

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**PŘIPRAVENOST CIVILNÍHO OBYVATELSTVA POSKYTNOUT
PRVNÍ POMOC PŘI VZNIKU MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI**
DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor: Bc. Dagmar Ulbrichová

Vedoucí práce: MUDr. Dana Hlaváčková

Datum odevzdání práce: 23.5. 2011

Abstract

First aid represents the first and extremely important stage in the emergency medical procedure. The necessity to provide first aid may arise at any time as the current modern era poses numerous new risks which may cause many extraordinary events with consequences for individuals and groups of people or even for entire populations. Therefore the professional training of the population should stress first aid as it may reduce vulnerability and improve resistance of the population against extraordinary events, the number of which keeps growing.

The objective of the thesis was to assess whether the civilian population is prepared to provide first aid in case of an extraordinary event. The research methods to meet the mentioned objective and to obtain the information necessary for results processing included a questionnaire and analytical examination. The questionnaire consisted of 15 previously prepared questions. The questions in the questionnaire were divided into four parts based on specific formulated objectives. The questionnaire survey was conducted in the South Bohemian region in the town of Tábor. The target group consisted of 250 respondents of both sexes, selected at random in four different age categories. The first group of respondents consisted of respondents aged 10- 20, the second category 20- 40, the third category 40- 60 and the last one consisted of respondents over 60 years of age.

The preparedness of the population was examined at three levels, i.e. at the level of knowledge, level of emotions and experience level and the level of motivation. The formulated hypothesis: “Civilian population is ready to provide first aid in agreement with applicable first aid standards” has been confirmed only partly at those three levels. The thesis also produced some secondary results concerning assessment of vulnerability and resistance of the population during the provision of first aid under extraordinary circumstances. One of the secondary outcomes was a finding that seniors seem to be by far most vulnerable and, on the contrary, the category aged 20- 40 seems to be the most resistant. Within the possibilities and scope of my thesis I have attempted to contribute to identification of important aspects that potentially influence the willingness of people to provide first aid and to highlight the importance of first aid training.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum

Podpis studenta

Poděkování

Děkuji MUDr. Daně Hlaváčkové za její odborné vedení, ochotu, podporu a cenné rady při psaní této diplomové práce.

OBSAH

Úvod	8
1 Současný stav	10
1.1 Poskytování první pomoci	10
1.2 Historické začátky první pomoci	11
1.3 Rozdělení a druhy první pomoci.....	13
1.4 Integrovaný záchranný systém (IZS).....	14
1.5 Život zachraňující úkony	15
1.5.1 Základní postup při poskytování první pomoci laickým záchráncem	15
1.5.2 Přivolání zdravotnické záchranné služby	16
1.5.2.1 Poskytnutí první pomoci postiženému u život ohrožujících stavů	18
1.5.2.2 Bezvědomí	19
1.5.2.3 Zástava krevního oběhu a neodkladná resuscitace	19
1.5.2.4 Dušení cizím tělesem	21
1.5.2.5 Krvácení a jeho zástava	22
1.5.2.6 Šok a protišoková opatření	23
1.6 Výběr nebezpečných úrazů s možným přímým ohrožením života a jejich ošetření v rámci první pomoci	24
1.6.1 Poranění hrudníku.....	24
1.6.2 Poranění páteře	25
1.6.3 Zlomeniny	25
1.6.4 Popáleniny	26
1.7 Postup na místě nehody s větším počtem postižených	27
1.7.1 První pomoc psychická na místě mimořádné události.....	29
1.8 Nejčastější chyby, mýty a omyly o první pomoci	30

1.9	Výběr pomůcek, se kterými se může setkat laik při poskytování první pomoci	32
1.10	Standardy ve výuce první pomoci	33
1.10.1	Standardy, které jsou v současné době k dispozici.....	34
1.10.1.1	European first aid guidelines	34
1.10.1.2	Evropské referenční centrum první pomoci.....	34
1.10.1.3	Standardy první pomoci.....	34
1.10.1.4	International Liaison Committee on Resuscitation ILCOR.....	34
1.11	Český červený kříž – aktivity v oblasti poskytování první pomoci.....	35
1.12	Mimořádná událost	36
1.12.1	Výběr častých mimořádných událostí ohrožující obyvatelstvo a první pomoc	37
1.12.1.1	Dopravní nehody.....	37
1.12.1.2	Požáry	38
1.12.1.3	Povodně	39
1.12.1.4	Havárie.....	40
2	Cíl práce a stanovená hypotéza	41
3	Metodika	42
3.1	Použitá metoda šetření	42
3.2	Charakteristika cílového souboru	42
3.3	Probíhající šetření a zpracování výsledků	43
4	Výsledky.....	44
5	Diskuse	64
6	Závěr	71
7	Seznam použité literatury	73
8	Klíčová slova.....	78

9	Seznam použitých značek a zkratek.....	79
10	Přílohy.....	80

ÚVOD

Motto: „Skutečná pohroma je, když nevíte co dělat“. (Záchranný kruh)

Poskytnout první pomoc člověku v nouzi je pro většinu lidí samozřejmým počinem. První pomoc tak představuje první, nesmírně důležitý článek celého zdravotnického záchranného řetězce. (viz. Příloha č. 2) V současné době si ještě spousta lidí myslí, že v případě vzniku akutního onemocnění nebo úrazu je za pomoc zodpovědná zdravotnická záchranná služba. Neuvědomují si přitom, že správná pomoc poskytnutá v prvních minutách, může být rozhodující pro závažnost následků nemoci a úrazu nebo dokonce pro přežití. Přitom platí, že každý řetězec je tak pevný, jak pevný je jeho nejslabší článek. Nutnost poskytnout první pomoc může nastat kdykoliv, protože současná moderní doba přináší spoustu nových rizik, která mohou být příčinou celé řady mimořádných událostí s následky pro jednotlivce i skupiny lidí či celé populace. Proto v odborné přípravě obyvatel musí být kladen důraz na výuku poskytování první pomoci, neboť takováto příprava snižuje zranitelnost a zvyšuje odolnost obyvatelstva vůči mimořádným událostem, kterých stále přibývá. První pomoci na místě mimořádné události ještě vždy předchází technická první pomoc- při které se provádí vyprošťovací práce v troskách strojů a staveb, při povodních atd. Tyto práce prodlouží časový interval k poskytnutí první pomoci laické i zdravotnické, což jednoznačně zhorší prognózu celkového stavu postiženého a zejména včasnost odborného ošetření.

Krizové a traumatizující události jsou nevyhnutelnou součástí lidského života. Mnohem více lidí, než si lze představit, je každoročně vystaveno působení neštěstí, krizových událostí, přírodních i technologických katastrof, válečným konfliktům, dopravním nehodám, násilné kriminalitě, ale i migraci, nepokojům a dalším událostem, které zanechávají v lidském prožívání hlubokou stopu a téměř bez výjimky vedou rovněž ke vzniku bezprostředního či odloženého psychického traumatu. Takové traumatizující události mohou být individuální, jako těžké onemocnění, dopravní nehoda, ztráta blízkého člověka apod., ale mohou mít i charakter hromadného neštěstí. Podle příčin vzniku patří mezi takové krizové a katastrofické události hromadné povahy: přírodní katastrofy (laviny, sesuvy půdy, budov, záplavy, zemětřesení atd.),

katastrofy technické nebo způsobené lidským selháním (požáry, exploze, dopravní nehody, panika v davu atd.), záměrně způsobené katastrofy (teroristické útoky, válečné události atd.), sociální, případně zdravotní katastrofy (těžké epidemie, hromadné otravy atd.). (14) Oběti hromadných neštěstí lze klasifikovat do 6. úrovně. Oběti první úrovně jsou lidé, kteří byli v maximální míře vystaveni působení mimořádné události. Oběti druhé úrovně jsou truchlící příbuzní a přátelé. Mezi oběti třetí úrovně lze zařadit vyprošťující, zdravotnický personál. Oběti čtvrté úrovně jsou lidé v těsné souvislosti s hromadným neštěstím, to jsou ti, kteří zasáhli jako první, poskytli první pomoc, a ti, kteří nesou určitou odpovědnost. Oběti páté úrovně jsou lidé, které hromadné neštěstí uvrhlo do obtíží, i když nebyli jejími přímými účastníky. Oběti šesté úrovně jsou lidé, kteří jsou nepřímo nebo nezaviněně zúčastněni. (20)

Volba tématu diplomové práce „Připravenost civilního obyvatelstva poskytnout první pomoc při vzniku mimořádné události“ byla podmíněna také osobním zájmem, který vyplývá z pracovní profese předkladatelky. Jako absolventka studia v oboru Zdravotnický záchranář jsem měla možnost zasahovat přímo v místech některých mimořádných událostí a setkat se tak u lidí se stavy, které vyžadovaly před příjezdem zdravotnické záchranné služby poskytnutí laické první pomoci.

V této práci autorka zjišťuje, zda je civilní obyvatelstvo připraveno poskytnout první pomoc jak obecně, tak při různých typech mimořádných událostí. Důraz je přitom kladen na vědomostní, motivační a psychickou připravenost.

1 Současný stav

1.1 Poskytování první pomoci

Hlavními důvody proč poskytnout první pomoc člověku v tísni je nejen zachránit jeho život, ale i zabránit zhoršení jeho zdravotního stavu, poskytnout mu vhodné prostředí pro zlepšení stavu, předejít komplikacím, zajistit bezpečnost pro postiženého i pro zachránce. (21) Důvodem poskytnutí první pomoci jsou i etické a právní normy, které doposud kladou poskytnutí první pomoci při ohrožení života spoluobčana na první místo mezi občanskými morálními vlastnostmi. (20) Laickou první pomoc můžeme definovat jako soubor základních opatření, která mohou být poskytnuta nebo provedena při náhlém poškození zdraví. (21) Mezinárodně uznávané zásady poskytování první pomoci jsou proto vypracovány a vyučovány tak, aby tato první pomoc mohla být poskytována jednoduchými metodami, účinně, rychle a s použitím minimálních technických pomůcek. Je přirozené, že poskytnout první pomoc umí pouze ten, kdo má základní teoretické znalosti a osvojil si praktický nácvik několika algoritmů, které provádí zcela automaticky. Připravenosti a vzdělávání civilního obyvatelstva v oblasti laické první pomoci v České republice se věnuje zejména Český červený kříž. Výuku první pomoci samozřejmě poskytují i další organizace, které mají akreditaci MŠMT. (20) Pro většinu lidí je poskytnutí první pomoci v rámci vlastních možností samozřejmostí, zachránce může mít však různé osobnostní či emoční bariéry při poskytování první pomoci- a to např. strach ze smrti, který je doprovázený stresem, strach z nákazy, obava z výsledku, nedůvěra k institucím- možné následné problémy s policií, soudy, zdravotníky, právníky..., nedůvěra ve své schopnosti. Dále je třeba mít na paměti, že poskytnout první pomoc není jen věcí morálky, ale i povinností danou ze zákona. (21) Jak uvádí zákon: „*Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta. Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem*

činnosti.“ (§ 150 zákona č. 40/2009 Sb.; trestní zákoník, 25) Dále jak uvádí zákon: „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 pět let nebo zákazem činnosti.“ (§ 151 zákona č. 40/2009 Sb.; trestní zákoník, 25)

Jak uvádí Jiří Štětina: „Zkušenosti výjezdových týmů zdravotnické záchranné služby ukazují, že obecně je první pomoc na místě úrazu či onemocnění poskytována ve 22- 32% případech, v optimálním případě uvádějí statistiky 38%. Jestliže si tato ne příliš příznivá čísla promítneme ke všeobecně známému faktu, že minimálně 20% lidí, kteří v důsledku onemocnění či úrazu upadnou do bezvědomí, se udusí, máme před sebou problém, který zatím žádná společnost neumí vyřešit.“ (str. 247, 20) O to více je třeba se této skutečnosti obávat při mimořádných událostech, kterých v současné době přibývá, neboť každý život, který se jednoduchými metodami první pomoci podaří zachránit před příjezdem zdravotnické záchranné služby, je velkým úspěchem. Proto je potřeba, aby obyvatelstvo mělo, co největší znalosti o poskytování první pomoci a mohlo tak rovněž v případě mimořádné události zachránit lidské životy. (20)

1.2 Historické začátky první pomoci

Nemoc a smrt jsou neodmyslitelnými průvodkyněmi života. Pro člověka dávných dob byla náhle vzniklá nemoc nevysvětlitelným tajemstvím. S rostoucí potřebou pomoci bližnímu při ohrožení života, hledal člověk zdroje svých obtíží a pátral po jejich příčinách. Žil v přesvědčení, že se jedná o neurčité nadpřirozené síly. Příčiny nemocí tedy chápal jako nepřátelství nadpřirozených sil, jejich hněv a pomstu. Tato zjištění ho vedla k hledání pomoci a nápravy přímo u zdroje těchto nepříjemností, a to u božstev a přírody. K uzdravování volil kombinaci motliteb, tajemných obřadů, používání nejrůznějších rostlinných, živočišných, minerálních léčivých prostředků. Vzhledem k- historicky podmíněným a omezeným teoretickým představám nepatrným teoretickým představám se cílená zdravotnická pomoc dlouhou dobu omezovala především na řešení následků úrazů a poranění, které vznikly v boji. Vycházelo to zejména z lidské potřeby pomáhat raněným v bitvách a ve válkách. Dále byli

zdravotnickou pomocí pověření kněží. Za ošetřením docházeli nemocní do chrámů, zasvěcených bohům lékařství. (22) O revoluční průlom v poskytování první pomoci se zasloužila mezinárodní organizace Červeného kříže. Rozhodující náplní Červeného kříže se stalo ošetřování zraněných. K praktickému využití doporučených postupů a zdokonalení profesionálních zdravotníků, došlo zejména v průběhu obou světových válek. (7).

Mezi významné průkopníky poskytování první pomoci zcela jistě patří Dominique Jean Larrey, Nikolaj Ivanovič Pirogov, Florence Nightingalová, Jean Henri Dunant. D. J. Larrey (1766- 1842) byl francouzský vojenský lékař- Napoleonových vojsk, zakladatel akutní válečné medicíny. Jako vojenský chirurg se zabýval vylepšením organizace vojenské zdravotní služby a vypracoval roku 1793 ideu „ambulance volante“, neboli mobilní ambulance. Myšlenka vycházela z jeho osobního pozorování, že voják ošetřený brzy po zranění má mnohem větší šanci na přežití, než voják, který je léčen až po mnoha hodinách. Také si všiml, že velká ztráta krve je velmi významné zranění, a proto kladl důraz na okamžité zastavení krvácení. Za tímto účelem navrhl sanitní vůz taženým koněm, který by vyjížděl ještě v průběhu boje na bojiště. Tam personál ošetřoval raněné a zajistil transport imobilních do lazaretu, který byl umístěn hned za bojištěm. Toto bylo zcela jistě nové revoluční pojetí organizace lékařské polní služby, protože do té doby byly lazarety umístěny v hlubokém zázemí a byly proslulé svými špatnými léčebnými výsledky, které ve většině případů souvisely s pozdním léčebným zásahem. (28) Nikolaj Ivanovič Pirogov (1810- 1881) byl lékař, který se intenzivně zabýval výzkumem v léčení cholery. (36) Jako vojenský lékař se zúčastnil tzv. krymské války (1853-1856), kde se mu podařilo odborně vyškolit 30 ruských dobrovolných ošetřovatelek. (22) Po návratu z krymské války vydal svoje nejznámější dílo „Válečná chirurgie“. N. I. Pirogov především zdůrazňoval, že je třeba zranění léčit podle druhu zbraně, upozorňoval, že nestačí raněné jen ošetřovat, ale zároveň je v pořádku z bojiště transportovat. Jako první navrhl nutnost třídění raněných na obvazistích. Ke znehybnění končetin používal sádrové obvazy a snažil se bojovat proti předčasným amputacím. Ruský červený kříž uděluje medaili, která nese Pirogovo jméno. (36) Florence Nightingalová (1820- 1910) byla průkopnice moderní

ošetřovatelské péče a zakladatelka první školy pro výcvik ošetřovatelek. Florence Naghtingalová odešla do krymské války, aby zde zorganizovala ošetřovatelskou službu pro raněné britské vojáky. (33) Na pomoc raněným se jí podařilo zorganizovat odborný výcvik a zaškolení prvních 37 žen. Pro západní frontu krymské války poté vyškolila a osobně řídila 150 ošetřovatelek. (22) Tímto jednoznačně přispěla ke zkvalitnění péče o raněné vojáky. Základem úspěchu její práce bylo především bezpodmínečné dodržování hygieny v nemocnicích a lazaretech, pravidelné větrání, vydatné jídlo a vhodné osvětlení. Díky jejím zásahům byla snížena úmrtnost z 42% na pouhé 2%. J. H. Dunant (1828- 1910) byl švýcarský spisovatel, spoluzakladatel Mezinárodního Červeného kříže, iniciátor Ženevské konvence a nositel Nobelovy ceny za mír z roku 1901. J. H. Dunant byl svědkem krvavé bitvy u Solferina a na základě svých dojmů napsal v roce 1862 knihu: „Vzpomínky na Solferino“. Navrhl založit mezinárodní organizaci na pomoc všem raněným vojákům a uzavřít mezinárodní dohodu o jejich ochraně. (34) Takto byly položeny základy poskytování první pomoci a zdravotnické ochrany obyvatelstva, z nichž se vychází dodnes.

1.3 Rozdělení a druhy první pomoci

Definice: První pomoc je soubor jednoduchých a účelných opatření, jejichž cílem je záchrana života nebo zdraví u lidí postižených úrazem či náhlou poruchou zdraví. Nebo lze také říci, že se jedná o zásah a opatření poskytnutá postiženému s jakýmkoliv poraněním nebo náhlým zhoršením zdravotního stavu kdekoliv a kdykoliv do příjezdu kvalifikovaného zdravotníka. (10). Základní principy poskytování první pomoci lze uplatnit při záchraně jednotlivce i skupin postižených. První pomoc se v praxi rozděluje na technickou první pomoc a zdravotnickou první pomoc. Záleží přitom na způsobu a nutnosti provedení výkonů na místě vzniklé nehody. Technická první pomoc je vysoce specializovaný typ první pomoci, jejímž cílem je zajistit přístup k postiženému člověku a zajištění bezpečnosti místa, kde se bude zdravotnická první pomoc zraněnému člověku poskytovat. Zpravidla se technická první pomoc poskytuje v případech nejrůznějších úrazů a všude tam, kde je zapotřebí např. vyprostit postiženého zaklíněného ve vozidle nebo při závalu ve výkopu apod. Ve většině případů

technická první pomoc předchází provedení zdravotnické první pomoci. (40) Zdravotnická první pomoc se rozděluje na předlékařskou první pomoc a lékařskou první pomoc. Do předlékařské první pomoci lze zahrnout svépomoc a vzájemnou pomoc, základní první pomoc vyškoleným záchranářem, první pomoc poskytnutou zdravotní sestrou, zdravotnickým záchranářem. Lékařská první pomoc je obvykle prováděna lékařem zdravotnické záchranné služby na místě příhody. (10)

1.4 Integrovaný záchranný systém (IZS)

Poskytování pomoci lidem zasaženým mimořádnou událostí (včetně předlékařské a lékařské první pomoci) vyžaduje profesionální koordinaci všech záchranných činností v místě mimořádné události. V českých podmínkách je tento požadavek zajištěn především zákonem č. 239/2000 Sb; o integrovaném záchranném systému. Integrovaným záchranným systémem se rozumí koordinovaný postup jeho složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací. IZS zajišťuje spolupráci mezi záchrannými, pohotovostními a odbornými složkami státní správy a samosprávy, fyzických a právnických osob při likvidaci havárií, hromadných neštěstí a katastrof, s hromadným výskytem postižených a těžkých ztrátách na majetku. Mezi základní složky IZS patří zdravotnická záchranná služba, Hasičský záchranný sbor a Policie České republiky. Zdravotnická záchranná služba zodpovídá za poskytnutí zdravotnické odborné první pomoci a ošetření postižených, zajištění základních životních funkcí, třídění raněných a jejich transport do zdravotnického zařízení. Linka tísňového volání pro zdravotnickou záchrannou službu je 155. Hasičský záchranný sbor prozkoumává prostor vzniklé havárie, zjišťuje, zda nebudou ohroženy životy záchranářů, poskytuje technickou první pomoc- vyprošťování raněných ad. Linka tísňového volání pro hasičský záchranný sbor je 150. Policie České republiky uzavírá místo nehody, řídí bezpečnost v místě nehody, zabezpečuje ochranu majetku v místě události a identifikuje postižené. Linka tísňového volání pro Policii ČR je 158. Pro okamžité vyrozumění všech tří základních složek IZS najednou lze využít jednotné evropské číslo tísňového volání 112. Mezi ostatní složky IZS patří například zdravotnická brigáda kynologů, vodní záchranná služba či Český červený kříž.

