 2008

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**THE IMPORTANCE OF COOPERATION OF NURSE
AND A HIGH SCHOOL PREVENTIST**

Bachelor's thesis

Autor: **Eva Špinarová**

Supervisor: **Mgr. Marcela Langhammerová**

2008

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované literatury.

V Hradci Králové dne 3. dubna 2008

.....

vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji Mgr. Marcele Langhammerové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci a MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za zkonzultování mé práce. Dále děkuji všem, kteří se mnou spolupracovali při mé výzkumné činnosti.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| Úvod..... | 7 |
| Cíl práce..... | 8 |
| Pracovní hypotézy..... | 8 |
| | |
| <i>1 Teoretická část.....</i> | <i>9</i> |
| | |
| 1.1 Závislosti..... | 9 |
| 1.1.1 Drogy..... | 9 |
| 1.1.2 Závislost na tabáku..... | 14 |
| 1.1.3 Alkoholismus..... | 15 |
| 1.2 Sexualita..... | 17 |
| 1.2.1 Antikoncepce..... | 18 |
| 1.2.2 HIV / AIDS..... | 25 |
| 1.2.3 Virové hepatitidy..... | 26 |
| 1.2.4 Syfilis..... | 27 |
| 1.2.5 Kapavka..... | 28 |
| 1.2.6 Meningokok C..... | 30 |
| 1.3 Poskytování první pomoci..... | 31 |
| 1.3.1 Kardiopulmonální resuscitace..... | 31 |
| 1.3.2 Šok..... | 33 |
| 1.3.3 Bezvědomí..... | 36 |
| 1.3.4 Krvácení..... | 37 |
| 1.3.5 Popáleniny..... | 39 |
| 1.3.6 Stabilizovaná poloha..... | 40 |
| 1.3.7 Zakázané výkony při poskytování první pomoci..... | 41 |
| 1.4 Psychologie dospívajícího..... | 42 |
| 1.4.1 Charakteristika dospívající mládeže..... | 42 |

| | |
|--|-----------|
| <i>2 Empirická část</i> | 44 |
| 2.1 Cíle výzkumu | 44 |
| 2.2 Metodika vlastního šetření | 44 |
| 2.3 Charakteristika zkoumaného vzorku | 44 |
| 2.4 Výsledky šetření | 45 |
| 2.4.1 Demografická data..... | 45 |
| 2.4.2 Návykové látky..... | 47 |
| 2.4.3 Sexualita..... | 53 |
| 2.4.4 První pomoc..... | 61 |
| 2.4.5 Rozhovor se studenty..... | 65 |
| 2.5 Diskuse | 70 |
| 2.6 Závěr | 72 |
| 2.7 Anotace | 73 |
| 2.8 Seznamy | 74 |
| 2.8.1 Seznam použité literatury a pramenů..... | 74 |
| 2.8.2 Seznam zkratk..... | 77 |
| 2.8.3 Seznam příloh..... | 77 |
| 2.9 Přílohy | 78 |

Úvod

Prevence je základem každého vyspělého zdravotního systému. Je jí myšleno nejen očkování, preventivní vyšetření aj., ale především cílená edukace. Zaměřila jsem se na problematiku prevence na středních školách a středních odborných učilištích. Lépe řečeno na problematiku, kterou by žáci již měli alespoň okrajově znát ze základních škol a z působení středoškolského preventisty. Myslím tím pohlavně přenosné choroby, prevenci otěhotnění, závislosti na škodlivých legálních a nelegálních látkách a první pomoc. Jelikož jsem absolvovala střední zdravotnickou školu a vím, že tyto informace se budoucím sestřičkám podávají v rámci studia běžně, rozhodla jsem se zjistit, jak jsou na tom žáci nezdravotnických škol.

Sama vím, že na základní škole se v rámci rodinné výchovy probírají návykové látky, především drogy, a naše paní učitelka se snažila vštípit nám něco málo i z první pomoci. Ale pokud jsme měli mluvit o něčem, co se dotýkalo slova sex, tak se diskuse přerušila. Na mé škole byl problém ve vyučující, která nedokázala o problematice sexuality hovořit, nebo nevěděla, jak tento druh informací vhodně předat pubescentům. Kdyby moji rodiče spoléhali na školu jako na poskytovatele všeobecného přehledu včetně problematiky sexuality, asi by to dopadlo tak, že bych věděla, že AIDS je hrozná choroba, protože zabila Frediho Mercuriho, a menstruace je normální a nevykrvácím při ní, což nám řekli v biologii člověka. Předpokládám a věřím, že na většině vzdělávacích institutů to takto nefunguje. Důležitou roli hrají i rodiče, kteří by měli svého potomka vybavit znalostmi do dalšího života. Bohužel, ne všichni jsou schopni se svou ratolestí hovořit o sexualitě. Mladý člověk se k informacím, které ho zajímají, stejně dostane, ale pokud zklame škola i rodina, využívá jiné zdroje, které nemusí být vždy vhodné.

Předlékařská první pomoc je z mého pohledu velice důležitá, ale stejně tak je i podceňovaná. Minimálně každý člověk vlastní řídičský průkaz má znát základy poskytování první pomoci. Ze svého okolí vím, že tomu tak není. Mnohdy nezdravotníci neznají ani ty nejbanálnější základy a na dotaz, co by udělali, kdyby byli nuceni poskytnout první pomoc, mi odpovídali všichni stejně: „Budu volat RZP“, někteří k tomu dodali „a pak omdlím.“ Což je z mého pohledu nedostačující. První pomoci by se ve školách mělo věnovat více času, aby si žáci vžili způsoby ošetřování a nemuseli v kritické situaci spoléhat pouze na příjezd RZP, která má sice opravdu povinnost přijet do 15 minut po nahlášení události, ale pro nedýchajícího postiženého bez srdeční akce je nejdůležitější prvních 5-10 minut. A právě v této době je nezastupitelná laická první pomoc.

Cíl práce

Cílem mé práce je zjistit, zda je pro žáky středních škol přínosné, když s jejich středoškolským preventistou spolupracuje i zdravotní sestra. Nebo zda je dostačující činnost samotného pedagoga (předpokládám, že preventologa dělá pedagog).

V teoretické části nastíním problematiku jednání s pubescenty a adolescenty. Rozpracuji složky první pomoci v rozsahu vhodném pro nezdravotníky (kardio-pulmonální resuscitaci, zástavu tepenného a žilního krvácení, šokové stavy, popáleniny, bezvědomí a stabilizovanou polohu). Zaměřím se i na prevenci otěhotnění. Ze sexuálně přenosných chorob zmíním AIDS, hepatitis, syfilis, kapavku a připojím meningokokovou sepsi, protože je to choroba, která se přenáší líbáním a při bližším kontaktu osob (tanec na diskotéce). Proto jsou pubescenti a adolescenti nejohroženější skupinou. Část věnovanou návykovým látkám rozdělím na drogy, kouření a požívání alkoholu.

V empirické části bakalářské práce se pokusím zjistit míru informovanosti žáků ohledně prevence otěhotnění, sexuálně přenosných chorob a první pomoci a způsoby, kterými žáci informace získávají pomocí dotazníků. Část je zaměřena na dodržování prevence poškození organismu návykovými látkami. Po vyplnění dotazníků budu s žáky hovořit. Odpovím jim na jejich případné dotazy. Pokusím se jim nastínit problematiku z jiného úhlu pohledu, než může pedagog. Budu se snažit zjistit, zda žákům posezení se mnou přineslo něco nového, nebo zda postačí výklad podle osnov od vyučujícího a je zbytečné, aby sestra spolupracovala s preventologem a přímo se podílela na edukaci žáků. Doufám, že rozhovor nebude sloužit pouze pro mé účely, ale bude mít přínos i pro žáky.

Pracovní hypotézy

- Předpokládám, že žáci budou mít dostatek informací ohledně návykových látek.
- Předpokládám, že míra informovanosti ohledně prevence otěhotnění bude dobrá.
- Předpokládám, že míra znalostí první pomoci nebude dostačující.
- Předpokládám dobrou znalost AIDS, ale menší míru informovanosti ohledně hepatitidy B a C, syfilidy a kapavky.
- Předpokládám zásadní neinformovanost o meningokokové sepsi a její prevenci.
- Předpokládám vyšší úroveň vědomostí u žáků gymnázia.
- Předpokládám pozitivní ohlasy žáků na zapojení zdravotní sestry a její spoluúčast na středoškolské prevenci.

1 Teoretická část

1.1 Z á v i s l o s t i

1.1.1 Drogy

Dopady drog nejsou pouze v ekonomické a sociální oblasti, ale problém začíná narůstat v oblasti zdravotní jako komplikace zdravotního stavu, které jsou často nevratné, jsou špatně nebo nejsou vůbec léčitelné, případně i takové, které vedou k smrti. Jedná se o žloutenky typu A, B, C a také o nemoc nejtěžší – HIV / AIDS.

Jak odhalit braní drog

To, že mladý člověk užívá drogy, nemusí být, alespoň zpočátku, vůbec nápadné. Přesto existují signály, které napovídají, že něco nemusí být v pořádku.

Problémy ve škole

Nemusí se objevit hned zpočátku. Objevují se absence, zhoršuje se prospěch. Paradoxně právě snaha o udržení dobrého prospěchu či o složení náročných zkoušek bývá důvodem k prvnímu drogovému experimentu.

Ztráta původních zájmů

Jedná se především o původně časově i fyzicky náročné koníčky jako je sport, nejrůznější aktivní umělecká činnost a podobně. Setkáváme se nejednou s rezoltním odmítáním dříve milované zábavy.

Změna přátel a party

Pravidelné a časté navštěvování diskoték a hudebních klubů, které se stává vlastně jedinou zábavou, výrazně zvyšuje riziko drogových experimentů. Organizované skupiny či skupiny mládeže svázané vnitřní ideologií riziko drogových problémů snižují.

Změna chování

Nápadné by měly být neodůvodněné stavy neobvyklé veselosti či aktivity. Na pováženou je náhle vzniklá noční nespavost spojená s různým, často dosti nesmyslným kutěním a podobným konáním. Stejně tak jsou nápadné stavy skleslosti, únavy a opakující se depresivní rozklady.

Slabost, spaní přes den

Celkově klesající výkonnost, zhoršená koncentrace a hlavně náhle vzniklé spaní přes den mohou být možnými příznaky braní drog.

Ztráta chuti k jídlu, hubnutí

Je jedním z velmi nápadných příznaků braní tzv. stimulačních drog (u nás hlavně pervitinu). Tyto látky mají jako jeden z vedlejších účinků právě potlačení chuti k jídlu. Hubnutí je charakteristické, alespoň zpočátku, POUZE pro pervitin. Opiáty a halucinogenní drogy se tímto způsobem projevovat nemusí.

Kožní defekty

Pozorujeme stopy po škrábnutích a jiných drobných sebepoškozeních, zejména na obličeji a hřbetech rukou.

Mizení peněz

Zpočátku přehlížené mizení malých finančních částek se postupně mění ve stále zoufalejší snahu sehnat dost peněz na drogy a následují již odhalené krádeže peněz či jiných cenných věcí. Příznak charakteristický pro prohlubování závislosti na heroinu.

Nález stříkaček, jehel a drog

Zde je již situace jasná. Přesto se docela často stává, že se v této situaci uvěří vysvětlení, že „nářadí“ je někoho cizího, jen v úschově a podobně. Toto vysvětlení je sice možné, ale vysoce nepravděpodobné.

Stopy po injekčním vpichu na končetinách

V tomto případě není již o čem diskutovat.

Základní dělení drog

Drogy se dají v zásadě rozdělit na čtyři základní skupiny. Ty se mezi sebou liší vzhledem, účinky, průběhem závislosti, ale i mírou rizika pro uživatele. K nelegálně vyráběným látkám je možno přiřadit i skupinu pátou – léky s účinky ovlivňujícími psychiku, tedy jinak řečeno legální drogy.

- I. skupina.....Konopné drogy
- II. skupina.....Opiáty
- III. skupina.....Stimulační látky
- IV. skupina.....Halucinogeny
- V. skupina.....Psychotropní léky

Konopné drogy

Řadíme sem drogy vyrobené z konopí, tj. tzv. marihuana, hašiš a hašišový olej.

Marihuana – směs listů, květů a stonků rostliny. Spíše než do halucinogenů se tyto drogy řadí mezi psychodysleptika (mění kvalitu psychické činnosti). Po aplikaci se projevují poruchy vnímání, emocí, myšlení, pocit sucha v ústech, pocit hladu atd. (Obr. 1)

Hašiš – konopná pryskyřice, která obvykle obsahuje malé množství květenství a drobných nečistot. Konopné drogy se užívají především kouřením. V menším měřítku se může objevit perorální užití. Přidává se do pokrmů či nápojů. Rozpustnost účinných látek je velmi malá ve vodě. (Obr. 2)

Opiáty

Jsou drogy s tlumivým účinkem, pocházejí ze surového opia získaného z nezralých makovic opiového máku. Patří sem především heroin v nejrůznějších podobách, ale také „tradiční“ český pouliční „braun“.

Opium – Makovice se někdy zpracovávají ve farmakologickém průmyslu. Opioidy jsou látky, které mají tlumivý účinek na centrální nervový systém, především mozek. Nejvýznamnější je útlum dechového centra, který může být příčinou smrti. Silný je také protibolestivý účinek, pro který se opiáty používají v lékařství v léčbě pooperační a nádorové bolesti. Typické je rovněž podráždění centra pro zvracení – uživatel zvrací většinou bez nevolnosti. Centrálním účinkem je také miosa – stažení zornice do velikosti špendlíkové hlavičky. Vyvolává euforii, která pak motivuje uživatele k dalšímu užití.

Heroin – hnědý heroin („brown sugar“) se před nitrožilním užíváním musí upravit přidáním kyseliny, lépe se ale kouří. Bílý heroin („white poder“) se podobá mouce, dá se po rozpuštění přímo vstříkovat do tělního oběhu, kouřit se ale nedá. (Obr. 4) Závislost na pouličním heroinu je obecně považována za nejrizikovější a společensky nejškodlivější. Než se ze země, kde je produkován, dostane ke svému uživateli, získává heroin řadu přísad, které do něj vmíchávají jednotliví obchodníci, aby tak zvýšili objem látky, a tedy svůj zisk. Používá se cyankáli, jedlá soda, cukr, paracetamol, kofein, ale také prací prášek anebo seškrábaná omítka.

Funguje podobně jako morfin, stačí ale 5x až 10x menší dávka. Při podání má náhlý nárazový účinek. Při nedostatku drogy se projevují abstinenční příznaky: bolesti svalů a kloubů, průjem, svalové křeče, pocení, zimnice, neklid, nespavost, ... (trvají nejvýše 4 dny, odezní do dvou týdnů). Droga sama již nemá příjemné účinky, ale je nutná k dosažení původního normálního stavu. Život se začíná měnit v drogový stereotyp. Vše se točí kolem drogy (sehnat peníze, dobře nakoupit), ostatní je druhořadé. Závislý zcela

opouští původní zájmy a záliby, rozprodává hodnotnější věci, krade, popř. získává peníze prostitucí nebo výrobou či distribucí drog.

Stimulační drogy

Jde o různorodou skupinu drog s převažujícím stimulačním (povzbuzujícím) účinkem. Patří sem především kokain, amfetamin (speed), různé deriváty amfetaminu (z nich je u nás nejrozšířenější tzv. pervitin), extáze aj.

Kokain – kokain se vyrábí máčením listů koky v benzínu. Může se vdechovat, ale nedá se kouřit. Je také rozpustný ve vodě, čehož se využívá při nitrožilní aplikaci. Nejčastějším způsobem užívání kokainu je šňupání, někdy se ale vtírá do sliznic (především pohlavních orgánů jako afrodiziakum). Účinky se dostaví za několik vteřin a trvají pouze 30 - 40 minut. Kokain celkově povzbuzuje nervový systém a zvýšené sebevědomí, klesá chuť k jídlu, kolísají nálady. Po aplikaci a odeznění příjemné reakce může trvat těžká kocovina a často přicházejí silné deprese a vyčerpání, což narkoman řeší další dávkou. Viditelné příznaky jsou rozšířené zornice, výtok z nosu (při šňupání), chraplavý hlas, bledost a hubnutí.

Kokain byl od samého počátku považován za drogu „vyšších vrstev“ a extravagantních umělců. Od počátku minulého století je rovněž drogou prostitutek. (Obr. 5)

Pervitin – tato droga byla syntetizována v roce 1888, a to v Japonsku. Tatáž země pervitin používala za druhé světové války pro sebevražedné piloty kamikadze jako doping při jejich posledním letu.

Při předávkování může dojít k akutnímu selhání srdce s možností úmrtí. U starších uživatelů někdy dávka pervitinu vyvolává infarkt myokardu. Pravidelné užívání vyvolává toxickou psychózu. Ta se obvykle projevuje vztahovačností, podezřívavostí, obavami, že je postiženému ukládáno o život. Dochází ke ztrátě kontaktu s realitou. Postižený je potenciaálně nebezpečný sobě i svému okolí, protože při úniku před domnělým nebezpečím se může snadno poranit nebo – v úmyslu bránit sebe sama – někoho napadnout. Stav je indikací k hospitalizaci na psychiatrii. Injekční aplikace s sebou nese, kromě místních infekcí, riziko nákazy virovou hepatitidou a HIV. (Obr. 7)

Extáze (MDMA) – vyskytuje se nejčastěji v podobě malé tablety s vyraženým symbolem (např. holubice, hvězdy, sluníčka apod.). Další podobou extáze mohou být výjimečně gelové kapsle různých barev, jemný bílý prášek nebo roztok. Užívá se výlučně orálně a působí cca po třiceti minutách. Nastupují pocity empatie, lásky, zvyšuje se komunikativnost a potřeba dotýkat se druhého. MDMA nefunguje jako afrodiziakum. Mezi nejvážnější komplikace patří přehřátí organismu. Hypertermie se může vyskytnout zvláště při užití na celonočních párty. Pravděpodobnost vzrůstá při nadměrné tělesné

aktivitě, vyšší teplotě okolí, vyšší dávce nebo opakovaném užití v průběhu párty a nedostatečné konzumaci tekutin s minerály. MDMA je ovšem schopna vyvolat hypertermii i sama bez okolních „podporujících“ podmínek. (Obr. 6)

DOB – látka ze skupiny stimulačních drog, zařazená mezi tzv. taneční drogy.

Vysokým rizikem je její záměna s tzv. extází, protože účinná dávka DOB je nesrovnatelně nižší. Právě proto může dojít k snadnému předávkování se smrtelným rizikem. (Obr. 8)

Halucinogeny

Jsou přírodní i syntetické látky. Převažujícím účinkem je zde široké ovlivnění psychiky (změny nálady, halucinace).

Lysohlávka česká – lysohlávky obsahují přírodní halucinogen psilocybin, který dokáže měnit vnímání a myšlení – při určitých dispozicích k psychiatrické diagnóze může užívání lysohlávek spustit duševní onemocnění, např. schizofrenii. Plodnice se užívají perorálně, jedí se přímo čerstvé nebo sušené. Nevyzpytatelná je koncentrace psilocybinu v jednotlivých plodnicích, proto může snadno dojít k předávkování. Psilocybin v lidském organismu vyvolává euforii, sluchové a zrakové halucinace, poruchy vnímání prostoru a času. Mohou se však dostavit úzkostné stavy, panický strach či deprese. V některých případech se objevilo dokonce i sebepoškozující a sebevražedné jednání. I zmíněná euforie přináší riziko – a to získáním pocitu, že jedinec umí létat. Vysoké dávky lysohlávek mohou způsobit vážná a nevratná poškození jater nebo ledvin. (Obr. 9)

LSD-25 – užívá se téměř výhradně formou „tripů“, což jsou drobné papírky o rozměrech zhruba 5x5 milimetrů napuštěné jeho roztokem. Nástup bývá doprovázen pocitem mírného chvění, neschopností ovládnout pohyby, někdy pocitem závratě či nevolnosti. Vysoké dávky mohou způsobit výraznější poruchy myšlení, zvýšenou vztahovačnost až paranoiditu, doprovázenou poruchami paměti, úsudku a pozornosti. (Obr. 10, 11)

Psychotropní léky

Jedná se o často zneužívané preparáty s vysokým rizikem návyku, event. rozvoje závislosti (Rohypnol, Diolan, Subutex, Alnagon aj.). Existuje zde nezanedbatelné riziko předávkování s následkem smrti. (Obr. 3)

(17)

1.1.2 Závislost na tabáku

Závislost na tabáku je nemoc, kterou je třeba léčit. U nás sedm z deseti kuřáků nekouří dobrovolně – jsou závislí. Nikotin je návykový, proto skutečně není jednoduché přestat kouřit. Problém má dvě části: naučené chování (cigareta v určitých situacích, v určité společnosti) a nikotinovou závislost.

Vaše chování nemůže změnit nikdo jiný než vy sami. Nikdo ani nic vám totiž nemůže zabránit kouřit: nevzít cigaretu do ruky můžete jen vy sami. Některým situacím je dobré se na několik měsíců zcela vyhnout. Například nepít kávu, nechodit do restaurací.

Někdy pomohou léky

Závislý na nikotinu kouří denně, většinou nejméně deset a více cigaret. Potřebuje si zapálit do hodiny po probuzení. Protože nikotin z těla po čtyřech hodinách od poslední cigarety zmizí, kuřák závislý na nikotinu může pociťovat abstinenci příznaky, jako je nutkání kouřit, špatná nálada, případně deprese, úzkost, podrážděnost či zlost, neschopnost odpočívat. Může zápolit s poruchami spánku, nesoustředěností, zvýšenou chutí k jídlu. Léky je dobré užívat několik měsíců. Všechny léky v podstatě zabraňují abstinenci příznakům, odvykání tedy ulehčí, ale nezabrání kouřit.

Léky si můžete koupit sami, nebo vám může lékař napsat recept. V lékárně dostanete nikotin ve formě náplasti, žvýkačky, mikrotablety, inhalátoru nebo pastilky. Bohužel všechny léky si musíte koupit sami, ale jejich cena je přibližně stejná jako 1 až 2 krabičky cigaret denně.

Hrozivá statistika

- Každé šesté úmrtí v ČR způsobuje kouření.
- Ročně zemře v ČR 18 000 kuřáků .
- Denně je to téměř 50 mrtvých lidí.
- Kuřáci si zkracují život v průměru o 15 let.
- Kouření je příčinou 90% případů rakoviny plic. (Obr. 12, 13)

(Zdroj: Centrum léčby závislosti na tabáku)

(3)

1.1.3 Alkoholismus

Akutní intoxikace

Etanol („alkohol“) je opravdu rozšířená látka, jejíž nadměrné požití může vést k bezvědomí s následnou smrtí v důsledku aspirace, podchlazení. Často při alkoholovém opojení může dojít ke zranění.

Příznaky otravy souvisí s koncentrací etanolu v organismu.

- První fáze se projevuje euforií, mírnou svalovou dyskoordinací, snížením reakčního času.
- Při vyšších dávkách je snížena motorická koordinace, zhoršená řeč, narušen vizus, snížená senzitivita.
- Těžká intoxikace se projeví dvojitým viděním, nekoordinací pohybů, hyperreflexií, sníženou ventilací. Koncentrace alkoholu v krvi 4g/l může být letální dávkou.

