

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

ABY PRVNÍ POMOC NEBYLA POSLEDNÍ...

**LAICKÁ PRVNÍ POMOC SE ZAMĚŘENÍM NA ZAMĚSTNANCE
VĚZEŇSKÉ SLUŽBY A ODSOUZENÉ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

HELENA KUBÍKOVÁ

Vedoucí práce: Doc.MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

HRADEC KRÁLOVÉ, 2006

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

TO FIRST AID WASN'T LAST...

**LAY FIRST AID WITH A VIEW TO STAFF IN-PRISON SERVICES
AND DENOUNCEMENT.**

BACHELOR WORK

HELENA KUBÍKOVÁ

Vedoucí práce: Doc.MUDr. Svatopluk Býma, CSc.

HRADEC KRÁLOVÉ, 2006

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

V Chomutově, dne 26. dubna 2006

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji Doc. MUDr. Svatoplukovi Býmovi ,CSc. za odborné vedení mé bakalářské práce.

Motto: Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.

dr. Halfdan Makler

OBSAH

1. Úvod	8
1.1. Cíl práce	9
1.2. Pracovní hypotézy.....	10
1.3. Organizace výzkumu - metodika	11
1.3.1. Přípravná fáze	11
1.3.2. Vzorek šetření a realizace výzkumu	12
1.3.3. Metodika vlastního šetření.....	12
2. Teoretická část	14
2.1. Historie první pomoci	14
2.2. Charakteristika první pomoci.....	15
2.3. Jednotný postup při poskytování první pomoci	15
2.4. Dělení první pomoci	16
2.4.1 Technická PP	16
2.4.2. Laická zdravotnická pomoc PP.....	16
2.4.3. Odborná zdravotnická pomoc PP	17
2.5. Úloha a význam laické první pomoci	17
2.5.1. Orientační posouzení tělesného a duševního stavu postiženého	18
2.6. Záchrané složky a jejich povinnosti, tísňová volání	18
2.7. Přivolání odborné pomoci.....	20
2.8. Právní předpisy upravující poskytování první pomoci	22
3. Vybrané akutní stavy a provedení první pomoci.....	23
3.1. Neodkladná kardiopulmonální resuscitace resuscitace.....	23
3.1.1. Mezinárodní směrnice – International Resuscitation guidelines 2000	23
3.1.3. Počáteční zhodnocení stavu	24
3.2. Šok	32
3.2.1. Druhy šoků – podle primárního poškození.....	32
3.2.2. Příznaky šoků.....	33
3.2.3. Protišoková opatření	33
3.3. Krvácení.....	33
3.3.1. Druhy krvácení	34
3.3.2. První pomoc při zástavě krvácení	34
3.4. Bezvědomí	36
3.4.1. Poruchy vědomí	36
3.4.2. Stabilizovaná poloha.....	38
3.5. Synkopa (kolaps, mdloba)	38
3.5.1. Postup při poskytování první pomoci	39
3.6. Popáleniny	40
3.6.1. „Rozdělení popálenin podle:.....	40
3.6.2. Postup při poskytování první pomoci	41
4. Empirická část.....	42
4.1. Zjištěné výsledky výzkumu znalostí první pomoci	42
4.1.1. Všeobecné údaje	42
4.1.2. Vyhodnocení teoretické části – odborná část	51

4.2.	Analýza zjištěných výsledků	65
4.2.1.	Analýza všeobecné a odborné části	65
4.2.2.	Analýza hypotéz	69
5.	Diskuse	76
6.	Závěr	79
7.	Seznam použité literatury	83
8.	Přílohy	84

1. ÚVOD

První pomoc... Pro mnohé stav nouze, kdy chceme věřit tomu, že nám v hlavě naskočí latentní školní znalosti a zkušenosti získané během života a že se nablízku bude právě procházet doktor a záchranka je přeci tak rychlá. Aby první pomoc nebyla poslední, je v rukou nás všech. Tento fakt můžeme zásadně ovlivnit svým přístupem a zodpovědností. Týká se nás, ať jsme kdekoliv a děláme cokoliv. Každý se alespoň jednou za život dostane do náhle vzniklé, život ohrožující situace (divadlo, ulice, pracoviště, atd.), kdy by měl umět zareagovat. Pak ale najednou neví co dělat, bojí se, aby něco nepokazil. Snahou o první pomoc do příjezdu sanitky nic nepokazíme, pokud nezpanikaříme a začneme jednat. Právě prvních pět minut je pro záchranu života a zdraví nejkritičtějších. Stačí při tom znát pár obecně platných zásahů : umělé dýchání, masáž srdce a stabilizovanou polohu, umět se stručně a objektivně vyjádřit a spolehnout se na svůj rozum. Platí to i v nápravném zařízení – věznici. Je to zařízení, které má svá specifika a pravidla, ale při tom všem respektuje důstojnost člověka a represe jsou zde prováděny za přijatelných mravních a materiálních podmínek. Prostředí je tvořeno skupinou zaměstnanců na straně jedné a na straně druhé skupinou odsouzených. Obě skupiny v něm musí dodržovat základní principy soužití a vzájemné tolerance. Odsouzení si zde odpykávají trest, a přestože se do tohoto zařízení dostali vlastní vinou, těžko se s ním sžívají a vyrovnávají. Nebyli však zbaveni svéprávnosti, byť jsou izolováni od okolí. Rekrutují se z větší části z řad nižších sociálních vrstev, bezdomovců, alkoholiků, narkomanů a ve větší míře i z řad občanů romského etnika a také z menšinové skupiny odsouzených mladistvých ve věku 15 – 18 let.

Ochota, morální povinnost, snaha udělat něco pro druhého atd. jsou mnohdy stavěny do protikladu s lhostejností, nezájmem a neochotou. Vězeňské prostředí je specifická koncentrace lidí na malém prostoru, s omezenými možnostmi vlastního soukromí a aktivity. Bohužel však dochází ke konfliktním situacím různého charakteru, stupně a agresivity mezi odsouzenými a zaměstnanci, ale častěji mezi odsouzenými navzájem na denním pořádku. Proto poškození zdraví jako stav po napadení a výsledek nevybité agresivity nejsou v tomto prostředí výjimečné. Častým jevem ve vězeňském zařízení je sebepoškozování různými předměty (řezání žiletkou a kousky skla, píchání jehel do podkoží, polykání různých částí předmětů aj.), sebevražedné pokusy jak demonstrační, tak dokonané. Jsou vždy prováděny za určitým cílem - vyhnout se dalšímu soudnímu jednání, pracovnímu zařazení po dobu výkonu trestu,

šikaně, pohlavnímu zneužívání apod. Také aplikace různých látek do organismu a v neposlední řadě i značný nárůst toxikománie a užívání drog svědčí o neutěšeném stavu zdraví této skupiny lidí a mezilidské vztahy se tímto stávají příčinou frustrací. Permanentní stres, který je vyvolávaný nátlakem okolí na jedince, a řešení úniku z něj ve značné míře též poškozují zdraví. Velmi náročná je práce zaměstnanců tohoto zařízení. Je spojena s bezprostředními kontakty s odsouzenými a musí řešit jejich neustálé konfliktní situace a eliminovat je, odolávat agresivitě nejen slovní a náznakové, ale i skutečné otevřené, být ve stálé profesionální pohotovosti a připravenosti. Tyto aspekty zvyšují riziko poškození jejich zdraví. Pracuji ve věznici na zdravotním středisku ve funkci zdravotní sestry již 18 let a mnohokrát jsem se dostala do situací, kdy správné poskytnutí první pomoci vedlo k záchraně lidského života.

Poskytnutí první pomoci se v tomto zařízení netýká, jak se mnozí mylně domnívají, jen zdravotnického personálu věznice, ale i dalších zaměstnanců a odsouzených. Vždyť mnohdy jsou to zrovna oni, kdo nacházejí vězně a odsouzení spoluvězně náhodně, v situacích ohrožujících život a jsou bezprostředními účastníky v poskytování první pomoci. Podílel jsem se na proškolení zaměstnanců v oblasti poskytování první pomoci při tzv. bojových přípravách v této věznici, které jsou dány plánem profesního vzdělávání zaměstnanců. Na základě těchto všech shora uvedených zkušeností a poznatků jsem se rozhodla napsat svou závěrečnou práci.

Spoléhám také na to, že svou práci budu moci prezentovat, a dopomohu tak změnit často mylný názor zaměstnanců a odsouzených, že první pomoc patří výhradně do rukou lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků v této věznici. Je nutné si uvědomit, že první pomoc spadá do soustavy občanských povinností, a každý občan bez ohledu na věk a vzdělání je povinen ji poskytnout. Týká se nás všech a každý má ve své moci jednat, rozhodnout a pomoci kdekoliv... třeba i ve věznici. Ochota a připravenost by měly být v tomto případě vždy samozřejmostí.

1.1. Cíl práce

Cílem této práce je zjistit stav vědomostí zaměstnanců věznice a stav vědomostí odsouzených v této věznici, tedy laické veřejnosti, v poskytování první pomoci zejména u stavů ohrožujících život. Zjistit jejich dosavadní znalosti v problematice poskytnutí první

pomoci a jejich schopnost a připravenost k jejímu poskytnutí u vybraných stavů a poukázat na stav vědomostí v této oblasti. Je třeba také zjistit, zda různá školení v rámci poskytování první pomoci jsou dostačující a zda jsou dotazovaní ochotni a připraveni poskytnout potřebnou pomoc a potlačit zbytečné obavy.

V teoretické části je cílem charakterizovat první pomoc a význam její znalosti zejména v laické sféře. Dále popsat základní postupy v poskytování přednemocniční první pomoci zejména v oblasti kardiopulmonální resuscitace, bezvědomí, šoku, krvácení a popálení. Seznámit zaměstnance a odsouzené s přivoláním první pomoci a správně podat informace o okolnostech nehody všeobecně a obeznámit je s právními a etickými aspekty při poskytování první pomoci.

V empirické části si kladu za cíl zmapovat úroveň teoretických znalostí v oblasti poskytování první pomoci u obou skupin. Zjistit, zda skupina zaměstnanců, jež je profesně školená v poskytování první pomoci, dosáhne lepších výsledků při zodpovídání dotazů v odborné části dotazníku. Zjistit, zda systém různých druhů školení s tématem poskytnutí první pomoci má vliv na znalosti (řidičský průkaz, bojová příprava ve věznici, aj.) a zda jsou dotazovaní v obou skupinách připraveni k poskytování první pomoci. Dále zjistit, zda dotazovaní s vyšším stupněm vzdělání dosáhnou lepších výsledků a zda věk dotazovaných má vliv na výsledky. A v neposlední řadě zjistit, zda dotazovaní, kteří již někdy první pomoc poskytovali, budou na kladené otázky odpovídat lépe a dosáhnou většího počtu správných odpovědí.

1.2. Pracovní hypotézy

- Předpokládám, že úroveň teoretických znalostí z odborné části dotazníku první pomoci bude nedostačující u obou skupin, zejména u skupiny odsouzených.
- Předpokládám, že dotazovaní, kteří jsou držiteli řidičského průkazu a nebo absolvovali školení první pomoci, dosáhnou při zodpovídání dotazů lepších výsledků, tedy vyššího počtu správných odpovědí u obou skupin.
- Předpokládám, že dotazovaní s vyšším vzděláním dosáhnou lepších výsledků u obou skupin.
- Předpokládám, že dotazovaní vyššího věku dosáhnou lepších výsledků v dotazníku u obou skupin.

- Předpokládám, že dotazovaní, kteří již první pomoc poskytovali, budou na otázky v odborné části dotazníku odpovídat lépe a dosáhnou většího počtu správných odpovědí u obou skupin.

1.3. Organizace výzkumu - metodika

1.3.1. Přípravná fáze

K získávání informací pro empirickou část bakalářské práce jsem zvolila metodu dotazníku, který byl anonymní. Bylo to z důvodu rychlého a objektivního získávání potřebných informací pro podklady k výzkumu. Dotazník byl připraven pro obě skupiny stejný, jen v otázce č. 2 a č. 5 (viz příloha č.1) se lišil danou skupinu dotazovaných.

Dotazník byl rozdělen na dvě části: na **část všeobecnou**, která zahrnuje otázky od čísla 1 do čísla 14 a dále byla tato část rozdělena na **podskupinu sociometrických údajů** pohlaví, věk, vzdělání, pracovní zařazení (u skupiny odsouzených, četnost odsouzení) a délku doby zaměstnání ve věznici (u skupiny odsouzených, délka doby trestu - viz příloha č.1) a na **podskupinu, která zahrnuje odpovědi a názory na dotazy**, které se týkaly praktických zkušeností s poskytováním první pomoci, absolvováním kurzů první pomoci a event. zájmem o absolvování tohoto kurzu, zda jsou držiteli řidičského průkazu a zda měli možnost si vyzkoušet KPR na figuríně a nebo ukládat zraněného do stabilizované polohy. Poslední dotaz byl položen na hlavní důvod neposkytnutí první pomoci.

Část teoretická zahrnuje většinu dotazů (od otázky 15 do otázky 34, celkem 20) a mapuje teoretické znalosti poskytování první pomoci u život ohrožujících stavů: bezvědomí, krvácení, neodkladné resuscitace, šoku, popálení, konkrétních stavů: IM, dušnosti a epileptického záchvatu, zda znají pojem stabilizovaná poloha a autotransfuzní poloha, znalost telefonního čísla záchranné služby a podání správné informace dispečerovi a oprávněnost k ukončení ožívování.

Při tvorbě dotazů jsem vycházela z odborné literatury, která je uvedena v seznamu literatury na konci mé závěrečné práce.

Dotazník byl sestaven pouze na jednu možnost správné odpovědi v daném dotazu a správná odpověď se měla zakroužkovat. U otázek týkajících se názorů mohli dotazovaní napsat vlastní názory, myšlenky a postupy. Poslední bod v dotazníku teoretických znalostí patřil bodu „jiné“, zde mohli dotazovaní napsat své připomínky, názory a dotazy.

1.3.2. Vzorek šetření a realizace výzkumu

Celý výzkum jsem realizovala za spolupráce s ředitelem věznice, u kterého jsem se setkala s pozitivním přístupem a se kterým jsem se dohodla na postupu a rozdělení dotazníků, zejména ve skupině zaměstnanců. Ti zajišťují chod věznice nepřetržitě 24 hodin denně, a proto jim dotazník byl rozdělán přes vedoucí jednotlivých oddělení věznice. U odsouzených jsem se domluvila na osobní účasti při vyplňování dotazníků. V průběhu několika dnů jsem prošla jednotlivé ubytovny s odsouzenými a realizovala s nimi vyplňování dotazníků. Výzkum probíhal v měsíci prosinci a částečně i v měsíci lednu.

Dotazník v počtu 100 kusů byl určen pro všechny zaměstnance věznice a v počtu 100 kusů pro odsouzené v této věznici. Protože jsem byla u vyplňování dotazníků odsouzenými přítomna, návratnost v tomto případě byla 100 dotazníků = 100%. Návratnost ze skupiny zaměstnanců byla 90 dotazníků = 90%.

Jisté obavy jsem měla z neochoty vyplňovat dotazník, ale byla jsem mile překvapena velkým zájmem a pozitivním přístupem. Zejména v řadách odsouzených jsem se setkala s velkým ohlasem a zájmem o spolupráci. Po vyplnění dotazníků jsem mnohdy na jejich žádost procházela jednotlivé body a správně vyhodnotila odpovědi, zodpovídala vzniklé dotazy a byla přítomna u vzniklé diskuse na dále se rozvíjející téma poskytnutí první pomoci.

Ale i zaměstnanci projevíli uspokojení nad tím, že si zopakovali své znalosti v této oblasti, a mnohdy byli nepříjemně překvapeni nad volbou své správné odpovědi. To je podněcovalo k zamyšlení nad sebou samými v přístupu k problematice znalostí v poskytnutí první pomoci.

1.3.3. Metodika vlastního šetření

Pro získání a vyhodnocení sociometrických a odborných údajů týkajících se oblasti první pomoci byly stanoveny dvě sledované skupiny lišící se v sociálních parametrech a ve společenském postavení. Skupina odsouzených (dále bude označována O), zahrnuje 100 dotazovaných. Skupina zaměstnanců (dále označována Z), zahrnuje 90 dotazovaných. Pro přehlednější vyhodnocení bylo stanoveno 90 dotazovaných ve skupině Z za základ, tedy 100% v dané skupině. Ve skupině Z tak má 1% hodnotu 0,9 dotazovaného. Ve skupině O má 1% hodnotu 1 dotazovaného. Výsledek (vyhodnocení) odborné části dotazníku je představován součtem správných odpovědí. Sociometrické údaje byly vyhodnoceny sčítáním

a rozříděním do skupin a kategorií v jednotlivých skupinách. Následně pak mohly být porovnány sledované skupiny mezi sebou.

Pro posouzení, zda mezi odbornými a sociometrickými výsledky dotazníků existuje závislost, posloužilo jednak procentuální vyhodnocení, jednak průměrný počet správných odpovědí na 1 dotazovaného v dané skupině nebo kategorii. Průměrný počet správných odpovědí na jednoho dotazovaného v dané skupině nebo kategorii byl získán vydělením skutečného počtu správných odpovědí počtem dotazovaných. Počet dotazovaných se stejným sociometrickým údajem představuje četnost tohoto údaje ve skupině nebo v kategorii.

Pro porovnání sledovaných skupin v úspěšnosti zodpovídání jednotlivých dotazů odborné části dotazníku posloužil podíl správných odpovědí vyjádřených v procentech.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Historie první pomoci

Počátky poskytování první pomoci sahají do nejstarších dob existence lidstva. Vše bylo samozřejmě velmi primitivní a pomoc byla zajišťována většinou několika vyvolenými lidmi. Časté války, nemoci a nízká hygienická úroveň vedly k různým epidemiím, které hubily velký počet obyvatelstva a značným způsobem poškozovaly jejich zdraví. V té době měla velký podíl na poskytování pomoci samaritánská služba. Další rozmach ve sféře poskytování první pomoci byl spjat s pokrokem anatomie a fyziologie člověka. Nemohu opomenout období Krymské války v polovině 19. století, kdy na straně jedné se na rozvoji poskytování první pomoci podílel ruský lékař N. I. Pyrogov a jeho ošetřovatelky raněných a na straně druhé se výrazně angažovala i F. Nightingalová, která organizovala ošetřovatelskou službu v lazaretech. Její pokrokové myšlení v této oblasti mělo velký vliv na snížení úmrtnosti vojáků. Dále je nutné se zmínit o H. Dunantovi, který se po bojích u Solferina setkával se zraněnými a na základě jejich utrpení se zasloužil o založení Mezinárodního červeného kříže, organizace, která zřizuje výbory pro pomoc raněným ve válkách, ale i v době míru na celém světě.

Základní hesla těchto organizací jsou:

- HUMANITA
- NESTRANNOST
- NEZÁVISLOST
- NEUTRALITA
- JEDNOTA
- DOBROVOLNOST
- CELOSVĚTOVOST

Počátky činnosti Červeného kříže na našem území sahají do roku 1868. Od počátku se tato organizace věnovala přípravě zdravotnického zázemí pro případ války a rozsáhlé charitě. Velký podíl na vzniku i činnosti Československého červeného kříže (ČSČK), který u vzniká v roce 1919, měla jeho první předsedkyně Alice Masaryková.

V 70.letech ČSČK ve své činnosti klade zvýšený důraz na úkoly zdravotní výchovy, výchovy ke zdravému způsobu života a na zlepšování pracovního a životního prostředí. Od roku 1993 funkci přebírá ČČK (Český červený kříž) a mezi jeho hlavní úkoly patří

i rozvoj znalosti první pomoci mezi dětmi a dospělými. Aktivita ČČK, který byl v minulosti garantem výuky a propagace správných postupů v laické první pomoci, se v posledních letech výrazně snížily. Teprve koncem minulého roku a začátkem roku 2006 se činnost ČČK místy obnovuje.

V posledních třiceti letech došlo v oblasti kardiopulmonální resuscitace k velkému rozvoji zavedením moderní techniky, jejímž základem je dýchání z úst do úst a nepřímá srdeční masáž. Velkou zásluhu na prosazení této metodiky a naléhavosti naučit základní kardiopulmonální resuscitaci (KPR) co nejvyšší počet lidí a nutnosti přiblížit první i následnou zdravotní pomoc co nejrychleji k postiženému, měl profesor Safar. Přepracované, zjednodušené a upravené metody poskytování první pomoci v praxi, které se desítky let vyvíjely, byly shrnuty v roce 2000 do souboru International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) Guidelines 2000. Tato oblast se neustále vyvíjí a jsou nabízeny účinnější postupy pro záchranu lidského života.

Velký význam při vzdělávání v oblasti první pomoci má bezpochyby i osvěta v médiích, různé přednášky a soutěže v poskytování první pomoci (Střední zdravotnické školy, dětské soutěže aj.).