Zdravotnická brigáda kynologů spolupracuje při vyhledávání postižených a mrtvých zejména při hromadných neštěstích. Vodní záchranná služba zajišťuje záchranu tonoucích, vyhledávání utonulých. Všechny tyto složky jsou schopny poskytovat předlékařskou první pomoc na vysoké úrovni. (12)

1.5 Život zachraňující úkony

Život zachraňující úkony lze charakterizovat jako soubor činností, které provádí zachránce v případě bezprostředního ohrožení života jedince. V těchto případech totiž pouze rychlý a účelný zásah druhé osoby rozhoduje o přežití postiženého člověka. Mezi život zachraňující úkony patří: přivolání zdravotnické záchranné služby, péče o postiženého v bezvědomí, kardiopulmonální resuscitace, protišoková opatření, zástava masivního krvácení a ošetření závažných úrazů. (18)

1.5.1 Základní postup při poskytování první pomoci laickým zachránce

V případě, že došlo k náhlé, nečekané situaci, která vyžaduje poskytnutí první pomoci, jsou pro laického zachránce důležité 3 body, kterými by se měl při poskytování první pomoci řídit. Prvním důležitým krokem je zastavit se na místě události a nechat si 10- 20 vteřin na „rozmyšlení“ Co se stalo? Jak se stalo? Proč se stalo? Kde jsem? Kolik je postižených na místě nehody? Základem je snažit se nechovat zbrkle, ale obhlédnout situaci, zhodnotit rizika, která by mohla hrozit postiženému i zachránci a rozmyslet si další postup. Druhým důležitým krokem je samotné jednání. To znamená přivolat pomoc, samozřejmě zdravotnickou záchrannou službu, ale i sousedy, kolemjdoucí, kolegy, úplně kohokoliv, kdo může v dané situaci také pomoci. Dále musí zachránce eliminovat hrozící rizika, podle příčiny příhody, například u dopravní nehody automobilu musí označit místo dopravní nehody pomocí výstražného trojúhelníku, rozsvítit výstražná světla, vypnout zapalování v havarovaném vozidle, zajistit havarované vozidlo proti pohybu ruční brzdou a další podobné kroky. U nehod způsobené jinou příčinou musí zachránce například vypnout proud, vyvětrat dým atd. Poté může přistoupit k poskytnutí první pomoci postiženému. Posledním důležitým

krokem je zhodnotit stav postiženého, provést prvotní základní vyšetření a ošetřit kritický stav. Do základního vyšetření prováděného laikem patří ověření stavu základních životních funkcí, to znamená zjistit výskyt závažného krvácení, stav vědomí, stav dýchání. Poté je třeba začít řešit život bezprostředně ohrožujících komplikací a provést zástavu krvácení, uvolnění dýchacích cest a neodkladnou resuscitaci. (6)

1.5.2 Přivolání zdravotnické záchranné služby

Přivolání zdravotnické záchranné služby je neoddělitelnou součástí laické první pomoci. Zdravotnickou záchrannou službu je nutné zavolat vždy, pokud je člověk svědek náhlého a neočekávaného zhoršení zdravotního stavu pacienta, závažného úrazu nebo děje, který zřejmě bude mít za následek úraz nebo jiné poškození zdraví. Zdravotnickou záchrannou službu je zapotřebí volat i tehdy, pokud si svědek jakékoliv takové události není jistý, zda se o takový stav jedná. Na zdravotnické záchranné službě pracují kvalifikovaní pracovníci- dispečeri, kteří zachránci pomohou danou situaci posoudit a najít nejoptimálnější řešení. Zdravotnickou záchrannou službu lze bezplatně volat ze všech pevných linek i mobilních telefonů na lince tísňového volání 155. Je možné použít také evropské tísňové číslo 112. Toto telefonní číslo je obsluhováno v tzv. centru tísňového volání umístěném na operačním středisku hasičského záchranného sboru, kde dispečer po zjištění základních informací a požadavku na zdravotnickou první pomoc hovor přepojí na dispečink zdravotnické záchranné služby. Samozřejmě v tomto případě vždy dojde k menšímu či většímu zdržení a za určitých okolností může dojít i ke zkreslení původních informací. Proto číslo 112 je určeno především pro cizince, kteří neznají národní tísňová telefonní čísla nebo pro občany, kteří z jakéhokoliv důvodu národní tísňová telefonní čísla volat nemohou. Jedná se například o případy, kdy mobilní operátor volajícího nemá v daném místě pokrytí. Jestliže je na místě události pokrytí jakéhokoliv jiného operátora, poté je možné volat tísňové číslo 112 z libovolného mobilu, a to i bez použití SIM karty. Toto číslo lze s výhodami využít i v případech mimořádných událostí, kdy je předpoklad zásahu celého IZS nebo v místech s nejistou lokalizací události v terénu, neboť celý systém dokáže volajícího přesně lokalizovat. Využití národního čísla tísňového volání 155 pro přivolání

zdravotnické záchranné služby má rovněž svá základní pravidla. Po zavolání na toto tísňové číslo si zdravotní sestra na dispečinku ověří na displeji číslo, z něhož zachránce volá a vyžádá si- adresu, eventuelně popis místa, kam je zapotřebí posádku zdravotnické záchranné služby poslat. Technologické vybavení moderních zdravotnických operačních středisek umožňuje předat informace posádce zdravotnické záchranné služby datovým nebo fonickým nebo jiným přenosem, bez nutnosti přerušit hovor s volajícím. To v praxi znamená, že zatímco hovor s volajícím pokračuje, posádka zdravotnické záchranné služby je již na cestě na místo zásahu. (6) Dispečerka zdravotnického operačního střediska může na místo zásahu vyslat jeden ze tří možných týmů zdravotnické záchranné služby, a to RLP (rychlou lékařskou pomoc), RZP (rychlou zdravotnickou pomoc), LZS (leteckou záchrannou službou). Posádku rychlé lékařské pomoci tvoří lékař, zdravotnický záchranář a řidič. Posádka rychlé zdravotnické pomoci je složena ze zdravotnického záchranáře a řidiče. Posádku letecké záchranné služby tvoří lékař, zdravotnický záchranář a pilot. (12) Speciální kombinací týmu s lékařem, avšak bez možnosti transportovat pacienta, tvoří tzv. rendez vous systém, kdy se lékař setká na místě události s posádkou RZP, která je schopná pacienta po ošetření lékařem transportovat do zdravotnického zařízení. Lékař zůstává většinou k dispozici k dalšímu zásahu. V případě zásahu při řešení mimořádné události posádka zdravotnické záchranné služby nemůže vyjet na místo této události, aniž by věděla, kde se toto místo nachází, co se stalo, kolik je zraněných a v jakém se nacházejí stavu. Proto je velmi důležitá komunikace dispečerky zdravotnického operačního střediska a volajícího na tísňové lince 155 či 112. Důležité tedy je, aby volající řekl své jméno, uvedl kontakt, řekl co, se stalo, kde se událost stala- město, ulice, číslo popisné a k tomu popsal orientační body, například most, rybník, kostel, benzínová pumpa, kilometrový údaj na dálnici atd., dále uvedl kolik je postižených na místě události, jestli jsou postižený při vědomí, jestli se jedná o zranění se ztrátou krve, zda postižení komunikují přiměřeně situaci, o jaké druhy zranění se jedná (popáleniny, amputace, krvácení s bezvědomím atp.) případně další důležité údaje (výskyt toxické látky, zbraně atp.) V případě závažného stavu a jakéhokoliv stavu, u kterého si zachránce není jistý svými znalostmi první pomoci, dispečerka zdravotnického operačního střediska poskytne

zachránci do příjezdu zdravotnické záchranné služby na místo události, jak správně zahájit a poskytnout první pomoc postiženému. Stále platí, že vlastní znalosti zachránce značně urychlí poskytování první pomoci na místě události. Jestliže vezmeme v potaz, že v některých situacích rozhodují o životě postiženého i pouhé vteřiny, například při srdečních příhodách, úrazech, dušení- potom je v těchto případech první pomoc svědka příhody zcela klíčová. (9) Volající by v žádném případě neměl pokládat sluchátko při komunikaci s dispečerkou, protože hovor vždy ukončuje operační středisko. Při komunikaci volajícího a dispečerky může dojít k několika chybám. Mezi nejčastější chyby komunikace s operačním střediskem patří, že volající sdělí jméno a adresu postiženého a neuvědomí si, že není uvedeno na domovním zvonku, dále, že v panelovém domě je uzamčen vchod, jméno není na zvonku nebo zvonek nezvoní, při zásazích v terénu (les, pole, louka) u výjezdu ze silnice nečeká žádná kontaktní osoba. (12)

1.5.2.1 Poskytnutí první pomoci postiženému u život ohrožujících stavů

Mezi základní životní funkce patří vědomí, dýchání a krevní oběh. Vědomí je stav mysli, jejímž základem je bdělost, která je předpokladem dalších stránek vědomí, tj. pozornosti, orientace, myšlení...Při poruše vědomí dochází k bezvědomí. Bezvědomí je tedy porucha vědomí, kdy si postižený není vědom okolního dění a na rozdíl od spánku jej není možné z tohoto stavu probít. Dýchání je proces výměny plynů (kyslíku a oxidu uhličitého) mezi organizmem a vnějším prostředím. Porucha dýchání vede až k zástavě dechu. Krevní oběh je systém zajišťující oběh krve v organizmu. Porucha krevního oběhu vede k srdeční zástavě. Všechny tyto základní životní funkce jsou důležité pro mozkovou buňku, která bez kyslíku vydrží maximálně pět minut, pak odumře a již se nenahradí jinou. Proto poskytnutí první pomoci může zachránit lidský život. (12)

1.5.2.2 Bezvědomí

Je projevem poruchy centrální nervové soustavy a bezprostředně ohrožuje život postiženého svými komplikacemi jako je zapadnutí kořene jazyka, vdechnutí žaludečního obsahu, krve. (18) Příčinou bezvědomí může být porucha oběhu, porucha dýchání, porucha funkce mozku, a to na podkladě onemocnění, úrazu, otravy. Postižený nereaguje na oslovení, zatřesení ani na žádné bolestivé podněty. (6) První pomoc zachránce spočívá v tom, že nejprve zjistí vědomí, a to tak, že přistoupí k postiženému, osloví ho: „Pane/paní, stalo se vám něco?“, šetrně s postiženým zatřese a opakuje výzvu. Jestliže postižený nereaguje ani na bolestivý podnět, je třeba zjistit, jestli dýchá. To provede zachránce tak, že přiloží dlaň, tvář nebo ucho před ústa a nos postiženého. Jestliže zachránce necítí proud vydechaného vzduchu a nevidí ani pohyb hrudníku, postižený nedýchá. Poté si tedy klekne k postiženému a provede u něho záklon hlavy, uvolní tím kořen jazyka, který brání v proudění vzduchu do plic. Někdy záklon, který zachránce u postiženého provede, stačí k tomu, aby postižený začal znovu dýchat. Zachránce nikdy postiženému nepodkládá hlavu, protože by se mohl zadusit. Zachránce samozřejmě přivolá zdravotnickou záchrannou službu na místo události. V případě, že postižený dýchá normálně, uloží ho zachránce na bok se zakloněnou hlavou. Pokud, ale postižený ani po záklonu hlavy nedýchá nebo nedýchá normálně, zahájí zachránce resuscitaci. (9)

1.5.2.3 Zástava krevního oběhu a neodkladná resuscitace

Příčinou zástavy krevního oběhu je ve většině případů u dospělého člověka selhání srdce nebo méně často náhlá porucha dýchání. Dnes je podle nových metodických postupů pro resuscitaci „Guidelines ILCOR 2010“ - považována za nejdůležitější ze všech dílčích výkonů kardiopulmonální resuscitace nepřímá masáž srdce. (viz. Příloha č. 3) Na její kvalitě totiž závisí zachování funkce mozku i srdečního svalu. (26) Neodkladnou resuscitaci zachránce zahájí vždy, když postižený nedýchá a došlo k zástavě krevního oběhu. Výjimkou je situace hromadného postižení, kdy se resuscitace neprovádí, pouze pokus o uvolnění dýchacích cest. (6) Před zahájením

neodkladné resuscitace zachránce uloží postiženého na záda na pevnou podložku, nejlépe na zem, podlahu, silnici. U dospělého člověka zachránce zahájí resuscitaci rovnou nepřímou masáží srdce. Nepřímou masáž srdce provede zachránce tak, že dlaně překřížených rukou s napnutými lokty přiloží na hrudník postiženého a 30 krát pravidelně stlačí hrudní kost v úrovni prsních bradavek, a to frekvencí 100 krát/minutu. V případě, že zachránce ještě provádí dýchání z plic do plic, po nepřímé srdeční masáži překlekne k hlavě postiženého, hlavu zakloní, zacpe postiženému nos palcem a ukazováčkem a 2 krát do postiženého vdechne, přitom by měl použít resuscitační roušku. Resuscitaci, pravidelné střídání nepřímé srdeční masáže a dýchání, zachránce provádí do doby, než si postiženého převezme posádka zdravotnické záchranné služby či do obnovení srdeční akce postiženého. U dospělého člověka je správný poměr stlačení hrudníku a dýchání 30: 2. (9) Selhání základních životních funkcí u dětí je ve většině případů spojeno s dramatickými příhodami. Zpravidla je důsledkem úrazů nebo nehod, například tonutí, úraz elektrickým proudem. Život dítěte, ale také mohou ohrozit zánětlivá onemocnění vedoucí k obstrukci dýchacích cest. V dětském věku se tedy náhlá zástava krevního oběhu téměř nevyskytuje. Příčinou selhání oběhu bývá většinou dlouhodobé dušení. U dětí rozlišujeme pro zahájení resuscitace 3 věkové skupiny, a to novorozeneček- první měsíc života, kojeneček- první měsíc až jeden rok a dítě- od jednoho roku do puberty. Správný poměr resuscitace je 30: 2, frekvencí 100 krát/ minutu, tedy stejné jako u dospělých. Odlišně je stanoven pouze u dětí do jednoho roku, a to poměr dýchání a stlačení hrudníku je 1:3, frekvencí 120 krát/minutu.(7) Podle nových doporučených postupů z roku 2010 je nutné poskytovat nepřerušovanou nepřímou srdeční masáž, pokud zachránce nechce nebo neumí nebo mu jiné důvody brání poskytovat dýchání z plic do plic. (26) V případě, že dojde u postiženého k zástavě krevního oběhu a nedýchá, může pomoci zachránce v daném okamžiku použití přístroje nesoucí název automatický externí defibrilátor (AED). (viz. Příloha č. 7) Tento přístroj se začíná v České republice instalovat hlavně na veřejných místech, kde se vyskytuje větší množství lidí, například na letištích, sportovních stadionech, v nákupních centrech, nádražích a dalších. Jeho použití je velmi snadné. Po zapnutí přístroje začne automatický externí defibrilátor na zachránce mluvit v českém jazyce a krok za krokem

mu říká, co má v daný okamžik dělat. Obsluhovat, ale tento přístroj může jen proškolený záchránce a mezi jednotlivými elektrickými výboji je nutné provádět resuscitaci. Před použitím defibrilátoru musí záchránce vyšetřit postiženého, a to zkontrolovat dýchání a vědomí. Jestliže postižený nedýchá, musí záchránce zavolat zdravotnickou záchrannou službu a použít defibrilátor. Poté pokleknout k postiženému a přilepit mu dvě elektrody na hrudník. Přístroj vyhodnotí, jestli je potřeba provést výboj, pokud ano, vydá pokyn ke zmáčknutí příslušného tlačítka. Jestliže přístroj zjistí, že výboj není indikován, navede záchránce k dalšímu provádění neodkladné resuscitace. (9) V případě, že u postiženého dojde k obnově oběhu, záchránce bude kontrolovat dýchání a udržovat průchodnost dýchacích cest. Při neúspěchu se záchránce bude řídit povely přístroje, buď dá pokyn k dalšímu podání výboje, to znamená, cyklus se opakuje nebo bude záchránce provádět kardiopulmonální resuscitaci do příjezdu zdravotnické záchranné služby. Je třeba, aby měl záchránce na paměti, že výboj nelze provádět ve vodě a mokřím prostředí či v prostředí s rizikem výbuchu nebo vznícení. (7) Včasné zahájení neodkladné resuscitace laickým záchránce má velký význam pro přežití postiženého. Zdravotnická záchranná služba, která provádí na místě zásahu neodkladnou resuscitaci, poté vyplňuje tzv. Protokol o náhlé zástavě oběhu. (viz. Příloha č. 5) I v tomto protokolu jsou zaznamenány informace týkající se prováděné laické resuscitace před příjezdem zdravotnické záchranné služby. Zda byla před příjezdem zdravotnické záchranné služby provedena resuscitace svědkem, defibrilace svědkem a telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace.

1.5.2.4 Dušení cizím tělesem

Cizí tělesa mohou způsobit buďto lehkou nebo těžší neprůchodnost dýchacích cest tzv. obstrukci. Obstrukci dýchacích cest doprovází typické zvukové fenomény například pískání, chroptění, sípání a další. (18) Jestliže je cizí těleso v dutině ústní viditelné, provede záchránce manuální odstranění. Při tomto kroku použije, pokud je to možné, ochranné rukavice. V případě, že cizí těleso není viditelné a postižený se dusí, vyzve záchránce postiženého k usilovnému kašli nebo provede 3- 5 úderů plochou dlaní do zad mezi lopatky postiženého. Při tomto postupu by měla být dusící se osoba mírně

předkloněna. Pokud se ani těmito údery cizí těleso neuvolní, provede záchránce u postiženého pět stlačení nadbřišku, tzv. Heimlichův manévr. Záchránce při tomto manévru objímá postiženého zezadu a oběma rukama stlačuje nadbříšek postiženého proti sobě. Při dušení malých dětí a kojenců si záchránce položí dítě na ruku s obličejem k zemi, dlaní podepře jeho hlavu a opakovaně poplácá dítě po zádech, neboli provede opakované údery mezi lopatky dítěte. Prováděné údery do zad musí záchránce provádět podle věku, výšce a váze dítěte. (9) Pokud se podaří cizí těleso vypudit, záchránce kontroluje u postiženého dýchání a vědomí. V případě, že postižený jeví stále známky těžké obstrukce dýchacích cest a nakonec upadá do bezvědomí, záchránce okamžitě uloží postiženého, co nejšetrněji na zem, přivolá zdravotnickou záchrannou službu a okamžitě zahájí kardiopulmonální neodkladnou resuscitaci. (18)

1.5.2.5 Krvácení a jeho zástava

Krvácení je dvojího typu, a to krvácení vnitřní a vnější. Důležitým krokem záchránce je zastavit krvácení. U vnitřního krvácení je jedinou první pomocí, kterou může záchránce v dané situaci udělat, uložit postiženého do protišokové polohy a zajistit protišoková opatření. U vnějšího krvácení lze rozdělit závažnější typy krvácení na tepenné a žilní. V obou případech je, ale nutné krvácení zastavit. (9) Princip zástavy krvácení spočívá v kombinaci dvou základních manévrů. Jedním z nich je zvednutí krvácející rány nad úroveň srdce. Tímto dojde k tomu, že se tlak v cévách sníží a krevní průtok se zpomalí. Druhým manévrem je provedení tlaku na cévu, a to přímo stisknutím krvácející cévy prsty v ráně, přiložením tlakového obvazu na ránu nebo nepřímo použitím tlakových bodů. (17) Tlakový obvaz se skládá ze tří základních vrstev. Vrstva krycí, také označována jako sterilní se přikládá přímo na ránu, vrstva tlaková svým tlakem zastavuje krvácení a vrstva připevňovací slouží k připevnění obvazu k ráně. Po dokončení obvazu musí záchránce sledovat jeho funkčnost. Při prosakování obvazu záchránce přidá další tlakovou vrstvu, a to maximálně třikrát. (18)

1.5.2.6 Šok a protišoková opatření

Šok lze definovat jako zdravotní stav, ke kterému dochází obvykle při větším úrazu a krvácení. Dochází k poklesu krevního tlaku a snižuje se průtok krve v orgánech. Lidský organismus se takovým následkům krevní ztráty brání tak, že tzv. „přesměruje“ snížený objem krve do orgánů, a to takových, které jsou zásadní pro přežití- mozek, srdce a plíce. Ostatní orgány tudíž začínají trpět nedostatkem kyslíku, který je krví přenášen. (9) Šok se u postiženého projeví zrychleným tepem, slabým pulsem na zápěstí vlivem poklesu krevního tlaku, studeným potem, třesem, bledostí, pocitem žízně, zmateností až poruchami vědomí. (4) V rámci první pomoci zachránce musí provést protišoková opatření známá jako 5T. Do těchto opatření patří teplo, ticho, tekutiny, transport a tišení bolesti. Zachránce nejprve uloží postiženého do protišokové polohy. Jedná se o polohu na zádech, kdy dolní končetiny jsou podloženy alespoň o 30 cm. Tišení bolesti spočívá ve správném ošetření základního poranění, takže zachránce například chladí popáleniny, znehybní zlomeniny atd. Dále se zachránce snaží udržet u postiženého tepelný komfort, a to pomocí jakékoliv přikrývky. Postiženému nikdy nepodává zachránce tekutiny ústy z důvodu možné následné anestezie. Jen u postiženého tlumí pocit žízně tím, že mu otírá rty a obličej vlhkým kapesníkem. Zachránce také zajistí, co možná největší klid postiženému a snaží se na něj klidně mluvit. Samozřejmě zachránce přivolá zdravotnickou záchrannou službu, která postiženého transportuje do nemocnice k definitivnímu ošetření. (17)

1.6 Výběr nebezpečných úrazů s možným přímým ohrožením života a jejich ošetření v rámci první pomoci

1.6.1 Poranění hrudníku

Poranění hrudníku lze rozdělit do dvou základních skupin, na zranění otevřená a zavřená. Při otevřených poraněních je stěna hrudníku proražena nějakým předmětem, nejčastěji nožem, zlomeným žebrem. U uzavřených poranění naopak zůstane kůže neporušena. Tyto rány jsou způsobeny tupým nárazem, například při dopravní nehodě.

(8) Nejčastějším zavřeným poraněním hrudníku jsou zlomeniny žeber. Postižený má bolest, která se zhoršuje hlubokým dýcháním, kašlem nebo pohybem a má v místě patrnou deformaci, zhmoždění, pohmatovou citlivost. Zachránce uloží postiženého do polohy- v polosedě, stáhne hrudník postiženého elastickým obinadlem, provede protišoková opatření, zkontroluje základní životní funkce a přivolá zdravotnickou záchrannou službu. Při otevřeném poranění vzniká pneumotorax, jedná se o vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny a vzduch v pohrudniční dutině stlačí plíci a omezí dýchací pohyby. U postiženého se pneumotorax projeví bolestí na hrudi, dušností, neklidem, zrychleným mělkým dýcháním, zrychleným tepem a ránou na hrudníku. V případě, že je postižený při vědomí, zachránce uloží postiženého do pohodlné polohy, nejčastěji do polohy v polosedě s oporou hlavy a zad, zachránce postiženého uklidní a uzavře otvor v hrudníku tím, že přiloží poloprodyšný obvaz. Ten zhotoví tak, že nejprve přiloží sterilní krytí na ránu, poté přiloží čtverec igelitu, který přesahuje okraje sterilního krytí a okraje igelitu přilepí náplastí na třech stranách, čtvrtou stranu nechá otevřenou. Funkcí tohoto obvazu je zamezit dalšímu nasávání vzduchu do pohrudniční dutiny a při výdechu umožnit odchod vzduchu z poraněné dutiny. Dále zachránce zajistí základní životní funkce a přivolá zdravotnickou záchrannou službu. Pokud je postižený v bezvědomí, zachránce uloží postiženého po ošetření rány do polohy se zvýšenou horní polovinou těla na bok a podloží postiženému hrudník a hlavu na poraněné straně. Zachránce bude udržovat u postiženého průchodné dýchací cesty a v případě potřeby zahájí neodkladnou resuscitaci, přivolá zdravotnickou záchrannou službu. (21)

1.6.2 Poranění páteře

Poranění páteře je způsobeno ve většině případů nepřímým mechanismem. (13) Příčinou poranění bývá pád z výšky, pád z motocyklu, poranění hlavy při dopravní nehodě, skok do mělké vody, pád těžkého předmětu na záda a další. (5) Při poruchách vědomí nebo dýchání postiženého s podezřením na úraz páteře zachránce postiženého uloží do polohy na zádech na rovnou tvrdou podložku, například na silnici, podlahu, chodník. Nejlépe je přivolat na pomoc více zachránců, kteří postiženého v poloze, ve které byl nalezen a v součinnosti, šetrně zvednou „jako jeden kus“. Hlavu a krk ničím zachránce nepodkládá. V případě, že je postižený v bezvědomí, provede zachránce raději místo mírného záklonu hlavy, předsunutí dolní čelisti. Důležité je, aby zachránce nehýbal s hlavou postiženého jakýmkoliv směrem. V této poloze je možné zahájit masáž srdce a dýchání z plic do plic. Je potřeba, aby zachránce měl na paměti, že poranění páteře je velice závažný stav, při kterém může dojít k poranění míchy, což by znamenalo ztrátu hybnosti končetin. Proto je důležité při poskytování první pomoci vyvarovat se nevhodné manipulace u postiženého s podezřením na poranění páteře. Pokud situace nevyžaduje jiné řešení, je nejlépe ponechat postiženého na místě až do příjezdu zdravotnické záchranné služby. (9)

1.6.3 Zlomeniny

Zlomenina vzniká v důsledku přímého i nepřímého působení násilí na kost. Podle porušení kontinuity kožního krytu rozlišujeme zlomeninu na otevřenou a zavřenou. U otevřené zlomeniny je v místě zlomeniny porušen kožní kryt a u zavřené zlomeniny je kožní kryt neporušen. (15) Obecné příznaky zlomenin jsou: bolest v místě poranění, zduření, otok, hematom, nepohyblivost, deformace končetiny. V případě, že jsou přítomné tyto příznaky, přistupuje zachránce k poraněním jako ke zlomeninám. Jestli se jedná o zlomeninu, potvrdí s jistotou až rentgenové vyšetření ve zdravotnickém zařízení. U zavřených zlomenin zachránce v rámci první pomoci zabrání pohybu zlomené části a zlomenou část fixuje. Zavřené zlomeniny ošetřuje zachránce přes oděv, protože jinak by postiženému způsoboval zbytečnou bolest vysvlékáním. Postiženému

nedává nic jíst ani pít, pro případ možnosti zákroku v nemocnici. U otevřených zlomenin záchránce zastaví krvácení, zabráni infikování rány, omezí pohyb postižené končetiny. Nad zraněným místem oděv roztrhne nebo rozstříhne, aby měl k ráně přístup. Vyčnívající kost z rány ošetří záchránce tak, že z čisté látky nebo gázy vytvoří věneček a obloží kost, věneček musí kost převyšovat a podložené místo překryje a obváže obvazem. Ošetřenou končetinu záchránce znehybní a provede protišoková opatření. (13) Poraněné končetiny postiženého by měly být stabilizovány pomocí dlahy, a to v poloze, ve které byly nalezeny. Stabilizování má za cíl zabránit pohybu, snížit bolest, zamezit poškození svalů, nervů, cév, snížit krvácení a otok. (8) Dlahu přiloží záchránce ke zlomené končetině a ováže. Dlaha musí dosahovat až za další kloub. Jestliže má postižený zlomené předloktí, dlahu je nutné přiložit až nad loket. Pokud záchránce nemá k dispozici dlahu, může si improvizovanou vyrobit, například pomocí koštěte, deštníku, trubky, dlouhého pravítka atd. Zlomenou nohu může záchránce fixovat tím, že zlomenou končetinu přiváže k té druhé. U zlomenin horních končetin lze použít k ošetření trojcípý šátek, který je dostatečně funkční, nejrychlejší, šetrný a dostupný. Pokud není nutné s postiženým hýbat, transportovat jej nebo přenášet, stačí zraněného ponechat v úlevové poloze a zlomenou končetinu nechat v klidu, aniž by byla traumatizována pohyby. Se zlomenou končetinou tedy co nejméně manipulovat a vyčkat příjezdu zdravotnické záchranné služby. (9)

1.6.4 Popáleniny

Popáleniny lze charakterizovat jako poranění, které vzniká působením vysokých teplot na povrch těla. Popálení je nejen nejpomaleji se hojícím vnějším zraněním, ale i nejbolestivějším zraněním s následky pro celý organismus. Při velkém rozsahu mohou mít popáleniny smrtelné následky, a proto musí být pomoc záchránce rychlá. (21) Popáleniny jsou poranění tkání a vznikají kontaktem s vysokou teplotou, chemikáliemi, elektrickým proudem či plynem. Popáleniny termální vznikají vlivem působení ohně, šlehajících plamenů, opaření nebo kontaktem s horkým předmětem. Chemické popáleniny vznikají v důsledku požití či vdechnutí žíravín nebo kontaktu s nimi. Popáleniny elektrickým proudem jsou způsobeny následkem vysoké teploty při

průchodu elektrického proudu tělem. Inhalační popáleniny vznikají po vdechnutí škodlivého dýmu nebo dráždivých částic. Inhalace kouře a inhalační popáleniny se velmi často objevují u osob, které jsou následkem nějaké nehody uvězněni v uzavřeném prostoru a vystaveni silnému kouři. Také u osob, které byly během požáru v bezvědomí.