Etanol je z organismu odstraňován rychlostí 0,07 až 0,15 g/h a závisí na funkci jater, stavu organismu, pohlaví, době a množství požití stravy. (13)

Výpočet hladiny alkoholu v krvi:

„Hladina alkoholu v krvi [g/kg = ‰] = množství nápoje [dl] × obj. procenta alkoholu [%] × (muži 1,1; ženy 1,3) / tělesná hmotnost [kg] – uplynulá doba [hod] × 0,2

Tento výpočet je možno provést do 15 hod. po požití alkoholu, po 10 hod je však výsledek spíše orientační.“ (I 4)

Chronické užívání alkoholu (alkoholismus)

Definice dle WHO: Alkoholik je člověk, jehož závislost na alkoholu dosáhla takového stupně, že mu to působí zřetelné poruchy a újmu ve společenských vztazích, ve společenské činnosti a na tělesném i duševním zdraví.

Vznik alkoholismu není jednorázová záležitost. Z pijáka se stává alkoholik podle jeho věku za různou dobu. U **15letého člověka** je to cca půl roku a více. U **dospělého** trvá vznik závislosti

většinou až 5 let. Čím je člověk mladší, tím vzniká závislost dříve. (P III – Test)

ČASTÉ SEKUNDÁRNÍ PSYCHIATRICKÉ DIAGNÓZY SPOJENÉ S ALKOHOLISMEM

- deprese
- panická úzkostná porucha
- obsese
- někdy se alkoholismus přesmykne do mentální anorexie

Delirium tremens – je to jakési šlénství z nedodání alkoholu tělu, které je na něj zvyklé. Vyskytuje se u několikaletých abuzérů ("nadužívačů") alkoholu. Nejčastěji u pijáků lihovin. Vzniká často v noci. Během deliria bývá třes celého těla a zrychlený tep. Strach střídá euforii. Člověk je dezorientován místem a časem, ne vlastní osobou. Vzniká náhle, někdy v souvislosti s epileptickým záchvatem (u 1/3). **Trvá 2-5 dní.** Je nebezpečí, že alkoholik nepije tekutiny a nejí. Zakončení je prudké (spánkem), nebo se projevy pomalu zmírňují.

Alkoholické halucinace – jsou sluchové a zrakové halucinace, které se vyskytují hlavně v noci. Pacient je při nich značně úzkostný. Po odeznění si zhruba pamatuje, co halucinoval.

Paranoidní psychóza – jde o bludy pronásledování a žárlivecký blud. Postihuje přednostně paranoidní psychopatické osobnosti. Objevuje se často při zvýšeném přísunu alkoholu. Postižený se netřepe, nepotí, komunikuje.

ČASTÉ SEKUNDÁRNÍ OSTATNÍ DIAGNÓZY SPOJENÉ S ALKOHOLISMEM

- nadměrné zatížení jater s jaterní cirhózou (vazivová přestavba), eventuelně rakovina jater z trvalé intoxikace. Bez jater se nedá žít - pokud zcela vypoví, člověk zemře!
- velmi časté je postižení slinivky břišní (chronický, akutní zánět nebo rakovina)
- vysoký krevní tlak (hypertenze)
- srdeční choroby (dilatační kardiomyopatie) - srdce se zvětší v důsledku velkého objemu krve (hlavně u pivařů)
- cévní mozková příhoda (mrtvice)
- poruchy srážení krve v důsledku nedostatku srážecích faktorů, které se tvoří v játrech
- impotence

Léčba

Využíváme terapii nebo poradenství v protialkoholních léčebnách nebo na psychiatrických klinikách a dále v poradnách. Léčba může být ambulantní (v naprostých počátcích závislosti, nebo po léčbě v protialkoholní léčebně), nebo stálá při hospitalizaci. Trvá asi **3 měsíce**. Po ní je nutná striktní **doživotní** abstinence, jinak nastává v 99% recidiva (znovuvzplanutí závislosti). Po těchto třech měsících se však pacient nepovažuje za vyléčeného a chodí na tzv. „opakovačky,“ tj. hospitalizace trvající jen asi 5 dní (pokud není pacient kompenzován, tak více). Využívá se pracovní terapie, arteterapie, psychoterapie atd. **Antabus, pomůcka při odvykání.**

Pokud pacient požije při terapii antabusem alkohol, hrozí mu nevolnost, zvracení, zrychlení tepu, pokles tlaku krve (a to již při 10-20g alkoholu). Vyšší dávky alkoholu mohou poškodit cirkulaci a v závažných případech navodit i smrt.

(I 3)

1.2 S e x u a l i t a

Principy sexuální výchovy podle Vladimíra Taubnera:

- 1) Spolupráce rodiny a školy.
- 2) Sexuální výchova je nedílnou součástí všeobecné výchovy.
- 3) Sexuální výchova vychází z vědeckého poznání a ze stupně rozvoje společnosti.
- 4) Sexuální výchova má edukovaný charakter.
- 5) Princip etičnosti v sexuální výchově.
- 6) Princip aktuálnosti v sexuální výchově.
- 7) Princip komplexnosti a harmonického vývoje všech oblastí.
- 8) Princip přiměřenosti a individuálního přístupu.
- 9) Princip aktivity žáka (dítěte), spolupráce s ním.
- 10) Princip pedagogičnosti a odbornosti v osobnosti vychovatele. (18)

Tyto principy byly přetransformovány na podmínky našeho školství, ale v původním znění jsou uznávány i ve světovém měřítku.

Sexuální výchova by se měla vyhnout:

- zesměšňování otázek žáků
- posuzování postojů žáků
- předpokladům, že žáci, studenti určitá fakta znají nebo naopak neznají

(11)

1.2.1 Antikoncepce

Již staří Egypťané doporučovali řadu metod, které měly zabránit početí. Tzv. Petriho papyrus sepsaný v Egyptě kolem roku 1850 př. n. l. doporučuje zavést před souloží do pochvy pastu vyrobenou z krokodýlího trusu. Pokud by to někomu připadalo poněkud nechutné, nabízejí jiné prameny trus sloní, popřípadě volskou žluč, stromovou smůlu nebo zelí. Staří arabští učenci zase doporučovali vzít pravé varle vlka, obalit je bavlnou nasáklou olivovým olejem a tento svérázný antikoncepční čípek zavádět před pohlavním stykem do pochvy.

V roce 1960 Americký úřad pro potraviny a léčiva schválil do výroby první antikoncepční tabletu. (1)

Fyziologie ženského pohlavního ústrojí

Menstruační cyklus ovlivňují hormony hypofýzy (podvěsku mozkového), konkrétně FSH (folikulostimulační) a LH (luteinizační hormon). FSH ovlivňuje růst a zrání folikulů (ve folikulu je umístěno vajíčko) ve vaječnících. Zrající folikul produkuje specifický ženský hormon **estrogen**. Ten připravuje tělo ženy na případné těhotenství = narůstá děložní sliznice, zvětšují se prsa, pootevřívá se děložní hrdlo a jeho hlenová zátka se stává tekutější, což usnadňuje spermiím vstup do dělohy a dále do vejcovodů. Čím je folikul větší, tím produkuje více estrogenu. Když dosáhne hladina estrogenu v krvi určité úrovně, vyplaví se z hypofýzy druhý hormon LH. Asi po 36 hodinách od vyplavení LH dochází k prasknutí zralého folikulu (ovulace) a vajíčko se dostává z vaječníku, je zachyceno vejcovodem a postupuje jím směrem k děloze. Ve vejcovodu dochází k oplodnění, tedy pokud se vajíčko při průchodu vejcovodem setká se spermií.

Prasklý folikul se díky luteinizačnímu hormonu, dalšímu z hypofyzárních hormonů, mění na žluté tělísko (corpus luteum), které v malé míře pokračuje v tvorbě estrogenu, ale především produkuje **progesteron**. Progesteron je hormon, který udržuje případné těhotenství. Pokud k oplodnění nedojde, žluté tělísko zaniká. Díky zániku žlutého tělíska dojde k rapidnímu poklesu progesteronu i estrogenu, což způsobí křečovitě stažení cév v děloze, vnitřní výstelka dělohy odumírá a následuje menstruační krvácení.

Přehled antikoncepčních metod

Tab. 1 - Antikoncepční metody

| Skupina antikoncepčních metod | | | Metoda | Poznámka | |
|-------------------------------|-------------------|------------------------------|--|---|---|
| Antikoncepce ze strany muže | | | Přerušená soulož | Významná metoda | |
| | | | Zabránění tvorby spermií | Není prakticky použitelná | |
| | | | Sterilizace (přerušení chámovodů) | Plodnost se již nedá obnovit | |
| Antikoncepce ze strany ženy | Nehormonální | | Bariérové metody | Prezervativ | Významná metoda |
| | | | | Poševní pesar | U nás již patří historii |
| | | | | Spermicidní čípky a krémy | Užívají se, ale kromě jiných nevýhod jsou méně spolehlivé |
| | Hormonální metody | Gestagení | Nitroděložní antikoncepce | Nitroděložní tělísko | Významná metoda |
| | | | | Nitroděložní antikoncepční systémy | Zatím se užívá méně, ale metoda má budoucnost |
| | | | Minipilulky | | Běžně se užívají, ale význam je omezený |
| | | | Antikoncepční podkožní implantáty | | Zatím se užívá méně, ale metoda má budoucnost |
| | | Antikoncepční injekce | | Běžně se užívají, ale význam je omezený | |
| | | kombinované | Antikoncepční tablety | | Velmi významná metoda |
| | | | Antikoncepční náplast | | Zatím se užívá méně, ale má budoucnost |
| | | | | | Vypočítávání neplodných dnů |

(1)

- Jediná prakticky použitelná antikoncepce ze strany muže je kondom a přerušovaná soulož.
- Na straně ženy jsou zdaleka nejvýznamnější různé formy hormonální antikoncepce (především kombinované) a nitroděložního tělíska. Omezenou použitelnost mají chemické spermicidní metody, stejně jako využití neplodných dnů.
- Ostatní metody jsou prakticky nepoužitelné, kromě ženské a mužské sterilizace, které jsou však nevratné.

Přerušovaná soulož

- Přerušovaná soulož je metoda velmi málo spolehlivá, vykazuje 20% selhání za rok.
- Měla by zůstat metodou nouzovou, vyhrazenou pro případy, kdy opravdu nic jiného není k dispozici.
- Při jejím používání se musí dát zejména pozor na opakovaný styk a na potřísnění zevních pohlavních orgánů ženy spermatem. V každém případě je třeba přerušit styk raději dříve než úplně na poslední chvíli.

Kondom

- Kondom je relativně spolehlivou a levnou ochranou proti početí.
- Chrání do značné míry i před přenosem pohlavních chorob, proto je doporučitelný především těm, kteří nemají stálého partnera, případně sexuální partnery často střídají.
- Kondom bere pohlavnímu životu spontánnost a svobodu. Založit antikoncepci stabilního páru na kondomu se v dnešní době dá považovat za přežitek a podivinství.

Nitroděložní tělísko (Obr. 14, 15)

- Běžné nitroděložní tělísko je účinná, dlouhodobá, pohodlná a levná metoda ochrany proti nežádoucímu těhotenství. Je však vhodná pro ženy, které již rodily, ne pro mladé bezdětné ženy a dívky.
- U nitroděložních tělísek musíme počítat s poněkud častějším selháním, než kolik vykazují tablety, přesto je to stále metoda vysoce spolehlivá.
- Nitroděložní tělísko není vhodné pro ženy, které mají hodně silnou menstruaci, protože se dá čekat, že po zavedení bude ještě silnější.
- Nitroděložní tělísko není vhodné pro ženy, které často střídají své sexuální partnery.

Kombinovaná hormonální antikoncepce

- Každá antikoncepční tableta je složena ze dvou hormonů: estrogenu a progestinu. (1) Progestin má podobné účinky jako progesteron, ale je uměle vytvořený z mužského pohlavního hormonu testosteronu. Trávicím traktem se progesteron může vstřebávat pouze v umělé formě.

- Tablety se podávají ve čtyřtýdenních cyklech tak, že 3 týdny se užívají tablety a týden žena nebere nic. Pokles hladiny při vynechání tablet napodobuje zánik žlutého tělíska a je podnětem, na jehož základě přijde menstruační krvácení.
- Antikoncepční tablety se dělí podle množství estrogenu v 1 tabletě, který kolísá od 15 do 50 μ g. Vyšší i nižší dávky mají své výhody a nedá se říci, že je něco lepší. Lepší je to, co vyhovuje dané uživatelce. (1)

Nežádoucí účinky antikoncepčních tablet

Žilní systém – estrogen zvyšuje tvorbu koagulačních faktorů. Proto se jich při užívání hormonální antikoncepce tvoří v ženině těle více. Její krev má pak větší náchylnost ke srážení. Většinou si s tím tělo lehce poradí. Problém nastává při imobilizaci (upoutání na lůžko, sádrový obvaz na dolní končetině) a u starších žen s křečovými žilami (varixy). Křečová žíla je rozšířená, krev v ní neproudí dostatečně rychle, městná a v kombinaci s vyšší náchylností ke srážení dochází ke vzniku trombů (krevních sraženin). Na podkladě trombu v žíle vzniká tromboflebitida (trombem vyvolaný zánět žíly).

Srdce a tepny – zatímco estrogen poškozují žíly, progestiny mají na svědomí problémy s tepnami. Nejobávanějším onemocněním tepen je ateroskleróza. Spočívá v tom, že se do stěn cév ukládá cholesterol a vytváří na nich zevnitř stále tlustší pláty, které tepnu postupně zužují, až ji uzavřou. V tu chvíli přestává tkáň, dříve zásobovaná krví, dostávat kyslík a v důsledku toho odumírá. Pokud je postiženou tkání srdeční sval, říká se tomu *infarkt myokardu*, když mozek, jde o *cévní mozkovou příhodu*. Mladé ženy se jí nemusejí obávat. Mají cévy ještě mladé a jejich cholesterol jim většinou může být dosti lhostejný. Jiná situace nastává u uživatelek, které překročily 35. rok věku. A vůbec by to nemělo být lhostejné u kuřaček jakéhokoli věku! Kouření dává tepnám pořádně zabrat samo o sobě a nevhodný progestin škodlivost kouření znásobuje.

Jaterní poškození – zprávy o poškození jater pocházejí z dob, kdy tablety obsahovaly velké množství hormonů. Jejich dávky od té doby poklesly a přešlo se na hormony mnohem vhodnější, ale mýtus o nebezpečí pro játra se udržuje stále.

Antikoncepce a rakovina prsu – protože se obecně ví, že mléčná žláza je tkáň závislá na hormonech, obava, že právě hormonální antikoncepce zvyšuje riziko tohoto onemocnění, je silně rozšířená. Nade všechnu pochybnost se prokázalo, že to není pravda.

Váhový přírůstek – občas se s tabletami přibere. Tloustnutí je jednou z nejčastějších příčin, proč ženy zavrhnou hormonální antikoncepční tablety. Estrogen má na svědomí, že se do mezibuněčného prostoru „nasaje“ více vody. To má za následek hmotnostní přírůstek 2-3 kg. Není to tedy „pravé“ tloustnutí, protože se nejedná o podkožní tuk. Progestin má „na svědomí“ vyšší chuť k jídlu.

Pokles libida a psychické změny – deprese, změny nálad a pokles libida (jak se odborně nazývá chuť na milostné hrátky) jsou druhým nejčastějším důvodem, proč ženy tablety nechťejí. Tyto potíže jsou mnohem častější než např. žilní problémy.

Bolesti hlavy – jsou úplně nejčastější. Předpokládá se, že za to mohou opět progestiny a jejich vliv na cévy, ale blíže o tom lékaři nic nevědí. Víme jen to, že ženy trpící migrénami mají s antikoncepcí záchvaty častěji.

Nauzea – nauzea je odborný výraz pro stav, kdy je člověku špatně od žaludku, případně se mu chce zvracet. Tahle nepříjemnost se často vyskytuje zvláště u nových uživatelék. Odezní téměř vždy do třetího měsíce.

Nepřavidelné krvácení – při užívání hormonální antikoncepce by měla mít žena naprosto pravidelný cyklus. Při užívání tablet se může objevit krvácení a špinění i mimo menstruaci. Není to vlastně nežádoucí účinek tablet, ale jen známka toho, že užívaná antikoncepce dané ženě nevyhovuje.

Příznivé účinky hormonální antikoncepce:

Antikoncepce, to nejsou jen tabletky „proti dětem“. Důvodů k užívání může být víc. Tablety mají i celou řadu jiných, neantikoncepčních, přínosných a příjemných vedlejších účinků.

Rakovina dělohy a vaječníků – užívání antikoncepčních tablet snižuje riziko, že žena onemocní rakovinou děložní sliznice a vaječníků.

Gynekologické záněty – jestliže užívání tablet snižuje riziko rakoviny na polovinu, ohrožení zánětlivým onemocněním vnitřních rodidel redukuje ještě více.

Bolestivá menstruace a předmenstruační potíže – u mladých dívek a bezdětných žen bývá často menstruace bolestivá. U žen po třicátém roce věku se objevují potíže

předmenstruační (bolesti hlavy, změny nálady, otoky a jiné). Téměř vždy pomůže užívání hormonální antikoncepce. Dokonce se dá směle říci, že je to léčba nejúčinnější.

Mimoděložní těhotenství – antikoncepční tablety nedovolí vznik mimoděložního těhotenství.

Tento klad antikoncepčních tablet je viditelný především ve srovnání s nitroděložním tělískem, které před mimoděložním těhotenstvím ženu neochrání.

Další příjemné vedlejší účinky – na vaječnicích se nemohou tvořit cysty, uživatelky mají výrazně snížené riziko některých revmatoidních onemocnění (konkrétně tzv. revmatoidní artritidy). Dalo by se najít kladů více. Prý je nezvratně statisticky dokázáno, že uživatelky antikoncepce mají údajně méně dopravních nehod... (1)

Antikoncepční náplast

- Antikoncepční náplast je vhodnou formou kombinované hormonální antikoncepce pro ty ženy, které mají potíže s pravidelným užíváním tablet.
- Náplast se přelepjuje 1x za týden.
- Princip užívání je stejný jako u tablet. Po tři týdny se nalepuje na odmaštěnou kůži a pak následuje týden bez náplasti, kdy dochází k menstruaci.
- Spolehlivost náplastí je velice dobrá, dalo by se říci, že je lepší než spolehlivost tablet, protože odpadá riziko opomenutí užití nebo znehodnocení tablety antibiotiky, zvracením či průjmovým onemocněním.
- Zatím je nevýhodou náplastové antikoncepce její vyšší cena.

Další způsoby antikoncepce:

- Minipilulky – neobsahují estrogény, užívají se denně i během menstruace, mohou je užívat i kojící matky, mají ale menší spolehlivost než kombinované tablety.
- Injekce a implantáty – po aplikaci injekčního roztoku je žena chráněna minimálně po dobu 3 měsíců. Injekce jsou spolehlivé a relativně levné. Implantáty vypadají jako duté trubičky asi 2 mm dlouhé, které se zavádějí při místním znecitlivění do podkoží. Jsou spolehlivé, působí několik let (3 – 5 let podle druhu), jejich nevýhodou je vysoká cena.
- Nitroděložní antikoncepční systém – jedná se o nitroděložní tělísko, které uvolňuje progestiny. Na našem trhu je zatím pouze jedno tělísko tohoto druhu, stojí zhruba 5000 Kč a zavádí se na dobu 5 let. (Obr. 16)

Postkoitální antikoncepce

Následuje po nechráněném pohlavním styku (např. prasknul-li prezervativ). Jedná se o nárazovou vysokou dávku estrogenu a progestinu. Můžeme využít dva způsoby:

- 1) Do 12 hodin podat najednou 4 tablety běžné kombinované hormonální antikoncepce a za dalších 12 hodin od první dávky další 4 tablety.
- 2) V našich podmínkách je dostupná jediná tableta určená přímo pro tento účel. Jmenuje se Postinor. Jedna jeho tableta stačí, když se užije do jedné hodiny po pohlavním styku. Pokud se ho ovšem nepodaří užít do hodiny, pak se musí podání opakovat po 12 hodinách. Musí se však nasadit nejpozději do 72 hodin po nechráněném pohlavním styku.

Interrupce (umělé přerušování těhotenství)

K umělému přerušování těhotenství se přistupuje na přání ženy (žena si zákrok hradí sama), nebo když je nutné interrupci provést ze zdravotních důvodů (v tomto případě je zákrok hrazen pojišťovnou).

Miniinterrupce – provádí se do osmého týdne od prvního dne poslední menstruace. Spočívá v odsátí obsahu dělohy. Nevýhodou je, že se děložní dutina nedá zkontrolovat.

Klasická interrupce – Děložní obsah se, stejně jako při miniinterrupci, odsává. Je zde však možnost kontroly děložní dutiny i chirurgickými nástroji. Pokud gynekolog přece jenom dělohu „nevyčistí“ úplně, odloučí se zbylá sliznice při následující menstruaci, která bývá zpravidla bolestivější.

Potratová pilulka – tento způsob spočívá v podání tablety, která blokuje účinek progesteronu. Ten, jak již bylo řečeno, ochraňuje nově vzniklé těhotenství. Proto dochází při jeho blokaci k samovolnému potratu. Tableta se ale setkala s velkým odporem, především ze strany církve. Proto se její nabídka stáhla.

1.2.2 HIV / AIDS

Nákaza se u nás přenáší nejčastěji pohlavním stykem nebo předměty infikovanými kontaminovanou krví (injekční jehly a stříkačky používané mezi intravenózními narkomany, tetováž, piercing). V zemích s nízkou úrovní hygieny a zdravotní péče byly opakovaně popsány přenosy infekce transfuzemi, během operačních zákroků nebo dokonce hromadným očkováním. (P IV – Grafy, Graf 16, 17) (13)

K přenosu z matky na dítě může dojít v průběhu těhotenství přes placentu nebo při porodu. Po porodu je potencionálním zdrojem infekce HIV kojení. Právě proto se dnes ve vyspělých zemích doporučuje, aby séropozitivní ženy nekojily. V rozvojových zemích, kde je při umělé výživě dítěte riziko střevní infekce vyšší než riziko přenosu HIV mateřským mlékem, však SZO kojení doporučuje.

Onemocnění vyvolávají viry lidské imunodeficiencie (HIV). (14)

Po vniknutí do organismu napadá virus především buňky lymfatického systému.

- První příznaky nemoci, které připomínají spíše obyčejnou chřipku nebo angínu, se objeví za 2 – 6 týdnů. Po několika týdnech tyto obtíže ustoupí a člověk se opět cítí zdrav – je však infekční a virus v jeho těle napadá stále více buněk.
- Po uplynutí jednoho nebo více let propuká choroba znovu. Ke klasickým příznakům přitom patří hubnutí, zvětšení mízních uzlin, únava, slabost, déletrvající průjem a kvasinkové infekce postihující dutinu ústní.
- Postupně se přidávají další takzvané oportunní infekce, což jsou infekce různých orgánů vyvolané mikroorganismy, které jsou normálně velmi málo patogenní. Toto stadium onemocnění odpovídá syndromu získaného imunodeficientu (AIDS). Často se objeví i některé nádory, především Kaposiho sarkom. Postižený člověk nakonec umírá naprostým vysílením za několik let od doby, kdy nákazu získal.

