

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
Zdravotně sociální fakulta

**Znalosti nových zásad první pomoci u zdravotně sociálních
pracovníků**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jolana Ročňová

Autor: Karolína Kokešová

Datum odevzdání: 3. 5. 2012

Abstrakt

Znalosti nových zásad první pomoci u zdravotně sociálních pracovníků

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. V první části je popsáno poskytování laické první pomoci u případů, které se vyskytují nejčastěji. Dále je v této části charakterizován zdravotně sociální pracovník. Druhá část mé bakalářské práce se zabývá výzkumem, který byl prováděn na několika náhodně vybraných pracovištích, kde pracují zdravotně sociální pracovníci nebo sociální pracovníci. Výzkum byl prováděn v Libereckém a Jihočeském kraji.

Prvním cílem bylo zjistit úroveň znalosti první pomoci u zdravotně sociálních pracovníků a druhým cílem bylo zmapovat četnost a charakteristiku poskytované první pomoci.

Sběr dat jsem prováděla kvantitativní formou, metodou dotazování, technikou dotazníků.

Výsledkem výzkumu je, že zdravotně sociální a sociální pracovníci znají první pomoc, nedostatečně orientovaní jsou pouze u otázek týkajících se mdloby a krvácení z nosu. Většina pracovníků v dotazníku zaškrtnla, že by měla zájem o kurz první pomoci.

Abstract

Knowledge of the first aid new principals at health-social workers

The bachelor thesis is divided into two parts. The first part describes providing of the first lay aid at cases which occur most frequently. Further there is characterized a health-social worker in this part. The second part of my bachelor thesis deals with a research conducted on several randomly chosen workplaces staffed by health-social workers or social workers. The research was carried out in regions of Liberec and South Bohemia.

The first aim was to find out a level of knowledge of the first aid at the health-social workers and the second aim was to map a frequency and characteristic of the provided first aid.

I collected data in a quantitative form, a method of an interview, a technique of questionnaires.

The result of the research shows that the health-social workers a social workers know how to do the first aid, they are only not sufficiently oriented at questions concerning fainting and bleeding from the nose. Most workers ticked in the questionnaire that they would be interested in the first aid course.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Znalosti nových zásad první pomoci u zdravotně sociálních pracovníků vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky 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.

V Českých Budějovicích, dne 3. 5. 2012

.....

podpis studenta

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Jolaně Ročňové za její cenné rady, ochotu a čas při zpracování mé bakalářské práce. Její pomoci a vedení si velmi cením. Dále bych chtěla poděkovat rodině a přátelům, kteří mě podporovali během psaní mé bakalářské práce.

OBSAH:

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Historie první pomoci	9
1.2 Zdravotně sociální pracovník.....	10
1.3 První pomoc	11
1.3.1 Technická první pomoc	12
1.3.2 Laická první pomoc	12
1.3.3 Odborná zdravotnická první pomoc	12
1.3.4 Základní neodkladná resuscitace	13
1.3.5 Kardiopulmonální resuscitace.....	13
1.3.6 Ukončení kardiopulmonální resuscitace	16
1.3.7 Povinnost poskytnout první pomoc	16
1.4 Bezvědomí	17
1.4.1 Mdloba, kolaps.....	17
1.5 Dušení.....	18
1.6 Krvácení.....	19
1.6.1 Kapilární krvácení (vlásečnicové)	19
1.6.2 Žilní krvácení	20
1.6.3 Tepenné krvácení	20
1.6.4 Krvácení z nosu	20
1.6.5 Vnitřní krvácení	21
1.7 Zlomeniny	21
1.7.1 Otevřené zlomeniny	22
1.7.2 Zavřené zlomeniny	22

1.8	Šok	22
1.8.1	Protišoková opatření	23
1.9	Tepelná poškození organismu	24
1.9.1	Popáleniny	24
1.9.2	Omrzliny	25
1.9.3	Úžeh.....	26
1.9.4	Úpal.....	26
1.9.5	Poškození elektrickým proudem.....	27
1.10	Poranění páteře a míchy	27
1.10.1	Otřes mozku.....	28
1.11	Akutní infarkt myokardu	28
1.12	Alergická reakce	29
2	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	31
2.1	V bakalářské práci byly stanoveny dva hlavní cíle:.....	31
2.2	V bakalářské práci byly k cílům stanoveny dvě hypotézy:	31
3	METODIKA	32
3.1	Metodika práce.....	32
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru.....	32
4	VÝSLEDKY	33
5	DISKUZE	53
6	ZÁVĚR	59
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	61
8	KLÍČOVÁ SLOVA	64
9	PŘÍLOHY	65

ÚVOD

Umět poskytnout první pomoc je velice důležité. V dnešní době tomu tak ale není. Laickou první pomoc by měli znát a umět poskytnout všichni občané, zvláště pak lidé, kteří pracují ve zdravotnictví a pracují s lidmi.

Zdravotně sociální pracovníci, kteří se starají jak o děti, dospělé, tak i staré lidi, by měli umět poskytnout laickou první pomoc. Do příjezdu zdravotnické záchranné služby jsou u postiženého často sami. Poskytnutím první pomoci mu mohou zlepšit jeho zdravotní stav a zmírnit následky.

Většina lidí je bezohledná a lhostejná k druhým, co se týče první pomoci. Nepomohou vám, jen na vás budou koukat. Možná mají strach někomu pomoci nebo se bojí krve. Ale neposkytnutí laické první pomoci je trestný čin. Do první pomoci patří i zavolání zdravotnické záchranné služby, a to může často zachránit život. Důležité je také znát telefonní čísla na Integrovaný záchranný systém.

První pomoc se vyvíjí a vznikají nové poznatky. Zdravotníci by měli znát nová doporučení a nové postupy v první pomoci. Znalost však není vše, důležité je také umět tato doporučení a postupy aplikovat, když je třeba. Každý zdravotník však nepracuje na poli urgentní medicíny a s první pomocí se neseťkává každý den. Měl by ale první pomoc znát a umět ji poskytnout i na jeho pracovišti.

Toto téma jsem si vybrala, protože mě zajímá první pomoc a chtěla jsem vědět, jestli i zdravotně sociální pracovníci umí poskytnout první pomoc.

Tato práce se skládá ze dvou částí. První část je teoretická, je zde zpracována teorie laické první pomoci u případů, které se nejčastěji vyskytují při práci u zdravotně sociálních pracovníků. Ve druhé části je zpracován výzkum formou dotazníku, ten má zmapovat laickou první pomoc u zdravotně sociálních pracovníků. Cílem této práce je zjistit úroveň znalosti první pomoci u zdravotně sociálních pracovníků a zmapovat četnost a charakteristiku poskytování první pomoci.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Historie první pomoci

Od počátku civilizace se lidstvo pokouší oživit náhle zemřelé osoby. I v Bibli se dočteme o vzkříšení mrtvých. Dříve lidé věřili v zázraky a jeden zázrak popsali jako vdechování života, dnes tento způsob nazýváme dýchání z úst do úst. Záchrana života byla ve středověku brána jako vzepření se „Boží vůli“. Ten, kdo úspěšně zachraňoval lidské životy, byl často obviněn z černé magie a předveden před inkviziční soud a potrestán upálením. V době osvícenství padly veškeré církevní bariéry a návody na vzkříšení mrtvých byly opírány o medicínské poznatky, které byly publikovány. Tehdejší medicína nevycházela z toho, že mrtvého přivede k životu, ale byla zde nejistota ve správné diagnostice smrti a obava z procitnutí v rakvi, proto se dávaly do rakve zvonečky, aby si nebožtík mohl přivolat pomoc (11).

O revoluční průlom se zasloužila mezinárodní organizace Červeného kříže a to, za poskytování první pomoci. Pomoc trpícím a raněným vedla k vypracování metodiky první pomoci a křížení, která byla také šířena do dalších zemí. Náplní Červeného kříže je ošetřování raněných. K praktickému využití správných postupů a zpětné vazbě došlo v první a druhé světové válce (11).

V roce 1961 pan Safar zveřejnil pomocí resuscitační abecedy první účinnou techniku resuscitace. Safar začal budovat v Pittsburghu EMS (Emergency Medical Servis), nebo-li první záchrannou službu, která byla určena pro výjezdy do terénu. Tímto nápadem položil základní kámen dnešnímu paramedickému systému v Americe. Resuscitační abeceda spojuje laické a lékařské postupy, součástí je i defibrilace. Safarovy metody se od sedmdesátých let prosadily v civilizovaném světě. Samozřejmě postupem času docházelo ke změnám v této doporučené metodice (poměr kompresí a dechů). V roce 2000 proběhla první ucelená revize a od roku 2005 až doposud se první tři body nezměnily. Tyto body slouží pro laickou resuscitaci (BLS) a značí se písmenky abecedy. První bod A: Airway spočívá v obnovení dýchání a udržování průchodnosti dýchacích cest. V druhém bodu B: Breathing dochází k zajištění správné

funkce dýchání a to dýchání z úst do úst. Třetí bod C: Circulation je nepřímá srdeční masáž, tedy náhrada samovolného krevního oběhu. Další písmena abecedy slouží resuscitačním postupům pro lékaře a nemocniční péči (G, H, I) (11).

1.2 Zdravotně sociální pracovník

Ve zdravotnictví se prolíná zdravotní péče se sociální péčí a tvoří tak nezbytnou součást ošetrovatelského a léčebného procesu (33).

Sociální pracovník poskytuje sociálně-zdravotní a sociálně-právní poradenství a konkrétní sociální pomoc ve zdravotnictví. Péče je zaměřena na osoby invalidní, osamělé, dlouhodobě duševně nemocné, staré, společensky nepřizpůsobivé a na lidi trpící nějakou závislostí. Péče, ale není věnována jen jim, ale i nezletilým dětem ze sociálně slabých a rizikových rodin a novorozěným dětem, které jsou připraveny k osvojení. Sociální péče probíhá za spolupráce rodiny pacienta a zdravotníků. Dále je tu spolupráce s potřebnými úřady a zdravotnickými zařízeními. Sociální pracovníci jsou také zprostředkovateli potřebné domácí ošetrovatelské a sociální péče, zařizují přijetí pacienta na oddělení následné péče. Sociální pracovník napomáhá nemocným k jejich reintegraci do společnosti, vypomáhá s vyřizováním žádostí o invalidní důchody a informuje nemocné o možnosti čerpat dávky sociální péče a státní sociální podpory. Účastní se lékařských vizit, je-li to potřeba, provádí v bytě pacienta sociální šetření, dělá průzkumy v sociální oblasti, v práci zdravotníků uplatňuje a prosazuje sociální aspekty. Dále sociální pracovník spolupracuje s policií a s potřebnými úřady při sexuálním zneužívání, psychickém či fyzickém týrání dětí i dospělých. Sociální pracovník a příslušné úřady dávají podněty, aby se zahájilo soudní řízení. Je důležité, aby se sociální pracovník sám stále vzdělával, účastnil se různých odborných kurzů, školení, seminářů a působil na školách se sociálně-zdravotním a sociálně-právní zaměřením a připravoval studenty na budoucí povolání (18). Sociální pracovník pracuje s klienty a s jejich rodinami, s přirozenými skupinami (děti na městském sídlišti), s uměle vytvořenými skupinami (školní třída), s organizacemi zaměřenými na sociální

péči, kde řídí činnost agentur nebo pomáhá řešit problémy a spolupracuje s místními komunitami. Dále se podílí na přípravě zákonů a vyhlášek, které se ho týkají nebo se jako oponent k nim vyjadřuje (21).

Zdravotnický pracovník pracuje v pobytových sociálních zařízeních jako nelékařský zdravotnický pracovník. Mezi tyto pracovníky patří vrchní sestra, všeobecná sestra, fyzioterapeut a ergoterapeut (21).

Vrchní sestra musí být vysokoškolsky vzdělaná se zaměřením na zdravotní péči, pracuje jako nejvyšší pracovník v ošetrovatelské péči a mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Řeší problémy a požadavky v rámci svých kompetencí. Je odpovědná za kvalitu práce a výsledky svých podřízených. Spolupracuje s lékaři, kteří zajišťují zdravotní péči nemocným (20).

Všeobecná sestra musí mít minimálně středoškolské vzdělání, obor všeobecná sestra. Spolupracuje s fyzioterapeuty, ergoterapeuty a aktivizační sestrou. Pečuje o pacienty po stránce zdravotní, ale i ošetrovatelské. Je povinna neprodleně poskytnout první pomoc, pokud je nemocný v ohrožení zdraví či života (20).

1.3 První pomoc

Definice první pomoci je popisována jako soubor účelných a jednoduchých opatření, která při postižení nebo ohrožení života či zdraví omezují účinně a cílevědomě důsledky a rozsah postižení nebo ohrožení (2).

Opatření je nutné provádět až do příjezdu zdravotnické záchranné služby či lékaře. Mezi opatření patří zajištění místa, kde se stala nehoda, pomoc postiženým z akutního nebezpečí, okamžitá opatření vedoucí k záchraně života, uložení do správné polohy, zmírnění bolesti, psychická podpora a zavolání zdravotnické záchranné služby (15).

První pomoc rozdělujeme do několika kategorií a to na technickou první pomoc, laickou první pomoc a odbornou zdravotnickou první pomoc (2).

1.3.1 Technická první pomoc

Hlavním úkolem technické první pomoci je odstranění příčin úrazu a zajištění klidného místa pro poskytnutí první pomoci. Technickou první pomoc zajišťuje hasičský záchranný sbor, vodní záchranná služba nebo horská služba, ale i svépomoc, když je potřeba (3). Musíme myslet na svoji vlastní bezpečnost, raněným osobám lépe pomůžeme, když nám samotným se nic nestane (15).

1.3.2 Laická první pomoc

Laickou první pomoc poskytuje laik ve většině případů s žádným nebo minimálním vybavením. Jediné, co máme pro ruce, je např. domácí lékárnička nebo autolékárnička, mnohdy je potřeba improvizace. V závažných případech je poskytnutí zdravotnické laické první pomoci hned od vzniku postižení až do příjezdu zdravotnické záchranné služby nejdůležitější. Správné a včasné poskytnutí první pomoci dává poraněnému větší možnost na uzdravení, než člověku, kterému nebyla poskytnuta první pomoc (22).

Součástí první pomoci je přivolání zdravotnické záchranné služby nebo technické první pomoci. Musíme si pamatovat telefonní číslo 155, kterým přivoláme zdravotnickou záchrannou službu a evropské číslo 112. Při volání první pomoci bychom neměli zavěšovat telefon jako první. Může se nám stát, že budeme nuceni použít i improvizovaný transport poraněného na lépe dostupné místo pro záchranné složky (3).

1.3.3 Odborná zdravotnická první pomoc

Tato první pomoc je pokračováním v základní laické první pomoci. Odborná zdravotnická pomoc znamená, že jsou použity nejrůznější pomůcky, přístroje, nástroje a léky, které používají pracovníci s kvalifikovanou odborností. V případě potřeby je součástí také odvoz do zdravotnického zařízení k dalším potřebným vyšetřením nebo

k hospitalizaci poraněného. U závažných případů, kde je bezprostřední ohrožení na životě, je nezbytné poskytnout rozšířenou neodkladnou resuscitaci, která je součástí odborné zdravotnické první pomoci (8).

1.3.4 Základní neodkladná resuscitace

Neodkladná resuscitace je soubor léčebných postupů, které na sebe navazují a slouží k okamžitému obnovení okysličeného krevního oběhu. Léčebné postupy se praktikují u postižených, u kterých došlo k náhlému selhání jedné či více základních životních funkcí, což je zachovalý krevní oběh, dýchání a vědomí. Cílem je ochránit mozek a myokard před nevratným poškozením. Resuscitace se dělí na základní, rozšířenou neodkladnou resuscitaci a nemocniční péči. Základní neodkladnou resuscitaci poskytují laici na místě, kde se vyskytuje zraněný a bez jakýchkoli pomůcek. Rozšířená neodkladná resuscitace je prováděna zdravotnickým personálem, navazuje na základní resuscitaci a jsou použity pomůcky, přístroje i léky a následuje transport do odborného zdravotnického zařízení. Péče v nemocnici navazuje jak na základní, tak i na rozšířenou neodkladnou resuscitaci. Mezi odborná zdravotnická zařízení patří anesteziologicko-resuscitační péče, traumacentra a jednotky intenzivní a resuscitační péče (16).

Nejdůležitější součástí první pomoci jsou tzv. oživovací techniky, mezi které patří srdeční masáž a dýchání z úst do úst (34).

1.3.5 Kardiopulmonální resuscitace

Během 4-5 minut dochází v mozku k odumření nervových buněk, proto je dobré, aby mozkem proudila krev. Náhlá porucha srdečního rytmu je nejčastější zástavou krevního oběhu u dospělých lidí. Nejprve dojde k zástavě oběhu a do 15 vteřin se dostaví bezvědomí. Umělé dýchání z plic do plic není v prvních minutách důležité.