(1) Hloubku postižení popálenin lze klasifikovat do čtyř stupňů. První stupeň postižení je erytém, kdy kůže je zarudlá a oteklá. Druhý stupeň popálenin je puchýř, kdy postižení může být povrchní či hluboký. Třetí stupeň postižení je příškvar, kdy kůže je poškozena v plné tloušťce a i podkoží je nekrotické. Posledním a zároveň nejhorším stupněm je zuhelnatění. Ke zhodnocení rozsahu popálení používají odborníci pravidlo devíti. Jedná se o povrch těla, který je u dospělých a dětí orientačně rozdělen na oblasti o rozsahu 9%, povrchu kůže. (13) Popáleniny ohrožují postiženého převážně rozvojem šoku, ztrátou tvaru a funkce tkáně a infekcí. Zachránce musí k záchraně postiženého provést technickou a zdravotnickou první pomoc. V rámci první technické pomoci musí zabránit dalšímu působení tepla. To znamená, že odstraní postiženého z dosahu horkého předmětu, vynese z hořícího prostředí, svleče postiženého, pokud je to možné, z oděvu, který je od kyseliny či zásady, odstraní prstýnky z popálených ploch, odpojí postiženého od elektrického proudu atd. (17) V rámci zdravotnické první pomoci zachránce uvolní dýchací cesty postiženému a v případě potřeby ihned zahájí neodkladnou resuscitaci. (13) Co nejrychleji aplikuje na popálené plochy chladnou vodu, protože správné chlazení snižuje celkový stupeň poškození a výrazně zmenšuje bolest, otok, také působí protišokově. Pokud je to možné popálené plochy kryje sterilním krytím. Zachránce v žádném případě nepropichuje puchýře a ránu ničím nezasypává ani nemaže. Jestliže jsou zasažené oči postiženého, zachránce je vyplachuje čistou chladnou vodou. Dále provede protišoková opatření a neprodleně přivolá zdravotnickou záchrannou službu. (17)

1.7 Postup na místě nehody s větším počtem postižených

Na místě nehody provádí zachránce taková opatření, která jsou nutná provést do příjezdu zdravotnické záchranné služby v případě jakékoliv nehody, aby se stav postižených nezhoršoval. Mezi nejdůležitější opatření patří zajištění místa vzniku

nehody, záchrana postižených z bezprostředního nebezpečí, provedení okamžitých opatření vedoucí k záchraně lidského života, zmírnění bolesti uložením do šetrné polohy, poskytnutí psychické podpory postiženým, přivolání zdravotnické záchranné služby. V některých situacích je nutné zachránit postižené osoby z bezprostředního nebezpečí, například při požáru, dopravní nehodě, zasypání, chemické havárii, ale od prvního okamžiku musí zachránce dbát na svou vlastní bezpečnost. (11) Důležité pro zachránce je řídit se pokyny příslušníků Policie České republiky, Hasičského záchranného sboru nebo členů zdravotnické záchranné služby, jsou-li tyto složky již vyrozuměny a na místě nehody. Z hlediska závažnosti situace a časového faktoru je potřeba se na místě nehody rychle zorientovat, najít a orientačně vyšetřit všechny postižené se zaměřením na jejich základní životní funkce. (17) Postižení v bezvědomí, se zástavou dechu i oběhu, se neošetřují, tj. v situaci hromadného postižení lidí se neprovádí resuscitace, pouze pokus o uvolnění dýchacích cest. (6) Z tohoto důvodu se na místě s větším výskytem postižených provádí základní třídění podle závažnosti poranění. Toto třídění se nazývá START. (viz. Příloha č. 4) Postižené rozděluje zachránce podle závažnosti poranění do čtyř skupin. Do první skupiny (ČERVENÁ) patří stavy neodkladné pomoci nebo také stavy bezprostředního ohrožení života. Prioritou zachránce je provést život zachraňující úkony, například zástava prudkého krvácení, zprůchodnění dýchacích cest. Do druhé skupiny (ŽLUTÁ) patří ostatní závažné stavy, které je nutné ošetřit a připravit postižené k transportu. Třetí skupinou (ZELENÁ) jsou stavy lehké, které postižené neohrožují na životě. Čtvrtou skupinou (ČERNÁ) jsou stavy zemřelí či umírající, kdy postižení mají poranění, která jsou neslučitelná se životem. Tato jednoduchá metodika umožňuje bez jakéhokoliv přístrojového vybavení laicky a velmi rychle rozdělit nalezené osoby podle jednoduchých příznaků do čtyř skupin. Připravit tímto způsobem optimální podmínky pro odbornou pomoc. Usnadní a urychlí práci zdravotnických záchranářů, lékařů a jejich odborné třídění pro neodkladnou pomoc. (16) Pro složky integrovaného záchranného systému existují tzv. typové činnosti při jejich společném zásahu. Typovou činnost vydává MV- generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR. Typová činnost obsahuje postup složek integrovaného záchranného systému při záchranných a

likvidačních pracích s ohledem na druh a charakter jakékoliv mimořádné události. V tomto případě by se použila typová činnost č. 9 - Typová činnost složek IZS při mimořádné události s velkým počtem raněných a obětí. (42)

1.7.1 První pomoc psychická na místě mimořádné události

Jak uvádí Jiří Štětina: „ V prostoru hlavního účinku katastrofy nebo vzniku hromadného neštěstí se předpokládá, že 50-70 % osob bude psychicky otřeseno a zmateno, 10-25% osob podlehne panice a snaží se dezorganizovaně prchat a pouze 5-25% osob zůstává relativně klidných a rozvážných. Lze předpokládat, že v důsledku živelní pohromy, úniku nebezpečné látky či hromadného neštěstí se ztrátami lidských životů klesá psychická odolnost během 5 minut na 20%, do 30 minut vzrůstá na 75% (zjištění, že člověk přežil). Do 24 hodin opět klesá na 40% (zjištění ztráty blízkých či přátelských osob, materiální ekonomické ztráty). Druhý den pak postupně stoupá na 60% a během 10 dní dosáhne 80-90%. Z hlediska nouzového využití postiženého obyvatelstva pro záchranné práce lze očekávat, že 5% postižených bude schopno pomoc organizovat, 10% samostatně pomáhat druhým a 30% pracovat ve skupině pod vedením.“ (str.243, 20) To, že se člověk zasažený mimořádnou událostí chová zdánlivě nepochopitelně, zcestně či agresivně, je dáno zejména převládáním jeho pocitů a prožívání jako: strach, bolest, nejistota, obavy o svůj život a život svých blízkých. Tyto pocity jsou samozřejmě pro zasažené lidi velmi nepříjemné a zúzkostňující, a tak hledají cestu, jak se jich zbavit či je alespoň zmírnit. V takové situaci vystupují do popředí některé z našich primárních potřeb (tedy pudů), ale i sekundární potřeby, a to zejména pud sebezáchovy, pud agresivity, pud péče o potomstvo, potřeba bezpečí či potřeba orientace. Pokud tyto potřeby a pudy nejsou dostatečně uspokojeny, vyvolávají v člověku nepříjemné pocity (tzv. frustrace či deprivace). A jelikož je pro účastníka tato situace zpravidla nová, nemá žádnou zkušenost, jak se s ní nejlépe vyrovnat. Čím více ji subjektivně prožívá jako zátěžovou a nelibou, tím větší je pravděpodobnost, že se místo myšlení, velení ujmou pudy, instinkty a emoce. Toto samozřejmě nelze hodnotit ani pozitivně, ani negativně, je ovšem mít na paměti, že čím více ubývá kognitivní složky, tím těžší komunikace s daným jedincem je. Primární reakce na ohrožení zůstává u

člověka stejná jako u zvířat, to znamená útěk nebo útok. (3) Proto poskytnutí psychologické první pomoci na místě mimořádné události je nezbytnou potřebou. Do první psychologické či (psychosociální) pomoci patří okamžitá reakce na základní psychosociální potřeby. Patří sem potřeby přežití, informace, kontakty s blízkými. Tuto první pomoc má umět poskytnout běžný občan ve standardní kvalitě. Jejím cílem je psychická stabilizace zasaženého jedince. Dokud občan stavu a projevům zasaženého člověka rozumí, většinou se spontánně chová tišivě a konejšivě. (2) Velmi důležitý je tedy vztah mezi zachráncem a zachraňovaným, kdy ze strany zachránců nemusí jít vždy o odborníky (lékaře, psychology atd.). Vždy platí tyto zásady: nikdy neodmítnout podívat se na postiženou osobu a v případě žádosti s ní pohovořit, jednat důstojně, zachovávat pravidla důvěrnosti, být citlivý k obavám a potížím druhé osoby, i když nejsou v daném momentě zcela pochopitelné, mluvit s vážností, situaci nezlehčovat, mluvit jasně, zřetelně, trpělivě, na otázky odpovídat pravdivě, nikdy ne lživě (být pravdivý, ale neznamená být netaktní), dodat naději. (20) Správně vedená komunikace, snižuje úzkost, strach, agresivitu, které jsou způsobeny mimo jiné právě nedostatečným uspokojením výše zmíněných potřeb. (3) Důležitý je bezpochyby i tělesný kontakt. Položení ruky na paži či rameno působí uklidňujícím dojmem a ujišťuje postiženého, že není opuštěn. Významná je i řada dalších mimoslovních projevů jako úsměv, gesto pomoci a jiné. (20)

1.8 Nejčastější chyby, mýty a omyly o první pomoci

Situace, ve kterých by občan potřeboval zvládnout základy první pomoci, stále více přibývá. Zvyšuje se například počet vážně dopravních nehod, a přesto jsou znalosti laické veřejnosti o tom, jak pomoci při nehodách, často nedostačující. U laické veřejnosti spíše převládají mýty a polopravdy o první pomoci, které se vytrvale šíří a bohužel přenášejí z generace na generaci. Prvním takovým omylem je: „Tomu nic nebude.“ Jen pokukování a pasivita místo poskytnutí první pomoci. Známé věty typu: „On už určitě záchranku někdo volal“, „On je jenom opilý nebo určitě zfetovaný.“ (6) Ne vždy tomu tak může skutečně být. Například u člověka s onemocněním diabetes mellitus může dojít k náhlé hypoglykémii- nízké hladině cukru v krvi, jenž se u

postiženého projeví malátností, bledostí, opocenou kůží, třesem, nesrozumitelnou řečí, zmateností, dezorientací až agresivitou. Laikovi se takový pacient může zdát na první pohled opravdu opilý, i když ve skutečnosti není. (15) Dalším nesprávným mýtem je: „Jak poznám, jestli postižený dýchá nebo nedýchá?“ „Nejsem žádný zdravotník.“ Přitom z hlediska hodnocení stavu dýchání u postiženého v bezvědomí existují pouze dva stavy, které může laik pozorovat. Buď postižený dýchá v normálním tempu, anebo nedýchá. Jestliže by byly intervaly mezi nádechy nápadně dlouhé, je nutné, aby zachránce okamžitě zahájil nepřímou srdeční masáž. Nepřímou masáž srdce zachránce nepřerušuje, ani tehdy, pokud se postižený rozdýchá. Zpravidla se totiž jedná o projev správně prováděné masáže srdce a zlepšení prokrvení mozku. Zachránce masáž srdce přerušuje pouze tehdy, jestliže se postižený začne sám pohybovat, například hýbat rukama či mrkat případně projevuje další známky návratu vědomí. Dalším omylem u laiků často bývá položení otázky: „Má postižený puls nebo nemá?“ Zachránce se často snaží nahmatat postiženému puls, ale ve stresové situaci může laik vnímat vlastní tep v konečcích svých prstů a chybně se domnívá, že se jedná o tep postiženého. Důsledkem tohoto chybného kroku nedojde k zahájení neodkladné resuscitace, přestože právě ta by bývala mohla zachránit život oběti. Místo toho zachránce často provádí zbytečné dýchání z plic do plic, protože postižený přeci nedýchá, ale má hmatný tep. (6) Přitom jak uvádí Ondřej Franěk: „*Hmatání pulsu není pro laiky doporučované již téměř 10 let, přesto je stále obsahem většiny příruček první pomoci.*“ (str.24,6) Další nebezpečnou chybou je: „Postižený je v bezvědomí tak mu podložíme hlavu.“ Podložením hlavy hrozí uzavření dýchacích cest a následné zadušení postiženého. Zachránce hlavu postiženého v bezvědomí naopak musí mírně zaklonit. (9) Velmi rozšířeným mýtem u laické veřejnosti je: „S postiženým nehýbejte, můžete mu poškodit páteř.“ Dodržování tohoto kroku, ale již stálo život mnoho zraněných. Z některých hledisek je tato myšlenka jistě správná, ale určitě ne v situaci, kdy je postižený v bezvědomí a nedýchá. V takové situaci má přednost obnovení základních životních funkcí, i když by se zachránce samozřejmě měl snažit s postiženým hýbat co nejméně a nejšetrněji. Zejména se zachránce musí vyvarovat prudkých pohybů bezvládné hlavy postiženého. Dalším omylem u laiků je: „Když poskytnu první pomoc tak potom budu

chodit po soudech, že jsem tím někomu ublížil.“ Obava z právních problémů po poskytnutí první pomoci není v žádném případě na místě. Jestliže zachránce dodrží rozumné zásady při poskytování první pomoci. Problémy by snad mohly hrozit pouze v případě poskytování první pomoci násilím nebo proti vůli postiženého člověka. Pokud si postižený pomoc nepřeje, nemůže být neposkytnutí první pomoci trestným činem podle §31 trestního zákona- svolení poškozeného. (6)

Nakolik mohou tyto mýty v poskytování první pomoci ovlivnit ochotu první pomoc poskytnout, bylo jedním z výzkumných úkolů této diplomové práce.

1.9 Výběr pomůcek, se kterými se může setkat laik při poskytování první pomoci

Jednou ze základních a důležitých pomůcek pro laickou první pomoc jsou bezpochyby gumové rukavice. Zachránce by je měl použít vždy, když hrozí kontakt s krví, ale i jinými tělními tekutinami či biologickou hmotou. V první řadě jde o ochranu zachránce a jsou k dispozici v každé autolékarničce, která je povinnou výbavou každého automobilu. Laik by se také mohl setkat při poskytování první pomoci s automatickým externím defibrilátorem. Tento přístroj slouží k obnovení pravidelné činnosti srdce pomocí elektrických výbojů. Tyto přístroje se vyskytují na veřejných místech, jako jsou letiště, firmy, sportovní stadiony a další. Obsluha přístroje je pro zachránce snadná, spočívá pouze ve vyjmutí přístroje ze skříňky, v nalepení samolepících elektrod na hrudník postiženého a v zapnutí přístroje. Ostatní postup řekne přístroj sám. Další pomůckou pro laickou první pomoc je resuscitační maska či resuscitační rouška. Používají se jako bariérové pomůcky, zabraňující přímému kontaktu zachránce a postiženého při dýchání z plic do plic. Obsahují jednocestný ventil, který umožňuje vdech, zatímco výdech probíhá pod okraji. Resuscitační maska je větší a méně skladná, ale víc vydrží a daleko snadněji se používá, protože dobře těsní kolem nosu a úst. Resuscitační rouška je menší, ale její použití v praxi je nesnadné, protože fólie klouže po obličejí a špatně těsní. Čtvrtou neméně důležitou pomůckou v poskytování první pomoci je termo fólie. Tato fólie je tenká, pokovená a zabraňuje

ztrátám tepla. Zachránce ji použije v případě, že u postiženého hrozí prochladnutí, zejména při úrazech. Je vhodná jako součást výbavy autolékárničky. (6)

1.10 Standardy ve výuce první pomoci

V první pomoci došlo během doby ke změnám. V současné době je základním principem především co nejvíce zjednodušit všechny postupy, aby byla míra zapamatování jednotlivých principů, a tím i ochota lidí poskytnout první pomoc, co největší. S těmito změnami samozřejmě probíhá i rychlý rozvoj výuky a konkrétní podoby jednotlivých kurzů. Lze říci, že zatímco dříve na našem území existovala prakticky jediná organizace, která výuku první pomoci u laické veřejnosti zajišťovala. V současné době je k dispozici nespočet různých subjektů, a vedle základní osvětové činnosti se i z této výuky stal zajímavý předmět podnikání. Proto je nezbytně nutné nějak se v tomto rozsáhlém prostředí orientovat a snažit se systém výuky neustále zdokonalovat a přispívat tak k dosažení co nejlepších výsledků. Všechny kurzy první pomoci můžeme z hlediska standardů rozdělit do dvou základních skupin, a to na neakreditované a na akreditované. U neakreditovaných kurzů samozřejmě chybí jakákoliv záruka o odborné kompetenci vyučujícího, stejně jako záruka, že obsah kurzu odpovídá standardu a vše probíhá pouze na smluvním vztahu mezi organizátorem kurzu a klientem. I tyto kurzy samozřejmě mohou přinášet kvalitní výuku první pomoci a odpovídat současnému stavu poznání. U neakreditovaných kurzů může vyučovat první pomoc v podstatě každý. Pořádání odborných kurzů či školení je živnost volná. V České republice jsou kurzy první pomoci akreditované u MŠMT vedeny z hlediska legislativy dvěma způsoby. Jednak jako rekvalifikační, kdy hodinová dotace a odborná náplň je stanovena Akreditační komisí příslušného ministerstva, například MŠMT, MZ. Další možností, jak získat akreditaci je zapojení do systému dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků. Další a jinou alternativu potom představují vnitřní normy jednotlivých organizací, případně jejich mezinárodní standard. Příkladem může být Evropské referenční centrum první pomoci. Národní společnost Českého červeného kříže vydala v roce 2002 vlastní Standardy první pomoci. Tyto normy však nejsou legislativně zakotvené. (48)

1.10.1 Standardy, které jsou v současné době k dispozici

1.10.1.1 European first aid guidelines

Jedná se o manuál doporučených postupů pro první pomoc.