Popsaný průběh onemocnění může být dobře vedenou léčbou zmírněn a prodloužen. Léčba je však komplikovaná, dlouhodobá (vlastně celoživotní) a drahá. Spočívá v podávání přípravků zabraňujících množení viru, v pozdějších fázích musíme podávat i přípravky potlačující oportunní infekce. Léčba je tím úspěšnější, čím dříve po přenosu viru byla zahájena.

Léčba HIV-pozitivních osob je v ČR soustředěna do infekčních oddělení krajských nemocnic. Vyšetření HIV může však provést kterýkoli lékař. (13)

1.2.3 Virové hepatitidy

Tab. 2 - Hepatitidy

| Ukazatel | VHA | VHB | VHC |
|-------------------------------|--|--|---|
| Způsob přenosu | fekálně-orální | krví, pohlavním stykem | krevní cestou |
| Nejvíce ohrožené skupiny osob | osoby žijící ve špatných hygienických podmínkách | i.v. narkomané, promiskuitní lidé, dříve i zdravotníci | i.v. narkomané, dříve také příjemci transfuzí |
| Inkubační doba | 15 – 50 dnů | 50 – 180 dnů | 15 – 150 dnů |
| Přechod do chronicity | Ne | Možný | Častý |
| Rozvoj cirhózy | Ne | Možný | Možný |
| Možnost očkování | Ano | Ano | Ne |

Hepatitida B má závažnější a delší průběh než hepatitida A, navíc může přecházet do chronického stádia, a to přibližně u 10% nakažených. Chronickou hepatitidu lze po několika letech vyléčit, může však vyvolat i nevratné poškození jater – cirhózu a posléze jaterní selhání. Hepatitida B se šíří nejčastěji sexuálním stykem nebo různými kosmetickými zákroky, pokud vedou k porušení kůže (tetování, piercing) a jsou prováděny nesterilními prostředky. V minulosti bylo zaznamenáno mnoho nakažení i ve zdravotnických zařízeních, ke kterým došlo používáním špatně sterilizovaných jehel, stříkaček a chirurgických nástrojů. V současné době výskyt hepatitidy B klesá díky nabídce jednorázově používaných pomůcek a očkování zdravotníků. Bylo také zavedeno plošné očkování všech dětí již v kojeneckém věku.

Hepatitida C má většinou mírný průběh, přechází však často do chronicity (asi v 80%), jejíž důsledky jsou stejné jako u hepatitidy B. Hepatitida C se u nás nejvíce šíří mezi intravenózními narkomany. Do 90tých let, než byla zavedena rutinní diagnostika, se nemoc vyskytovala často u příjemců transfuzí krve – vznikala tím tzv. posttransfuzní hepatitida.

Typickým projevem onemocnění je ikterus, proto dostaly tyto choroby český název „žloutenky“. Ikterus se ovšem objeví jen u části nemocných. Většina postižených má jen necharakteristické příznaky: pobolívání břicha, nevolnost, nadýmání, nechutenství a únavu, někdy též mírně zvýšenou teplotu, bolesti v kloubech nebo zarudnutí kůže. Část případů proto zjistíme teprve epidemiologickým šetřením u osob, které byly v kontaktu s nemocným.

Základem léčby u všech hepatitid je klidový režim a dieta, která spočívá v absolutním zákazu alkoholu a vyřazení dráždivých a těžko stravitelných jídel nebo nadýmavých pokrmů. Nevhodné jsou rovněž přepalované tuky. Celkově se však ustupuje od dříve prosazovaných přísných dietních opatření. Strava má být pestrá a vyvážená, s dostatkem vitaminů i všech základních živin. Podávání různých léků v akutní fázi nemoci má většinou jen podpůrný význam.

(13)

1.2.4 Syfilis

Syfilis je infekční onemocnění, které způsobuje spirocheta *Treponema pallidum*. Onemocnění se přenáší především pohlavním stykem, ale šíření je možné i infikovanými nástroji (přístroje aj.) nebo blízkým tělesným kontaktem s osobou v infekčním stádiu.

Tři stádia syfilidy:

- 1) **primární** – asi po měsíci se u nakažené osoby objeví v místě vstupu infekce do organismu tzv. **tvrdý vřed**. (Obr. 19) Ten je asi 1cm velký, na pohmat tuhý a nebolestivý. Nejčastěji vzniká na zevním genitálu, děložním čípku, jazyku, ústí konečníku, rtech, mandlích aj. Zvětší se místní lymfatická uzlina u tvrdého vředu, který se samovolně zhojí asi za 4 – 6 týdnů. Nemocný v primárním stádiu je vysoce infekční.
- 2) **sekundární** – sekundární stádium nemusí postihnout všechny nakažené. Druhé stádium syfilidy se projevuje rozsáhlou **vyrážkou na těle** (Obr. 20), především na trupu a ploskách rukou i nohou. V ústech nalézáme bílé plošky. Nemocného trápí celkové příznaky, jako je zduření lymfatických uzlin, zvýšená tělesná teplota, únava, bolesti kloubů, bolesti hlavy. Vyrážka i ostatní příznaky časem vymizí. Je možné, že se jednou vymizené příznaky druhého stádia opět vyskytnou. Sekundární stádium je také velice nakažlivé.
- 3) **terciální** – pokud není pacient v prvním nebo druhém stádiu zaléčen, může choroba po několika letech (5 – 20) přejít do třetího stádia. Terciálně je syfilis téměř nenakažlivý, ale také neléčitelný, můžeme pouze zmírňovat dopady onemocnění na organismus postiženého. Postižení se týká především:
 - nervové soustavy (demence, poruchy řeči, těžké poruchy osobnosti)
 - srdce a cévní soustavy (aneuryzmata)
 - pohybového aparátu
 - dochází k rozpadu nosní přepážky
 - postiženo může být i tvrdé patro.

Ve vyspělých zemích se v dnešní době třetí stádium téměř nevyskytuje. (Obr. 21)

Mezi jednotlivými stádii je období latence (klidu), kdy nemá postižený žádné potíže a projevy onemocnění.

Přenos z matky na dítě:

Syfilis u těhotné ženy vede k potratu nebo vážnému poškození plodu. Především pokud je matka v době oplodnění již nemocná, nebo pokud onemocní v časném stádiu těhotenství. Pokud matka onemocní v druhé polovině gravidity, může se dítě narodit bez postižení, ale po porodu se u něho syfilis projeví (ihned po porodu nebo do jednoho měsíce). Projevy onemocnění můžeme pozorovat především v oblasti úst. (Obr. 18)

Léčba:

Před vynalezením antibiotik byla léčba velkým problémem. Na syfilis zemřelo i mnoho známých osobností (údajně Josef Mánes, V. I. Lenin, Klement Gottwald aj.).

Léčba spočívala v pochybných doporučeních, jako například koupele v krvi netopýrů, nebo pravidelný pohlavní styk s pannami. Nakonec lékaři zůstali u rtuťových mastí, které nasazovali na různé kožní projevy nemoci. Je smutným faktem, že poslední z léčebných postupů, který přetrval staletí, pacientovi sice trochu pomáhal od bolesti, ale při delším používání vedl k destrukci pokožky a otravě rtuť. (I 2)

Velice dobře účinkuje na syfilis klasický penicilin. Pokud je na penicilin pacient alergický, můžeme využít jiná antibiotika (tetracyklin, erytromycin). Po залéčení musí být pacient nadále dispenzarizován (sledován).

1.2.5 Kapavka (gonorrhoea)

Kapavka je zánětlivé onemocnění způsobené bakterií *Neisseria gonorrhoeae*. Přenáší se téměř výhradně pohlavním stykem. Možné jsou i jiné cesty přenosu, např. infikovanými předměty, ale tento způsob nákazy kapavkou není příliš častý.

Onemocnění postihuje především vylučovací a rozmnožovací ústrojí. Kapavčitý zánět však můžeme nalézt i v konečníku, nose, ústech, hltanu (napadení těchto orgánů bývá často asymptomatické = bezpříznakové), ve spojivkovém vaku aj.

Kapavka u mužů

- Příznaky onemocnění se objeví za 2 – 14 dnů po vniknutí bakterie do těla postiženého.
- Muže trápí především potíže s močením (pálení a řezání při močení) a hustý výtok z močové trubice. (Obr. 17) Ústí močové trubice je zarudlé.

- Neléčená infekce může postupovat dále na nadvarlata a varlata, což může vést k neplodnosti muže. Občas postihuje i prostatu.
- Rektální forma (v konečníku) se vyskytuje především mezi homosexuály. Může být symptomatická, nebo se projevuje mírným výtokem z konečníku, svěděním v okolí řitního otvoru a bolestivým nutkáním na stolici.
- Infekce v ústech a hltanu se nemusí projevovat nijak. Občas nemocní udávají bolest v krku.

Kapavka u žen

- Inkubační doba je asi 7 – 21 dní.
- Asi v polovině případů je bezpříznaková.
- Postihuje především močovou trubici a děložní čípek.
- Příznaky onemocnění jsou časté nucení na močení, bolestivé močení, hlenohnisavý výtok z pochvy a močové trubice, krvácení mimo menstruaci, např. po pohlavním styku.
- Komplikované onemocnění může mít za následek potratovost, předčasně porody nebo i sterilitu ženy.
- Rektální, ústní a hltanová forma je stejná jako u mužů.

Kapavka u novorozence

- U novorozenců je kapavčitý zánět lokalizován především ve spojivkovém vaku a způsobuje následnou slepotu.
- Oslepnutí lze předejít aplikací vhodných očních léků po narození dítěte.
- Aplikace léků do spojivkového vaku se v rámci preventivních opatření provádí u každého novorozence bez ohledu na pozitivitu matky. U pozitivních matek se dítě dále sleduje.

Léčba

Dříve se k léčbě používala klasická penicilinová antibiotika, ale v dnešní době, kdy se bakterie stávají rezistentními (odolnými), musíme používat účinnější širokospektrá antibiotika, např. tetracyklinová nebo cefalosporinová.

1.2.6 Meningokok C

Zabijácká bakterie meningokoka C u nás poprvé smrtelně zaútočil v roce 1993. V olomouckých kasárnách napadl šest vojáků, jednoho z nich zabil. On byl jeho první obětí. Během dalších dvou let smrtelných případů přibývalo.

Meningokok C, poměrně rozšířená bakterie, kterou nalezneme v krku každého desátého člověk, se v posledních letech modifikoval. Zrodil se nový kmen – lékaři mu říkají zabijácký. To proto, že jeho hlavním rysem je rychlost a dravost útoku. A také lstivost. Téměř vždy si vybírá mladého člověka, nikdo přesně neví proč. Stejně neznámý je také důvod, proč se někomu usadí v krku a po týdnu bez následků zmizí, a druhému vtrhne do krevního oběhu, kde se šíleným tempem rozmnoží. (16)

Meningokok se přenáší tzv. kapénkovou infekcí nebo přímým přenosem, například líbáním. Meningokokové onemocnění má krátkou inkubační dobu. Nemoc se rozvine z plného zdraví během několika hodin. Pacient má nejprve pocit chřipky, cítí se slabý, má neurčité bolesti svalů a kloubů. Zanedlouho se na kůži nohou, na bérkách, na rukou a jinde po těle začnou objevovat krevní výrony nepravidelného tvaru (Obr. 22) a stále jich přibývá. Současně klesá krevní tlak. Vědomí však může být zachováno, což může svádět k zlehčování projevů nemoci. Ve skutečnosti se v touto dobou již rozhoduje o přežití nebo nepřežití nemocného. Není-li okamžitě zajištěn transport do kvalitní nemocnice a zahájena komplexní intenzivní léčba, zemře pacient během několika dalších hodin na těžkou poruchu srážlivosti krve, selhání ledvin a dalších orgánů a zhroucení oběhu (septický šok). (13)

Pokud není léčba zahájena, nebo je zahájena příliš pozdě, postižený většinou umírá do 24 hodin. Nemocní, kteří přežijí, mohou mít trvalé následky. Dochází k ztrátě sluchu, zraku, epilepsii, trvalému poškození mozku, psychomotorické retardaci. Postiženému někdy musí být amputovány prsty.

Prevence: Jediný způsob, jak se před onemocněním chránit, je očkování. Na našem trhu jsou k dostání dva typy vakcín:

- vakcína proti kmenu A + C, která se musí každé 3 roky přeočkovávat
- vakcína pouze proti kmenu C, která má zajistit celoživotní imunitu proti kmenu C

Vakcínu je vhodné aplikovat v před-adolescentním období. Očkovací látku si každý hradí sám, ale některé zdravotní pojišťovny svým pojištěncům na očkování přispívají.

1.3 Poskytování první pomoci

1.3.1 Kardiopulmonální resuscitace

Neodkladná resuscitace (KPR) je soubor postupů, které slouží k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u osob postižených náhlým selháním jedné nebo více základních životních funkcí s cílem uchránit před nezvratným poškozením zejména mozek a myokard. (8)

Příznaky: bezvědomí, bezdeší – zraněný nedýchá nebo mohou být přítomny lapavé dechy, při vyšetření pohledem se hrudník zraněného nezvedá, je nehmatný tep na velkých tepnách (krkavice, stehenní tepna), akrální cyanóza – zmodralá barva kůže, rtů, ušních boltců, brady a dalších koncových částí těla, mohou být přítomny široké zornice (mydriáza), mrtvolný vzhled. (15)

Postiženého uložíme na záda na pevnou podložku. Při poranění hlavy nebo krční páteře, nebo je-li na takové poranění podezření, manipulujeme s postiženým tehdy, je-li to nezbytně nutné k záchraně života. Pokud postižený leží obličejem dolů, musí jej záchránce přetočit, aby se hlava, ramena a trup pohybovaly souběžně, v ose těla.

Postupujeme podle pravidel ABC o resuscitaci – uvolníme dýchací cesty, zajistíme jejich průchodnost a zhodnotíme puls na velké tepně – krkavici. Někdy stačí k obnovení dýchání jen uvolnění dýchacích cest. Jestliže se ale dýchání neobnoví, zahájíme umělé dýchání z plic do plic dvěma rychlými vdechy. Selhal-li krevní oběh, je nutné zahájit také nepřímou masáž. (12)

Pravidlo ABC

A – airway – zajištění průchodnosti dýchacích cest

B – breathing – zajištění dýchání

C – circulation – zajištění krevního oběhu

A – airway – zajištění průchodnosti dýchacích cest

Jakmile jsme si jisti, že je postižený v bezvědomí, přesvědčíme se, zda má volné dýchací cesty. Zkontrolujeme pohyby hrudníku a poslechneme uchem přiloženým blízko k ústům postiženého dýchací zvuky. Vydechovaný vzduch ucítíme ve **tváři**. **Nedýchá-li** postižený, nebo dýchá-li obtížně, může být porušena průchodnost dýchacích cest. Obstrukce často nastává proto, že jazyk ochabne, zapadne a opírá se o zadní stěny hltanu. Může být vyvolána i cizím tělesem, např. potravou a umělými zubními náhradami. (10)

B – breathing – zajištění dýchání

Tímto pojmem rozumíme aktivní vhánění vzduchu nebo kyslíku do plic postiženého. Při neodkladné resuscitaci je prováděno přerušovaným přetlakem, kterým překonáme odpor dýchacích cest a elastický odpor hrudníku. Výdech je pasivní.

Umělé dýchání provádíme:

- **bez pomůcek:**
 - z úst do úst
 - z úst do nosu
 - z úst do nosu a úst
- **s pomůckami:**
 - resuscitační rouška
 - kapesní maska
 - ruční dýchací přístroj

Účinnost umělé ventilace posuzujeme podle pohybu hrudníku při vdechu a výdechu.

Pokud se nám dýchání zdá nedostatečné, zkontrolujeme opět průchodnost dýchacích cest. (8)

C – circulation – zajištění krevního oběhu

Po zástavě krevního oběhu následuje do 10 – 15 sekund bezvědomí a k zástavě dýchání dochází do 60 sekund. Zástavou krevního oběhu rozumíme zástavu srdeční činnosti. Výsledkem je nedostatečné či úplné přerušování zásobování orgánů a tkání okysličenou krví, čímž jsou poškozeny životně důležité tkáně a orgány, zejména mozek.

Zásady správné masáže srdce:

- **Na počátku zaznamenáme čas.**
- **Ve vhodné poloze:** zraněného uložíme vodorovně, vždy na tvrdou podložku.
- **Na správném místě:** provádí se tlakem na rozhraní dolní a střední třetiny hrudní kosti bázemi obou dlaní při natažených horních končetinách vahou celého těla.
- **Nepřetržitě:** až do obnovení spontánní srdeční akce (nebo ukončení NR). Přerušování může být maximálně na 10 sekund.
- **V optimálním rytmu:** masáž provádíme stlačováním hrudní kosti rychlostí cca 100 / min., u novorozence alespoň 120/min.
- **S dostatečnou intenzitou:** stlačení hrudní kosti oproti klidové poloze musí být dostatečně hluboké (u dospělého 4 – 5 cm, u dětí 3 – 3,5 cm, u kojenců cca 2 – 3 cm, u novorozenců cca 1,5 – 2,5 cm).

- **Správnou technikou:** musíme mít napjaté horní končetiny v lokti, síla směřuje kolmo dolů na hrudní kost, využíváme svou tělesnou hmotnost. U dospělých provádíme masáž zápěstím jedné ruky a sílu zvětšujeme přiloženým zápěstím druhé ruky shora. U malých dětí (do 8 let) provádíme masáž pouze zápěstím jedné ruky a u novorozenců masírujeme pouze silou dvou prstů (ukazovák a prostředník) nebo silou palců obou rukou a zbývající prsty máme pod zády dítěte. (9)
- **Ve správném poměru srdečních kompresí a umělých dechů:** u dospělých poměr kompresí k ventilacím je pro všechny dospělé oběti srdeční zástavy 30 : 2 a jsou vynechány dva úvodní záchranné vdechy. Ihned po prokázání srdeční zástavy se zasahuje KPR 30-ti kompresemi. Stejný poměr by měl být použit u dětí, jsou-li prováděny laickým záchráncem. Laičtí nebo osamělí záchránci, kteří poskytují první pomoc při srdeční zástavě dětem, budou používat rytmus 30 kompresí ku 2 vdechům. Začnou 5 záchrannými vdechy a pokračují v poměru 30 : 2. (6)
- počet záchránců pro poměr počtu stlačení hrudníku a umělých vdechů není rozhodující. (4)

1.3.2 Šok

- doprovází řadu náhlých situací. Může vzniknout nejčastěji při:

- A) ztrátě krve, plazmy, tekutin (hypovolemický šok)
- B) selhání srdce jako pumpy (kardiogenní šok)
- C) patologicky vystupňované dilataci a propustnosti cévního řečiště (anafylaktický šok)

Jedná se vždy o nedostatečný průtok krve tkáněmi těla a reakci organismu na sníženou perfúzi a hypoxii tkání. V tomto směru je proto pro poskytování první pomoci rozhodující bezprostřední časový úsek po úrazu či náhlé příhodě. Šok, který se již jednou rozvinul, snižuje šanci postiženého na záchranu a po určité době trvání šoku nelze postiženého zachránit vůbec. Proto také bývají první minuty po úrazu označovány za platinové a první hodina po úrazu je nazývána hodinou zlatou.

Nejlepší léčbou šoku je jeho prevence!!!

Hypovolemický šok

V některých případech je jedním z prvně zjistitelných projevů šoku strach postiženého. Dále můžeme pozorovat:

- neklid, zmatenost, neúčelné pohyby, agresivitu postiženého
- pocit žízně, chladu, nucení na zvracení, třes

Tyto změny mohou velice záhy vyústit ve ztrátu kontaktu s postiženým, tedy v poruchu vědomí různé závažnosti (od spavosti až po bezvědomí). Jsou způsobeny nedostatečným prokrvením a okysličením mozku různého stupně.

- Mezi časné reakce na poranění spojené s krevní ztrátou patří zejména zrychlení tepové frekvence, v pozdějších stádiích je spojena s poklesem krevního tlaku.
- V počáteční fázi šoku bývá přítomno zrychlené dýchání.
- Důležité známky, které nás informují o rozvoji šokového stavu, se týkají změn na kůži. Je bledá až břidlicově šedá, chladná, lze pozorovat cyanózu rtů a ušních boltců, mramorování na končetinách, často bývá přítomno studené perfúzní pocení. Po krátkém zatlačení na nehtové lůžko zaznamenáme zpomalenou obnovu kapilárního plnění. Doba, která u zdravého činí asi 2 sekundy, bývá u šokových stavů mnohonásobně prodloužena.

Základní první pomoc:

- při poruše vědomí se zaměřuje na zvládnutí poruch průchodnosti dýchacích cest a prevenci aspirace
- autotransfuzní poloha (pokud není kontraindikována)
- přivolání odborné zdravotnické pomoci (8)
- pravidlo 5 T

Pravidlo 5 T

- **teplo** – zamezit ztrátám tepla a prochladnutí (nenechat zraněného ležet na holé zemi)
- **tekutiny** – nic nepodávat do úst, pouze ztlumit pocit žízně svlažováním rtů (namočený čistý kapesník ve vodě aj.)
- **ticho** – omezení a kompenzování rušivých podnětů, psychologický vliv – uklidňování
- **tišení bolesti** – podle druhu zranění (znehybnění zlomeniny, zástava krvácení apod.)
- **transport** – zajistit co nejrychleji a pokud možno v protišokové poloze, sami spíše netransportujeme (zhoršení stavu) (4)

Kardiogenní šok

Nejčastější etiologie:

- infarkt myokardu
- myokarditidy, endokarditidy

- některé závažné poruchy srdečního rytmu
- hypertenzní krize
- dekompenzace srdečních vad
- kontuze myokardu, např. po silném nárazu na hrudník, po stlačení hrudníku

Základní první pomoc (možnosti laické první pomoci jsou velmi omezené):

- psychické zklidnění nemocného
- uložení do polohy v polosedě
- zajištění základních vitálních funkcí, případně zahájení KPR
- rychlé přivolání RLP 155/112

Anafylaktický šok

Je mimořádně vážný, náhle vzniklý neúrazový stav. Dochází k němu tehdy, když se postižený dostane do styku s látkou, na kterou je extrémně přecitlivělý. Vazba protilátek na antigen vytvoří komplex, který zahájí lavinovou reakci organismu.