2.2. Charakteristika první pomoci

„První pomoc je soubor jednoduchých a účelných metod a opatření, která mohou být poskytnuta kýmkoliv, kdekoliv a kdykoliv jako bezprostřední pomoc při náhlém postižení zdraví. Je-li součástí tohoto náhlého postižení zdraví i ohrožení života, je pak součástí první pomoci i neodkladná resuscitace.“ (6)

„Předlékařskou první pomocí rozumíme pomoc poskytnutou laikem nebo i zdravotníkem, který je u postiženého dříve, než se dostaví Zdravotnická záchranná služba .“ (2)

2.3. Jednotný postup při poskytování první pomoci

„Hlavní zásadou je poskytnutí první pomoci podle svých vědomostí, dovedností a schopností, ale vždy tak, abychom :

- zajistili bezpečnost poraněnému, sobě a ostatním přihlížejícím
- zachránili život

- zabránili zhoršení stavu postiženého
- zajistili postiženému co nejlepší prostředí pro zlepšení stavu

Proto jednáme klidně, ale rozhodně. Posoudíme situaci, vyšetříme postiženého, zhodnotíme subjektivní a objektivní příznaky a stanovíme diagnózu. Měli bychom si uvědomit hranice svých možností, nepouštět se do nemožného.“(2)

Hlavním cílem první pomoci by mělo být zajištění bezpečnosti zraněnému i zachránci, záchrana života zraněnému a zabránění zhoršení stavu a předejít tak možným komplikacím.

K tomu, aby byla první pomoc účinná, kvalitní a rychle poskytnutá, je nutná dokonalá teoretická znalost základních postupů a možnost nácviku a získání praktických dovedností, tzv. rutiny. Při poskytování základních úkonů je nutné postupovat podle určitých daných pravidel – algoritmů. Ne pokaždé bude situace stejná, se stejným počtem zraněných a charakterem poranění. Chování zachránce by mělo být rozhodné, klidné a hlavně účinné. Důležité je také psychologické působení na zraněného. Toho bychom měli nejprve uklidnit, vykáme mu, jednáme s ním vždy zdvořile a klidně, snažíme se o vybudování vztahu důvěry, pokusíme se vcítit do jeho situace, ale nezatěžujeme ho naším soucitem. Nutné je též vytvořit pokud možno klidné prostředí, protože panika může spíše uškodit, přinejmenším ztížit a zpomalit poskytování první pomoci. Pozitivní a klidný přístup okolí je nesmírně důležitý.

2.4. Dělení první pomoci

2.4.1 Technická PP

„Podílí se na odstraňování příčiny úrazu a vytvoření základních podmínek pro poskytování zdravotnické první pomoci, např. zásahem hasičů, horské nebo vodní záchranné služby, ale i svépomocí, je-li jí potřeba .

2.4.2. Laická zdravotnická pomoc PP

Provádí soubor základních odborných a technických opatření, která jsou zpravidla poskytována bez specializovaného vybavení. Součástí je přivolání odborné zdravotnické pomoci (příp. technické první pomoci) a péče o postiženého až do doby, kdy jej odborná

zdravotnická první pomoc převezme, případně také improvizovaný transport postiženého na místo, kde je dosažitelná odborná zdravotnická první pomoc.

2.4.3. Odborná zdravotnická pomoc PP

Její výkony jsou prováděné zdravotnickým personálem (lékaři, sestrami, záchranáři atd.)- aplikace léků, používání diagnostických a léčebných přístrojů atd. poskytována odborně vyškoleným personálem zdravotnické záchranné služby (lékaři, sestrami, záchranáři atd.).“(3)

2.5. Úloha a význam laické první pomoci

Laická první pomoc je mnohdy nejdůležitějším článkem řetězce záchrany lidského života, neboť při zástavě krevního oběhu a dýchání dochází již po 3 - 4 minutách k nezvratným změnám a následné smrti mozku. Úspěšnost resuscitace klesá s časem – 90% v 1. minutě až 10% v 9. minutě, šance se snižuje zhruba o 10 % každou minutu. Odborná pomoc je vždy schopna dojet až za několik minut, a tak je život postiženého v rukou laické veřejnosti. Podle vyhlášky č. 433 z roku 1992 je dojezdový čas poskytovatele zdravotnické pomoci do 15 minut od tísňové výzvy.

Na poskytování PP ve věznici se podílí:

- a) v pracovní době zdravotní středisko věznice se svými zaměstnanci (lékaři, sestry)
- b) mimo pracovní dobu zaměstnanců ZS, tuto pomoc zajišťují ostatní zaměstnanci mající službu
- c) všichni odsouzení, kteří by měli umět poskytnout laickou první pomoc

Všechny prostory, kde se pohybují a pracují odsouzení, jsou vybaveny lékárníčkami pro případ poskytnutí první pomoci (školské vzdělávací středisko, pracovní dílny, stravovací zařízení, ubytovny aj.). Stav a doplňování těchto lékárníček zabezpečuje a kontroluje ZS věznice.

2.5.1. Orientační posouzení tělesného a duševního stavu postiženého

„Jde o posouzení a zhodnocení subjektivních a objektivních příznaků, které podávají informace o závažnosti stavu. Při vyšetření postupujeme obvykle od hlavy a vyšetříme celé tělo. Zjistíme, zda postižený nemá u sebe průkaz diabetika nebo léky, které mají vliv na činnost důležitých orgánů (srdce, plic aj.).“⁽²⁾

Hodnotíme:

- **Subjektivní příznaky** , tyto příznaky posuzujeme u postižených při vědomí: bolest, dušnost, žízeň, nauzeu (pocit na zvracení), zvracení, únavu a slabost, úzkost a strach, závrať, pocit chladu nebo horka, ochablost, ztráta paměti, hlad.
- **Objektivní příznaky hodnotíme** zrakem, sluchem, hmatem a čichem, např. zjištění přítomnosti poranění, stav komunikace, stav vědomí, polohu zraněného, poruchy hybnosti, dýchání, dušnost, kašel, stav kůže a sliznice obličejové a nekrytých částí těla, rány a zevní krvácení z ran, krvácení z přirozených tělních otvorů, cizí tělesa, deformace, zvracení, křeče atd.

2.6. Záchrané složky a jejich povinnosti, tísňová volání

Nejdůležitější složky Zdravotnického záchranného systému v České republice, které se podílejí na poskytování pomoci občanům a integrovaném záchranném systému :

- **Hasičský záchranný sbor** – jeho hlavním úkolem je průzkum zasaženého prostoru a zároveň zajištění podmínek pro práci záchranářů a zdravotníků. Dále zabezpečuje dosažitelnost a přítomnost techniky, která je potřebná k vyprošťování.
- **Zdravotnická záchranná služba** – na místo je přivolán lékař, který dále rozhoduje o dalších postupech a podle zdravotního stavu zraněných provádí jejich třídění, řídí jejich ošetřování, umístění na bezpečné místo před transportem, jejich odsun a doprovod do nemocničních zařízení.
- **Policie ČR** – uzavírá a střeží místo nehody ve spolupráci s Hasičským záchranným sborem. Zabezpečuje cesty, majetek, identifikační doklady, organizuje pohyb osob a vozidel.
- **Městská policie** – viz. policie ČR

- **Zdravotnická brigáda kynologů** – spolupracuje se zdravotníky na vyhledávání postižených a mrtvých.
- **Vodní záchranná služba** – jejím úkolem je záchrana tonoucích, vyhledávání utonulých, eventuálně i potopených věcí.
- **Letecká záchranná služba** – pomáhá zraněným, kteří mají velmi těžká zranění a jejichž životy jsou přímo ohroženy. Tito lidé by měli jinak minimální naději na přežití, např. z důvodu delšího či nevyhovujícího transportu. V ČR jsou zřízena tzv. Střediska letecké záchranné služby.

Povinnosti složek záchranného systému :

Každá složka má definovány konkrétní povinnosti a pravomoci. Jejich vzájemná propojenost je prioritní a závisí na tom i konečný výsledek záchranné akce.

Záchranné složky ve věznici, které se podílejí bezprostředně na poskytování PP jsou:

- a) zdravotnická služba** (lékaři a zdravotní sestry), která zabezpečuje bezprostřední pomoc během 8 hod. pracovní doby od Po – Pá na zdravotním středisku, ale i v areálu věznice
- b) požární služba**, která je zastoupena zaměstnanci, kteří jsou pro tento účel proškolení. Spolupracují s Hasičským a požárním sborem města. Spolupráci řeší tzv. součinnostní dohoda.
- c) policie ČR**, která se v případě potřeby vyrozumívá a spolupracuje s věznicí též na základě součinnostní dohody.

Linky tísňového volání

Volání na tísňová čísla po celé ČR je bez poplatku!

„Jednotlivé linky tísňového volání úzce spolupracují, mají techniku na vysoké úrovni a existuje zde návaznost v poskytnutí pomoci. Stačí zavolat na jedno z čísel a dispečer v případě potřeby povolá další složky. Jde o tyto linky :

150 – Hasiči

156 – Městská policie

155 – Zdravotnická záchranná služba

158 – Policie“(2)

„112 – jednotné evropské číslo tísňového volání (platné od 1.1.2003)“(2)

Je pochopitelné, že řešení náhle vzniklé příhody vyžadující okamžité jednání, je velmi stresující a mnohý člověk není schopen si okamžitě vybavit příslušnou tísňovou telefonní linku. Nejen z tohoto důvodu, ale hlavně kvůli vzájemné účinné pomoci jednotlivých složek záchranného systému jsou operační střediska těchto linek vzájemně propojena.

Operátorovi záchranné služby je nutné uvést pro zpětnou možnost kontroly:

1. své jméno
2. telefonní číslo, z něhož je voláno, a adresu.

Tísňová volání ve věznicích

- **Pro odsouzené je tísňové volání zprostředkováno tzv. hláskou.** Jsou to zařízení, která se nacházejí na interiérových, ale i exteriérových prostorách věznice, na místech dostupných všem odsouzeným. Tato zařízení se využívají zejména při náhle vzniklých stavech a situacích, kdy není na ubytovně či v jiných prostorech přítomen zaměstnanec (dozorce), který by zabezpečil event. přivolání pomoci osobně (zdravotní pomoc aj.). Hláska zprostředkovává kontakt s operačním střediskem věznice, které sbírá informace a data, řídí chod věznice a zabezpečuje přivolání pomoci.

Tento kontakt probíhá prostřednictvím telefonického a radiového spojení (vysílačky), kamerového systému a monitorovacího zařízení. Chod operačního střediska je nepřetržitý a záznamy jsou nahrávány pro případ zpětné kontroly.

- **Pro zaměstnance je tísňové volání v nepředvídaných situacích zabezpečeno tísňovým hlásičem,** jehož místo je odsouzeným utajeno. Toto zařízení též zprostředkovává kontakt s operačním střediskem, které na základě hovoru ihned řeší a organizuje náhle vzniklé situace.

Operační středisko soustřeďuje informace, urychluje případné vyřizování danou a dostupnou technikou, předává informace, zabezpečuje a pohotově reaguje na vzniklé situace, zprostředkovává dostupnost zaměstnanců, součinnostních složek, techniky a vozidla RZS .

2.7. Přivolání odborné pomoci

„ Při zavolání na linku záchranné služby v klidu zodpovíme otázky dispečerů, kterými jsou zkušení pracovníci. Struktura rozhovoru je přibližně následující.

- Představíme se.
- Uvedeme číslo telefonu, ze kterého voláme, pro možnost zpětného kontaktu.
- Oznáíme název ulice, číslo domu, patro, číslo dveří, nebo v terénu důležité orientační body atd.
- Sdělíme počet poraněných osob.
- Popíšeme poranění či příznaky chorob.
- Uvedeme, zda někdo potřebuje vyprostit.
- V nepřístupném terénu pro vozidlo upozorníme na stav povětrnostních podmínek (mlha, déšť, vítr, viditelnost...), smluvíme plochu a znamení pro eventuální přistání vrtulníku Letecké záchranné služby. “(2)
- „Nikdy nezavěšujeme (nekončíme rádiovou relací) jako první.“ (3).

Přivolání odborné zdravotnické pomoci ve věznici

Specifické prostředí věznice má svá nařízení a metodické pokyny, které zajišťují činnost a chod tohoto zařízení a řídí se v první řadě zákony. Totéž platí i u zajištění, organizace a zabezpečení zdravotní pomoci ve věznici, ale i mimo ni.

Děje se tak na základě vyhodnocení dané situace zaměstnanci ZS. V jejich přítomnosti na pracovišti je řešení této situace v jejich kompetenci a v nepřítomnosti ji řeší velitel směny po vyhodnocení stavu odsouzeného.

Odsouzený je odvezen vězeňskou eskortou, která zabezpečuje nejen jeho střežení během ošetření, ale i po dobu nezbytně nutné hospitalizace v civilní spádové nemocnici nebo do vyřešení formalit k even. přerušování trestu ze zdravotních důvodů.

V naléhavém případě je volána RZP, která ošetří zraněného ve věznici a případné následné ošetření se již děje ve spádové nemocnici vězeňské služby, kam je odsouzený na doporučení lékaře eskortován. Stává se často, že je vyžadován zdravotní dohled během převozu pro případ vzniklých zdravotních potíží. Řešení této situace je provázáno spoluprací více složek, které zabezpečují chod věznice, a zaměstnanci se řídí danými pokyny, pravidly a zákony pro tuto organizaci.

2.8. Právní předpisy upravující poskytování první pomoci

První pomoc spadá do soustavy občanských povinností a každý občan bez ohledu na věk a stupeň vzdělání je povinen poskytnout první pomoc.

Neposkytnutí první pomoci je podle trestního zákona trestní činem :

§ 207

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

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

§ 208

Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na 2 roky nebo zákazem činnosti.“(10)

Podle dosavadních informací o situaci v České republice laici první pomoc neposkytují a vyčkávají příjezdu ZZS nebo Rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP). Mnohdy jen zvědavě přihlížejí a čekají, co se bude dít. Laická veřejnost za nejlepší první pomoc považují příjezd RZP po vytočení telefonního č.155 .

3. VYBRANÉ AKUTNÍ STAVY A PROVEDENÍ PRVNÍ POMOCI

3.1. Neodkladná kardiopulmonální resuscitace

3.1.1. Mezinárodní směrnice – *International Resuscitation guidelines 2000*

„Zásady neodkladné resuscitace jsou zpracovány podle Resuscitation guidelines 2000 - nových směrnic pro resuscitaci, doporučených pro výuku od února 2001, které vydala Evropská rada pro resuscitaci (European Resuscitation Council – ERC) v roce 2000.

Resuscitace je poskytována postiženému na místě vzniku náhlé, život ohrožující příhody, kdy jsou vážně ohroženy životně důležité funkce. Poskytnout jí jsou povinni všichni občané bez jakéhokoliv vybavení a pomůcek. V souvislostech neodkladné resuscitace jde o poskytnutí první pomoci.“(2) Moderní kardiopulmonální resuscitace je nadále sledována, zdokonalována na základě výzkumu na zvířatech, ze zkušeností mimo zdravotnická zařízení i v zdravotnických zařízeních, vychází také ze současných odborných poznatků, stanovisek a doporučení. Zahrnuje komplexní údaje a je zaměřena i na eticko-právní aspekty a didaktické možnosti. Je metodickou publikací pro všechny lékaře, zdravotníky, ale i pro všechny obyvatele světa.

3.1.2. Dělení resuscitace

- „**Základní neodkladná resuscitace (basic life support - BLS)** – patří do rámce občanské pomoci na místě nehody.“ (2)

Tato péče je poskytována okamžitými svědky náhlé příhody. Dává zraněnému reálnou naději na přežití. Včasnou diagnostikou a zásahem zabraňuje zástavě dýchání a krevního oběhu. Podporuje dýchání zraněného při zástavě dechu pomocí umělého dýchání nebo podporuje dýchání a krevní oběh pomocí KPR. Cílem základní neodkladné resuscitace je zajistit okysličení mozku a srdce do té doby, než může být pomocí definitivního lékařského ošetření obnovena přirozená činnost srdce a dostatečné dýchání .

„Jednotlivé fáze a současně i postupy základní NR jsou:

- zajištění průchodnosti dýchacích cest („ airway kontrol“, „ airway opened“, krok A v sekvenci ABC),

- umělé dýchání z plic do plic („breathing support“, krok B v sekvenci ABC) a
- nepřímá masáž srdce („circulation support“, krok v sekvenci ABC).“(6)

- **„Rozšířená neodkladná resuscitace (advanced life support – ALS)** - navazuje na základní kardiopulmonální resuscitaci, má charakter odborné pomoci a vykonává ji zdravotnický pracovník (na místě nehody, uvnitř zdravotnického zařízení nebo za převozu nemocného).“(8)

Využívá diagnostické a terapeutické postupy a pomůcky. Zvyšuje se tím účinnost KPR, docílí se rychlejšího obnovení spontánního oběhu a hlavně usiluje o zachování funkčnosti mozkových buněk (funkční schopností mozku). Tato resuscitace je určena pouze zdravotníkům s odbornou teoretickou a praktickou výbavou znalostí .

- **„Resuscitační a intenzivní péče** – je poskytována na resuscitačním oddělení nebo na jednotce intenzivní péče na specializovaných lůžkách.“
- **Neodkladná resuscitace novorozenců a malých dětí.**
- **Neodkladná resuscitace dětí nad osm let a dospělých.**“(2)

3.1.3. Počáteční zhodnocení stavu

Základní přístup

Je nutné rychle odhadnout nebezpečí hrozící oběti i zachránci, jako např. plyn, elektřina, možnost požáru atd. „Stav pacientova vědomí obvykle zjišťujeme hlasitým oslovením. Např. dotazem: „ Co se stalo?“ nebo „Jste v pořádku?“ nebo „Jak vám je?“ a současně mu jemně zatřeseme ramenem. Postupujeme ale opatrně, abychom nezhoršili jakékoliv poranění, zvláště pak poranění krční páteře. Současně voláme o pomoc (v pravidelných intervalech během resuscitace, nereaguje-li zraněný na naše úsilí).“(5)

U laické veřejnosti je nutné při školicích akcích tuto možnost zdůrazňovat.

„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 jeho života. Pokud postižený leží obličejem dolů, musíme jej zachránce 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, zahájíme též nepřímou masáž. Vždy bereme v potaz

věk a habitus postiženého, jinak resuscitujeme kojence a batolata, jinak děti do 8 let a dospělé.“(7)

3.1.4. Etické aspekty neodkladné resuscitace

Zahájení KPCR :

„Zahájíme při podezření na selhávání jedné nebo více vitálních funkcí - pokud není spolehlivý důkaz smrti, ve všech případech neočekávané náhlé zástavy dýchání a krevního oběhu, a to jak v terénu, tak v nemocnici, pokud nejsou známy kontraindikace.“(2)

Nezahájení KPCR :

Pokud jsou u zraněné osoby prokazatelné jisté známky smrti – posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost, posmrtný zápach či rozklad. Dále ve výjimečných případech pak tehdy, vystavil-li by se záchránce riziku vlastního závažného poškození zdraví.

Ukončení neodkladné resuscitace :

- vitální funkce (spontánní oběh a ventilace) jsou úspěšně obnoveny, nemocný je předán lékařské službě,
- záchránci jsou natolik vyčerpáni, že nejsou schopni v resuscitačním úsilí pokračovat, nebo jsou vystaveni ohrožení vlastního života (lavina, požár, sesunutí trosek, hrozící výbuch atd.),
- i přes resuscitační úsilí nejeví postižený známky zlepšení životních funkcí, resuscitace musí trvat nejméně třicet minut u dospělých a u dětí 60 minut (pro lepší toleranci nedokysličení, tzv. hypoxie), to neplatí u tonutí či zasypání lavinou, kdy bylo tělo zraněného ochlazen a metabolismus byl zpomalen, při těchto stavech se naděje na přežití prodlužuje.
- jsou přítomny jisté známky smrti,
- **rozhodnutí k ukončení resuscitace může dát pouze lékař!!!“ (2)**

3. 1. 5 . Postup při provádění KPR

Při poskytování neodkladné resuscitace se řídíme podle pravidel ABC resuscitace. Základní technika zahrnuje rychlé jednoduché zhodnocení stavu zraněného.Vychází z anglických

výrazů. P. Safar počátkem 60.let vypracoval metodiku neodkladné resuscitace, která použitím anglické abecedy seřadila logicky správný sled výkonů neodkladné resuscitace.

„Pro základní resuscitaci (basic life support- BLS,základní podpora životních funkcí je možno si zapamatovat tzv. „**pravidlo ABC**“ odvozené z anglických názvů:

A – Airway – zajištění průchodnosti dýchacích cest

B – Breathing – zajištění dýchání

C – Circulation – zajištění krevního oběhu.

Body DEF kromě mechanické defibrilace přísluší pouze odborné zdravotnické první pomoci a patří do rozšířené resuscitace. Nově se ve světě zavádí AED- automatické externí debirilátory pro instalaci na místech s hromadným výskytem osob (letiště, nádraží, banky) pro použití naprostými nebo minimálně instruovanými laiky.

D – Drugs – farmakoterapie

E – EKG – ElektroCardio Graf – sleduje se EKG křivka.

F – Fibrillation treatment – defibrilace elektrickým výbojem“ (3).

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 si uchem blízko úst dýchací zvuky. Vydechaný vzduch ucítíme ve tváři. Nedýchá-li postižený, nebo dýchá-li obtížně, může být porušena průchodnost dýchacích cest. Obstrukce často nastává proto, že ochablý jazyk zapadne a opírá se o zadní stěny hltanu. Někdy je však vyvolávána cizím tělesem, např. potravou, umělými zubními náhradami a zevními nečistotami. Jestliže nemocný dýchá, ale je v bezvědomí, uložíme ho do stabilizované polohy. V této poloze dojde k oddálení jazyka od hltanové stěny a většina zvratků a slin steče do koutku úst, aniž by ucpaly dýchací cesty, nebo způsobily aspirační pneumonii.“(5)

Postupy zajištění průchodnosti dýchacích cest :

- **„Záklon hlavy při syndromu zapadlého jazyka** bychom měli provádět pouze tehdy, pokud jsme bezprostředně přesvědčeni, že při úraze nedošlo k poranění páteře.
- **Předsunutí dolní čelisti trojhrmatem (Esmarchův hmat)**- záklon hlavy, otevření úst a předsunutí dolní čelisti. Zde je nutné, abychom opět pomýšleli na možné poranění krční páteře. Při podezření se manévr neprovádí.

