

Historie a význam předlékařské první pomoci

Petra Hrušková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra HRUŠKOVÁ**

Osobní číslo: **H08093**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Historie a význam předlékařské první pomoci**

Zásady pro vypracování:

1. Vybrat a prostudovat vhodnou odbornou literaturu, studium a analýza pramenů.
2. Vypracovat strukturu práce, její pojetí a osnova.
3. Teoretická východiska – popsat historii první pomoci, její význam a vývoj k dnešní podobě jejího poskytování. Zaměřit se na nejčastější úrazy, jejich stručný popis, příčiny vzniku a postup při poskytování první pomoci.
4. Vybrat vhodnou metodologii pro zjištění informovanosti jednotlivých studentů vybraných fakult Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně (Fakulta managementu a ekonomiky, Fakulta humanitních studií, Fakulta technologická, Fakulta aplikované informatiky).
5. V praktické části bakalářské práce, analyzovat a syntetizovat získaná data a na základě zjištěných výsledků navrhnout praxeologická opatření pro zlepšení informovanosti, nejen dotazovaných studentů.
6. Práci finalizovat a podrobit kritickému myšlení.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BALL, Ch. M.; PHILLIPS, R. S. Akutní medicína do kapsy. první. U průhonu 22, Praha 7: Grada publishing a. s., 2004. 208 s. ISBN 80-247-0928-7.

BYDŽOVSKÝ, J. Tabulky pro medicínu prvního kontaktu. první. Vykáňská 5, Praha 10: TRITON, 2010. 239 s. ISBN 978-80-7387-351-6

ERTLOVÁ, F; MUCHA, J. Přednemocniční neodkladná péče. druhé. Vinařská 6, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 368 s. ISBN 80-7013-379-1.

KELNAROVÁ, J, et al. První pomoc II: Pro studenty zdravotnických oborů. první.

U průhonu 22, Praha 7: Grada publishing a. s., 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-2183-5

LEE, T, et al. Příručka první pomoci. první. Karpatská 7, Bratislava PERFEKT a. s., 2003. 288 s. ISBN 80-8046-224-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petr Snopek, DiS.**

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně24.2.2011.....

..........

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo učit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Práce se zabývá historií a významem předlékařské první pomoci. V teoretické části popisuje vývoj poskytování první pomoci od dob před Kristem až po dnešní poskytování první pomoci. Zaměřuje se na historii resuscitace, vývoj první pomoci ve válkách a vývoj první pomoci v České republice. Dále popisuje význam první pomoci její rozdělení a stručný popis obecných zásad poskytování první pomoci. V praktické části jsou vyhodnoceny výsledky výzkumného šetření. Cílem tohoto výzkumného šetření bylo zjistit úroveň znalostí o první pomoci u studentů jednotlivých fakult na Univerzitě Tomáše Bati, jejich znalosti porovnat a zjistit jaký význam má pro studenty první pomoc.

Klíčová slova: historie předlékařské první pomoci, vývoj první pomoci, postupy poskytování první pomoci, význam první pomoci

ABSTRACT

The bachelors thesis deals with the history and importance of first aid. The theoretical part describes the development of first aid since BC to the present first aid. It focuses on the history of resuscitation, first aid development in the wars and the development of first aid in the Czech Republic. It also describes the importance of first aid division and a brief description of the general principles of first pomoci. V practical part are evaluated the results of the research. The aim of this research was to determine the level of knowledge about first aid for students of different faculties at the University of Tomas Bata, compare their knowledge and learn the importance of first aid for students.

Keywords: history of premedical first aid, development of first aid, first aid procedures, importance of first aid

„Zdraví je dobro, o němž nevíme, dokud ho neztratíme.“

(neznámý autor)

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Petru Snopkovi, za cenné rady, připomínky a trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

Velké dík patří také mé rodině, která mi byla po celou dobu studia oporou.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE PRVNÍ POMOCI	12
1.1 HISTORIE KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE.....	14
1.2 ORGANIZACE PRVNÍ POMOCI V ARMÁDÁCH.....	18
1.3 SITUACE V ČESKÝCH ZEMÍCH	20
1.4 HISTORIE ZNAKU „MODRÁ HVĚZDA ŽIVOTA”	20
2 PRVNÍ POMOC A JEJÍ VÝZNAM	22
2.1 DEFINICE PRVNÍ POMOCI.....	22
2.2 CÍL PRVNÍ POMOCI.....	22
2.3 OBECNÉ ZÁSADY PRVNÍ POMOCI.....	23
2.4 ROZDĚLENÍ PRVNÍ POMOCI	23
2.5 LEGISLATIVNÍ MINIMUM PRO POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI.....	24
2.6 ETICKÉ ASPEKTY POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI.....	25
2.7 POSTUPY PŘI STAVECH OHROŽUJÍCÍ ŽIVOT.....	25
2.7.1 Poranění hlavy – kraniocerebrální poranění.....	25
2.7.2 Poranění páteře a míchy	26
2.7.3 Poranění hrudníku	27
2.7.4 Poranění břicha.....	27
2.7.5 Zlomeniny kostí.....	28
2.7.6 Krvácení	29
2.7.7 Rány	30
2.7.8 Šok.....	30
2.7.9 Polytrauma	31
2.7.10 Návykové látky a akutní otravy.....	32
2.7.11 Poškození teplem a chladem	32
2.7.12 KPCR – kardiopulmocerebrální resuscitace	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
3 VÝZKUM	36
3.1 CÍLE VÝZKUMU	36
3.2 METODIKA VÝZKUMU.....	36
3.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU	38
3.4 DISKUZE.....	57
ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
.SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	65

SEZNAM OBRÁZKŮ	66
SEZNAM TABULEK.....	67
SEZNAM GRAFŮ	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Již od pradávna se lidé zabývali léčením nemocí a zachraňováním životů. Je velice zajímavé pozorovat, jak se poskytování první pomoci vyvíjelo a zdokonalovalo k dnešní podobě. Veškeré pokusy o navrácení zdraví, ať už byly úspěšné nebo neúspěšné, přispěly k dnešním postupům poskytování první pomoci. Zdraví je mnohými lidmi chápáno jako samozřejmost. Pokud však dojde k jeho poškození, je zapotřebí včasné a správné jednání. Velmi lehce se člověk může stát účastníkem dopravní nehody, zranit se při práci nebo onemocnět. Právě proto by měl snad každý ovládat základy první pomoci. Právě laická první pomoc bývá většinou tou první, která je poškozenému člověku poskytnuta a může mít vliv na přežití jedince. Každý člověk by si měl uvědomit, že je nejen potenciálním zachráncem, ale i postiženým. Je tedy velice důležité, aby každý člověk uměl poskytnout první pomoc. Je to přece jen naše morální i zákonná povinnost.

Historie a význam předlékařské první pomoci je téma mé bakalářské práce. Vybrat téma pro mě bylo jednoduché, jelikož jsem se už od základní školy zajímala o první pomoc a také jsem už několikrát první pomoc poskytovala u dopravní nehody. Historie první pomoci je „velkou neznámou“ pro mnoho lidí a bez ní by jsme se nedostali k dnešním postupům poskytování první pomoci. Dle mého názoru je toto téma zajímavé a nevšední. V dnešní době, podle mě stoupá nehodovost a proto mě zajímalo, jak je laická společnost připravena na poskytování první pomoci. Jako cílovou skupinu jsem zvolila studenty jednotlivých fakult Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Cílem mé práce je zjistit informovanost (úroveň znalostí) o první pomoci u studentů jednotlivých fakult (FAME, FHS, FAI, FT) Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Porovnat znalosti studentů z jednotlivých fakult Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a zjistit jaký význam má první pomoc pro studenty Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Myslím si, že každý vysokoškolsky vzdělaný člověk by měl umět poskytnout první pomoc. Znalost poskytování první pomoci, může přece zachránit to nejcennější - lidský život.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsána historie poskytování první pomoci až do dnešní podoby a stručný popis obecných zásad poskytování první pomoci. V praktické části jsem pomocí dotazníku zjišťovala úroveň znalostí o první pomoci a také jaký má význam první pomoc pro studenty a zda je pro ně důležité znát základy poskytování první pomoci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE PRVNÍ POMOCI

Od nejstarších dob byl život spojován s teplem. Lidé se pokoušeli navrátit život přímou aplikací tepla. Používali k tomu hořící výkaly, horký popel, horkou vodu. [1, s. 10] Poprvé zřejmě použil termín první pomoc pruský vojenský chirurg Johannes Friedrich August von Esmarch, který učil, že vojáci, by měli být schopni pomoci svým zraněným kamarádům na bojišti poté, co jsou vycvičeni v základních obvazovacích a dlahovacích technikách. Je nepochybné, že využití jednotlivých základů obvazování a ošetřování poraněných částí těla je starší, než zaznamenaná historie. Ve španělské jeskyni El Pindal byly nalezeny paleolitické kresby, které lze interpretovat tak, že bylo známo, že srdce je zdrojem života. [2]

V roce 1562 byla Ambroisem Paré, francouzským chirurgem, vyvolána lokální anestézie kompresí nervových kořenů. Ambroise Paré se mimo jiné zasložil o nové poznatky v ošetřování ran. O století později M. Severino vyvolal lokální anestezii chladem. V srpnu roku 1767 byla založena Dutch Society for Recovered and Drowned Persons (Holandská společnost pro uzdravení tonoucích). Resuscitace, přestože ne zcela pochopena, byla prováděna stlačováním hrudníku a břicha, prováděním umělého dýchání, zajištěním přísunu tepla, třením těla, ale také zaváděním tabákového kouře do rekta a vyvolávání zvracení. Během 4 let od svého založení zachránila tato organizace život 150 lidem. [1, str. 11] Netradiční metodu vykuřování rekta tabákem přivezl do Evropy společník Christophera Columba, Baggellardus, který provádění této techniky pozoroval u Indiánů. Používalo bylo také zavěšení osob za nohy hlavou dolů nebo uložení postiženého na cválajícího koně či válení postiženého po sudu za účelem střídavého tlaku a uvolnění hrudníku.