Pokud chceme zahájit dýchání, musíme provést vdechy tak, aby nedošlo k přerušení masáže srdce, tedy když je hrudník uvolněn od stlačení (12).

Než začneme provádět kardiopulmonální resuscitaci, prohlédneme si okolí, jestli nám nehrozí nějaké nebezpečí např. výfukové plyny, požár, ... (16). Dále zjistíme, jestli postižený reaguje na nějaký podnět (oslovení, štípnutí, zatřesení). Pokud nereaguje, přivoláme si pomoc z okolních lidí, kde konkrétně oslovíme toho, koho chceme na pomoc a zavoláme na číslo 155. Postižený by měl ležet na zádech, na tvrdé podložce (podlaha, zem), poté provedeme záklon hlavy a to tak, že jednou rukou zvedneme bradu a druhá ruka tlačí na čelo. Kontrolujeme dýchání pohledem na hrudník, jestli se zvedá nebo přiložíme tvář nad ústa postiženého (12). Zkontrolujeme dutinu ústní, a pokud je v ústech nějaká překážka, co brání dýchání, vyndáme ji. Nesnažíme se za každou cenu vyndat vše, co je v dýchacích cestách (11). Jestliže není přítomno dýchání nebo si nejsme jisti, že postižený dýchá, zahájíme kardiopulmonální resuscitaci. Klekneme si vedle hrudníku postiženého, hrudník stačujeme na středu hrudní kosti, obě ruce máme napnuté, prsty jsou propletené mezi sebe a hrany dlaní se dotýkají hrudní kosti (viz. příloha č. 1). Stlačování hrudníku provádíme 100/minutu a to do hloubky 1/3 výšky hrudníku postiženého, tedy asi 5 cm (12). Po každém stlačení hrudníku dojde k lehkému uvolnění, ale ruce se stále dotýkají hrudníku (16). Masáž srdce nepřerušujeme, přerušit můžeme až po převzetí postiženého záchranáři nebo pokud se postižený začne bránit stlačování hrudníku a aktivně se začne pohybovat (12).

Při dýchání z úst do úst záchránce klečí z boku u hlavy postiženého a udržuje ji v mírném záklonu. Když provádíme vdechy, postiženému smáčkeme nos palcem a ukazováčkem ruky, která byla na čele při záklonu hlavy. Do dospělého člověka dýcháme okolo 500-600 ml vzduchu, což je náš normální nádech při klidném dýchání. Je vhodné použít bariérové pomůcky, jako jsou roušky. Ve všech případech nejde provádět dýchání z úst do úst (z důvodů) např. zvratky, poranění obličeje, rizikový jedinec. Pak je tedy dovoleno provádět pouze nepřímou srdeční masáž (11). Dýchání nemusí být jen z úst do úst, můžeme ho také provádět z úst do nosu např. při poranění a toku obličeje, svalovém spazmu nebo nejde-li poraněný dostatečně prodýchávat ústy.

Při záchraně tonoucího z vody je dýchání u úst do nosu lepší, nesmíme však zapomenout zavřít ústa postiženého (8).

Obnovíme-li srdeční akci a dýchání, uložíme postiženého do tzv. Euro polohy (stabilizovaná poloha (viz. příloha č. 2)) a provádíme protišoková opatření, nebo-li „5T“ - teplo, ticho, tekutiny, tišení bolesti a transport (16, 9). Jde-li postiženému o život, je lepší dělat chyby při kardiopulmonální resuscitaci, než neudělat nic (11).

Kardiopulmonální resuscitace u dětí starších 8 let a dospělých se zahajuje zavoláním zdravotnické záchranné služby a pak následuje masáž srdce a poté až vdechy. Poměr stlačování hrudníku a vdechů je 30:2. Frekvence masáže je okolo 100/minutu a stačujeme do hloubky asi 5 cm (12).

Kardiopulmonální resuscitace u dětí od 1 měsíce do 8 roků se provádí podobně jako u dospělých (12). Děti od jednoho měsíce až do 1 roku se řadí mezi kojence. Dítě je bráno od 1 roku do ukončení puberty. Musíme hledět na výšku, váhu či sekundární pohlavní znaky, protože každé dítě je jiné ve stejném věku (23). Nejčastější příčinou zástavy oběhu u dětí je dušení. Resuscitaci zahajujeme 5 úvodními menšími vdechy, frekvence stlačování hrudníku je 100/minutu a stačování je prováděno jednou rukou, která je natažená a to do hloubky asi 4-5 cm. Poměr masáže srdce a dýchání je tedy 30:2 a tento proces stále opakujeme, snažíme se nepřerušovat srdeční masáž při dýchání z úst do úst a asi po jedné minutě, tedy po 100 stlačeních hrudníku, zavoláme zdravotnickou záchrannou službu. Samozřejmě pokud nás je u resuscitace více, může někdo zavolat dříve a nemusíme čekat až na 100 stlačení hrudníku. Menší děti můžeme lehce podložit pod lopatkami třeba oblečením, abychom udržovali dýchací cesty průchodné. Masáž provádíme do převzetí postiženého záchranáři, nebo dokud se neobjeví aktivní pohyby postiženého (12). Dýchání provádíme z úst do úst a po obnovení základních životních funkcí uložíme postiženého do Euro polohy (16).

Kardiopulmonální resuscitace u novorozenců (narození až jeden měsíc) se zahajuje 5 úvodními vdechy, poměr stlačení hrudníku a vdechů je 3:1. Masáž se provádí dvěma prsty jedné ruky a stlačení hrudníku je asi o 2-3 cm. Zdravotnická

záchranná služba je volána přibližně po jedné minutě kardiopulmonální resuscitace. Vdechy se provádí do dutiny ústní a nosní najednou (12). Frekvence stlačení hrudníku je minimálně 120/minutu (11). Pokud má dítě nehmatný tep na krční tepně (a. carotis) nebo je srdeční frekvence nižší než 60/minutu, zahájíme resuscitaci (23). U novorozenců neprovádíme záklon hlavy, je potřeba neutrální poloha, zvedneme pouze bradu. Dítě uložíme do drenážní polohy (viz. příloha č. 3) po obnovení základních životních funkcí (6).

1.3.6 Ukončení kardiopulmonální resuscitace

Kardiopulmonální resuscitaci můžeme ukončit při obnovení základních životních funkcí nebo po předání postiženého lékaři. K ukončení masáže srdce může vést vyčerpání záchránců, ale k tomu se musí rozhodnout každý sám. Záleží také na mnoha faktorech, jakou jsou např. věk, počet záchránců, fyzická kondice, klimatické podmínky. Laik ani zdravotnický záchranář nemohou konstatovat smrt (11).

1.3.7 Povinnost poskytnout první pomoc

Nikdy nevíme, kdy budeme potřebovat poskytnout první pomoc. Úraz se nám může stát kdekoliv, doma, v práci, v autě, ... K poskytnutí první pomoci nejsme vázáni jen morálně, ale i právně (15). Každý občan je povinen poskytnout první pomoc. Neposkytnutí první pomoci je definováno v trestním zákoně č. 40/2009 Sb. (40/2009 zákon) (viz. příloha č. 4) (38).

1.4 Bezvědomí

Abychom poznali bezvědomí, musíme vědět, co je to vědomí. Vědomí je základní životní funkce v lidském těle spolu s krevním oběhem a spontánním dýcháním. Při plném vědomí je člověk orientován časem, osobou, místem a situací (2). Bezvědomí je stav, kdy je postižený bezprostředně ohrožen na životě. Osoba nereaguje na vnější podněty, jako jsou bolest nebo zvuk, protože v mozku dochází k poruchám funkcí. Poruchy vědomí se dělí na kvantitativní (somnia, sopor, kóma) a kvalitativní (mdloba, mráкотný stav - obnubilace) (16).

Člověk upadá do bezvědomí hned z několika příčin, jako jsou poruchy centrální nervové soustavy (CNS), křeče, intoxikace, metabolické poruchy, kam patří diabetes mellitus, oběhové příčiny, psychiatrické příčiny a neurotraumata (24).

Příznaky rozdělujeme na kvalitativní poruchu vědomí a kvantitativní poruchu vědomí. Mezi kvalitativní poruchu řadíme nesrozumitelnou řeč, nevhodné odpovědi, zmatenost. U kvantitativní poruchy chybí reakce postiženého na oslovení a na bolestivé podněty. Postižený má chrčivé a nepravidelné dýchání, jeho sliznice a kůže mají nezvyklou barvu. Musíme se optat příbuzných, svědků na informace ohledně bezvědomí, protože mohlo dojít před několika dny k úrazu mozku a hlavy (5).

Při poskytování první pomoci zjistíme u postiženého dýchání a pulz. Pokud postižený dýchá, dáme ho do stabilizované polohy (na boku), není-li dýchání a hmatný pulz, zahájíme nepřímou srdeční masáž. Zavoláme zdravotnickou záchrannou službu, kontrolujeme základní životní funkce, zajistíme láhve od nápojů, plata s léky, zvratky, atd. (5).

1.4.1 Mdloba, kolaps

Při mdlobě dochází ke ztrátě vědomí na krátkou dobu a je to způsobeno nedostatečným prokrvováním mozku, které je přechodné. Obvyklou příčinou je pokles

krevního tlaku, dlouhé stání v nevětraných prostorách, požití léků na snížení krevního tlaku, náhlá změna polohy z lehu do stoje, emoční podnět (16).

Postižený se potí, je bledý, zívá, má pocit tepla, vidí „hvězdičky“, má pomalý a slabě hmatný pulz (6).

Zkontrolujeme základní životní funkce, dýchání a krevní oběh budou přítomny, ale postižený bude v bezvědomí. Postiženému uvolníme oděv, hlavně okolo krku a v pase, dáme ho do protišokové polohy. Otevřeme okno, aby byl čerstvý vzduch v místnosti, postiženému otřeme obličej a krk hadříkem namočeným do vlažné vody. Zkontrolujeme postiženého, jestli nemá nějaká poranění po pádu. Zdravotnickou záchrannou službu budeme volat v případě, že se do 5 minut postižený neprobere (5).

1.5 Dušení

V procesu dýchání dochází k omezení až zastavení proudění plynů. Dušení nastává ve stavu, kdy má postižený nedostatek kyslíku a v jeho krvi se hromadí oxid uhličitý. Dojde-li ke smrti, postižený byl udušen (35).

Hlavní příčiny dušení jsou zvratky, krev, zapadlý jazyk, vdechnutý cizí předmět v hrdle, vnitřní otok hrdla, astmatický záchvat, poranění čelistí a obličeje, na krk působící zevní síla např. škrcení (30). Malé děti strčí do pusy vše, nejčastěji korálky, bonbony, sousto jídla, které jim zaskočí (34).

Dušení se projevuje panikou a vystrašeností postiženého, dále se objevuje hlasité, pískavé dýchání, postižený usilovně zvedá hrudník, nemůže mluvit a drží si krk. Stává se, že dojde až k úplné zástavě dýchání a promodrávání okrajových částí těla, jazyka a sliznice v dutině ústní. Přibližně jedna minuta bez dechu může vést k bezvědomí u dětí (34).

Postiženému otevřeme ústa a zkontrolujeme dutinu ústní, pokud je cizí těleso vidět a jde vyndat, vyndáme ho. Nesmíme postiženému přihoršit tím, že bychom cizí těleso zasunuli hlouběji do dýchacích cest. Cizí těleso zapadlé do nižší části dýchacích cest vypudíme několika manévry. První je Gordonův manévr (viz. příloha č. 5), kdy držíme

dítě položené bříškem na naší ruce, hlavička směřuje dolů a prsty otevíráme dítěti ústa. Dítě udeříme dlaní druhé ruky několikrát do zad mezi lopatky. Druhý manévr je Heimlichův hmat (viz. příloha č. 6), který spočívá ve stlačení nadbříšku směrem nahoru a mělo by tak dojít k vypuzení cizího tělesa (34). Nesmí se praktikovat na dětech mladších osmi let, u obézních lidí a těhotných žen (16). Při zapadnutí kořene jazyka provedeme záklon hlavy a tím uvolníme dýchací cesty. Máme-li podezření na poranění páteře, s postiženým nehýbeme. Cizí těleso jsme vypudili z dýchacích cest, ale postižený stále nedýchá, zahájíme dýchání z úst do úst, nepřímou srdeční masáž a zavoláme zdravotnickou záchrannou službu (34).

1.6 Krvácení

V lidském organismu koluje asi 4,5 - 6 litrů krve, ovšem množství krve záleží na tělesné hmotnosti člověka. Ženy mají většinou menší množství krve než muži, protože mívají menší tělesnou hmotnost než muži. Patologické stavy (ztráta krve) ovlivňují množství krve v organismu (28).

Lidský život je ohrožen při ztrátě asi 40 %, což jsou přibližně 2 - 2,4 l krve. Porušením kožního krytu a cévní stěny dochází k zevnímu krvácení (22).

1.6.1 Kapilární krvácení (vlásečnicové)

Toto krvácení je časté, ale není závažné. Často se jedná o škrábnutí nebo odřeninu. Okolí rány odezinfikujeme a očistíme, tím se zbavíme nečistot. Dle velikosti poranění použijeme i pomůcky k ošetření. Sterilní čtverec a obinadlo, někdy postačí i náplast (1).

1.6.2 Žilní krvácení

Charakteristické je volné vytékání tmavě červené krve. Hrozí vykrvácení při neošetření rány. Postiženého posadíme nebo položíme, zvedneme končetinu s krvácením nad úroveň srdce, tím snížíme přítok krve ke krvácení. Přiložíme tlakový obvaz (viz. příloha č. 7), můžeme stisknout tlakové body (viz. příloha č. 8) (22).

1.6.3 Tepenné krvácení

Při tepenném (arteriálním) krvácení je člověk nejvíce ohrožen na životě. Při poranění velkých tepen, jako jsou krční, stehenní nebo pažní tepna, můžeme vykrvácet do 60 - 90 s. Proto je důležité rychlé poskytnutí první pomoci. Krev je jasně červená a pulzuje z rány ve stejném rytmu, jako pulzuje srdce (16).

Okamžitě ránu stlačíme a stiskneme nejbližší tlakový bod. U podklíčkové tepny a krkavice stlačujeme ránu až do chirurgického výkonu. Sterilita není prioritní. Přiložíme tlakový obvaz, pokud není cizí těleso v ráně. Kontrolujeme základní životní funkce (dýchání, krevní oběh, vědomí) a provedeme protišoková opatření (teplo, ticho, tekutiny, tišení bolesti a transport). Poloha postiženého je dle poranění. Zavoláme zdravotnickou záchrannou službu. U postiženého v bezvědomí zkontrolujeme dýchací cesty, popřípadě zprůchodníme. Volíme Euro polohu (stabilizovaná poloha) (16).

1.6.4 Krvácení z nosu

Krvácení může být způsobeno smrkáním, kýcháním, úderem do nosu, kdy dochází k poranění drobných cév v nose. Vysoký krevní tlak také vyvolává krvácení. Krvácení se objeví i při poranění hlavy, kdy z nosu vytéká vodnatá a řídká krev, která je naředěná mozkomíšním mokem, který obklopuje mozek. Pokud postižený ztratí hodně krve, je krvácení nebezpečné (30).

Postižený si sedne, předkloní hlavu, smáčkne si měkkí část nosu. Po deseti minutách uvolníme stisk nosu a kontroluje krvácení. Pokud stále krvácí, smáčkne nos znovu, jestliže nekrvácí, nos lehce omyjeme a nesmrkáme delší dobu. Je-li krvácení delší než 30 minut, navštívíme lékaře (30).

1.6.5 Vnitřní krvácení

Je velice nebezpečné a těžce rozeznatelné. Není vidět, protože nedojde k porušení kůže. Neprojevují se žádné známky vnějšího krvácení, může se rozvíjet šok, vlivem velkého vnitřního krvácení např. u zlomeniny kosti stehenní (31).

Obecnými příznaky může být krev v moči, ve stolici, vytékání krve z úst, zvracení krve, bolest, otok, modřina či zatvrdlé břicho (31).

Jedno z nejzávažnějších krvácení je i krvácení do lebky, tzv. nitrolební krvácení. Mezi příznaky epidurálního krvácení patří střídání se bezvědomí a vědomí, kdy se objevují závratě, bolesti hlavy, změna psychiky, zvracení a nakonec bezvědomí. Subdurální krvácení se projevuje jednostrannými křečemi, zmateností a bolestí hlavy. U subarachnoideálního krvácení jsou meningeální příznaky, např. ztuhlost šíje. Dalšími příznaky jsou závratě, zvracení, porušené vědomí, nevolnost, bolesti hlavy, světloplachost, křeče, atd. V bezvědomí se nemusí vyskytnout meningeální příznaky. Při intracerebrálním krvácení je přítomen rychlý otok mozku (2).

1.7 Zlomeniny

Vznik zlomeniny může být způsoben pádem, úderem nebo působí-li na kost jiná větší síla, než které je kost schopna odolat. U otevřených zlomenin je celistvost kůže v místě zlomeniny poraněná a u zavřených zlomenin je celistvost kůže neporaněná (22). Mezi obecné příznaky můžeme zařadit otok, deformaci, bolestivost, zmodrání, citlivost postižené oblasti. Může se objevit abnormální pohyblivost, nestabilita a příznaky šoku (36).