„Postižený nedýchá a nelze provést účinný umělý vdech :

- **Vyčištění horních cest dýchacích** – nejprve pootočíme hlavu a ramena postiženého ke straně a otevřeme dutinu ústní pomocí metody zkřížených prstů. Pozor na poranění krční páteře! Při čištění dutiny ústní nepoužíváme žádné nástroje. Často bývá překážkou zubní protéza a zvrátky.“(2)

„ Způsoby odstranění cizího tělesa

Postižený se dusí, bojuje o dech a snaží se kašlat :

- **Úder mezi lopatky** – jeho účinnost je menší než Heimlichův hmat. Provádíme jej 3 až 5x, hranou jedné ruky, pokud je postižený při vědomí, ve stoje a pokud leží, v poloze na boku.“(2)
- **Heimlichův hmat** spočívá v prudkém stlačení břicha a provádíme ho tehdy, pokud výše uvedené možnosti zcela selhaly. Hmat lze provádět u stojícího, sedícího i ležícího zraněného. **Zraněný je při vědomí**, obejmeme ho ze zadu a přiložíme mu zavřenou pěst jedné ruky na oblast centrálního nadbřišku a druhá ruka první obejmě. Postižený je lehce předkloněn, má otevřená ústa. Poté provedeme rázný úder směrem dovnitř a nahoru. Při neúspěchu zahájíme KPR. Manévr lze provést i svépomocně, též vícekrát za sebou, a to tak, že zraněného opřeme pevně zády o podložku. Pokud je **zraněný v bezvědomí**, leží na zemi a my poklekneme podél obou jeho stehů obličejem k jeho hlavě a provedeme manévr oběma rukama z centrálního nadbřišku směrem nahoru a do hrudníku. Poté zkontrolujeme dutinu ústní a pokusíme se o prodýchnutí. Hmat lze opakovat 5x, poté zahájíme KPR. Neprovádíme u malých dětí, těhotných žen a obézních postižených

B – BREATHING – zajištění dýchání (náhrada umělým dýcháním)

„V případě, že postižený nedýchá, ale dýchací cesty jsou volné, volíme následující postupy první pomoci.“(2)

„Pohledem zkoumáme přítomnost, rozsah a způsob pohybu hrudníku a břicha, jakož i změny barvy a polohu zraněného, poslechem zachycujeme dýchací šelesty v blízkosti úst a nosu pacienta a současně ve stejné pozici ucítíme proud vzduchu na tváři.

Vlastní provedení dýchání z plic do plic má několik možných alternativ :

- **„dýchání z úst do úst** – viz příloha č. 3, obrázek č. 3- (modifikace přicházející nejčastěji v úvahu) záchránce uloží postiženého do vodorovné polohy na zádech (s ohledem na pravděpodobnou potřebu srdeční masáže na tvrdou podložku), polohuje a fixuje hlavu, jak je uvedeno výše, zneprůchodní nos prsty pravé ruky, stiskne palcem a ukazovákem obě nosní dírky. Zhluboka se nadechne, široce otevřenými rty obemkne ústa postiženého tak, aby nedocházelo k úniku vzduchu mezi ústy záchránce a postiženého.“(6) Poté vdechne a pozoruje hrudník, zda se zvedá. Zvedání hrudníku znamená, že se vzduch dostal až do plic.

Oddálí ústa a vyčká, zda bude následovat pasivní výdech, přičemž záchránce sleduje, zda klesá hrudník zpět a zda je cítit nebo slyšet vydechovaný vzduch – toto je známka, že vzduch volně uniká z plic a není zde tedy porušena průchodnost dýchacích cest. Dostatečnost ventilace posuzuje především podle pohybů hrudníku. Mezi touto pauzou se opět nadechne a dále postup opakuje.“ Po prvních dvou vdeších hmatáme tep na krkavici. Je-li hmatný tep pokračujeme v umělém dýchání frekvencí jeden vdech každých 5 sekund- zhruba 12x za minutu, u dětí do 10 let 1 vdech za 3 sekundy, vdechujeme jen malá množství vzduchu (dýcháme současně do úst a do nosu) u novorozenců pouze vyfouknutí nadmutých tváří frekvencí 40 dechů za minutu, jinak 20-25 dechů za minutu. Levou ruku zlehka přiložíme přes horní část břicha dítěte, mezi pupek a hrudní koš- zábrana roztažení žaludku. Tep kontrolujeme jemným přiložením prstů do oblasti levé prsní bradavky, kde ucítíme zvedavý úder srdečního hrotu.“(2) (viz příloha obr.3)

- **„dýchání z úst do nosu** je indikováno, nelze-li pevně obemknout ústa postiženého nebo je dostatečně otevřít pro svalový spasmus, poranění, deformitu, těžký zánět či jiný otok apod. Rovněž při záchraně tonoucího ještě ve vodě je tento způsob snadnější. Na rozdíl

od předchozí varianty je třeba uzavřením zneprůchodnit ústa postiženého, ústy zachránce obemknout nosní choany a vydechovat do nich.“(6) Při pasivním výdechu musí postiženému otevřít ústa, jinak by vzduch nemohl vydechnout.

- **„kombinované dýchání z úst do úst a nosu** se používá u malých dětí. U dětí starších osmi let a normálního vzrůstu lze již zpravidla použít stejných metod a postupů jako u dospělého.

„S výhodou lze při dýchání z plic do plic použít tzv. bariérové pomůcky (resuscitační roušku, kapesník), ale zvážit, zda tkanina není příliš hustá a zda to neomezí prostup vzduchu do dýchacích cest aj., které jednak chrání před možnou infekcí (HIV, hepatitida C a B, TBC), jednak minimalizují estetické zábrany.“(6)

- **„alternativní nepřímé způsoby umělého dýchání**, které jsou již v dnešní době překonané, jsou mnohem méně účinné než umělé dýchání z plic do plic. Používáme je pouze ve výjimečných případech, např. při poranění obličeje, při otravách, též při zaklínění obličeje směrem dolů. Navíc tyto metody ztěžují udržování průchodnosti dýchacích cest a znemožňují nepřímou srdeční masáž. Pro úplnost uvádím alespoň způsob podle Silvestra-Bronche (1858) a způsob podle Holgera-Nielsena (1932).“ (3)

C – CIRCULATION – zajištění krevního oběhu (náhrada masáží hrudníku)

Po zástavě krevního oběhu následuje bezvědomí do 10-15 sekund 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, a tím jsou poškozeny životně důležité tkáně a orgány, zejména mozek

„Umělý krevní oběh se obnoví pomocí zevní srdeční masáže, je to nepřímá masáž, stlačování hrudníku, kterým se má vypudit většina krve ze srdce do cévního řečiště. Nepřímá srdeční masáž má obnovit cirkulaci okysličené krve a zajistit okysličení orgánů a tkání.“(8)

„Příčiny zástavy oběhu krve: infarkt myokardu, úraz elektrickým proudem, hypoxie, anoxie intoxikace (otravy), zástava dýchání, vystupňovaná alergická reakce apod.“(3)

Příznaky : bezvědomí, bezdeší – zraněný nedýchá nebo jsou 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 a ušních boltců, brady a dalších koncových částí těla, mohou být přítomny široké zornice (mydriáza), mrtvolný vzhled.

„Zásady správné masáže srdce – masáž srdce nenahradí nikdy plnohodnotně spontánní činnost srdce má jen 25 – 30 % účinnost. Aby byly splněny alespoň minimální požadavky na její efektivitu ve vztahu k nejnnutnějšímu zabezpečení životně důležitých orgánů kyslíkem, musí být komprese hrudníku prováděny správně a to zejména :

- **na počátku zaznamenáme čas**
- **ve vhodné poloze** – zraněného uložíme vodorovně, vždy na tvrdou podložku, je-li možné 65 – 75 cm nad podlahou, jinak na podlahu
- **ve správném místě** – provádí se tlakem na rozhraní dolní a střední třetiny hrudní kosti bázemi obou dlaní při natažených horních končetinách váhou celého těla
- **nepřetržitě** až do obnovení spontánní srdeční akce (nebo ukončení NR). Přerušeni maximálně možné na 10 sekund
- **v optimální 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). Masáž musí být skutečně plynulým stlačováním – příliš rasantní komprese či dokonce proud úderů účinnost masáže snižují
- **správnou technikou** – napjaté horní končetiny v lokti, síla směřuje kolmo dolů na hrudní kost, využíváme své tělesné hmotnosti, osa pohybu horní části leží v oblasti kyčelního kloubu. U dospělých provádíme masáž zápěstím jedné ruky a sílu zvětšuje 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.“ (6)
- **„ve správném poměru srdečních kompresí a umělých dechů** – u dospělých poměr kompresí k ventilacím je pro všechny dospělé oběti srdeční zástavy 30 : 2. Pro dospělou oběť jsou vynechány dva úvodní záchranné vdechy, ihned po prokázání srdeční zástavy se zasahuje 30-ti kompresemi. Stejný poměr by měl být použit u dětí, jsou-li prováděny laickým zachráncem. Laičtí nebo osamělí zachránci, 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.“(4)
- „počet zachránců pro poměr počtu stlačení hrudníku a umělých vdechů není rozhodující.(3) (snad jen pokud by se chtěli vystřídat kvůli únavě, měli by toto provést

co nejrychleji). Doba stlačení a uvolnění by měla být stejná. V době uvolnění se ruce z hrudníku nezvedají, detekce pulzu se provádí zhruba každou minutu po dobu max.10s

3.1.6. Novinky v neodkladné resuscitaci

Zasahují-li laici bez vybavení, na místě nehody stále platí původní ABC (airway, breathing, circulation, jednoduchá diagnostika i postup).

Novinky, které jsou nyní aktuální v základní podpoře života u dospělého, byly prezentovány Českou radou pro resuscitaci ve Zdravotnických novinách a připravuje se i český překlad úplné i kapesní verze nových doporučených postupů pro resuscitaci.

Hlavní změny v základní podpoře života u dospělého a dětí:

- „Rozhodnutí zahájit KPR se učiní, je-li oběť v bezvědomí a nedýchá normálně.
- Zachránci by měli umístit své ruce raději do středu hrudníku, než aby trávili více času použitím metody „okraje žeber“.
- Každý záchranný dech je prováděn raději 1 než 2 vteřiny.
- Poměr kompresí k ventilacím je pro všechny dospělé oběti srdeční zástavy 30 : 2. Stejný poměr by měl být použit u dětí, jsou-li prováděny laickým zachráncem, kde začnou KPR 5 záchrannými vdechy a pokračují v poměru 30 : 2. Dva nebo více profesionálních zachránců budou používat u dítěte až do věku puberty poměr 15 : 2. U nemluvněte (do 1 roku) zůstává technika stejná: komprese dvěma prsty pro osamělého zachránce a technika dvěma palci s odejmutím pro dva nebo více zachránců. Nad jeden rok věku není dělení na techniku jednou nebo oběma rukama.
- Pro pomoc u obstrukce dýchacích cest cizím tělesem u bezvědomého dítěte či nemluvněte zkuste pět záchranných dechů, a chybí-li odpověď, pokračujte kompresemi hrudníku bez dalšího hodnocení oběhu.
- Další změny (jen pro informaci) se týkají externí defibrilace, změn v rozšířené podpoře života u dospělého a u dětí, novorozenců aj.“ (4)

Toto vše jsou aktuální novinky, s kterými budou zaměstnanci věznice seznámeni při školení bojové přípravy a civilních zaměstnanců. Dotazy v dotazníku byly vyhodnoceny se starými údaji KPR.

3.2. Šok

„Šok je dynamicky se vyvíjející stav celého organismu, jehož příčinou je postižení některé ze tří součástí tvořící krevní oběh. Důsledkem je nepoměr mezi potřebou kyslíku ve tkáních a jeho dodávkou krevním oběhem (srdce, cévy, krev). Jedná se tedy o pravidelnou a stereotypní odpověď organismu na stres (poranění, nemoc, nadprahovou zátěž). Ačkoliv je touto odpovědí sled reakcí, které jsou způsobeny a zprostředkovány zejména krevním oběhem, k praktickým důsledkům dochází až v tzv. cílových orgánech a tkáních, kde se také projevuje. Šokové děje neprobíhají ve všech orgánech a u všech jedinců stejně rychle. Odvíjejí se od intenzity a závažnosti poranění či postižení a funkční rezervy příslušného orgánu.“ (6)

3.2.1. Druhy šoků – podle primárního poškození

- **„Kardiogenní šok** – vzniká tehdy, když srdce z důvodu porušené funkce myokardu nemůže poskytovat adekvátní srdeční minutový objem nutný k plnění metabolických požadavků tkání (nejčastěji způsobené infarktem myokardu, poruchy rytmu).
- **Hypovolemický šok** – je nejběžnějším typem šoku a vzniká následkem tak velkého snížení objemu tekutin v cévním řečišti, že nelze uspokojit metabolické potřeby organismu. Pokles je nečastěji způsobem nepřetržitým krvácením, ztrátou plazmy - popáleniny, krvácivými stavy, přesuny vody či tekutin, dehydratací, vysokou teplotou, apod.
- **Anafylaktický šok** – dojde k němu, když je senzibilizovaná osoba vystavena antigenu, na který je alergická. Dojde k reakci antigen – protilátka, což vyvolá uvolnění histaminu do krve. Výsledkem je snížený srdeční minutový objem a nízký arteriální tlak. Prokrvení buněk nespĺňuje metabolické nároky, což vede k acidóze a městnání krve v kapilárách.
- **Neurogenní šok** – způsobuje změny tonu hladké svaloviny ve stěnách cév, které způsobují periferní vazodilataci a následnou výraznou hypotenzi (poranění páteře, mozkového kmene na úrovni míchy aj.).“ (1)

3.2.2. Příznaky šoků

- „**Počáteční fáze** – neklid, bolest, třesavka, zimnice, bledost, končetiny a obličej jsou studené, studený lepkavý pot, tep je zrychlený a dobře hmatný.
- **Druhá fáze** – na okrajových částech těla cyanotické zbarvení, studený lepkavý pot po celém těle, netečnost, žízeň, tep přes 100 / min., je nitkovitý, špatně hmatný, TK klesá, cyanóza se prohlubuje, dýchání je zrychlené a povrchní, postižený může zvracet.
- **Konečná fáze** – tep je na periférii nehmatný, na centrálních tepnách je špatně hmatný a nepravidelný, postižený upadá do hlubokého bezvědomí – reaguje jen na bolestivé podněty, dochází k selhání krevního oběhu a dýchání.“ (2)

3.2.3. Protišoková opatření

„Uložení do protišokové polohy (nohy podložené 30 cm nad podložkou), hlava je níže než dolní končetiny tzv. Trendelenburgova poloha, tzv. autotransfuzní polohy – zvednutí končetin kolmo k tělu, Fowlerovy polohy – v polosedě, vhodná u kardiogenního šoku.

Pravidlo 5 T :

- **teplo** – zamezit tepelným ztrátám a prochlazení (přikrýt, nenechat zraněného ležet na holé zemi).
- **tekutiny** – žádné 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, zástava krvácení apod.)
- **transport** – zajistit co nejrychleji a pokud možno v protišokové poloze, sami raději netransportujeme (zhoršení stavu).“ (3)

3.3. Krvácení

„Význam laické první pomoci je v případě masivního krvácení nezpochybnitelný a podle dostupných údajů zlepšuje naději na přežití zhruba na dvojnásobek. Každá minuta nečinnosti od vzniku stavu náhle ohrožujícího postiženého na životě snižuje jeho šanci na záchranu o 10%.“ (7)

„Krvácení je patologický stav, při kterém krev rychle uniká porušenou cévní stěnou mimo krevní řečiště, které je vždy přímo úměrné rychlosti a velikosti krevní ztráty.“(6) „Znamená vždy oslabení a ohrožení organismu. Při malých ztrátách – přibližně do 10 % objemu – stačí rezervní mechanismy ztrátu kompenzovat. Ztráta nad 10 % objemu krve je pod možnosti kompenzace bez současného dalšího poškození organismu. Dle velikosti a rychlosti ztráty se rozvíjí hemoragická hypotenze až hemoragický šok.“(7)

„Krvácení rozlišujeme podle intenzity na malé a velké. Podle rychlosti krevní ztráty na náhlé (akutní) a pozvolné (chronické). Podle druhu na tepenné, žilní, kapilární a smíšené. Podle směru projevu na zevní, vnitřní a z tělesných otvorů.“(7)

3.3.1. Druhy krvácení

- **„Tepenné krvácení** – dále můžeme rozlišit podle velikosti krvácející tepny na poranění velkých tepen (krkavice) a poranění středních a menších tepen – zásadním příznakem tohoto typu krvácení je, že krev z rány rytmicky vystřikuje a má jasně červenou barvu.
- **Žilní krvácení** – krev z rány volně vytéká nebo se valí. Rozlišujeme krvácení z malých a velkých žil (kde hrozí nebezpečí vzduchové embolie).
- **Kapilární krvácení** (vlasečnicové) – nebývá příliš závažné.
- **Smíšené krvácení** – v praxi se vyskytuje nejčastěji. Při rozhodování o způsobu ošetření se řídíme převažujícím a nebezpečnějším typem krvácení.“ (2)

3.3.2. První pomoc při zástavě krvácení

- **Krvácení malého rozsahu** – okolí rány zbavíme nečistoty a dezinfikujeme dle možnosti a na krvácející ránu přiložíme nejlépe polštářkový obvaz nebo sterilní čtverec a fixujeme obinadlem.
- **Krvácení ze středních a menších tepen** – účinným způsobem stavění krvácení je obvykle tlakový obvaz (nelze použít v případě, že je v ráně cizí těleso – hřebík, sklo a nebo při otevřené zlomenině s tepenným krvácením), při neúspěchu stlačení tlakového bodu nebo zaškrcení Martinovým obinadlem. Po zastavení krvácení uvedeme postižené místo do zvýšené polohy bez zakrývání pokrývkou a pravidelně kontrolujeme. Nutná je soustavná kontrola obvazu, fyziologických funkcí a vědomí. Tepenné krvácení lze

omezit, popř. zastavit kompresí v typických tlakových bodech. „Tlakový bod je místo, v němž je tepna dobře dostupná a má pod sebou pevný podklad (nejčastěji kost), ke které mu ji lze přitlačit. Základní **tlakové body**- spánkový, lícní, krční, podklíčkový, pažní, břišní, stehenní, podkolenní.“(3) (viz příloha č. 3, obrázek č. 5).

Zaškrcení použijeme jen při tepenném krvácení, které se nedaří zastavit jiným způsobem. Pokud se rozhodneme pro zaškrcení, musíme jej provést technicky správně. Standardním technickým postupem provedení je použití pryžového Martinova škrtidla, zaškrcení širokým opaskem, využití trojcípého šátku složeného do širšího pruhu, který se ovine kolem postižené končetiny nad krvácením, silně zatáhne a zauzlí. Na stehně se doporučuje vsunout do uzlu na šátku tyč a otáčet s ní tak dlouho, až krvácení ustane. Voláme ZZS, a to zejména při přiložení zaškrcovadla, objeví-li se známky větší krevní ztráty či příznaky šoku, nebo není-li možné spolehlivě krvácení zastavit.

Je nezbytné zaznamenat čas zatažení zaškrcovadla, které nikdy nepovolujeme !!!

Dále rozlišujeme :

- **Silné žilní krvácení** – provedeme vysoké zvednutí postižené končetiny + tlakové obvazy. Tlakový obvaz je nejčastěji využívaný způsob zástavy silného krvácení. Používá se pokud možno sterilní obvaz. Tento obvaz je tvořen třemi vrstvami : 1. - sterilní krytí, 2.- tlaková vrstva, 3. - fixace pomocí obinadla. Krvácí-li rána dále, navine se na první tlakový obvaz za silného tahu druhý tlakový obvaz. Zásadně se lze pokusit každé masivní krvácení zmenšit nebo zastavit pomocí přímé manuální komprese, která se provede i holou rukou (prsty, dlaní, sterilním tamponem apod. přímo v ráně). Zachránce by měl pokud možno používat při ošetřování krvácejících ran gumové rukavice jako prevenci přenosných chorob.
- **Vnitřní krvácení** – do dutiny hrudní, břišní, lebeční, do měkkých tkání při zlomeninách dlouhých kostí. Při tomto krvácení se velice rychle rozvíjejí příznaky šoku s bezprostředním ohrožením života. Možnost dalšího dělení na úrazové a neúrazové krvácení.
- **Krvácení z přirozených tělních otvorů** – z dutiny ústní, krvácení z nosu a ucha, ale i zvracení krve, vykašlávání krve a krvácení z konečníku, močových cest a pohlavních orgánů.“

Krvácivé stavy rozličného charakteru jsou ve věznicí velice častým jevem a takřka ošetřovány dennodenně. Nejčastěji jsou způsobeny formou sebepoškozování různými

předměty (žiletkou, střepem skla, nožem aj.). Mnohdy se jedná o banální povrchní četná pořezání, tzv. poškrabání, nejčastěji lokalizovaná na vnitřní straně horní končetiny na předloktí, ale i o hluboké řezné rány, které způsobují krvácení z velkých žil a tepen, jež ohrožují život jedince vykrvácením.