Příčinou reakce bývá nejčastěji:

- bodnutí hmyzem (včely, vosy, sršni)
- vdechnutí některých látek (prach, pyl, chemikálie)
- požití potravy (ovoce, koření, ryby) nebo některých léků
- vstřebání látek kůží (chemikálie)
- injekční aplikace některých léků

Při anafylaktickém šoku nastává porucha vědomí od neklidu a dezorientace až po bezvědomí:

- postižený těžce dýchá (spasmus a otok dýchacích cest)
- kůže může být zčervenalá, skvrnitá
- v obličejí je patrný otok, zejména kolem víček a rtů, často bývá bledost kolem rtů, případně i jejich cyanóza, otok postihuje také jazyk
- otoky můžeme pozorovat také na kloubech končetin
- tep je rychlý a při plně rozvinuté formě šokového stavu obtížně hmatný, podobně jako u jiných forem šoku

Základní první pomoc:

Je zaměřena na život zachraňující výkony, obdobně jako u nemocných či raněných s jinou formou šoku. K prevenci otoku hltanu a hrtanu lze přiložit na krk ledové obklady. Je nutno rychlé přivolat odbornou zdravotnickou pomoc. Možnosti laické první pomoci jsou při anafylaktickém šoku velmi omezené. (8)

1.3.3 Bezvědomí

Vědomí je projevem činnosti CNS. Člověk, který je při vědomí, spolupracuje a vykonává běžnou denní činnost. Stav vědomí hodnotíme podle:

- reakce na slovní oslovení = verbální reakce
- pohybovou odpověď = motorická reakce
- senzitivní = reakce na bolest.

Bezvědomí je stav, kdy nemocný navazuje kontakt s okolím pouze částečně, nebo vůbec kontakt nenavazuje. Příčinou bývají různé chorobné procesy v mozku nebo v organismu.

Mezi příčiny vyvolávající bezvědomí patří:

- úrazy hlavy – otřes mozku, zhmoždění, krvácení, zlomenina lební klenby
- cévní příhody – krvácení nad plenu i pod plenu mozkovou, do mozku
- otravy, úpal, úžeh
- záněty blan mozkových a mozku, poruchy látkové výměny, infarkt, úraz elektrickým proudem, bleskem (19)
- šokové stavy
- tepelné a chladové trauma
- tonutí
- primární náhlá zástava oběhu
- respirační insuficience
- psychiatrické příčiny

Bezvědomí může vzniknout v důsledku kombinace více příčin!!!

Základní první pomoc:

- Zhodnotíme stav vědomí a ostatních základních životních funkcí (dýchání, krevní oběh).
- Zajistíme průchodnost dýchacích cest stabilizovanou polohou nebo manévry na zprůchodnění dýchacích cest. Je-li nutno pak umělou plicní ventilací.
- Tísňové volání (155/112).

Krátkodobá ztráta vědomí – synkopa

Vyvolávající příčinou tohoto stavu je obvykle dočasné snížení průtoku krve mozkiem pod 50% normální hodnoty nebo zástava prokrvení mozku na 5-10 sekund. Počátek synkopy bývá náhlý, nečekaný, a pokud není postižený včas zachycen, klesá bezvládně k zemi.

Z tohoto důvodu může být tato netraumatická ztráta vědomí spojena s následným úrazem.

Základní první pomoc:

- postiženého uložíme na záda
- dolní končetiny podložíme (zvedneme) asi o 30 cm s cílem zlepšit prokrvení mozku
- věnujeme pozornost průchodnosti dýchacích cest (záklon hlavy po dobu trvání bezvědomí)

Vzhledem k tomu, že se může jednat jak o synkopy benigní, tak i závažné, měl by poté být postižený vyšetřen lékařem. Především v případě, kdy se synkopa již opakovala. (8)

1.3.4 Krvácení

První pomoc se poskytuje při krvácení nejrůznějšího původu a rozsahu. Krvácením z drobných ran nebo oděrek začínaje, krváceními, která bezprostředně ohrožují život konče.

Cíl první pomoci:

- zástava krvácení
- prevence rozvoje hemoragického šoku

Arteriální krvácení

- krev pulzuje z rány
- krevní ztráta je rychlá
- v porovnání s ostatními typy krvácení se jen málokdy zastaví samo (8)

První pomoc: při poskytování první pomoci je nezbytné rychle zastavit tepenné krvácení.

Způsoby první pomoci:

- prsty se stlačí konce přerušené tepny přímo v ráně
- stlačení přerušené tepny v místě tzv. tlakových bodů
- přiložení tzv. škrtidla, nejlépe elastického pásu (gumový pás, šle, gumová hadice) nad přerušenou tepnou, maximálně po dobu 3 hodin. Je to sice účinný, ale nebezpečný způsob stavění krve, protože pod místem zaškrcení dochází k nedokrevnosti (19)
- tlakem na ránu

Tlak na ránu může být proveden:

Látkou a rukou - při mírném krvácení použijeme přednostně tlak na ránu přes sterilní krytí.

Pokud není k dispozici, můžeme použít čistý kapesník, ručník nebo jakýkoli kus čisté tkaniny. Prosáklé krytí z rány neodstraňujeme a nevyměňujeme ho. Na původní krytí v případě nutnosti přidáme další vrstvu. Za 10 až 30 minut se při lehkém tlaku krvácení obvykle zastaví.

Tlakovým obvazem - většinu krvácení lze zastavit standardním či improvizovaným tlakovým obvazem. Obvaz tvoří krycí vrstva, tlaková vrstva (nerozvinuté obinadlo, různé složené nebo stočené tkaniny) a obvaz, kterým obě vrstvy fixujeme. Při použití obvazu na končetině je třeba po zastavení krvácení kontrolovat puls a prokrvení distálně od místa poranění.

Tlakové body (P V – Tlakové body)

Tímto názvem označujeme místa, kde artérie probíhají blízko povrchu těla a přímo nad kostěným podkladem. Máme možnost využít tyto tlakové body (Obr 25):

- spánkový
- lícní
- krční
- podklíčkový
- pažní
- břišní
- stehenní

Venózní krvácení

- trvalý tok tmavočervené až kaštanové barvy
- i v případě žilního krvácení mohou být krevní ztráty dosti značné
- otevřené žíly (např. velké krční) mohou navíc nasát vzduch = vzduchová embolie (8)

První pomoc: představuje přiložení kompresivního obvazu. (19)

1.3.5 Popáleniny

Popálení je stav, kterým kožní buňka reaguje na působení zevních teplot nepříznivých pro živou tkáň. Ty mohou vést k místním i celkovým změnám, které při rozsáhlém poškození ohrožují život popáleného pacienta.

Kožní buňka snáší bez poškození teploty do 43,5°C. Při teplotách nad 44°C je poškození ještě reverzibilní, ale účinek tepla nesmí být delší než šest hodin. Teploty nad 60°C vyvolávají smrt buňky.

Rozdělení popálenin

- I. stupeň – je charakterizován pouhým zčervenáním pokožky
- II. stupeň – II. a: pod puchýři je růžová spodina, poraněná plocha je značně bolestivá
II. b: puchýře jsou většinou stržené, spodina je sytě červená a jsou patrné drobné výbledy (Obr. 23)
- III. stupeň – je charakterizován ztrátou kůže v celé síle, barva postižených ploch je různá – od bílé až po černou, povrch je suchý a necitlivých (Obr. 24)

(19)

Technická první pomoc

Cílem je zabránit dalšímu působení tepla. Čím kratší je působení tepla, tím menší vznikají škody. Při vzplanutí oděvu postižený většinou propadá panice, utíká, mává rukama apod. Tím jen hoření podporuje!!!

Postup:

- Povalení na zem, uhašení např. pokrývkou, kabátem apod. Základním předpokladem je zabránění přístupu vzduchu a ukončení působení tepla. K tomuto účelu se však vyvarujte používat látek z umělé hmoty, které se taví a způsobují další poškození. (8)
- Poloha vleže je důležitá pro prevenci popálení obličeje a dýchacích cest, protože plameny šlehají vzhůru.
- Při hoření v uzavřeném prostoru se s postiženým plazíme po podlaze k východu, aby nedošlo ke vdechování kouře a toxických zplodin. (19)
- Doutnající oděv odstraníme. Přichycené šaty však z popálené plochy nestrháváme.
- Při opaření je důležité co nejrychleji odstranit oděv nasáklý horkou vodou.
- Ulpěné hmoty na kůži (např. asphalt) v rámci první pomoci neodstraňujeme, místo pouze chladíme.

Základní první pomoc:

- Chlad podstatně mírní bolest a omezuje průnik tepla do hlubších vrstev.
- Optimální teplota = asi 8°C po dobu 15 – 20 minut, resp. do vymizení palčivé bolesti.
- Nikdy ke chlazení nepoužíváme led.
- Ochlazujeme jen zasažené, ne příliš rozsáhlé plochy.
- U velkých, rozsáhlých popálenin chladíme pouze obličej, ruce, genitál – nebezpečí hypotermie.
- Popálené plochy sterilně kryjeme. Nikdy **nepoužíváme masti a zásypy!!!**
- Nezapomeneme sejmout z postižených oblastí např. prsteny, náušnice, řetízky, náramky apod. **Otok postižené oblasti rychle narůstá!!!**
- Postiženému, zvláště při rozsáhlejších popáleninách s možností rychlého zásahu RLP, nepodáváme nic ústy (nelze-li v nejbližší době očekávat zásah RLP a postižený je plně při vědomí, je možné mu podat malé množství mírně osolené vody – 1 lžička na 1 litr pitné vody).
- Bráníme prochladnutí postiženého.
- Sledujeme základní životní funkce.

Rozsahem i menší popáleniny by měly být zhodnoceny lékařem. Vždy je lépe závažnost stavu přecenit než podcenit!!! (8)

1.3.6 Stabilizovaná poloha (P VI – Uložení pacienta v bezvědomí)

Tato poloha umožňuje zachování průchodnosti dýchacích cest, protože hlava v mírném záklonu nedovolí zapadnutí jazyka. Zvratky či krev, které jsou v dutině ústní, mohou volně vytékat ven a nehrozí jejich aspirace. Neužívá se však při zlomenině pánve, dlouhých kostí, poranění ramene, zlomenině páteře a otevřeném poranění břicha. (2)

Horní končetinu postiženého blíže k nám uložíme do pravého úhlu k tělu, v lokti ji ohneme do pravého úhlu tak, aby dlaň směřovala vzhůru. Druhou horní končetinu položíme přes hrudník a její hřbet přidržujeme u tváře postiženého blíže zachránci. Dolní končetinu dále od nás ohneme, uchopíme pod kolenem a tahem za ni směrem k sobě provedeme otočení na bok. Ohnutou dolní končetinu upravíme tak, aby byla v kyčli a v koleni ohnuta do pravého úhlu, a hlavu založíme do záklonu. (Obr 26) Vždy po třiceti minutách ve stabilizované poloze se doporučuje otočení na druhou stranu. (4)

Nyní se ale spíše dává přednost tzv. **Rautekově zotavovací poloze** (Obr 27), která plní stejnou funkci, ovšem uložení postiženého tímto způsobem je jednodušší.

Postup:

- klekneme si k postiženému, vyndáme mu z kapes větší ostré předměty (pouze ty, které přes oděv vidíme, s menšími neztrácíme čas), sundáme brýle
- paži pacienta, kterou máme blíže u sebe srovnáme tak, aby s jeho tělem svírala pravý úhel
- od nás vzdálenější dolní končetinu postiženého uchopíme pod kolenem a zvedneme nahoru, aby byla v kyčli i koleni co nejvíce ohnutá a chodidlo stále bylo na zemi
- vzdálenější paži postiženému položíme přes hrudník a hřbet jeho dlaně mu přiložíme k tváři, které je k nám blíže
- postiženého držíme za koleno a převalíme ho na bok směrem k sobě
- ve výsledku pacient leží na boku a hřbetem dlaně, kterou má pod obličejem, se mu udržuje zakloněná hlava a tím pádem i uvolněné dýchací cesty (I 1)

1.3.7 Zakázané výkony při poskytování první pomoci

- Zbytečně z postiženého nesvlékáme šaty. Výjimkou tvoří svlečení šatů potřísněných louhy a kyselinami, zakrvácených a pokud potřebujeme získat přístup k ráně.
- Nezasouváme vyhrzlé útroby.
- Nenapravujeme otevřené zlomeniny nebo deformované končetiny. Neodstraňujeme z těla cizí tělesa.
- Nevyplachujeme rány a nezasypáváme je prášky.
- Polohu násilně neupravujeme.
- Nepodáváme tekutiny ústy. (19)

1.4 Psychologie dospívajícího

1.4.1 Charakteristika dospívající mládeže

V období dospívání prochází mládež velmi rozporuplnými změnami, které jsou charakteristické pro vývojové období adolescence. Tato vývojová etapa je pro jedince náročná, neboť se zde ukončuje doba mezi dětstvím a dospělostí. U děvčat začíná kolem šestnáctého roku, u chlapců asi v sedmnácti letech, ale věkové hranice se stále posouvají směrem dolů. Koncem tohoto období se vyrovnávají věkové rozdíly mezi pohlavími. Horní věková hranice adolescence se nedá přesně stanovit, neboť dosažení dospělosti ovlivňuje celá řada skutečností. Jedním z nejpodstatnějších vlivů jsou společenské a kulturní zvyklosti. Hlavním vývojovým úkol adolescenta je vytvořit si pocit vlastní identity, přijmout normy společnosti, vytvořit si vědomí vlastní hodnoty, přijmout za své morální principy dané společností, postupně se stát nezávislým na rodičovské autoritě a vytvářet heterosexuální vztahy. Adolescent se tak postupně stává osobností, získává charakteristické vzorce myšlení, emocí a chování, které ovlivňují jeho interakce s prostředím.

Somatický vývoj je ukončen, adolescent získává svoji skutečnou fyzickou podobu, je schopen sexuální reprodukce. Pro toto období je charakteristická vysoká fyzická výkonnost, jedinci mohou dosahovat i špičkových sportovních výkonů. Uspějí spíše v těch fyzických aktivitách, které jsou krátkodobější a zátěžově intenzivnější. Tyto aktivity jsou typičtější pro chlapce, neboť působí větší biologická naléhavost sexuálního pudu.

V kognitivním vývoji přetrvává kritický realizmus, který se projevuje přezkoumáním získaných poznatků. Mizí naivní romantismus, je větší příklon k realitě. Adolescent je ještě typický svým radikalismem a nekompromisností, projevuje se jednostranností v chápání skutečnosti, nepostihne všechny faktory, které danou situaci ovlivňují, a proto je u něho tendence ke zjednodušování a radikálnímu prosazování takto nabyté zkušenosti. Řešení situací mu bývá hned jasné, svůj názor vehementně prosazuje, zvláště ve střetu s dospělými. Neovládá zcela své chování. Proto také mladí lidé více riskují, mají méně zábran a zároveň i méně zkušeností s rafinovanými vztahy mezi dospělými. Mnohdy projeví velkou míru odvahy a vrhají se do situací, které jsou nové a neotřelé. Toto jejich riskantní chování je vyvoláno touhou po samostatnosti a nezávislosti.

V adolescenci se velmi rozvíjí sociální vztahy po stránce kvalitativní a kvantitativní. Někteří autoři toto období charakterizují jako období extroverze, kdy začíná touha být členem různých skupin, pohybovat se co nejčastěji ve společenských situacích. Tato touha po společenských zážitcích je dána i tím, že adolescent se citově stává nezávislým na svých rodičích, ale má potřebu partnerství a citové sounáležitosti.

Adolescenční sklon ke sdružování se projeví i potřebou navazování erotických vztahů s druhým pohlavím. Jde o období prvních lásek, období citové spřízněnosti, které se vyznačuje značnou nekritičností partnera, neuvážeností v jednání. Zklamání z prvních lásek je bolestně prožíváno, neboť se zraňuje adolescentův ještě nevyvážený sebecit. Nepříjemně je prožíván i nedostatek erotických zkušeností, který způsobuje snižování sebehodnocení. Aby adolescent získal subjektivně přijatelné sebevědomí, potřebuje být úspěšný, zažívat pochvalu od svého okolí a mít uspokojivý erotický vztah. Neúspěch v těchto oblastech se snaží kompenzovat v jiných aktivitách, aby se jeho snížený sebecit vyrovnal. (5)

2 Empirická část

2.1 Cíl výzkumu

Cílem provedeného výzkumu je zjistit množství a kvalitu informací, které studenti nezdravotnických SŠ a SOU mají ohledně dané problematiky. Zda studenti vítají výklad zdravotníkem a zda má pro ně výklad zdravotníkem přínos.

2.2 Metodika vlastního šetření

Pro výzkum jsem zvolila metodu anonymního dotazníku, který byl rozdělen na tři hlavní oblasti a úvodní část s demografickými údaji. Oblast NÁVYKOVÉ LÁTKY obsahovala 8 otázek, oblast SEXUALITA 9 otázek a oblast PRVNÍ POMOC 4 otázky.

Anonymní dotazník jsem zvolila proto, že by někteří respondenti, pokud by dotazník anonymní nebyl, mohli mít potíže se sdělováním negativních informací v oblasti NÁVYKOVÉ LÁTKY a překonáním studu v oblasti SEXUALITA.

Dotazník jsem vytvořila sama. Použila jsem otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. Dotazníkové šetření probíhalo od poloviny měsíce prosince roku 2007 od konce měsíce února roku 2008. Respondenti měli dostatek času na vyplnění dotazníku, a pokud některé z otázek nerozuměli, měli možnost požádat o vysvětlení.

Studenti označovali své odpovědi zakroužkováním, u některých otázek byli upozorněni na možnost výběru libovolného počtu odpovědí. Pokud si nevybrali žádnou z nabízených možností odpovědi, mohli svůj názor vyjádřit u odpovědi „jiné“.

(P I – Dotazník)

Po vyplnění dotazníku následoval rozhovor, při kterém byl pozorován zájem studentů o danou problematiku a reakce na přítomnost zdravotníka.

2.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníky byly určeny studentům nezdravotnických SŠ či SOU. Výzkum byl prováděn na gymnáziu, nezdravotnické střední odborné škole (SOŠ zemědělská) a SOU.

Před vlastní návštěvou institutu, kde jsem výzkum prováděla, jsem kontaktovala ředitele institutu a požádala o umožnění provedení výzkumného šetření a přidělení třídy. Dotazníky jsem osobně rozdávala a po vyplnění jsem je také osobně sbírala. Návratnost byla 100%. 1 dotazník byl znehodnocen chybou. Výzkum byl prováděn ze 70 řádně vyplněných dotazníků.

2.4 Výsledky šetření

Data z méně obsáhlých otázek jsou vložena do tabulky. Části dotazníku, u kterých byly odpovědi rozsáhlejší, předkládám pro větší přehlednost ve formě sloupcových grafů.

2.4.1 Demografická data

Demografická data jsem zpracovala do tabulky. V demografických údajích jsem mimo věku, pohlaví, vzdělávacího institutu a ročníku také zjišťovala, zda respondent vlastní řidičský průkaz. Tento parametr mě zajímal, protože jsem chtěla porovnat, kolik majitelů řidičského oprávnění odpoví v otázce č. 1 v bloku PRVNÍ POMOC (Kde jste se dozvěděli něco o první pomoci), že se o první pomoci dozvěděli v autoškole.

Pohlaví:

Snažila jsem se mít ve vzorku podobný počet mužů a žen. Shoda je až překvapivá, muži zaujímají 50 % vzorku a ženy zbylých 50 %.

Tab. 3 - Rozdělení respondentů dle pohlaví

| | | |
|-------------|----|-------------|
| Muž | 35 | 50 % |
| Žena | 35 | 50 % |

Ročník:

Výzkumné šetření bylo prováděno v 1. ročníku (32,9 %), v 2. ročníku (32,9 %) a ve 3. ročníku (34,2 %).

Tab. 4 - Rozdělení respondentů dle ročníku

| | | |
|--------------------|----|---------------|
| I. ročník | 24 | 32.9 % |
| II. ročník | 23 | 32.9 % |
| III. ročník | 23 | 34.2 % |

Vzdělávací institut:

Zastoupení respondentů v jednotlivých vzdělávacích institucích je velice podobné. Nejpočetnější třídou je 3. ročník čtyřletého gymnázia (34,2 %), ve 2. ročníku SOU a v 1. ročníku SOŠ dotazník vyplnil shodný počet studentů (32,9 %).

Tab. 5 - Rozdělení respondentů dle vzdělávacího institutu

| | | |
|------------------|----|---------------|
| Gymnázium | 24 | 34.2 % |
| SOŠ | 23 | 32.9 % |
| SOU | 23 | 32.9 % |

Věk:

Nejpočetnější věkovou skupinu tvoří osmnáctiletí, a to 31,4 %. Nejméně zastoupená je skupina 19 let, dotazník vyplnil pouze 1 respondent, procentuálně vyjádřeno tvoří 1,4 %. Všechny ostatní věkové skupiny jsou poměrně vyrovnané co do počtu studentů, kteří dotazník vyplňovali. 15ti letí tvoří 21,5 %, 16ti letí 25,7 % a 17ti letí zaujímají 20 % vzorku.

Tab. 6 - Rozdělení respondentů dle věku

| | | |
|---------------|----|---------------|
| 15 let | 15 | 21.5 % |
| 16 let | 18 | 25.7 % |
| 17 let | 14 | 20 % |
| 18 let | 22 | 31.4 % |
| 19 let | 1 | 1.4 % |

Vlastnictví řidičského oprávnění:

Mezi respondenty je 13 vlastníků (18,6 %) řidičského průkazu. 81,4 % studentů řidičský průkaz nemá a do autoškoly nechodí nebo v současné době autoškolu navštěvují .

Tab. 7 - Počet vlastníků řidičského oprávnění

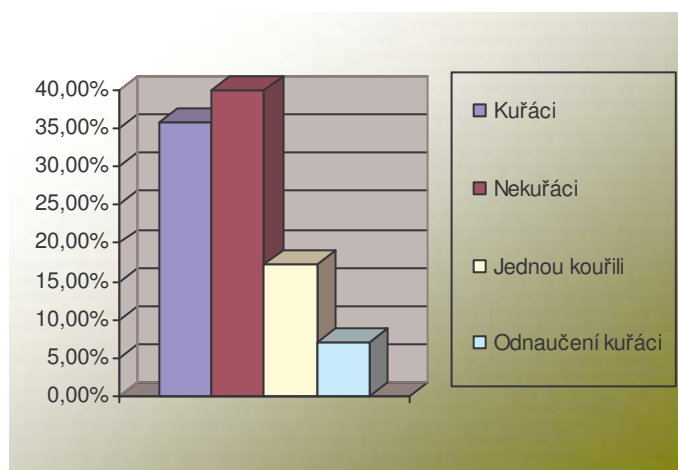
| | | |
|------------|----|---------------|
| Ano | 13 | 18.6 % |
| Ne | 57 | 81.4 % |

2.4.2 NÁVYKOVÉ LÁTKY

1) Kouříte?

Přestože 67,2 % respondentům zatím nebylo 18 let, tvoří kuřáci téměř nejpočetnější skupinu (35,7 %). Naštěstí nekuřáci zatím převažují (40 %). I mezi středoškolskými studenty nalezneme odnaučené kuřáky (7,1 %) a část respondentů jednou zkusila kouřit, ale dále v kouření nepokračovala (17,2 %).