1.7.1 Otevřené zlomeniny

U otevřené zlomeniny většinou dochází k zevnímu krvácení, které je potřeba primárně zastavit. Snažíme se s postiženým nehýbat, pokud není ohrožen na životě a zamezíme infikování rány. Okolo zraněného místa si odstraníme oděv, abychom měli přístup ke zlomenině, ránu dezinfikujeme a sterilně ošetříme. Při otevřené zlomenině může dojít k vylezení kosti na povrch. Tuto kost ošetříme pouze obložení sterilním materiálem kolem dokola, dokud nebude kost schovaná ve sterilním materiálu, poté poraněné místo obvážeme sterilním obvazem a končetinu znehybníme. Provádíme protišoková opatření a voláme zdravotnickou záchrannou službu. Postižený nesmí pít, jíst ani kouřit, z důvodu možné operace (17).

1.7.2 Zavřené zlomeniny

Poraněné místo fixujeme a tím zajistíme znehybnění zlomeniny. První pomoc poskytneme na místě události, nehrozí-li nebezpečí (výbuch, oheň). V případě zlomeniny horní končetiny nebo žeber je ošetření provedeno v sedu s oporou zad, jinak na zádech vleže. Oděv necháváme na postiženém a zlomeninu ošetřujeme přes oblečení. Poraněnému zajistíme odvoz do zdravotnického zařízení a zakážeme mu jíst, pít a kouřit z hlediska možné operace (17).

1.8 Šok

Šok se projevuje v organismu změnou cirkulace krve, která vede k nedokrvení orgánů, ke sníženému obsahu kyslíku ve tkáních a hromadění toxických látek z metabolismu. Bez léčby dochází k nevratným poruchám orgánů (srdce, centrální nervový systém, plíce, játra, ledviny). Šok ohrožuje lidský život (6).

Mezi nejčastější příčiny řadíme velké krevní ztráty, alergické reakce, úrazy, celkové infekce organismu a dehydrataci (34).

Mezi příznaky patří porucha vědomí, někdy až bezvědomí, dýchací obtíže, jako je dušnost, záchvatovité dýchání a může se objevit i krátkodobá ztráta dechu. Na srdci mohou vzniknout arytmie, angína pectoris, dále se objevuje nevolnost, zvracení, bledost, studený pot (4). Dalšími příznaky jsou zrychlený tep 120-160/min., třes, pocit žízně, nízký krevní tlak, nedokrvování periferních částí těla (3).

První pomoc zahájíme odstraněním příčiny šoku, ošetříme všechna poranění, zajistíme a sledujeme základní životní funkce, je-li potřeba, zahájíme kardiopulmonální resuscitaci a kontrolujeme dýchací cesty, aby byly volné. Postiženého uklidníme, provedeme protišoková opatření, zvolíme protišokovou polohu (viz. příloha č. 9) a zavoláme zdravotnickou záchrannou službu (16).

1.8.1 Protišoková opatření

Teplo, ticho, tekutiny, tišení bolesti a transport je tzv. „5T“ neboli protišoková opatření (3).

Teplo je důležité, proto musíme zamezit ztrátám tepla a zajistit tak tepelný komfort překrytím např. alufólií. Postižený nesmí ležet na holé zemi, musíme pod něj něco dát, protože prochladnutí může být už při 25 °C (3).

Ticho postiženého uklidní jak po stránce psychické, tak po stránce fyzické. Je dobré poraněnému říci pravdu, jak to s ním vypadá (5).

Tekutiny se nesmí v žádném případě podávat ústy, jedinou možností je zvlhčení rtů (3).

Tišení bolesti zahrnuje ošetření všech zranění, znehybnění postiženého a vhodnou polohu, kterou si zaujme postižený sám. Bolest prohlubuje šok (16).

Transport se provádí v protišokové poloze a co nejrychleji. Sami bychom postiženého neměli transportovat (3).

1.9 Tepelná poškození organismu

1.9.1 Popáleniny

Popáleniny vznikají tak, že na povrch lidského těla působí vysoké teploty. Nejčastějšími příčinami popálenin jsou chemické látky, vřelá tekutina, plamen, žhavý kov a další (22).

Postižený je ohrožen šokem a infekcí. Poškození celistvosti kůže závisí na věku postiženého, příčině, rozsahu, umístění, hloubce, atd. (3). Popáleniny hodnotíme dle rozsahu popálení (viz. příloha č. 10) a hloubky popálení. Při popálení rozsahu 15-20 % u dospělého a 5 % u dítěte vzniká popáleninový šok, který ohrožuje postižené na životě. Dle hloubky postižení kůže a tkání určíme čtyři stupně popálenin. První stupeň se projevuje povrchní popáleninou, kůže je zarudlá, začervenalá, bolestivá, teplá a objevuje se otok na končetině. Popálenina druhého stupně je také povrchní, objevuje se bolest a tvorba puchýřků na zasažené části těla. Puchýře jsou plněny tkáňovým mokem a hojí se několik dní, protože pod puchýřem vzniká nová pokožka. Popálenina třetího stupně je hluboká v důsledku poškození kůže v celé své tloušťce. Vzniká hnědý až černý příškvár, pomalu se odlupuje (odděluje) a je častým přístupem infekce. Hojí se jizvou. Popálenina čtvrtého stupně zničí kůži, podkoží, svaly, kost i klouby. Je to hluboká popálenina, které se také říká zuhelnatění (22).

Při poskytování první pomoci je nejdůležitější zastavit působení tepla a postiženému pomoci zaujmout vyhovující polohu. Popáleniny poléváme studenou vodou (29). Teplota studené vody z kohoutku je okolo 10 °C a to pro chlazení popáleniny stačí. Chladit bychom měli do doby, dokud to přináší úlevu od bolesti, přibližně 10-20 minut. Při závažných popáleninách bychom neměli dávat jíst a pít (12). Odstraníme z postiženého hodinky, řetízky, prsteny, nepřiškvařený oděv a boty, dříve než začnou otékat tkáně. Postižené plochy kryjeme nejlépe sterilním materiálem, ale pokud není sterilní, postačí např. čisté prostěradlo nebo trojčipý šátek. Na poškozená místa nepoužíváme žádné masti, náplasti, atd. Provedeme protišoková opatření, vyžaduje-li

to stav postiženého, zavoláme zdravotnickou záchrannou službu a sledujeme dech, pulz a vědomí postiženého (29). U prstů je důležité, aby byl každý prst ošetřen zvlášť, mezi prsty se vloží sterilní krytí a obváže obinadlem. Umělé materiály a silonové tkaniny se lehce přiškvaří k pokožce a vznikne tak přiškvar. Tyto přiškvary z těla neodstraňujeme, kryjeme je obvazem a volné zbytky materiálu odstraníme. Vzniklé puchýře neodstraňujeme, slouží jako vrstva kryjící poškozené místo (23).

Může se nám stát, že uvidíme hořícího člověka, co běží. Nejdůležitější je zabránit mu v dalším běhu, poté ho položíme na zem hořící stranou nahoru a uhasíme oheň buď politím vodou, nebo ho zabalíme do nějaké hrubé tkaniny, jako je třeba koberec nebo kabát. Po uhašení ohně postiženého okamžitě vysvěčeme, ale jen ten oděv, který jde, přiškvary necháme. Dále postupujeme jako u ostatních popálenin, ošetříme je, provedeme protišoková opatření a zavoláme zdravotnickou záchrannou službu (6).

1.9.2 Omrzliny

Omrzliny se nejčastěji vyskytují na prstech, uších, bradě a nose, protože jsou nedostatečně prokrvovány (12). Ruce a nohy jsou části těla, které jsou často nechráněné nebo špatně chráněné před chladem. Omrzliny se dělí na čtyři stupně. První a druhý stupeň se projevuje puchýřem a zčervenáním pokožky. Třetí stupeň charakterizuje mramorová, opocená a bledá kůže. U čtvrtého stupně je přítomna odumřelá tkáň (22).

Při poskytování první pomoci zavedeme postiženého do tepla, sundáme mu rukavice nebo boty, dle postižení části těla. Z prstů opatrně sundáme prstýnky a vše ostatní, co by mohlo utlačovat tkáň. Nejlepší ohřívání je rukama, v podpaždí postiženého nebo v klíně. Postižená místa netřeme, aby nedošlo k dalšímu poškození tkání. Po lehkém zahřátí vložíme postižené části těla do vody o přibližné teplotě 40 °C. Poté je lehce osušíme a obvážeme je jemně sterilním obvazem. Jako prevenci otoku omrzlou a ošetřenou končetinu nejprve nadzvedneme, poté podložíme. Proti bolesti si dospělý může vzít Paralen. Postiženému zavoláme zdravotnickou záchrannou službu nebo

ho odvezeme do nemocnice (30). Alkohol v žádném případě nepodáváme, způsobuje rozšíření cév a to vede ke zvýšeným ztrátám tepla z organismu (5).

1.9.3 Úžeh

Úžeh vzniká při dlouhodobém pobytu na přímém slunci, které překrývá mozkové obaly (3). Je velice nebezpečný hlavně u kojenců a dětí. Termoregulační mechanismy nejsou u malých dětí ještě dostatečně vyvinuty, a proto nejsou schopny se přizpůsobit klimatickým podmínkám (34).

Mezi příznaky patří nevolnost, závratě, neklid, bolest hlavy. Kůže je zarudlá, horká a tělesná teplota je okolo 38,5 °C. Srdeční rytmus je nepravidelný, dýchání je zrychlené, objevují se rozšířené zornice, dochází ke snížení krevního tlaku, který může vést ke vzniku kolapsu (34).

Postiženého odvedeme ze sluníčka, ošetřujeme ho v polosedě s opřenými zády a hlavou nebo vleže s podloženou hlavou. Na končetiny, krk a čelo přiložíme studený obklad a podáváme chladné tekutiny dle stavu postiženého (1).

1.9.4 Úpal

Při celkovém přehřátí organismu vzniká úpal. Dochází k němu v přeplněném dopravním prostředku, v přehřáté a uzavřené místnosti, při nedostatku tekutin a fyzické námaze v nevětrané místnosti, v horkém a vlhkém prostředí jako jsou např. prádelny. Příznaky jsou podobné jako u úžehu. Může se objevit pocit žízně, tělesná teplota je 42 °C i více (1).

Při první pomoci položíme postiženého do chladnějšího místa, nejlépe s možností čerstvého vzduchu. Ve stínu ho nepříkryváme. Cílem je snížit tělesnou teplotu zábalem nebo osprchováním. Polohu volíme v polosedu a přikládáme studené obklady na hlavu, krk, srdeční a jaterní krajinu a do třísel. Podáváme chlazené tekutiny po lžičkách, pokud není zvracení, bezvědomí a křeče. Nejlepší je černá káva, čaj nebo kuchyňská sůl

s vitamínem C. Při selhání krevního oběhu a zástavě dechu zahájíme nepřímou srdeční masáž a umělé dýchání. Při bezvědomí a křečích dáme postiženého do stabilizované polohy (Euro polohy), ale musí být zachován krevní oběh a dýchání, které pravidelně sledujeme (1).

1.9.5 Poškození elektrickým proudem

Při průchodu elektřiny lidským tělem vznikají většinou dvě popálená místa. První je místo vstupu a druhé je místo výstupu elektrického proudu. Může také dojít k poranění vnitřních tkání, rozvoji šoku a zástavě srdce (29).

Nejdůležitější věcí při poskytnutí první pomoci je vypnutí přívodu elektrického napětí. Popáleniny poléváme a ochlazujeme studenou vodou, po ochlazení popáleného místa přiložíme sterilní čtverec a ovážeme sterilním obvazem. Zavoláme zdravotnickou záchrannou službu, průběžně kontrolujeme základní životní funkce a provedeme protišoková opatření. Pokud je postižený v bezvědomí, uvolníme dýchací cesty, zkontrolujeme krevní oběh, dýchání a jsme připraveni zahájit nepřímou srdeční masáž (29).

1.10 Poranění páteře a míchy

K nejčastějšímu poranění páteře dochází při dopravní nehodě, pádu z výšky se současným zlomením páteře, kdy působí přímý náraz na páteř nebo násilné ohnutí páteře vpřed či vzad. Mícha může být porušena, ale nemusí dojít k porušení páteře. U poškození míchy dochází ke ztrátě hybnosti a citlivosti pod místem, kde byla poraněna mícha (8). Dalšími příčinami poškození páteře mohou být sportovní úrazy, jako jsou skoky do vody, jezdeckví či ježdění na kole. Zranění páteře je nejčastěji v úseku krčních obratlů a mezi hrudními a bederními obratli (17).

Charakteristickými příznaky jsou bolesti zad, nepřirozená poloha vleže, porucha hybnosti a citlivosti končetin, otok a zduření v místě, kde je zranění (3).

Při neopatrné manipulaci s postiženým může dojít k druhotnému poškození nebo zhoršení stavu míchy. Polohu hlavy udržujeme vždy v ose s tělem. Postiženého přikryjeme, ale nehýbeme s ním. Sledujeme základní životní funkce, je-li potřeba, uvolníme dýchací cesty, zavoláme zdravotnickou záchrannou službu. Manipulace s postiženým by měla být co nejkratší, na tvrdé vodorovné podložce, tělo by mělo být stále v ose a je zapotřebí více záchránců na transport poraněného. U postiženého v bezvědomí je nejdůležitější zajištění základních životních funkcí (12).

1.10.1 Otřes mozku

Při úderu do oblasti hlavy dojde k tomu, že na kost lebky narazí mozek. Otřes mozku je nejčastějším a zároveň nejlehčím typem poranění hlavy (15).

Charakteristickým příznakem je krátkodobé bezvědomí, které trvá asi 5 minut, ale může trvat i 30 minut. Objevují se závratě a zvracení, bolesti hlavy. Postižený si na událost nepamatuje, může být agresivní, má rychlý a mělký dech, objevuje se pocení a bledost. U dětí musíme sledovat stav vědomí a to nejlépe každou hodinu, kvůli nápadné spavosti je doporučováno dítě vzbudit (2).

S postiženým nehýbeme, zavoláme zdravotnickou záchrannou službu, podložíme mu hlavu, zajistíme, aby ležel v klidu a sledujeme ho. Delší doba sledování je důležitá především u dětí (15).

1.11 Akutní infarkt myokardu

Infarkt myokardu je nevratné nekrotické poškození srdečního svalu, které je způsobeno déletrvající ischemií (26).

Nejčastější příčinou infarktu myokardu je trombus, který se uchytlí na aterosomový plát a uzavírá koronární tepnu. Dalšími příčinami může být zánět koronární cévy, zvýšená spotřeba kyslíku myokardem nebo dlouhotrvající spasmus (32).

Při infarktu myokardu dochází k ucpaní tepny, které vede k zástavě průtoku krve koronární tepnou. Za tímto uzávěrem není buňkám myokardu přiváděn kyslík k jejich práci a buňky jsou nejprve vystaveny ischemii, poté hypoxii a nakonec dojde ke smrti těchto buněk nebo-li nekróze. Po čtyřech až šesti hodinách nastoupí nekróza do celé tloušťky srdečního svalu (14).

Charakteristickým příznakem je bolest, která propaguje nejčastěji do levé končetiny, za hrudní kost, do čelisti, do krku, někdy i do pravé končetiny, do břicha, do zad, mezi lopatky. Doplnujícími příznaky jsou nauzea, zvracení, studená a opocená kůže, dušnost, arytmie, může se objevit náhlá příhoda břišní či kolika a často mají lidé strach ze smrti. Bolest trvá déle jak 20 minut a neustupuje po podání nitrátů (10).

Postiženému zajistíme klid a vyvětráme v místnosti, zvolíme polohu v polosedě, podáme nitráty pod jazyk postiženého, pokud bolest ustoupí, jedná se o angínu pectoris, pokud bolest neustoupí a trvá déle než 20 minut, jedná se o infarkt myokardu. Nitráty se nesmí podávat při infarktu pravého srdce a hypotenzi (snížený krevní tlak) (2). Postiženému můžeme uvolnit oděv na horní polovině těla a zavoláme zdravotnickou záchrannou službu. Ne všichni postižení mají ordinovaný nitroglycerín, a proto ho podáme jen těm, kteří ho mají předepsaný od lékaře (5).

Obnovení průtoku krve věnitou tepnou do 12 hodin může zastavit rozvoj nekrózy a zmenšit rozsah infarktu, protože rozvoj nekrózy trvá okolo 12 hodin (25).

Nejdůležitější je rychlost zásahu, která je počítána od vzniku bolestí až do příjezdu do zdravotnického zařízení. Pomoc postiženému by neměla trvat déle jak jednu hodinu, tato hodina je také nazývána jako zlatá hodina (32).