Způsobené mohou být i různými úrazy, nejčastěji pracovního charakteru (zařazení na práci v ústavní kuchyni, truhlárně, kovovýrobě, školské dílně pro odsouzené aj.), ale i ojedinělými případy krvácení do žaludku, krvácení z konečníku a časté jsou i krvácivé stavy z nosu. Pro případ rychlého ošetření na místě jsou vždy k dispozici vybavené lékárníčky a po poskytnutí první pomoci vyhodnotí příslušný zaměstnanec postup dalšího ošetření. Každý zaměstnanec je vybaven balíčkem, který obsahuje gumové rukavice a resuscitační roušku pro případ rychlého zásahu.

Postup ošetření při krvácení je možný :

- a) zdravotním personálem věznice v pracovní době
- b) zaměstnanci věznice a následně podle rozsahu a naléhavosti stavu odvozem na odborné chirurgické ošetření civilní spádové nemocnice a zpět do věznice a popř. setrváním odsouzeného na lůžkové části ošetřovny do zhojení zranění
- c) ošetřením a eventuelně převezením při nutnosti hospitalizace (je-li zraněný převozu schopen) do spádové nemocnice Vězeňské služby ČR

3.4. Bezvědomí

„Vědomí je aktivní stav lidské psychiky, vyjadřuje vztah jednoty a souvislosti vlastní osoby s okolním světem. V praxi to znamená, že se orientujeme v čase, prostoru, situaci a ve vlastní osobě. Vnímáme podněty z okolí, přiměřeně na ně reagujeme, spolupracujeme s okolím a komunikujeme. Nejčastějšími příčinami bezvědomí jsou poranění nebo choroby mozku, poruchy krevního zásobení mozku, akutní otravy, nedostatek kyslíku v krvi, selhání základních životních funkcí, metabolické poruchy a tepelné vlivy.“(2)

3.4.1. Poruchy vědomí

- „**Poruchy kvalitativní** – obluzené vědomí, které se vyznačuje dezorientací, neklidem, úzkostí, bezradností, postižený vykazuje poruchy v příjmu podnětů i ve vysílání signálů

do okolí. Nesouvisle hovoří, věty jsou neaktuální, bez návaznosti a smyslu. Zásadně se mění chování postiženého – může utíkat, bránit se ošetření, pere se, bojuje s bludy apod. S postiženým jednáme klidně, nedopustíme, aby se poranil nebo ohrozil své okolí.

- **Poruchy kvantitativní** - jde o zastřené vědomí, s úbytek výkonnosti tělesných a psychických funkcí – čím více se oslabuje organismus, tím rychleji se prohlubuje porucha vědomí.
- **Somnolence** – jedná se o stav podobný ospalosti, polospánku, kdy ale postižený reaguje na slovo, jemný dotyk, odpověď a opět usíná.
- **Sopor** – jde o stav podobný hlubokému spánku, kdy postižený nereaguje na běžné podněty, ale pouze na silnější podnět, např. pevný stisk ruky, a odpověď na podnět je obvykle motorická – zamrkání, pohyb ruky, slovní odpověď chybí.
- **Koma – hluboké bezvědomí** – stav, kdy postižený leží v pasivní poloze, zpomaleně dýchá, může dojít k dušení v důsledku zapadnutí kořene jazyka, tělo je bezvládné, reakce zornic na osvit negativní, nereaguje na běžné podněty, na oslovení, ani na bolestivé podněty, může se vyskytnout záchvat křečí (epilepsie). Postižený je ohrožen aspirací zvratků nebo jiného obsahu dutiny ústní.“(2)

Postup při poskytování první pomoci

- „Nejprve zjistíme, zda jsou zachované základní životní funkce - dech a krevní oběh a zkontrolujeme obsah dutiny ústní,
- orientačně postiženého vyšetříme, hledáme známky poranění, zejména v oblasti hlavy, krku, hrudníku a nadbřišku,
- v případě podezření na poranění krční páteře, pokud má postižený zachovány základní životní funkce a nehrozí nebezpečí z prodlení, pak je bezpečnější nehýbat s ním a vyčkat příjezdu ZZS (nesundávat přilbu, ošetřujeme ho v poloze, ve které jsme ho našli, vsedě, vleže atd.),
- provádíme protišoková opatření,
- v případě nezranění páteře a zachování životních funkcí uložíme postiženého do stabilizované polohy na boku, při zvracení otáčíme hlavu k podložce, soustavně kontrolujeme fyziologické funkce,
- při známkách selhání krevního oběhu a při nedostatečném spontánním dýchání neodkladně zahájíme KPR, pokračujeme do příjezdu ZZS,

- postiženému nepodáváme nic ústy,
- pátráme po lécích, zda nemá průkaz diabetika, dopis na rozloučenou, drogy apod. Zajistíme ZZS.“ (2)

3.4.2. Stabilizovaná poloha

„Tato poloha zajišťuje zachování průchodnosti dýchacích cest, protože hlava v mírném záklonu nedovolí zapadnutí jazyka. zvratky nebo krev, které jsou v dutině ústní, mohou volně vytékat ven a nehrozí jejich aspirace. Neužívá se nikdy 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 ohneme také do pravého úhlu tak, aby dlaň směřovala nahoru. Druhou horní končetinu položíme přes hrudník a její hřbet přidržujeme u tváře postiženého blíže zachránci. Dolní končetinu dále od nás ohneme a uchopením pod kolenem a tahem na ni směrem k sobě provede otočení na bok. Ohnutou dolní končetinu upravíme tak, aby byla v kyčli i v koleni ohnuta do pravého úhlu a hlavu uložíme do záklonu. Po každých třiceti minutách ve stabilizované poloze se doporučuje otočení na druhou stranu (viz příloha č.3, obrázek č. 4).“(3)

Stavy bezvědomí ve věznicí nejsou u odsouzených žádnou vzácností. Velice často se do stavů bezvědomí dostávají spolykáním nastřádaných léků, kdy tímto řeší různé své úniky od osobních problémů . Mnohdy jsou stavy bezvědomí způsobené agresivním chováním jedinců (fyzickým napadáním, rvačkami, údery a kopy do hlavy, házením stoliček a různých předmětů po sobě), kdy dojde k poraněním, zejména hlavy. Také není výjimkou zneužívání léčby, kdy např. epilepticky nemocný člověk neužívá léky a dostává se tímto do stavů bezvědomí a epileptických záchvatů. Možnost upadnout do bezvědomí nastává též u diagnostikovaných a nebo dosud nediodagnostikovaných zdravotních problémů, které vznikají náhle a mnohdy jsou pro dotyčného dosud neznámé (IM, aj.) První pomoc poskytuje ZS věznice, zaměstnanci a odsouzení laickou PP. Podle potřeby stavu a naléhavosti se aktivují další opatření (většinou se jedná o do vyhledávání příčiny a diagnostikování aj.).

3.5. Synkopa (kolaps, mdloba)

„Je krátkodobá ztráta vědomí způsobená přechodným nedostatečným prokrvením mozku.

Příčinou je :

- **vazovagální kolaps** – vyčerpání, horko, dlouhodobé stání, pobyt ve vydýchaném a horkém vzduchu, bolest.
- **ortostatická synkopa** – rychlé postavení z lůžka, někdy velký záklon hlavy, změna polohy.
- **syndrom sinus karoticus** – podráždění karotického sinu masáží při holení nebo při stisknutím při otočení hlavy.

Příznaky : bledost, nevolnost, pocení, snížený tep, snížený tlak, studený pot na čele, změna barvy v obličeji, ztráta vědomí či pád.“(3).

3.5.1. Postup při poskytování první pomoci

- „Při hrozící mdlobě položíme postiženého do protišokové polohy, zajistíme čerstvý vzduch, uvolníme oděv a kontrolujeme stav.
- Při náhle vzniklé mdlobě postižený zbledne a upadne – uložíme ho do protišokové polohy, uvolníme oděv, kontrolujeme fyziologické funkce a průchodnost dýchacích cest, na čelo můžeme přiložit studený obklad.
- Při klasické synkopě se rychle vrací barva a upravuje stav, navrácí se vědomí, pak obvykle není nutné volat lékaře, zejména je-li jasná příčina mdloby.
- Pokud mdloba vznikla v důsledku nepříznivého prostředí (dusno, parno apod.), zajistíme přísun čerstvého vzduchu.
- Pokud postižený zůstává v bezvědomí, uložíme ho do stabilizované polohy a postupujeme jako u bezvědomí – sledujeme fyziologické funkce, průchodnost dýchacích cest, zajistíme protišoková opatření.
- ZZS zajistíme v případě, že postižený rychle nenabývá vědomí, dochází k poruše základních životních funkcí, stav je komplikován výraznou poruchou řeči, velkou bolestí hlavy, poruchou hybnosti končetin, křečemi.“ (2)

Kolapsové stavy (mdloba, synkopa) jsou ve věznici takřka na denním pořádku. Zejména při ranních prověrkách početního stavu odsouzených (nástupy po ubytovnách), kdy u odsouzených po náhlé změně pohybu, lačnění „probdělé noci aj., dojde k nedostatečnému prokrvení orgánů, zejména mozku a následné mdlobě. Nebezpečné pro odsouzené nejsou

tyto stavy jako takové, ale následky těchto stavů (pád a možnost ublížení si na zdraví). Zdravotníci tyto stavy velice často řeší a ošetřují, neboť zpravidla jsou všichni takto postižení „dovlečeni“ na ošetřovnu k poskytnutí PP.

3.6. Popáleniny

„Popálení vzniká krátkým působením extrémně vysokých teplot na kůži (plamen, pára atd.), ale může vzniknout i delším působením relativně nízkých teplot na povrchu těla např. přiložení termoforu nebo politím šatstva horkou vodou). Ohrožuje postiženého rozvojem šoku, inhalačním poškozením, celkovou intoxikací, celkovou reakcí organismu, nemocí z popálení a infekcí. a vstupem infekce.“ (3) (Závažnost poškození závisí na rozsahu, hloubce, věku (větší problémy u dětí a starších lidí), umístění a příčině (přímý kontakt /sálání).

K odhadu plošného rozsahu popáleniny se nejčastěji používá pravidlo devíti, které usnadňuje odhad rozsahu postiženého povrchu těla tím, že ho orientačně dělí po devítkách procent: hlava a krk 9 %, obě horní končetiny po 9 %, přední a zadní plocha trupu po 18 %, každá dolní končetina po 18 %, oblast perigea a genitálií zbývající 1 %.

Ke vzniku popáleninového šoku u dětí stačí popálení 5 – 10 % tělesného povrchu, u dospělých více než 15 %. Na šoku se podílí nejen velikost postižené plochy, ale i druh popálení a jeho hloubka.

3.6.1. „Rozdělení popálenin podle stupně závažnosti:

- I. stupeň – zčervenání, zduření, bolest.
- II. stupeň – a) zčervenání, puchýře, bolest, poškození povrchových vrstev, hojí se bez jizev.
b) puchýře, bolest, anemická kůže, poškození hlubokých vrstev, tvorba jizev.
- III. stupeň - nekróza, příškvary, šedá, bílá nebo černá kůže, nejsou bolesti, ke spontánnímu hojení nedochází, tvoří se jizvy.“ (7)

3.6.2. Postup při poskytování první pomoci

- „Postiženého odtáhneme od zdroje tepla, vyneseme ho z prostoru působení vysoké teploty, uhasíme hořící oděv (voda, různé textilie aj.), odstraníme vodiče tepla (prsteny, náušnice, náramky, apod.) - kvůli možnosti otoku.
- Neprodleně ochladíme popálené plochy studenou vodou, tak dlouho, dokud přináší úlevu (zpravidla minimálně 15 - 20 minut).
- Po zchlazení zjistíme, do jaké míry přilnavá látka ulpěla na kůži, a v případě, že lpí pevně, nesmíme ji nikdy strhávat, při svlékání zraněného oděvy rozstříhneme.
- Popáleniny na obličeji nekryjeme.
- Hluboké popáleniny ošetříme aseptickým obvazem se silnější odsávací vrstvou.
- Ošetříme event. přidružená otevřená poranění.
- Postiženého uklidňujeme psychicky, zajistíme klidné prostředí.
- Provádíme protišoková opatření – nepodáváme tekutiny, žízeň hasíme vytíráním dutiny ústní vlhkým mulem.
- Neprodleně zajistíme příjezd ZZS – zejména při příznacích šoku, hlubokých rozsáhlých popálenin, vždy při popálení novorozenců, kojenců a malých dětí, při kruté bolesti.“(2)

Popáleniny různého stupně závažnosti, ale i rozsahu způsobené párou, horkou vodou, ale i vařícím tukem aj. jsou dalším častým jevem ve věznicí mezi odsouzenými, se kterým se setkává nejen zdravotní personál, ale i ostatní zaměstnanci. Tímto způsobem řeší agresivní osoby své neovladatelné jednání a chování vůči druhému, ale i možnost, jak se vyhnout soudnímu jednání či umístění na oddělení kázeňských trestů aj. (sebepoškozování).

Velice často je opomenut základní způsob poskytnutí první pomoci chlazením postiženého místa. (tekoucí voda, namočený kus látky aj.) mezi odsouzenými, ale i zaměstnanci.

4. EMPIRICKÁ ČÁST

4.1. Zjištěné výsledky výzkumu znalostí první pomoci

4.1.1. Všeobecné údaje

1. Rozdělení podle pohlaví ve věznici ve skupinách.

TAB. 1, zjištěné údaje

		Skupina O				Skupina Z			
		%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
1.	MUŽI	100	100	1041	10,41	66,5	60	844	14,07
	ŽENY	0	0	0		33,5	30	410	13,67
	CELKEM	100	100	1041	10,41	100	90	1254	13,93

Komentář: Tabulka č.1 ukazuje rozdělení podle pohlaví v obou skupinách.

Vyhodnocení: Vyplňování dotazníků se zúčastnilo ve skupině odsouzených (dále jen O) 100 (100 %) mužů (jedná se mužskou věznici) a ve skupině zaměstnanců (dále jen Z) 60 (66,5 %) mužů a 30 (33,5 %) žen. Skupina žen se od mužů liší nepatrným rozdílem v průměru správných odpovědí.

2. Rozdělení ve skupině odsouzených : o kolikáté potrestání se jedná

Rozdělení ve skupině zaměstnanců : o jaký zaměstnanecký poměr se jedná

TAB. 2: Zjištěné údaje

		Skupina O				Skupina Z			
		%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
2.	a	82	82	846	10,32	39	35	481	13,74
	b	18	18	195	10,83	61	55	770	14,00

Komentář: Tabulka č.2 ukazuje u skupiny O kolikáté potrestání se jedná: a) poprvé a za b) vícekrát. U skupiny Z o jaký zaměstnanecký poměr se jedná: a) příslušník a za b) civilní zaměstnanec.

Vyhodnocení: Ve skupině O ze je 82 (82 %) dotazovaných trestáno poprvé a vícekrát trestáno je 18 (18 %).

Ve skupině Z je v zaměstnaneckém poměru příslušník 35 (39 %) dotazovaných a v poměru civilní zaměstnanec je 55 (61 %) dotazovaných.

Při vyplňování dotazníku v případě skupiny Z nebyl určen počet pro civilní zaměstnance a příslušníky, vycházela jsem ze zastoupení skupin. Rozdíl mezi poměrem správných odpovědí u skupin je zanedbatelný, a proto budu hodnotit skupinu jen jako zaměstnanci. Školení první pomoci se týká obou skupin.

3. Věkové rozlišení dotazovaných

TAB. 3 : zjištěné údaje

			Skupina O				Skupina Z			
			%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
3.	a	18-30	57	57	564	9,89	9	8	110	13,75
	b	31-40	22	22	229	10,41	39	35	484	13,83
	c	41-50	14	14	164	11,71	22	21	299	14,24
	d	51-60	7	7	84	12,00	30	26	361	13,88

Komentář : Tabulka č.3 ukazuje rozdělení podle věku dotazovaných ve skupině O a ve skupině Z.

Vyhodnocení : Ve skupině O bylo největší zastoupení skupinou ve věku 18 – 30 let počtem 57 (57 %) , druhá byla skupina ve věku 31 – 40 let počtem 22 (22 %) , třetí byla skupina ve věku 41 – 50 let počtem 14 (14 %) a poslední skupina věkem 51 – 60 let počtem 7 (7 %) .

Ve skupině Z bylo největší zastoupení skupinou 31 – 40 let počtem 35 (39 %) , dále skupinou 51 - 60 let počtem 26 (30 %) , potom skupinou 41 – 50 let počtem 21 (22 %) a poslední skupinou 18 – 30 let počtem 8 (9 %) .

Z výsledku vyplývá, že z obou skupin dohromady byla nejvíce zastoupena skupina věkem 18 – 30 let počtem 65 dotazovaných, ale nejlépe v průměru na dotazovaného odpovídala skupina s věkovým zastoupením 51 – 60 let.

4. Skupiny podle vzdělání

TAB. 4: zjištěné údaje

			Skupina O				Skupina Z			
			%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
4.	a	základní	39	39	361	9,26	2,5	2	23	11,50
	b	vyučen	37	37	392	10,59	7,0	6	75	12,50
	c	střední s mat.	17	17	197	11,59	55,0	50	691	13,82
	d	vyšší odborné	2	2	19	9,50	2,5	2	25	12,50
	e	vysokoškolské	5	5	72	14,40	33,0	30	440	14,67

Komentář : Tabulka č.4 ukazuje rozdělení skupin podle vzdělání ve skupině O a ve skupině Z.

Vyhodnocení : Ve skupině O bylo nejpočetněji zastoupeno vzdělání základní 39 (39 %), dále vzdělání vyučen 37 (37 %), vzdělání střední s maturitou 17 (17 %), vzdělání vysokoškolské 5 (5 %) a poslední vzdělání vyšší odborné 2 (2 %).

Ve skupině Z bylo nejpočetněji zastoupeno vzdělání střední s maturitou 50 (55%), dále vzdělání vysokoškolské 30 (33 %), potom vzdělání vyučen 6 (7 %) a poslední vzdělání základní a vyšší odborné shodně počtem dvou dotazovaných (5 %).

5. Délka doby trestu u skupiny O

Délka doby zaměstnaneckého poměru u skupiny Z

TAB. 5: zjištěné údaje

			Skupina O				Skupina Z				
			%	Počet dotaz.	Počet spr. odp. celkem	Průměr	%	Počet dotaz.	Počet spr. odp. celkem	Průměr	
5.	a	do 1 roku	19	19	203	10,68	1 - 5 let	13	12	168	14,00
	b	1 - 4	59	59	605	10,25	6 - 10	20	18	233	12,94
	c	5 - 9	20	20	209	10,45	11 - 15	26	23	328	14,26
	d	více	2	2	24	12,00	více	41	37	525	14,19

Komentář : Tabulka č.5 ukazuje délku doby trestu ve skupině O a délku doby zaměstnání ve skupině Z.

Vyhodnocení : Ve skupině O je nejvíce zastoupena délka trestu od 1 – 4 let 59 (59 %), délka trestu od 5 – 9 let (20) 20 %, délka trestu do jednoho roku 19 (19 %) a délka trestu

více jak 9 let 2 (2 %). Ve skupině Z je nejvíce zastoupena délka doby zaměstnání 15 a více 37 (41 %), délka 11 – 15 let 23 (26 %), délka 6 – 10 roků 18 (20 %) a délka od 1 – 5 let 12 (13 %). Nejlépe ve skupině O odpovídali dotazovaní s délkou trestu 9 a více let a ve skupině Z s délkou doby zaměstnání 5 – 9 let.

6. Jste držitel řidičského průkazu ?

TAB. 6: zjištěné údaje

		Skupina O				Skupina Z			
		%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
6.	ANO	51	51	583	11,43	89	81	1139	14,06
	NE	49	49	458	9,35	11	9	115	12,78

Komentář : Tabulka č.6 ukazuje počet dotazovaných vlastníků a nevládníků řidičský průkaz ve skupině O a ve skupině Z.

Vyhodnocení: Ve skupině O vlastní 51 (51 %) řidičský průkaz a zbývajících 49 (49 %) ho nevládní. Dotazovaní vlastníci řidičský průkaz se v průměru odpovídali lépe než ti, kteří ho nevládní.

Ve skupině Z vlastní řidičský průkaz 81 (89%) a 9 (11 %) ho nevládní. Dotazovaní vlastníci řidičský průkaz odpovídali v průměru lépe než ti, kteří ho nevládní v obou skupinách.

7. Poskytoval jste dosud první pomoc ?

TAB. 7: zjištěné údaje

		Skupina O				Skupina Z			
		%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
7.	ANO	50	50	548	10,96	32	28	413	14,75
	NE	50	50	493	9,86	68	62	841	13,56

Komentář : Tabulka č.7 ukazuje kolik dotazovaných ze skupiny O a ze skupiny Z dosud poskytovalo první pomoc a kolik ji neposkytovalo.

Vyhodnocení : Ve skupině O dosud poskytovalo první pomoc 50 (50 %) a odpovídali i lepším průměrem správných odpovědí než zbývajících 50 (50 %), kteří dosud první pomoc neposkytovali.

Ve skupině Z první pomoc poskytovalo 28 (32 %) s lepším průměrem správných odpovědí než ti, kteří ji neposkytovali. 62 (68 %) první pomoc neposkytovalo.

8. Poskytoval jste dosud první pomoc u lehčích akutních stavů ? (zlomeniny, popálení, krvácení aj.)

TAB 8: zjištěné údaje

		Skupina O				Skupina Z			
		%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
8.	ANO	65	65	711	10,94	61	55	797	14,49
	NE	35	35	330	9,43	39	35	457	13,06

Komentář : Tabulka č.8 ukazuje zastoupení dotazovaných ve skupině O a ve skupině Z, kteří poskytovali první pomoc u lehčích akutních stavů a kolik jich neposkytovalo (ošetření zlomenin, mírných krvácení, popálenin aj.).