1.10.1.2 Evropské referenční centrum první pomoci

Jedná se o společný projekt Národních společností Červeného kříže. Uděluje Evropský certifikát první pomoci, který je přidělován akreditovaným kurzům jednotlivých Národních společností Červeného kříže. (48)

1.10.1.3 Standardy první pomoci

Český červený kříž vydal v roce 2002 zásadní materiál pro výuku a poskytování první pomoci Standardy první pomoci a v roce 2006 byl vydán doplněk, který reflektoval nová doporučení v resuscitaci. Tento materiál zpracoval pětičlenný autorský kolektiv členů Otevřené databáze expertů Českého červeného kříže. Standardy první pomoci schválili jako závazný materiál pro výuku první pomoci laiků na území České republiky ministři zdravotnictví, obrany, vnitra, školství, mládeže a tělovýchovy a dopravy a spojů. Standardy první pomoci není učebnice, ale jedná se o souhrn závazných postupů při první pomoci poskytované laiky. (16)

1.10.1.4 International Liaison Committee on Resuscitation ILCOR

Mezinárodní styčný výbor pro resuscitaci byl založen v roce 1992 a poskytuje fórum pro spolupráci mezi hlavními resuscitačními organizacemi po celém světě. ILCOR směřuje směrem k profesionálům, avšak zmínky o první pomoci jsou zde taky zahrnuty. (30)

1.11 Český červený kříž – aktivity v oblasti poskytování první pomoci

Český červený kříž je humanitární občanské sdružení, které působí na celém území České republiky. Jeho činnost je zaměřena zejména na oblast humanitární, sociální a zdravotní. Je státem uznanou národní společností Červeného kříže na území České republiky ve smyslu mezinárodního práva. (35) Postavení Českého červeného kříže je upraveno zákonem č.126/1992 Sb. o ochraně znaku a názvu Červeného kříže a o Československém červeném kříži. (23) Podle tohoto zákona plní Český červený kříž zejména tyto úkoly: působí jako pomocná organizace vojenské zdravotnické služby, stejně tak v oblasti civilní obrany a ochrany obyvatelstva, poskytuje zdravotnické, sociální, záchranné a humanitární služby, také šíří znalost Ženevských úmluv. (35) Aktivity Českého červeného kříže koordinuje Mezinárodní výbor Červeného kříže, který má sídlo v Ženevě. (20)

Jednou z důležitých činností Českého červeného kříže je výuka první pomoci dětí, mládeže a dospělých. Školení v první pomoci provádí prostřednictvím svých Oblastních spolků. (43) Český červený kříž první pomoc nejen školí, ale také se snaží znalosti v oblasti první pomoci propagovat a šířit. (39) Každoročně organizuje Světový den první pomoci, který se koná vždy druhou sobotu v září. Tento den probíhá ve spolupráci s dalšími organizacemi, jako je zdravotnická záchranná služba, Policie ČR, městská policie, Hasičský záchranný sbor, Sbor dobrovolných hasičů, Vodní záchranná služba, Horská služba, Sdružení záchranných brigád kynologů aj. Akce se převážně koná na hlavních náměstích krajských a okresních měst na území celé České republiky, také na ostatních veřejných prostranstvích. Civilní obyvatelstvo může vidět ukázky poskytování první pomoci na namaskovaných figurantech, je mu nabídnuto vyzkoušet si kardiopulmonální resuscitaci na figuríně sloužící pro výuku první pomoci, pro děti jsou připraveny různé soutěže, k dispozici jsou připraveny také ukázky vystoupení kynologů se záchranářskými psy, ukázky vybavení hasičské techniky, vybavení zdravotnické záchranné služby, ukázky obvazové techniky apod. (41) Český červený kříž dále vydává propagační brožury pro žáky základních škol, pořádá Evropskou soutěž v poskytování první pomoci FACE (39) Tato akce je složena ze dvou částí. První část je Evropská soutěž v poskytování první pomoci, které se účastní elitní družstva první

pomoci z celé Evropy. Soutěž prověřuje schopnosti účastníků poskytnout první pomoc v náročných situacích, ale i spolupráci jednotlivých týmů při zásahu v krizových situacích. Druhou část této akce tvoří workshopy, kde účastníci vedou diskuse o novinkách v oblasti poskytování první pomoci. (31) Český červený kříž se v roce 2003 stal hostitelem a pořadatelem této evropské prestižní soutěže. (32) Český červený kříž také vydává a distribuuje propagační letáky, jejichž cílem je zvýšit zájem civilního obyvatelstva o problematiku první pomoci. Což je důležité pro posilování prvního článku zdravotnického záchranného řetězce. (39) Český červený kříž se snaží vzbudit zájem obyvatelstva o důležitosti poskytování první pomoci a o nezastupitelné úloze bezprostřední pomoci člověku než se dostaví profesionální pomoc. (31) Výkonná rada Českého červeného kříže již od roku 1983 uděluje Plaketu Českého červeného kříže „Za záchranu života“ všem těm, kteří svým zásahem vedoucím k poskytnutí první pomoci zachránili spoluobčany, kteří byli bezprostředně ohroženi na životě. K tomuto ocenění může být navržen každý občan a součástí tohoto návrhu musí být vyjádření lékaře nebo zdravotnického zařízení, které poskytlo první odbornou pomoc člověku v tísni. (37)

1.12 Mimořádná událost

Jak uvádí zákon: *„Mimořádnou událostí je škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.“* (§ 2 písm. b) zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, 24) Mimořádná událost je zvládnutelná pomocí mimořádných opatření v rámci standardní úrovně činnosti orgánů. (19) Příčinou hromadného neštěstí lidí může být přírodní živl, ale i člověk. Mezi hromadné neštěstí způsobené přírodním živlem patří: povodně, laviny, požáry, mrazy, vedra, epidemie, sucha, vichřice ad. Hromadné neštěstí, na kterém se podílí člověk, jsou: dopravní nehody, výbuchy, požáry, zřícení staveb, hromadné akce- koncerty, fotbalová utkání, demonstrace, stávky ad. (13)

1.12.1 Výběr častých mimořádných událostí ohrožující obyvatelstvo a první pomoc

Lidé již od počátku své existence zápasí s živelným působením přírodních sil. Vědeckotechnický pokrok s sebou přinesl další velká nebezpečí vzniku mimořádných událostí. Jsou jimi především hromadná neštěstí v dopravě, úniky nebezpečných látek apod. Všechna rizika, která nás ohrožují si, ale člověk uvědomuje obvykle až po nehodě, havárii či přírodní pohromě. Jak ukázaly například povodně. Postihly již řadu míst a některá z nich i opakovaně. Obyvatele mnoha z nich snad ani nenapadlo, že budou postiženi právě oni. Z nejrůznějších analýz mimořádných událostí všeho druhu vyplývá, že vzniklá panika spolu s neznalostí toho, co dělat, způsobí většinou více ztrát na životech a škod na majetku, než mimořádná událost sama. Proto je ve vyspělých zemích světa kladen důraz na osvětu a výchovu obyvatel, na jejich připravenost pro případ vzniku jakékoliv mimořádné události. (44) Člověk se může alespoň jednou v životě dostat do situace, kdy bude záležet jen na něm, zda dokáže člověku v nouzi pomoc. V případě vzniku mimořádné události budou potřeba nejen znalosti týkající se ochrany obyvatelstva, ale i laické první pomoci. Rozsáhlá a kvalitní výuka laické zdravotnické první pomoci je významnou součástí zdravotnické přípravy obyvatelstva v kontextu traumatologického plánování- přípravy obyvatelstva na možné mimořádné události. Vždyť i laická veřejnost je součástí záchranného řetězce, a to v jeho prvním článku. (38)

1.12.1.1 Dopravní nehody

České silnice jsou z hlediska vážných dopravních nehod jedny z nejhorších v Evropě. Policejní statistiky hovoří měsíčně o stovkách zraněných, desítkách těžce zraněných a smrtelných úrazů, které se stanou při dopravní nehodě. Ke zmenšení počtu dopravních nehod nepřispívají ani přísnější hodnocení přestupků a zavedení bodového systému u řidičů. Každý den nás média informují o dopravních nehodách, které končí tragicky. Proto i dnes se může kdokoliv z nás stát svědkem dopravní nehody, která bude vyžadovat připravenost v oblasti první pomoci. (29) V případě vzniku dopravní nehody je zapotřebí nejprve zajistit bezpečnost na místě nehody, a to všech přítomných na místě

události- postižených i zachránců. Zdravotnické první pomoci proto v některých situacích musí předcházet první pomoc technická, která vytváří podmínky pro její následné provedení. Technická první pomoc spočívá v přerušení působení příčiny, která jakoukoliv nehodu vyvolala. Při dopravní nehodě zastavuje zachránce své vozidlo při pravém okraji vozovky na přehledném a bezpečném místě, nejlépe ve vzdálenosti 15-20 metrů od havarovaných vozidel. Dále zachránce rozsvítí výstražná světla a použije výstražný trojúhelník, kterým jsou motorová vozidla povinně vybavena. Zachránce také vypne zapalování v havarovaném vozidle a zajistí havarované vozidlo proti pohybu ruční brzdou. Vyproštění postižených z havarovaného automobilu provádí zachránce pouze tehdy, hrozí-li nějaké jiné nebezpečí, které může způsobit zhoršení jejich poranění nebo pokud zachránce nemůže ve stávající poloze postiženého ošetřit. Například provést neodkladnou resuscitaci. Zachránce si musí všimnout na místě události dalšího možného nebezpečí, například vytékajícího benzínu, počínajícího požáru havarovaného vozidla. V neposlední řadě zachránce přivolá zdravotnickou záchrannou službu na tísňové lince 155, Hasičský záchranný sbor ČR na tísňovém čísle 150 či Policii ČR na tísňové lince 158 dle individuální situace. Volat může zachránce i na tísňovou linku 112. (17)

1.12.1.2 Požáry

Požár lze charakterizovat jako ničivý živel, který na rozdíl od povodně, vichřice a jiných, kterým nelze zabránit, vzniká v řadě případů z důvodů nedbalosti, neopatrnosti nebo úmyslu člověka. Požár je ve většině případů druhotným účinkem některých dalších mimořádných událostí. Požáry způsobují ročně mnohamilionové majtkové škody a často ničí zdraví a lidské životy. (47) Hasičský záchranný sbor České republiky uvádí statistiky týkající se zásahů hasičů u požárů. Například v období od 28.3 do 3.4 2011 statistiky ukazují, že v České republice vzniklo 843 požárů s celkovou škodou 45,6 mil. Kč. Při těchto požárech byly 2 osoby usmrceny a 20 osob bylo zraněno. (27) I tento typ mimořádné události ukazuje jak důležité je, aby obyvatelstvo bylo připraveno v oblasti ochrany obyvatelstva a oblasti první pomoci. První kroky zachránce vznikne-li požár, jsou zachovat klid, jednat s rozvahou a nepřeceňovat své síly. Jestliže je

zachránce schopen uhasit oheň sám, a to použitím hasicího přístroje, kusem látky, vodou, neprodleně tak učiní. Nebo se alespoň pokusí zamezit jeho rozšíření, a to tím, že odstraní z dosahu požáru snadno hořlavé látky a materiály. Každý vznik požáru hlásí hasičskému záchrannému sboru na tísňové lince 150 či 112. Vznikne-li požár v budově, snaží se zachránce opustit uzavřený zakouřený prostor s postiženým, je-li to možné. Dále chrání sebe a postiženého od nadýchání se zplodin hoření. Nejlepším řešením je vytvořit improvizovanou dýchací roušku, například pomocí navlhčeného kapesníku. Nejde-li z jakéhokoliv důvodu opustit prostor s postiženým, zachránce musí zavřít dveře a okna, vypnout klimatizaci a odvětrání. (45) V případě vzniku popálenin u postiženého postupujeme stejně jako v kapitole 1.6. 4 Popáleniny.

1.12.1.3 Povodně

Povodeň je mimořádná událost, kdy se zvětší průtok vody a zvedne hladinu tak, že se voda z koryt vylévá a zaplavuje okolní území. Povodně lze rozdělit na přirozené a zvláštní povodně. K přirozené povodni dochází následkem dešťů, táním sněhu a ledovců. Zvláštní povodeň vzniká následkem protržení hráze přehrady, sesuvu svahu během dešťů ad. Mezi nejčastější příčiny povodní patří dlouhotrvající, přívalové deště, které jsou často podpořené dalšími okolnostmi jako rychlým táním sněhu, zmrzlou půdou, nepropustným povrchem nebo nasáklou půdou, nedostatečností kanalizačního systému a dalšími okolnostmi. Rychlost vody při povodních je tak značná, že ohrožuje životy a zdraví lidí, životní prostředí a majetek. Proto jsou povodně doprovázeny ztrátami na životech, životním prostředí, majetku a na infrastruktuře s následnými škodami v podnikání. Rychlost vzniku povodně závisí na mnoha faktorech, a proto varování nemusí být vždy možné, například u přívalových dešťů. V případě vzniku povodně je důležité, aby veřejnost poslouchala pokyny složek integrovaného záchranného systému nebo pověřených osob obce. Varovala ostatní ohrožené osoby. (46)

1.12.1.4 Havárie

Havárie patří mezi mimořádné události, ke kterým dochází v souvislosti s lidskou činností a které mohou způsobit menší, ale i velké škody. Mohou ohrozit zdraví, životy lidí, životní prostředí a majetek. Ať už havárii způsobí sám člověk nebo technika, která je produktem lidské činnosti nebo příroda, která na nás zaútočí prostřednictvím některého ze svých živlů tak havárie mohou obyvatelstvo zastihnout kdekoliv a kdykoliv. Proto je nezbytné, aby byla veřejnost připravena na vznik možných havárií. Již proto, že havárie mají většinou vážné dopady, kterými jsou ztráty na životech a zdraví lidí, na životním prostředí a majetku. K těm dochází především v důsledku výbuchů, požárů, úniku nebezpečných látek do ovzduší, půdy, vody, zavalení a zasypání a dalších nebezpečných projevů, které havárie doprovázejí. Chování obyvatelstva při vzniku takové mimořádné události bude záležet na typu a příčině havárie. Ve všech případech je důležité, aby se veřejnost řídila pokyny jednotlivých složek integrovaného záchranného systému a určených orgánů. Poslouchali rozhlas, televizi, místní hlášení o aktuální situaci. (49)

2 CÍL PRÁCE A STANOVENÁ HYPOTÉZA

Cílem práce bylo posoudit, zda je civilní obyvatelstvo připraveno poskytnout první pomoc při vzniku mimořádné události. Stanovená hypotéza: Civilní obyvatelstvo je připraveno poskytnout první pomoc v souladu s platnými standardy první pomoci.

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda šetření

Pro naplnění uvedeného cíle a k získání informací potřebných ke zpracování výsledků průzkumu byla zvolena metoda dotazníku a metoda analytické sondáže. Dotazník se skládal z 15 předem připravených otázek. (viz. Příloha č.1) Otázky dotazníku byly rozčleněny do čtyř částí podle konkrétních stanovených cílů. První část otázek dotazníku se týkala identifikačních údajů respondentů. Druhá část otázek dotazníku zjišťovala zájem a vztah respondentů k první pomoci (motivační úroveň). Třetí část otázek dotazníku byla zaměřena na odolnost, zranitelnost respondentů v oblasti poskytování první pomoci (emoční a zkušenostní úroveň). Čtvrtá část otázek dotazníku zkoumala rozsah teoretických znalostí o poskytování první pomoci u jednotlivých respondentů (znalostní úroveň). Dotazník obsahuje otázky otevřené, uzavřené a polouzavřené. Kontakt s respondenty se uskutečnil „tváří v tvář“, dotazník však byl anonymní s ohledem na osobní citlivá data respondentů.

3.2 Charakteristika cílového souboru

Dotazníkové šetření probíhalo v Jihočeském kraji v městě Tábor. Cílový soubor tvořilo celkem 250 respondentů obou pohlaví náhodně vybraných ve čtyřech různých věkových kategoriích. První věkovou kategorií byla skupina respondentů ve věku 10-20 let, druhou věkovou kategorií tvořila skupina respondentů ve věku 20-40 let, třetí věkovou kategorií byla skupina respondentů ve věku 40-60 let a poslední věkovou kategorií tvořili respondenti starší 60 let. Respondenti byli dotazováni osobně formou připravených cílených uzavřených i otevřených otázek. Průzkumu se zúčastnili obě pohlaví, celkem 125 mužů a 125 žen. Většina dotazovaných respondentů (110) měla středoškolské vzdělání. Výzkumné šetření bylo uskutečněno v měsíci březnu 2011.

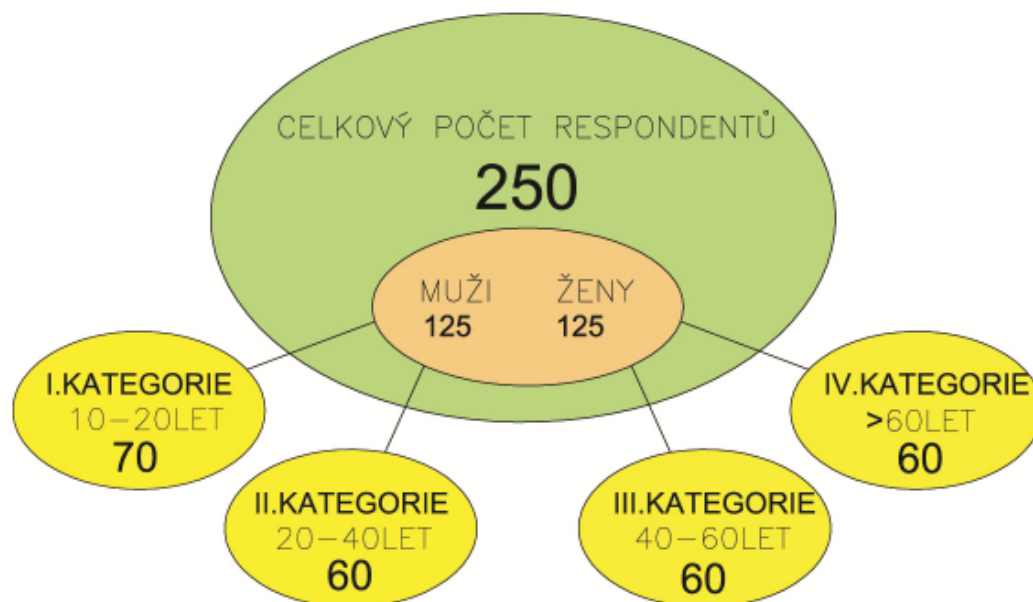
3.3 Probíhající šetření a zpracování výsledků

Před samotným zahájením průzkumu předcházelo pilotní šetření, jehož účelem bylo zjistit srozumitelnost otázek dotazníku a rovněž potřebný čas k vyplnění celého dotazníku ve vztahu k jednomu respondentovi. V rámci pilotního šetření bylo osloveno 10 respondentů ve věkové kategorii 10- 20 let. Na základě pilotního šetření nebylo potřeba zvolenou metodiku ani jednotlivé otázky dotazníku upravovat. Proto i odpovědi těchto respondentů byly zařazeny ke zpracování výsledků šetření. Pilotní šetření i samotné dotazování respondentů jednotlivých věkových kategorií, probíhalo v městě Tábor uprostřed nákupního centra, které je tvořeno několika velkými supermarkety. Tato lokalita byla vybrána vzhledem k výskytu všech věkových kategorií. Respondenti byli oslovováni 5 dnů v době od 9- 17 hodin. Před vyplněním dotazníku byli respondenti přímo osloveni autorkou práce úvodním oslovením, které je uvedeno v příloze č. 1, jako součást dotazníku. Při pokládání otázek z dotazníku bylo dbáno na samostatné uvádění odpovědí ze strany respondentů. Respondenti si mohli vybrat z několika možných odpovědí. Některé typy otázek umožňovaly respondentům odpovědět více možnostmi nebo doplnit odpověď vlastní. Celkem bylo osloveno pomocí dotazníku 250 respondentů. Návratnost byla 100% vzhledem k dotazování respondentů přímo osobou výzkumníka.

Jednotlivé výsledky provedeného průzkumu byly zpracovány do grafů, tabulek, schémat. Byly k tomu využity počítačové programy Microsoft Word a Microsoft Excel 2007. Konkrétní jednotlivé odpovědi respondentů byly zpracovány v absolutních (n) i relativních (%) číslech. V komentářích k jednotlivým výstupům jsou zejména zvažovány další možné směry výzkumu nejen v oblasti poskytování první pomoci, ale rovněž v oblasti ochrany obyvatelstva, zejména v úrovni odolnosti a zranitelnosti obyvatel České republiky při mimořádných událostech. Závěry a doporučení plynoucí z průzkumu budou publikovány v případě obhájení diplomové práce v některém z odborných časopisů České lékařské společnosti J.E. Purkyně.

4 VÝSLEDKY

Schéma č.1: Zastoupení jednotlivých respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 250 respondentů bylo osloveno 125 mužů (50%) a 125 žen (50%). Ve věkovém rozmezí 10 -20 let bylo osloveno 70 (28%) respondentů. Ve věkovém rozmezí 20- 40 let bylo osloveno 60 (24%) respondentů. Ve věkovém rozmezí 40- 60 let bylo osloveno 60 (24%) respondentů. Respondenti, kteří byli starší 60 let, byli osloveni v počtu 60 (24%). Vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o malý soubor a výsledky průzkumu nebyly podrobeny metodám statistického srovnávání souborů, nehraje rozdílný počet respondentů v souboru 10-20 let od počtu v ostatních souborech významnou statistickou roli.

Tabulka č.1: Vzdělání respondentů

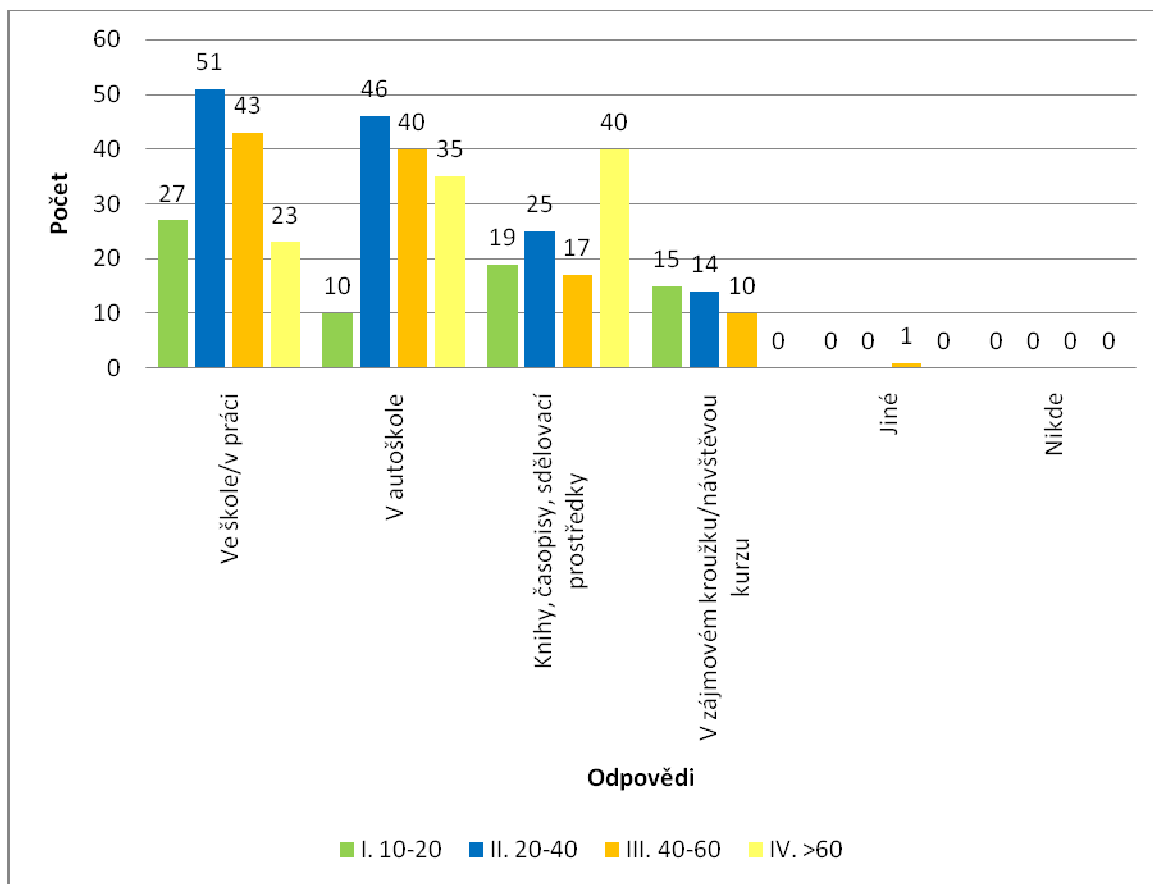
VZDĚLÁNÍ	POČET
250 RESPONDENTŮ	
základní	51
vysokoškolské	49
jiné	150

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 250 dotazovaných osob mělo 51 (20%) základní vzdělání. Vysokoškolské vzdělání mělo 49 (19%) dotazovaných osob. Většina dotazovaných osob 110 (44%) měla středoškolské vzdělání s maturitou. Vyučeno bylo 40 (16%) dotazovaných osob.

Pozn. Skupina se vzděláním základním a vysokoškolským má jasné ohraničení legislativní. Vzhledem k velké pestrosti možného dosaženého vzdělání ve skupině Jiné, nebyla tato skupina dále diferencována.

Graf č.1: Setkal/a jste se někdy s výukou první pomoci?