1.12 Alergická reakce

Náš imunitní systém nás chrání před různými patogeny. Imunitní systém má mnoho reakcí a jednou z nich je alergická reakce, kterou vyvolávají alergeny. Nejčastějšími alergeny jsou potraviny, léky, pyly, prach, hmyzí bodnutí, atd. Rozvoj příznaků může trvat od několika sekund až po minuty. Alergické reakce lze zařadit

do čtyř stupňů dle závažnosti. První stupeň se projevuje zarudnutím kůže, kopřivkou, nevolností, zvracením, průjmem, atd. Základní životní funkce nejsou ohroženy. U druhého stupně se objevují příznaky prvního stupně. Mezi průvodní příznaky patří pokles krevního tlaku, zrychlená srdeční činnost, jako doplňující příznak se může objevit slizniční a kožní zarudnutí s otokem. Reakce tohoto stupně nám naznačuje blížící se rozvoj anafylaktického šoku. Pro třetí stupeň je charakteristický anafylaktický šok a jeho příznaky, jako je zarudnutí kůže na celé ploše těla, dušnost, zvracení, křeče až bezvědomí. Anafylaktický šok má u čtvrtého stupně rychlý průběh a dochází tak k náhlým zástavám krevního oběhu a dechu (25).

Při poskytnutí první pomoci vyhodnotíme příznaky postiženého, pokud o své alergii ví a má u sebe léky, vezme si je nebo mu pomůžeme. Sledujeme základní životní funkce a při závažnějších příznacích zavoláme zdravotnickou záchrannou službu. Postiženého při vědomí uložíme do polohy vsedě, při zhoršování stavu volíme protišoková opatření. U postiženého v bezvědomí s nezachovanými životními funkcemi musíme provést nepřímou masáž srdce a umělé dýchání. Pokud postižený dýchá a má zachovalý krevní oběh, dáme ho stabilizované polohy (Euro polohy) (30).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 V bakalářské práci byly stanoveny dva hlavní cíle:

C 1: Zjistit úroveň znalosti první pomoci u zdravotně sociálních pracovníků.

C 2: Zmapovat četnost a charakteristiku poskytování první pomoci.

2.2 V bakalářské práci byly k cílům stanoveny dvě hypotézy:

H1: Zdravotně sociální pracovníci nemají dostatečné znalosti o poskytování první pomoci.

H2: Zdravotně sociální pracovníci nejsou dostatečně proškolení v poskytování první pomoci.

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Sběr dat jsem prováděla kvantitativní formou, metodou dotazování, technikou dotazníků. Data jsem zpracovávala za účelem splnění cílů a potvrzení či vyvrácení hypotéz. Dotazník byl rozdán do náhodně vybraných pracovišť v Libereckém a Jihočeském kraji a byl vyplněn zdravotně sociálními a sociálními pracovníky. Dotazník (viz. příloha č. 11) obsahuje 18 otázek, z toho je jedna otázka otevřená, 2 otázky jsou polootevřené a 15 otázek je tvořeno uzavřenou formou. Otázky tvořeny uzavřenou formou měly pouze jednu správnou odpověď, na tuto formu byli respondenti předem upozorněni.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

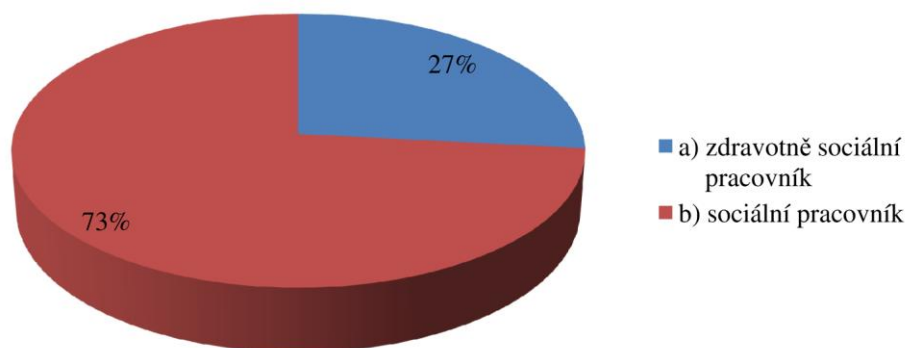
Dotazníky byly rozdány v Libereckém kraji a Jihočeském kraji a cílovou skupinu tvořili zdravotně sociální pracovníci a sociální pracovníci. Celkem jsem rozdala 80 dotazníků, vrátilo se mi 60 dotazníků a z tohoto počtu byl zpracován výzkum. V Libereckém kraji bylo rozdáno 40 dotazníků (50 %) a vrátilo se mi jich 23 (38 %) a v Jihočeském kraji bylo rozdáno 40 dotazníků (50 %) a vrátilo se mi jich 37 (62 %). Na výzkumu se podílelo 16 zdravotně sociálních pracovníků (27 %) a 44 sociálních pracovníků (73 %). Protože je málo registrovaných zdravotně sociálních pracovníků, byli do výzkumu zařazeni i sociální pracovníci.

Informace z dotazníků jsem vyhodnotila a vypracovala z nich výzkumnou část mé bakalářské práce. Dotazníky byly vyplňovány anonymně.

4 VÝSLEDKY

Výsledky výzkumu jsou zpracovány do grafů výsečového charakteru.

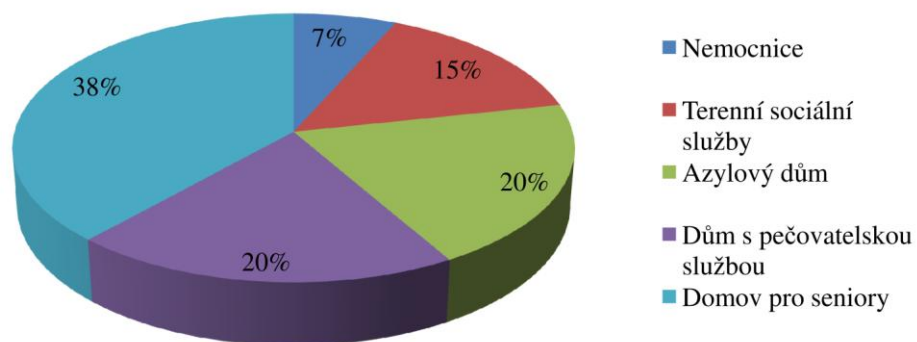
Graf 1: Pracujete jako:



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1: V dotazníku jsem se ptala, jestli lidé pracují jako zdravotně sociální pracovník nebo jako sociální pracovník. Z celkového počtu 60 dotázaných odpovědělo 16 dotázaných (27 %), že pracuje jako zdravotně sociální pracovník a 44 dotázaných (73 %) pracuje jako sociální pracovník.

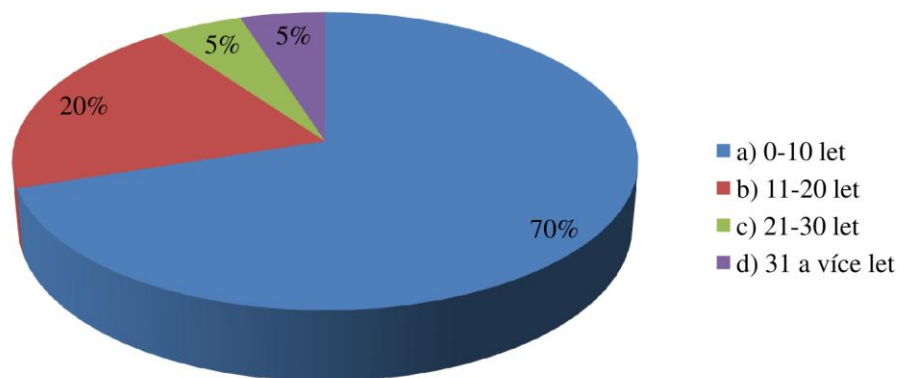
Graf 2: V jakém zařízení pracujete?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2: Na otázku v jakém zařízení pracujete, odpovědělo z celkového počtu 60 dotázaných, že 4 pracovníci (7 %) pracují v nemocnici, v terénních sociálních službách pracuje 9 pracovníků (15 %), 12 pracovníků (20 %) pracuje v azylovém domě, v domově s pečovatelskou službou pracuje 12 pracovníků (20 %) a nejvíce respondentů, tedy 23 pracovníků (38 %), pracuje v domově pro seniory.

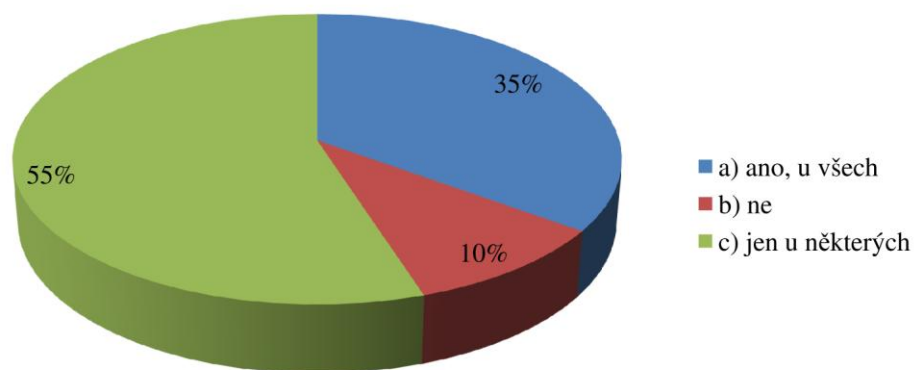
Graf 3: Jaká je délka vaší praxe?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3: Na otázku, která se týká délky praxe pracovníků, odpovědělo z celkového počtu 60 dotázaných 42 pracovníků (70 %), že má praxi 0-10 let, 12 dotázaných (20 %) odpovědělo, že jejich praxe je 11-20 let, 3 dotázaní (5 %) odpověděli, že jejich praxe je 21-30 let, další 3 dotázaní (5 %) pracují 31 a více let.

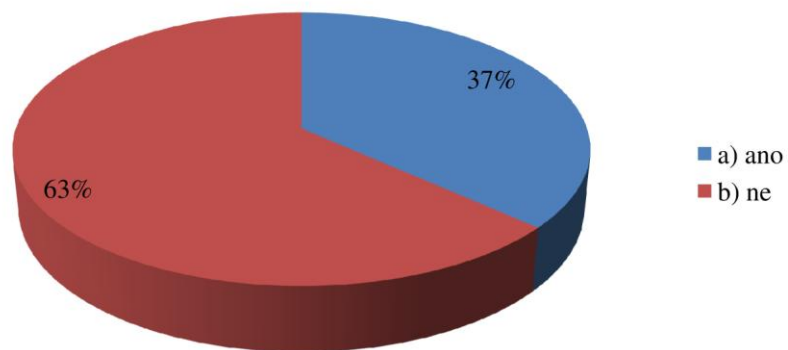
Graf 4: Znáte zdravotní stav lidí, o které pečujete? (alergie, ...)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4: Z celkového počtu 60 dotázaných odpovědělo 21 pracovníků (35 %) na otázku, jestli znají zdravotní stav lidí, o které pečují, že zdravotní stav znají u všech lidí, o které pečují. 6 dotázaných (10 %) odpovědělo, že zdravotní stav neznají a 33 dotázaných (55 %) zná zdravotní stav jen u některých lidí, o které pečují.

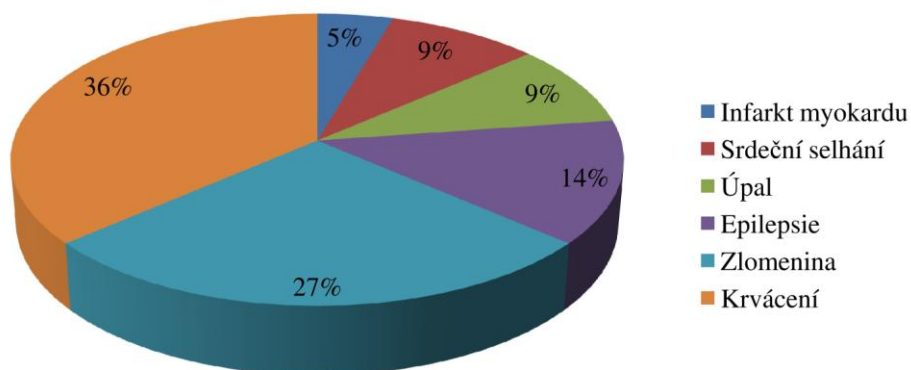
Graf 5: Poskytoval/a jste někdy první pomoc?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5: Na otázku týkající se poskytování první pomoci odpovědělo z celkového počtu 60 dotazovaných, že 22 pracovníků (37 %) už někdy první pomoc poskytovalo a 38 dotazovaných (63 %) ještě nikdy první pomoc neposkytovalo.

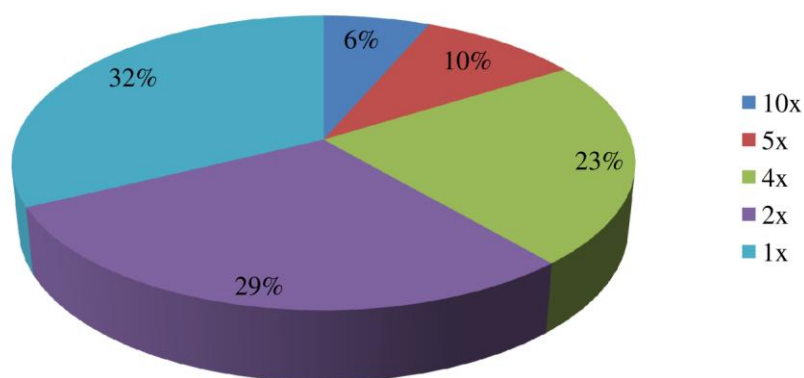
Graf 6 a): Pokud jste poskytoval/a první pomoc u jakých případů:



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6 a): Tento graf se týká otázky, u jakých případů byla poskytována první pomoc. Z celkového počtu 60 dotázaných odpověděl 1 dotazovaný (5 %), že první pomoc poskytoval u infarktu myokardu, 2 dotazovaní (9 %) odpověděli, že první pomoc poskytovali u srdečního selhání, stejný počet dotazovaných jako u srdečního selhání odpověděl, že poskytovali první pomoc u úpalu, 3 pracovníci (14 %) poskytovali první pomoc u epilepsie. První pomoc u zlomeniny poskytovalo 6 dotázaných (27 %) a nejčastěji byla poskytována první pomoc u krvácení, a to v zastoupení 8 dotazovaných (36 %).

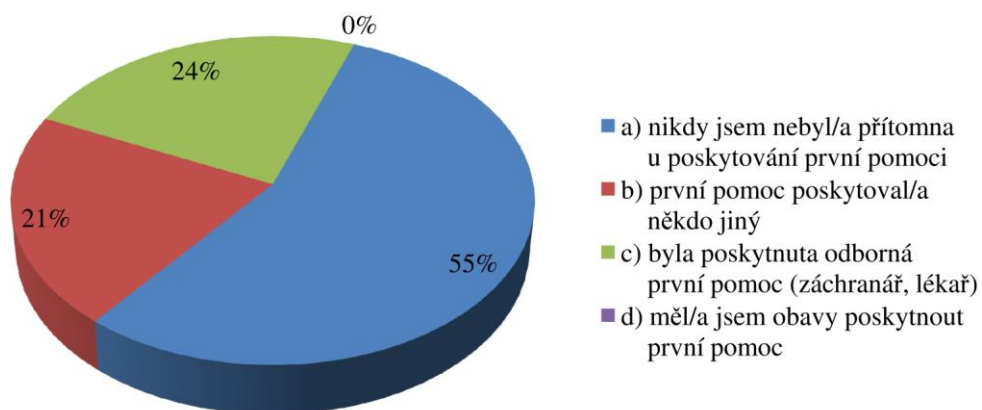
Graf 6 b): Pokud jste poskytoval/a první pomoc - kolikrát:



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6 b): Na otázku, kolikrát poskytovali pracovníci první pomoc, odpovědělo z celkového počtu 60 dotázaných, že první pomoc poskytovali 10x pouze 2 dotázaní (6%). První pomoc 5x poskytovali 3 dotázaní (10%), 4x poskytovalo první pomoc 7 dotázaných (23%), pouze 2x poskytovalo první pomoc 9 pracovníků (29%) a jen 1x poskytovalo první pomoc 10 dotázaných (32%).