V Londýně roku 1774 byla založena Society for the Recovery of Persons Apparently Drowned (Společnost pro zotavení lidí zdánlivě utonulých). Z ní se vyvinula Humane Society (Humánní společnost), později Royal Humane Society (Královská humánní společnost, která dodnes uděluje ocenění za úspěšně zachráněné životy). Tato společnost byla vysoce moderní a její členové zachraňovali lidské životy.

V roce 1775 Peter Christian Abilgaard demonstroval, že slepici lze usmrtit několika elektrickými výboji do hlavy a výbojem do hrudníku ji opět oživit. V roce 1788 byla udělena stříbrná medaile členovi Humane Society, lékaři Charlesi Kiteovi, který publikoval

Esej o zotavení zdánlivě mrtvých. Kromě resuscitace měchy představil orofaryngeální a nasolaryngeální intubaci. Také sestrojil elektrostatický oživovací přístroj. [1, str. 11]

V letech 1853 – 1856 Nikolaj Ivanovič Pirogov zavedl během Krymské války dobrovolnou ošetrovatelskou službu. Pirogov také zavedl používání fixačního sádrového obvazu. Pirogov ve válce působil na ruské straně. Florence Nightingale, zvaná dáma s lampou, zavedla ošetrovatelskou službu na straně anglické a je považována za zakladatelku ošetrovatelství.

V době Prusko-rakouské války (1859) v bitvě u Solferina projížděl švýcarský obchodník Jean Henry Dunant a byl šokován množstvím raněných. Zorganizoval proto pomoc tisícům raněných vojáků. Později napsal knihu Vzpomínka na Solferino.

V roce 1865 Joseph Lister vyvrátil názory o „chvályhodném hnisání“, zavedl antisepsi a provedl první antiseptickou operaci s kyselinou karbolovou. Pomocí kyseliny karbolové úspěšně ošetřil otevřenou zlomeninu femuru 11letého chlapce. [1]

V New Yorku (1869) byla založena první městská záchranná služba používající kočáry tažené koňmi. Záchraná služba byla zřízená nemocnicí Bellevue. Téhož roku v Londýně Alexandr Muirhead poprvé zaznamenal elektrokardiogram člověka. V roce 1895 Wiliam Einthoven rozlišil na elektrokardiogramu pět vln, které popsal jako P, Q, R, S a T. V Chicagu (1899) vznikla první automobilová záchranná služba, kdy vozy dosahovali rychlosti až 26 km/h.

Koncem 19. století byla představena metoda měření krevního tlaku sfygmomanometrem (přístroj k měření tlaku krve) a měření palpací pulzu na zápěstí. Dále byly objeveny další metody jako roztahování rekta, tření těla, dráždění hrdla pírkem, podání čpavku k nosu postiženého nebo tahání za jazyk.

V roce 1905 Nikolaj Sergejevič Einthoven představil svoji auskultační metodu měření tlaku krve. O rok později Wiliam Einthoven publikoval první systematický přehled normálních a patologických elektrokardiogramů, včetně hypertrofií síní a komor, extrasystol, patologií komorového komplexu a síňokomorového převodu. V roce 1909 byly popsány změny elektrokardiogramu při angině pectoris. Wiliam Einthoven (1912) popsal zapojení svodů pro záznam elektrokardiogramu do tvaru rovnostranného trojúhelníku se srdcem v těžišti a označil I, II, III. Poprvé užil zkratku EKG a za svou práci v této oblasti získal v roce 1924 Nobelovu cenu za medicínu. [1, str. 15]

Americká kardiologická společnost a Kardiologická společnost Velké Británie definovaly standartní umístění a zapojení hrudních elektrod V1 – V6 (1938). V roce 1947 Claude Beck poprvé úspěšně defibroval lidské srdce při chirurgickém zákroku. Pacientem byl čtrnáctiletý chlapec.

V roce 1962 lékaři Baltimorské nemocnice připravili 27-minutový film nazvaný Pulse of Life (Pulz života) a mnemotechnickou pomůcku snadnou na zapamatování – ABC: Airway (dýchací cesty), Breathing (dýchání), Circulation (cirkulace). S tímto filmem pak absolvovali turné po celém světě.

V roce 1963 J. Frank Pantridge, lékař kardiologického oddělení v Belfastu, uvedl, že 60 % zemřelých na infarkt myokardu umírá do jedné hodiny od prvních příznaků. Závěrem uvedl řešení v zahájení péče ještě před přijetím do nemocnice.

V roce 1966 Pantridge a Geddes úspěšně založili první systém přednemocniční péče vytvořením vozidla s vybavením pro koronární péči s lékařem. V USA roce 1968 bylo vyhrazeno tísňové telefonní číslo 911. Se záchrannou službou vyjížděl lékař a studenti medicíny, později speciálně vycvičení hasiči. [1, str. 18] V roce 1970 byl vytvořen symbol Star of life (Hvězda života) používaný původně jako znak záchranné služby. Had ovinující hůl symbolizuje léčbu a uzdravování. V roce 1971 vznikla Československá společnost pro anesteziologii a resuscitaci a také dvojstupňová atestace z anesteziologie a resuscitace. V roce 1974 byla v Československu zřízena síť center zdravotnické záchranné služby. V roce 1996 v České republice bylo zahájeno studium oboru Diplomovaný zdravotník záchranář na vyšších zdravotnických školách v rámci pomaturitního studia. V roce 2000 vyšlo Resuscitation Guidelines 2000, což jsou doporučené postupy, kde jsou nejnovější odborné poznatky ohledně poskytování první pomoci založené na důkazech. Jde o první mezinárodní konsensus nad algoritmy resuscitace. [1]

1.1 Historie kardiopulmonální resuscitace

Kardiopulmonální resuscitace je v současné době považována za velmi efektivní metodu. Její použití zachránilo velké množství životů. Nebylo by to však možné bez veškerých poznatků a určitých zkušeností předcházejících generací. Spousta dovedností, které dnes používáme byla známa již před staletími. V dochovaných pramenech starověkého Egypta nalézáme náznaky možných oživovacích pokusů založených na pozorování života a

dýchání. Přítomnost či nepřítomnost dechu úzce souvisí s životem. Veškeré oživovací pokusy se soustředily na průchodnost dýchacích cest nebo navrácení dechu.[3]

Snad první zmínka o umělém dýchání, zřejmě o masáži hrudníku pochází z Bible (Starý zákon), kdy porodní bába Puah přiložila svá ústa k ústům dítěte a to se rozplakalo. V roce 960 Íbn Sína Avicena – muslimský filozof napsal: „ V případě potřeby má být hrdlem zasunuta zlatá nebo stříbrná trubička k podpoře dýchání” (což je metoda připomínající intubaci). [1]

Ve 12. století před Kristem se používala resuscitace tonoucího tzv. inverzní metodou. Její podstatou je zavěšení oběti hlavou dolů. Metoda se používala až do konce 18. století, kdy The Royal Humane Society (společnost založená roku 1744) její používání zakázala.

Roku 1530 v období renesance byl zřejmě prvním člověkem, který se zmínil o možném použití dmýchacího měchu k ventilaci a oživení zdánlivě zesnulých lidí P. A. T. Paracelsus. [3]

V první polovině 16. století jako první popsal techniku resuscitace dechu A. Vesalius. Zmínil se o úspěšné resuscitaci asfyktických psů dmýchacími měchy snad také při tracheální intubaci. [1, str. 10]

V 17. století v díle anglického filosofa F. Bacona se objevily první zmínky o úspěšném oživení zdánlivě zemřelých lidí. Od konce 17. století byly založeny odborné společnosti zabývající se resuscitací. Dokonce se objevila snaha podávat poznatky široké veřejnosti. [3]

V roce 1740 doporučovala pařížská Akademie věd dýchání z úst do úst za nejlepší metodou pro oživení zdánlivě utonulých. První vědecký popis úspěšné resuscitace byl proveden v roce 1744. [2] V roce 1766 byl objeven poznatek, že hypotermie zvyšuje šance na oživení. Pro resuscitace byly ale také používány nejrůznější další způsoby stimulace za účelem „vzbuzení” postiženého jako ječení a křik, pohlavkování či dokonce bičování. [1, str. 10]

Britský chirurg Tossach podal jako první zprávu o praktickém využití metody dýchání z úst do úst, když oživil nedýchajícího horníka. Výhody dýchání z úst do úst oproti metodě s použitím měchu upřednostoval britský chirurg J. Fothergill. Jako hlavní výhodu považoval to, že měch nemusí být po ruce, druhou výhodou bylo menší riziko poranění, protože dechové úsilí zachránce je pro organismus postiženého přirozenější než použití

měchu. A v neposlední řadě, že teplota a vlhkost dechu může snadněji podporovat cirkulaci než chladný vzduch vyfukovaný měchem.

J. Fothergill také doporučil použití kyslíku při oživování. V roce 1795 napsal velice významnou práci o podpoře životních funkcí při dušení a topení.

V Holandsku v roce 1767 byla skupinou bohatých obchodníků založena společnost, jejíž cílem byla snaha zachraňovat tonoucí osoby. V roce 1769 se v publikaci společnosti objevily výsledky za prvních 14 měsíců, které byly velice uspokojivé. Podařilo se zachránit 19 lidí.

Společnosti na záchranu tonoucích začaly vznikat v mnoha městech. Bylo to v Hamburku (1767), Benátkách a Miláně (1768), Vídni (1769), Paříži (1771), Drážďanech (1773), Petrohradě (1774) a v Glasgow (1790).