Vyhodnocení : Ve skupině O 65 (65 %) poskytovalo první pomoc u lehčích akutních stavů. Průměr správných odpovědí na dotazovaného je vyšší u těch, kteří již první pomoc poskytovali, než u těch, co ji neposkytovali.

Ve skupině Z 55 (61 %) poskytovalo první pomoc u lehčích akutních stavů. Průměr správných odpovědí na dotazovaného je také vyšší u těch, kteří již první pomoc poskytovali, než u těch, co ji neposkytovali.

9. Prováděl jste někdy resuscitaci (ožívování) ?

TAB. 9: zjištěné údaje

		Skupina O				Skupina Z			
		%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
9.	ANO	15	15	172	11,47	14	12	179	14,92
	NE	85	85	869	10,22	86	78	1075	13,78

Komentář : Tabulka č. 9 ukazuje kolik dotazovaných ve skupině O někdy provádělo resuscitaci a kolik dotazovaných ji provádělo ve skupině Z.

Vyhodnocení : Ve skupině O 15 (15 %) resuscitaci provádělo a 85 (85 %) ji neprovádělo. Ve skupině Z resuscitaci provádělo 12 (14 %) a 78 (86 %) ji neprovádělo. Průměr správných odpovědí na dotazovaného je vyšší u těch, kteří již resuscitaci prováděli, než u těch, co ji neprováděli, v obou skupinách.

10. Absolvoval jste někdy školení první pomoci ? (pokud ano, jaké?).

TAB. 10: zjištěné údaje

		Skupina O				Skupina Z			
		%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
10.	ANO	61	61	666	10,92	73	66	943	14,29
	NE	39	39	385	9,87	27	24	311	12,96

Komentář : Tabulka č.10 ukazuje počet dotazovaných ve skupině O a ve skupině Z, kteří absolvovali školení první pomoci .

Vyhodnocení : Ve skupině O absolvovalo školení první pomoci 61 (61 %). Měli lepší průměr správných odpovědí než ti, kteří školení první pomoci absolvovali.

Ve skupině Z školení první pomoci absolvovalo 66 (73 %). Dotazovaní, kteří školení absolvovali, odpovídali lépe a vyšším průměrem správných odpovědí, než ti, co školení neabsolvovali.

Jednalo se zejména o školení první pomoci probíhající formou výuky během školní docházky, vojenského cvičení, výuky v autoškole a v malé míře kurzů ČČK.

11. Měl byste zájem absolvovat kurz první pomoci ?

TAB. 11: zjištěné údaje

		Skupina O				Skupina Z			
		%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
11.	ANO	74	74	772	10,43	43	39	559	14,33
	NE	26	26	269	10,35	57	51	695	13,63

Komentář : Tabulka č.11 ukazuje počet dotazovaných ve skupině O a ve skupině Z, kteří by měli zájem absolvovat kurz první pomoci.

Vyhodnocení : Ve skupině O by mělo o kurz první pomoci zájem 74 (74 %) dotazovaných.

Ve skupině Z mělo o kurz první pomoci zájem jen 39 (43 %).

12. Vyzkoušel jste si prakticky ukládat zraněného do stabilizované polohy?

TAB. 12: zjištěné údaje

		Skupina O				Skupina Z			
		%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
12.	ANO	62	62	669	10,79	63	57	816	14,32
	NE	38	38	372	9,79	37	33	438	13,27

Komentář : Tabulka č.12 ukazuje kolik dotazovaných ve skupině O a ve skupině Z si vyzkoušelo zraněného ukládat do stabilizované polohy.

Vyhodnocení : Ve skupině O si tuto polohu prakticky zkusilo 62 (62 %).

Ve skupině Z si tuto polohu prakticky zkusilo 57 (63 %).

V obou dotazovaných skupinách ti, kteří si polohu prakticky zkusili, mají lepší průměr správných odpovědí na dotazovaného, než ti, co si ji nezkusili.

13. Vyzkoušel jste si kardiopulmonální (KPR) resuscitaci na figuríně?

TAB. 13: zjištěné údaje

		Skupina O				Skupina Z			
		%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
13.	ANO	37	37	404	10,92	46	41	587	14,32
	NE	63	63	637	10,11	54	49	667	13,61

Komentář : Tabulka č.13 ukazuje počet dotazovaných ve skupině O a ve skupině Z, kteří si zkusili KPR na figuríně.

Vyhodnocení : Ve skupině O si KPR zkusilo jen 37 (37 %).

Ve skupině Z si KPR zkusilo 41 (46 %). Průměr správných odpovědí byl lepší u těch, kteří si KPR již zkusili, v obou skupinách.

14. Co považujete za hlavní důvod neposkytnutí první pomoci?

TAB. 14: zjištěné údaje

		Skupina O				Skupina Z			
		%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	%	Počet dotaz.	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
14.	strach	23	23	213	9,26	15,5	14	197	14,07
	nedost. znalostí	37	37	378	10,22	47,0	42	585	13,93
	lhostejnost	21	21	238	11,33	20,0	18	241	13,39
	obava z inf.	9	9	95	10,56	14,0	13	188	14,46
	jiné	10	10	117	11,70	3,5	3	43	14,33

Komentář : Tabulka č.14 ukazuje několik vybraných důvodů k neposkytnutí první pomoci.

Vyhodnocení : Ve skupině O nejvíce (37) 37 % dotazovaných jako důvod k neposkytnutí PP udalo nedostatečnou znalost, (23) 23 % strach, (21) 21 % lhostejnost a (10) 10 % do možnosti jiné soudní popotahování při neúspěšném konci PPP a vlastní selhání v krizové situaci a (9) 9 % obavu z infekčního onemocnění.

Ve skupině Z nejvíce (42) 47 % udalo jako důvod nedostatečnou znalost, (18) 20 % lhostejnost, (14) 15,5 % strach, (13) 14, % obavu z infekčního nakažení a také (3) 3,5 % dotazovaných selhání v krizové situaci .

Výsledky všeobecných dotazů

TAB. 15: získané údaje

Zaměstnanci	Počet dotazovaných	Správné odpovědi Σ	Správné odpovědi \bar{x}	Odsouzení	Počet dotazovaných	Správné odpovědi Σ	Správné odpovědi \bar{x}
1. Muži	60	844	14,07	1. Muži	100	1041	10,41
Ženy	30	410	13,67	Ženy			
Celkem	90	1254	13,93	Celkem			
3.a) Věk	8	110	13,75	3.a) Věk	57	564	9,89
b)	35	484	13,83	b)	22	229	10,41
c)	21	299	14,24	c)	14	164	11,71
d)	26	361	13,88	d)	7	84	12,00
4. a) vzdělání	2	23	11,50	4. a) vzdělání	39	361	9,26
b)	6	75	12,50	b)	37	392	10,60
c)	50	691	13,82	c)	17	197	11,59
d)	2	25	12,50	d)	2	19	9,50
e)	30	440	14,67	e)	5	72	14,40
6. ANO ŘP	81	1139	14,06	6. ANO ŘP	51	583	11,43
NE	9	115	12,78	NE	49	458	9,35
7. Poskytoval ANO	28	413	14,75	7. Poskytoval ANO	50	548	10,96
NE	62	841	13,56	NE	50	493	9,86

Komentář: Tabulka č.15 ukazuje rozdělení skupin podle pohlaví, věku, vzdělání, zda vlastní či nevlastní řidičský průkaz a zda poskytovali či nikoliv PP.

Vyhodnocení: Z výsledků všeobecné části dotazníku u obou skupin vyplývá, že vyšší věk, vyšší stupeň vzdělání, oprávnění k řízení vozidla a již někdy poskytovaná první pomoc, mají vliv na správnost odpovědí v dotazníku v poskytování první pomoci. Shrnutí: zkušenosti dané věkem, vzdělání, školení či kurz PP a praktická zkušenost mají vliv na správnost odpovědí v dotazníku. Z výsledků je možné vyčíst, že pozitivně účinnou první pomoc poskytne nejlépe starší muž, řidič, s vyšším stupněm vzdělání, absolvent kurzu nebo školení první pomoci, který navíc již někdy dříve první pomoc poskytoval.

Komentář : tabulka č.17 ukazuje počet správných odpovědí ve skupině O a ve skupině Z na otázku č.16 a procentuální rozdíl obou skupin dotazovaných.

Vyhodnocení : ve skupině O správně odpovědělo 21 % dotazovaných a ve skupině Z 21,1 %. Na tento dotaz odpověděla skupina O nepatrně lépe než skupina Z rozdílem 0,1 %. Výsledky obou skupin jsou téměř shodné, ale značně neuspokojující.

17) POSTIŽENÝ LEŽÍ BEZVLÁDNĚ NA ZEMI, CO JE TŘEBA ZJISTIT?

- a) stav jeho vědomí
- b) zdali dýchá
- c) zdali má zachován tep

TAB. 18: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl Z - O (%)
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	
17.	9	9,00	8	8,89	-0,11

Komentář : tabulka č.18 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č. 17 ve skupině O a ve skupině Z a procentuální rozdíl obou skupin dotazovaných.

Vyhodnocení : Ve skupině O správně odpovědělo na dotaz č.17 9 % a ve skupině Z 8,9 %. Výsledky obou skupin jsou opět téměř shodné, ale značně neuspokojivé. Nepatrně lépe i zde odpovídala skupina O rozdílem 0,1 %. Tento dotaz dělal dotazovaným v obou skupinách značné potíže a jsou zde patrné nedostatky ve vědomostech o poskytování první pomoci. Rozdíl správných odpovědí obou skupin byl v tomto případě zanedbatelný. Většinou za správnou odpověď považovali odpověď b).

18) POČET DECHŮ A TEPŮ ZA MINUTU U DOSPĚLÉHO ČLOVĚKA JE :

- a) 12 – 16 dechů / 60 – 80 tepů
- b) 18 – 20 dechů / 50 – 70 tepů
- c) 10 – 12 dechů / 100 -120 tepů

TAB. 19: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
18.	44	44,00	48	53,33	9,33

Komentář : tabulka č.19 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.18 ve skupině O a ve skupině Z a procentuální rozdíl obou skupin.

Vyhodnocení : Ve skupině O správně na dotaz č.18 odpovědělo 44 % dotazovaných a ve skupině Z 53,3 %. Skupina Z odpověděla lépe rozdílem 9,3 % správných odpovědí než skupina O. Výsledek hodnotím za značně neuspokojivý v obou skupinách.

19) POD POJMEM ŠOK ROZUMÍME :

- a) elektrický výboj při doteku povrchu těla s vodičem jednosměrného nebo střídavého proudu
- b) akutní oběhové selhání vedoucí k nedostatečnému prokrvení tkání
- c) náhlý vážný psychický úlekový stav

TAB 20: zjištěné údaje,

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
19.	68	68,00	79	87,78	19,78

Komentář : tabulka č.20 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.19 ve skupině O a ve skupině Z a procentuální rozdíl obou skupin.

Vyhodnocení : ve skupině O správně na dotaz č.19 odpovědělo 68 % dotazovaných a ve skupině Z 87,8 %. Skupina Z odpověděla lépe rozdílem 19,78 % správných odpovědí než skupina O. Výsledek hodnotím za neuspokojivý zejména ve skupině O.

20) TLAKOVÝ BOD JE MÍSTO, VE KTERÉM LZE STISKNOUT TEPNU :

- a) na kterémkoliv místě v jejím průběhu
- b) pod ranou
- c) **proti kosti**

TAB. 21: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
20.	21	21,00	43	47,78	26,78

Komentář : Tabulka č.21 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.20 ve skupině O a ve skupině Z.

Vyhodnocení : Ve skupině O odpovědělo správně na dotaz č. 20 21 % dotazovaných a ve skupině Z 47, 8 %. Skupina Z odpověděla lépe rozdílem správných odpovědí 26,8 % než skupina O. Výsledek je velmi alarmující a k zamyšlení, zejména ve skupině O.

21) O ŽILNÍ KRVÁCENÍ SE JEDNÁ, KDYŽ JE :

- a) krev světle červená a vytéká z rány
- b) krev světle červená a vystřikuje z rány
- c) **krev tmavě červená a vytéká z rány**

TAB. 22: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
21.	48	48,00	56	62,22	14,22

Komentář : Tabulka č.22 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.21 ve skupině O a ve skupině Z.

Vyhodnocení : Ve skupině O správně odpovědělo na dotaz č.21 48 % dotazovaných a ve skupině Z 62,2 %. Skupina Z odpověděla na otázku č. 21 lépe rozdílem správných odpovědí 14,2 % od skupiny O. Výsledek značně neuspokojivý v obou skupinách.

22) KRVÁCENÍ PODLE DRUHU DĚLÍME NA :

a) žilní, tepenné a vlásečnicové

b) velké, střední, malé

c) závažné a nezávažné

TAB. 23: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl Z - O (%)
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	
22.	67	67,00	86	95,56	28,56

Komentář : Tabulka č.23 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.22 ve skupině O a ve skupině Z.

Vyhodnocení : Ve skupině O správně odpovědělo na dotaz č.22 68 % dotazovaných a ve skupině Z 95,6 %. Úspěšnější byla skupina dotazovaných Z rozdílem 28,6 % správných odpovědí od skupiny O. Výsledek skupiny O se mi nejeví uspokojivý.

23) U POSTIŽENÉHO V BEZVĚDOMÍ KONTROLUJEME TEP :

a) na zápěstí

a) krčních tepnách, v tříselech

c) na spánku

TAB. 24: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
23.	45	45,00	58	64,44	19,44

Komentář : Tabulka č.24 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.23 ve skupině O a ve skupině Z.

Vyhodnocení : Ve skupině O správně odpovědělo na dotaz č.23 45 % dotazovaných a ve skupině Z 64,4 %. Skupina Z odpověděla lépe rozdílem správných odpovědí 19,4 % od skupiny O. Výsledek obou skupin se mi jeví ale jako neuspokojivý.

24) POSTIŽÉHO MDLOBOU :

- a) se snažíte postavit
- b) poléváte ho studenou vodou
- c) posadíte ho a zajistíte mu přísun čerstvého vzduchu
- d) necháte ho ležet na zádech a zvednete mu dolní končetiny**

TAB. 25: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
24.	50	50,00	66	73,33	23,33

Komentář : Tabulka č.25 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.24 ve skupině O a ve skupině Z.

Vyhodnocení : Ve skupině O správně odpovědělo na dotaz č. 24 51 % dotazovaných a ve skupině Z 73,3 %. Skupina Z odpověděla lépe rozdílem správných odpovědí 23,3 % od skupiny O. Výsledek hodnotím správně za neuspokojivý zejména ve skupině O.

25) RESUSCITACI U DOSPĚLÉHO ČLOVĚKA PROVÁDÍME V POMĚRU :
(v dotazníku byly uvedeny ještě staré poměry v KPR jako správné)

- a) 5 : 15 b) 1 : 20 c) 1 : 5 d) 2 : 15

TAB. 26: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
25.	10	10,00	33	36,67	26,67

Komentář : Tabulka č.26 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.25 ve skupině O a ve skupině Z.

Vyhodnocení : Ve skupině O správně odpovědělo na dotaz č. 25 10 % a ve skupině Z 36,7 % respondentů. Skupina Z odpověděla lépe, rozdílem správných odpovědí 26,7 % od skupiny O. Výsledky hodnotím jako značně neuspokojivé v obou skupinách a jsou zde patrné znalostní nedostatky.

26) RESUSCITACI U DÍTĚTE JEDNÍM ZACHRÁNCEM PROVÁDÍME V POMĚRU :

(v dotazníku byly uvedeny staré poměry jako správné)

- a) 5 : 15 b) 1 : 20 c) 1 : 5 d) 2 : 15

TAB. 27: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
26.	35	35,00	52	57,78	22,78

Komentář : Tabulka č.27 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.26 ve skupině O a ve skupině Z. Ve skupině O správně odpovědělo na dotaz č. 26 35 % dotazovaných a ve skupině Z 57,8 %. Skupina Z odpověděla lépe rozdílem správných odpovědí 22, 8 % od skupiny O. Neuspokojivé výsledky vidím zejména ve skupině O, ale i ve skupině Z nejsou zrovna optimální.

27) U ASTMATIKA S TĚŽKÝM ZÁCHVATEM DUŠNOSTI PROVEDETE NÁSLEDUJÍCÍ :

- a) položíte jej na záda,zvednete dolní končetiny a zahájíte dýchání z úst do úst
- b) posadíte jej,přivoláte zdravotnickou záchrannou službu,podáte spreje s lékem na zlepšení dýchání (Berodual, Berotec, Atrovent, astmatici je mají u sebe)**
- c) okamžitě s ním jdete k obvodnímu lékaři.

TAB. 28: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
27.	73	73,00	85	94,44	21,44

Komentář : Tabulka č.28 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.27 ve skupině O a ve skupině Z.

Vyhodnocení : Ve skupině O správně odpovědělo na dotaz č.27 73 % dotazovaných a ve skupině Z 94,4 %. Skupina Z odpověděla lépe rozdílem 21,4 % správných odpovědí od skupiny O. Uspokojivé výsledky vidím zejména ve skupině Z.

28) KDY JE LAICKÝ ZACHRÁNCE OPRAVNĚN UKONČIT NEÚSPĚŠNÉ OŽIVOVÁNÍ ?

- a) po dvaceti minutách
- b) po dvaceti minutách u dospělých a po čtyřiceti minutách u dětí
- c) pouze při vlastním vyčerpání nebo po předání oživování lékaři.**

TAB. 29: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
28.	69	69,00	83	92,22	23,22

Komentář : Tabulka č.29 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.28 ve skupině O a ve skupině Z .

Vyhodnocení : Ve skupině dotazovaných O správně odpovědělo na dotaz č.28 69 % dotazovaných a ve skupině Z 92,2 % . Skupina Z odpověděla lépe rozdílem 23,2 % správných odpovědí od skupiny O. Výsledek u skupiny O mám méně uspokojivý.

29) AUTO TRANSFUZNÍ POLOHA JE :

- a) poloha na zádech s podloženou hlavou
- b) poloha na břiše s pokrčenými dolními končetinami, horní končetiny jsou pod hlavou
- c) **poloha vleže na zádech se zdviženými dolními končetinami**

TAB. 30: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
29.	33	33,00	59	65,56	32,56

Komentář : Tabulka č.30 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.29 ve skupině O a ve skupině Z .

Vyhodnocení : Ve skupině O správně odpovědělo na dotaz č.29 33 % a ve skupině Z z počtu 65,6 % . Skupina Z odpověděla lépe rozdílem 32,6 % správných odpovědí od skupiny O. Výsledky však hodnotím v obou skupinách jako nevyhovující.

30) STABILIZOVANÁ POLOHA JE :

- a) **na boku, s pokrčenou dolní končetinou, horní spodní končetina je natažená, paže je podložená pod obličej**
- b) na břichu hlava je stočená na stranu a to proto, aby nedošlo k vdechnutí zvratků, obě horní končetiny jsou podél trupu
- c) pacient leží na zádech, dolní končetiny jsou ve zvýšené poloze

TAB. 31: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
30.	69	69,00	83	92,22	23,22

Komentář : Tabulka č.31 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.30 ve skupině O a ve skupině Z .

Vyhodnocení : Ve skupině O správně odpovědělo na dotaz č.30 69 % dotazovaných a ve skupině Z 92,2 %. Skupina Z odpověděla lépe rozdílem 23,2 % správných odpovědí od skupiny O. Výsledek skupiny O hodnotím jako značně neuspokojivý.

31) ČLOVĚK, KTERÝ PŘIVOLÁVÁ RYCHLOU ZDRAVOTNICKOU POMOC ZDRAVOTNICKOU POMOC MUSÍ PODAT CO NEJKLIDNĚJI NÁSLEDUJÍCÍ INFORMACE :

- a) místo, odkud záchránce volá, telefonní číslo, z něhož volá, co se stalo, kolik osob potřebuje pomoc, stav jednotlivých osob, jaká první pomoc se jim poskytuje a potom zodpoví další dotazy a vyslechne instrukce
- b) místo, odkud záchránce volá, co se stalo, kolik osob potřebuje pomoc, jaká pomoc se jim poskytuje, číslo zdravotní pojišťovny a jméno obvodního lékaře
- c) místo, odkud záchránce volá, co se stalo, kolik osob potřebuje pomoc, jaká pomoc se jim poskytuje, číslo zdravotní pojišťovny a jméno obvodního lékaře, u cizince číslo cestovního pasu

TAB. 32: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
31.	92	92,00	86	95,56	3,56

Komentář : Tabulka č.32 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.31 ve skupině O a ve skupině Z .

Vyhodnocení : Ve skupině O správně odpovědělo na dotaz č.31 92 % dotazovaných a ve skupině Z 95,6 %. Skupina Z odpověděla lépe rozdílem 3,6 % správných odpovědí od skupiny O. Výsledky obou skupin hodnotím za velmi uspokojivé.