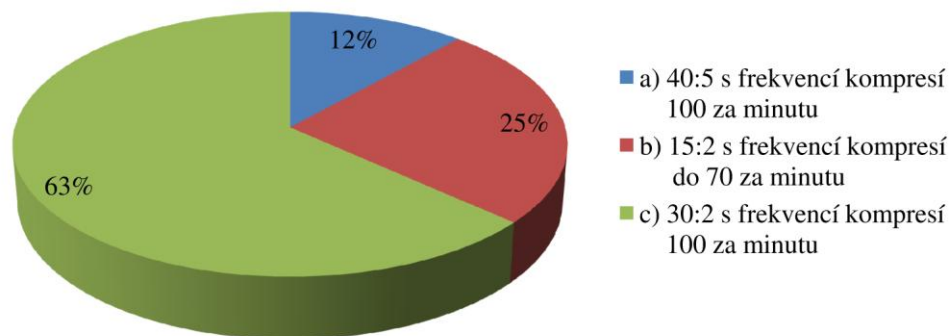
Graf 7: Proč a z jakého důvodu jste neposkytoval/a první pomoc?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7: Na otázku, proč a z jakého důvodu jste neposkytoval/a první pomoc, odpovědělo z celkového počtu 60 dotázaných, že 21 dotázaných (55 %) nikdy nebylo přítomno u poskytování první pomoci. Odpověď, kdy první pomoc poskytoval/a někdo jiný zaškrtnulo 8 respondentů (21 %), odpověď, že byla poskytnuta odborná první pomoc, zaškrtnulo 9 dotázaných (24 %) a žádný respondent neměl obavy poskytnout první pomoc.

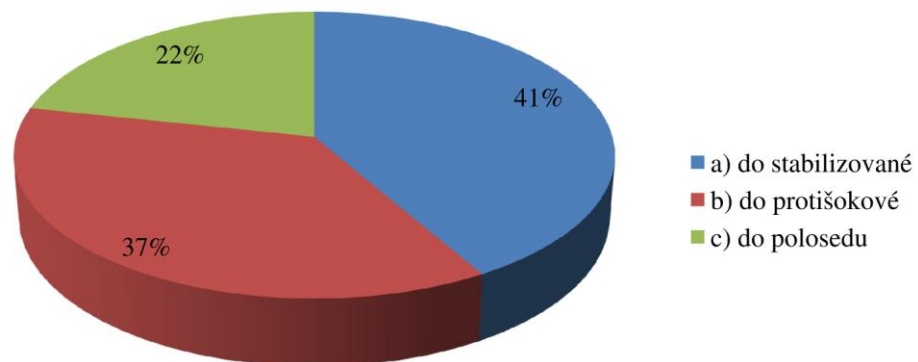
Graf 8: Jaký je poměr srdeční masáže a umělých dechů při kardiopulmonální resuscitaci u dospělých?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8: Na otázku týkající se poměru srdeční masáže a umělých dechů při kardiopulmonální resuscitaci u dospělých zvolilo z celkového počtu 60 dotázaných 7 pracovníků (12 %) poměr 40:5 s frekvencí kompresí 100 za minutu, kardiopulmonální resuscitaci v poměru 15:2 by poskytlo 15 pracovníků (25 %) a správnou odpověď zvolilo 38 dotazovaných (63 %).

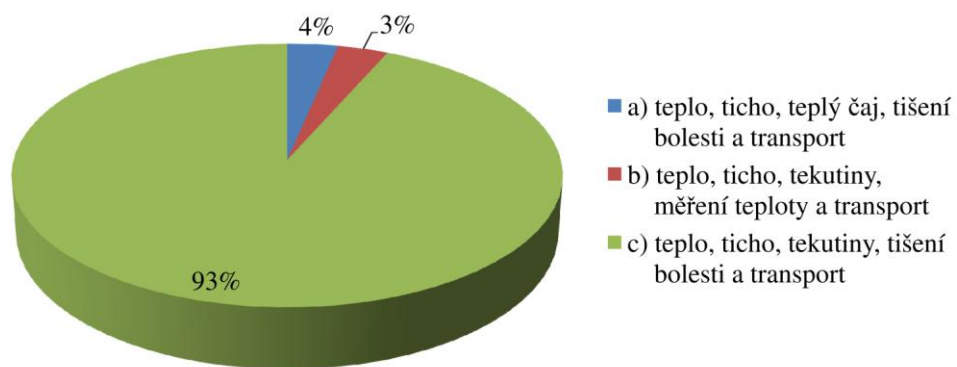
Graf 9: Do jaké polohy dáme postiženého při mdlobě se zachovalým dýcháním a krevním oběhem?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9: Z celkového počtu 60 dotázaných by 25 pracovníků (41 %) dalo postiženého při mdlobě se zachovalým dýcháním a krevním oběhem do stabilizované polohy, do protišokové polohy by dalo postiženého 22 dotázaných (37 %) a polohu v polosedu by zvolilo 13 dotazovaných (22 %).

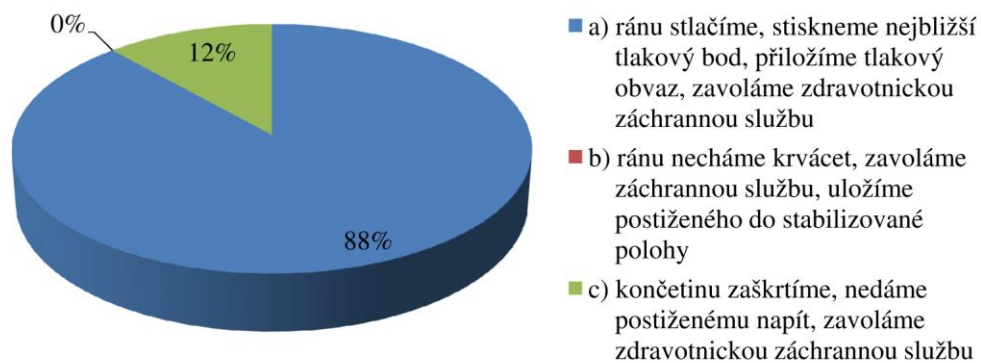
Graf 10: Co patří mezi protišoková opatření tzv. „5T“?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10: Na položenou otázku, co patří mezi protišoková opatření tzv. „5T“, odpověděl z celkového počtu 60 respondentů 1 pracovník (2 %), že mezi „5T“ patří teplo, ticho, teplý čaj, tišení bolesti a transport. Teplo, ticho, tekutiny, měření teploty a transport zvolili jako odpověď 3 dotázaní (5 %) a správnou odpověď zvolila většina dotázaných, tedy 56 (93 %).

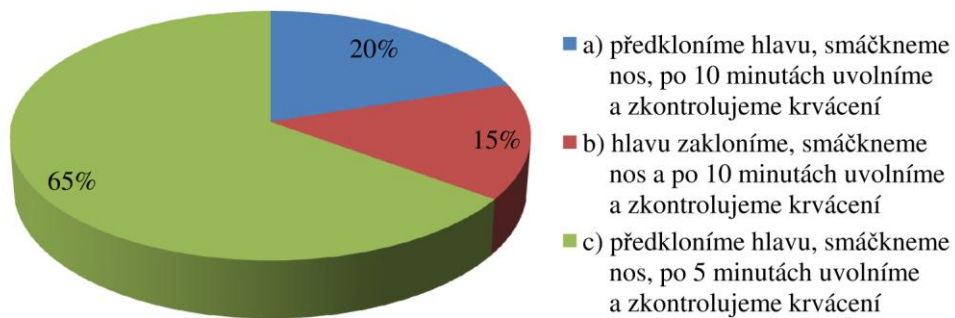
Graf 11: Jaká je první pomoc u tepenného krvácení?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11: V otázce zjišťující jaká je první pomoc u tepenného krvácení, označilo z 60 respondentů 53 dotázaných (88 %), že ránu stlačíme, stiskneme nejbližší tlakový bod, přiložíme tlakový obvaz a zavoláme zdravotnickou záchrannou službu. Odpověď, že ránu necháme krvácet, zavoláme zdravotnickou záchrannou službu a postiženého uložíme do stabilizované polohy (Euro polohy) nezvolil nikdo a 7 respondentů (12 %) by končetinu zaškrtilo, nedalo postiženému napít a zavolalo by zdravotnickou záchrannou službu.

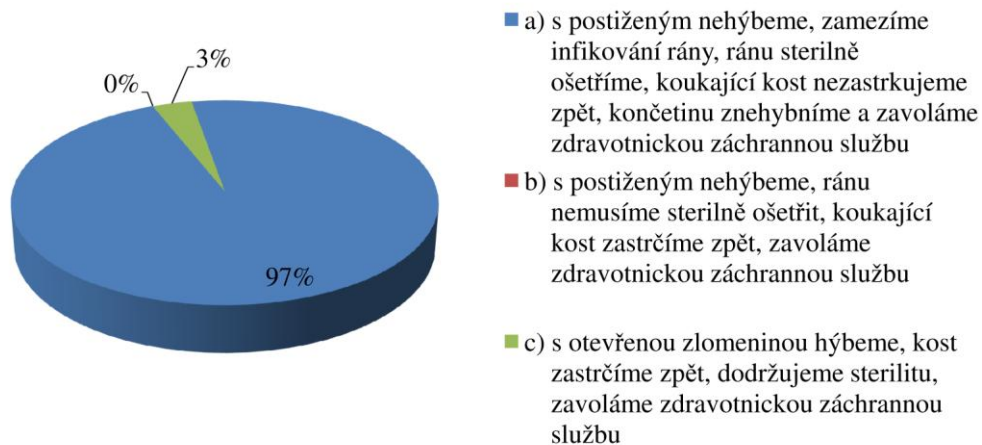
Graf 12: Jaká je první pomoc při krvácení z nosu?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12: Na položenou otázku, jaká je první pomoc při krvácení z nosu, z celkového počtu 60 dotázaných odpovědělo 12 respondentů (20 %), že hlavu předkloníme, smáčkeme nos, po 10 minutách uvolníme a zkontrolujeme krvácení. Hlavu by zaklonilo, smáčklo nos a po 10 minutách uvolnilo a zkontrolovalo krvácení 9 dotázaných (15 %) a 39 pracovníků (65 %) by předklonilo hlavu, smáčklo nos, po 5 minutách uvolnilo a zkontrolovalo krvácení.

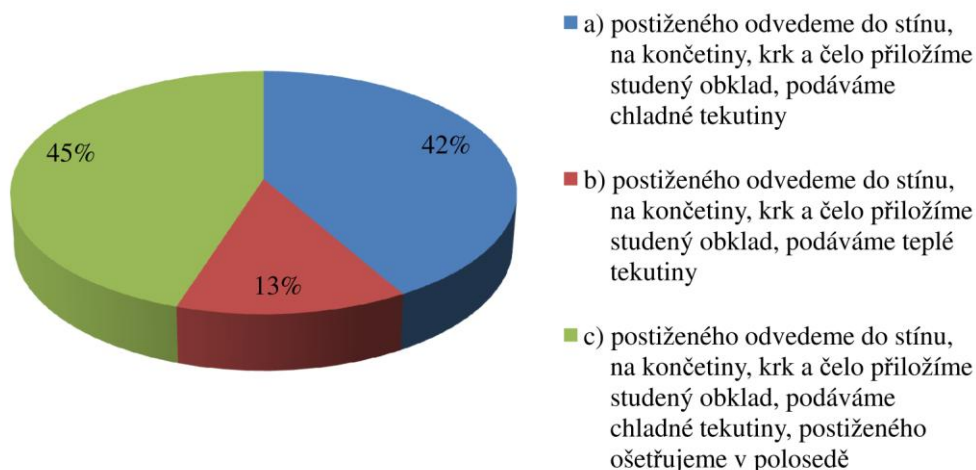
Graf 13: Jakou poskytnete první pomoc u otevřené zlomeniny?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13: Na kladenou otázku, jakou poskytnete první pomoc u otevřené zlomeniny, z celkového počtu 60 dotázaných odpověděla převážná většina 58 respondentů (97 %), že s postiženým nehýbeme, zamezíme infikování rány, ránu sterilně ošetříme, koukající kost nezastrkujeme zpět, končetinu znehybníme a zavoláme zdravotnickou záchrannou službu. Odpověď, že s postiženým nehýbeme, ránu nemusíme sterilně ošetřit, koukající kost zastrčíme zpět a zavoláme zdravotnickou záchrannou službu, nezvolil žádný dotázaný a první pomoc kdy s otevřenou zlomeninou hýbeme, kost zastrčíme zpět, dodržujeme sterilitu a zavoláme zdravotnickou záchrannou službu, by poskytli 2 respondenti (3 %).

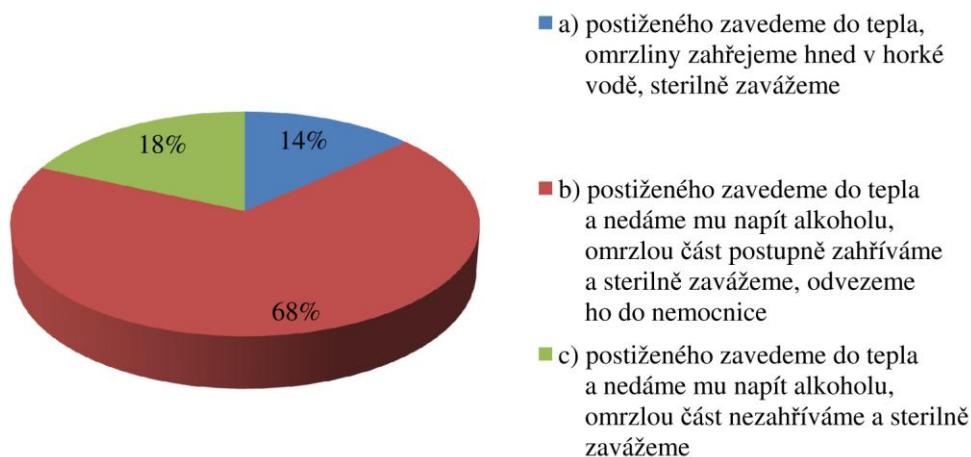
Graf 14: Jakou poskytnete první pomoc u úžehu?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14: V otázce zjišťující, jakou by dotázaní poskytli první pomoc u úžehu, z celkového počtu 60 respondentů označilo 25 respondentů (42 %), že by postiženého odvedli do stínu, na končetiny, krk a čelo by přiložili studený obklad a podávali chladné tekutiny. Postiženého by odvedlo do stínu, na končetiny, krk a čelo by přiložilo studený obklad a podávalo teplé tekutiny 8 dotázaných (13 %) a správnou odpověď, kdy postiženého odvedeme do stínu, na končetiny, krk a čelo přiložíme studený obklad, podáváme chladné tekutiny a postiženého ošetřujeme v polosedě, označilo 27 dotázaných (45 %).

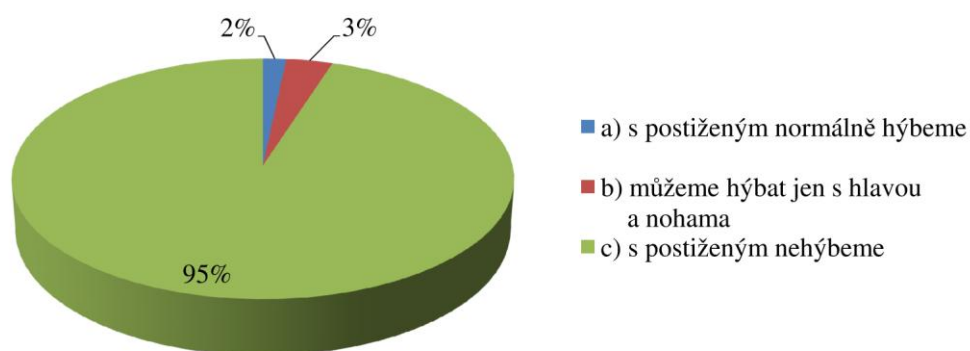
Graf 15: Jakou poskytnete první pomoc při omrzlinách?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15: Na položenou otázku, jakou poskytnete první pomoc při omrzlinách, z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 8 dotázaných (14 %), že by postiženého zavedli do tepla, omrzliny zahřáli hned v horké vodě a sterilně je zavázali. Odpověď, kdy postiženého zavedeme do tepla, nedáme mu napít alkoholu, omrzlou část postupně zahříváme a sterilně zavážeme a odvezeme postiženého do nemocnice, zaškrtnlo 41 respondentů (68 %) a postiženého by zavedlo do tepla a nedalo mu napít alkoholu, omrzlou část nezahřívalo a sterilně zavázalo 11 dotázaných (18 %).

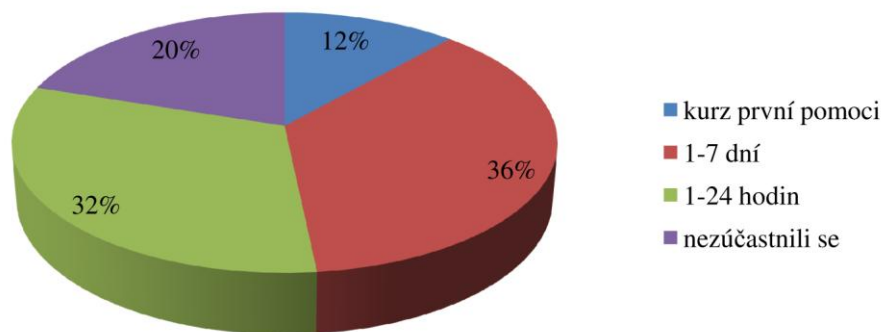
Graf 16: Jak se zachováte při podezření na poranění páteře?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16: Z celkového počtu 60 dotázaných v otázce prověřující reakci při podezření na poranění páteře by pouze 1 respondent (2 %) s postiženým normálně hýbal. Další 2 respondenti (3 %) by postiženému hýbali jen s hlavou a nohama a 57 dotázaných (95 %) by s postiženým vůbec nehýbalo.