Roku 1782 vydal W. Hawes prohlášení, ve kterém poukazoval na nedostatečnou ochotu obyvatelstva pomáhat jiným lidem v ohrožení života. Dále doporučoval zakládání škol pro studium umění navracení života, kde by probíhala výuka a experimenty. Na základě svého prohlášení vydal kartičku s resuscitačními doporučeními, kterou doporučoval nosit u sebe aby nedocházelo k prodlevám, ale naopak k okamžitému zahájení resuscitace. [4]

Na počátku 19. století vydala společnost The Royal Humane Society doporučení oživovacích postupů v kapesní formě. Tudiž už před dvěma staletími byl kladen důraz na znalosti v základní resuscitaci.

V roce 1769 holandsští autoři Hernold a Rafn ve své práci poukazovali na důležitost vyčištěných úst a stlačení nosu během nafukování plic. [5]

V roce 1847 Celestýn Opitz poprvé použil éterovou anestezii v nemocnici Na Františku v Praze, později zde vzniklo první resuscitační oddělení v Praze. [1, str. 13] V našich zemích byl hlavním propagátorem používání metody dýchání z úst do úst známý zdravotník a vzdělanec hrabě Leopold Berchtold.

V roce 1883 vznikl první klinický popis srdeční masáže u člověka, který popsal profesor chirurgie Franz König. [5]

V roce 1903 Edward Schafer představil metodu stimulace dýchání stlačováním hrudníku postiženého ležícího na břiše. Metoda byla jednoduchá, pravidelná a bez únavy. Rychle se stala úspěšnou v Evropě i v USA. V roce 1910 ji začal využívat Americký červený kříž.

Tuto metodu se učily miliony skautů a skautek společně s říkankou: „Out goes the bad air” („Špatný vzduch jde ven”) a při fázi výdechu: „In comes the good air” („Dobrý vzduch jde dovnitř”).

V roce 1953 firma Ambu vyrobila první novodobý dýchací vak – tedy tzv. AmbuVak, což je pomůcka k umělému dýchání při resuscitaci použitelná i mimo zdravotnické zařízení.

V roce 1956, Peter Safar a James Elam poukázali na nízkou účinnost ručních způsobů umělého dýchání. Propracovali a představili umělé dýchání z úst do úst, kde zdůraznili důležitost záklonu hlavy a uzavřeného (stlačeného) nosu.

V roce 1960 W. Kouwenhoven, J. R. Jude a G. G. Knickerbocker zjistili při pokusech na psech, že přitisknutí elektrody defibrilátoru zvyšuje krevní tlak, což je přivedlo k myšlence přerušovaného stlačování hrudníku rukama. Postupně popsali výsledky masáže hrudníku u dvaceti pacientů se srdeční zástavou. Představena byla nepřímá srdeční masáž hrudníku, která byla brzy přijata za obecně uznávaný postup v přednemocniční péči při srdeční zástavě.

V roce 1966 vydala Committee on CPR (Komise pro KPR) první doporučení pro techniku provádění KPR podobné dnešní. Kromě doporučení umělého dýchání z úst do úst jako výhodnější techniky byly doporučeny i další metody v případech, kdy by provedení umělého dýchání z úst do úst nebylo možné.

V roce 1968 byla vydána příručka Cardiopulmonary Resuscitation (Kardiopulmonární resuscitace) a do češtiny byla přeložena v roce 1974. O rok později (1975) se ve Phoenixu uskutečnila první dokumentovaná telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace.

V roce 2000, 2005 a 2010 vyšla Resuscitační směrnice - Resuscitation Guidelines, která přináší nové postupy v základní i rozšířené resuscitaci. Doporučení pro resuscitaci není pro všechny situace stejné. Celkem lze doporučení rozdělit do 6 skupin. Rozeznává se resuscitace laikem, resuscitace zdravotníkem či školeným záchráncem a pro profesionální posádky zdravotnické záchranné služby platí tzv. rozšířená neodkladná resuscitace. Celé toto dělení se navíc ještě dělí pro děti a dospělé. [1]

1.2 Organizace první pomoci v armádách

Za první organizované společnosti, které se zabývaly léčbou potřebných, jsou považovány špitální rytířské řády. Přestože jejich činnost byla zaměřena více na stránku sociální, než zdravotnickou.

Teprve francouzský chirurg, štábní lékař rýnské armády a Napoleonův osobní lékař Jean Dominique Larrey, který je považován za otce přednemocniční neodkladné péče, zavedl jako první pohyblivá obvaziště („létající sanitní četa“) pro poskytování chirurgické pomoci v blízkosti bojiště již během bitvy. Vytvořil oddíly ze tří zkušených chirurgů a jednoho ošetřovatele. Zavedl do válečné medicíny z důvodu nedostatku zdravotnických sil třídění raněných na ty, kteří pravděpodobně přežijí a na ty, kteří jsou zraněni příliš těžce a patrně nepřežijí. Nechal také zhotovit přístřešek, který chránil raněné před nepřízní počasí. Tento vynález se setkal s velkým ohlasem, a proto už od roku 1796 měla francouzská armáda zvláštní ambulantní jednotku vybavenou 12 „létajícími ambulancemi“ taženými koňmi. Zavedl také nosítka k přenášení raněných, doporučoval ránu co nejdříve vyčistit a drénovat. Zastavení krvácení považoval za samozřejmost a věděl, že pokud není rána překryta čistým obvazem, hrozí téměř vždy raná infekce s fatálním koncem.[2]

Za zakladatelku moderního ošetřovatelství je považována Florence Nightingalová. Nejslavnější žena, která je spojena s činností mezinárodního hnutí Červeného kříže, se narodila v italské Florencii v rodině vysoké anglické šlechty. Od mládí se však snažila vymanit z předem naznačené životní dráhy. Rodina těžce nesla její zájem o chudé a strádající lidi. Nakonec zcela zavrhlá své osobní city a plně se věnovala službě společnosti. Nejprve sbírala zkušenosti a v pětadvaceti letech se rozjela po světě. Na cestách absolvovala několik kurzů a po návratu do Londýna měla poměrně jasnou představu o tom, jak realizovat svůj plán zlepšení péče o nemocné. Velkou roli plnila v Krymské válce, kde nejen neohroženě pečovala o zraněné, ale také dbala na dodržování základních hygienických zásad, které výrazně snížily úmrtnost ve válce. [6] Florence dala dohromady 38 zdravotních sester, se kterými odjela do Turecka. Válka přinesla kolem 4000 mrtvých vojáků. Proti únavě, špatné výživě a životním podmínkám se Florence snažila bojovat hlavně s pomocí hygienických opatření, jako jsou pravidelné měnění ložního prádla, adekvátní osvětlení, pravidelné větrání, zdravější strava a lepší jídelní vybavení pro úpravu stravy. [2] Po válce se vrátila do Anglie. Z výtěžku národní sbírky zřídila v Londýně roku 1860 první školu pro výcvik ošetřovatelek při Nemocnici svatého Tomáše. Červený kříž

dokonce zřídil medaili, která nese jméno Florence Nightingalové a je udělována dobrovolným ošetřovatelkám z celého světa. Za své zásluhy v Krymské válce se stala doslova živou legendou. Zpívaly se o ní stovky písní, bylo napsáno mnoho oslavných článků. Přezdívku „dáma s lampou“ získala od vojáků, kteří si ji pamatovali z jejich večerních obchůzek u pacientů. [6]

Další průkopník dobrovolné ošetřovatelské služby a moderní válečné chirurgie byl Nikolaj Ivanovič Pirogov. Narodil se v Moskvě jako třináctý syn v rodině nižšího státního úředníka. Měl mimořádný talent ke studiu a dělal skutečně neuvěřitelné pokroky. Ve čtrnácti letech byl přijat jako řádný posluchač lékařské fakulty moskevské univerzity. V jednadvaceti letech se úspěšně podrobil lékařským zkouškám. Dále studoval a pracoval v Berlíně. Od roku 1841 působil po dobu čtrnácti let jako profesor chirurgie a vnitřního lékařství v Petrohradě. V roce 1847 přerušil tuto pedagogickou činnost a odjel na kavkazská bojiště. [7] Pirogov zdůrazňoval, že je nemocné potřeba léčit podle druhu zbraně, navrhl jako první nutnost třídění raněných na obvazistích. Ke znehybnění končetin používal sádrové obvazy a bojoval proti předčasným amputacím. Po roce se vrátil do Petrohradu a napsal spoustu knih a učebnic („Válečná chirurgie“) [2]

Asi nejznámější osobou organizace první pomoci je Henri Dunant. Muž, který je celosvětově považován za zakladatele mezinárodní organizace Červeného kříže, nositel Nobelovy ceny za mír, se narodil ve švýcarské Ženevě. Již od mládí jej zajímaly sociální problémy. Bitva u Solferina v něm zanechala strašné vzpomínky. [7] Otřesený Dunant začal organizovat pomoc raněným hned po příjezdu na bojiště. Ženy a dívky obstarávaly vodu a jídlo. Lékaři postrádali zdravotnický materiál a Dunant zařídil nákup potřebného materiálu a pomáhal stavět nemocnice. [2] Pomáhal také zprostředkovávat písemný kontakt raněných vojáků s jejich rodinami. Po bitvě byl za svou obětavou pomoc raněným vyznamenán italským králem řádem Svatého Mořice a Lazara. [8] Dojmy z bitvy zpracoval ve své knížce „Vzpomínka na Solferino“, která vyvolala založení Mezinárodního výboru Červeného kříže. V roce 1864 pomáhal raněným bojovníkům Pařížské komuny, kde také zavedl nošení znaku pro identifikaci mrtvých. Většina jeho myšlenek však došla k uskutečnění až po jeho smrti. [7]

1.3 Situace v českých zemích

Snaha o organizovanou pomoc ohrožených existovala na území hlavního města Prahy již v 18. století.