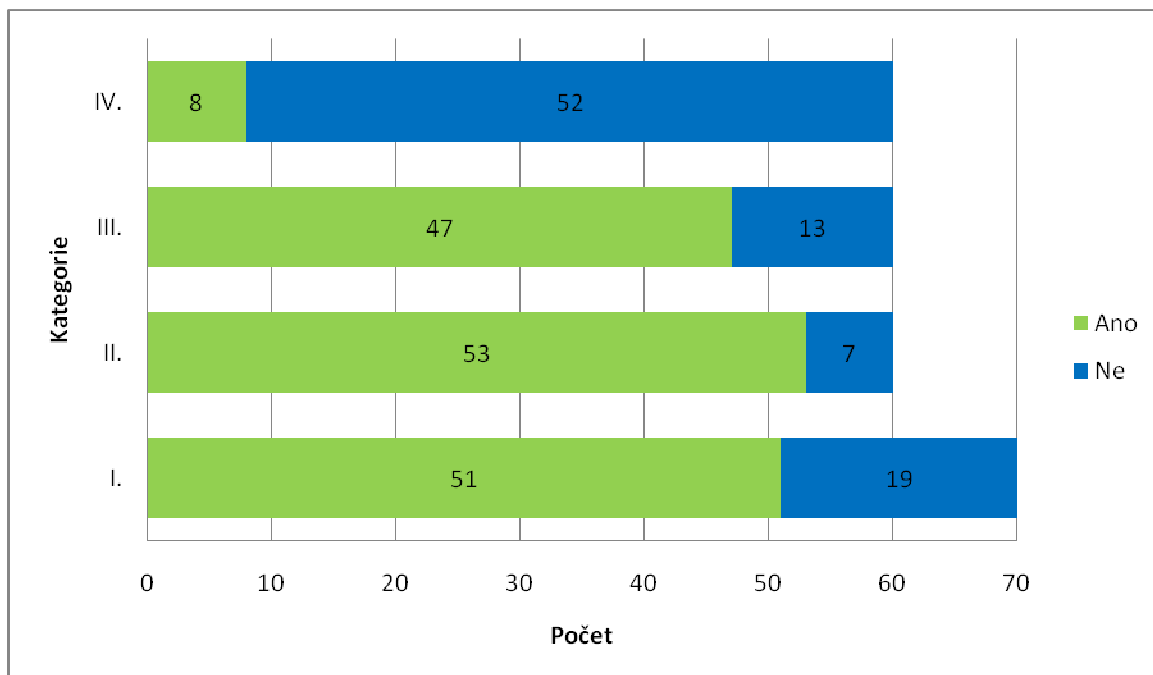
Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazovaná otázka č. 4 byla zaměřena na setkání respondentů s výukou první pomoci.

Ve věkové kategorii 10- 20 let se 27 ze 70 respondentů setkala s výukou první pomoci ve škole nebo v práci (39%), 10 ze 70 respondentů v autoškole (14%) , 19 ze 70 respondentů prostřednictvím knih, časopisů, sdělovacích prostředků (27%) a 15 ze 70 respondentů v zájmovém kroužku nebo návštěvou kurzu (22%) . Ve věkové kategorii 20-40 let výsledky ukázaly, že 51 z 60 respondentů se setkala s výukou první pomoci ve škole nebo v práci (85%) , 46 z 60 respondentů v autoškole (77%) , 25 z 60 respondentů prostřednictvím knih, časopisů, sdělovacích prostředků (42%) a 14 z 60 respondentů v zájmovém kroužku nebo návštěvou kurzu (23%) . Ve věkové kategorii 40-60 let se 43

z 60 respondentů setkala s výukou první pomoci ve škole nebo v práci (72%) , 40 z 60 respondentů v autoškole (67%) , 17 z 60 respondentů prostřednictvím knih, časopisů a sdělovacích prostředků (28%) , 10 z 60 respondentů v zájmovém kroužku nebo návštěvou kurzu (17%) , pouze 1 z 60 respondentů na dětském táboře (1%) . Ve věkové kategorii respondentů starších 60 let výsledky ukázaly, že 23 z 60 respondentů se setkala s výukou první pomoci ve škole nebo v práci (38%) , 35 z 60 respondentů v autoškole (58%), 40 z 60 respondentů prostřednictvím knih, časopisů a sdělovacích prostředků (67%). Žádný z 60 respondentů této věkové kategorie neuvedl ve své odpovědi, že by se s výukou první pomoci setkal v zájmovém kroužku či návštěvou kurzu (0%). Žádný z 250 respondentů všech věkových kategorií neuvedl, že by se s výukou první pomoci ve svém životě nikdy neseťkal (0%) .

Graf č.2: Byla pro Vás absolvovaná výuka přínosná?

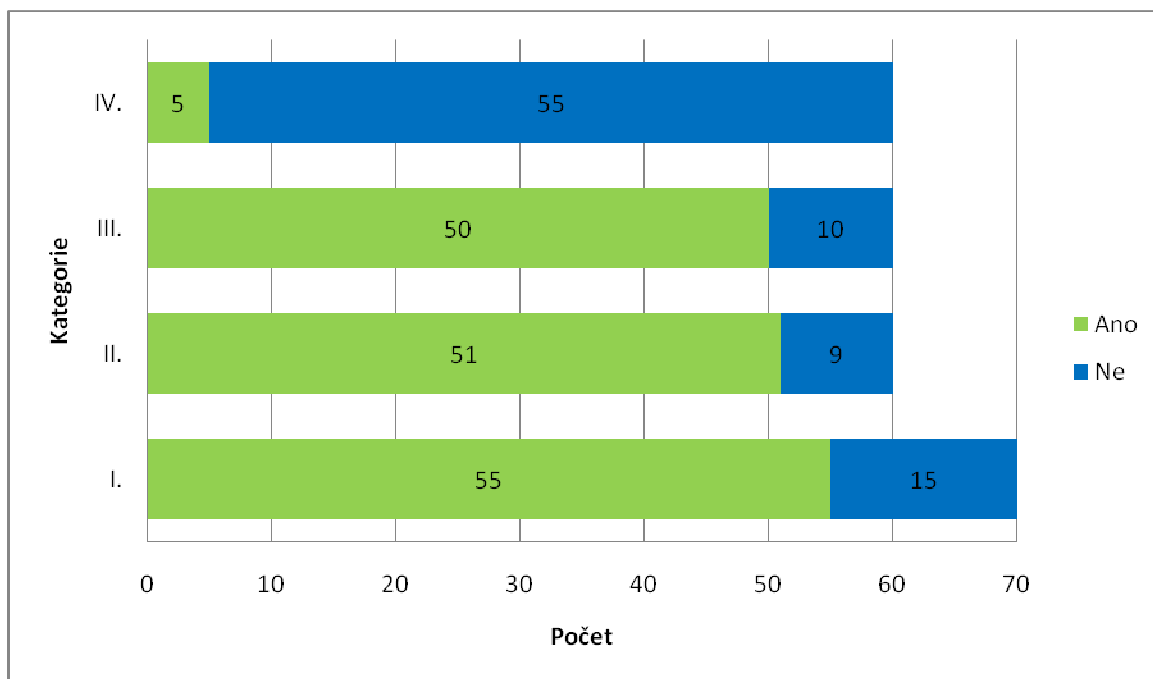


Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazovaná otázka č. 5 byla zaměřena na přínos výuky.

Ve věkové kategorii 10- 20 let výsledky ukázaly, že pro 51 ze 70 respondentů byla absolvovaná výuka první pomoci přínosná (73%) a pro 19 ze 70 respondentů výuka přínosná nebyla (27%). Pro 53 z 60 respondentů ve věkové kategorii 20- 40 let byla výuka první pomoci přínosná (88%), pro 7 z 60 respondentů výuka přínosná nebyla (12%). Ve věkové kategorii 40- 60 let měla výuka přínos pro 47 z 60 dotazovaných respondentů (78%), pro 13 z 60 respondentů výuka přínos neměla (22%). Ve věkové kategorii osob starších 60 let výsledky ukázaly, že pouze pro 8 z 60 respondentů byla výuka první pomoci přínosná (13%). Pro 52 z 60 dotazovaných respondentů v této kategorii byla výuka první pomoci nepřínosná (87%).

Graf č.3: Byl/a byste ochoten/a zúčastnit se některých výukových programů první pomoci?

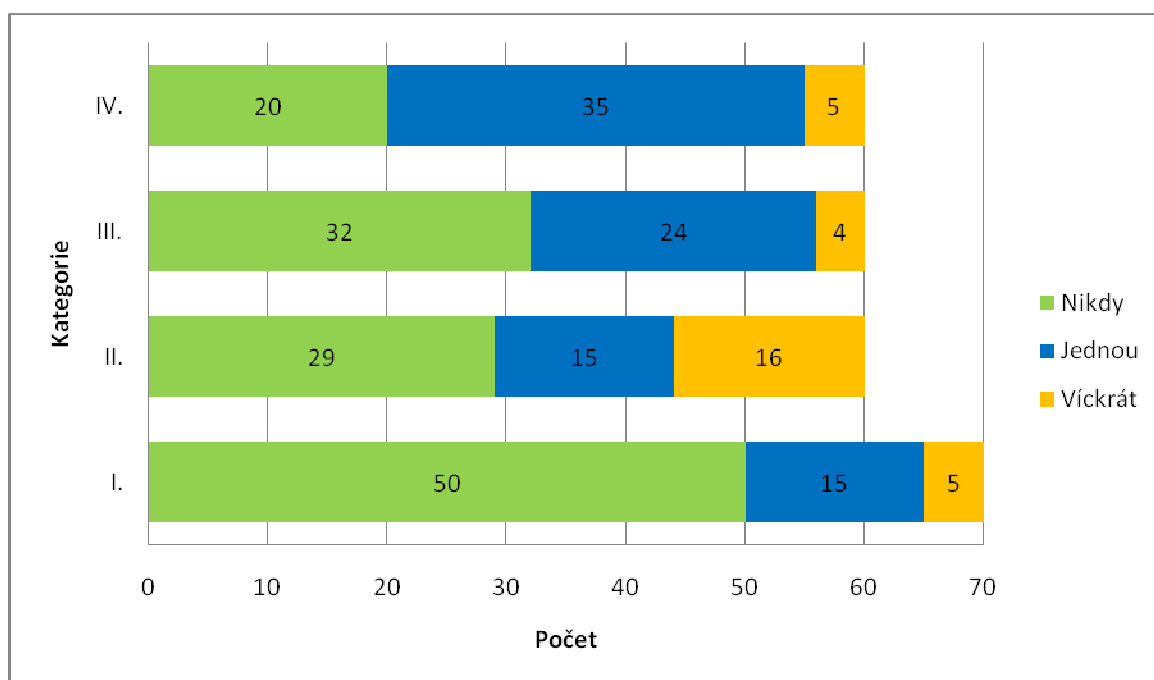


Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazovaná otázka č. 6 byla zaměřena na ochotu zúčastnit se některého výukového programu první pomoci.

Ve věkové kategorii 10- 20 let by bylo 55 ze 70 respondentů ochotno zúčastnit se některého z výukových programů první pomoci (79%), 15 ze 70 respondentů by se výukového programu nezúčastnilo (21%). Ve věkové kategorii 20- 40 let výsledky ukázaly, že 51 z 60 respondentů by bylo ochotno zúčastnit se některého z výukových programů první pomoci (85%), 9 z 60 respondentů by se výukového programu první pomoci nezúčastnilo (15%). Ve věkové kategorii 40- 60 by se 50 z 60 respondentů zúčastnilo výukového programu první pomoci (83%), 10 z 60 respondentů by se výuky první pomoci nezúčastnilo (17%). Ve věkové kategorii osob starších 60 let výsledky ukázaly, že pouze 5 z 60 respondentů by bylo ochotno zúčastnit se některého z výukových programů první pomoci (8%), ostatních 55 z 60 dotazovaných respondentů by se žádné výuky první pomoci nezúčastnilo (92%).

Graf č.4: Setkal/a jste se ve svém životě se situací, která by vyžadovala poskytnutí první pomoci?



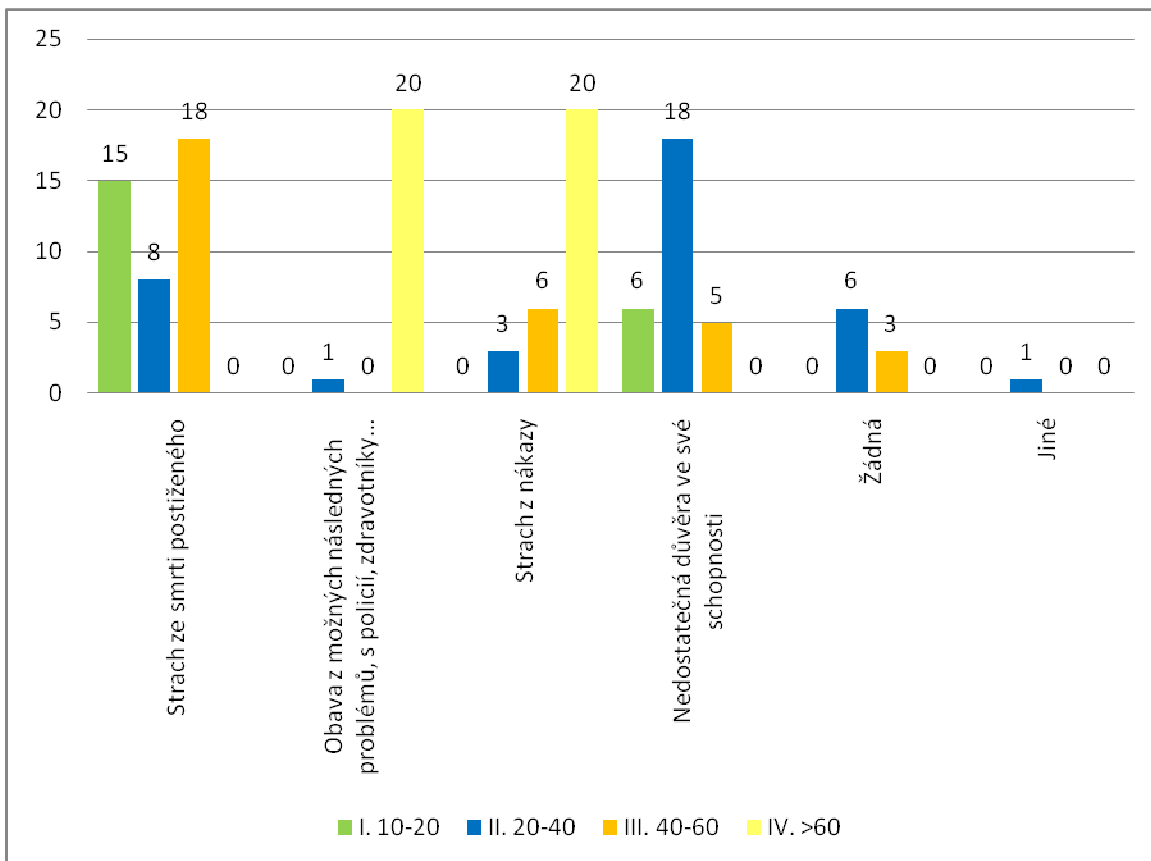
Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazovaná otázka č. 7 byla zaměřena na setkání se situací, která by vyžadovala poskytnutí první pomoci.

Ve věkové kategorii 10- 20 let výsledky ukázaly, že 50 ze 70 respondentů se ve svém životě ještě nikdy se situací, která by vyžadovala poskytnutí první pomoci, nesešla (71%). 15 ze 70 respondentů poskytovalo ve svém životě první pomoc jedenkrát (21%), 5 ze 70 respondentů vícekrát (7%). Ve věkové kategorii 20- 40 let nikdy neposkytovalo první pomoc 29 z 60 oslovených respondentů (48%), 15 z 60 respondentů poskytovalo první pomoc ve svém životě jedenkrát (25%) a 16 z 60 respondentů vícekrát (27%). Ve věkové kategorii 40- 60 let výsledky ukázaly, že první pomoc ve svém životě nikdy neposkytovalo 32 z 60 oslovených respondentů (53%), 24 z 60 respondentů poskytovalo první pomoc jedenkrát (40%) a 4 z 60 oslovených respondentů vícekrát (7%). Ve věkové kategorii osob starších 60 let výsledky ukázaly, že 20 z 60 respondentů nikdy ve svém životě první pomoc neposkytovalo (33%), 35 z 60

dotazovaných respondentů první pomoc poskytovalo jedenkrát (58%) a 5 z 60 respondentů víckrát (8%).

Graf č.5: Vyskytla se u Vás při poskytování první pomoci některá z překážek?



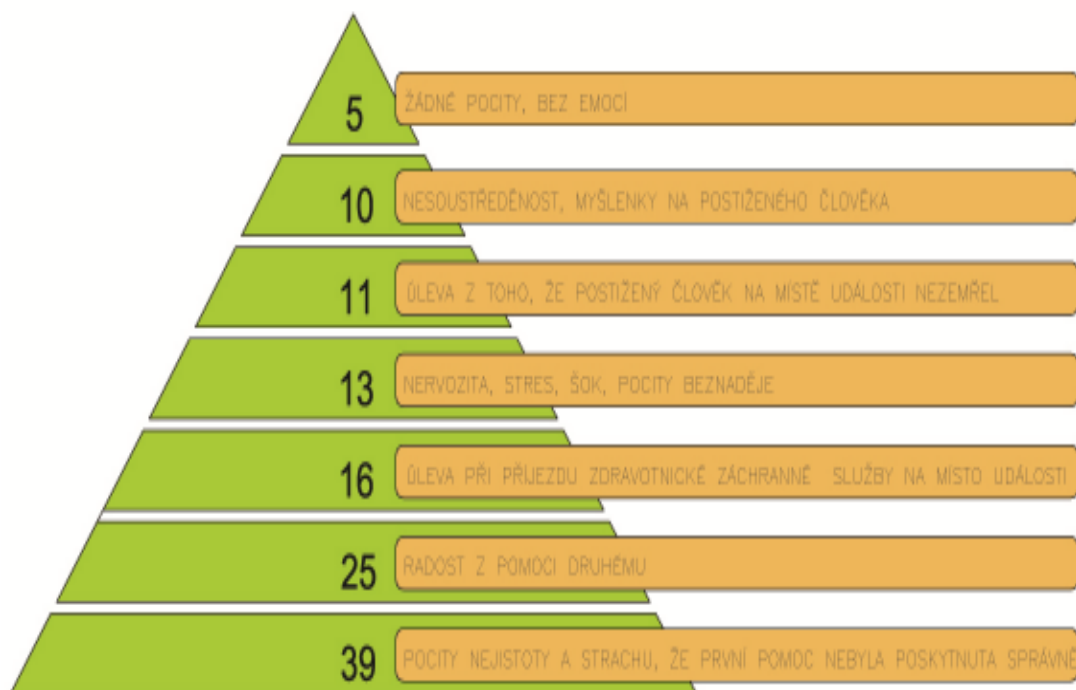
Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazovaná otázka č. 8 zjišťovala přítomnost jakýchkoliv překážek při poskytování první pomoci.

Ve věkové kategorii 10- 20 let výsledky ukázaly, že 15 ze 70 oslovených respondentů mělo při poskytování první pomoci strach ze smrti postiženého (21%) a u 6 ze 70 respondentů se objevila nedůvěra ve své schopnosti (9%). Ve věkové kategorii 20- 40 let výsledky ukázaly, že 8 z 60 respondentů mělo při poskytování první pomoci strach ze smrti postiženého (13%), 1 z 60 respondentů měl obavu z možných následných problémů s policií či zdravotníky (1%), 3 z 60 respondentů mělo strach z nákazy (5%), u 18 z 60 respondentů se objevila nedostatečná důvěra ve své schopnosti

(30%), 6 z 60 respondentů nepociťovalo žádnou překážku při poskytování první pomoci (10%) a 1 z 60 oslovených respondentů měl strach ze zhoršení stavu postiženého, než přijede zdravotnická záchranná služba (1%). Ve věkové kategorii 40- 60 let výsledky ukázaly, že 18 z 60 respondentů mělo strach ze smrti postiženého (30%), 6 z 60 respondentů mělo strach z nákazy (10%), 5 z 60 respondentů nemělo důvěru ve své schopnosti (8%), 3 z 60 respondentů nevedli žádnou překážku při poskytování první pomoci (5%). Žádný z 60 respondentů této věkové kategorie neměl obavu z možných následných problémů s policií či zdravotníky (0%). Ve věkové kategorii osob starších 60 let odpovědi ukázaly, že 20 z 60 respondentů mělo obavy z následných problémů s policií či zdravotníky (33%), 20 z 60 oslovených respondentů uvedlo strach z nákazy (33%). Žádný z 60 respondentů této věkové kategorie nevedlo jako překážku při poskytování první pomoci strach ze smrti postiženého a nedůvěru ve své schopnosti (0%).

Schéma č.2: Jak byste popsal/a Vaše pocity po poskytnutí první pomoci?

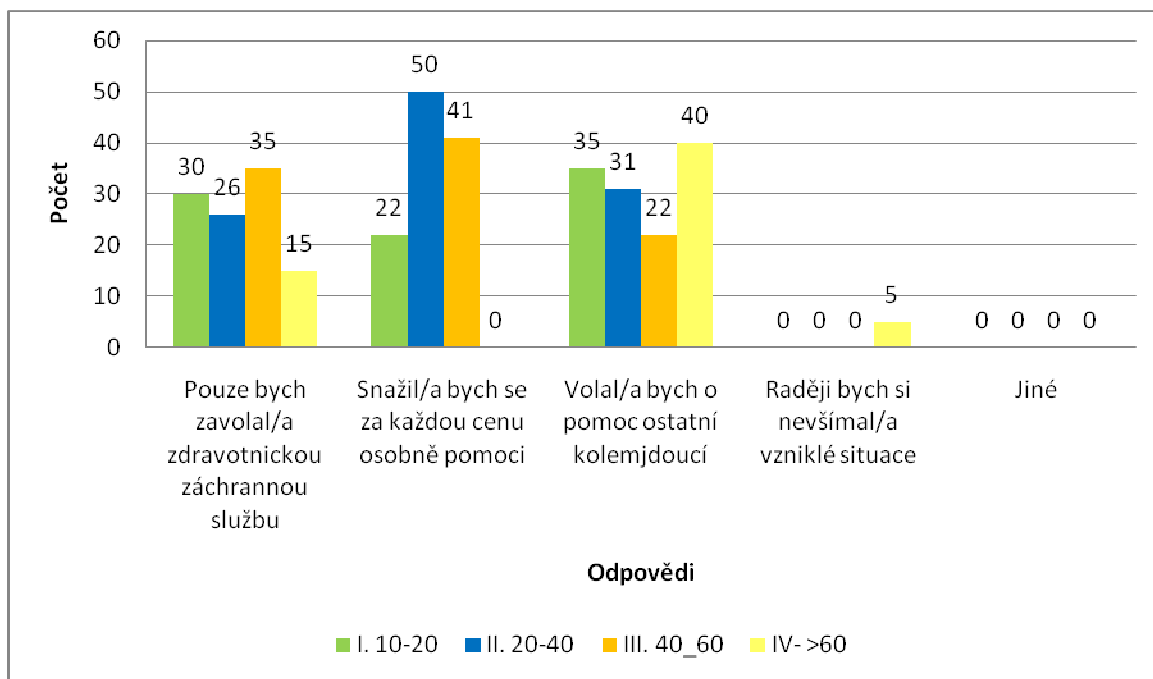


Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazovaná otázka č. 9 zjišťovala pocity po poskytnutí první pomoci u respondentů.