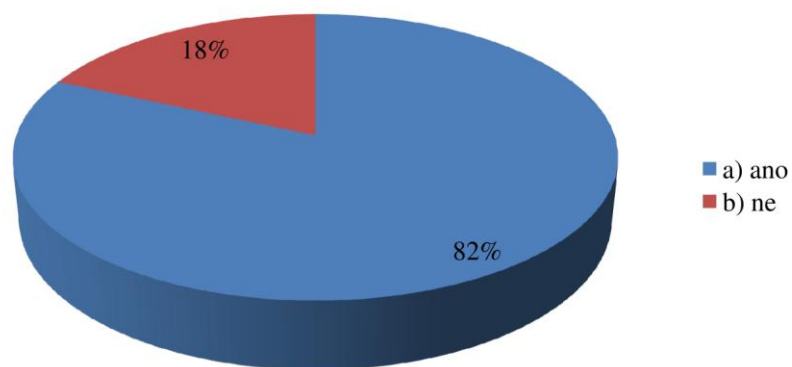
Graf 17: Účastnil/a jste se někdy nějakého kurzu první pomoci a v jakém rozsahu?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17: Na položenou otázku týkající se účasti na nějakém kurzu první pomoci a v jakém rozsahu byl daný kurz, odpovědělo z celkového počtu 60 dotázaných 7 respondentů (12 %), že mají kurz první pomoci, 22 dotázaných (36 %) má nějakou přípravu pro poskytování první pomoci v rozsahu 1-7 dní, školení první pomoci se v rozsahu 1-24 hodin zúčastnilo 19 respondentů (32 %). 12 dotázaných (20 %) se nezúčastnilo žádného školení o poskytování první pomoci.

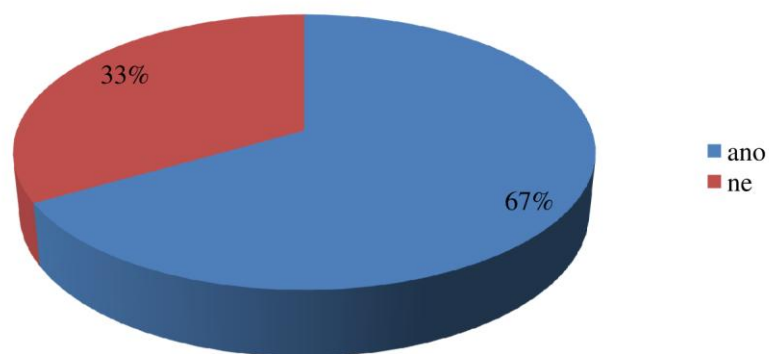
Graf 18: Měl/a byste zájem o školení první pomoci?



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18: V otázce zjišťující jaký by měli respondenti zájem o školení první pomoci, z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 49 dotázaných (82 %), že by měli zájem o školení první pomoci a 11 respondentů (18 %) zájem o školení první pomoci nemá.

Graf 19: Poměr špatných a správných odpovědí.



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 19: Celkem bylo 540 odpovědí na 9 znalostních otázek (100 %), které se týkaly znalostí v poskytování první pomoci. Zdravotně sociální pracovníci a sociální pracovníci odpověděli na 364 otázek (67 %) správně a na 176 otázek (33 %) odpověděli špatně.

5 DISKUZE

Výzkumnou část mé bakalářské práce tvořil dotazník, který zkoumal znalost laické první pomoci u zdravotně sociálních pracovníků. Dotazník obsahuje 18 otázek, z toho 9 otázek zkoumá znalost první pomoci a u těchto otázek byla správná jen jedna odpověď. Zbylých 9 otázek bylo dotazovacích a pracovníci odpovídali podle svých postojů a názorů. Na otázky v dotazníku odpovědělo 60 zdravotně sociálních a sociálních pracovníků.

První otázka zkoumala, jestli pracovník pracuje jako zdravotně sociální nebo jako sociální pracovník. (viz. graf 1.) Jako zdravotně sociální pracovník pracuje 16 dotázaných (27 %) a jako sociální pracovník je zaměstnáno 44 dotázaných (73 %). Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kolik zdravotně sociálních pracovníků a sociálních pracovníků pracuje v daných zařízeních a jestli je rozdíl mezi poskytováním první pomoci u těchto pracovníků. Zjistila jsem, že rozdíl v poskytování první pomoci není.

Druhá otázka byla zcela otevřená a respondenti měli napsat, v jakém zařízení pracují (viz. graf 2). Respondenti napsali mnoho zařízení, ve kterých pracují, a proto jsem vybrala ty nejčastější a rozdělila je do pěti skupin. Do první skupiny jsem zařadila domov pro seniory, kde také pracuje nejvíce zdravotně sociálních a sociálních pracovníků a to jsem také očekávala. Do druhé skupiny jsem zařadila azylové domy, kde pracuje 12 pracovníků (20 %), třetí skupinu tvoří 4 pracovníci (7 %), kteří pracují v nemocnicích, ve čtvrté skupině pracuje 9 pracovníků (15 %) v terénních sociálních službách a do páté skupiny jsem zařadila pracovníky, kteří pracují v domově s pečovatelskou službou a to je zbylých 12 pracovníků (20 %). Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kde nejčastěji pracují zdravotně sociální a sociální pracovníci.

Třetí otázka zkoumala, jakou mají pracovníci délku své praxe v oboru (viz. graf 3). Nejvíce respondentů 42 (70 %) má praxi 0-10 let, 11-20 let praxe má 12 dotázaných (20 %). Praxí dlouhou 21-30 let a 31 a více let prošli pokaždé pouze 3 lidé (5 %). Touto otázkou jsem se pokoušela zjistit závislost na délce praxe a poskytnutí první pomoci. Nedošla jsem k závěru, že by pracovníci s dlouholetou praxí poskytovali první pomoc zastarale. Většinou v zařízeních pracují mladí lidé a ti znají

správné zásady poskytování první pomoci. Není tedy žádná závislost mezi délkou praxe a uměním poskytnout první pomoc.

Čtvrtá otázka testovala, zda pracovníci znají stav lidí, o které se starají (viz. graf 4). 21 pracovníků (35 %) napsalo, že zdravotní stav znají u všech lidí, o které pečují. Zdravotní stav lidí nezná 6 dotázaných (10 %). 33 dotázaných (55 %) zná zdravotní stav jen u některých lidí, o které pečují. Myslím si, že ve většině zařízení by měl zdravotní pracovník umět poskytnout první pomoc a měl by znát stav všech svých klientů.

Další, tedy pátá otázka, se týkala poskytování první pomoci, zda se s ní už někdy pracovníci setkali. 22 pracovníků (37 %) napsalo, že už někdy první pomoc poskytovali a 38 dotázaných (63 %) zaškrtnulo odpověď, že ještě nikdy první pomoc neposkytovali. Myslím si, že je lepší, když člověk nemusí poskytovat první pomoc.

V šesté otázce jsem se ptala, u jakých případů a kolikrát byla poskytnuta první pomoc, pokud už ji někdy respondent poskytoval, tedy na charakteristiku a četnost poskytování první pomoci (viz. graf 6). U této otázky měli respondenti možnost své odpovědi vypisovat a poté jsem vybrala nejčastější poruchy zdraví a zranění. Ve vypsaných odpovědích se často opakovalo poskytnutí první pomoci u krvácení a zlomenin. První pomoc u krvácení poskytovalo 8 dotazovaných (36 %) a zlomeniny ošetřovalo 6 dotázaných (27 %), dalšími často se opakujícími poruchami zdraví byl epileptický záchvat, srdeční selhání, úpal a také infarkt myokardu. Respondenti uváděli, že první pomoc poskytovali nejčastěji 1x, 2x, 4x, 5x a 10x. Je zajímavé, že 3x nikdo první pomoc neposkytoval a po čísle pět je veliký skok až na číslo 10. Tato otázka mi pomohla ke splnění mého druhého cíle.

Sedmá otázka zjišťovala, z jakého důvodu nebyla poskytnuta první pomoc (viz. graf 7). 21 respondentů (55 %) zaškrtnulo, že nikdy nebylo přítomno u poskytování první pomoci, 8 respondentů (21 %) zaškrtnulo jako odpověď, že první pomoc poskytoval někdo jiný. Další na výběr byla odpověď, že první pomoc poskytovali odborníci, tu zvolilo 9 dotázaných (24 %) a žádný respondent neměl obavy poskytnout první pomoc. Velice mě překvapilo, že nikdo neměl obavy poskytnout první pomoc, navzdory dnešním onemocněním, bezdomovcům, atd. Možná nad tím nikdo až tak do hloubky

nepřemýšlel. Tato otázka mi pomohla ke splnění mého druhého cíle, stejně jako předešlá otázka.

V pořadí osmá otázka testovala, jestli respondenti znají správný poměr srdeční masáže a umělých dechů při kardiopulmonální resuscitaci u dospělých (viz. graf 8). V této otázce jsem čekala, že budou převládat špatné odpovědi, ale opak je pravdou. 38 dotazovaných (63 %) zvolilo za správnou odpověď poměr srdeční masáže a umělých vdechů 30:2. Pokud provádí laik nepřímou srdeční masáž, je dobré, aby do postiženého také dýchal, je to pro postiženého lepší. Existují ovšem zábrany, které dýchání nedovolují (např. zvratky, rizikový jedinec, poranění obličeje, ...), potom laik nemusí do postiženého dýchat a aktivně se věnuje nepřímé srdeční masáži. Jinak je to u zdravotníků, kteří poskytují kardiopulmonální resuscitaci, jak uvádí HASÍK, J.. Další možnou odpověď označilo za správnou 15 pracovníků (25 %), tato odpověď je bohužel špatně, ale dříve se používal poměr nepřímé srdeční masáže a umělých dechů 15:2. Možná proto soudili, že je to správná odpověď. A poměr 40:5 zvolilo 7 respondentů (12 %). Tato otázka mi napomohla k splnění mého prvního cíle.

Další, devátá otázka, zjišťovala, do jaké polohy dáme postiženého při mdlobě se zachovalým dýcháním a krevním oběhem (viz. graf 9). Do stabilizované polohy (Euro polohy) by postiženého dalo 25 pracovníků (41 %) a polohu v polosedu by volilo 13 dotazovaných (22 %). Správnou protišokovou polohu by provedlo pouze 22 dotázaných (37 %). Také DOBIÁŠ, V. uvádí ve své knize jako správnou polohu právě protišokovou.

Desátá otázka byla kladena za účelem zjištění, zda respondenti vědí, co patří mezi protišoková opatření tzv. „5T“ (viz. graf 10). První odpověď teplo, ticho, teplý čaj, tišení bolesti a transport zvolil 1 respondent (2 %), druhá nesprávná odpověď teplo, ticho, tekutiny, měření teploty a transport zvolili 3 respondenti (5 %) a správnou odpověď zvolila většina dotázaných a to 56 respondentů (93 %). Mezi správné odpovědi patří teplo, ticho, tekutiny, tišení bolesti a transport. Teplo je důležité, proto musíme zamezit těmto ztrátám a zajistit tak tepelný komfort přikrytím např. alufólií. Postižený nesmí ležet na holé zemi, musíme pod něj něco dát, protože prochladnutí může být už při 25 °C, uvádí BYDŽOVSKÝ, J.

Další, jedenáctou otázkou, ověřuji, jak respondenti poskytnou první pomoc u tepenného krvácení (viz. graf 11). Správná odpověď je jen jedna, a to ta, že ránu stlačíme, stiskneme nejbližší tlakový bod, přiložíme tlakový obvaz a zavoláme zdravotnickou záchrannou službu. Tuto odpověď zvolilo 53 dotázaných (88 %), což je skoro většina respondentů. Odpověď, že ránu necháme krváčet, zavoláme zdravotnickou záchrannou službu a uložíme postiženého do stabilizované polohy, nikdo nezaškrtil. 7 respondentů (12 %) by končetinu zaškrtilo, nedalo postiženému napít a zavolalo by zdravotnickou záchrannou službu. Myslím si, že si lidé pamatují ještě staré věci z první pomoci. KELNAROVÁ, J. uvádí, že sterilita není prioritní a tlakový obvaz přikládáme pouze, pokud není cizí těleso v ráně.

Dvanáctá otázka se věnuje problematice poskytnutí první pomoci při krvácení z nosu (viz. graf 12). Hlavu by zaklonilo, smáčklo nos a po 10 minutách uvolnilo a zkontrolovalo krvácení 9 dotázaných (15 %), 39 respondentů (65 %) by předklonilo hlavu, smáčklo nos, po 5 minutách uvolnilo a zkontrolovalo krvácení. Správnou odpověď, kdy hlavu předkloníme, smáčkeme nos, po 10 minutách uvolníme a zkontrolujeme krvácení, označilo 12 respondentů (20 %). BERÁNKOVÁ, M. ve své knize uvádí, že se může přiložit studený obklad do týla a na čelo. Dále také píše, že postiženého v bezvědomí dáme do Euro polohy se zvýšenou horní polovinou těla a pod nos dáme nějaký savý materiál.

V pořadí již třináctá otázka spočívá v poskytnutí první pomoci u otevřené zlomeniny (viz. graf 13). Odpověď, že s postiženým nehýbeme, ránu nemusíme sterilně ošetřit, koukající kost zastrčíme zpět a zavoláme zdravotnickou záchrannou službu, nevolil žádný respondent. Pouze 2 respondenti (3 %) by poskytli první pomoc v podobě, že by s otevřenou zlomeninou hýbali, kost zastrčili zpět, dodržovali by sterilitu a zavolali by zdravotnickou záchrannou službu. Jedinou správnou odpověď zvolilo 58 respondentů (97 %), postupovali by tak, že by s postiženým nehýbali, zamezili infikování rány, ránu sterilně ošetřili, koukající kost nezastrčili zpět, končetinu znehybnili a zavolali by zdravotnickou záchrannou službu. KELNAROVÁ, J. popisuje ve své knize, jak ošetřit koukající kost při otevřené zlomenině. Kost bychom měli

obložit sterilním materiálem kolem dokola, dokud nebude kost schovaná ve sterilním materiálu, poté poraněné místo obvážeme sterilním obvazem a končetinu znehybníme.

Pomocí čtrnácté otázky jsem měla zjistit, jak jsou respondenti schopni poskytnout první pomoc u úžehu (viz. graf 14). Postiženého by odvedlo do stínu, na končetiny, krk a čelo by přiložilo studený obklad a podávalo teplé tekutiny 8 dotázaných (13 %). Odpověď a), tedy postiženého odvedeme do stínu, na končetiny, krk a čelo přiložíme studený obklad a podáváme chladné tekutiny, označilo 25 respondentů (42 %). Poslední, a tedy i správnou odpověď, kdy postiženého odvedeme do stínu, na končetiny, krk a čelo přiložíme studený obklad, podáváme chladné tekutiny a postiženého ošetřujeme v polosedě, označilo 27 dotázaných (45 %). Postiženého můžeme také ošetřovat vleže, ale musí být podložena hlava, jak uvádí BERÁNKOVÁ, M. Domnívám se, že mnozí lidé si pletou úpal a úžeh, ale první pomoc se poskytuje velice podobně.

Patnáctá otázka měla za úkol vyzkoumat, zda zdravotně sociální a sociální pracovníci umí poskytnout první pomoc při omrzlinách (viz. graf 15). 8 dotázaných (14 %) odpovědělo, že by postiženého zavedli do tepla, omrzliny zahřáli hned v horké vodě a sterilně je zavázali. 11 dotázaných (18 %) by postiženého zavedlo do tepla a nedalo mu napít alkoholu, omrzlou část nezahřívalo a sterilně zavázalo. Postiženého by zavedlo do tepla a nedalo mu napít alkoholu, omrzlou část postupně zahřívalo a sterilně zavázalo a nakonec by postiženého odvezlo do nemocnice 41 respondentů (68 %). POKORNÝ, J. doporučuje teplotu vody a zábalů 39-40 °C.

Šestnáctá otázka je poslední, která se týká prověřování znalostí v poskytování první pomoci, konkrétně při podezření na poranění páteře (viz. graf 16). S postiženým by normálně hýbal naštěstí jen jeden respondent (2 %), jen s hlavou a nohama by hýbali 2 respondenti (3%) a převážná většina, 57 dotázaných (95 %), by s postiženým vůbec nehýbala. HRUŠKOVÁ, M. uvádí ve své publikaci, že při neopatrné manipulaci s postiženým může dojít k druhotnému poškození nebo zhoršení stavu míchy. Polohu hlavy bychom měli udržovat vždy v ose s tělem.