Jednou z vůdčích byt' opomíjených osobností je Prof. MUDr. Jaromír sv. p. von Mundy. Byl to moravský šlechtic, filantrop, profesor lékařství, magistrální rytíř a generál - šéflékař maltézského řádu v Českém velkopřevorství, zakladatel rakouské sanitární služby a všeobecného lékařství. I když přání jeho otce bylo, aby studoval bohosloví, mladý Mundy se začal soustředit na studium medicíny. Bohužel jeho otec jej poslal na vojnu, kde strávil skoro 8 let. Po návratu ve svých třiatřiceti letech zahájil studium medicíny a roku 1859 promoval na univerzitě ve Würzburgu. Jako lékař se zúčastnil mnoha válek. Jako první přišel s myšlenkou řádových sanitních vlaků. Navrhl pak postavit sanitní vagóny, které se pak uplatnili při ošetřování raněných ve válce. Byl prvním lékařem, který svůj život zcela zasvětil záchrannářství. Za podpory mnoha významných osob té doby zrealizoval dávný záměr založení Vídeňské záchranné společnosti. Podle jejího vzoru pak byla nejrychleji zřízena pražská záchranná stanice, dále následovaly Brno a Krakov. Nechal podle svých plánů vyrobit záchranné přístroje jež byly ve své době vzorem a napsal učebnice první pomoci.

System zdravotnictví se u nás změnil po roce 1945. V 50. letech 20. století se značně zúžil význam zdravotní aktivity dobrovolných zdravotníků. V roce 1949 byla Záchranná služba Praha začleněna přímo pod správu Ústředního národního výboru Praha.

Rok 1987 byl významným předělem v historii zdravotnického záchrannářství u nás. Tehdy byl na letišti v Praze – Ruzyni oficiálně zahájen provoz prvního stanoviště letecké záchranné služby v tehdejším Československu. [2]

1.4 Historie znaku „Modrá hvězda života”

Všechno začalo v roce 1973 na základě stížnosti amerického Červeného kříže, který namítl, že používaný symbol záchranných služeb oranžový kříž v bílém poli, imituje uznávaný symbol Červeného kříže. Šestiramenný kříž s adaptovaným znakem lékařů byl jako registrovaná známka přihlášen k 1. Únoru 1977 na dobu dvaceti let. Použití na sanitkách a uniformách personálu je podmíněn splněním standardů výbavy a výcviku. Také

je možné symbol použít k označení míst, kde je dostupná kvalifikovaná první pomoc a na směrovkách k nim, dále k označení výbavy záchranných týmů, knih, manuálů a dalších tiskovin.

Každý z paprsků „hvězdy života“ reprezentuje jednu ze šesti funkcí záchranného řetězce: Rozpoznání stavu – Oznámení – Výjezd – Péče na místě – Péče během transportu a předání k definitivní péči. Každé rameno označuje základní životní funkci: Vědomí – Dýchání – Oběh. Had a Aeskulapova hůl jsou tradiční symboly medicíny a lékařského stavu. Aeskulapova úžovka neboli úžovka stromová - původ má tento znak v dávné historii v zemích Přední Asie. V Asii byla a je dodnes velmi rozšířenou chorobou tzv. drakunkulóza (onemocnění člověka působené vlasovcem *Dracunculus medinensis*). Člověk se nakazí pozřením vody s buchankami. Dospělí červi se usazují v podkožních vrstvách, kde vytvářejí charakteristické boule. Při styku s vodou samičky protrhávají stěnu boule a vypouštějí do vody larvy. Starověcí lékaři postupovali při léčbě tak, že velmi opatrně povolna navíjeli červa na dřívko. Jako důkaz své zručnosti si malovali mezopotamští lékaři na své štíty červa ovinutého kolem špejle. Starověcí řečtí a římské lékaři si znak upravili. I když onemocnění v Evropě neexistuje, červa nahradila úžovka a špejli hůl. Úžovka dostala přízvisko Aeskulapova podle řeckého boha Asklepie, což byl pověstný lékař, který se stal bohem lékařství. [2,9]



Obrázek 1: Modrá hvězda – Hvězda života

2 PRVNÍ POMOC A JEJÍ VÝZNAM

První pomoc má mnoho významů. Může to být poskytnutí základního ošetření tím, kdo je první na místě nehody a je schopen (a ochoten) podniknout opatření k ochraně života a zdraví nemocného (nemusí jít vždy o úraz) a v mnoha případech je to také jediná pomoc, kterou postižený potřebuje. V jiném slova smyslu hovoříme o základních zdravotnických postupech, které mohou používat i proškolení laici a konečně může jít o specializovanou organizaci, která se záchranou a ochranou života zabývá. [2]

2.1 Definice první pomoci

Náhlé postižení zdraví je neočekávaná příhoda, která může vzniknout kdykoli a kdekoli. Obecně můžeme první pomoc definovat jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která mohou být poskytnuta kdekoli a kdykoli a která slouží k bezprostřední pomoci při náhlém postižení zdraví. Obecná definice je přesněji vymezena cílem první pomoci a požadavky na kvalitu první pomoci, napsal I. Dvořáček a J. Hrabovský. [11]

První pomoc je definována jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky ohrožení či postižení, napsal Bydžovský. [1, str. 30]

První pomoc je bezprostřední, většinou laická pomoc poskytnutá zraněné nebo nemocné osobě. Nenahrazuje lékařské ošetření, ale je předpokladem jeho úspěšnosti, napsal V. Dobiáš. [10]

2.2 Cíl první pomoci

Cílem první pomoci je provádět první pomoc tak, aby pro postiženého i pro společnost byly následky co nejmenší, aby se předcházelo komplikacím a dosáhlo se brzkého uzdravení. [1]

První pomoc se postiženému poskytuje:

- a) k záchraně života
- b) aby se zachránilo zhoršení stavu a snížil se výskyt komplikací
- c) aby se urychlila rekonvalescence [10]

2.3 Obecné zásady první pomoci

Při poskytování první pomoci vyšetřujeme téměř všemi smysly:

- pohledem – všímáme si barvy kůže, velikosti a znečištění rány, dýchání, velikosti zornic, předmětů v okolí
- poslechem – hlas, způsob vyjadřování, dýchání a dechových fenoménů
- pohmatem – porušení skeletu, pohmatové bolesti
- čichem – zápach z úst (aceton, alkohol), pomočení, pokálení

Před jakýmkoliv zásahem se představíme (vyjímkou mohou být postižení v bezvědomí), měli bychom se chovat empaticky, snažíme se postiženého přesvědčit o léčbě a získat jeho spolupráci. Snažíme se vše provádět tak, aby postižený viděl, co vše děláme. Snažíme se respektovat práva nemocného.

Snažíme se dodržovat pravidlo „primum non nocere“, což znamená především neublížit. [1, str. 30-31]

2.4 Rozdělení první pomoci

Technická první pomoc – odstraňuje příčiny úrazu, svépomocí nebo Hasičským záchranným sborem, Horskou službou, Vodní záchrannou službou. Vysoce specializovaný typ první pomoci, jejímž cílem je zajistit přístup k postiženému člověku a zajištění bezpečnosti místa, kde se bude zdravotnická první pomoc takto zraněnému člověku poskytovat. Zpravidla se první pomoc technická poskytuje v případech úrazů a všude tam, kde je třeba například postiženého vyprostit v případech zaklínění např. ve vozidle, při závalu ve výkopu apod. Zpravidla technická první pomoc předchází provedení zdravotnické první pomoci.

Laická první pomoc – poskytovaná každou osobou obvykle s minimálními, improvizovanými prostředky, dle zákonné povinnosti plynoucí z trestního zákona. Součástí je přivolání odborné zdravotnické pomoci. První pomoc je poskytovaná bez speciálního vybavení, a trvá do příjezdu ZZS.

Odborná zdravotnická pomoc – nejčastěji poskytovaná zdravotní záchrannou službou, součástí obvykle bývá předání k dovyšetření a definitivnímu ošetření do nemocnice. [1,11]

2.5 Legislativní minimum pro poskytování první pomoci

Trestní zákon č. 140/1961 Sb. – neposkytnutí pomoci

§ 207

- (1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na 1 rok.
- (2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na 2 léta nebo zákazem činnosti.

§ 208

- (1) 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 pro jiného, bude potrestán odnětím svobody až na 3 léta nebo zákazem činnosti. [12]

Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb.

§ 9

- (4) V zájmu svého zdraví a zdraví spoluobčanů je každý povinen
 - b) poskytnout nebo zprostředkovat nezbytnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky závažné poruchy zdraví.

§55

- (2) Každý zdravotnický pracovník je povinen zejména
 - d) poskytovat neprodleně 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 další odbornou péči.
- (3) Povinnosti uvedené v odstavci 2 písm. c) se vztahují i na zdravotnické pracovníky, kteří nevykonávají zdravotnické povolání. [13]

2.6 Etické aspekty poskytování první pomoci

Poskytování první pomoci při vážném ohrožení života nebo zdraví je povinností každého člověka. Zdravotníci jsou vázáni navíc etickými zásadami a zodpovědností svého povolání. Významnou součástí této problematiky je ukončení první pomoci, kdy je možné ji ukončit?

- a) Zdravotní stav zachraňovaného se stabilizoval a byla zajištěná další odborná péče.
- b) U zachraňovaného je možné spolehlivě konstatovat smrt.
- c) Zachránce je vyčerpaný a není přítomen nikdo, kdo by mohl v poskytování první pomoci pokračovat. [14]

2.7 Postupy při stavech ohrožující život

2.7.1 Poranění hlavy – kraniocerebrální poranění

Každé poškození mozku je závažné a postihuje celý organismus. Porucha funkce mozku se často projevuje poruchou vědomí různé intenzity. Poranění hlavy se rozděluje na poranění části obličejové (splachnokranium) a na poranění části lebeční (neurokranium). Nejznámější příčiny poranění jsou dopravní nehody a stělná poranění. [15]

Poranění mozku – Petitova třístupňová klasifikace

I. stupeň – otřes mozku (commotio cerebri) – mozková komoce

Poškození mozkové tkáně bez anatomického poškození, jedná se pouze o funkční stav krátkodobého ochrnutí projevu činnosti mozku. Velice často se objevuje krátkodobé bezvědomí, které trvá nejdéle 30 minut.