Z celkového počtu 250 dotazovaných osob poskytovalo první pomoc ve svém životě 119 osob (48%). Z toho 39 ze 119 respondentů uvedlo, že se u nich po poskytnutí první pomoci objevily pocity nejistoty a strachu z nesprávně poskytnuté první pomoci (33%). 25 ze 119 respondentů odpovědělo, že měli radost z pomoci druhému člověku (21%). 16 ze 119 respondentů cítilo úlevu při příjezdu zdravotnické záchranné služby na místo události (13%). 13 ze 119 respondentů prožívalo nervozitu, pocity beznaděje a objevily se u nich projevy stresové situace a šokového stavu (11%). Úlevu z přežití postiženého na místě události cítilo 11 ze 119 respondentů (9%). 10 ze 119 respondentů uvedlo svoji nesoustředěnost a opakované myšlenky na postiženého člověka během celého dne (8%).

Graf č.6: Jak si myslíte, že byste se zachoval/a v případě, že by bylo potřeba poskytnout první pomoc na místě s větším počtem zraněných?



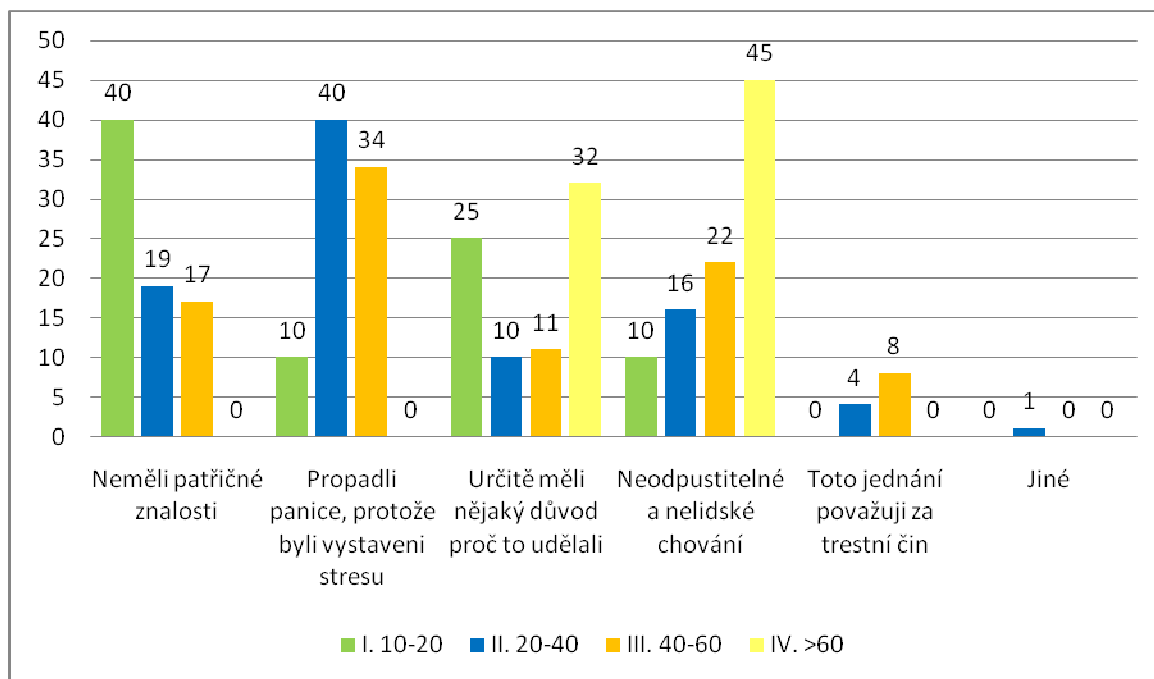
Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazovaná otázka č. 10 měla posoudit, jak by se respondenti zachovali na místě nehody s větším počtem zraněných.

Ve věkové kategorii 10- 20 let výsledky ukázaly, že 30 ze 70 respondentů by zavolalo zdravotnickou záchrannou službu (43%), 22 ze 70 respondentů by se snažilo za každou cenu zraněné osobě pomoci (31%), 35 ze 70 respondentů by volalo o pomoc kolemjdoucí (50%). Žádný ze 70 respondentů nevedl ve své odpovědi, že by si raději vzniklé situace nevšimal (0%). Ve věkové kategorii 20- 40 let výsledky ukázaly, že 26 z 60 respondentů by zavolalo zdravotnickou záchrannou službu (43%), 50 z 60 oslovených respondentů by se snažilo za každou cenu postižené osobě pomoci (83%), 31 z 60 respondentů by volalo o pomoc ostatní kolemjdoucí (52%). Žádný z 60 respondentů této kategorie nevedl, že by si raději vzniklé situace nevšimal (0%). Ve věkové kategorii 40- 60 let výsledky ukázaly, že 35 z 60 respondentů by zavolalo zdravotnickou záchrannou službu (58%), 41 z 60 respondentů by se snažilo za každou

cenu osobě pomoci na místě události (68%), 22 z 60 respondentů by volalo o pomoc kolemjdoucí (37%). Žádný z 60 respondentů neuvedl ve své odpovědi, že by si raději vzniklé situace nevyšimal (0%). Ve věkové kategorii osob starších 60 let odpovědi ukázaly, že 15 z 60 respondentů by zavolalo zdravotnickou záchrannou službu (25%), 40 z 60 respondentů by volalo o pomoc kolemjdoucí (67%), 5 z 60 oslovených respondentů by si raději nevyšimalo vzniklé situace (8%). Žádný z 60 respondentů této věkové kategorie by se nesnažilo osobě za každou cenu pomoci (0%).

Graf č.7: Co si myslíte o lidech, kteří odmítli poskytnout první pomoc na místě dopravní nehody?



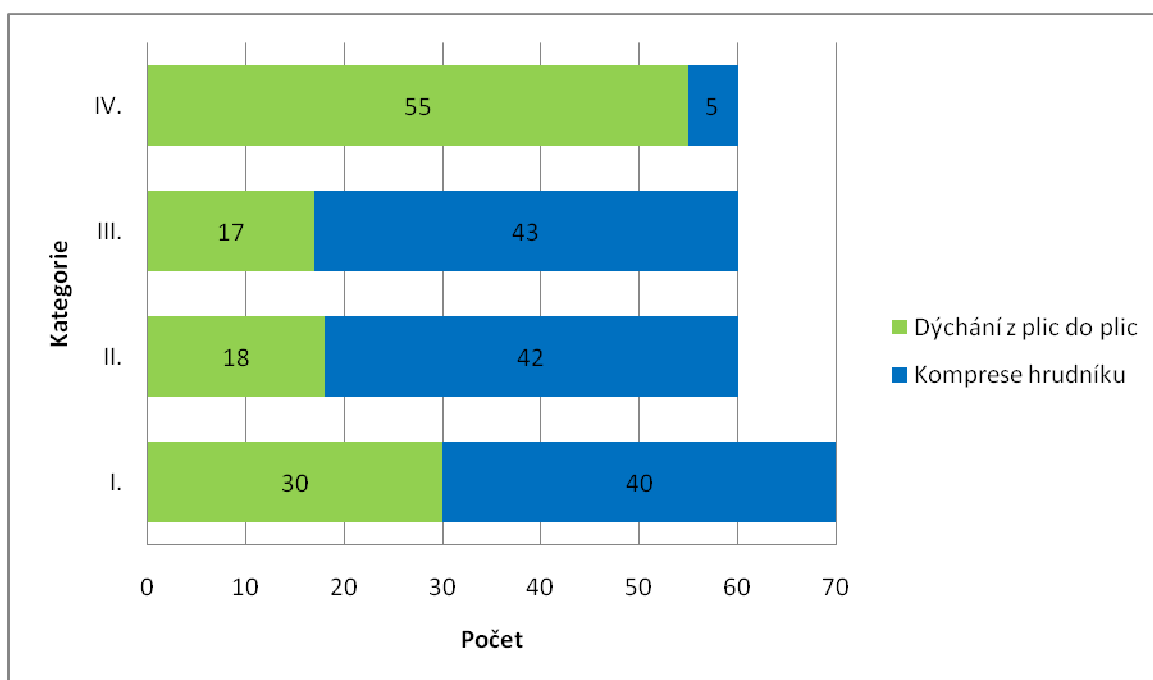
Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazovaná otázka č. 11 zjišťovala názory respondentů na lidi, kteří odmítli poskytnout první pomoc na místě dopravní nehody.

Ve věkové kategorii 10- 20 let výsledky ukázaly, že 40 ze 70 respondentů si o lidech, kteří neposkytli na místě dopravní nehody první pomoc myslí, že neměli patřičné znalosti (57%). 10 ze 70 respondentů si myslí, že tyto lidé propadli panice, protože byli vystaveni stresu (14%) a 25 ze 70 respondentů si myslí, že měli určitě nějaký důvod, proč to udělali (36%). Žádný ze 70 oslovených respondentů této věkové kategorie neuvedl ve svých odpovědích, že se jedná o nelidské a neodpustitelné chování a že toto jednání považují za trestný čin (0%). Ve věkové kategorii 20- 40 let výsledky ukázaly, že 19 z 60 respondentů si o těchto lidech myslí, že neměli patřičné znalosti (32%), 40 z 60 respondentů, že propadli panice, protože byli vystaveni stresu (67%). 10 z 60 respondentů této věkové kategorie si myslí, že tyto lidé měli určitě nějaký důvod, proč to udělali (17%). 16 z 60 oslovených respondentů toto chování považuje za

neodpustitelné a nelidské (27%), 4 z 60 respondentů považují toto jednání za trestný čin (7%). 1 z 60 respondentů si myslí, že to nevádí, protože to nebyla jejich povinnost, ale odpovědnost zdravotnické záchranné služby (1%). Ve věkové kategorii 40- 60 let výsledky ukázaly, že 17 z 60 respondentů si o těchto lidech myslí, že neměli patřičné znalosti (28%), 34 z 60 lidí propadli panice, protože byli vystaveni stresu (57%). 11 z 60 respondentů si myslí, že tito lidé měli určitě nějaký důvod, proč se takto zachovali (18%), 22 z 60 respondentů toto chování považují za nelidské a neodpustitelné (37%) a 8 z 60 respondentů toto jednání považují za trestný čin (13%). Ve věkové kategorii osob starších 60 let výsledky ukázaly, že 32 z 60 respondentů si myslí, že tito lidé měli určitě nějaký důvod, proč to udělali (53%) a 45 z 60 respondentů si myslí, že toto chování je nelidské a neodpustitelné (75%). Jiné odpovědi respondenti v této věkové kategorii neuváděli.

Graf č.8: Kterou z možností byste při resuscitaci preferoval/a jako dostatečnou k poskytnutí první pomoci na místě závažné nehody?



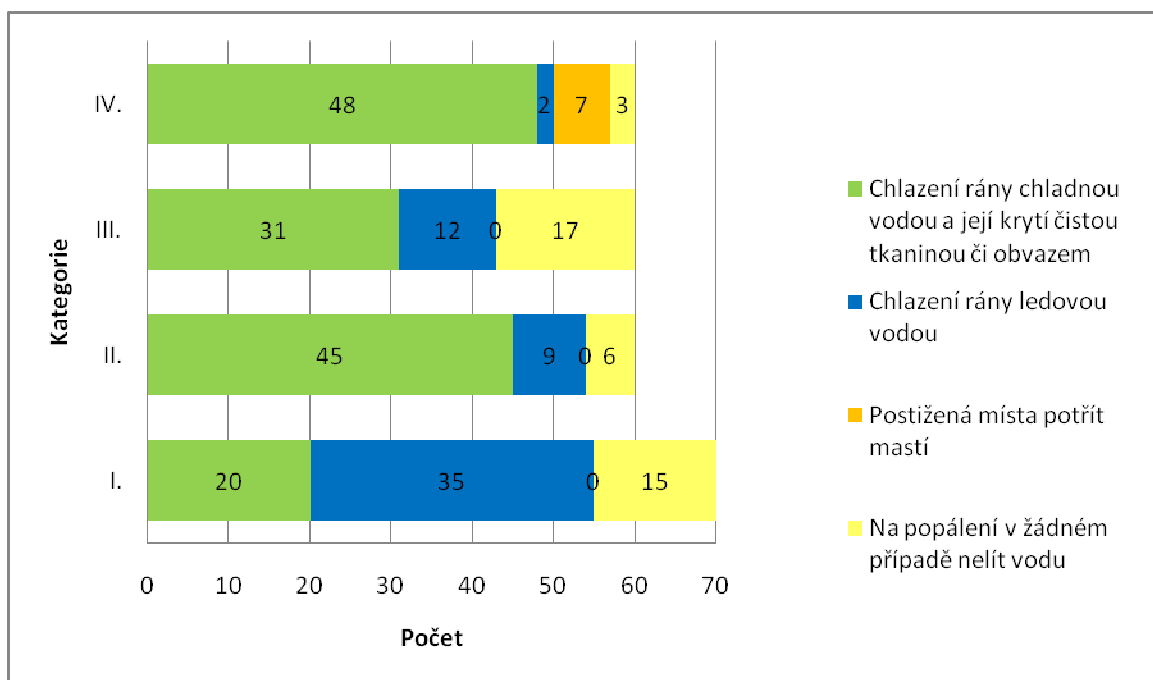
Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazovaná otázka č. 12 byla zaměřena na znalost správně provedené resuscitace na místě závažné nehody.

Ve věkové kategorii 10- 20 let výsledky ukázaly, že 30 ze 70 respondentů by při resuscitaci preferovalo jako dostatečnou k poskytnutí první pomoci na místě závažné nehody dýchání z plic do plic (43%), 40 ze 70 respondentů by preferovalo provádět kompresi hrudníku (57%). Ve věkové kategorii 20- 40 let výsledky ukázaly, že 18 z 60 respondentů by při resuscitaci preferovalo jako dostatečnou k poskytnutí první pomoci dýchání z plic do plic (30%), 42 z 60 respondentů by preferovalo provádět kompresi hrudníku (70%). Ve věkové kategorii 40- 60let výsledky ukázaly, že 17 z 60 respondentů by preferovalo při resuscitaci na místě závažné nehody provádět dýchání z plic do plic (28%), 43 z 60 respondentů by preferovalo při resuscitaci dělat kompresi hrudníku (72%). Ve věkové kategorii osob starších 60 let výsledky ukázaly, že 55 z 60

respondentů by preferovalo při resuscitaci provádět dýchání z plic do plic (92%), 5 z 60 respondentů by preferovalo při resuscitaci provádět kompresi hrudníku (8%).

Graf č.9: Jak byste ošetřil/a v rámci první pomoci, popáleninu I. a II. stupně?



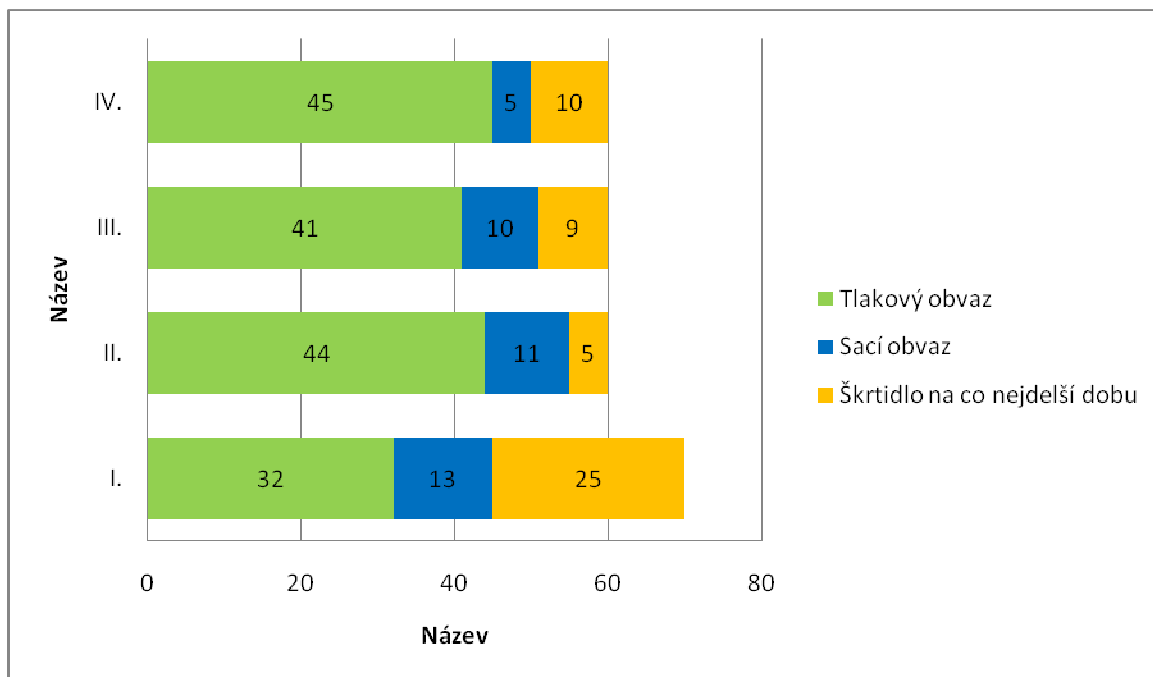
Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazovaná otázka č. 13 zjišťovala teoretickou znalost první pomoci u popálenin.

Ve věkové kategorii 10- 20 let výsledky ukázaly, že 20 ze 70 respondentů by ošetřilo v rámci první pomoci, popáleninu I. a II. stupně tak, že by chladili ránu chladnou vodou a poté by ji kryli čistou tkaninou či obvazem (29%). 35 ze 70 respondentů by chladili ránu ledovou vodou (50%) a 15 ze 70 respondentů by na popáleninu v žádném případě nelili vodu (21%). Žádný ze 70 respondentů by postižené místo nepotíral mastí (0%). Ve věkové kategorii 20- 40 let výsledky ukázaly, že 45 z 60 respondentů by popáleninu v rámci první pomoci ošetřilo tak, že by ji chladili chladnou vodou a popálenou plochu by kryli čistou tkaninou či obvazem (75%). 9 z 60 respondentů by popáleninu I. a II. stupně chladili ledovou vodou (15%) a 6 z 60

respondentů by na popálené místo v žádném případě nelilo vodu (10%). Žádný z 60 respondentů by postižené místo nepotíral žádnou masťou (0%). Ve věkové kategorii 40-60 let výsledky ukázaly, že 31 z 60 oslovených respondentů by popáleninu I. a II. stupně chladilo chladnou vodou a poté ji krylo čistou tkaninou či obvazem (52%). 12 z 60 respondentů by chladilo popálené místo ledovou vodou (20%) a 17 z 60 respondentů by na popáleninu nepoužilo vodu (28%). Žádný z 60 respondentů této věkové kategorie by k ošetření popáleniny nepoužil masťou (0%). Ve věkové kategorii osob starších 60 let výsledky ukázaly, že 48 z 60 respondentů by ošetřilo popáleninu tím, že by ji chladilo a překrylo čistou tkaninou či obvazem (80%). 2 z 60 respondentů by popálené místo chladilo ledovou vodou (3%), 7 z 60 respondentů by popáleninu ošetřilo masťou (12%) a 3 z 60 respondentů by na popálené místo nelilo vodu (5%).

Graf č.10: Co byste nejlépe použil/a k definitivnímu zastavení žilního krvácení?



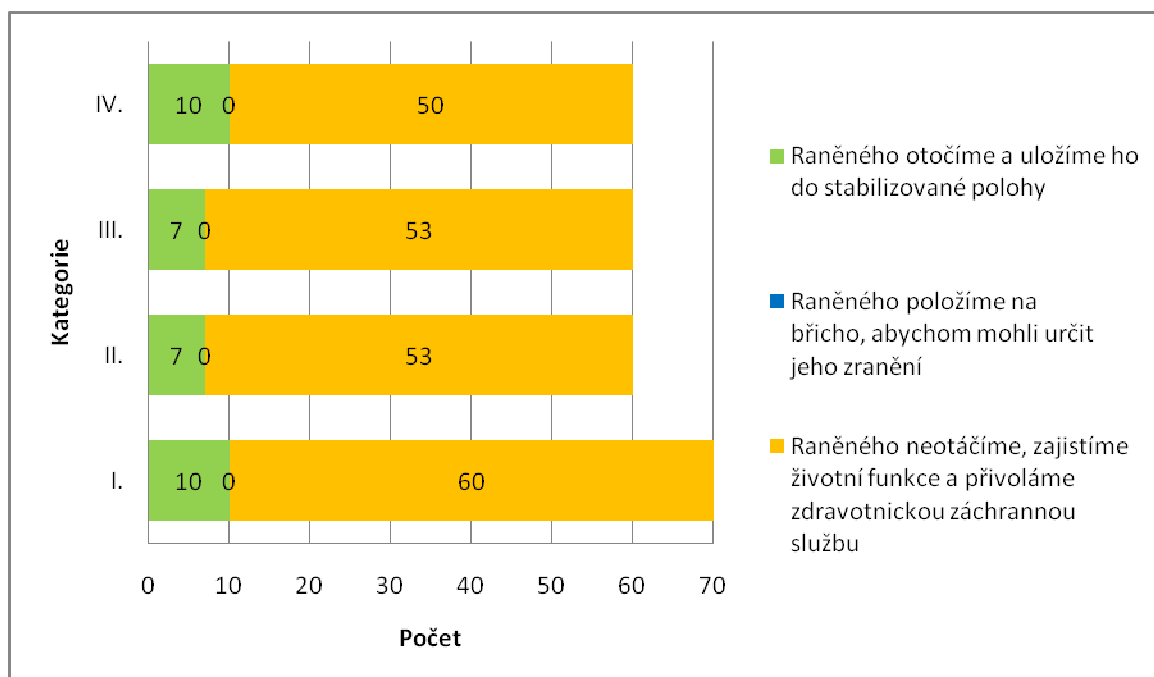
Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazovaná otázka č. 14 zjišťovala teoretickou znalost první pomoci při zástavě žilního krvácení.

Ve věkové kategorii 10- 20 let výsledky ukázaly, že 32 ze 70 respondentů by použilo k definitivnímu zastavení žilního krvácení tlakový obvaz (46%), 13 ze 70 respondentů by použilo sací obvaz (19%) a 25 ze 70 respondentů by použilo škrtidlo na co nejdelší dobu (36%). Ve věkové kategorii 20- 40 let výsledky ukázaly, že 44 z 60 respondentů by použilo k definitivnímu zastavení žilního krvácení tlakový obvaz (73%), 11 z 60 respondentů by použilo sací obvaz (18%) a 5 z 60 respondentů by použilo škrtidlo na co nejdelší dobu (8%). Ve věkové kategorii 40- 60 let výsledky ukázaly, že 41 z 60 respondentů by použilo k definitivnímu zastavení žilního krvácení tlakový obvaz (68%), 10 z 60 respondentů by použilo sací obvaz (17%) a 9 z 60 respondentů by použilo škrtidlo na co nejdelší dobu (15%). Ve věkové kategorii osob starších 60 let výsledky ukázaly, že 45 z 60 respondentů by použilo k definitivnímu zastavení žilního

krvácení tlakový obvaz (75%), 5 z 60 respondentů by použilo sací obvaz (8%) a 10 z 60 respondentů by použilo škrtidlo na co nejdelší dobu (17%).