Graf 1 - Počet kuřáků



Tab. 8 - Kuřáci / nekuřáci

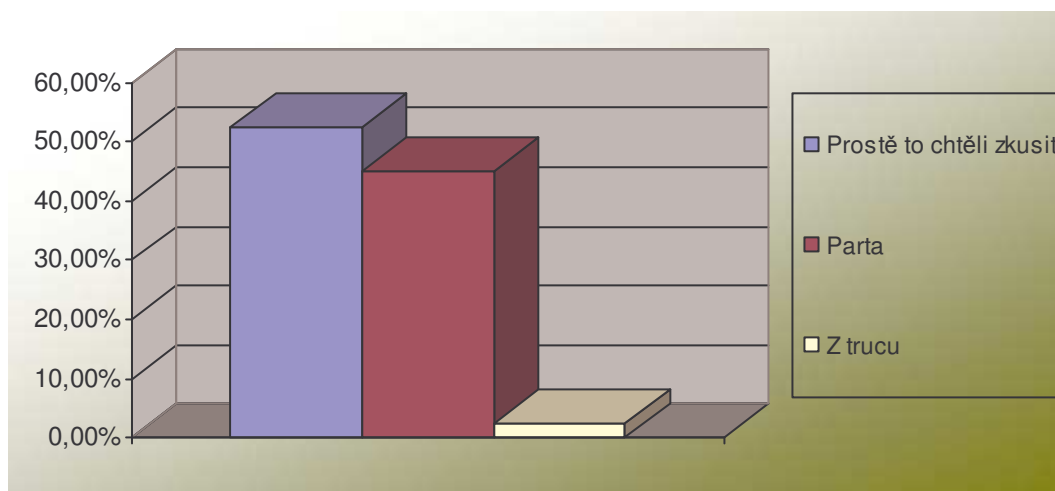
| | | |
|--------------------------------|----|--------------|
| Ano | 25 | 35,7% |
| Ne | 28 | 40% |
| Jednou jsem to zkusil/a | 12 | 17,2% |
| Odnaučený kuřák | 5 | 7,1% |
| Jiné | 0 | 0% |

Na nadcházející 2 otázky neodpovídali respondenti, kteří u předešlé otázky zvolili odpověď B (nekuřáci). Zkoumaný vzorek u otázek č. 2 a 3 bloku NÁVYKOVÉ LÁTKY činil 42 respondentů.

2) Proč jste začali kouřit?

52,4 % chtělo prostě vyzkoušet, jak cigareta chutná a jaké to je kouřit. Platí, že velký vliv na pubescenta a adolescenta má parta a v kouření tomu není jinak. 45,2 % studentů uvedlo, že na jejich kuřácký začátek měla vliv právě parta. 1 z respondentů (2,4 %) konstatoval, že si poprvé zapálil proto, že mu to otec zakázal. „Z trucu.“

Graf 2 - Důvod začátku kouření



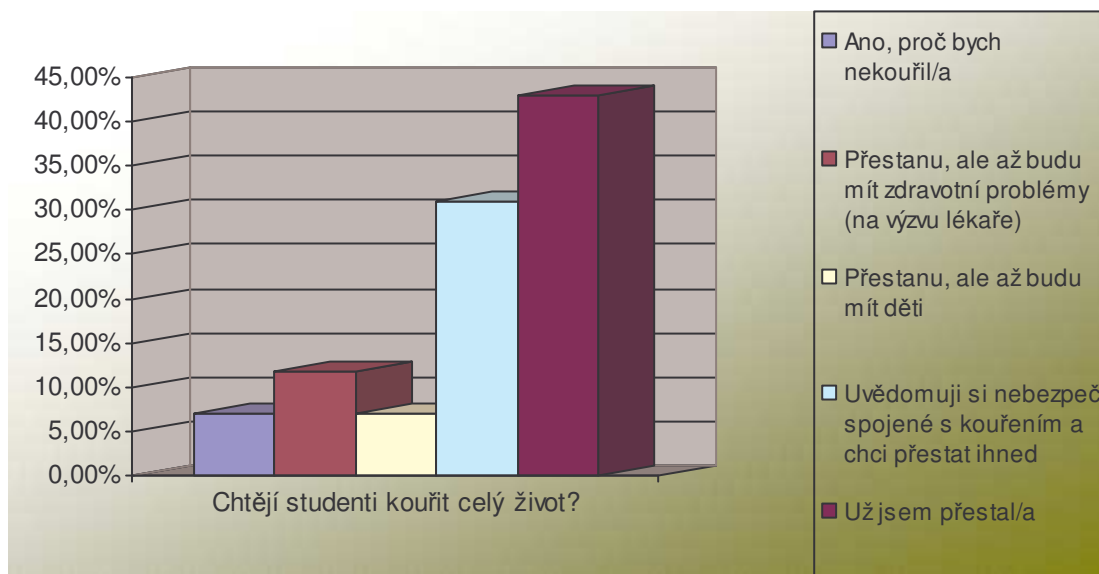
Tab. 9 - Důvod začátku kouření

| | | |
|--------------------------------------|----|--------------|
| Parta | 19 | 45.2% |
| Prostě jsem to chtěl/a zkusit | 22 | 52.4% |
| Připadám si dospělejší | 0 | 0% |
| Jiné | 1 | 2.4% |

3) Chcete kouřit celý život?

Většina kuřáků nad touto otázkou vůbec neuvažuje, ale když si dotaz přečtou, vede je to k zamyšlení. Varování (např. na krabičkách cigaret) jsou často s úsměvem přehlížena. Přesto se velmi málo kuřáků chce „prokouřit k veselé smrti“. 42,9 % studentů již kouřit přestalo. Buď si nebezpečí uvědomili, nebo pro ně bylo kouření jednorázovou záležitostí. Zkusili si to a neměli potřebu pokračovat. 31 % studentů si uvědomuje nebezpečí spojené s kouřením a chce přestat ihned. 11,9 % zatím přestat nechce, ale věří, že až se vyskytnou zdravotní potíže a lékař je vyzve, aby nekouřili, tak jeho rady dodrží. V 7,1 % budou respondenti ohleduplní ke svým dětem a kouřit nebudou, až budou mít rodiny. Stejný počet respondentů (7,1 %) je odhodlán kouřit celý život.

Graf 3 - Chtějí studenti kouřit celý život?

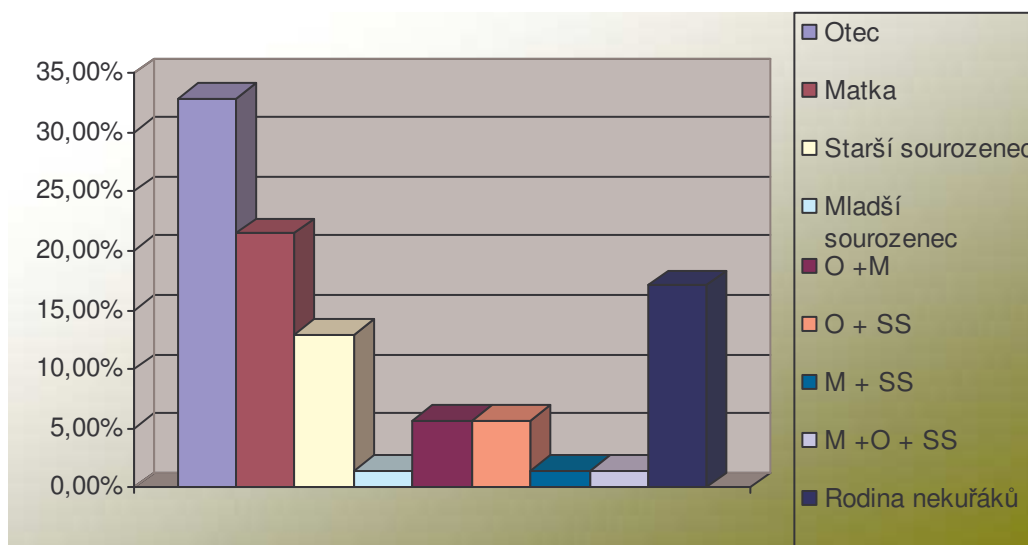


Dále pokračovali opět všichni respondenti (70 respondentů).

4) Kouří někdo ve vaší rodině?

Pro člověka v citlivých obdobích života, a nejen v nich, je velice důležitá rodina a příklad, jaký mladému člověku dává. Bohužel ve vzorku je pouze 17,1 % rodin, kde žádný z blízkých příbuzných studenta nekouří. Nejčastěji kouří pouze otcové (32,9 %) v jedné rodině, matky ovšem kouří také poměrně hodně. Rodin, kde kouří pouze matka, je 21,5 %. Jako jediného kouřícího zástupce nejbližší rodiny respondenta uvádí 12,9 % studentů svého staršího sourozence. Mladší sourozenci kouří „pouze“ v 1,4 %. Rodiny, kde kouří zároveň otec i matka, tvoří 5,7 %. Společně kouřící otec a starší sourozenec tvoří také 5,7 %. V menším počtu rodin kouří společně matka a starší sourozenec (1,4 %), procentuelně stejně je zastoupeno množství rodin, kde kouří otec, matka i starší sourozenec dotazovaných studentů.

Graf 4 - Počet kuřáků v blízké rodině studenta



M = matka, O = otec, SS = starší sourozenec

5) Byla vám někdy nabídnuta droga?

Počet respondentů, kterým droga nabídnuta byla, je vyšší (57,1 %), ale poměrně hodně (42,9 %) studentů uvádí, že jim nikdy nikdo drogu nenabízel.

Tab. 10 - Nabízení drog

| | | |
|------------|----|---------------|
| Ano | 40 | 57.1 % |
| Ne | 30 | 42.9 % |

6) Zkusili jste někdy užít drogu?

27 dotazovaných (38,6 %) uvádí, že někdy v životě vyzkoušeli drogu s menším rizikem pro organismus při užívání (marihuana, hašiš). Žádný z respondentů nezkusil drogu se středním rizikem (extáze, efedrin) nebo drogu s těžkým rizikem (heroin, kokain, pervitin, durman, morfin, toluen, crack, LSD) pro organismus při užívání, aniž by před tím užil marihuanu nebo hašiš. 1 respondent (1,4 %) uvedl, že užil drogu s menším rizikem i drogu s těžkým rizikem a 1 student (1,4 %) užil dokonce drogu s menším, středním i těžkým rizikem. V 58,6 % studenti nikdy drogu neužili.

Tab. 11 - Užití drogy

| | | |
|--|----|---------------|
| a) Ano, drogy s menším rizikem | 27 | 38.6 % |
| b) Ano, drogy se středním rizikem | 0 | 0 % |
| c) Ano, drogy s těžkým rizikem | 0 | 0 % |
| Kombinace a) + c) | 1 | 1.4 % |
| Kombinace a) + b) + c) | 1 | 1.4 % |
| Ne | 41 | 58.6 % |

7) Pokud byste si chtěli obstarat drogu, věděli byste, kam pro ni jít?

Většina studentů by si drogu uměla opatřit, pokud by o ni měla zájem (61,4 %). V 38,6 % nevědí studenti, jak a kde by si drogu obstarali.

Tab. 12 - Znalost distributorů drog

| | | |
|------------|----|---------------|
| Ano | 43 | 61.4 % |
| Ne | 27 | 38.6 % |

8) Měli jste/máte problém obstarat si alkohol v době, kdy jste nedosáhli věku 18 let?

Alkohol je prodejný od 18ti let. Přes zákon, který zakazuje podávat mladistvím alkoholické nápoje, 84,3 % dotazovaných odpovědělo, že není problém obstarat si alkohol v době, kdy mladý člověk požadovaného věku 18ti let nedosahuje. Alkohol prodat nechtěli pouze podle 15,7 % dotázaných.

Tab. 13 - Prodávání alkoholu osobám mladším 18ti let

| | | |
|--|----|---------------|
| Ano, alkohol mi prodat nechtěli | 11 | 15.7 % |
| Ne, alkohol jsem si snadno obstaral/a | 59 | 84.3 % |

2.4.3 SEXUALITA

1) Máte dostatek informací o sexuálně přenosných chorobách?

Podle mínění studentů je informovanost o pohlavně přenosných chorobách spíše dobrá (55,7 %) nebo dobrá (35,7 %). 8,6 % studentů spíše nemá dostatek informací o této problematice. Nikdo neuvedl, že by neměl žádné informace.

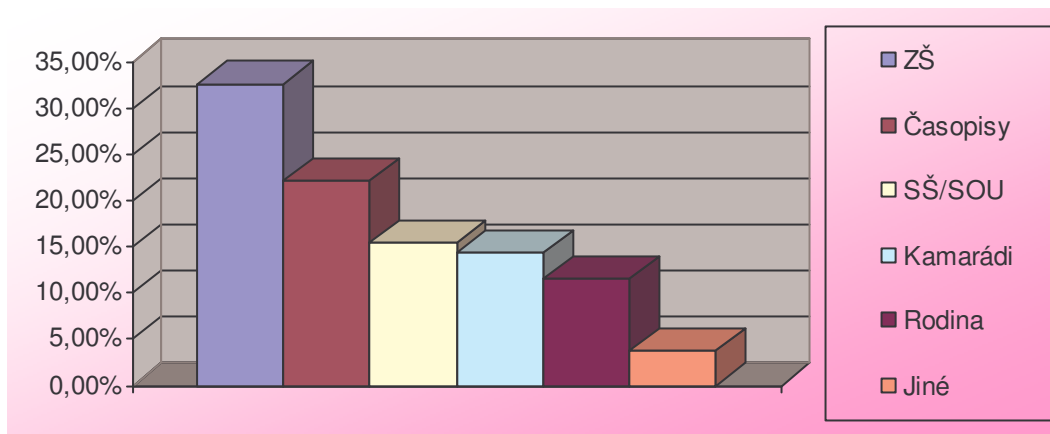
Tab. 14 - Informovanost o sexuálně přenosných chorobách

| | | |
|------------------------------|----|---------------|
| Ano | 25 | 35.7 % |
| Spíše ano | 39 | 55.7 % |
| Spíše ne | 6 | 8.6 % |
| Žádné informace nemám | 0 | 0 % |

2) Kde jste informace o pohlavně přenosných chorobách získali?

Za dobrý zdroj informací považuje 32,6 % studentů ZŠ. Dostatek informací také poskytují časopisy (22,1 %), během studia navazujícího na ZŠ, tedy na SŠ / SOU informace získali studenti v 15,5 %. Podobně procentuelně zastoupené je získávání informací od kamarádů (14,4 %). Rodina, jako zdroj informací o pohlavně přenosných chorobách, zaujímá se svými 11,6 % poměrně nižší pozici. V oblasti „jiné“ je zahrnuto získávání informací při sledování televize 0,6 %, na internetu 2 %, od lékaře 0,6 % a v oddíle 0,6 %.

Graf 5 - Zdroje informací o sexuálně přenosných chorobách



Tab. 15 - Zdroje informací o sexuálně přenosných chorobách

| | | |
|-----------------|----|--------------|
| ZŠ | 59 | 32.6% |
| Časopisy | 40 | 22.1% |
| SŠ/SOU | 28 | 15.5% |
| Kamarádi | 26 | 14.4% |
| Rodina | 21 | 11.6% |
| Jiné | 7 | 3.8% |

3) Máte dostatek informací o prevenci otěhotnění?

S informovaností o předcházení otěhotnění jsou na tom studenti lépe než s mírou vědomostí o pohlavně přenosných chorobách. Plných 60 % má dostatek informací o prevenci otěhotnění. 32,9 % dotazovaných spíše informace má a pouze 7,1 % informace spíše nemá. Nikdo nevedl, že by neměl informace žádné.

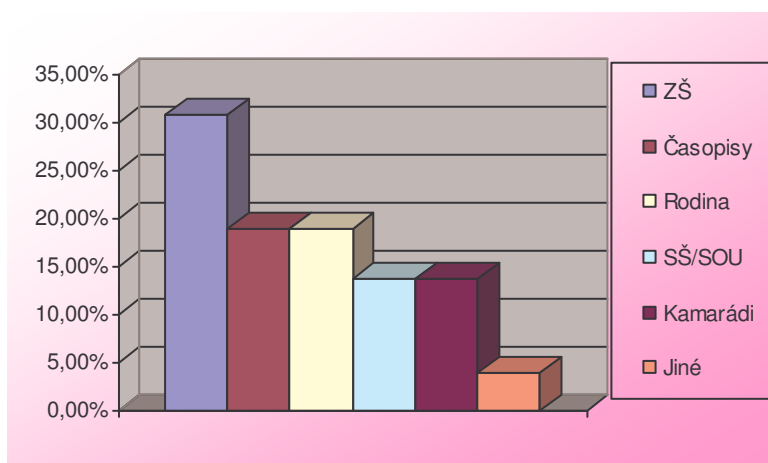
Tab. 16 - Informovanost o prevenci otěhotnění

| | | |
|------------------------------|----|---------------|
| Ano | 42 | 60 % |
| Spíše ano | 23 | 32.9 % |
| Spíše ne | 5 | 7.1 % |
| Žádné informace nemám | 0 | 0 % |

4) Kde jste informace o prevenci otěhotnění získali?

Nejvýznamnějším zdrojem informací je opět ZŠ (30,8 %). O pohlavně přenosných chorobách se v rámci rodiny příliš nehovoří, ale v oblasti antikoncepce se rodina ukázala jako významný zdroj informací. Společně s časopisy rodina podala informace ohledně této oblasti v 18,9 %. SŠ / SOU a kamarádi tvoří 13,7 % všech odpovědí. V odpovědi „jiné“ uvedli studenti, že informace získali od lékaře 1,1 %, na internetu 1,8 % a od partnera 1,1 %.

Graf 6 - Zdroje informací o antikoncepci



Tab. 17 - Zdroje informací o antikoncepci

| | | |
|-----------------|----|--------------|
| ZŠ | 54 | 30.8% |
| Časopisy | 33 | 18.9% |
| Rodina | 33 | 18.9% |
| SŠ/SOU | 24 | 13.7% |
| Kamarádi | 24 | 13.7% |
| Jiné | 7 | 4% |

5) Můžete se svými rodiči hovořit o problematice sexuality?

85,7 % respondentů mi uvedlo, že se svými rodiči mohou hovořit o problematice sexuality. Pouze 14,3 % dotázaných o sexualitě v rámci rodiny hovořit nemůže.

Tab. 18 - Řešení tématu sexualita v rodině

| | | |
|------------|----|---------------|
| Ano | 60 | 85.7 % |
| Ne | 10 | 14.3 % |

6) Jaká znáte preventivní opatření početí?

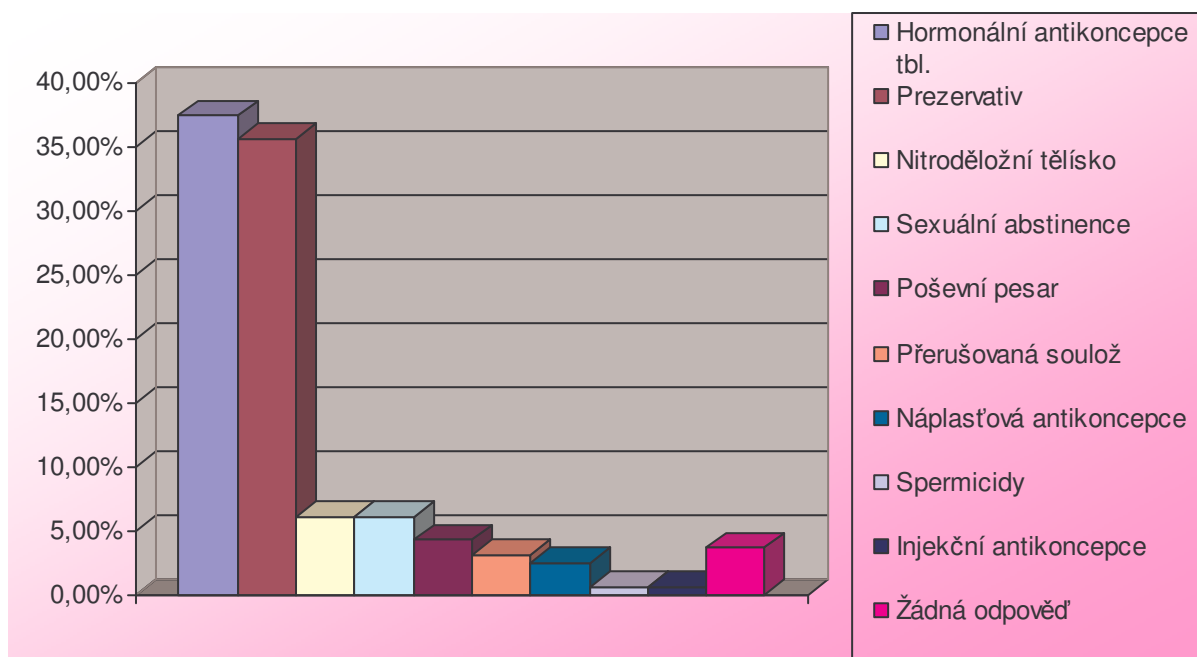
Porovnání množství vepsaných odpovědí studentů jednotlivých vzdělávacích institucí.

Tab. 19 - Porovnávání znalostí studentů ohledně prevence otěhotnění

| Institut | Počet dotazníků | Počet odpovědí | % |
|------------------------------|------------------------|-----------------------|---------------|
| Gymnázium (3. ročník) | 24 | 67 | 41.6 % |
| SOŠ (1. ročník) | 23 | 51 | 33.1 % |
| SOU (2. ročník) | 23 | 39 | 25.3 % |

Nejinformovanější jsou studenti 3. ročníku gymnázia, což se vzhledem k jejich věkové výhodě a typu vzdělání, které dostávají, dá předpokládat. Jejich odpovědi zaujmají plných 41,6 % všech odpovědí. Třída 1. ročníku SOŠ uvedla 33,1 % správných odpovědí a 2. ročník SOU 25,3 % z celkového počtu odpovědí.

Graf 7 - Antikoncepční metody



Nejvíce studentů spoléhá na hormonální antikoncepci v tabletách (37,4 %), ale podobně oblíbený je prezervativ (35,6 %). Ostatní antikoncepční metody uváděli respondenti podstatně méně často. Nitroděložní tělísko a sexuální abstinence byly uvedeny vždy v 6,1 % všech odpovědí. Poševní pesar (4,3 %), přerušovaná soulož (3,1 %), náplast'ová hormonální antikoncepce (2,5 %), spermicidy (0,6 %) a injekční hormonální antikoncepce (0,6 %) tvoří zanedbatelné položky. 3,7 % studentů mi neodpovědělo vůbec.

7) Jaká znáte preventivní opatření přenosu pohlavních chorob?

Porovnání množství vepsaných odpovědí studentů jednotlivých vzdělávacích institucí.