První pomoc: Změříme fyziologické funkce (D, P), provedeme celkové vyšetření, postiženého uložíme na záda do zvýšené polohy, ošetříme ostatní poranění, zajistíme protišoková opatření, voláme ZZS a průběžně kontrolujeme stav vědomí. [1, 11, 15]

II. stupeň – zhmoždění mozku (contusio cerebri) – mozková kontuze

Ložiskové mechanické poškození mozku. Ložisko poškození může být na straně působící síly nebo i na straně protilehlé. Většinou se objevuje ztráta vědomí. Postižený může být dezorientovaný, po návratu vědomí amnézie. [16]

První pomoc: Změříme fyziologické funkce, pokud je postižený v bezvědomí uložíme jej do stabilizované polohy. V bezvědomí musíme u postiženého zajistit dýchací cesty. Voláme ZZS. Průběžně kontrolujeme fyziologické funkce. [1, 15]

III. stupeň – stlačení mozku (compressio cerebri) – mozková komprese

Sekundární poškození mozku, kdy při nárazu dojde k poškození cév a vzniká hematom (subdurální, epidurální, subarachnoideální krvácení). [1,16] Krvácení způsobuje útlak mozkové tkáně.

První pomoc: Postupujeme stejně jako u II. stupně poranění, jelikož se jedná o závažnější poranění, častěji kontrolujeme fyziologické funkce a ihned zajistíme příjezd ZZS. [15]

2.7.2 Poranění páteře a míchy

Jen 14 % poranění páteře je sdruženo s poraněním míchy. Naopak u 60 % úrazů míchy je zároveň poraněna páteř. U izolovaných poranění páteře a míchy zpravidla nehrozí bezprostřední nebezpečí z prodlení. [1, str. 149] K poranění páteře dochází vlivem dynamických a mechanických sil působících porušení struktury obratlů. [11] Nejčastější příčinou bývají dopravní nehody, pády z výšek, sportovní úrazy. [15]

Poranění páteře

Poranění páteře bývá nejčastější v oblasti posledního krčního obratle a prvního hrudního obratle nebo posledního hrudního obratle a prvního bederního obratle. V místě poranění si většinou postižený stěžuje na bolestivost. Základní mechanismy poranění jsou stlačení (násilí působí ve směru podélné osy páteře), ohnutí (poškození nekoordinovaným pohybem) a mechanismus stlačení bičem (je nejnebezpečnější, mícha bývá ve většině případech poškozena). [1, 16]

Poranění míchy

Život ohrožující je poranění krční páteře, a poranění míchy v kterékoliv jiné oblasti způsobuje většinou trvalé ochrnutí končetin. Poranění míchy můžeme způsobit špatným a neopatrným zacházením s tělem postiženého. Hlavním příznakem bývá nepřírozená a strnulá poloha vleže, porucha hybnosti a citlivosti od místa postižení. [1, 11]

První pomoc:

Postižený by měl ležet ve vodorovné poloze a čekat příjezdu ZZS. Pokud postiženého potřebujeme přesunout, postupujeme velmi opatrně. Velmi důležitá je šetrná manipulace v alespoň v 5 – 7 lidech. Vždy fixujeme hlavu, pokud je možné, použijeme krční límec a na rovné podložce postiženého přemístíme. Nesmí otáčet hlavou ani se otáčet na bok. [1,11]

2.7.3 Poranění hrudníku

Poranění hrudníku bývá doprovázeno velkou bolestí při dýchání, postižený dýchá rychle a povrchně. Jedná se o poranění, která svým mechanismem narušují hrudní stěnu a mohou zasáhnout orgány uložené v dutině hrudní, tím mohou být postiženy základní životní funkce. [11, 16]

Otevřená poranění hrudníku

Otevřená poranění hrudní stěny vznikají nejčastěji bodnou nebo střelnou ranou. Při zasažení parietální pleury vzniká pneumothorax. Pneumotorax je stav, kdy porušenou hrudní stěnou vnikne vzduch do pohrudniční dutiny a svým tlakem brání roztahování plic, čímž nastává dušení.

Uzavřená poranění hrudníku

Většinou vzniká tupým násilím. Zranění jsou většinou hodně bolestivá, omezující dýchací pohyby. Velice časté jsou zlomeniny žeber. Může dojít k poranění plic projevující se hemoptýzou. [1,11,15]

První pomoc:

Poloha v polosedě s podloženými zády. Záda by měla být podložena tak, aby si postižený stlačoval poraněná žebra o podložku. Může si i na postižené místo tlačit sám. Protišoková opatření. Přivolání ZZS. Pokud se jedná o otevřenou ránu, kryjeme ji sterilním krytím. Neustále kontrolujeme fyziologické funkce hlavně se snažíme udržovat dýchání. [1, 11, 17]

2.7.4 Poranění břicha

Poranění stěny břišní a orgánů dutiny břišní mohou vést k ohrožení lidského života až k smrti. K poraněním břicha se řadí i poranění ledvin a orgánů uložených v pánvi. [11]

Otevřená poranění břicha

Podle porušení či neporušení pobřišnice se dělí na nepronikající a pronikající. Vzniká riziko zánětu pobřišnice. Poranění vzniká bodnou, řeznou nebo střelnou ranou. Závažnost poranění může být patrná z příznaků jako zevní krvácení nebo útroby vyhřezlé z břišní dutiny. [1, 17]

První pomoc:

Postiženého uložíme do polohy na zádech s pokrčenými koleny. Změříme fyziologické funkce. Ránu kryjeme sterilním krytím. Vyhřezlé orgány se v žádném případě nepokoušíme vracet do dutiny břišní. Nesmíme podávat tekutiny, kvůli pozdějším vyšetřením nebo možné operaci. Zajistíme protišoková opatření. Přivoláme ZZS. [15,18]

Uzavřená poranění břicha

Většinou bývají způsobena účinkem tupého předmětu, tlakovou vlnou nebo nárazem břicha na pevný předmět. Pokud se na břiše objeví hematomy hrozí riziko vnitřního krvácení. Opět hrozí riziko pourazového zánětu pobřišnice. Místo poranění bývá velice bolestivé a bolest se může stupňovat. [1,11,15]

První pomoc:

Opět poloha vleže s pokrčenými koleny nebo postižený zaujímá úlevovou polohu, většinou na boku „v klubíčku“. Změříme fyziologické funkce. Nepodáváme v žádném případě tekutiny. Zajistíme protišoková opatření. Přivoláme ZZS. [1,15]

2.7.5 Zlomeniny kostí

Vznikají v důsledku přímého působení hrubé síly nebo přenosem působící síly z kloubu na kost u luxačních zlomenin. [16] Zlomeniny dělíme na úplné a neúplné (nalomení). Dále na traumatické, které vznikají vlivem poškození zdravé kosti., patologické vzniklé již drobným traumatem nemocné kosti a únavové způsobené dlouhodobým přetěžováním. V neposlední řadě na uzavřené a otevřené, kdy je porušena kůže. Zlomeniny ohrožují postiženého hlavně vnitřním krvácením a šokem. Může vzniknout tuková embolizace z kostní dřeně do plicnice a také může dojít k poranění cév, nervů a šlach. [1, str. 117] U zlomenin se vyskytuje bolest, zduření, otok, omezená pohyblivost. U úplných zlomenin se vyskytuje krepitace - „kostní drásot“, což znamená drhnutí kostí při prohmatávání. [16]

První pomoc:

První pomoc se liší podle toho, jestli se jedná o zlomeninu otevřenou nebo uzavřenou. U uzavřených zlomenin se doporučuje fixace kosti přes dva klouby. Znehybníme kloub nad i pod zlomeninou. Postiženého dopravíme do nemocnice. U otevřených zlomenin je třeba dbát na sterilitu. Případně zastavit krvácení a nepohybovat s vyčnívající končetinou. Zajistíme protišoková opatření. Změříme fyziologické funkce. Přivoláme ZZS. [1, 16, 17]

2.7.6 Krvácení

Únik krve z cév pro jejich poranění nebo poruchu funkce. Krvácení rozdělujeme na tepenné (rozpoznatelné vystřikující jasně červenou krví s pulzací v rytmu srdeční akce), žilní (rozpoznáme je podle vytékající tmavě červené krve bez pulzace), kapilární a smíšené. Další dělení se rozděluje na vnitřní a vnější. Vykrvácení může nastat do 60 – 90 sekund a to protětinou velké tepny. Pokud člověk ztratí 50 % krve je jeho stav slučitelný ze smrtí. Náhlé krevní ztráty jsou mnohem závažnější než krvácení pozvolné, jelikož se krev v těle dovytváří. [1,16]

První pomoc:

Při krvácení malého rozsahu přiložíme na ránu sterilní obvaz. Ránu příliš nestahujeme, aby tlak obvazu nezabraňoval průtoku krve do ošetřené části těla. [11] Ránu se snažíme zvednout nad úroveň srdce. Pokud obvaz prosakuje přikládáme další vrstvu. [16]