32) NEMOCNÝ SI STĚŽUJE NA SILNOU PÁLIVOU SVÍRAVOU BOLEST ZA HRUDNÍ KOSTÍ, JE DUŠNÝ, MÁ STRACH ZE SMRTI, NEVOLNOSTI, MÁ BLEDOU ZPOCENOU KŮŽI.MOHLA BY SE JEDNAT O SRDEČNÍ INFARKT.POSTARÁTE SE O NĚJ TAKTO :

- a) podáte mu léky na bolest a na uklidnění a uložíte na lůžko, zajistíte dostatečný příjem tekutin, není nutné žádné lékařské vyšetření
- b) okamžitě přivoláte zdravotnickou službu, uložíte jej do polosedu, kontrolujete stav vědomí a tep, zklidníte jej, eventuelně podáte lék (Nitroglycerín, Isoket spray- kardiaci mají u sebe)**
- c) počkáte, až bolest ustoupí, a poté zajdete k obvodnímu lékaři

TAB. 33: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl Z - O (%)
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	
32.	93	93,00	90	100,00	7,00

Komentář : Tabulka č.33 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č. 32 ve skupině O a ve skupině Z .

Vyhodnocení : Ve skupině O správně odpovědělo na dotaz č. 32 93 % dotazovaných a ve skupině Z byla dosažena 100% správnost výsledku. Skupina Z odpověděla se 100 % správností a rozdílem 7 % od skupiny O. Výsledek hodnotím jako velmi uspokojivý v obou skupinách.

33) U NEMOCNÉHO V EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU SE ZTRÁTOU VĚDOMÍ A KŘEČEMI PROVÁDÍTE :

- a) nemocnému se snažíte znehybnit končetiny a podat léky na uklidnění
- b) z jeho blízkosti odstraníte vše, čím by se mohl poranit, přivoláte lékařskou pomoc, vyčkáte konce záchvatu, uložíte jej do stabilizované polohy**
- c) okamžitě se mu snažíte něčím otevřít ústa a zajistit je před pokousáním jazyka a přivoláte lékařskou pomoc.

TAB. 34: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
33.	32	32,00	57	63,33	31,33

Komentář : Tabulka č.34 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.33 ve skupině O a ve skupině Z .

Vyhodnocení: Ve skupině O správně odpovědělo na dotaz č.33 32 % dotazovaných a ve skupině Z 63,3 %. Skupina Z odpověděla lépe rozdílem 31,3 % správných odpovědí od skupiny O. Výsledek hodnotím přesto za značně neuspokojivý v obou skupinách, zejména ve skupině O. Často odpovídali možností c), přežívají staré zavedené postupy PP.

34) POPÁLENINY OŠETRÍTE TAKTO :

- a) co nejdříve namažete mastí (např. rostlinný olej, sádlo...)
- b) ihned ponoříte do čisté studené vody event. chladíte a poté sterilně kryjete obvazem**
- c) nejdříve propíchnete vzniklé puchýře a poté zasypete pudrem

TAB. 35: zjištěné údaje

Pořadové číslo otázky odborné části testu	Skupina O		Skupina Z		Rozdíl
	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí (%)	Z - O (%)
34.	70	70,00	85	94,44	24,44

Komentář : Tabulka č.35 ukazuje počet správných odpovědí na dotaz č.34 ve skupině O a ve skupině Z .

Vyhodnocení : Ve skupině O správně odpovědělo na dotaz č. 34 70 % dotazovaných a ve skupině Z 94,4 %. Skupina Z odpověděla lépe rozdílem 24,4 % správných odpovědí od skupiny O. Výsledek považuji za značně neuspokojivý ve skupině O. Volili často možnost a), i zde zřejmě přežívají staré zavedené postupy PP.

Vyhodnocení odborné části dotazníku dle výsledku

TAB. 36: získané údaje

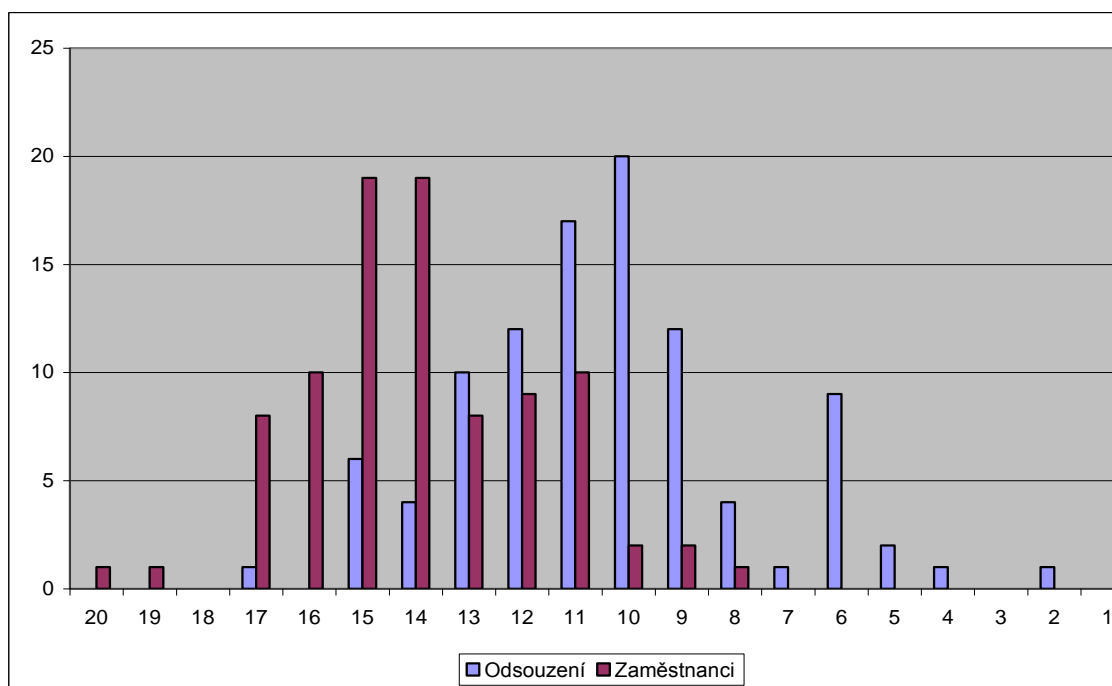
Dosažený počet správných odp. v testu	Odsouzení zastoupení (počty) testů dle výsledku	Dozorci a zaměstnanci zastoupení (počty) testů dle výsledku	Dozorci a zaměstnanci podíl v % testů dle výsledku 100% = 90	Zaokrouhleno [%]
20		1	1,11	1,110
19		1	1,11	1,110
18				
17	1	8	8,88	8,890
16		10	11,11	11,110
15	6	19	21,11	21,110
14	4	19	21,11	21,110
13	10	8	8,88	8,890
12	12	9	10,00	10,000
11	17	10	11,11	11,110
10	20	2	2,22	2,225
9	12	2	2,22	2,225
8	4	1	1,11	1,110
7	1			
6	9			
5	2			
4	1			
3				
2	1			
1				
	Odsouzení	Zaměstnanci		

Komentář : Tabulka č.36 ukazuje celkové vyhodnocení odborné části dotazníku u skupiny O a skupiny Z v maximálním až minimálním počtu získaných správných odpovědí.

Výsledek : Ve skupině O z maximálního počtu 20 bodů v dotazníku, kterých bylo možné dosáhnout, bylo dosaženo 17 bodů jedním dotazovaným a minimálního počtu 2 bodů dosáhl také jeden dotazovaný.

Ve skupině Z maximálního počtu 20 bodů dosáhl jeden dotazovaný a minimálního počtu 8 bodů též jeden dotazovaný. Další výsledky jsou zaznamenány v tabulce. Skupina zaměstnanců získala v odborné části dotazníku více vyšších bodových hodnocení než skupina odsouzených.

GRAF 1: Vyhodnocení odborné části testu - maximální a minimální počet získaných bodů na dotazovaného ve skupině O a ve skupině Z



4.2. Analýza zjištěných výsledků

4.2.1. Analýza všeobecné a odborné části

Všeobecná část

Výzkumu se zúčastnily dvě skupiny dotazovaných. Skupina odsouzených (dále jen O) v počtu 100 mužů a skupina zaměstnanců (dále jen Z) 90 dotazovaných (60 mužů a 30 žen. Protože rozdíl v pohlaví nebyl rozhodující pro správnost odpovědí na dotazy, dále jsem toto nebrala na zřetel.

Dotaz č. 2 řešil zaměstnanecký poměr dotazovaných ve skupině Z, kdy 61% bylo civilních zaměstnanců a 39% příslušníků. U skupiny O řešil tento dotaz o kolikáté potrestání se jedná, přičemž 82% dotazovaných byla ve výkonu trestu poprvé, zbývajících 18% bylo trestáno vícekrát.

O jakou věkovou skupinu se jedná, řešil dotaz č. 3. Nejvíce byla zastoupena věková skupina u O 18-30 let (57%), u skupiny Z 31-40 let (39%) a nejmenší zastoupení měla u skupiny O věková skupina 51-60let (7%) a u skupiny Z to bylo 18-30 let (9%).

Dalším sledovaným kritériem ve všeobecné části dotazníku byl dotaz na vzdělání, kdy ve skupině O bylo základní vzdělání zastoupeno 39%, vyučen 37%, střední s maturitou 17%, vyšší odborné vzdělání 2% a vysokoškolské 5%. Ve skupině Z 2,5% bylo zastoupeno vzdělání základní, 7% vyučen, střední s maturitou 55,5%, vyšší odborné 2% a vysokoškolské 33%. Z výzkumu vyplývá, že ve skupině Z převažuje vyšší vzdělání.

Délka doby trestu 1- 4 roky byla zastoupena 59 % dotazovanými, tedy nejvyšším počtem a ve skupině Z nejvíce bylo zastoupeno zaměstnání s délkou 15 a více let 37 %.

Překvapivým zjištěním byl výsledek u dotazu č. 6, zda dotazovaní vlastní či nevlastní řidičský průkaz, kdy se ukázalo, že ve skupině O jej vlastní 51% a ve skupině Z 90% dotazovaných.

Dotaz č. 7 zjišťoval, kolik dotazovaných ze skupiny O a Z již poskytovalo první pomoc. Tento dotaz se týkal zejména stavění krvácení, dýchání z ústa do úst, srdeční masáže, ošetření zlomenin a popálenin a stabilizované polohy. Překvapivý výsledek 50% byl u skupiny O, u skupiny Z byla jen 28% účast na poskytování PP.

Následný dotaz č.8 zjišťoval poskytování PP u lehčích akutních stavů, kdy skupina O 65% a skupina Z 61% PP poskytovala u lehčích akutních stavů, jako jsou stavění krvácení, ošetření

zlomenina popálenin aj. Další dotaz zjišťoval účast na KPR, kdy 15% dotazovaných ve skupině O uvádělo, že již provádělo resuscitaci a ve skupině Z jich bylo 13%.

Školení o první pomoci absolvovalo ve skupině O 61% a ve skupině Z 73% dotazovaných. Nejčastěji se jednalo o školení v rámci výuky na základní škole, vojenské služby, výuky v autoškole a v malé míře kurzů ČSČK. 74 % dotazovaných ze skupiny O by mělo zájem absolvovat kurz PP, ve skupině Z 43%. Překvapující vyšší zájem dotazovaných byl u skupiny O.

Na dotaz č. 12, zda si dotazovaní v obou skupinách vyzkoušeli ukládat zraněného do stabilizované polohy, odpovědělo ve skupině O kladně 62% a ve skupině Z 63%.

KPR na figuríně si vyzkoušelo ve skupině O 37% dotazovaných a ve skupině Z 46%.

Jako hlavní důvod neposkytnutí PP ve skupině O udalo nedostatečné znalosti 37% respondentů, strach 23 %, 21 % lhostejnost, 9% obavu z nakažení infekční nemocí a kupodivu 11% v kolonce jiné uvádělo jako důvod soudní postih z nedobře zvládnuté první pomoci a vlastní selhání v krizové situaci. Skupina Z uvedla jako hlavní důvod nedostatečné znalosti 47 %, dále lhostejnost 20%, strach 15,5 %, obava z infekčního nakažení 14% a 3,5% v kolonce jiné udali vlastní selhání v řešení krizové situace.

Odborná část

V odborné části se dotazy týkaly vědomostní úrovně znalostí PPP.

Telefonní číslo Záchrané služby ze skupiny O zná 89 % dotazovaných, ve skupině Z odpovědělo správně 86,7 %. Výsledek se mi jeví jako víceméně uspokojivý v obou skupinách, i když v tomto případě bych vítala raději 100% úspěšnost. Jedná se o základní a nezbytnou znalost v případě přivolání lékařské pomoci. Skupina O odpověděla překvapivě lépe rozdílem 2,3 %.

Dotaz č. 16 řešil, kdy zavolat záchranou službu. Obě skupiny odpověděly správně a shodně pouze v 21%. Tento výsledek hodnotím jako velice neuspokojivý.

Naprostá neznalost byla prokázána v dotazu č. 17, kdy jen 9% dotazovaných v obou skupinách odpovědělo správně na dotaz, co je nutné zjistit u ležícího bezvládně na zemi.

Na další dotaz, jaký je počet dechů a tepů u dospělého člověka, správně odpovědělo 44% dotazovaných ze skupiny O a 53 % ze skupiny Z. Výsledek se mi jeví také neuspokojivý.

Na dotaz, co si představují pod pojmem šok, správně ve skupině O odpovědělo 68 % a ve skupině Z 88 %. Skupina Z odpověděla lépe rozdílem 20%.

Značně neuspokojivý výsledek byl na dotaz č. 20, kde se nachází tlakový bod. Ve skupině O správně odpovědělo pouze 21% a ve skupině Z 48 % dotazovaných. Úspěšnost skupiny Z od skupiny O byla 27%.

Na dotazy č. 21 a 22, které se týkaly krvácení, ve skupině O odpovídali dotazovaní správností 48% a 67%. Ve skupině Z byla správnost odpovědí 62% a 96%. I zde lépe odpovídala skupina Z.

Neuspokojivý výsledek vidím v odpovědi na dotaz č. 23, kde kontrolujeme tep v bezvědomí. Správně odpovědělo ve skupině O 55 % a ve skupině Z 64 %. Nepovažuji tento výsledek za uspokojivý ani v jedné skupině dotazovaných, i když úspěšnější byla skupina Z. Na dotaz, co uděláme s postiženým mdlobou, odpovědělo správně ve skupině O 50 % dotazovaných, tedy polovina a ve skupině Z 73 %. Rozdílem 23% byla úspěšnější skupina Z.

Velice neuspokojivý výsledek byl u dotazu, v jakém poměru provádíme KPR u dospělého. Ve skupině O správně odpovědělo jen 10 %, ve skupině Z správně tuto otázku vyhodnotilo 37 %. Bylo by dobré zaměřit se na oblast KPR, kde jsou značné vědomostní nedostatky a to i vzhledem ke změnám poměrů KPR.

V dotazu č. 26 jsem si dala za cíl zjistit, zda respondenti rozlišují způsob provádění KPR u dítěte a zda vůbec vnímají věk zachraňovaného. Správně odpovědělo ve skupině O 35% dotazovaných a ve skupině Z 58%. Výsledek hodnotím v obou skupinách jako neuspokojivý. Dotazy z oblasti KPR dělaly oběma skupinám značné potíže.

V případě těžkého astmatického záchvatu by správně zasáhlo ve skupině O 73 % a ve skupině Z 94 % dotazovaných. Tento výsledek je uspokojivý u obou skupin.

V dotazu č. 28 jsem zjišťovala oprávněnost ukončení neúspěšného oživování, kdy skupina O odpověděla správně v 69% a skupina Z v 92%.

Na dotaz, co je autotransfuzní poloha, ve skupině O odpovědělo správně 33 % a ve skupině Z 66%. I zde jsou patrné značné nedostatky ve znalostech, zvláště pak u skupiny O.

Ve skupině O správně odpovědělo 69% dotazovaných a ve skupině Z 92% na dotaz, co je stabilizovaná poloha. Výsledek je neuspokojivý zejména u skupiny O, neboť je to poloha, která by měla být všem dobře známa.

Na dotaz, jaké informace je nutné sdělit při přivolání RZP, odpovědělo správně ve skupině O 92% dotazovaných a ve skupině Z 96%. Hodnotím výsledek přesto jako méně uspokojivý, neboť se jedná o základní informaci.

Poslední 2 dotazy měly zmapovat znalosti postupů u vytypovaných onemocnění. V případě podezření na infarkt myokardu ve skupině O by správně zareagovalo 93% a ve skupině Z 100% dotazovaných. Toto byl jeden z nejlépe zodpovězených dotazů u obou skupin. První

pomoc při epileptickém záchvatu by správně poskytlo 32% dotazovaných ve skupině O a 63% ve skupině O. Výsledek tohoto dotazu je velice neuspokojivý, zejména ve skupině O. Zřejmě u dotazovaných přežívají staré zažité postupy PP a bylo by dobré si tuto problematiku připomenout a oživit. Na poslední dotaz, který se týkal ošetření spálenin, správně odpovědělo 70% dotazových ve skupině O a ve skupině Z 94%. U skupiny O jsou ještě zřejmě zažité staré postupy při ošetření.

4.2.2. Analýza hypotéz

- Předpokládám, že úroveň teoretických odborných znalostí v dotazníku z první pomoci bude nedostačující u obou skupin, skupina zaměstnanců dosáhne vyššího hodnocení

TAB. 37: zjištěné údaje

Sledované skupiny	Počet dotazovaných	Celkový počet možných správných odpovědí odborné části testu	Skutečný počet správných odpovědí	Počet správných odpovědí vyjádřených v % z počtu možných
Skupina O	100	100 x 20 = 2000 (100%)	1041	52,00
Skupina Z	90	90 x 20 = 1800 (100%)	1254	70,00

Graf č.2

Graf správných odpovědí



Komentář : Tabulka č.37 ukazuje, že ve skupině O v počtu správných odpovědí z odborné části dotazníku první pomoci při počtu 20 dotazů a 100 dotazovaných bylo možné získat 2000 (100 %) správných odpovědí. Správně bylo zodpovězeno 1041 (52 %) dotazů a nesprávně 959 dotazů (48 %).

Ve skupině Z z možného počtu správných odpovědí z odborné části dotazníku první pomoci při počtu 20 dotazů a 90 dotazovaných bylo možné získat 1800 (100 %) správných odpovědí. Správně bylo zodpovězeno 1254 (70 %) dotazů a nesprávně 546 (30 %) dotazů.

Závěr: Hypotéza se potvrdila. Na základě výsledků jsem zjistila, že úroveň znalostí ve skupině O je 52 %, tedy značně neuspokojivý výsledek. Ve skupině Z je úroveň znalostí 70 %. Ani tento výsledek se mi nejeví jako uspokojivý. Očekávala jsem vyšší úroveň znalostí u skupiny, která v rámci svého profesního vzdělávání má ve výuce zahrnutou výuku první pomoci.

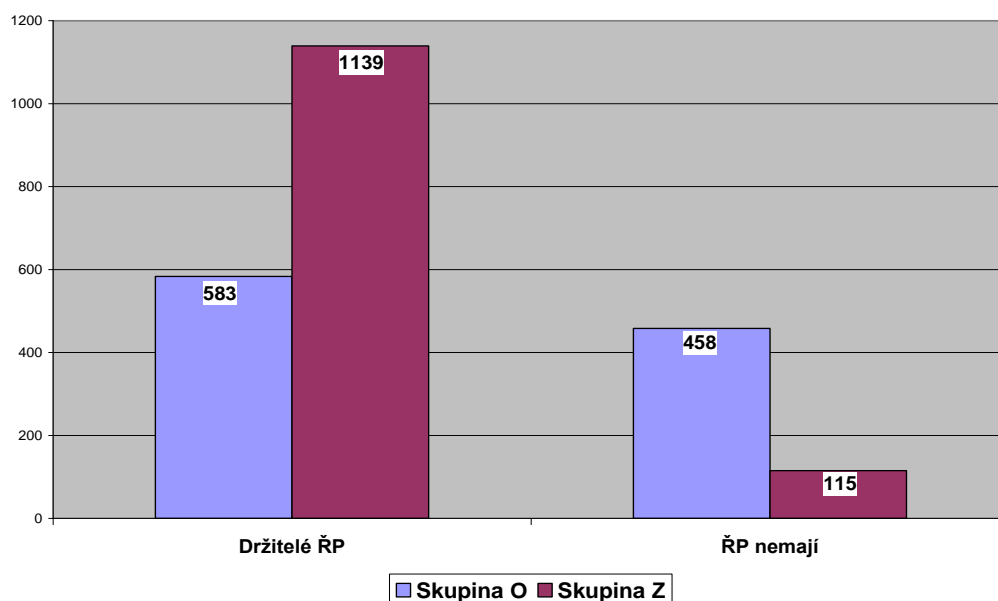
- **Předpokládám, že dotazovaní, kteří jsou majiteli řidičského průkazu, dosáhnou při zodpovídání dotazů ve znalostním testu lepších výsledků v obou skupinách.**

TAB. 38: zjištěné údaje

	Skupina O			Skupina Z		
	Počet dotazovaných	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	Počet dotazovaných	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
Držitelé ŘP	51	583	11,43	81	1139	14,06
ŘP nemají	49	458	9,35	9	115	12,78
Rozdíl			2,08			1,28

Komentář : Tabulka č.38 ukazuje rozřídění dotazovaných obou skupin, tj. skupiny O a skupiny Z, do dvou kategorií v každé sledované skupině: kategorie držitelů řidičského průkazu a těch, kteří ho nevládní.

GRAF 3 : znázornění skupin a jejich kategorií



Závěr: Hypotéza se potvrdila. Zjištěné údaje potvrzují vyslovený předpoklad v obou sledovaných skupinách. Ti kdo vlastní řidičský průkaz, mají lepší hodnocení výsledků v dotazníku než ti, co ho nevlastní. U skupiny Z je menší hodnota rozdílu zřejmě výsledkem školení první pomoci jako součásti profesního vzdělávání. U skupiny O je zřejmý přínos zdravotnické výchovy v rámci přípravy řidičů na správnost odpovědí. Kategorie držitelů řidičského průkazu ve skupině O zodpověděla o 2,08 správných odpovědí více než kategorie dotazovaných, kteří řidičský průkaz nevlastní. Ve skupině Z kategorie držitelů řidičského průkazu lépe odpovídala rozdílem 1,28 správné odpovědi než kategorie dotazovaných, která řidičský průkaz nevlastní.