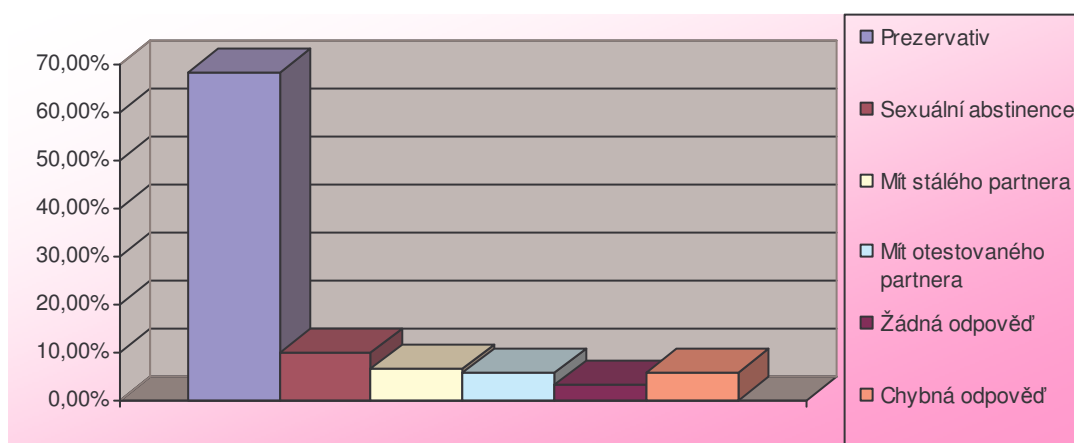
Tab. 20 - Porovnávání znalostí studentů ohledně prevence přenosu pohlavních chorob

| Instituce | Dotazníků | Správných odpovědí | % správně | Špatných odpovědí | % špatně |
|---------------------|-----------|--------------------|-----------|-------------------|----------|
| Gymnázium (3. roč.) | 24 | 32 | 36,7 % | 2 | 2,3 % |
| SOŠ (1. roč.) | 23 | 26 | 31,1 % | 1 | 1,2 % |
| SOU (2. roč.) | 23 | 22 | 26,3 % | 2 | 2,4 % |

Nejinformovanější jsou opět studenti gymnázia (36,7 %), třída 1. ročníku SOŠ uvedla 31,1 % správných odpovědí a 2. ročník SOU 26,3 % z celkového počtu odpovědí.

U této otázky se mi vyskytly i špatné odpovědi. Nejméně jich bylo v dotaznících SOŠ (1,2 %), gymnázium mělo 2,3 % špatných odpovědí a nejvíce, i když rozdíl mezi gymnáziem a SOU je minimální, špatných odpovědí uvedli studenti SOU (2,4 %).

Graf 8 - Prevence přenosu pohlavních chorob



Prezervativ je pro studenty stěžejním prostředkem zamezujícím přenosu pohlavních chorob. Odpověď prezervativ byla uvedena v 68,3 % všech odpovědí. Respondenti vědí o možnosti chránit se také sexuální abstinencí (10,2 %), nestřídáním sexuálních partnerů (6,8 %) a testováním partnerů na přítomnost choroby (5,7 %). V 3,4 % jsem neobdržela žádnou odpověď. 5,7 % odpovědí tvořily chybné odpovědi, např. hormonální tabletová antikoncepce (3,4 %), poševní pesar (1,1 %) nebo nepreferování análního sexu (1,1 %).

8) Jaké znáte sexuálně přenosné choroby?

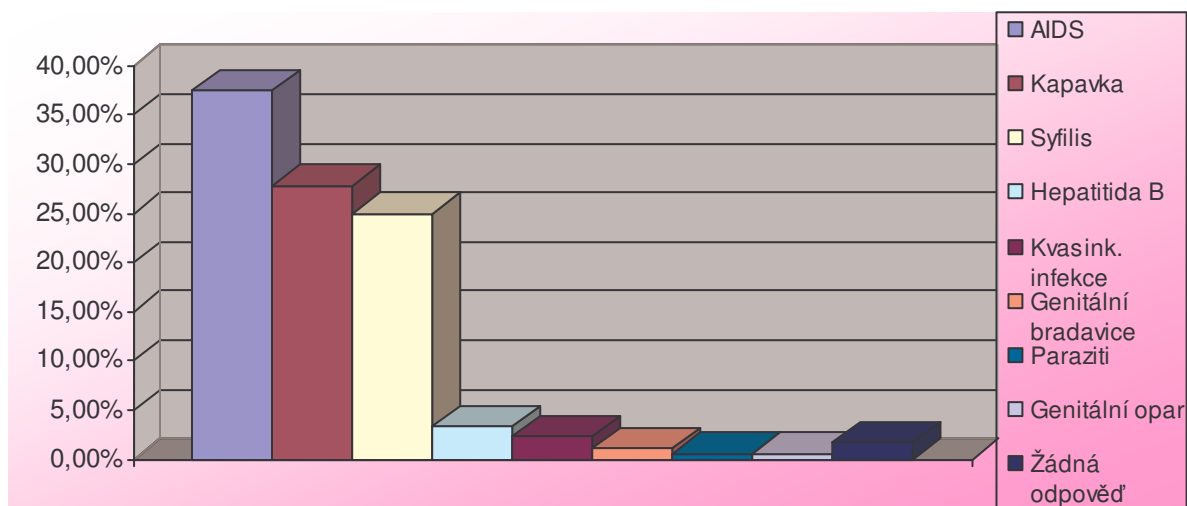
Porovnání množství vepsaných odpovědí studentů jednotlivých vzdělávacích institucí.

Tab. 21 - Porovnávání znalostí studentů ohledně sexuálně přenosných chorob

| Institut | Počet dotazníků | Počet odpovědí | % |
|-----------------------|-----------------|----------------|--------|
| Gymnázium (3. ročník) | 24 | 70 | 39,5 % |
| SOŠ (1. ročník) | 23 | 57 | 33,5% |
| SOU (2. ročník) | 23 | 46 | 27% |

Největší procento odpovědí uvedlo opět gymnázium, a to 39,5 %. Nejméně úspěšné bylo opět SOU s 27 % odpovědí a „zlatý střed“ tvoří SOŠ s 33,5 % správných odpovědí z celkového počtu odpovědí.

Graf 9 - Sexuálně přenosné choroby



Jak jsem předpokládala, v podvědomí lidí je nejvíce „zaryt“ virus HIV jako zástupce sexuálně přenosných chorob, 37,5 % všech odpovědí tvořila odpověď HIV nebo AIDS. Známa je i kapavka (27,8 %) a syfilida (25 %). O hepatitidě B jako sexuálně přenosné chorobě, která je mnohonásobně nakažlivější než AIDS, se mluví podstatně méně (3,4 %). Studenti také „vymysleli“ kvasinkové infekce (2,3 %), genitální bradavice (1,1 %), přenos parazitů (0,6 %) a genitální opar (0,6 %). Odpověď jsem neobdržela v 1,7 %.

9) Znáte nějaké život ohrožující choroby přenosné líbáním?

Při kladení dotazu jsem měla na mysli především meningokokovou sepsi. Mé předpoklady byly takové, že informovanost bude mizivá. Přitom právě skupina, kterou jsem zkoumala, by si, podle mého názoru, zasloužila mít o meningokokové sepsi a její prevenci očkováním informací nejvíce. V 62,9 % jsem nenalezla žádnou vepsanou odpověď. 8,6 % odpovědí byly naprosté nesmysly (jako je opar a angína). V 11,4 % odpovědích tvořila hepatitida B při poranění, s čímž souhlasím. Ale o relevanci odpovědí AIDS při poranění (17,1 %) by se dalo diskutovat.

Tab. 22 - Život ohrožující choroby přenosné líbáním

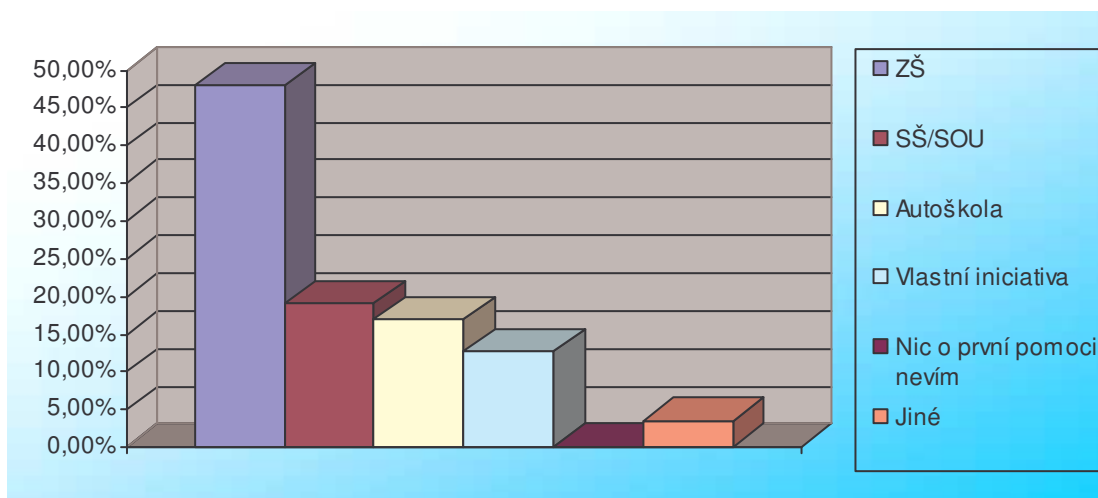
| | | |
|----------------------------------|----|---------------|
| Žádná odpověď | 44 | 62.9 % |
| AIDS při poranění | 12 | 17.1 % |
| Hepatitida B při poranění | 8 | 11.4 % |
| Chybná odpověď | 6 | 8.6 % |

2.4.4 PRVNÍ POMOC

1) Kde jste se dozvěděli něco o první pomoci?

Studenti opět uvedli, že se nejvíce informací, tentokrát v oblasti první pomoci, dozvěděli na ZŠ, odpověď ZŠ zaujímá 47,9 % všech odpovědí. SŠ / SOU (19 %) a vlastní iniciativu (12,7 %) uváděli studenti méně často. Přestože řidičské oprávnění má pouze 13 dotazovaných, odpověď „autoškola“ uvedlo 24 studentů, což si vysvětlují tím, že studenti zatím oprávnění řídit motorové vozidlo nemají, ale autoškolu navštěvují. Ta zaujímá sice „pouze“ 16,9 % všech odpovědí, ale přesto si myslím, že je výrazným informačním zdrojem v oblasti první pomoci. V odpovědi „jiné“ uvedli respondenti, že informace získali na zdravotnickém kurzu (0,7 %), v oddíle (0,7 %), v zájmovém kroužku (0,7 %) a v hasičském spolku (1,4 %).

Graf 10 - Zdroje informací o první pomoci



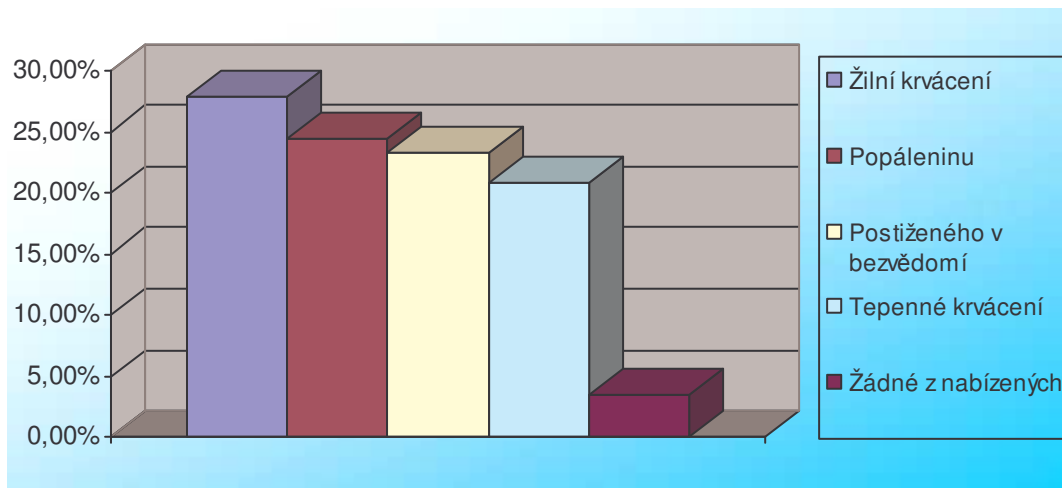
Tab. 23 - Zdroje informací o první pomoci

| | | |
|---------------------------------|----|--------------|
| ZŠ | 68 | 47.9% |
| SŠ/SOU | 27 | 19% |
| Autoškola | 24 | 16.9% |
| Vlastní iniciativa | 18 | 12.7% |
| Nic o první pomoci nevím | 0 | 0% |
| Jiné | 5 | 3.5% |

2) Uměli byste ošetřit:

Zjistila jsem, že žádné z nabízených poranění není pro studenty vyloženě jednoduché nebo složité pro ošetření. Přesto nejsnazší by pro studenty bylo ošetřit žilní krvácení, které bylo uvedeno v 27,9 % všech odpovědí. Ošetření popáleniny se mezi odpověďmi objevilo v 24,4 %, ošetření pacienta v bezvědomí v 23,3 % a nejméně odpovědí bylo ošetření tepenného krvácení 20,9 %. V 3,5 % studenti uvedli, že by nezvládli ošetřit žádnou z nabízených možností, což odůvodňovali nedostatkem informací o poskytování první pomoci nebo nesnášenlivostí pohledu na krev.

Graf 11 - Poranění, která studenti dokáží ošetřit



Tab. 24 - Poranění, která studenti dokáží ošetřit

| | | |
|--|----|--------------|
| Žilní krvácení | 48 | 27,9% |
| Popáleninu | 42 | 24,4% |
| Postiženého v bezvědomí | 40 | 23,3% |
| Tepenné krvácení | 36 | 20,9% |
| Žádnou z nabízených možností by nezvládl/la ošetřit | 6 | 3,5% |

3) Uměli byste poskytnout umělé dýchání a masáž srdce?

Studenti si jsou očividně jistější, pokud na poskytování první pomoci nejsou sami. V 58,6 % mi dotazovaní uvedli, že by zvládli poskytnout umělé dýchání a masáž srdce ve dvou zachráncích. Pokud by na to byli sami, tak by resuscitovat zvládlo 25,7 % respondentů a v 15,7 % by studenti neresuscitovali, protože si myslí, že by to nezvládli.

Tab. 25 - Poskytování masáže srdce a umělého dýchání

| | | |
|---------------------------------|----|---------------|
| Ano, ve dvou zachráncích | 41 | 58.6 % |
| Ano, v jednom zachránci | 18 | 25.7 % |
| Ne | 11 | 15.7 % |

4) Poznali byste člověka v šoku?

Větší polovina dotázaných (51,4 %) by člověka v šokovém stavu nepoznala.

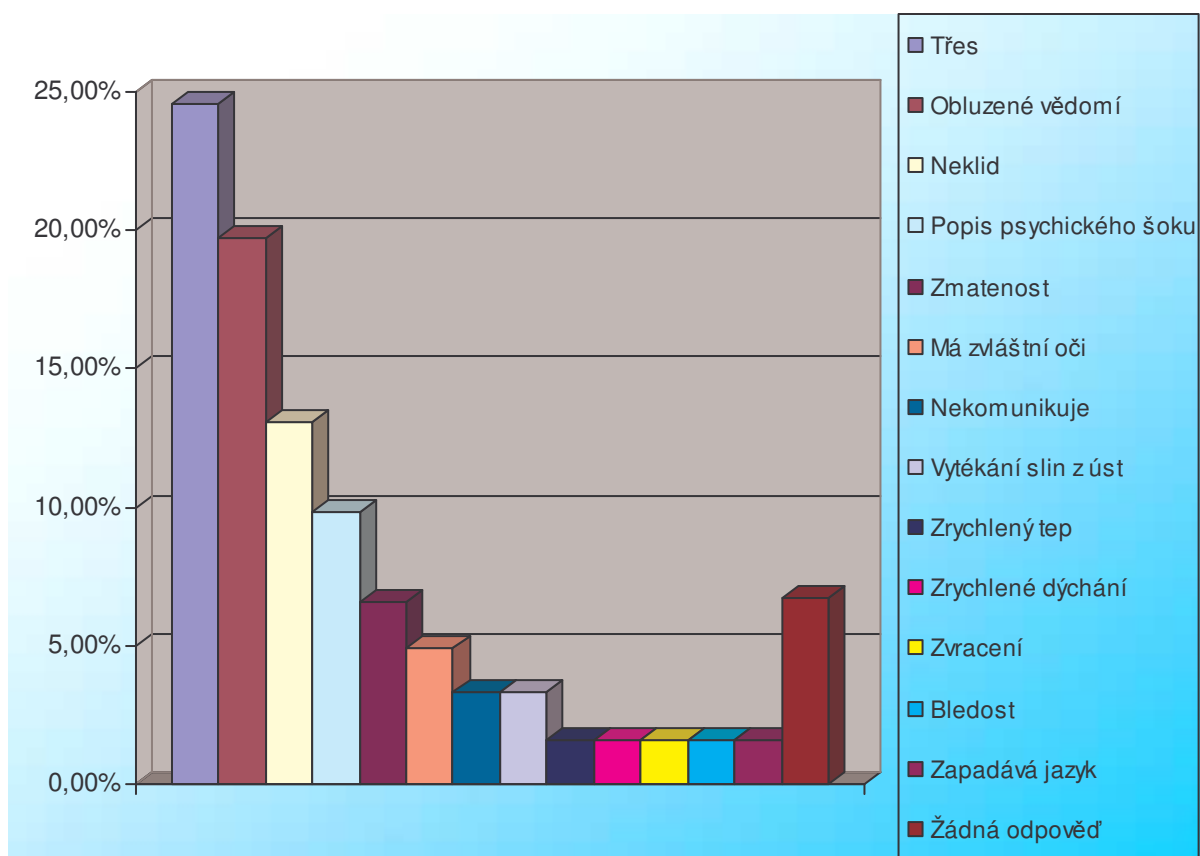
Tab. 26 - Rozpoznání šokového stavu

| | | |
|------------|----|---------------|
| Ne | 36 | 51.4 % |
| Ano | 34 | 48.6 % |

Pokud respondenti odpověděli ANO, byli vyzváni, aby popsali, jak takto postižený vypadá. Vždy byli ústně upozorněni, že se nejedná o šok psychický.

Přes upozornění se mi popis psychického šoku objevil v 9,8 %. Nejpočetnější odpovědí byl třes (24,6 %), přičemž nevím, zda respondenti „nezabředávali“ také do popisu psychického šoku. Mile mě překvapilo, že druhou nejčastější odpovědí bylo obluzené vědomí (19,7 %). U odpovědi neklid (13,1 %) bychom také mohli polemizovat, který z šoků studenti popisovali. Odpovědi, které bych čekala jako nečastější, což je zrychlený bledost a zrychlený tep, byly uvedeny pouze v 1,6 %. Zrychlené dýchání, zvracení a zapadávání jazyka, které bych jako typické příznaky neuvedla, tvořily vždy 1,6 % z celkového počtu odpovědí. Zmatenost se objevila v 6,6 %, postižený nekomunikuje v 3,3 %. Poměrně často se vyskytlo vytékání slin z úst (3,3 %) a postižený má zvláštní či vykulené oči (4,9 %). V 6,7 % popis šokového stavu vyplněn nebyl, i když respondent uvedl, že člověka v šoku pozná.

Graf 12 - Popis šokového stavu studenty



2.4.5 Rozhovor se studenty

Během rozhovoru jsem si všímala především zájmu studentů o probíraná témata, která témata je zajímala více, která méně. Dále jsem se snažila zjistit, zda je pro studenty přítomnost zdravotníka zajímavá a přínosná. V neposlední řadě jsem zaznamenávala, kolik studentů se o problematiku zajímá opravdu a kolik jich mou přítomnost bere jako „ulití se z hodiny“.

Míra koncentrovanosti studentů při rozhovoru

Velice soustředěné byly třídy 3. ročníku gymnázia a 2. ročníku SOU. 1. ročník SOŠ zajímal můj výklad nejméně. Na gymnáziu jsem zaznamenala jednoho studenta, kterého můj výklad nezajímal, na SOU se aktivně zajímali o danou problematiku všichni studenti, na SOŠ můj výklad poslouchaly $\frac{3}{4}$ třídy a 6 studentů mě „bralo“ stylem „odsedím si to tu, alespoň se nebude zkoušet“. Celkově bych řekla, že mě studenti nevnímali v 9,9 %.

Tab. 27 - Koncentrovanost jednotlivých tříd

| Institut | Soustředění studenti | % soustředěných | Nesoustředění studenti | % nesoustředěných |
|-----------|----------------------|-----------------|------------------------|-------------------|
| Gymnázium | 24 | 96 % | 1 | 4 % |
| SOŠ | 17 | 74 % | 6 | 26 % |
| SOU | 23 | 100 % | 0 | 0 % |

Aktivita studentů

Nejaktivnější byli studenti SOU, aktivně se zajímali o problematiku meningokokové sepse. Chtěli vědět, jak se meningokok C přenáší, jak se sepse projevuje a jaká je prevence. Na konci hodiny mi několik studentů oznámilo, že se na očkování půjdou informovat ke svému praktickému lékaři. Dále se zajímali o hepatitidy, způsoby přenosu a prognózy jednotlivých druhů hepatitid. Očkování proti hepatitidě neznali, měli zájem dozvědět se, kterým typům se dá očkováním předejít. Antikoncepce je příliš nezajímala (třídu tvořili samí chlapci). „Vystačíme si se znalostí prezervativu a o ostatních metodách něco málo víme také“. Chtěli vědět, jak vypadá terminální stádium karcinomu plic. Konstatovali, že

teoretické vědomosti o poskytování první pomoci mají, ale poskytovat by si ji asi netroufli, protože nemají postupy zažitě. Ohledně drog a alkoholu informace vědět nechtěli, shodli se, že jsou v tomto ohledu informovaní dostatečně.

Velice aktivní byli také studenti gymnázia. U každého tématu, které jsme začali řešit, jim chvíli trvalo, než se rozpovídali, ale nakonec se vždy osmělili. Opět je zajímala meningokoková sepe. Měli trochu popletené jednotlivé typy hepatitid (přenos, prevence očkováním a prognózy), což jsem jim ozřejmila. Také byl zájem o to, jak dlouho se čeká na definitivní výsledky případné HIV pozitivitu. Ve třídě bylo více dívek než chlapců, proto jsme hovořili o tabletové hormonální antikoncepci a jejích rizicích při užívání. Studentky vůbec nevěděly o možnosti vzniku tromb-embolické nemoci při užívání hormonální antikoncepce. Protože jsem viděla, jaké ohlasy byly u studentů SOU při popisu terminálního stádia karcinomu plic, zavedla jsem na toto téma řeč i zde a o problematiku byl opět velký zájem. O první pomoci měli studenti dostatek teoretických vědomostí, a dokonce by se někteří odhodlali první pomoc poskytovat. Informovanost ohledně drog a alkoholu byla opět dostatečná.