U tepenného krvácení je nejdůležitější stisknout ránu prsty, nejlépe přes neprodyšný materiál. Zvednutím rány nad úroveň srdce snížíme tlak a průtok krve. Dále se provede komprese tlakového bodu na přírodní tepně mezi ránou a srdcem. Tlakový bod je místo, kde je tepna dostupná a má pod sebou pevný podklad, většinou kost. Dále přikládáme tlakový obvaz, který se skládá ze tří vrstev (krycí, tlaková, fixační). Pokud obvaz prosakuje, nesundáváme první vrstvy, ale přikládáme další vrstvu. V případě dalšího prosáknutí končetinu zaškrtneme. Šířka zaškrťovacího pásu by měla být alespoň 5 cm. Zaškrťovací pás přikládáme přes oděv. Končetinu musíme důkladně chladit – pokud dobře chladíme, vydrží bez poškození až 6 hodin. Přivoláme ZZS. Vždy si pamatujeme čas zaškrtnutí končetiny. [1,16]

2.7.7 Rány

Jedná se o porušení integrity tkáně. Rány ohrožují postiženého vykrvácením, infekcí, porušením funkce a poraněním životně důležitých orgánů. Rány mohou být s rovnými okraji a hojí se lépe nebo s nerovnými okraji. Pokud se rána nezhojí do 8 týdnů, nazýváme ji chronickou. Rány dělíme dle vzniku na řezné, sečné, tržné, bodné, střelné a pokousání. [1, 11, 19]

První pomoc:

Pokud se jedná o znečištěné rány, je nutné ránu důkladně vyčistit od šterku a kamínků. Jestli se v ráně nalézá těleso, můžeme jej vytáhnout pouze v případě, že je volně ležící, zaklíněná tělesa nevyjímat. Ránu vždy vydezinfikujeme a sterilně zakryjeme. Pokud je v ráně těleso, fixujeme jej proti pohybu. Každá rána vyžaduje odborné vyšetření, protože mohou být poraněné hlouběji uložené důležité struktury. Při ošetření je důležité zjistit, kdy byl postižený očkovaný proti tetanu. [1, 11]

Amputace

Nejdůležitější je zaškrtit a sterilně překrýt pahýl, amputovanou část končetiny zabalit, nejlépe do sterilní gázy navlhčené fyziologickým roztokem. Prognóza je nejlepší u gilotinových amputací, nejhorší u avulzí (vytržením). Postiženého musíme dopravit co nejdříve do nemocnice. [1, str. 94]

2.7.8 Šok

Šok je komplexní odpověď organismu na akutní významné snížení krevního tlaku, prokrvení a oxygenaci tkání – na absolutní nebo relativní hypovolémii (snížení objemu kolujících tekutin). [1, str. 72] Šok je závažný stav, který postihuje celý organismus. Vznik šoku je podmíněn vyvolávající příčinou, reakcí organismu na zátěž, místními a celkovými změnami. [11] Známe tři fáze šoku: kompenzovaný šok, dekompenzovaný šok, irreverzibilní šok, který končí smrtí. [1, str.72]

Typy šoku:

- Hypovolemický – hemoragický, příčinou je krvácení, popáleniny, zvracení, průjmy, těžké infekce.
- Kardiogenní – příčinou je infarkt myokardu, srdeční selhání, embolie do plicnice

- Septický – těžké pooperační infekce, popáleniny.
- Anafylaktický – příčinou je prudká alergická reakce na léky, živočišné jedy
- Neurogenní – příčinou je rozšíření cév vlivem poranění, infekce, otrav, případně silnou bolestí. [1, 16, 19]

První pomoc:

Nejdůležitější je rozpoznat šok. Uložení do protišokové polohy (dolní končetiny podložené asi 30 cm nad podložku. U kardiogenního šoku uložíme do Fowlerovy polohy v polosedě. U anafylaktického šoku podáme ihned antihistaminika. Přivoláme ZZS. [16, 17]

Pravidlo „5T”

- Teplo = tepelný komfort (od země lze ochladnout i při 25° C!)
- Ticho = eliminace rušivých vlivů (doprava, přihlížející, hysterické osoby)
- Tekutiny = pouze nitrožilně (pocit žízně tlumit svažováním rtů)
- Tišení bolesti = nepodávat analgetika ústy!
- Transport = vždy v protišokové poloze [1, str. 74]

2.7.9 Polytrauma

Polytrauma označuje současné poranění nejméně dvou tělesných systémů., spojené se selháváním alespoň jedné základní životní funkce (vědomí, dýchání, krevní oběh). [1, str. 223]

První pomoc:

Provádíme protišoková opatření, stavíme krvácení, polohujeme, kryjeme rány a provedeme imobilizaci fraktur.

BATLS - „rozšířená neodkladná péče o traumata v polních podmínkách”

Vojenský systém neodkladné péče, vytvořený pro nemocniční podmínky roku 1979. Celosvětově školí armády různých států své lékaře v kurzech BATLS a střední zdravotnický personál v BARTS. Kurz je zakončený praktickou a teoretickou zkouškou. Spočívá v zjištění mechanismu úrazu, stavění masivního krvácení, zajištění dýchacích cest

a imobilizaci krční páteře, zajištění dýchání, zajištění krevního oběhu, zhodnocení neurologických poruch a podrobnějšího celkového vyšetření. [1]

2.7.10 Návykové látky a akutní otravy

Pacienti s intoxikací tvoří 10 – 25 % všech pacientů na ARO a JIP. Bránou vstupu bývá nejčastěji GIT (alimentární otravy), dýchací cesty nebo nitrožilní cesta. [1, 16]

Otrava oxidem uhelnatým – plyn bez barvy a zápachu, dochází k ní zejména v malých, nevětraných prostorech.

Otrava oxidem uhličitým – plyn bez barvy a zápachu, vzniká při kvašení (vinné sklepy), vzniká při dokonalém hoření a rozkladu organických látek.

První pomoc: evakuace z prostorů zasažených plynem, čerstvý vzduch, případně umělé dýchání. [16]

Otrava houbami – jedná se o otravy např. mochomůrkou zelenou. Jed se nedá zničit sušením, vařením ani zmražením.

První pomoc: dekontaminace – vyvoláme zvracení (účinné je přibližně do 30 minut). Žaludeční obsah by se měl ponechat pro toxikologické vyšetření. Dále je léčba symptomatická. [1, 15]

Otrava léky – hlavní příčinou bývá předávkování, náhodné požití a sebevražedné úmysly.

První pomoc: ihned vyhledat krabičku od léků, odebrat vzorek, dále vyvoláme zvracení, odebereme vzorek a po vyzvracení podáme ¼ l vody s živočišným uhlím. [1, 15, 16]

Otrava alkoholem – etanolem – smrtelná dávka je individuální. Je dána pohlavím, tělesnou konstitucí, zdravotním stavem.

První pomoc: vyvoláme zvracení, snažíme se zjistit kolik alkoholu postižený požil. Sledujeme fyziologické funkce. [1, 15]

2.7.11 Poškození teplem a chladem

Přehřátí – Úpal

Vzniká při dlouhodobém pobytu v horkém, případně i vlhkém prostředí. Dochází k rozvratu vnitřního prostředí dehydratací a ztrátě minerálů, selhává termoregulace.

První pomoc: technická první pomoc, kdy zamezíme dalšímu působení tepla, chlazení, chladné obklady, zábaly, omývání, sprcha či koupel, náhrada tekutin, kdy improvizujeme a podáváme např. 1 l vody, 1 lžičku soli, 4 lžičky cukru, 1 lžičku jedlé sody, vymačkaný citron

Úžeh – vzniká při dlouhodobém pobytu na slunci [1, 16]

Podchlazení – Hypotermie

Nejčastěji jsou postiženi milovníci zimních sportů, bezdomovci. Pod 24°C se stav většinou neslučuje s životem. Vazokonstrikce bývá později vystřídána vazodilatací. Postižený může mít pocity tepla a chladu. [16]

První pomoc: zabráníme ztrátám tepla, podáváme teplé nápoje, podáváme zdroje energie (potraviny – čokoláda). Při těžkém podchlazení nehýbeme s končetinami. Dále pomalu ohříváme. Zábaly, koupele, přikládáme termofolii. Nikdy nepodáváme alkohol, protože navodí rozšíření cév, tím klesá TK a teplota klesá. [1, str. 127]

Popáleniny

Vznikají při teplotě vyšší než 52°C. Závažnost poškození závisí na rozsahu, hloubce, věku, umístění a příčině. Rozlišujeme 3 stupně popálenin:

- I. stupeň – epidermální – zčervenání, bolestivost
- II. stupeň – dermální – puchýře, je nejbolestivější a dělí se ještě na dva podstupně:
 - a) může se zhojit díky zbylým buňkám
 - b) postižení sahá až ke spodině škůry a proto vždy zůstává jizva
- III. stupeň – subdermální – odumření tkáně – nekróza v celé hloubce, často nutná transplantace [1, 11, 16]

První pomoc: technická první pomoc spočívá v odstranění působícího tepla, sejmutí veškrých kovů na těle (prsteny, náramky, piercingy). Nestrháváme přiškvařené oblečení. Popáleniny kryjeme sterilním krytím a chladíme tak dlouho dokud se neuleví. Přivolání ZZS. [1, 15]

Omrzliny

Poškození tkání ischemií a hypoxií vlivem vazokonstrikce pro chlad. Rozlišujeme 3 stupně:

- I. stupeň – zarudlá chladná kůže, mohou se objevit otoky, málo citlivá kůže
- II. stupeň – necitlivá kůže, tvoří se puchýře, kůže může mít nažloutlou nebo nafialovělou barvu
- III. stupeň – nekróza, většinou končí amputací, zmrzlé tkáně se mohou až odlamovat [1, 11]

První pomoc: postiženého transportujeme z nepříznivého prostředí, mokré oděv vyměníme za suchý, bráníme dalším ztrátám tepla, postiženého postupně ohříváme. Nepodáváme alkohol. Přivoláme ZZS.