V pořadí již sedmnáctá otázka měla za úkol vyzkoumat, jestli se respondenti někdy účastnili nějakého kurzu první pomoci a v jakém rozsahu (viz. graf 17). Celkem

48 respondentů se někdy zúčastnilo nějakého kurzu první pomoci, z toho 7 respondentů (12 %) uvádí, že má kurz první pomoci, 22 dotázaných (36 %) má nějakou průpravu pro poskytování první pomoci v rozsahu 1-7 dní a školení první pomoci se v rozsahu 1-24 hodin zúčastnilo 19 respondentů (32 %). Žádného školení o poskytování první pomoci se nezúčastnilo 12 dotázaných (20 %). Domnívám se, že sociální a zdravotně sociální pracovník má ve svém zařízení většinou ještě zdravotního pracovníka, a proto si myslím, že nemají žádné nebo minimální školení o poskytování první pomoci. Bylo by dobré, kdyby měli všichni nějaký kurz, protože nikdy nevíme, kdy se nám bude hodit. Touto otázkou jsem vyvrátila druhou hypotézu, kterou jsem si stanovila, a to, že zdravotně sociální pracovníci nejsou dostatečně proškolení v poskytování první pomoci. Podle výsledků se 48 respondentů zúčastnilo nějakého kurzu první pomoci, tudíž jsou proškoleni.

Poslední otázka nese pořadové číslo osmnáct a testuje, zda by měli zdravotně sociální a sociální pracovníci zájem o školení první pomoci (viz. graf 18). Zájem o školení první pomoci je veliký, rádo by se ho zúčastnilo 49 dotázaných (82 %), naopak 11 respondentů (18 %) zájem o školení první pomoci nemá. Většina otázek v dotazníku byla správně, ale přesto si myslím, že by se člověk měl vzdělávat v poskytování první pomoci, zvláště pak, když pracuje v zařízeních, kde se starají o nemocné či jinak handicapované osoby.

Poslední graf je orientační a ukazuje nám poměr správných a špatných odpovědí ze znalostních otázek v celém dotazníku (viz. graf 19). Znalostních otázek v dotazníku bylo položeno 9 a odpovědělo na ně 60 respondentů. Celkový počet odpovědí byl 540 (100 %). Zdravotně sociální pracovníci a sociální pracovníci odpověděli na 364 otázek (67 %) správně a na 176 otázek (33 %) odpověděli špatně. Touto otázkou jsem nepotvrdila první hypotézu, která říká, že zdravotně sociální pracovníci nemají dostatečné znalosti o poskytování první pomoci. Na 364 otázek bylo odpovězeno správně. Myslela jsem si, že první pomoc nebudou znát, ale podle odpovědí, co napsali, to vypadá, že první pomoc znají a já jsem je podcenila. Tím, že jsem zpracovala všechny znalostní otázky, jsem splnila i první cíl, kterým jsem si stanovila zjistit úroveň znalosti první pomoci u zdravotně sociálních pracovníků.

6 ZÁVĚR

Jedním z cílů mé práce bylo zjistit úroveň znalostí první pomoci u zdravotně sociálních pracovníků. Tento cíl byl splněn a znalosti v poskytování první pomoci byly prověřeny. Tím, že jsem uskutečnila tento cíl, jsem dosáhla výsledků, které mi pomohly potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy.

Moje první hypotéza říkala, že zdravotně sociální pracovníci nemají dostatečné znalosti o poskytování první pomoci. Tato hypotéza byla vyvrácena, a to na základě výzkumu, kde více jak polovina dotázaných odpověděla na znalostní otázky správně. V několika otázkách byly chyby a nejčastěji respondenti chybovali u otázky týkající se polohy postiženého při mdlobě se zachovalým dýcháním a krevním oběhem. Nejpreferovanější odpovědí byla stabilizovaná poloha, asi usuzovali z toho, že postižený má zachovalé dýchání a krevní oběh. Druhá špatně zodpovězená otázka se týkala poskytování první pomoci u krvácení z nosu. Zde by kontrolovali krvácení po 5 minutách, ale většina nových knih uvádí kontrolovat krvácení po 10 minách. V ostatních otázkách ve většině případů převažovaly správné odpovědi nad těmi špatnými.

Druhým cílem bylo zmapovat četnost a charakteristiku poskytování první pomoci. Tento cíl byl také splněn a byly zmapovány nejčastější poruchy zdraví. 37 % respondentů napsalo, že už první pomoc někdy poskytovalo a nejčastěji u krvácení, zlomenin, epileptického záchvatu, srdečního selhání a úpalu.

Druhá hypotéza předpokládala, že zdravotně sociální pracovníci nejsou dostatečně proškolení v poskytování první pomoci. Dle výzkumu se ukázalo, že zdravotně sociální pracovníci jsou proškolení v poskytování první pomoci a tím se hypotéza vyvrátila. Skoro většina respondentů uváděla, že někdy prošli nějakým školením první pomoci.

Znalosti zdravotně sociálních pracovníků nejsou špatné, ale mohly by být lepší. V zařízeních, kde pracují, asi mají ještě nějakého zdravotního pracovníka, který zajišťuje poskytování první pomoci, a proto zdravotně sociální a sociální pracovníci tak často neposkytují první pomoc. Ovšem moderní medicína jde stále dopředu a člověk by

se měl vzdělávat, i když první pomoc nepotřebuje každý den ve své práci. Ač v dotazníku byla většina odpovědí správně, našlo se i pár špatných odpovědí a bylo by dobré, kdyby se pracovníci zlepšili ve znalostech poskytování první pomoci. Velice mě překvapilo, že většina zdravotně sociálních pracovníků a sociálních pracovníků má zájem o kurz první pomoci a chtějí se dále vzdělávat a zlepšovat své znalosti v poskytování první pomoci. Myslím si, že by nebylo na škodu, kdyby se prováděla nějaká školení každý rok a každý se jich povinně zúčastnil, protože nikdy nevíme, kdy budeme potřebovat poskytnout první pomoc.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) BERÁNKOVÁ, M. – FLEKOVÁ, A. – HOLZHAUSEROVÁ, B. *První pomoc*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002. 200 s. ISBN 80-86073-99-8.
- 2) BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vydání. Praha: Triton, 2008. 458 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
- 3) BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2004. 76 s. ISBN 80-247-0680-6.
- 4) DIRKS, B. *Die Notfallmedizin*. 1. vydání. Heidelberg: Springer Medizin, 2007. 587 s. ISBN 978-3-540-25608-3.
- 5) DOBIÁŠ, V. *Urgentní zdravotní péče*. 1. české vydání. Martin: Osveta, 2007. 178 s. ISBN 978-80-8063-258-8.
- 6) DOBIÁŠ, V. a kol. *Prednemocničná urgentná medicína*. 1. vydanie. Martin: Osveta, 2007. 381 s. ISBN 978-80-8063-255-7.
- 7) *Epravo.cz* [online]. 1999-2012 [cit. 2012-2-1]. Zákon ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Dostupné z WWW: <<http://www.epravo.....18611.html>>.
- 8) ERTLOVÁ, F. – MUCHA, J. a kolektiv. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. přepracované vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 368 s. ISBN 80-7013-379-1.
- 9) *Estránky.cz* [online]. 2011 [cit. 2012-2-15]. Stabilizovaná poloha - novější typ, tzv. euro-poloha. Dostupné z WWW: <<http://www.sppp.estranky.cz/...../euro-poloha.html>>.
- 10) GORGASS, B. a kol. *Das Rettungsdienst - Lehrbuch*. 1. vydání. Heidelberg: Springer Medizin, 2007. 815 s. ISBN 978-3-540-72277-9.
- 11) HASÍK, J. *Kardiopulmonální resuscitace v první pomoci*. 2. rozšířené vydání. Praha: Úřad Českého červeného kříže, 2008. 49 s. ISBN 978-80-254-3162-7.
- 12) HRUŠKOVÁ, M. - GUTVIRTH, J. *První pomoc (nejen) pro školní praxi*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. 59 s. ISBN 978-80-7394-237-3.

- 13) JEŘÁBKOVÁ, I. *Znalost laické první pomoci pedagogických pracovníků základních škol*. České Budějovice. 2010. bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
- 14) JONÁŠ, J. *Akutní infarkt myokardu v přednemocniční neodkladné péči - přímá spolupráce s kardiocentrem*. České Budějovice. 2010. bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
- 15) KEGGENHOFF, F. *První pomoc*. 1. vydání. Praha: Euromedia Group, 2006, 208 s. ISBN 80-249-0662-7.
- 16) KELNAROVÁ, J. a kol. *První pomoc I.: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 109 s. ISBN 978-80-247-2182-8.
- 17) KELNAROVÁ, J. a kol. *První pomoc II.: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-2183-5.
- 18) KŘIČKOVÁ, V. Kdo je zdravotně-sociální pracovník? *In Sestra*. Praha: Strategie, 2004. č. 7-8. ročník XIV, ISSN 1210-0404.
- 19) MADIAN, A. - MATTHIEBEN, K. *První pomoc na cestách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 95 s. ISBN 978-80-247-1878-1.
- 20) MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 21) MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- 22) PETRŽELA, M. *První pomoc pro každého*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 80 s. ISBN 978-80-247-2246-7.
- 23) POKORNÝ, J. a kol. *Lékařská první pomoc*. 2. vydání doplněné a přepracované. Praha: Galén, 2010. 474 s. ISBN 978-80-7262-322-8.
- 24) POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 351 s. ISBN 80-7262-214-5.
- 25) POKORNÝ, J. *Urgentní medicína*. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. 547 s. ISBN 80-7262-259-5.

- 26) POLCAROVÁ, V. a kol. *Akutní stavy v geriatrici*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 233 s. ISBN 978-80-7262-620-5.
- 27) *První-pomoc.com* [online]. 22. 8. 2007 [cit. 2011-12-20]. Stabilizovaná poloha. Dostupné z WWW: <<http://www.první-pomoc.com.....cislocclanku=2007080007>>.
- 28) ROKYTA, R. *Učebnice somatologie I. a II.* 3. vydání. Praha: EUROLEX BOHEMIA, 2006. 260 s. ISBN 80-86861-59-7.
- 29) ST. JOHN AMBULANCE a kol. *První pomoc do kapsy*. 2. přepracované vydání. Bratislava: Perfekt, 2007. 128 s. ISBN 978-80- 8046-365-6.
- 30) ST. JOHN AMBULANCE a kol. *Příručka první pomoci*. 2. aktualizované vydání. Bratislava: Perfekt, 2007. 288 s. ISBN 978-80-8046-359-5.
- 31) STELZER, J. – CHYTILOVÁ, L. *První pomoc pro každého*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 115 s. ISBN 978-80-247-2144-6.
- 32) ŠEVČÍK, P. a kol. *Intenzivní medicína*. 2. rozšířené vydání. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.
- 33) *Thomayerova nemocnice* [online]. [cit. 2012-2-3]. Zdravotně sociální oddělení. Dostupné z WWW: <<http://www.ftn.cz/...../zdravotne-socialni-oddeleni/>>.
- 34) TRAPANI, G. a kol. *První pomoc a zdraví dítěte*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 144 s. ISBN 80-7367-137-9.
- 35) VOKURKA, M. a kol. *Velký lékařský slovník*. 6. vydání. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-105-0.
- 36) YOUNGSON, R. M. *První pomoc*. 1. české vydání. Praha: Ottovo nakladatelství - Cesty, 2003. 192 s. ISBN 80-7181-735-X.
- 37) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- 38) Zákon číslo 40/2009 Sb. Trestní zákoník § 150 neposkytnutí první pomoci, v platném znění.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Bezvědomí

Kardiopulmonální resuscitace

Krvácení

Popáleniny

První pomoc

Zdravotně sociální pracovník

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Kardiopulmonální resuscitace

Příloha 2 Euro poloha (stabilizovaná poloha)

Příloha 3 Drenážní poloha

Příloha 4 Trestní zákon - neposkytnutí první pomoci

Příloha 5 Gordonův manévr

Příloha 6 Heimlichův hmat

Příloha 7 Tlakový obvaz

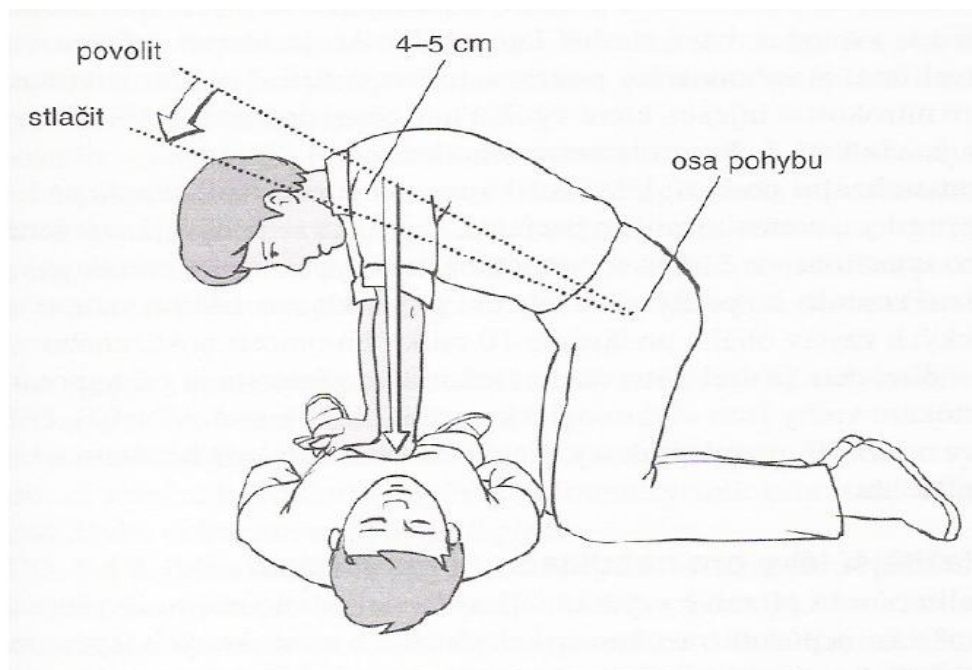
Příloha 8 Tlakové body

Příloha 9 Protišokové polohy

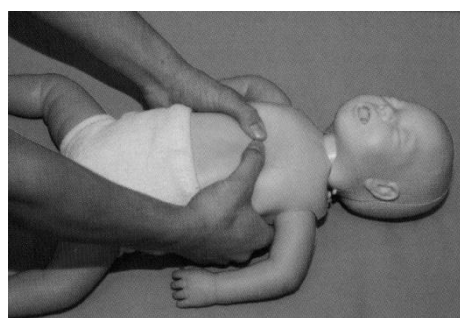
Příloha 10 Rozsah popálenin v procentech

Příloha 11 Dotazník

Příloha č. 1



Kardiopulmonální resuscitace - JEŘÁBKOVÁ, I. (13).

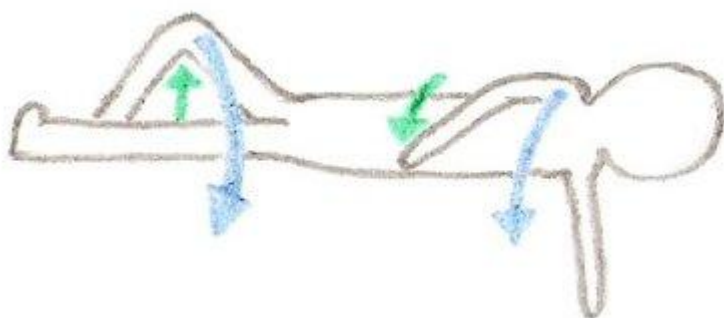


Kardiopulmonální resuscitace u dítěte dva typy - KELNAROVÁ, J. (16).

Příloha č. 2

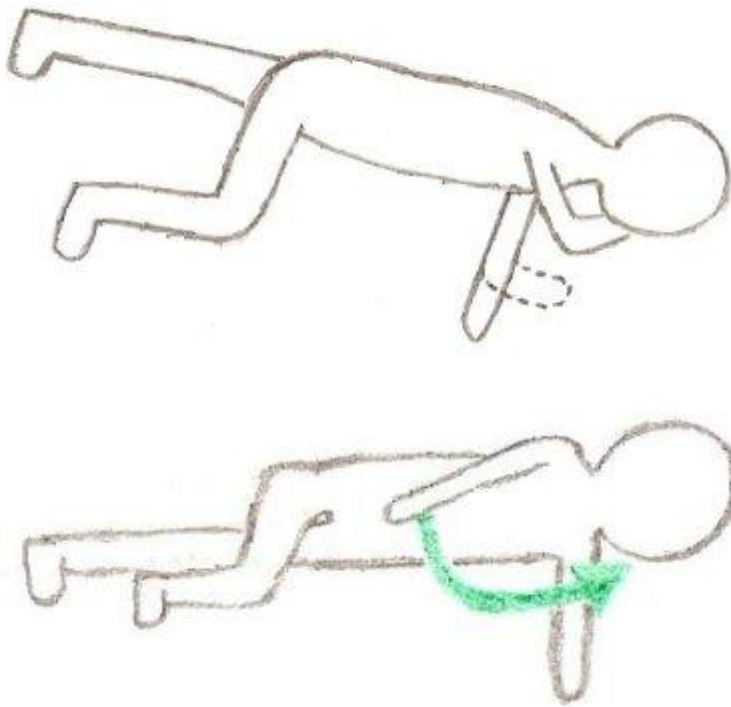


Postiženého uložíme do Euro polohy tak, že si k němu klekneme z boku. Horní končetinu, kterou má blíže k nám, dáme do pravého úhlu s tělem. Vzdálenější dolní končetinu pokrčíme v koleni a druhou ruku dáme na břicho postiženého. Postiženého chytíme za pokrčené koleno a vzdálenější rameno a otočíme ho k sobě.