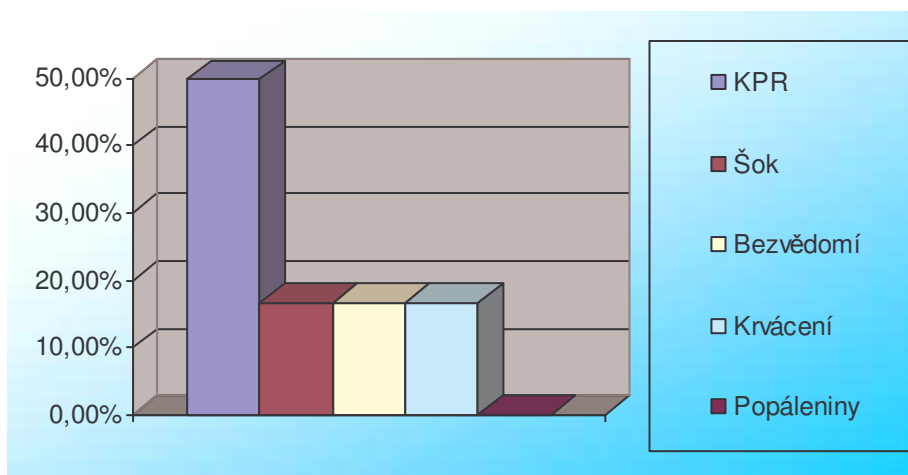
Nejpasivnější byli studenti SOŠ. Příkladám to jejich věku. Bylo vidět, že při probírání některých témat, především z bloku SEXUALITA, to asi ¼ studentů nebylo příjemné. Přesto projevovali zájem o nádorová onemocnění, a to nejen o karcinom plic, ale také o nádory mozku a konečníku. Opět se aktivně zajímali o přenos meningokoka C a projevy a prevenci meningokokové sepe. Chtěli popsat způsoby, jak se provádí potraty. Neznali riziko vzniku tromb-embolické nemoci při užívání hormonální antikoncepce, na které jsem je upozornila. Většina studentů SOŠ měla nedostačující informace ohledně poskytování první pomoci, ale aktivně se o ně zajímali. Problematiku drog znali. Chtěli vědět, jak dlouho trvá, než se člověk stane závislým na alkoholu.

Tab. 28 - Zájem studentů o jednotlivé bloky

| Blok | Počet dotazů | % |
|--------------------|---------------------|---------------|
| Závislosti | 6 | 28,6 % |
| Sexualita | 10 | 47,6 % |
| První pomoc | 5 | 23,8 % |

Nejvíce se studenti při rozhovoru zajímali o blok sexualita (47,6 %), ale o bloky závislosti (23,8 %) a první pomoc (28,6 %) už o poznání méně.

Graf 13 - Zájem studentů o jednotlivé oblasti z bloku první pomoc

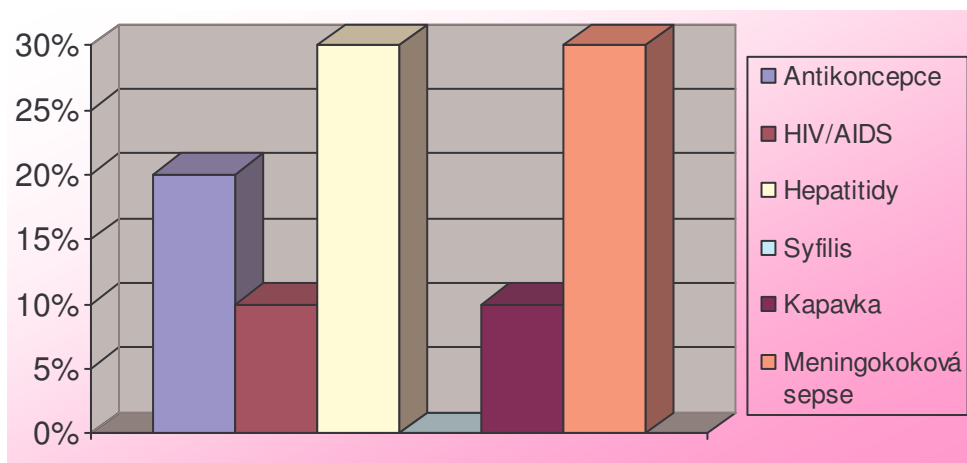


Tab. 29 - Zájem studentů o jednotlivé oblasti z bloku první pomoc

| Oblast | Počet dotazů | % |
|-------------------|--------------|---------------|
| KPR | 3 | 49,9 % |
| Šok | 1 | 16,7 % |
| Bezvědomí | 1 | 16,7 % |
| Krvácení | 1 | 16,7 % |
| Popáleniny | 0 | 0 % |

Z bloku první pomoc bylo nejvíce dotazů směřovaných na kardiopulmonální resuscitaci (49,9 %). Na popáleniny se nezeptal nikdo. O ostatní oblasti byl zájem v 16,7 %.

Graf 14 - Zájem studentů o jednotlivé oblasti z bloku sexualita

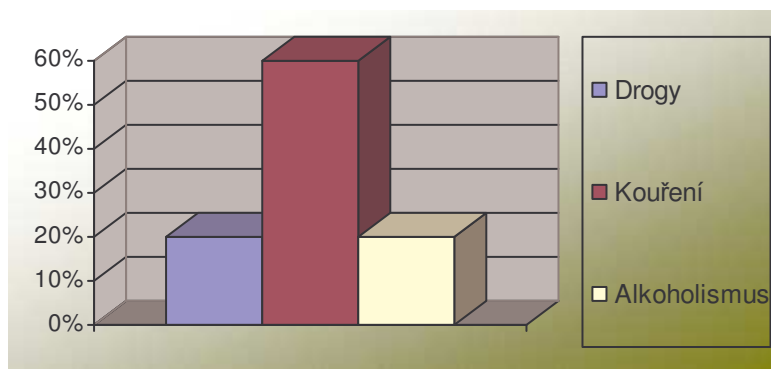


Tab. 30 - Zájem studentů o jednotlivé oblasti z bloku sexualita

| Oblast | Počet dotazů | % |
|--------------------|--------------|------|
| Antikoncepce | 2 | 20 % |
| HIV/AIDS | 1 | 10 % |
| Hepatitidy | 3 | 30 % |
| Syfilida | 0 | 0 % |
| Kapavka | 1 | 10 % |
| Meningokoková sepe | 3 | 30 % |

I když procentuelně vychází největší zájem o meningokokovou sepsi a hepatitidy, co do počtu kladených dotazů, shodně na 30 %, mohu z pozorování říci, že zájem o meningokokovou sepsi byl trochu vyšší. O antikoncepci se studenti zajímali ve 20 %. Syfilis je nezajímavý vůbec. Více informací o HIV / AIDS a kapavce žádali studenti vždy v 10 %.

Graf 15 - Zájem studentů o jednotlivé oblasti z bloku závislosti



Tab. 31 - Zájem studentů o jednotlivé oblasti z bloku závislosti

| Oblast | Počet dotazů | % |
|----------------|--------------|-------------|
| Drogy | 1 | 20 % |
| Kouření | 3 | 60 % |
| Alkohol | 1 | 20 % |

V bloku závislosti studenty nejvíce zaujalo probírání kouření (60 %), a to především jeho důsledků z dlouhodobého kouření nebo vzniku tromboembolické nemoci při současném kouření a užívání hormonální antikoncepce. O drogy a alkoholismus se studenti zajímali vždy ve 20 %.

Ohlasy na přítomnost zdravotníka

Byť byla některá třída ve spolupráci a kladení dotazů aktivnější a některá pasivnější, mohu konstatovat, že všechny braly mou přítomnost pozitivně. Vždy se velká část třídy do rozhovoru zapojila a čas, který jsme společně strávili hodnotili, jako přínosný.

2.5 Diskuse

V počáteční fázi psaní své bakalářské práce jsem si stanovila 7 pracovních hypotéz. Nyní bych se k nim vrátila a porovнала je se zjištěnými výsledky svého šetření.

1) Předpokládala jsem dostatečnou informovanost ohledně návykových látek.

Při porovnávání zájmu studentů o jednotlivé bloky, který jsem pozorovala během rozhovoru, jsem zjistila, že blok závislosti zajímal studenty nejméně, a to v 23,8 %, přičemž o blok první pomoc se zajímali v 28,6 % a o blok sexualita v 47,6 %. Hypotéza se mi ukázala jako správná.

2) Předpokládala jsem dobrou míru informovanosti o prevenci otěhotnění.

Studenti mi na dotaz, zda mají dostatek informací o prevenci otěhotnění odpověděli ANO v 60 % a SPÍŠE ANO v 32,9 %. Hypotézu považuji za správnou.

3) Předpokládala jsem nedostatečnou informovanost ohledně první pomoci.

Během šetření jsem zjistila, že informovanost studentů je poměrně dobrá, ale v případě nutnosti poskytovat první pomoc nedokáží informace, které jim někdo předal, použít. Nemají dostatečně zažitě postupy ošetřování jednotlivých stavů, které mohou v rámci poskytování první pomoci řešit. Dále jsem zjistila, že si studenti myslí, že teoretické znalosti mají, ale nakonec se prokázalo, že je nemají nebo, mají informace značně zkreslené (viz otázka č. 4 z bloku PRVNÍ POMOC).

4) Dále jsem předpokládala dobrou znalost problematiky o AIDS, ale menší informovanost ohledně hepatitidy B, syfilidy a kapavky.

V otevřené otázce, kde jsem se ptala, které sexuálně přenosné choroby studenti znají, bylo nejčastější odpovědí AIDS (nebo HIV). Tato odpověď tvořila 37,5 % všech získaných odpovědí. AIDS odpovídali studenti nejčastěji. Čekala jsem, že míra informovanosti ohledně kapavky (27,8 %) a syfilidy (25 %) bude nižší, než se mi v dotaznících podařilo prokázat. Ovšem informovanost o hepatitidě B, jako sexuálně přenosné chorobě, byla opravdu mizivá. Hepatitida B zaujímala pouhých 3,4 % všech odpovědí.

5) Předpokládala jsem zásadní neinformovanost o meningokokové sepsi.

V dotazníku jsem měla zařazenou otázku, v níž jsem se studentů ptala na chorobu, která se přenáší i líbáním a může být smrtelná. Při kladení tohoto dotazu jsem měla na mysli právě zmíněnou meningokokovou sepsi způsobenou meningokokem C. Ani jedna ze získaných odpovědí nebyla meningokoková sepse. Z relevantních odpovědí bych zmínila pouze hepatitidu B, která zaujímala 11,4 % všech vepsaných odpovědí. Při rozhovoru se studenti aktivně o meningokokovou sepsi zajímali a bylo vidět, že do

našeho rozhovoru opravdu, ve velké většině, informace neměly. Hypotéza se mi ukázala jako 100 % správná.

6) Předpokládala jsem vyšší míru informovanosti u studentů gymnázia.

Míru informovanosti jsem zkoumala u otázek, kde byla volná odpověď, a dotazovala jsem se na prostředky zabraňující otěhotnění, na prostředky zabraňující přenosu pohlavních chorob a na pohlavně přenosné choroby, které studenti znají. U všech tří dotazů byla míra informovanosti nejvyšší vždy u studentů gymnázia. U otázky týkající se antikoncepčních metod tvořily odpovědi studentů gymnázia 41,6 % všech získaných odpovědí, přičemž studenti SOŠ získali 33,1 % a studenti SOU 25,3 % všech odpovědí. U dotazu na prostředky chránící před přenosem pohlavních chorob získalo gymnázium 37,6 %, SOŠ 31,1 % a SOU 26,3 % všech odpovědí na tento dotaz. Poslední otázka, u které jsem porovnávala jednotlivé vzdělávací instituty, byla zaměřena na znalost pohlavně přenosných chorob. Studenti gymnázia měli opět nejvyšší míru úspěšnosti, a to 39,5 %. Studenti SOŠ u této otázky uvedli 33,5 % z celkového počtu odpovědí a studenti SOU rovných 27 % odpovědí. Má hypotéza se mi opět potvrdila jako 100 % správná.

7) V poslední ze svých hypotéz jsem předpokládala, že ohlasy na přítomnost zdravotníka ve třídě a jeho spoluúčast na edukaci studentů budou pozitivní.

Při rozhovoru se studenty jsem se snažila pozorovat, do jaké míry se soustředí, zajímají se o problematiku a do jaké míry berou mé povídání jako ztrátu času nebo vítanou náhražku běžné hodiny, jejíž součástí by bezpochyby bylo i zkoušení. Vypozorovala jsem, že se v plných 90,1 % studenti o problematiku zajímali, kladli relevantní dotazy a na můj výklad se soustředili. Nemožu říci, že si během mého výkladu nikdo s nikým nepovídal, ale viděla jsem, že mezi sebou probírali věci týkající se našeho společného tématu. Když si řekli, co chtěli, zase se soustředili na můj výklad, nebo mi položili dotaz ohledně problematiky, která je zajímavá.

Pokoušela jsem se zjistit, zda byl v Čechách někdy podobný výzkum prováděn, abych porovnála data získaná tehdy a nyní, ale žádného takto komplexního výzkumu jsem se nedopátrala. V zahraničí by se možná nějaká šetření našla, ale připadá mi bezpředmětné porovnávat výsledky získané v Čechách a ve světě, když osnovy a celkově způsob vzdělávání u nás a ve světě jsou odlišné.

2.6 Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřuje na edukační činnost zdravotníka na SŠ a SOU. V teoretické části jsem se snažila rozpracovat jednotlivé oblasti, které preventista studentům ozřejmuje v rozsahu vhodném pro nezdravotnické SŠ a pro SOU. Stanovila jsem si tři hlavní edukační oblasti, a to návykové látky, sexualitu a první pomoc.

Mé šetření bylo zaměřeno na zjištění dosavadní míry informovanosti studentů nezdravotnických škol, jejich náchylnost k užívání návykových látek a dostupnost návykových látek. Dále jsem zjišťovala zdroje, ze kterých studenti čerpají informace o dané problematice. Soustředila jsem se na to, zda studenty zajímá, co se jim zdravotník snaží předat, které oblasti znají dobře, které méně a od jakého věku jsou studenti schopni daná témata „strávit“. V neposlední řadě jsem zjišťovala, zda je pro studenty rozhovor se zdravotníkem přínosný.

Z šetření vyplývá, že studenti o edukaci zdravotníkem stojí. Dozví se více informací, než když jim je předává pouze preventistka, a společně strávený čas považují za přínosný. Studenty zajímá především oblast sexualita. O HIV mají informací dostatek, ale potřebují rozšířit obzory v oblastech antikoncepce, a to především o rizika spojená s užíváním hormonální antikoncepce, o hepatitidu a meningokokovou sepsi, o které v převážné většině nemají studenti vůbec žádné informace. Teoretické znalosti z oblasti první pomoci studenti spíše mají, ale chybí jim jistota, kterou by získali častějším procvičováním postupů využívaných v rámci první pomoci. Ohledně návykových látek mají studenti informací dostatek, přesto poměrně vysoké procento studentů s návykovými látkami experimentuje. Asi je to způsobeno tím, že v našich podmínkách není příliš těžké si nelegální látky (nebo legální drogy prodejné od 18ti let, které si bez problémů obstará osoba mladší 18ti let) obstarat. Na experimentování se také podílí vliv okolí na jednotlivce, který je v tomto životním období více ovlivnitelný. Z této oblasti studenty zajímaly spíše než samotné legální a nelegální drogy důsledky užívání návykových látek.

Doporučila bych v prvních ročnících probírat pouze první pomoc, protože někteří ze studentů v tomto ročníku nemusí být na řešení problematiky sexuality zatím připraveni a o návykových látkách mají přemíru informací ze základních škol. Ve vyšších ročnících, od druhého ročníku, se dají probírat všechna témata.

Věřím, že pokud by SŠ a SOU spolupracovaly se zdravotníky a umožňovaly setkávání studentů a zdravotníka (např. zdravotní sestry), bylo by to pro všechny zúčastněné přínosné.

2.7 Anotace

| | |
|-----------------------|---|
| Autor: | Eva Špinarová |
| Instituce: | Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství |
| Název práce: | Význam spolupráce zdravotní sestry a středoškolského preventisty |
| Vedoucí práce: | Mgr. Marcela Langhammerová, MUDr. Alena Vosečková, CSc. |
| Počet stran: | 94 |
| Počet příloh: | 6 |
| Rok obhajoby: | 2008 |
| Klíčová slova: | Návykové látky, sexuálně přenosné choroby, antikoncepce, první pomoc, adolescenti |

Bakalářská práce pojednává o vhodnosti spolupráce středoškolského preventisty se zdravotníkem na edukační činnosti v oblasti sexuálně přenosných chorob, antikoncepce, první pomoci a návykových látek. Popisuje závislosti na drogách, alkoholu a nikotinu (kouření), prevenci rodičovství, AIDS, kapavku, syfilis, hepatitidy B a C, meningokokovou sepsi, kardiopulmonální resuscitaci, stavění krvácení, šokové stavy, postiženého v bezvědomí, popáleniny a vývojové období adolescence. Práce je zaměřena na zjištění, zda je pro studenty SŠ/SOU přínosné, když s nimi o této problematice hovoří i zdravotník, nebo je přítomnost zdravotníka zbytečná a je dostačující, když dostávají informace pouze od pedagogů. Zjišťována byla míra současné informovanosti studentů o dané problematice a jejich reakce na přítomnost edukační činnosti zdravotníka.

The bachelor thesis deals with the suitability of a high school preventist and a medic cooperation on educational activity concerning sexually contagious illnesses, contraception, first aid and addictive drugs. It describes drug, alcohol and nicotine (smoking) abuse, parenthood prevention, AIDS, gonorrhoea, syphilis, hepatitis B and C, meningococcus sepsis, cardiopulmonary resuscitation, bleeding discontinuation, shock conditions, unconscious persons, burns and evolutionary period of adolescence. The thesis is aimed at the discovery of whether it is a benefit for the students of high school/apprentice training centre to discuss these issues with a medic or whether the discussion is not necessary and the information given by the teachers is sufficient. Among above-mentioned, an extent of an up-to-date knowledge of a given issue among students and their reactions to the presence of educational activity of the medic were discovered.

2.8 Seznamy

2.8.1 Seznam použité literatury a pramenů

- 1) Barták A. *Anti – koncepce*. Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1351-9
- 2) Beránková M., Fleková A., Holshauserová B., *První pomoc*. Praha: Informatorium, 2002, ISBN 80-86073-99-8
- 3) Bulletin 2007, Speciál Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR
- 4) Bydžovský J. *První pomoc*. Druhé přepracované vydání, Praha: Grada Publishing, 2004, ISBN 80-247-0681-0
- 5) Čížková J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000, ISBN 80-7067-953-0
- 6) ČRR. *Novinky v resuscitaci – Doporučené ERC pro resuscitaci*, 2005, Zdravotnické noviny, Mladá fronta, č. 50, 2005
- 7) Dědečková V. *Pohlavně přenosné choroby a prevence jejich šíření* bakalářská práce, LF UK, Hradec Králové, 2005
- 8) Dostálová J. *První pomoc I*. Ostravská univerzita Ostrava, Zdravotně sociální fakulta, 2005, ISBN 80-7042-356-0
- 9) Ertlová F., Mucha J. a kolektiv autorů. *Přednemocniční neodkladná péče*. Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, ISBN 80-7013-379-1
- 10) Evans T. R., *ABC o resuscitaci*. České Budějovice: DONA, 1992, ISBN 80-85-463-10-5
- 11) Flaherty-Zonis C. *Sexualita člověka*. Nový Jičín: Zdravý životní styl, 1998

- 12) Frčková M., Fišerová J. *Odborný časopis Sestra*, 2005, Mladá fronta, a.s., 2005, ISSN 1210-0404
- 13) Klener P. a kol. *Vnitřní lékařství III pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2002, ISBN 80-86073-98-X
- 14) Kodytková E. přeložila z francouzského originálu, *AIDS fakta – naděje*. L'Institut Pasteur Paris, 1993
- 15) Kubíková H. *Aby první pomoc nebyla poslední....* bakalářská práce, LF UK, Hradec Králové, 2006
- 16) Pecháčková M., Vavroušek F. *Útok meningokoka „C“*. Nakladatelství Lidové noviny, 1995, ISBN 80-7106-141-7
- 17) Polanecký V., odborný poradce Presl J. *Drogy – poznej svého nepřítele*. Brožura VZP ČR. Nakladatelství MEDIA KULTUR, s.r.o.
- 18) Taubner V. *Metodika sexuální výchovy*. 1. vyd. Praha: SZÚ, 1996, ISBN 80-7071-029-2
- 19) Vyhnánek F. a kol. *Chirurgie I pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 1997, ISBN 80-86073-07-6

Internetové zdroje

- I 1) <http://cs.wikipedia.org/wiki/Bezv%C4%9Bdom%C3%AD> ze dne 7.11. 2007
- I 2) <http://cs.wikipedia.org/wiki/Syphilis> ze dne 31. 10. 2007
- I 3) <http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz/> ze dne 30.10. 2007
- I 4) http://auto.idnes.cz/promile-za-volantem-kdy-a-jak-dojet-s-alkoholem-fq5-/automoto.asp?c=A060709_225348_automoto_fdv ze dne 30. 10. 2007
- I 5) <http://www.bolito.cz/cz/popaleniny.html> ze dne 15. 3. 2008

- I 6) <http://www.prvni-pomoc.com/view.php?navezclanku=tlakove-body&cisloclanku=2006120004> ze dne 15. 3. 2008
- I 7) http://www.stripky.cz/nemoci/pp/stabilizovana_poloha.html ze dne 15. 3. 2008
- I 8) <http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=2005082102-kapavka-gonokok-neisseria-gonorrhoea-gay> ze dne 15. 3. 2008
- I 9) <http://www.004.cz/view.php?cisloclanku=2005082103-syfilis-treponema-palidum> ze dne 15. 3. 2008
- I 10) <http://www.kurakovaplice.cz/index.php?strana=fotografie> ze dne 15. 3. 2008
- I 11) http://alkoholismus.zbynekmlcoch.cz/test_zavislosti_na_alkoholu.htm ze dne 15. 3. 2008
- I 12) http://www.stripky.cz/nemoci/zdravi/meningokokove_onemocneni2.html ze dne 15. 3. 2008
- I 13) <http://www.aids-hiv.cz/udajevCR2006.html> ze dne 15. 3. 2008
- I 14) http://www.redcross.cz/zaklady_pomoci/bezvedomi.htm ze dne 15. 3. 2008
- I 15) <http://www.femina.cz/rodina-a-deti/nitrodelozni-system-klid-na-nekolik-let/articles.html?id=4109> ze dne 15. 3. 2008

2.8.2 Seznam použitých zkratek

AIDS – Syndrom získané imunodeficiencie
CNS – Centrální nervový systém
DOB – Stimulační droga zařazená mezi taneční drogy
FSH – Folikulostimulační hormon
HIV – Virus lidské imunodeficiencie
KPR – Kardio-pulmonální resuscitace
LH – Luteinizační hormon
LSD – Halucinogen
MDMA – Extáze
NR – Neodkladná resuscitace
RLP – Rychlá lékařská pomoc
SOŠ – Střední odborná škola
SOU – Střední odborné učiliště
SŠ – Střední škola
SZO – Světová zdravotnická organizace
VHA – Virus hepatitidy A
VHB – Virus hepatitidy B
VHC – Virus hepatitidy C
ZŠ – Základní škola

2.8.3 Seznam příloh

P I – Dotazník
P II – Obrázky
P III – Test
P IV – Grafy
P V – Tlakové body
P VI – Uložení pacienta v bezvědomí

2.9 Přílohy

P I - Dotazník

DOTAZNÍK nezdravotnické SŠ a SOU

Dotazník je vyplňován anonymně a bude použit k vypracování bakalářské práce s názvem
ÚLOHA SESTRY V PRIMÁRNÍ PREVENCÍ NA SŠ.