2.7.12 KPCR – kardiopulmocerebrální resuscitace

Kardiopulmocerebrální resuscitace je soubor léčebných opatření vedoucích k obnově cirkulace okysličené krve a prevenci orgánovému poškození (zejména mozku) hypoxií u osoby s náhlou zástavou oběhu. [1, str. 42]

Při zástavě dýchání nebo při zástavě dýchání a oběhu se přeruší dodávka kyslíku do tkání. Časový úsek, ve kterém je ještě možné zachránit postiženému život, závisí na rychlosti rozkladu životně důležitých tkání, způsobeného naprostým nedostatkem kyslíku. Nejcitlivější jsou mozkové buňky, které jsou nenávratně ztraceny obvykle do 3 až 5 minut od zástavy oběhu. [11]

Postup KPCR: zajištění průchodnosti dýchacích cest, umělé dýchání, masáž hrudníku [1, str. 42]

V průběhu vývoje KPCR se mění techniky a poměry stlačení hrudníku a vdechů. Konečným resuscitačním poměrem zůstává číslo 30:2 (tedy 30 stlačení hrudníku a 2 vdechy) [1, str. 43]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUM

3.1 Cíle výzkumu

1. Zjistit informovanost (úroveň znalostí) o první pomoci u studentů jednotlivých fakult (FAME, FHS, FAI, FT) Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně
2. Porovnat znalosti studentů z jednotlivých fakult Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně
3. Zjistit jaký význam má první pomoc pro studenty Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

3.2 Metodika výzkumu

Uvedenou problematikou jsem se zabývala u studentů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Jako respondenty jsem zvolila studenty Fakulty humanitních studií, Fakulty technologické, Fakulty aplikované informatiky a Fakulty managementu a ekonomiky. Celkově jsem distribuovala 160 dotazníků. Na každé z uvedených fakult jsem oslovila 40 respondentů. Vzhledem ke skutečnosti, že návratnost dotazníků nebyla 100% a některé dotazníky nebylo možno pro jejich chybné či neúplné vyplnění vyhodnotit, tvoří reprezentativní vzorek respondentů za každou fakultu 30 osob.

K získání informací o teoretických znalostech studentů v poskytování první pomoci a názorech o významu první pomoci jsem použila dotazník. Pomocí dotazníku jsem zjišťovala úroveň znalostí o první pomoci a její význam má pro studenty Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Respondenti byli seznámeni se skutečností, že dotazníky jsou zcela anonymní a výsledky budou použity pouze pro potřeby mé bakalářské práce. Dotazník patří k základním metodám používaným ve společenských vědách. Zakládá se na shromažďování dat od dotazovaných jednotlivců a je určen pro hromadné získávání údajů od většího počtu respondentů. [20, str. 40]

Dotazník je vlastně způsob psaného řízeného rozhovoru. Dotazník je časově nenáročný, jeho výhodou je rychlé shromažďování údajů v poměrně krátkém čase. [20]

Vlastní dotazník obsahuje 17 položek a 3 podotázky. V dotazníku byli použity otázky uzavřené a otevřené.

Dotazník obsahuje úvod a seznámení s tématem. Otázka číslo 1 se zabývá vlastním hodnocením dotazovaných. Otázky číslo 2 až 10 jsou zaměřeny na znalosti první pomoci

respondentů. Otázka číslo 11 zkoumá odkud respondenti získali znalosti o první pomoci. Otázky číslo 12 až 16 se týkají přístupu dotazovaných ke vzdělávání o první pomoci a samotnému významu první pomoci. Otázka číslo 17 zjišťovala na které fakultě dotazovaní studují.

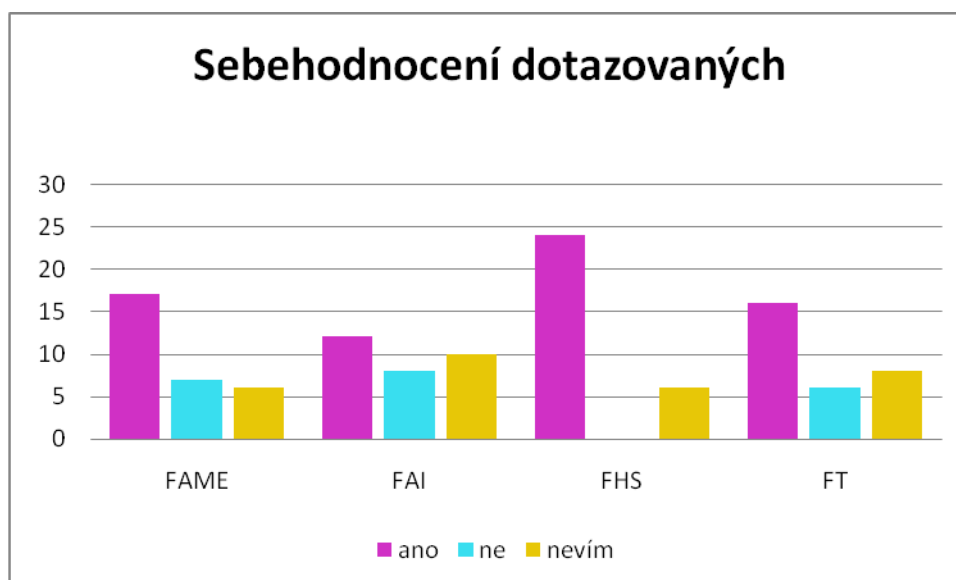
Před každou tabulkou, grafem nebo komentářem je zobrazena otázka z dotazníku, která byla zpracována.

3.3 Výsledky výzkumu

1. Domníváš se, že jsou tvoje vědomosti dostatečné k poskytnutí první pomoci?

Tabulka I – Sebehodnocení dotazovaných

Sebehodnocení dotazovaných			
	ano	ne	nevím
FAME	17	7	6
FAI	12	8	10
FHS	24	0	6
FT	16	6	8



Graf 1 – Sebehodnocení dotazovaných

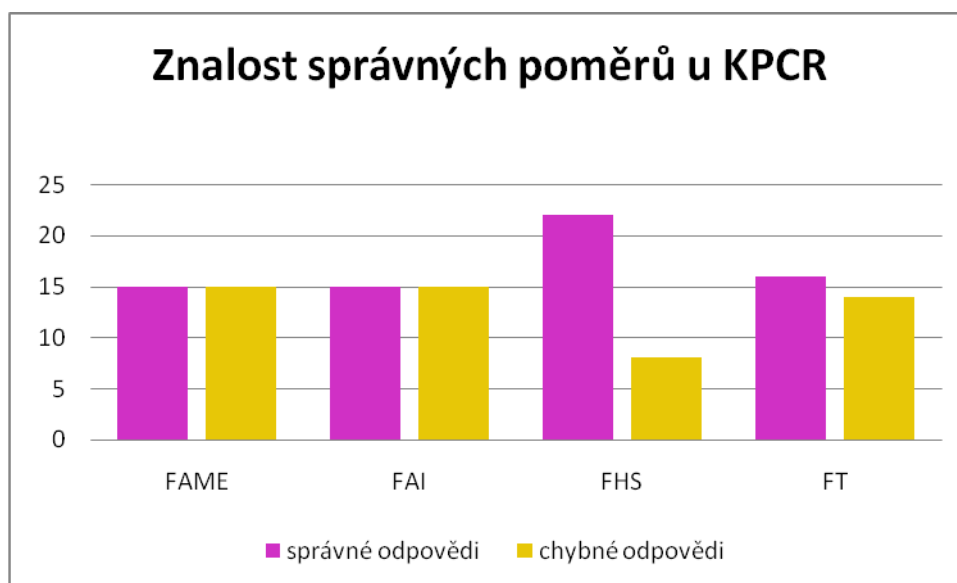
Zjistila jsem, že na FAME se 17 respondentů z 30 domnívá, že dosavadní vědomosti jsou dostatečné k poskytnutí první pomoci, 7 respondentů se domnívá, že nemá dostatečné vědomosti k poskytnutí první pomoci a nejistých respondentů je 6. Na FAI se 12 respondentů z 30 domnívá, že dosavadní vědomosti jsou dostatečné k poskytnutí první pomoci, 8 respondentů se domnívá, že nemají dostatečné vědomosti k poskytnutí první pomoci, nejistých respondentů je 10. Na FHS se 24 respondentů z 30 domnívá, že dosavadní vědomosti jsou dostatečné k poskytnutí první pomoci, nejistých respondentů je 6. Na FT se 16 respondentů domnívá, že dosavadní vědomosti jsou dostatečné k poskytnutí první pomoci, 6 respondentů se domnívá, že nemají dostatečné vědomosti k poskytnutí

první pomoci, nejistých respondentů je 8. Lze říci, že pouze na fakultě humanitních studií si více jak dvě třetiny respondentů myslí, že by zvládly adekvátně poskytnout první pomoc. Na Fakultě aplikované informatiky si pouze 12 respondentů myslí, že zvládne adekvátně poskytnout první pomoc.