Graf č.11: Jak byste ošetřil/a člověka v bezvědomí, se zachovaným dýcháním a krevním oběhem, u kterého máte podezření na poranění páteře či míchy a nehrozí jiné nebezpečí?



Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazovaná otázka č. 15 zjišťovala teoretickou znalost první pomoci u zraněného člověka v bezvědomí, se zachovaným dýcháním a krevním oběhem, u kterého je podezření na poranění páteře či míchy a jiné nebezpečí nehrozí.

Ve věkové kategorii 10- 20 let výsledky ukázaly, že 10 ze 70 respondentů by takto zraněného člověka ošetřilo tak, že by postiženého otočili a uložili ho do stabilizované polohy (14%). 60 ze 70 respondentů by ošetřilo zraněného tak, že by ho neotáčeli, zajistili by životní funkce a přivolali by zdravotnickou záchrannou službu (86%). Žádný ze 70 respondentů této věkové kategorie by zraněného neotáčel na břicho, aby mohl určit jeho zranění (0%). Ve věkové kategorii 20- 40 let výsledky ukázaly, že 7

z 60 respondentů by postiženého člověka otočilo a uložilo by ho do stabilizované polohy (12%). 53 z 60 respondentů by raněného neotáčelo, zajistilo by životní funkce a přivolalo by zdravotnickou záchrannou službu (88%). Žádný z 60 respondentů by raněného člověka neotáčel na břicho, aby mohl určit jeho zranění (0%). Ve věkové kategorii 40- 60 let výsledky ukázaly, že 7 z 60 respondentů by raněného otočilo a uložilo by ho do stabilizované polohy (12%). 53 z 60 respondentů by zraněného člověka ošetřilo tak, že by ho neotáčeli, zajistili by životní funkce a přivolali by zdravotnickou záchrannou službu (88%). Žádný z 60 respondentů této věkové kategorie by raněného člověka neotáčel na břicho, aby mohl určit jeho zranění (0%). Ve věkové kategorii osob starších 60 let výsledky ukázaly, že 10 z 60 respondentů by raněného otočilo a uložilo by ho do stabilizované polohy (17%). 50 z 60 respondentů by raněného neotáčelo, zajistilo by životní funkce a přivolalo by zdravotnickou záchrannou službu (83%). Žádný z 60 respondentů této věkové kategorie by raněného neotáčel na břicho, aby mohl určit jeho zranění (0%).

5 DISKUSE

Výzkumné šetření probíhalo u laické veřejnosti v Jihočeském kraji ve městě Tábor. Cílový soubor tvořilo celkem 250 respondentů obou pohlaví náhodně vybraných ve čtyřech různých věkových kategoriích. První věková kategorie v rozmezí 10- 20 let, čítala celkem 70 (28%) respondentů. Druhá věková kategorie v rozmezí 20- 40 let, čítala 60 (24%) respondentů. Třetí věková kategorie v rozmezí 40- 60 let, čítala 60 (24%) respondentů. Čtvrtá věková kategorie osob starších 60 let, čítala 60 (24%) respondentů. Z celkového počtu 250 respondentů bylo osloveno 125 (50%) mužů a 125 (50%) žen. Vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o malý soubor a výsledky průzkumu nebyly podrobeny metodám statistického srovnávání souborů, nehraje rozdílný počet respondentů v souboru 10-20 let od počtu v ostatních souborech významnou statistickou roli.

Rozložení dosaženého vzdělání u dotazovaných osob bylo následující: 51 (20%) respondentů mělo základní vzdělání, 49 (19%) respondentů mělo vysokoškolské vzdělání, 110 (44%) respondentů mělo středoškolské vzdělání s maturitou a 40 (16%) respondentů bylo vyučeno. Skupina se vzděláním základním a vysokoškolským má jasné ohraničení legislativní. Vzhledem k velké pestrosti možného dosaženého vzdělání ve skupině Jiné, nebyla tato skupina dále diferencována.

Jednotlivé otázky byly zaměřeny na motivační úroveň, emoční a zkušenostní úroveň a znalostní úroveň respondenta. Otázka č. 4 zkoumala zkušenost respondenta s výukou první pomoci. Výsledky odpovědí ukázaly, že jednoznačným pozitivem je skutečnost, že se každý z respondentů uměl zařadit do předem definované kategorie. Žádný z respondentů neuvedl, že by se s výukou první pomoci nikdy nesetkal. Je tedy na první pohled zřejmé, že přístup k výuce první pomoci je zcela jistě zajištěn. To ovšem neznamená, že výuka první pomoci je kvalitní. Zejména v dnešní době se totiž i z této základní osvětové činnosti, která se týká výuky první pomoci, stal zajímavý předmět podnikání. Proto vycházím-li z testované hypotézy, bylo by správné zaměřit se do budoucna na kvalitu výuky první pomoci.

Otázka č.5 byla zaměřena na informaci týkající se zkušenosti s přínosem výuky první pomoci respondenta. Výsledky průzkumu ukázaly, že kromě seniorů, považují

ostatní respondenti výuku první pomoci, kterou absolvovali za přínosnou ve svém životě. To potvrzuje, že stanovená hypotéza platí, ale lidé mohou mít jiné bariéry, proč první pomoc neposkytují. U starých lidí je zřejmě problém historicky podmíněným centrálně řízeným socialistickým školstvím.

Otázka č.6 se týkala dotazu na ochotu respondentů účastnit se výukových programů první pomoci. Výsledky ukázaly, že kromě seniorů jsou lidé ochotni účastnit se výcviku první pomoci. Právě tato významná ochota respondentů účastnit se kurzů první pomoci by měla motivovat neustálou snahu veřejných autorit o vytvoření kvalitního rámce pro kvalitní vzdělávání v první pomoci s výhledem na stálé posilování odolnosti obyvatelstva před mimořádnými událostmi. Neochota starých lidí by si jistě zasloužila další výzkum, zřejmě tento problém souvisí s určitými psychologickými faktory stáří. V každém případě jde o získané údaje nepotvrzující stanovenou hypotézu.

Otázka č.7 zjišťovala kolikrát v životě se respondent setkal se situací, která by vyžadovala poskytnutí první pomoci. Výsledky odpovědí ukázaly, že určitou roli hraje věk respondenta. Starší lidé vzhledem ke svému věku, měly více možností získat zkušenost s poskytováním první pomoci v průběhu svého života, než generace mladší. V tomto případě nelze hypotézu potvrdit, ale ani vyvrátit. Do budoucna by jistě bylo zajímavé zaměřit se na to, jakou roli by tato zkušenost měla na další poskytování první pomoci. Např. zda lidé, kteří v minulosti poskytovali první pomoc, by pochybovali o své budoucí angažovanosti v případě další takové situace ve srovnání s lidmi, kteří by doposud takovou zkušenost s poskytováním první pomoci neměli. Také zda by tato zkušenost znamenala větší odolnost a menší zranitelnost poskytovatele první pomoci a tudíž větší připravenost zvládat mimořádné situace.

Otázka č.8 byla zaměřena na výskyt osobních překážek u respondentů, kteří již poskytovali první pomoc ve svém životě. Tento dotaz se týkal emočně- motivační zkušenosti. Výsledky ukázaly, že respondenti ve věku 20- 40 let pocíťují nedůvěru ve své schopnosti. Naopak respondenti ve věku 40- 60 let udávali jako překážku při poskytování první pomoci strach ze smrti postiženého. U této generace by tato překážka mohla souviset např. s vědomím vlastní smrtelnosti a jejími dopady do rodinné sociální situace. Strach ze smrti postiženého, ale uváděli jako překážku při poskytování první

pomoci i respondenti ve věku 10- 20 let, což je u této generace podle mého názoru překvapující. Jistě by stálo za to, s touto odpovědí dále pracovat. Respondenti ve věku starší 60 let nejčastěji uváděli jako překážku při poskytování první pomoci obavu z následných problémů s policií, zdravotníky a stejně tak uváděli strach z nákazy. Vzhledem k ochotě a ke kvalitě poskytování první pomoci by se zcela jistě mělo dbát na odstranění těchto nežádoucích překážek, které mohou bezpochyby mít velký vliv na záchranu lidského života.

Otázka č. 9 zjišťovala pocity, které se objevily u respondentů po poskytnutí první pomoci. Tento dotaz se týká emoční zkušenosti respondentů. Součástí této otázky nebyl upřesňující odkaz na časový odstup, tj. zda prožitek byl bezprostřední nebo po předání postiženého posádce zdravotnické záchranné službě nebo pocity, které se dostavily následně s odstupem hodin až dní. Proto by bylo vhodné provést další průzkumy v této části. V každém případě je nutné pracovat s početně docela výhodnou položkou, a to s pocitem uspokojení po poskytnutí první pomoci a pozitivně ji ve strategických projektech k první pomoci rozvíjet. Naopak případně projednat s psychologem, jak pracovat na odstraňování negativních pocitů. Například v případě, kdy respondenti uváděli ve svých odpovědích strach, že první pomoc nebyla poskytnuta správně. Tady by měla být zcela jistě pozitivní zpětná vazba od člena posádky zdravotnické záchranné služby. Lze také sledovat stejné pocity bezprostředně po poskytnutí první pomoci a s odstupem několika hodin a vyhodnocovat posuny emocí pozitivním či negativním směrem. V každém případě tyto výsledky spíše posilují stanovenou hypotézu.

Otázka č.10 zjišťovala informace, jak by se respondent zachoval v případě, když by byla potřeba poskytnout první pomoc na místě s větším počtem zraněných. Respondentům bylo umožněno vybrat si více možností z předem definovaných odpovědí. Výsledky ukázaly, že s výjimkou seniorů, by se ostatní respondenti snažili za každou cenu zraněné osobě pomoci. Neochota seniorů zraněné osobě pomoci může vycházet z obavy z následných možných problémů s policií, zdravotníky, což ukázaly odpovědi na otázku č. 8. Proto by zavolali kolemjdoucí nebo by si dokonce 8% seniorů vzniklé situace raději nevšímal. V případě odpovědí této skupiny respondentů by si

neochota seniorů zasloužila, provést podrobnější průzkum. Např. nakolik tento postoj souvisí s psychologickými faktory stáří, a jak jej možno ovlivnit. Stanovenou hypotézu, ale přesto lze považovat za platnou vzhledem k převaze kladných odpovědí a ochotě respondentů konat ve prospěch postižených i při jejich velkých počtech.

Otázka č.11 zjišťovala, co si respondenti myslí o lidech, kteří odmítli poskytnout první pomoc na místě dopravní nehody. Dotaz se týká negativní motivace. I tady bylo respondentům umožněno vybrat si více možností z předem definovaných odpovědí. Výsledky ukázaly, že zcela jistě je zajímavá disproporce v- odsudku takového chování z pohledu seniorů ve srovnání s jejich připraveností, poskytnout první pomoc. V případě, že by bylo potřeba poskytnout první pomoc zraněnému člověku, by starší generace požádala o pomoc kolemjdoucí nebo by si vzniklé situace nevšímal, ovšem neposkytnutí pomoci považuje 75% seniorů za neodpustitelné a nelidské chování. Naopak výsledky ukázaly určitou benevolentnost mladých lidí, co se týče neposkytnutí první pomoci na místě dopravní nehody. Proto by stálo za to v budoucnu při podobném výzkumu většího rozsahu tyto soubory porovnávat ve vazbě mezi mírou znalostí/připraveností a mírou odsouzení.

Otázka č.12 zkoumala, kterou z možností by respondent preferoval jako dostatečnou k poskytnutí první pomoci na místě závažné nehody. Tento dotaz je zcela jasně znalostní. Výsledky ukázaly, že přestože podle nových doporučení ILCOR 2010 je preferována nepřímá masáž srdeční a to, jak z odborných tak dalších důvodů, bylo by zajímavé v budoucnu zjišťovat, nakolik jsou zde uvedené správné odpovědi ovlivněny spíše estetickou obavou a obavou z infekcí (dýchání z úst do úst- na rozdíl od masáže) a nakolik je důvodem správné odpovědi znalost posledních odborných doporučení. V každém případě potvrzující a vyvracející odpovědi k ověření hypotézy jsou tak v rovnováze (pokud nebereme v úvahu seniory).

Otázka č. 13 zjišťovala u respondentů, jak by ošetřili popáleninu I. a II. stupně. Tento dotaz je tedy také znalostní. Výsledky opět ukázaly neznalost u seniorů (k ošetření popálenin by použili masti), což je zřejmě způsobené historickým vývojem ve znalostech o poskytování první pomoci. Celkově lze, ale říci, že odpovědi stanovenou hypotézu potvrzují.

Otázka č. 14 zjišťovala u respondentů, co by nejlépe použili k definitivnímu zastavení žilního krvácení. Tato otázka je opět znalostní. V tomto případě byla brána odpověď za dostačující při použití tlakového i sacího obvazu, protože nebyla přesně stanovena intenzita žilního krvácení. Nicméně vhodné by bylo, aby respondenti rozlišovali žilní- silné žilní a tepenné krvácení. Škrtidlo by tedy mělo být v tomto případě špatná odpověď. Celkově by, ale měly odpovědi stanovenou hypotézu potvrdit.

Otázka č. 15 zjišťovala u respondentů, jak by ošetřili člověka v bezvědomí, se zachovaným dýcháním a krevním oběhem, u kterého mají podezření na poranění páteře či míchy a nehrozí jiné nebezpečí. Tento dotaz je rovněž znalostní. Výsledky jednoznačně ukazují, že stanovená hypotéza je v tomto případě zcela jistě potvrzena.

Z pohledu připravenosti obyvatelstva s přihlédnutím na věk, by se s výukou první pomoci mělo zcela jistě začínat již u malých dětí. Děti jsou v malém věku mnohem přístupnější a lze jim zábavným způsobem vnuknout myšlenku důležitosti první pomoci. I menší dítě je schopno přivolat zdravotnickou záchrannou službu. Výuka první pomoci u těchto dětí by mohla probíhat zábavnou formou diskuze. Např. rozdělit dětem úrazy do různých skupin. Povídat si s nimi o tom, kde si myslí, že by mohlo dojít k úrazům v přírodě (v lese, na silnici atd.), ve vodě (rybník, bazén, moře atd.), v budově (doma, ve škole, v družině atd.). Naučit je telefonní tísňová čísla tak, aby si je děti pamatovaly např. hasiči 150- na konci je 0, jako rybník atd. Formou hry jim ukázat jak správně zavolat na zdravotnickou záchrannou službu, např. hrou na dispečerku, volajícího, zraněného kamaráda. Vštípit jim myšlenku, že důležité je neutéci od zraněného kamaráda, ale poskytnout mu první pomoc, jak nejlépe umím, povídat si s ním, zavolat zdravotnickou záchrannou službu nebo přivolat rodiče, jiného dospělého, který je nablízku. Po teoretické části domluvit dětem schůzku s jednotlivými základními složkami integrovaného záchranného systému, kde by jim profesionálové ukázali, jak vypadá sanitka zdravotnické záchranné služby, hasičská technika, jakými pomůckami a vybavením disponují. Důležité je také dětem připravovat různé zábavné akce se zaměřením na první pomoc, např. dětský den. Motivovat děti různými soutěžemi, kterými mohou vyhrát celou řadu cen a dárků. To samozřejmě vyžaduje spolupráci

sponzorů, učitelů, rodičů, ředitelů zařízení ad. Např. nezisková organizace Záchraný kruh vydává interaktivní kurzy na CD pro děti předškolního i školního věku. Seznamuje je tak zábavnou formou s mimořádnými událostmi, s první pomocí. Pro děti staršího školního věku je již k dispozici celá řada různých kurzů, kterou nabízí mnoho firem, organizací ad. Na některých základních školách stále ještě funguje zájmový kroužek zdravotnické pomoci. Těchto kroužků, ale spíše ubývá, než aby jich přibývalo. V dnešní době děti ve svém volném čase sledují spíše televizi, hrají hry na počítačích. I proto tímto způsobem lze dětem předat nenuceným způsobem znalosti z oblasti první pomoci. Důkazem toho je i cyklus s názvem Dětská záchranka v akci, kterou uvedla ve svém programu Česká televize. Těchto projektů by mělo zcela jistě přibývat, děti by tuto formu výuky dobře akceptovaly. Tuto možnost naučit zcela zdarma a nenásilnou formou děti poskytování první pomoci by měli využít především vychovatelé v družinách, učitelé ve školách, rodiče doma atd. Stejně tak užitečné by mohly být dětské tábory, na které jezdí o prázdninách většina dětí nebo i školní výlety s různě laděnými programy o první pomoci. Příprava dětí v oblasti první pomoci samozřejmě vychází z rámcových programů na školách, ale první pomoc je většinou součástí ostatních předmětů. Kdyby výuka první pomoci byla součástí osnov základních škol, úroveň znalostí v poskytování v první pomoci by se tím jistě podstatně zvýšila. Motivovat a učit znalostem první pomoci by se měli i studenti středních a vysokých škol bez zdravotnického zaměření. Znalosti o poskytování první pomoci by se měly tak stát standardní a přirozenou součástí vzdělávání všech mladých lidí. Protože právě tyto jsou podle výsledků nejvíce odolní a tudíž „perspektivní“ k poskytování první pomoci v případě potřeby. Např. studenti medicíny či zdravotnických oborů by mohli pro studenty středních a vysokých škol, kteří se nepohybují ve studijním oboru zdravotnictví, pořádat různé semináře a praktická cvičení v oblasti první pomoci. Obyvatelstvo ve věku starší 40 let se většinou s první pomocí již setká pouze v rámci svých volnočasových zájmů. Což potvrzují i výsledky, kdy lidé v této věkové kategorii odpovídali, že se s výukou první pomoci setkali ještě ve škole nebo v práci či v autoškole. Proto by v tomto případě měly hrát důležitou roli sdělovací prostředky, články v časopisech nebo letáčky první pomoci na veřejných místech. U seniorů

výsledky ukázaly, že jsou nejzranitelnější skupinou. Strach či neochota z poskytování první pomoci, který vyplynul z odpovědí, může souviset s psychologickými faktory stáří, ale i s dalšími faktory, které se dají odstranit., Např. poskytnout zájemcům nové informace v poskytování první pomoci než se učili za svého mládí formou seminářů, zážitkových programů, doprovodných programů na výletech atd. V každém případě je potřebné i s touto skupinou nadále počítat při posilování odolnosti obyvatelstva formou znalostí a dovedností při poskytování první pomoci. Řada seniorů by určitě přivítala kurzy určené právě jim. Letáčky, brožury první pomoci by se mohly distribuovat do ordinací praktických lékařů, pečovatelských domů, domovů a penzionu důchodců a všude tam, kde je možno se s touto věkovou skupinou setkat. Při realizaci těchto pořadů je nezbytné počítat s psychologickými aspekty i fyzickými možnostmi této věkové kategorie.

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda je civilní obyvatelstvo připraveno poskytnout první pomoc při vzniku mimořádné události. Připravenost obyvatelstva byla zkoumána ve třech úrovních, a to znalostní úroveň, emoční a zkušenostní úroveň a motivační úroveň. Stanovená hypotéza: Civilní obyvatelstvo je připraveno poskytnout první pomoc v souladu s platnými standardy první pomoci, byla z těchto třech úrovní částečně potvrzena a částečně vyloučena. Z pohledu znalostní úrovně výsledky ukázaly, že z počtu 70 oslovených respondentů ve věkové kategorii 10- 20 let je připraveno 60% lidí, z počtu 60 oslovených respondentů ve věkové kategorii 20- 40 let je připraveno 81% lidí, z počtu 60 oslovených respondentů ve věkové kategorii 40- 60 let je připraveno 74% lidí, z počtu 60 oslovených respondentů ve věkové kategorii starších 60 let je připraveno 64%. Z pohledu emočně- zkušenostní úrovně a motivační úrovně výsledky průzkumu u obyvatelstva shrnuje následující tabulka. (Tab. č.1) Tato tabulka sumarizuje odpovědi osloveného obyvatelstva na jednotlivé otázky bez rozdělení obyvatelstva na jednotlivé skupiny. Obyvatelstvu bylo umožněno na některé z těchto otázek odpovídat více možnostmi. U emočně- zkušenostních otázek výsledky na první pohled ukazují, že obyvatelstvo se setkala s výukou první pomoci nejčastěji ve škole a/nebo v práci, že pro většinu dotazovaného obyvatelstva byla absolvovaná výuka první pomoci přínosná, že větší počet obyvatelstva ve svém životě nikdy první pomoc neposkytovalo, že oslovené obyvatelstvo nejvíce vnímá při poskytování první pomoci jako překážku strach ze smrti postiženého, a po poskytnutí první pomoci obyvatelstvo nejvíce prožívá pocity strachu a nejistoty z toho, že první pomoc nebyla poskytnuta správně. U motivačních otázek výsledky jasně ukazují, že většina obyvatelstva by byla ochotna zúčastnit se výukových programů první pomoci, také si většina osloveného obyvatelstva myslí, že by v případě potřeby poskytnutí první pomoci volala o pomoc kolemjdoucí a že neposkytnutí první pomoci na místě dopravní nehody je neodpustitelné a nelidské chování.

(Tab. č: 1) Shrnutí odpovědí u obyvatelstva z pohledu emočně-zkušenostní a motivační úrovně

	otázka č.4	otázka č.5	otázka č.6	otázka č.7	otázka č.8	otázka č.9	otázka č.10	otázka č.11
A	144	159	161	131	41	39	106	76
B	131	91	89	89	21	25	113	84
C	101	x	x	30	29	16	128	78
D	39	x	x	x	29	13	5	93
E	1	x	x	x	9	11	0	12
F	0	x	x	x	1	10	x	1
G	x	x	x	x	x	5	x	x

- emočně-zkušenostní otázky
- motivační otázky
- nejčastější odpovědi

Z diplomové práce vyplynuly i některé zajímavé vedlejší výstupy týkající se posouzení zranitelnosti a odolnosti obyvatelstva při poskytování první pomoci za mimořádných událostí. V tomto případě, se senioři jeví, jako výrazně nejzranitelnější, naopak věková kategorie 20- 40 let se jeví, jako výrazně nejodolnější z pohledu schopnosti poskytovat první pomoc v mimořádných situacích.