U otázek zaškrtněte prosím jednu odpověď, pokud u nich není odkaz (*vyberte libovolný počet možností*).

VĚK:.....

POHLAVÍ: a) Muž

b) Žena

JAKOU SŠ/SOU STUDUJETE:.....

KOLIKÁTÝ ROČNÍK:.....

VLASTNÍTE ŘIDIČSKÝ PRŮKAZ? a) Ano

b) Ne

NÁVYKOVÉ LÁTKY

1) Kouříte?

a) Ano

b) Ne

c) Jednou jsem to zkusil/a

d) Odnaučený kuřák

e) Jiné.....

Pokud jste odpověděli NE, tak na následující 2 otázky neodpovídejte.

2) Proč jste začali kouřit?

a) Parta

b) Prostě jsem to chtěl/a zkusit

c) Připadám si dospělejší

d) Jiné.....

3) Chcete kouřit celý život?

a) Ano, proč bych nekouřil/a

b) Přestanu, ale až budu mít zdravotní problémy (na výzvu lékaře)

c) Přestanu, ale až budu mít děti

d) Uvědomuji si nebezpečí spojené s kouřením a chci přestat ihned

e) Už jsem přestal/a

Na následující otázky odpovídají všichni.

4) Kouří někdo ve vaší rodině? (*vyberte libovolný počet možností*)

a) Matka

b) Otec

c) Sourozenec starší

d) Sourozenec mladší

- 5) Byla vám někdy nabídnuta droga?
- Ano
 - Ne
- 6) Zkusili jste někdy užít drogu? (*vyberte libovolný počet možností*)
- Ano, drogy s menším rizikem pro organismus při užívání (marihuana, hašiš)
 - Ano, drogy se středním rizikem pro organismus při užívání (extáze, efedrin)
 - Ano, drogy s těžkým rizikem (heroin, kokain, pervitin, durman, morfin, toluen, crack, LSD)
 - Ne
- 7) Pokud byste si chtěli obstarat drogu, věděli byste, kam pro ni jít?
- Ano
 - Ne
- 8) Měli jste/máte problém obstarat si alkohol v době, kdy jste nedosáhli věku 18 let?
- Ano, alkohol mi prodat nechtěli
 - Ne, alkohol jsem si snadno obstaral/a

SEXUALITA

- 1) Máte dostatek informací o pohlavně přenosných chorobách?
- Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Žádné informace nemám
- 2) Kde jste informace o pohlavně přenosných chorobách získali? (*vyberte libovolný počet možností*)
- ZŠ
 - SŠ/SOU
 - Časopisy
 - Rodina
 - Kamarádi
 - Jiné.....
- 3) Máte dostatek informací o prevenci otěhotnění?
- Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Žádné informace nemám
- 4) Kde jste informace o prevenci otěhotnění získali? (*vyberte libovolný počet možností*)
- ZŠ
 - SŠ/SOU
 - Časopisy
 - Rodina
 - Kamarádi
 - Jiné.....
- 5) Můžete se svými rodiči hovořit o problematice sexuality?
- Ano
 - Ne
- 6) Jaká znáte preventivní opatření počítí?.....

7) Jaká znáte preventivní opatření přenosu pohlavních chorob?.....

8) Jaké znáte sexuálně přenosné choroby?.....

9) Znáte nějaké život ohrožující choroby přenosné líbáním?.....

PRVNÍ POMOC

1) Kde jste se dozvěděli něco o první pomoci? (*vyberte libovolný počet možností*)

- a) ZŠ
- b) SŠ
- c) Autoškola
- d) Vlastní iniciativa
- e) Nic o první pomoci nevím
- f) Jiné.....

2) Uměli byste ošetřit: (*vyberte libovolný počet možností*)

- a) Postiženého v bezvědomí
- b) Popáleninu
- c) Tepenné krvácení
- d) Žilní krvácení
- e) Žádnou z nabízených možností bych nezvládl/a ošetřit

3) Uměli byste poskytnout umělé dýchání a masáž srdce?

- a) Ano, ve dvou záchráncích
- b) Ano, v jednom záchránci
- c) Ne

4) Poznali byste člověka v šoku?

- a) Ne
 - b) Ano (popište, jak byste šok poznali).....
-

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Studentka oboru
Ošetrovatelství na LF UK v Hradci Králové
Eva Špinarová

KONOPNÉ DROGY:

Obr. 1 - Marihuana



Obr. 2 - Hašiš



PSYCHOTROPNÍ LÉKY:

Obr. 3 - Léky



OPIÁTY :

Obr. 4 - Heroin



(17)

STIMULAČNÍ DROGY:

Obr. 5 - Kokain



(17)

Obr. 6 - Extáze

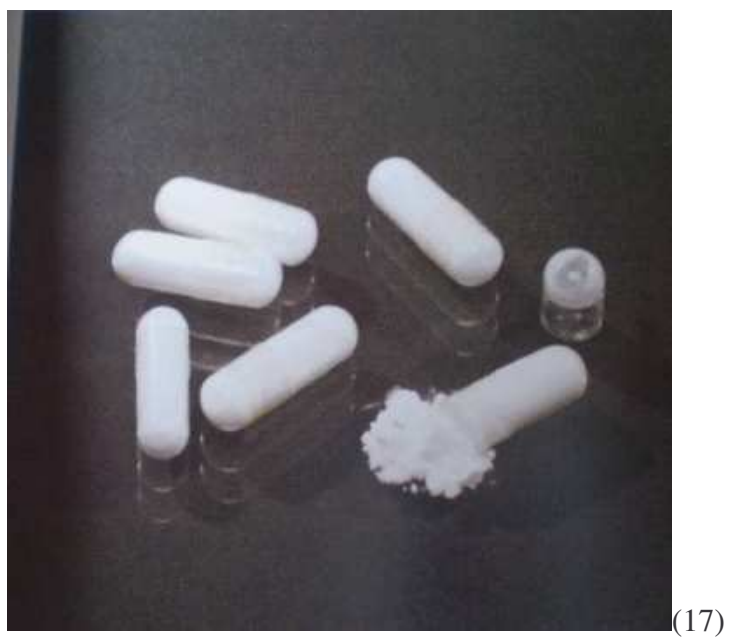


(17)

Obr. 7 - Pervitin



Obr. 8 - DOB



HALUCINOGENY:

Obr. 9 - Lysohlávky



(17)

Obr. 10 - LSD, jednotlivě



(17)

Obr. 11 - LSD



(17)

KOUŘENÍ

Obr. 12 - Zdravá plíce



(I 10)

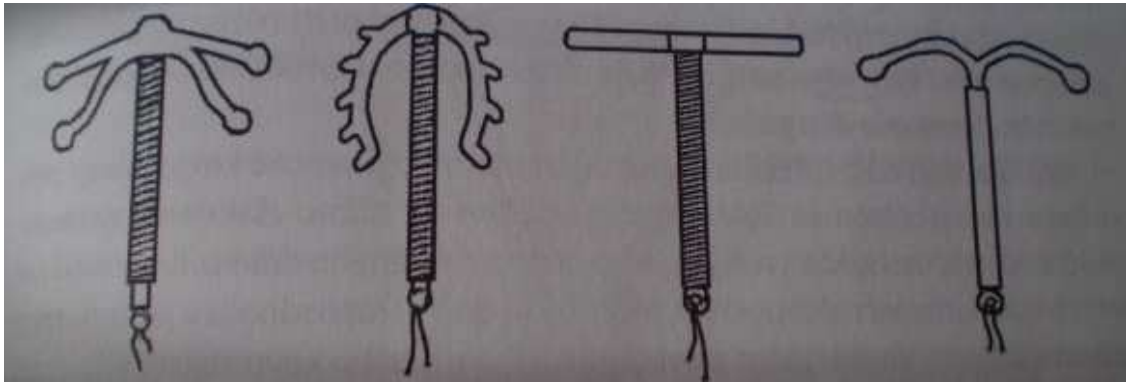
Obr. 13 - Plíce kuřáka



(I 10)

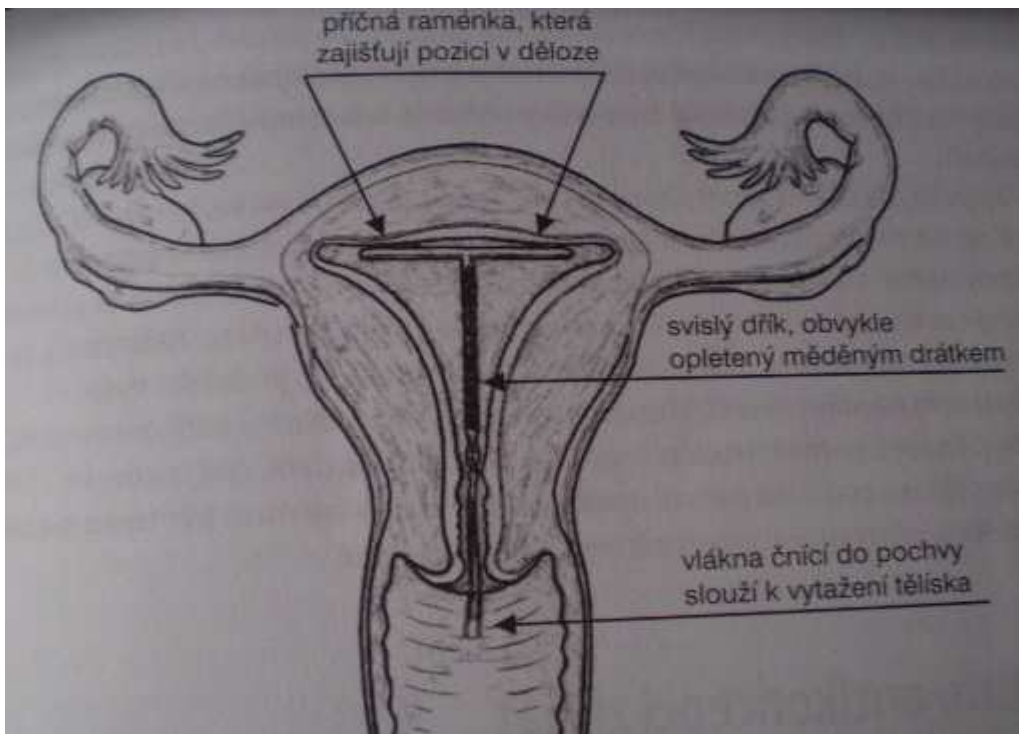
ANTIKONCEPCE

Obr. 14 - Druhy nitroděložních tělísek



(1)

Obr. 15 - Umístění tělíska v děloze



(1)

Obr.16 - Nitroděložní antikoncepční systém



(I 15)

KAPAVKA:

Obr. 17 - Kapavčitý výtok z mužské močové trubice



(I 8)

SYFILIS:

Obr. 18 - Novorozenecký syfilis



(I 9)

Obr. 19 - Primární stádium, tvrdý vřed



(I 9)

Obr. 20 - Sekundární stádium



Obr. 21 - Terciální stádium



(I 9)

(I 9)

MENINGOKOKOVÁ SEPSE:

Obr. 22 - Krevní výrony na DK



(I 12)

POPÁLENINY

Obr.23 - Popálenina II. stupně



(I 5)

Obr. 24 - Popálenina III. stupně



(I 5)

AUDIT- test ke zjišťování poruch působených alkoholem

Z možností, které se Vám nabízejí jako odpovědi, zvolte tu, která se nejvíce přibližuje skutečnosti. Zakroužkujte číslice v závorce příslušející této odpovědi. V testu se používá pojem „standardní sklenice“. Standardní sklenicí se rozumí v této verzi dotazníku půl litru 12° piva, 2 „deci“ přírodního vína nebo 0,05 l („půldeci“) destilátu. Otázky 1. - 8. se týkají posledních 12 měsíců.

1) Jak často pijete nápoje obsahující alkohol včetně piva?

- 0 – Nikdy
- 1 - Jednou za měsíc a méně
- 2 - 2-4x za měsíc
- 3 - 2-3x týdně
- 4 - 4x nebo více za týden

2) Kolik standardních sklenic vypijete během typického dne, kdy pijete? (Jedna standardní sklenice odpovídá půl litru 12 stupňového piva, 2 „deci“ vína nebo „půldeci“ destilátu.)

- 0- Nejvýše 1
- 1- 1,5 až 2
- 2 - 2,5 až 3
- 3- 3,5 až 3
- 4- 5 a více

3) Jak často vypijete 3 nebo více standardních sklenic při jedné příležitosti? (Jedna standardní sklenice odpovídá půl litru 12° piva, 2 „deci“ vína nebo „půldeci“ destilátu.)

- 0 - Nikdy
- 1 - Méně než jednou za měsíc
- 2 - Jednou za měsíc
- 3 - Jednou za týden
- 4 - Denně nebo téměř denně

4) Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistili, že nejste schopni přestat pít, když jste začali?

- 0 - Nikdy
- 1 - Méně než 1x za měsíc
- 2 - 1x za měsíc
- 3 - 1x týdně
- 4 - Denně nebo téměř denně

5) Jak často jste kvůli pití během posledních 12 měsíců neudělali to, co se od Vás běžně očekávalo?

- 0 - Nikdy
- 1 - Méně než 1x za měsíc
- 2 - 1x za měsíc
- 3 - 1x za týden
- 4 - Denně nebo téměř denně

6) Jak často jste během posledních 12 měsíců potřebovali hned ráno sklenici alkoholického nápoje (počítá se i pivo), abyste mohl fungovat po předchozím vydatném pití?

- 0 - Nikdy
- 1 - Méně než 1x za měsíc
- 2 - 1x za měsíc
- 3 - 1x za týden
- 4 - Denně nebo téměř denně

7) Jak často jste měli během posledních 12 měsíců pocitu viny nebo výčitky svědomí kvůli pití?

- 0 - Nikdy
- 1 - Méně než 1x za měsíc
- 2 - 1x za měsíc
- 3 - 1x za týden
- 4 - Denně nebo téměř denně

8) Jak často během posledních 12 měsíců jste nebyli schopni si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pili?

- 0 - Nikdy
- 1 - Méně než 1x za měsíc
- 2 - 1x za měsíc
- 3 - 1x za týden
- 4 - Denně nebo téměř denně

9) Byli jste nebo byl někdo jiný zraněn v důsledku vašeho pití?

- 0 - Nikdy
- 1 - Ano, ale ne v posledních 12 měsících
- 2 - Ano, během posledních 12 měsíců

10) Byl někdo z příbuzných nebo přátel, nějaký lékař nebo sociální pracovník znepokojen Vaším pitím a navrhoval vám, abyste pili méně?

- 0 - Nikdy
- 1 - Ano, ale ne v posledních 12 měsících
- 2 - Ano v posledních 12 měsících

Nyní sečtěte čísla, která jste zakroužkovali.

Pokud součet dosahuje 8 bodů a více, máte s alkoholem určitý problém.

Vyšší hodnoty v otázkách 1) - 3) svědčí pro nebezpečné pití.

Vyšší hodnoty v otázkách 4) - 6) svědčí pro závislost na alkoholu.

Vyšší hodnoty v otázkách 7) - 10) svědčí pro škodlivé pití alkoholu

(I 11)

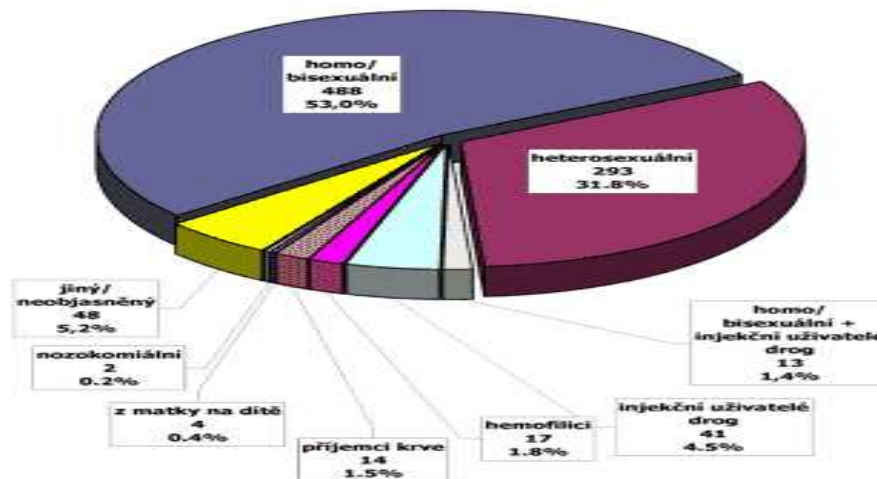
HIV / AIDS:

Graf 16 - Rozdělení v ČR

*SZÚ Praha, Národní referenční laboratoř pro AIDS
100 42 Praha 10, Šrobárova 48*

G12

**ROZDĚLENÍ HIV POZITIVNÍCH PŘÍPADŮ V ČR
PODLE ZPŮSOBU PŘENOSU
(jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem)
Kumulativní údaje ke dni
31.12.2006**



Datum tisku: 2/8/2007

System DNA

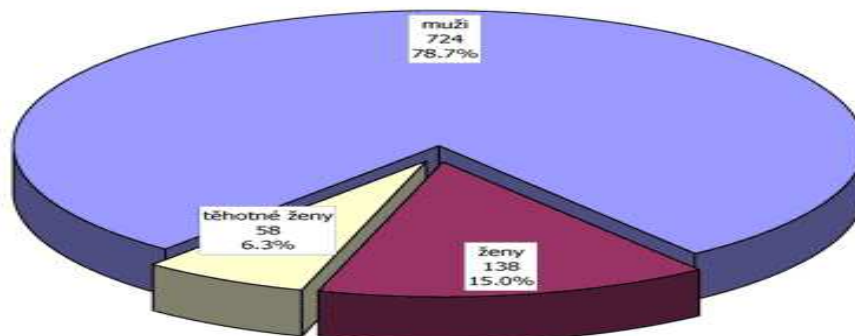
(I 13) - viz graf 7

Graf 17 - HIV + dle pohlaví

*SZÚ Praha, Národní referenční laboratoř pro AIDS
100 42 Praha 10, Šrobárova 48*

G10

**HIV+ PODLE POHLAVÍ
V ČESKÉ REPUBLICĚ
(jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem)
Kumulativní údaje ke dni
31.12.2006**



Datum tisku: 2/8/2007

System DNA

(I 13) – viz graf 8

TLAKOVÉ BODY

Hlava

- Spánková tepna(1)
- Lící tepna(2)

Krk

- Krkavice(3)

Horní končetina

- Podklíčková tepna(4)
- Pažní tepna(5)

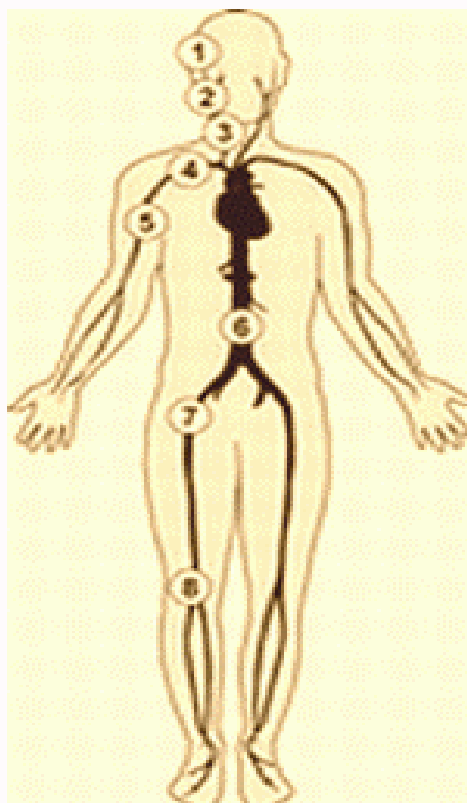
Břicho

- Břišní tlakový bod(6)

Dolní končetina

- Stehenní tepna(7)
- Podkolenní tepna(8)

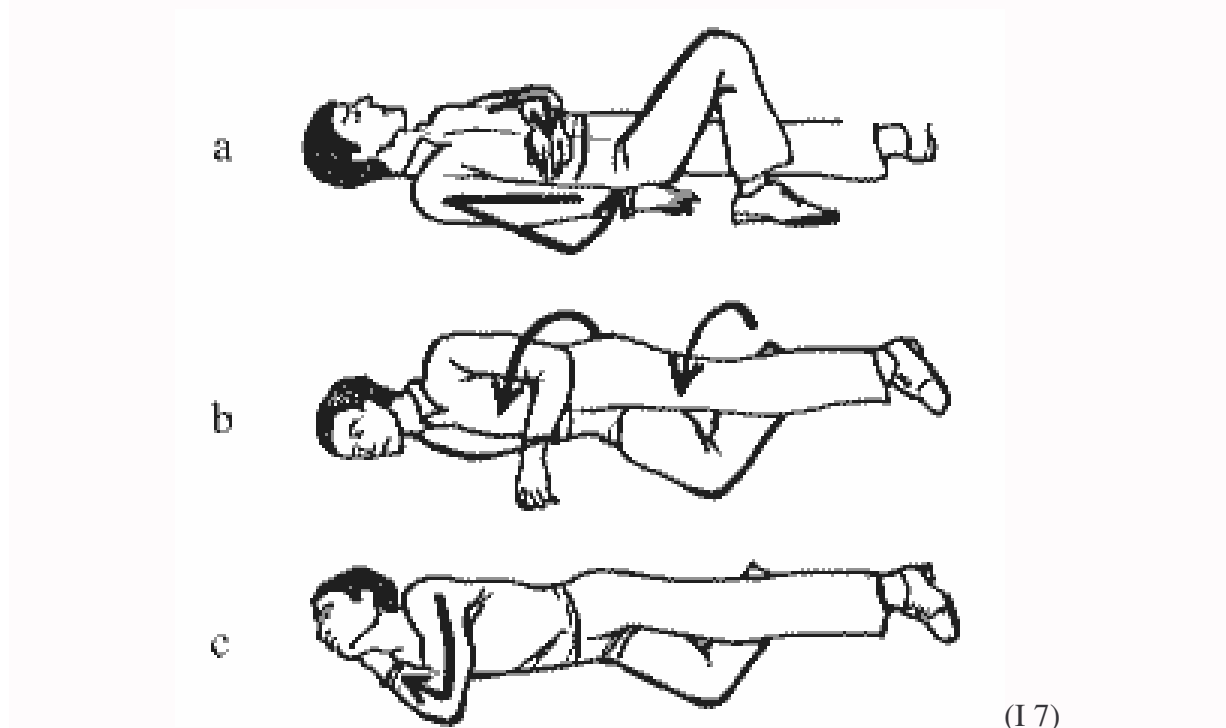
Obr. 25 - Tlakové body



(I 6)

ULOŽENÍ PACIENTA V BEZVĚDOMÍ

Obr. 26 - Stabilizovaná poloha



Obr. 27 - Zotavovací poloha