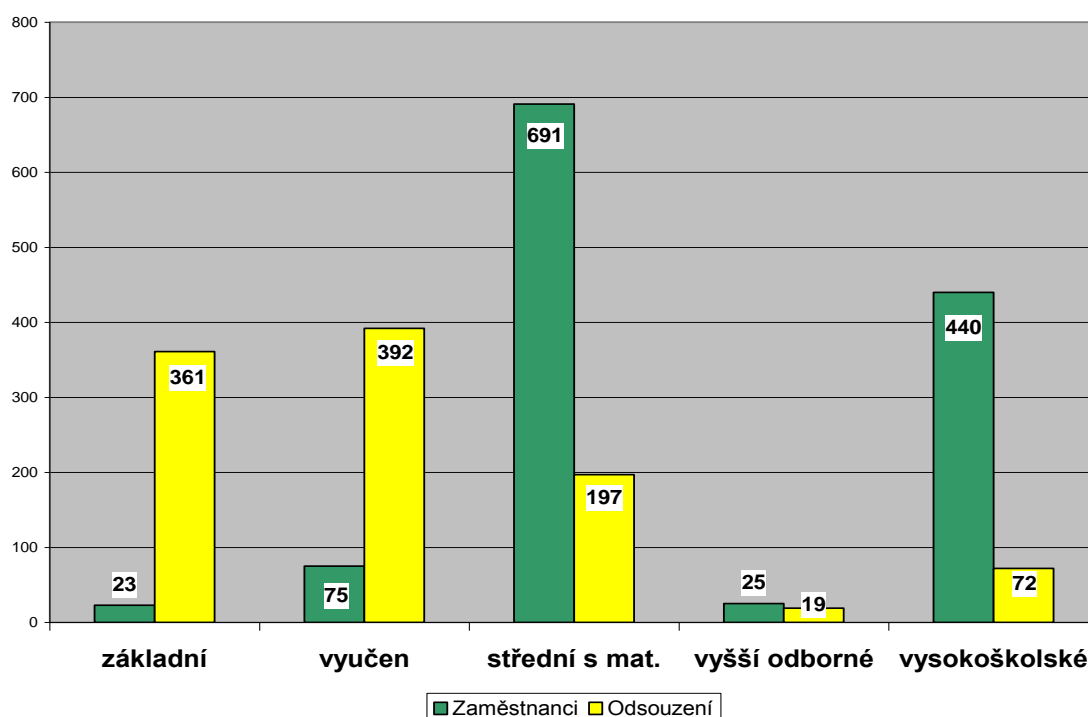
- **Předpokládám, že dotazovaní s vyšším vzděláním dosáhnou lepších výsledků u obou skupin, tedy vyššího počtu správných odpovědí.**

TAB. 39: zjištěné

	Zaměstnanci			Odsouzení		
	Počet dotazovaných	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	Počet dotazovaných	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
a základní	2	23	11,50	39	361	9,26
b vyučen	6	75	12,50	37	392	10,59
c střední s mat.	50	691	13,82	17	197	11,59
d vyšší odborné	2	25	12,50	2	19	9,50
e vysokoškolské	30	440	14,67	5	72	14,40

Komentář : Tabulka č. 39 ukazuje roztřídění skupiny O a skupiny Z do pěti kategorií podle dosaženého vzdělání. V každé kategorii byl zjištěn celkový počet správných odpovědí a průměrný počet správných odpovědí připadajících na jednoho dotazovaného.

GRAF 4: rozřídění skupin do 5 kategorií podle dosaženého vzdělání



Závěr : Hypotéza se potvrdila. Zjištěné údaje potvrzují vyslovený předpoklad v obou sledovaných skupinách, že vzdělanost má vliv na správnost odpovědí a lepší výsledky v dotazníku. Nejvýraznější rozdíl je v obou skupinách mezi kategorií se základním vzděláním a kategorií dotazovaných s vysokoškolským vzděláním. Ve skupině Z zodpověděla skupina vysokoškolsky vzdělaných více odpovědí správně, a to v průměru o 3,17 správné odpovědi na jednoho dotazovaného. Ve skupině O činí rozdíl dokonce 5,14 správných odpovědí na dotazovaného.

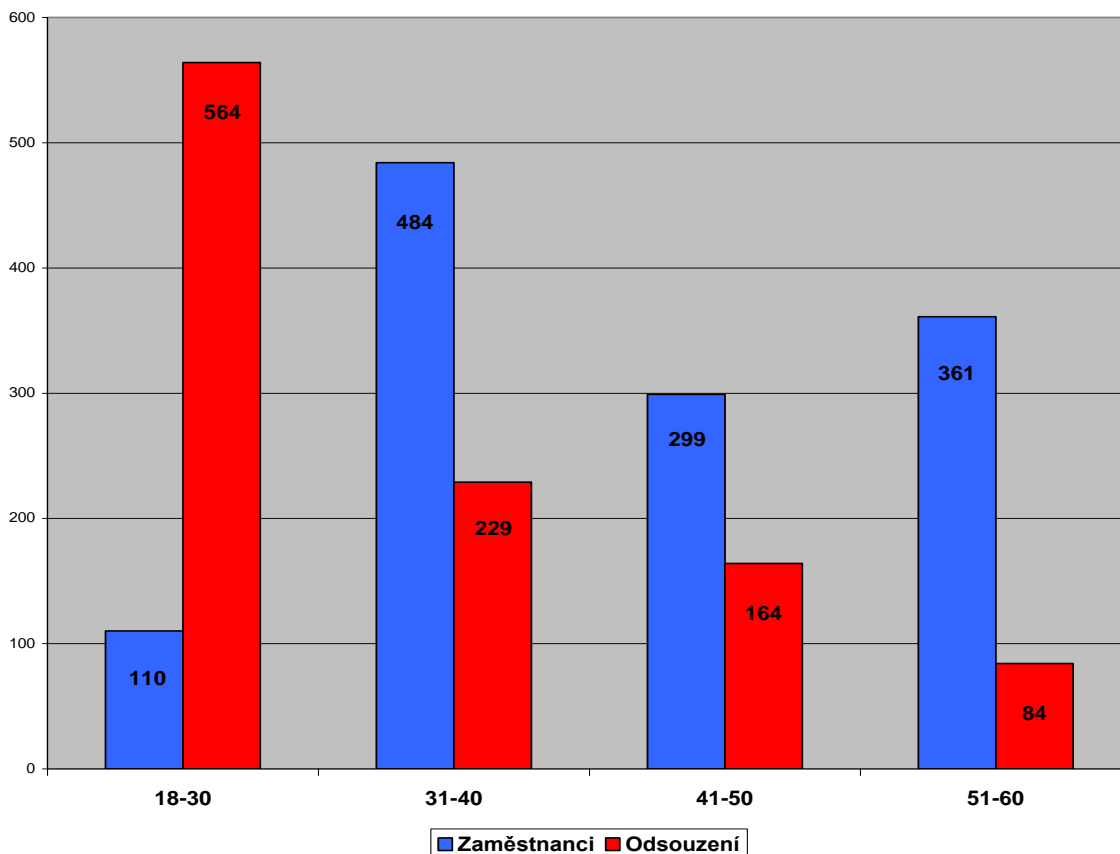
- **Předpokládám, že dotazovaní vyššího věku dosáhnou při zodpovídání dotazů v odborné části dotazníku lepších výsledků, tedy vyššího počtu správných odpovědí u obou skupin.**

TAB. 40: zjištěné údaje

		Zaměstnanci			Odsouzení		
		Počet dotazovaných	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	Počet dotazovaných	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
a	18-30	8	110	13,75	57	564	9,89
b	31-40	35	484	13,83	22	229	10,41
c	41-50	21	299	14,24	14	164	11,71
d	51-60	26	361	13,88	7	84	12,00

Komentář : Tabulka č.40 ukazuje rozřídění skupiny O a skupiny Z do 4 základních kategorií podle dosaženého věku. V každé kategorii byl zjištěn celkový počet správných odpovědí a průměrný počet správných odpovědí připadajících na jednoho dotazovaného.

GRAF 5 : rozřídění skupin do 4 kategorií podle věku



Závěr : Hypotéza se potvrdila. Zjištěné údaje potvrzují vyslovený předpoklad u obou sledovaných skupin. Věkem jedinec získává životní zkušenosti praktické i teoretické. Tyto zkušenosti se také podílejí na vyšším počtu správných odpovědí a lepších výsledků. v dotazníku. Nejvýraznější rozdíl je mezi kategorií 18 - 30 let a kategorií 51 – 60 let ve skupině Z rozdílem 2 správných odpovědí na jednoho dotazovaného. Ve skupině O mezi kategoriemi 18 – 30 let a 41 – 50 let rozdílem nepatrným-0,5 správné odpovědi.

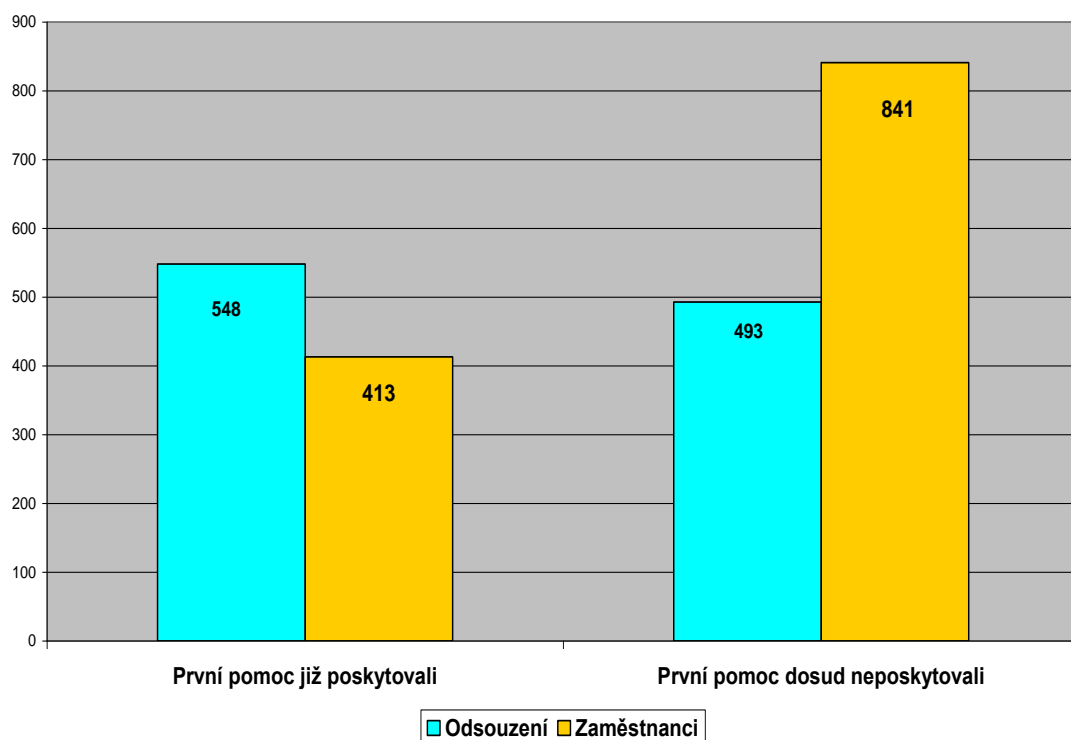
- Předpokládám, že dotazovaní, kteří již první pomoc poskytovali, budou na otázky v odborné části dotazníku odpovídat lépe a dosáhnou většího počtu správných odpovědí u obou skupin.

TAB. 41: zjištěné údaje

	Skupina O			Skupina Z		
	Počet dotazovaných	Počet správných odpovědí celkem	Průměr	Počet dotazovaných	Počet správných odpovědí celkem	Průměr
Poskytovali	50	548	10,96	28	413	14,75
Neposkytovali	50	493	9,86	62	841	13,56
Rozdíl			1,10			1,19

Komentář : Tabulka č. 41 ukazuje rozřídění skupiny O a skupiny Z do dvou kategorií v každé sledované skupině. První kategorie zahrnuje dotazované, kteří již první pomoc poskytovali, druhá kategorie je představována dotazovanými, kteří doposud první pomoc neposkytovali.

GRAF 6: rozřídění skupin do 2 kategorií



Závěr : Hypotéza se potvrdila. Stanovený předpoklad se v obou skupinách potvrdil. Kategorie dotazovaných, kteří již první pomoc poskytovali, odpovídala lépe v dotazníku a dosáhla lepších výsledků ve skupině O rozdílem 1,1 správné odpovědi od těch, kteří první pomoc neposkytovali a ve skupině Z rozdílem 1,2 správných odpovědí. Dotazovaní překonali bariery váhání poskytnout PP a určitě jí poskytnou znovu.

5. DISKUSE

Problematika laické první pomoci by měla být vlastní každému z nás. Není to jen záležitost jedince jako takového, ale celé vyspělé společnosti. Vždyť následky úrazů a nehod by mohly být mnohdy mnohem méně závažnější, kdyby v prvopočátku byla poskytnuta kvalitní první pomoc. Klíčový podíl na řešení této problematiky má bezesporu včasná a kvalitně provedená laická první pomoc, která svým zásahem mnohdy odvrací katastrofální následky na zdraví jedince. Nemalé dopady má i na snížení finančních nákladů celkové léčby a případných následků. Proto cílem mé bakalářské práce bylo zjistit stav znalostí v poskytování první pomoci a průzkum jsem uskutečnila ve věznici, kde pracuji, a zaměřila jsem se na znalosti zaměstnanců i odsouzených, tedy laické veřejnosti.

Je třeba podotknout, že výsledky se ve skupinách liší. Skupina dotazovaných O uspěla 52% správných odpovědí z celkového možného počtu správných dotazů a skupina Z 70% správností. A proč tomu tak je? Byla správnost odpovědí ovlivněna věkovým rozdílem, stupněm vzdělání, absolvováním kurzu nebo školením a nebo také tím, že už dotazovaní dříve první pomoc poskytovali? Na všechny tyto položené dotazy poukazují výsledky vyhodnocující teoretické části dotazníku, která vykazovala údaje sociometrické a názory na poskytování první pomoci (viz.tab.č.15 str.50). Dospěla jsem také k názoru, že rozdělení pohlaví na muže a ženy nemá podstatný vliv na správnou odpověď. Dále jsem se tímto dělením nezabývala.

Vzhledem k tomu, že skupina Z je profesně vzdělávána a součástí tohoto vzdělávání jsou i školení první pomoci, nehodnotím výsledek 70 % jako uspokojivý. A zde vyvstává otázka: Jsou školení první pomoci u zaměstnanců na požadované úrovni, rozsahu, četnosti a je jim věnována dostatečná pozornost ze strany vedení věznice?

Na druhou stranu překvapivý výsledek 52% správných odpovědí z celkového možného počtu 2 000 byl u skupiny O, kde jsem očekávala značné nedostatky.

Analýza teoretické odborné části (viz tab.č.36 .na str. 63, graf 1, str.64.) poukázala na lepší výsledky u skupiny Z, kde maximálního počtu 20 správných odpovědí dosáhl jeden dotazovaný a nejmenší počet správných odpovědí u jednoho dotazovaného byl 8.

U skupiny O z maximálního možného počtu 20 správných odpovědí dosáhl jeden dotazovaný 17 a nejmenší počet byl 2 body u jednoho dotazovaného.

Po vyhodnocení u obou skupin jsem se zamýšlela nad tím, zda vědomosti získané na kurzech a školeních jsou na dostatečné úrovni, s možností praktického nácviku, např. KPR na

figuríně a zda jsou absolventi školení a kurzů seznamováni s novinkami v poskytování první pomoci.

V dotazech zaměřených na KPR a stav vědomí bylo zjištěno více chybných odpovědí v postupech zachraňujících život a v teoretických znalostech z této oblasti. Alarmující a neprostá neznalost byla u odpovědí týkajících se dotazů č. 16 – rozhodnutí o přivolání záchranné služby, č.17 - co je nutné zjistit u bezvládně ležícího, č. 25 - v jakém poměru provádíme KPR u dospělého a č. 26 - provádění KPR u dítěte. Znalosti týkající se obecné první pomoci jsou na vcelku dostačující úrovni, ale i tam by bylo co zlepšovat. Z odpovědí na dotaz č.33 – týká se poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu- kdy volili možnost odpovědi c), a na dotaz č. 34 - ošetření popálenin- vybrali odpověď a), vyplývá, že v podvědomí dotazovaných, zejména starší generace přežívají zažitá staré postupy.

Za poměrně povzbudivé považují odpovědi u dotazů č. 22 – druhy krvácení, č. 27-jak naloží dotazovaní s astmatikem v těžkém záchvatu, č. 31- podání informací RZP a č. 32- poskytnutí první pomoci při podezření na IM.

Na dotaz č. 15 -znalost telefonního čísla RZS- odpovědělo správně ve skupině O 89 % a ve skupině Z 86% dotazovaných. Přesto tento výsledek hodnotím jako neuspokojivý, neboť se jedná o informaci, kterou by měl znát každý. Také odpověď na dotaz č.30- co je stabilizovaná poloha a jak je zraněný v této poloze uložen- hodnotím jako neuspokojivou.

Nedostačující úroveň teoretických odborných znalostí obou skupin se potvrdila, přičemž vyššího počtu správných odpovědí dosáhla skupina Z. (viz tab.č.37. graf 2, str.69.)

Předpokládala jsem, že držitelé řidičského průkazu dosáhnou lepších výsledků v odborné části dotazníku. Moje hypotéza se rovněž potvrdila. Lepší výsledky v dotazníku byly zřejmě ovlivněny školením první pomoci, které je součástí výuky kurzu k získání řidičského oprávnění. Tito dotazovaní by měli umět první pomoc poskytnout. (viz tab.č.38, graf.3. str.70)

Hypotéza, která měla potvrdit, že dotazovaní s vyšším stupněm vzdělání při zodpovídání dotazů v odborné části dotazníku dosáhnou lepších výsledků., byla rovněž správná. Nejvýraznější rozdíl v počtu správných odpovědí je v obou skupinách mezi kategorií se základním vzděláním a kategorií s vysokoškolským vzděláním. Toto zjištění potvrzuje fakt, že vzdělání má vliv na lepší znalosti a vědomosti, tudíž i na znalosti týkající se poskytování první pomoci.(viz tab.č.39.str. 71, graf 4, str.72)

Potvrdil se také předpoklad, že dotazovaní vyšší věkové kategorie dosáhnou při zodpovídání dotazů lepších výsledků, tedy vyššího počtu správných odpovědí. Zjištěné údaje potvrzují vyslovený předpoklad a to v obou sledovaných skupinách. Nejvýraznější rozdíl je

mezi kategorií 18-30 let a kategorií 41-50 let ve skupině O a ve skupině Z mezi kategorií 18-30 let a 51-60 let v počtu správných odpovědí na dotazovaného. Myslím si, že dotazovaní vyššího věku mají více znalostí a životních zkušeností. (viz tab.č.40, str.72, graf 5, str.73.) Stejně tak se potvrdilo, že dotazovaní, kteří již někdy první pomoc poskytovali, budou na dotazy v odborné části odpovídat lépe a dosáhnou většího počtu správných odpovědí než ti, kteří doposud první pomoc neposkytovali. Myslím si, že dotazovaní se zkušenostmi v poskytování první pomoci dokáží pohotověji reagovat v dané situaci. (viz tab.č.41 str.74. graf 6. str.74)

Pravda je ta, že na stavu znalostí se velkou měrou podílí opakované a systematické proškolení první pomoci, kdy je možnost si názorně vyzkoušet některé postupy a seznámit se s novinkami v této oblasti.

6. ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem si dala za úkol zmapovat podstatnou, ale přitom veřejností tolik opomíjenou oblast, jakou je znalost první pomoci, u zaměstnanců vězeňské služby a odsouzených. Problematika laické první pomoci je téma velmi rozsáhlé a cílem mé závěrečné práce bylo zjistit úroveň znalostí v poskytování první pomoci, zejména u stavů ohrožujících život.

U skupiny zaměstnanců, která je školená a připravována systematicky na poskytování první pomoci, jsem předpokládala, že úroveň by měla být oproti skupině odsouzených vysoká. Na druhou stranu mě ale zajímaly vědomosti a zkušenosti v poskytování první pomoci u tak specifické skupiny, jakou jsou odsouzení. Také jsem mapovala všeobecné údaje dotazovaných a jejich názory na první pomoc.

Po vyhodnocení obou sledovaných skupin jako dvou celků mohu zcela jednoznačně konstatovat, že skupina dotazovaných, u které je školení první pomoci součástí profesního vzdělávání, má výrazně lepší výsledky ve většině odborných otázek. Prokazuje se tak opodstatnění důležitosti soustavného, systematického zdravotnického vzdělávání v poskytování první pomoci. Současně však nelze opominout ten fakt, že menší úspěšnost v zodpovídání měly u některých otázek obě sledované skupiny. Je tedy stále co zlepšovat a zdokonalovat. Rezervy se projeví zvláště u znalostí souvisejících s dovednostmi při poskytování první pomoci.