Pokusila jsem se v rámci možností a rozsahu své diplomové práce přispět určitou měrou k objasnění některých důležitých aspektů a možných vlivů na kvalitu poskytování první pomoci a upozornit na důležitost vzdělávání v oblasti první pomoci. Současně jsem chtěla upozornit na skutečnost, že samotné znalosti a dovednosti k poskytování první pomoci vždy nestačí a je třeba v přípravě obyvatelstva v této oblasti věnovat pozornost rovněž motivačním a emočně zkušenostním faktorům, ve vztahu k jednotlivým věkovým kategoriím obyvatelstva.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADAMS, B. HAROLD, C.E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Přel. SUCHARDOVÁ, IVANA. Vyd.1. Praha: Grada, 1999. 488 s. přel. z anglického originálu *Expert Rapid Response*. ISBN 80-7169-893-8
2. BAŠTECKÁ, BOHUMILA. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, 2005. 299 s.
ISBN 80-247-0708-X
3. BREČKA, TIBOR A. *Psychologie katastrof: vybrané kapitoly*. Vyd.1. Praha: Triton, 2009. 119 s. ISBN 978-80-7387-330-1
4. BYDŽOVSKÝ, JAN. *První pomoc*. Vyd.2; přepracované. Praha: Grada, 2004. 76 s. ISBN 80-247-0680-6
5. CITOVÁ, IRENA. CITA, S. *Příručka první pomoci*. Vyd.1. Bratislava: Perfekt, 2003. 288 s. přel. z anglického originálu *First Aid Manual*.
ISBN 80-8046-224-0
6. FRANĚK, ONDŘEJ, SUKUPOVÁ, PETRA. *První pomoc nejsou žádné čáry, ale dokáže zázraky*. Vyd.1. Praha: Záchranná služba, 2011. 36 s.
ISBN 978-80-254-5911-9
7. HASÍK, JULJO. *Kardiopulmonální resuscitace v první pomoci*. Vyd.2; rozšířené. Praha: Úřad Českého červeného kříže, 2008. 49 s.
ISBN 978-80-254-3162-7
8. CHYTILOVÁ, LENKA, STELZER, JIŘÍ. *První pomoc pro každého*. Vyd.1. Praha: Grada. 2007. 116 s. ISBN 978-80-247-2144-6
9. JANEČKOVÁ, TEREZA. kolektiv autorů. *Příručka první pomoci*. Vyd.1. Kladno: Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje. 2009. 22 s. účelová publikace

10. KAUFMAN, JAN. *Záchranář*. Vyd.1. Praha: Vodní záchranná služba ČČK. 2007. 72 s. ISBN 978-80-902805-4-0
11. KEGGENHOFF, FRANZ. *První pomoc*. Vyd.1. Ikar. 2006. 207 s.
ISBN 80-249-0662-7
12. KELNAROVÁ, J. kolektiv autorů. *První pomoc I*. Vyd.1. Praha: Grada. 2007. 103 s. ISBN 978-80-247-2182-8
13. KELNAROVÁ, J. kolektiv autorů. *První pomoc II*. Vyd.1. Praha: Grada. 2007. 171 s. ISBN 978-80-247-2183-5
14. KOHOUTEK, TOMÁŠ, ČERMÁK, IVO. *Psychologie katastrofické události*. Vyd.1. Praha: Academia. 2009. 362 s. ISBN 978-80-200-1816-8
15. KURUCOVÁ, ANDREA. *První pomoc*. Vyd.1. Praha: Grada. 2008. 136 s. ISBN 978-80-247-2168-2
16. SRNSKÝ, PAVEL. kolektiv autorů. *Standardy první pomoci*. Vyd.1. Praha: Český červený kříž. 2002. 28 s. účelová publikace
17. SRNSKÝ, PAVEL. *Základní norma zdravotnických znalostí*. Vyd.2; přepracované. Praha: JS Press. 2008. 78 s. ISBN 978-80-87036-26-6
18. STUDNIČKA, JAN. *Život zachraňující úkony*. Vyd.1. Praha: Český červený kříž. 2006. 16 s. účelová publikace
19. ŠAFR, G. KARDA, L. HON, Z. *Struktura a legislativa IZS, Koordinace a návaznost činností složek IZS, Mimořádné události a krizové situace*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 2008. 109 s. výuková publikace
20. ŠTĚTINA, JIŘÍ. kolektiv autorů. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. Vyd.1. Praha: Grada. 2000. 436 s. ISBN 80-7169-688-9

21. ULBRICHOVÁ, DAGMAR. *Bakalářská práce-Znalosti zdravotních sester v domově důchodců o poskytování první pomoci jako předpoklad snižování úmrtnosti*. Jihočeská Univerzita, Zdravotně sociální fakulta. České Budějovice. 2008. 67 s.
22. VUČKOVÁ, JAROSLAVA. *Ošetrovatelství I*. Vyd.1. Praha: Fortuna. 72 s. ISBN 80-7168-151-2
23. Zákon č. 126/1992 Sb., *o ochraně znaku a názvu Červeného kříže a o Červeném Československém kříži*; ze dne 5.3. 1992
24. Zákon č. 239/2000 Sb., *o integrovaném záchranném systému*; ze dne 28.6. 2000
25. Zákon č. 40/2009 Sb., *trestního zákoníku*; ze dne 1.1. 2010
26. ŠTAJER, PAVEL . [on-line]*Co přináší nové Guidelines 2010 vydané ERC*. [on-line]. [cit.2011-4-15].
<http://www.cervenkykriz.eu/cz/347/GL%202010.pdf>
27. VONÁSEK, VLADIMÍR. [on-line]. *Požáry v České Republice*. [on-line]. [cit.2011-4-10]. <http://www.hzscr.cz/clanek/pozary-v-ceske-republice-tydenni-prehledy-s-vybranymi-pozary-rok-2011-od-3-1-2011.aspx>
28. *Dominique Jean Larrey*. [on-line]. [cit.2011-1-16].
http://cs.wikipedia.org/wiki/Dominique_Jean_Larrey
29. *Dopravní nehody*. [on-line]. [cit. 2011-3-5]. <http://www.dopravni-nehody.eu/>
30. *European Resuscitation Council ILCOR*. [on-line]. [cit. 2011-5-1].
<https://www.erc.edu/index.php/ilcor/en/>
31. *Evropská soutěž v poskytování první pomoci- Face*. [on-line]. [cit.2010-1-11]. <http://www.cervenkykriz.eu/cz/face.aspx>
32. *Face 2003*, Praha. [on-line]. <http://www.cervenkykriz.eu/cz/face2003.aspx>

33. *Florence Noghtingalová*. [on-line]. [cit.2011-2-6].
<http://www.klubhistorieck.wgz.cz/osobnosti-cerveneho-krize/florence-noghtingalova-12-5-1820-2.html>
34. *Henri Dunant*. [on-line]. [cit.2011-2-6].
http://cs.wikipedia.org/wiki/Henri_Dunant
35. *Kdo jsme*. [on-line]. [cit.2010-1-11].
<http://www.cervenykriz.eu/cz/kdojsme.aspx>
36. *Nikolaj Ivanovič Pirogov*. [on-line]. [cit.2011-2-7].
<http://www.klubhistorieck.wgz.cz/osobnosti-cerveneho-krize/nikolaj-ivanovic-pirogov-25-11-2.html>
37. *Plaketa ČČK za záchranu života*. [on-line]. [cit.2010-1-12].
<http://www.cervenykriz.eu/cz/pzz.aspx>
38. *Projekt první pomoc do škol*. [on-line]. [cit.2011-3-20]. <http://www.krvysocina.cz/projekt-prvni-pomoc-do-skol/d-4027050/p1=36619>
39. *Propagace znalostí poskytování první pomoci*. [on-line]. [cit.2010-1-12].
<http://www.cervenykriz.eu/cz/pppropagace.aspx>
40. *Rescue 112 první pomoc a zdravotnictví, Rozdělení a druhy první pomoci*. [on-line]. [cit.2011-1-17].
http://www.rescue112.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=129:rozdeleni-a-druhy-prvni-pomoci&catid=45:lanky-pro-zachranae&Itemid=97
41. *Světový den první pomoci*. [on-line]. [cit.2010-1-13].
<http://www.cervenykriz.eu/cz/wfad.aspx>
42. *Typové činnosti složek IZS*. [on-line]. [cit.2011-3-2].
http://www.hzspa.cz/izsajpo/dokumentace_izs/typove_cinnosti_slozek_izs.php

43. *Výuka a poskytování první pomoci*. [on-line]. [cit.2010-1-13].
<http://www.cervenkykriz.eu/cz/pp.aspx>
44. *Záchranný kruh*. [on-line]. [cit.2011-3-20]. http://www.zachranny-kruh.cz/mimoradne_udalosti/skutečna_pohroma_je_kdyz_nevite_co_delat.html
45. *Záchranný kruh- Jak se chovat při požáru*. [on-line]. [cit.2011-3-4].
http://www.zachranny-kruh.cz/pozary/pozar_jak_se_chovat.html
46. *Záchranný kruh- Povodně*. [on-line]. [cit.2011-3-4]. http://www.zachranny-kruh.cz/mimoradne_udalosti/co_je_to_povoden.html
47. *Záchranný kruh- Požáry*. [on-line]. [cit.2011-3-4]. http://www.zachranny-kruh.cz/pozary/pozar_zakladni_informace.html
48. ŠTĚPÁNEK, K. Konference: *Standardy ve výuce první pomoci*. Urgentní medicína. 2009. Dostálovy dny.
49. KRAJSOVÁ, VERONIKA. kolektiv autorů. *Havárie*. Vzdělávací interaktivní kurz na CD rom. Záchranný kruh.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Civilní obyvatelstvo

Integrovaný záchranný systém

Mimořádná událost

První pomoc

Standardy první pomoci

Záchranný řetězec

Zdravotnická záchranná služba

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A ZNAČEK

ad.	- a další
AED	- automatický externí defibrilátor
aj.	- a jiné
apod.	- a podobně
atd.	- a tak dále
atp.	- a tak podobně
č.	- číslo
ČR	- Česká republika
IZS	- integrovaný záchranný systém
KPR	- kardiopulmonální resuscitace
MŠMT	- ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MV	- ministerstvo vnitra
MZ	- ministerstvo zdravotnictví
např.	- například
str.	- strana
tab.	- tabulka
tj.	- to je
tzv.	- takzvaně
vyd.	- vydání

10 PŘÍLOHY

Příloha č.1: Dotazník a přehled otázek k dotazování obyvatelstva

Příloha č.2: Řetězec přežití Evropské rady pro resuscitaci

Příloha č.3: Guidelines 2010- Základní neodkladná resuscitace dospělých i dětí
pro laické záchránce

Příloha č.4: Třídění raněných START

Příloha č.5: Protokol o náhlé zástavě oběhu

Příloha č.6: Jednotný symbol pro externí defibrilátory

Příloha č.7: Ukázka automatického externího defibrilátoru

Příloha č. 1: Dotazník a přehled otázek k dotazování obyvatelstva

Dobrý den,

jsem studentka vysoké školy magisterského oboru Ochrana obyvatelstva v Českých Budějovicích. V rámci ukončení studia zpracovávám diplomovou práci na téma: „Připravenost civilního obyvatelstva poskytnout první pomoc při vzniku mimořádné události“.

Chtěla bych Vás tímto poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce.

Děkuji Vám za projevenou ochotu Bc.Dagmar

Ulbrichová

1. Věk: 10-20, 20-40, 40-60, více jak 60
2. Pohlaví: muž, žena
3. Jaké je Vaše vzdělání?
 - a) základní
 - b) vysokoškolské
 - c) jiné
4. Setkal (a) jste se někdy s výukou první pomoci?
(Možno zatrhnout více možností)
 - a) ve škole a/nebo v práci
 - b) v autoškole
 - c) prostřednictvím knih, časopisů, sdělovacích prostředků
 - d) v zájmovém kroužku nebo-, návštěvou kurzu
 - e) jiné
 - f) nikde
5. Byla pro Vás absolvovaná výuka přínosná?
 - a) Ano
 - b) Ne

6. Byl (a) byste ochoten/a zúčastnit se některých výukových programů první pomoci?

- a) Ano
- b) Ne

7. Setkal (a) jste se ve svém životě se situací, která by vyžadovala poskytnutí první pomoci?

- a) nikdy
- b) jednou
- c) vícekrát

Jestliže jste ve svém životě první pomoc neposkytoval (a), přejděte k otázce č.10.

8. Vyskytla se u Vás při poskytování první pomoci některá z překážek?
(Možno zatrhnout více možností)

- a) strach ze smrti postiženého
- b) obava z možných následných problémů s policií, zdravotníky...
- c) strach z nákazy
- d) nedostatečná důvěra ve své schopnosti
- e) žádná
- f) jiné – popiš.....

9. Jak byste popsal (a) Vaše pocity **po** poskytnutí první pomoci?

10. Jak si myslíte, že byste se zachoval (a) v případě, že by bylo potřeba poskytnout první pomoc na místě s větším počtem zraněných?

(Možno zatrhnout více možností)

- a) pouze bych zavolał (a) zdravotnickou záchrannou službu
- b) snažil (a) bych se za každou cenu osobně pomoci
- c) volal (a) bych o pomoc ostatní kolemjdoucí
- d) raději bych si nevsímal (a) vzniklé situace
- e) jiné

11. Co si myslíte o lidech, kteří odmítli poskytnout první pomoc na místě dopravní nehody?

- a) neměli patřičné znalosti
- b) propadli panice, protože byli vystaveni stresu
- c) určitě měli nějaký důvod, proč to udělali
- d) neodpustitelné a nelidské chování
- e) toto jednání považují za trestný čin
- f) nebyla to jejich povinnost, první pomoc poskytuje zdravotnická záchranná služba
- g) jiné.....

12. Kterou z možností byste při resuscitaci preferoval (a) jako dostatečnou k poskytnutí první pomoci na místě závažné nehody?

- a) dýchání z plic do plic metodou z úst do úst
- b) komprese hrudníku

13. Jak byste ošetřil (a) v rámci první pomoci, popáleninu I. a II. stupně?

- a) chlazení rány chladnou vodou a její krytí čistou tkaninou či obvazem
- b) chlazení rány ledovou vodou
- c) postižená místa potřít masť
- d) na popálení v žádném případě nelít vodu

14. Co byste nejlépe použil (a) k definitivnímu zastavení žilního krvácení?

- a) tlakový obvaz
- b) sací obvaz
- c) škrtidlo na co nejdélší dobu

15. Jak byste ošetřil (a) člověka v bezvědomí, se zachovaným dýcháním a krevním oběhem, u kterého máte podezření na poranění páteře či míchy a nehrozí jiné nebezpečí?

- a) raněného otočíme a uložíme ho do stabilizované polohy
- b) raněného otočíme na břicho, abychom mohli určit jeho zranění
- c) raněného neotáčíme, zajistíme životní funkce a přivoláme zdravotnickou záchrannou službu

Příloha č. 2: Řetězec přežití Evropské rady pro resuscitaci

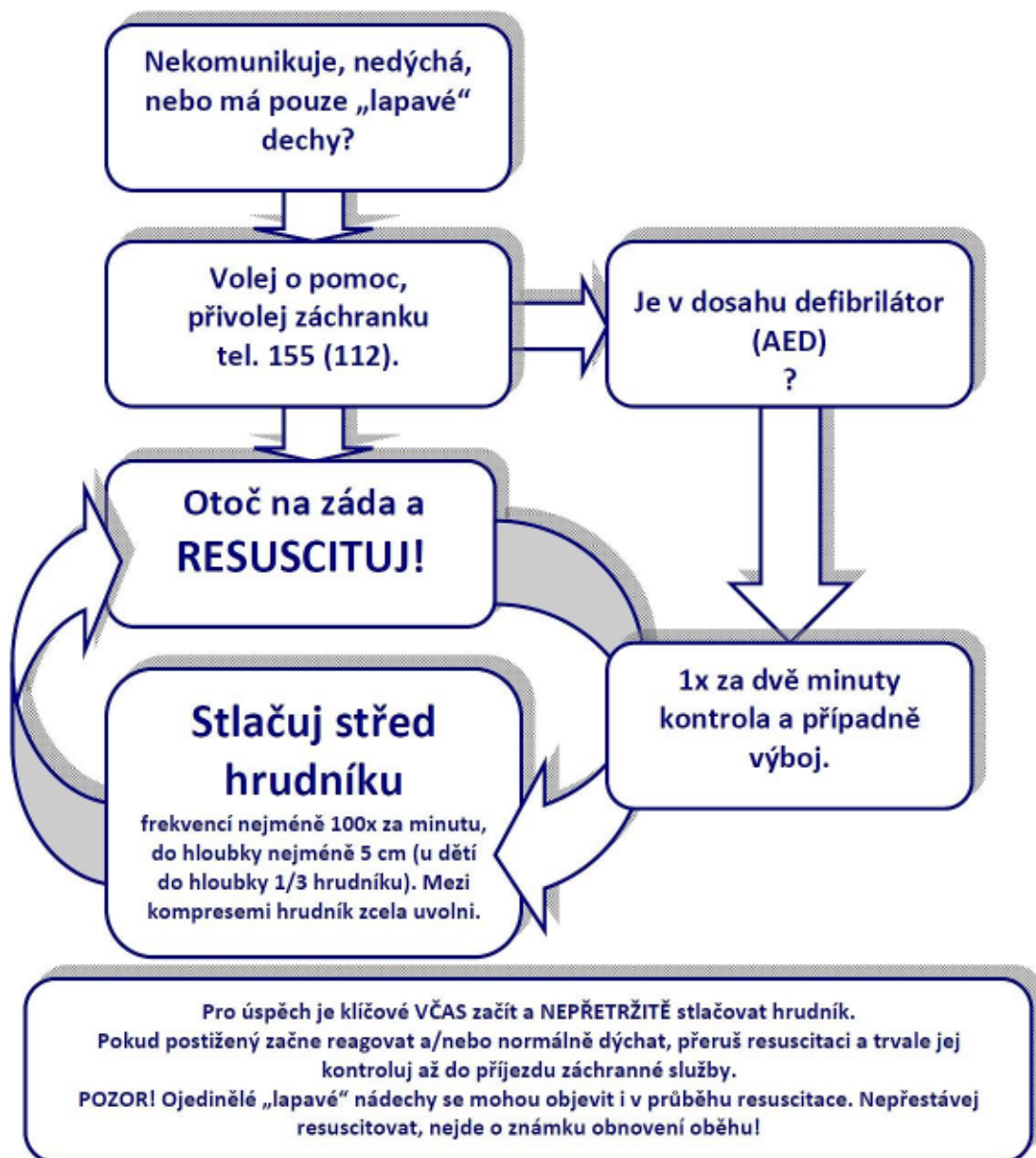


1. Časné rozpoznání a přivolání pomoci- k prevenci srdeční zástavy
2. Časná KPR- k získání času
3. Časná defibrilace- k znovu nastartování srdce
4. Poresuscitační péče- k udržení kvality života

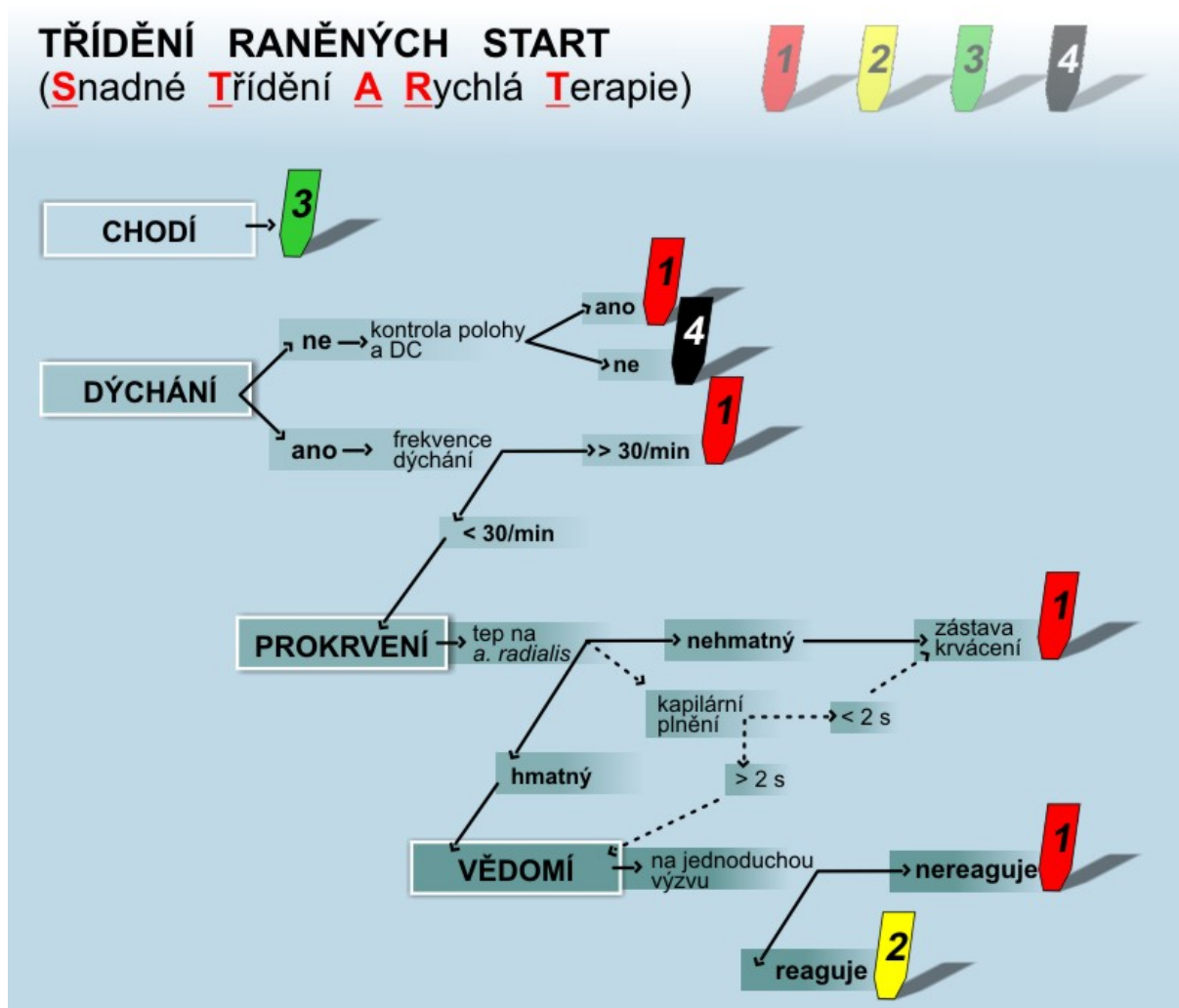
GUIDELINES 2010

Základní neodkladná resuscitace dospělých i dětí pro laické záchránce

Podle doporučení European Resuscitation Council a American Heart Association 2010
© Ondřej Franěk, www.zachrannasluzba.cz




Příloha č. 4: Třídění raněných START



Ke třídění raněných na místě hromadné nehody se používá metodika START, která umožňuje rychlé rozdělení nalezených osob do čtyř skupin a zároveň určuje pořadí naléhavosti transportu.

1. Stavy neodkladné pomoci – stavy bezprostředního ohrožení života
2. Stavy odložitelné pomoci – další závažné stavy
3. Stavy lehké – ostatní stavy poškození
4. Mrtví

Příloha č.5: Protokol o náhlé zástavě oběhu



Protokol o náhlé zástavě oběhu

Datum zástavy:

Identifikace pacienta:
(jméno nebo rodné číslo)

Pohlaví: M Ž

Věk: (odhad) nebo datum narození

Zástava rozpoznána (kým):

Příčina zástavy: předpokládaná kardiální úraz utonutí respirační
Jiná nekardiální neznámá

Místo zástavy: mimo nemocnici: v nemocnici:

Byla spatřena? Pokud ano, čas zástavy:

Resuscitace před příjezdem ZZS
Resuscitace svědkem: Defibrilace svědkem: Implantovaný defibrilátor: TANR

Resuscitace týmem záchranné služby:
Úvodní rytmus: Masáž: Defibrilace: Ventilace:
Medikace: Hypotermie: Kardiopumpa:

Čas kolapsu (odhad):

Čas přijetí výzvy:

Čas zastavení na místě:

Čas zjištění úvodního rytmu:

Návrat spontánního oběhu (ROSC): ano ne = úmrtí během KPCR

Nemocnice:
Čas příjezdu do nemocnice Spontánní oběh při příjezdu:

Propuštění z nemocnice (JIP)
Datum propuštění (nebo úmrtí):
Neurologický stav při propuštění (CPC):

Příloha č. 6: Jednotný symbol pro externí defibrilátory



Příloha č.7: Ukázka automatického externího defibrilátoru