Po otočení postiženého na bok provedeme záklon hlavy, horní ruku podsuneme pod tvář dlaní dolů, nemělo by dojít k vdechnutí zvratků. Nataženou ruku můžeme ohnout v lokti, aby nedošlo k poranění, které nechceme. Dolní pokrčenou končetinu upravíme do pravého úhlu a to v koleni a kyčli.

Na boku by měl postižený ležet maximálně 30 minut.



Euro poloha (stabilizovaná poloha) - PRVNÍ POMOC (27).

Příloha č. 3



Drenážní poloha - BERÁNKOVÁ, M. (1).

Příloha č. 4

Trestní zákon (č. 40/2009) - neposkytnutí pomoci

§ 150

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

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

§ 151

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 tři léta nebo zákazem činnosti. (40/2009 zákon)

Pro zdravotnického pracovníka také platí zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

§ 49

Povinnosti zdravotnického pracovníka

(1) Zdravotnický pracovník je povinen

a) poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležitě odborné úrovni a řídit se etickými principy,

b) poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas

dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby poskytnutí zdravotních služeb,

c) plnit další povinnosti stanovené tímto zákonem nebo jinými právními předpisy.

(2) Povinnosti podle odstavce 1

a) písm. a) a c) se vztahují i na jiné odborné pracovníky, kteří se podílejí na poskytování zdravotních služeb,

b) písm. c) se vztahují i na jiné odborné pracovníky vykonávající činnosti v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

Povinnost poskytnout první pomoc - EPRÁVO (7).

Příloha č. 5



Gordonův manévr - ERTLOVÁ, F. (8).

Příloha č. 6

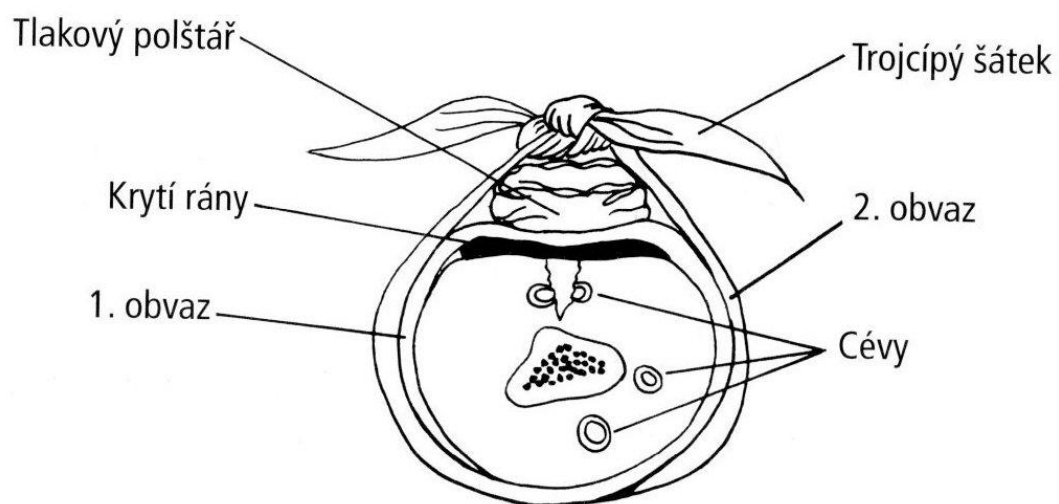


Heimlichův hmat ve stoje
BERÁNKOVÁ, M. (1).



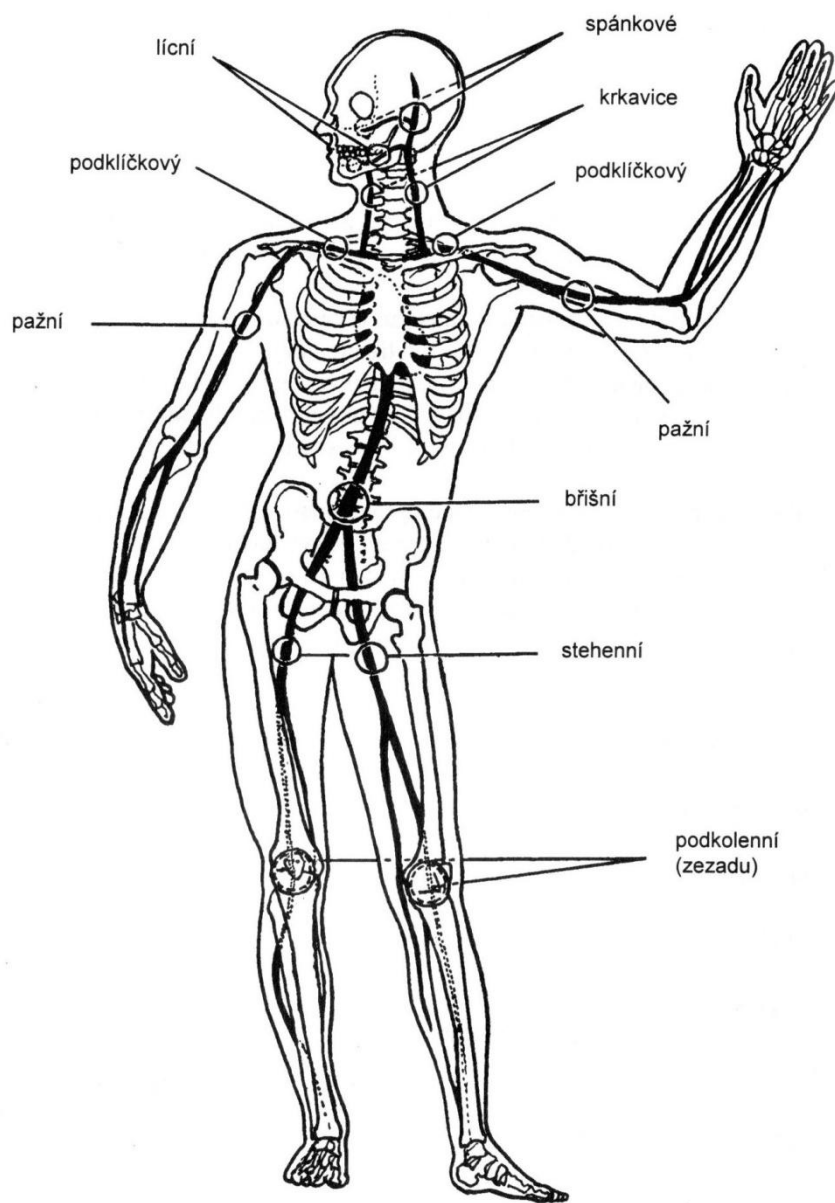
Heimlichův hmat vleže

Příloha č. 7



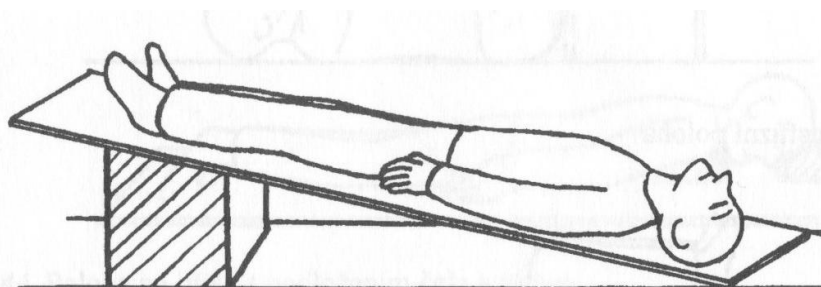
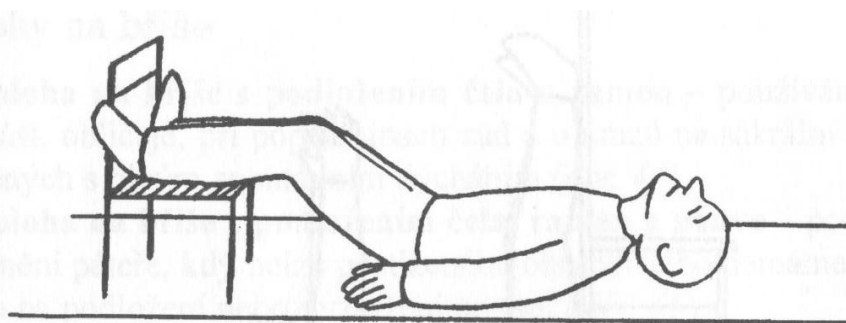
Tlakový obvaz - MADIAN, A. (19).

Příloha č. 8



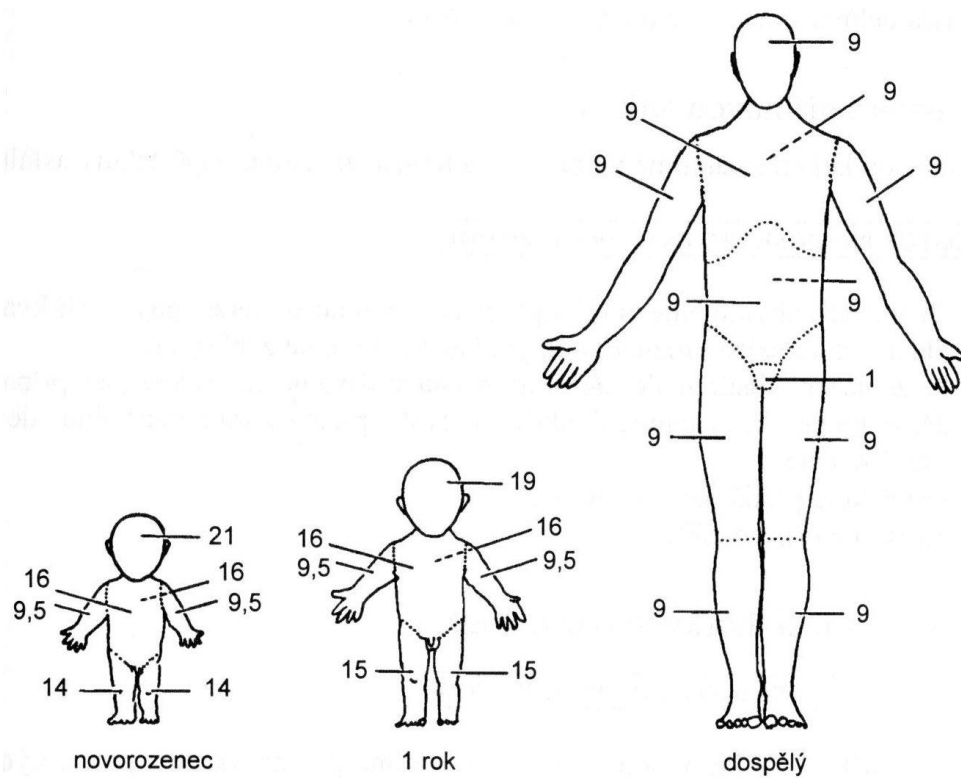
Tlakové body - BERÁNKOVÁ, M. (1).

Příloha č. 9



Protišoková poloha - dva typy - BERÁNKOVÁ, M. (1).

Příloha č. 10



Rozsah popálenin v procentech - pravidlo devíti - BERÁNKOVÁ, M. (1).

Příloha č. 11

Dotazník

Vážený pane/vážená paní, jmenuji se Karolína Kokešová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. K ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma: „**Znalosti nových zásad první pomoci u zdravotně sociálních pracovníků.**“ V této práci se soustřeďuji na problematiku laické první pomoci a její znalost. Proto Vás prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela *anonymní* a jeho vyplnění Vám zabere pouze několik minut. Veškeré informace v něm uvedené budou použity výhradně pro zpracování a vyhodnocení dat v mé bakalářské práci. U otázek, kde je výběr z několika odpovědí, Vámi vybranou odpověď zakroužkujte. ***U těchto otázek je vždy správná pouze jedna odpověď.***

1. Pracujete jako:

- a) zdravotně sociální pracovník
- b) sociální pracovník

2. V jakém zařízení pracujete?

- a)

3. Jaká je délka vaší praxe?

- a) 0-10 let
- b) 11-20 let
- c) 21-30 let
- d) 31 a více let

4. Znáte zdravotní stav lidí, o které pečujete? (alergie, ...)
- a) ano, u všech
 - b) ne
 - c) jen u některých
5. Poskytoval/a jste někdy první pomoc?
- a) ano (nevyplňujte otázku č. 7)
 - b) ne (nevyplňujte otázku č. 6)
6. Pokud jste poskytoval/a první pomoc:
- a) u jakých případů.....
 - b) kolikrát.....
7. Proč a z jakého důvodu jste neposkytoval/a první pomoc?
- a) nikdy jsem nebyl/a přítomen/na u poskytování první pomoci
 - b) první pomoc poskytoval někdo jiný
 - c) byla poskytnuta odborná první pomoc (záchranář, lékař)
 - d) měl/a jsem obavy poskytnout první pomoc
8. Jaký je poměr srdeční masáže a umělých dechů při kardiopulmonální resuscitaci u dospělých?
- a) 40:5 s frekvencí kompresí 100 za minutu
 - b) 15:2 s frekvencí kompresí do 70 za minutu
 - c) 30:2 s frekvencí kompresí 100 za minutu
9. Do jaké polohy dáme postiženého při mdlobě se zachovalým dýcháním a krevním oběhem?
- a) do stabilizované
 - b) do protišokové
 - c) do polosedu

10. Co patří mezi protišoková opatření tzv. „5T“?

- a) teplo, ticho, teplý čaj, tišení bolesti a transport
- b) teplo, ticho, tekutiny, měření teploty a transport
- c) teplo, ticho, tekutiny, tišení bolesti a transport

11. Jaká je první pomoc u tepenného krvácení?

- a) ránu stlačíme, stiskneme nejbližší tlakový bod, přiložíme tlakový obvaz, zavoláme zdravotnickou záchrannou službu
- b) ránu necháme krvácet, zavoláme záchrannou službu, uložíme postiženého do stabilizované polohy
- c) končetinu zaškrtneme, nedáme postiženému napít, zavoláme zdravotnickou záchrannou službu

12. Jaká je první pomoc při krvácení z nosu?

- a) předkloníme hlavu, smáčkeme nos, po 10 minutách uvolníme a zkontrolujeme krvácení
- b) hlavu zakloníme, smáčkeme nos a po 10 minutách uvolníme a zkontrolujeme krvácení
- c) předkloníme hlavu, smáčkeme nos, po 5 minutách uvolníme a zkontrolujeme krvácení

13. Jakou poskytnete první pomoc u otevřené zlomeniny?

- a) s postiženým nehýbeme, zamezíme infikování rány, ránu sterilně ošetříme, koukající kost nezastrkujeme zpět, končetinu znehybníme a zavoláme zdravotnickou záchrannou službu
- b) s postiženým nehýbeme, ránu nemusíme sterilně ošetřit, koukající kost zastrčíme zpět, zavoláme zdravotnickou záchrannou službu
- c) s otevřenou zlomeninou hýbeme, kost zastrčíme zpět, dodržujeme sterilitu, zavoláme zdravotnickou záchrannou službu

14. Jakou poskytnete první pomoc u úžehu?

- a) postiženého odvedeme do stínu, na končetiny, krk a čelo přiložíme studený obklad, podáváme chladné tekutiny
- b) postiženého odvedeme do stínu, na končetiny, krk a čelo přiložíme studený obklad, podáváme teplé tekutiny
- c) postiženého odvedeme do stínu, na končetiny, krk a čelo přiložíme studený obklad, podáváme chladné tekutiny, postiženého ošetřujeme v polosedě

15. Jakou poskytnete první pomoc při omrzlinách?

- a) postiženého zavedeme do tepla, omrzliny zahřejeme hned v horké vodě, sterilně zavážeme
- b) postiženého zavedeme do tepla a nedáme mu napít alkoholu, omrzlou část postupně zahříváme a sterilně zavážeme, odvezeme ho do nemocnice
- c) postiženého zavedeme do tepla a nedáme mu napít alkoholu, omrzlou část nezahříváme a sterilně zavážeme

16. Jak se zachováte při podezření na poranění páteře?

- a) s postiženým normálně hýbeme
- b) můžeme hýbat jen s hlavou a nohama
- c) s postiženým nehýbeme

17. Účastnil/a jste se někdy nějakého kurzu první pomoci a v jakém rozsahu?

- a) ano a v jakém rozsahu
- b) ne

18. Měl/a byste zájem o školení první pomoci?

- a) ano
- b) ne

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku. Kokešová Karolína

Dotazník (vlastní výzkum)