Laická pomoc je bezesporu velice důležitým a klíčovým článkem v poskytování první pomoci, od níž se odvíjí další osud postiženého. Časový úsek, ve kterém je možné zachránit život postiženého, je velmi krátký a včasná základní resuscitace provedená účastníky přímo na místě nehody je tedy rozhodující pro navrácení jedince do života a je důležitým činitelem přežití v naléhavé situaci, podstatně zvyšujícím šanci na život.

Stále nové a nové poznatky v medicíně, související s poskytováním první pomoci a postupy při akutních stavech ohrožujících život, v neposlední řadě i seznamování široké veřejnosti s nimi prostřednictvím kurzů a školení, jsou možnostmi jak zlepšit stávající situaci. Záleží na nás všech, jakým způsobem se k této problematice postavíme.

Prodělaná školení první pomoci bez pravidelného soustavného opakování a prohlubování znalostí nemají patřičný a adekvátní efekt.

Na základě shora uvedených faktů a dále na základě výsledků výzkumu v mé závěrečné práci bych chtěla apelovat na ředitelství VS ČR, že by měla nadále své zaměstnance motivovat a požadovat od nich základní znalosti z první pomoci, jež jsou součástí jejich

profesního vzdělávání. Velký důraz bych doporučovala klást na účast na školeních první pomoci v rámci bojové přípravy a pracovního školení civilních zaměstnanců, kde by bylo možno zjištěné nedostatky v poskytování první pomoci řešit. Dále bych doporučovala klást důraz na kvalitu výuky a její vlastní provedení, kdy zajištění vhodných a pomůcek, umožní školícímu názorné předvedení a simulaci různých stavů. Velký důraz bych kladla též na možnosti prakticky si vyzkoušet všechny naučené dovednosti a nácvik kardiopulmonální resuscitace na cvičné figuríně. Tato školení by se měla stát stěžejním momentem k získání informací v poskytování první pomoci, seznamování se s novinkami souvisejícími s poskytováním první pomoci zaměstnanci vězeňské služby a prohlubování již získaných znalostí. Pro mladistvé odsouzené bych doporučovala zavést kurz první pomoci jako součást výuky ve školícím středisku, pro ostatní odsouzené v rámci resocializačního programu a různých edukačních aktivit zahrnout školení první pomoci do osnov. Hlavní podíl na těchto edukacích by mělo mít zdravotní středisko věznice. Výuku a školení by měl provádět erudovaný zdravotnický personál (lékaři a sestry), který by se též v poskytování první pomoci stále vzdělával a školil formou praxe a stáží na střediscích záchranné služby a dále tyto poznatky předával zaměstnancům věznice, ale i odsouzeným.

Věřím, že zjištěné poznatky obsažené v mé závěrečné práci mohou k dosažení optimálního stavu pomoci.

Resumé

Autor : Helena Kubíková

Aby první pomoc nebyla poslední...

Laická první pomoc se zaměřením na zaměstnance Vězeňské služby a odsouzené.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit u zaměstnanců a odsouzených v této věznici úroveň znalostí v poskytování první pomoci – zejména u stavů ohrožujících život člověka, podhalit nedostatky v této oblasti a navrhnout možná řešení.

Ke zjištění stavu znalostí jsem zvolila výzkum formou dotazníků a dotazy v něm obsažené jsem sestavila za pomoci literatury určené pro poskytování první pomoci laickou veřejností.

Výsledky výzkumu poukázaly u obou dotazovaných skupin na ten fakt, že teoretické znalosti v poskytování první pomoci laiky je třeba neustále prohlubovat, seznamovat je s novinkami a motivovat je tak, aby se jim poskytnutí první pomoci jevilo nejen jako zákonem stanovená povinnost, ale i povinnost morální.

Summary

Author: Helena Kubíková

So the first aid isn't the last one...

The non-professional first aid the public with specialization for the employees of prison service and the prisoners .

The aim of my bachelor's work was to study the employees and convicts in this prison and their level of knowledge in giving the first aid – especially in life threatening situations.

I would like to find the problems in this matter and suggest possible solutions.

For finding the level of knowledge I decided to use a questionnaire. I formed the questions using the specialized literature providing non-professional first aid by the public.

The results showed that both enquired groups need to boost their theoretical knowledge and that they need to get more information. Also the right motivation should be used to encourage a moral duty for helping others.

Translate : Petra Hokešová

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) RICHARDS, A., EDWARDS S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. s.28-30. ISBN 80-247-0932-5.
- 2) BERÁNKOVÁ, M., FLEKOVÁ, A., HOLZHAUSEROVÁ, B. *První pomoc pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2002.s.13.,s.15-19.,s.21., s.23-26.,s.56-57.,s.63.,s.75.,s.63.,s.75.,s.86s.,s.88-90s.,s.92s. ISBN 80-86073-0.
- 3) BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*. Druhé přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. s.9., s.13-14.,s.16-18.,s.22-23. ISBN 80-247-0681-0.
- 4) ČRR . Novinky v resuscitaci - Doporučené ERC pro resuscitaci 2005, *Zdravotnické noviny. Mladá fronta, č. 50, 2005.ročník 54 s. 10-11.*
- 5) EVANS, T. R. . *ABC o resuscitaci*. České Budějovice: DONA,1992.s1. ISBN 80-85-463-10-5.
- 6) ERTLOVÁ. F., MUCHA, J. A KOLEKTIV AUTORŮ. *Přednemocniční neodkladná péče*. Brno, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004.s.13.,s.158-159.,s.195.,s.202-203.,s.205.,s.216.,s.305-306.ISBN 80-7013-379-1.
- 7) FRČKOVÁ, M.,FIŠEROVÁ. J. *Odborný časopis Sestra, 2005*. Mladá Fronta, a. s.2005.s.22.,24. ISSN 1210-0404.
- 8) POČTA, J. A KOLEKTIV. *Kompendium neodkladné péče*. Praha: Grada Publishing, 1996. s.47-49., s.59. ISBN 80-71-69-145-3.
- 9) *Trestní zákon č. 140/1961 Sb., v platném znění.*

8. PŘÍLOHY

Seznam příloh :

- Příloha č.1 Dotazník
- Příloha č.2 Seznam použitých zkratk v práci
- Příloha č. 3 Obrázky

Příloha č. 1 Dotazník

Dotazník zjišťující úroveň znalostí v poskytování první pomoci ve věznici .

Vážení,

dovoluji si Vás oslovit a požádat o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zjistit Vaše názory a úroveň teoretických znalostí v oblasti první pomoci. Byla bych Vám vděčná, kdybyste čerpali z vlastních znalostí a zkušeností a pracovali samostatně.

Dotazník je anonymní. Vámi vybranou odpověď, prosím, zakroužkujte. Doba určená k vyplnění dotazníku je 30 minut.

V případě nejasností v uvedených otázkách kontaktujte telefonní číslo 253 a nebo zdravotní středisko ve věznici.

Tento dotazník slouží jako podklad pro vypracování mé bakalářské práce. Předem Vám děkuji za Vaši ochotu ke spolupráci Váš čas a navrácení dotazníku.

Helena Kubíková
všeobecná zdravotní sestra
bakalářské studium
ošetřovatelství
Lékařská fakulta UK Hradec Králové

DÉLKA DOBY TRESTU u odsouzených : a) do 1 roku

b) 1 – 4 roky

c) 5 – 9 let

d) 9 – více let

6) JSTE DRŽITEL(KA) ŘIDIČSKÉHO PRUKAZU:

ANO

NE

7) POSKYTOVAL(A) JSTE NĚKDY PRVNÍ POMOC?

ANO

NE

V případě, že ano, popište stručně situaci

.....

8) POSKYTOVAL(A) JSTE DOSUD PRVNÍ POMOC U LEHČÍCH AKUTNÍCH STAVŮ (zlomeniny, mírnější popálení, krvácení...)?

ANO

NE

9) PROVÁDĚL(A) JSTE NĚKDY RESUSCITACI(OŽIVOVÁNÍ) ?

ANO

NE

10) ABSOLVOVAL(A) JSTE NĚKDY ŠKOLENÍ PRVNÍ POMOCI?

ANO

NE

Pokud ano, tak jaké:.....

11) MĚL(A) BYSTE ZÁJEM ABSOLVOVAT KURZ PRVNÍ POMOCI?

ANO

NE

12) VYZKOUŠEL(A) JSTE SI PRAKTICKY ULOŽENÍ ZRANĚNÉHO DO STABILIZOVANÉ POLOHY?

ANO

NE

13) VYZKOUŠEL(A) JSTE SI KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSITACI NA FIGURÍNĚ?

ANO

NE

14) CO POVAŽUJETE ZA HLAVNÍ DŮVOD NEPOSKYTNUTÍ PRVNÍ POMOCI?

- a) strach
- b) nedostatečná znalost první pomoci
- c) lhostejnost
- d) obava z nakažení infekční nemoci
- e) jiné – konkretizujte.....

B / Odborná část - zahrnuje teoretické znalostí z první pomoci

15) TELEFONNÍ ČÍSLO ZÁCHRANNÉ SLUŽBY :

a) 156 / 888

b) 150 / 165

c) 155 / 112

d) 159 / 111

16) ZDRAVOTNICKOU ZÁCHRANNOU SLUŽBU PŘIVOLÁTE:

- a) u dospělých ihned po zjištění stavu dýchání a hloubky bezvědomí a u dětí cca 1 minutu po zahajování oživování
- b) u dětí i u dospělých ihned po jejich nález
- c) u dospělých zhruba po 10 minutách a u dětí po 5 minutách oživování

17) POSTIŽENÝ LEŽÍ BEZVLÁDNĚ NA ZEMI, CO JE TŘEBA ZJISTIT?

- a) stav jeho vědomí
- b) zdali dýchá
- c) zdali má zachován tep

18) POČET DECHŮ A TEPŮ ZA MINUTU U DOSPĚLÉHO ČLOVĚKA JE :

- a) 12 – 16 dechů / 60 – 80 tepů
- b) 18 – 20 dechů / 50 – 70 tepů
- c) 10 – 12 dechů / 100 -120 tepů

19) POD POJMEM ŠOK ROZUMÍME :

- a) Elektrický výboj při dotyku povrchu těla s vodičem jednosměrného nebo střídavého proudu
- b) Akutní oběhové selhání vedoucí k nedostatečnému prokrvení tkání
- c) Náhlý vážný psychický stav

20) TLAKOVÝ BOD JE MÍSTO, VE KTERÉM LZE STISKNOUT TEPNU :

- a) na kterémkoliv místě v jejím průběhu
- b) pod ranou
- c) proti kosti

21) O ŽILNÍ KRVÁCENÍ SE JEDNÁ, K DYŽ JE :

- a) krev světle červená a vytéká z rány
- a) krev světle červená a vystřikuje z rány
- b) krev tmavě červená a vytéká z rány

22) KRVÁCENÍ PODLE DRUHU DĚLÍME NA :

- a) žilní, tepenné a vlásečnicové
- b) velké, střední, malé
- c) závažné a nezávažné

23) U POSTIŽENÉHO V BEZVĚDOMÍ KONTROLUJEME TEP :

- a) na zápěstí
- b) na krčních tepnách, v tříselech
- c) na spánku

24) POSTIŽÉHO MDLOBOU :

- a) se snažíte postavit
- b) poléváte ho studenou vodou
- c) posadíte ho a zajistíte mu přísun čerstvého vzduchu
- d) necháte ho ležet na zádech a zvednete mu dolní končetiny

25) RESUSCITACI U DOSPĚLÉHO ČLOVĚKA PROVÁDÍME V POMĚRU :

- a) 5 : 15 b) 1 : 20 c) 1 : 5 d) 2 : 15

26) RESUSCITACI U DÍTĚTE PROVÁDÍME V POMĚRU :

- a) 5 : 15 b) 1 : 20 c) 1 : 5 d) 2 : 15

27) U ASTMATIKA S TĚŽKÝM ZÁCHVATEM DUŠNOSTI PROVEDETE NÁSLEDUJÍCÍ:

- a) položíte jej na záda, zvednete dolní končetiny a zahájíte dýchání z úst do úst
- b) posadíte jej, přivoláte zdravotnickou záchrannou službu, podáte spreje s lékem na zlepšení dýchání (Berodual, Berotec, Atrovent, astmatici je mají u sebe)
- c) okamžitě s ním jdete k obvodnímu lékaři

28) KDY JE LAICKÝ ZACHRÁNCE OPŘÁVNĚN UKONČIT NEÚSPĚŠNÉ OŽIVOVÁNÍ?

- a) po dvaceti minutách
- b) po dvaceti minutách u dospělých a po čtyřiceti minutách u dětí
- c) pouze při vlastním vyčerpání nebo po předání oživování lékaři

29) AUTOTRANSFUZNÍ POLOHA JE :

- a) poloha na zádech s podloženou hlavou
- b) poloha na břiše s pokrčenými dolními končetinami, horní končetiny jsou pod hlavou
- c) poloha vleže na zádech se zdviženými dolními končetinami

30) STABILIZOVANÁ POLOHA JE :

- a) na boku, s pokrčenou dolní končetinou, horní spodní končetina je natažená, paže je podložená pod obličej
- b) na břichu, hlava je stočená na stranu a to proto, aby nedošlo k vdechnutí zvratků, obě horní končetiny jsou podél trupu
- c) pacient leží na zádech, dolní končetiny jsou ve zvýšené poloze

31) ČLOVĚK, KTERÝ PŘIVOLÁVÁ RYCHLOU ZDRAVOTNICKOU POMOC, MUSÍ PODAT CO NEJKLIDNĚJI NÁSLEDUJÍCÍ INFORMACE :

- a) místo, odkud záchránce volá, telefonní číslo, z něhož volá, co se stalo, kolik osob potřebuje pomoc, stav jednotlivých osob, jaká první pomoc se jim poskytuje a potom zodpoví další dotazy a vyslechne instrukce
- b) místo, odkud záchránce volá, co se stalo, kolik osob potřebuje pomoc, jaká pomoc se jim poskytuje, číslo zdravotní pojišťovny a jméno obvodního lékaře
- c) místo, odkud záchránce volá, co se stalo, kolik osob potřebuje pomoc, jaká pomoc se jim poskytuje, číslo zdravotní pojišťovny a jméno obvodního lékaře, u cizince číslo cestovního pasu

32) NEMOCNÝ SI STĚŽUJE NA SILNOU PÁLIVOU SVÍRAVOU BOLEST ZA HRUDNÍ KOSTÍ, JE DUŠNÝ, MÁ STRACH ZE SMRTI, NEVOLNOSTI, MÁ BLEDOU ZPOCENOU KŮŽI.MOHLO BY SE JEDNAT O SRDEČNÍ INFARKT,POSTARÁTE SE O NĚJ TAKTO :

- a) podáte mu léky na bolest a na uklidnění a uložíte na lůžko, zajistíte dostatečný příjem tekutin, není nutné žádné lékařské vyšetření
- b) okamžitě přivoláte zdravotnickou službu, uložíte jej do polosedu, kontrolujete stav vědomí a tep, zklidníte jej, eventuelně podáte lék (Nitroglycerín, Isoket spray- kardiaci mají u sebe)
- c) počkáte, až bolest ustoupí, a poté zajdete k obvodnímu lékaři

33) U NEMOCNÉHO V EPILEPTICKÉM ZÁCHVATU SE ZTRÁTOU VĚDOMÍ A KŘEČEMI PROVÁDÍTE :

- a) nemocnému se snažíte znehybnit končetiny a podat léky na uklidnění
- b) z jeho blízkosti odstraníte vše, čím by se mohl poranit, přivoláte lékařskou pomoc, vyčkáte konce záchvatu, uložíte jej do stabilizované polohy
- c) okamžitě se mu snažíte něčím otevřít ústa a zajistit je před pokousáním jazyka a přivoláte lékařskou pomoc

34) POPÁLENINY OŠETŘÍTE TAKTO :

- a) co nejdříve namažete mastí (např. rostlinný olej, sádlo...)
- b) ihned ponoříte do čisté studené vody, event.chladíte a poté sterilně kryjete obvazem
- c) nejdříve propíchnete vzniklé puchýře a poté zasypete pudrem

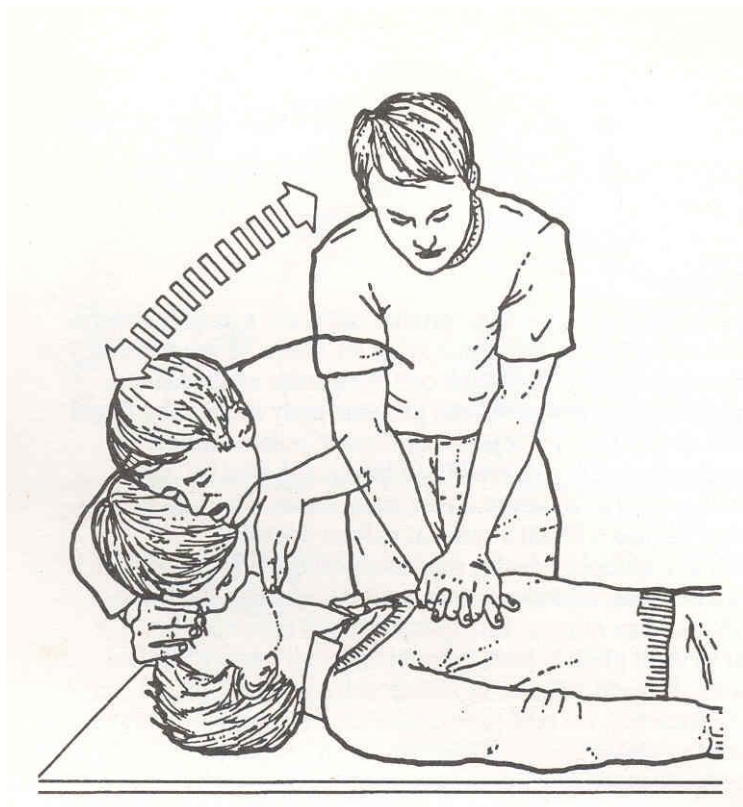
JINÉ (poznámky, dotazy, připomínky a názory k testu)

Příloha č. 2 Seznam použitých zkratk v závěrečné práci

ABC	Airway, breathing, circulation
ČRR.....	Česká rada pro resuscitaci
ČR.....	Česká republika
ČSČK.....	Československý červený kříž
ČČK.....	Český červený kříž
EKG.....	Elektrokardiograf
IM.....	Infarkt myokardu
KPR.....	Kardiopulmonální resuscitace
NR.....	Neodkladná resuscitace
PP	První pomoc
PPP.....	Poskytnutí první pomoci
RZP.....	Rychlá záchranná pomoc
VS ČR.....	Vězeňská služba
ZZS.....	Zdravotnická záchranná služba
ZS	Zdravotní středisko

Příloha č. 3

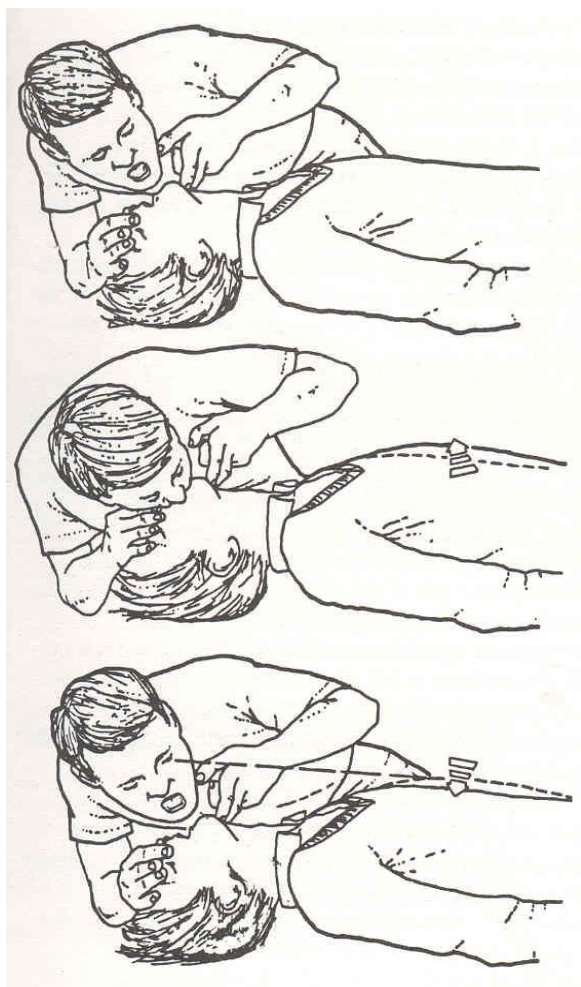
Obrázek. č. 1 – KPR prováděná jedním zachráncem



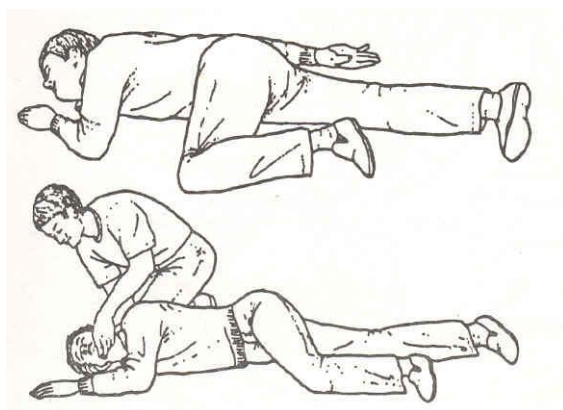
Obrázek č. 2 – KPR prováděná dvěma zachránci



Obrázek č. 3 – Dýchání z úst do úst



Obrázek č. 4 – Stabilizovaná poloha



Obrázek č. 5 – Základní tlakové body