2. Při kardiopulmonální resuscitaci je poměr stlačení a vdechů:

Tabulka II – Znalost správných poměrů u KPCR

Znalost správných poměrů u KPCR		
	správné odpovědi	chybné odpovědi
FAME	15	15
FAI	15	15
FHS	22	8
FT	16	14



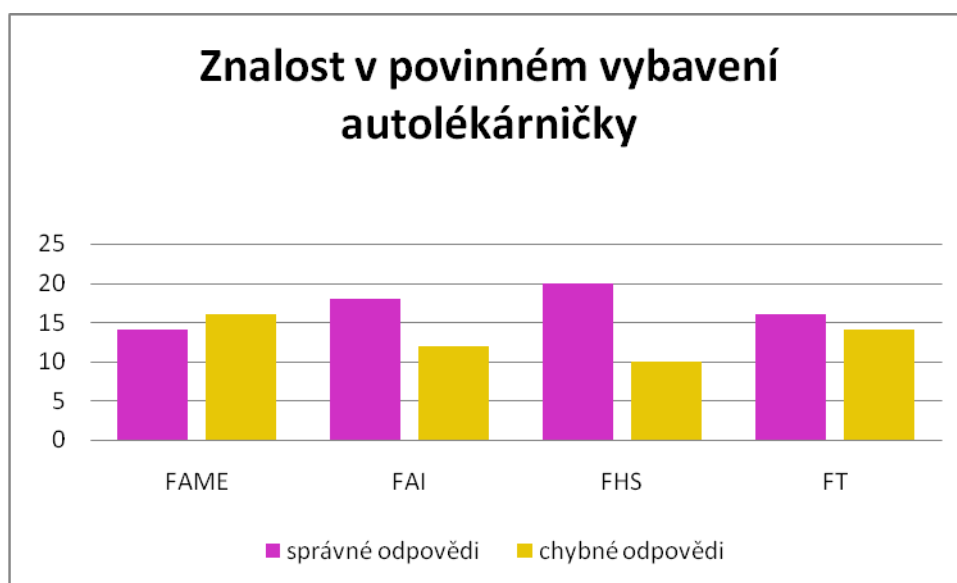
Graf 2 – Znalost správných poměrů u KPCR

Analýzou odpovědí jsem zjistila, že na FAME odpovědělo 15 respondentů správně a 15 chybně. Na FAI odpovědělo také 15 respondentů správně a 15 chybně. Na FHS odpovědělo 22 respondentů správně a 8 respondentů chybně. Na FT odpovědělo 16 respondentů správně a 14 chybně. Lze říci, že pouze na fakultě humanitních studií zná 22 respondentů správné poměry KPCR.

3. Nové autolékárničky dle vyhlášky č.283/2009 musí navíc obsahovat:

Tabulka III – Znalost v povinném vybavení autolékárničky

Znalost v povinném vybavení autolékárničky		
	správné odpovědi	chybné odpovědi
FAME	14	16
FAI	18	12
FHS	20	10
FT	16	14



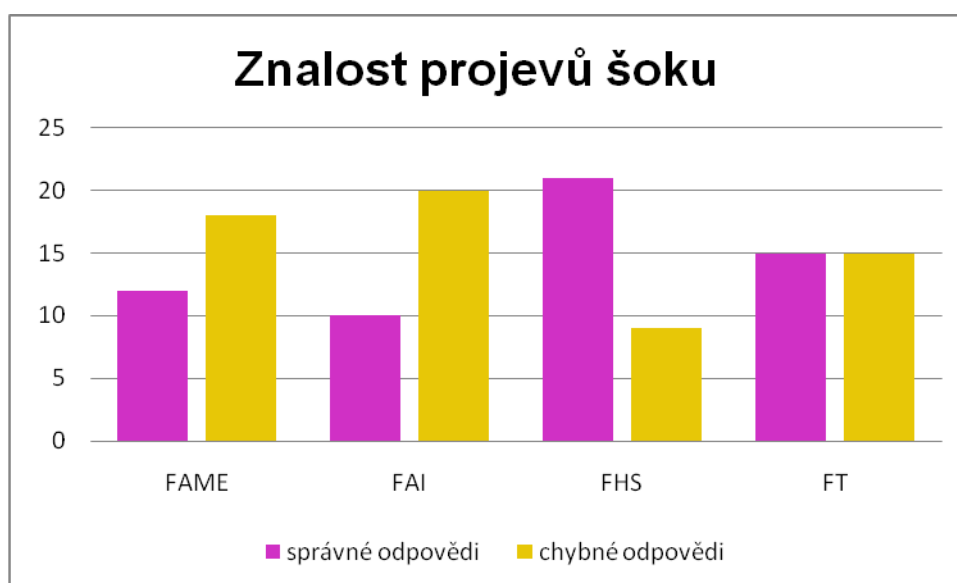
Graf 3 – Znalost v povinném vybavení autolékárničky

Analýzou odpovědi jsem zjistila, že na FAME odpovědělo 14 respondentů správně a 16 respondentů chybně. Na FAI odpovědělo 18 respondentů správně a 12 respondentů chybně. Na FHS odpovědělo 20 respondentů správně a 10 respondentů chybně. Na FT odpovědělo 16 respondentů správně a 14 respondentů chybně. Lze říci, alespoň polovina studentů z FHS, FT, FAI má povědomí o změnách v povinném vybavení autolékárničky.

Rozvíjející se šok u člověka rozpoznáme typickými projevy:

Tabulka IV – Znalost projevů šoku

Znalost projevů šoku		
	správné odpovědi	chybné odpovědi
FAME	12	18
FAI	10	20
FHS	21	9
FT	15	15



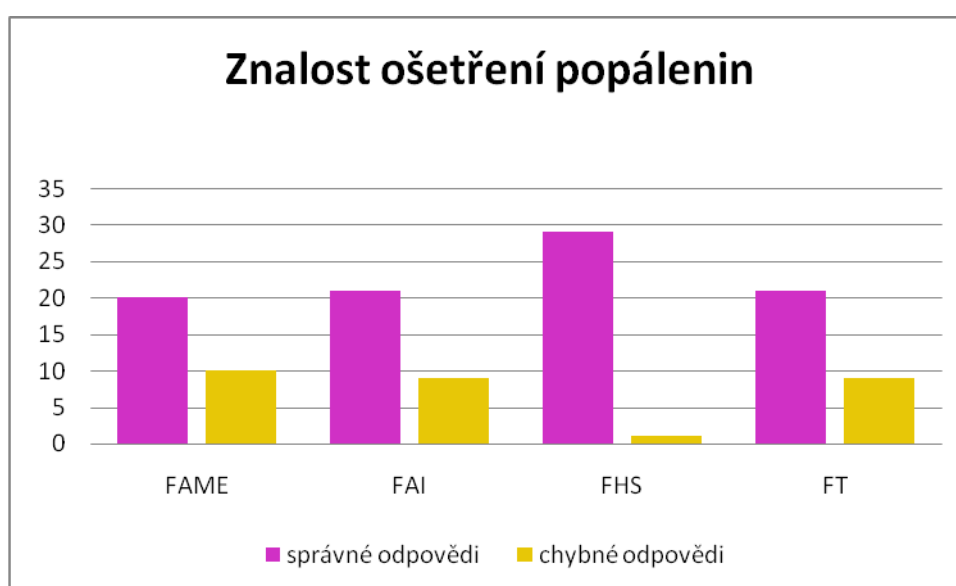
Graf 4 – Znalost projevů šoku

Analýzou odpovědí jsem zjistila, že na FAME odpovědělo správně 12 respondentů a 18 respondentů chybně. Na FAI odpovědělo 10 respondentů správně a 20 respondentů chybně. Na FHS odpovědělo 21 respondentů správně a 9 respondentů chybně. Na FT odpovědělo 15 respondentů správně a 15 respondentů chybně. Lze říci, že pouze na Fakultě humanitních studií 21 respondentů rozpozná typické projevy šoku.

4. Při popáleninách 2. Stupně (tvorba puchýřů):

Tabulka V – Znalost ošetření popálenin

Znalost ošetření popálenin		
	správné odpovědi	chybné odpovědi
FAME	20	10
FAI	21	9
FHS	29	1
FT	21	9



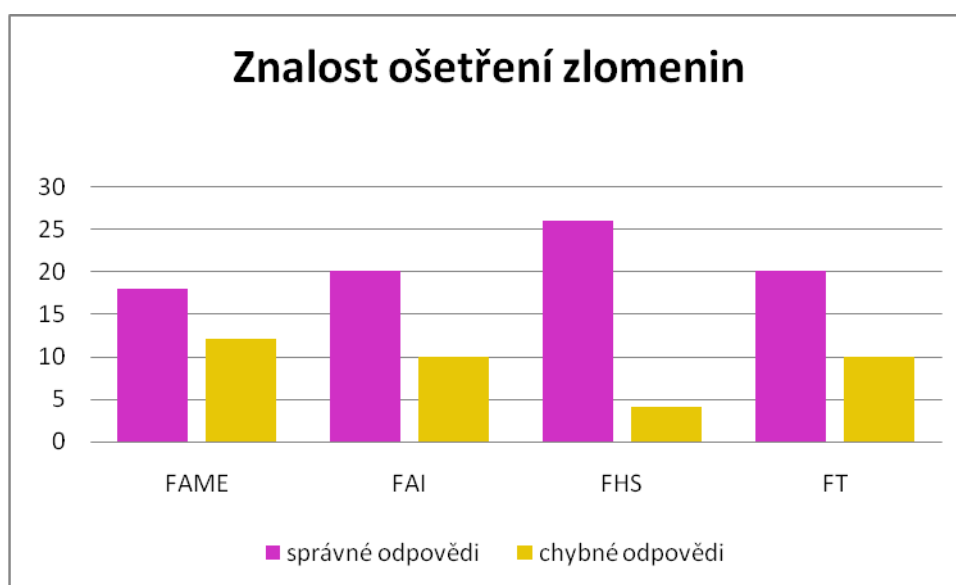
Graf 5 – Znalost ošetření popálenin

Analýzou odpovědí jsem zjistila, že na FAME 20 respondentů odpovědělo správně a 10 respondentů chybně. Na FAI odpovědělo správně 21 respondentů a 6 respondentů odpovědělo chybně. Na FHS odpovědělo 29 respondentů správně a 1 respondent chybně. Na FT odpovědělo 21 respondentů správně a 9 respondentů chybně. Lze říci, že na Fakultě humanitních studií zná správný postup při ošetření popálenin každý, až na jednoho respondenta. Na všech fakultách dvě třetiny respondentů znají správný postup při ošetření popálenin.

5. Při otevřené zlomenině:

Tabulka VI – Znalost ošetření zlomenin

Znalost ošetření zlomenin		
	správné odpovědi	chybné odpovědi
FAME	18	12
FAI	20	10
FHS	26	4
FT	20	10



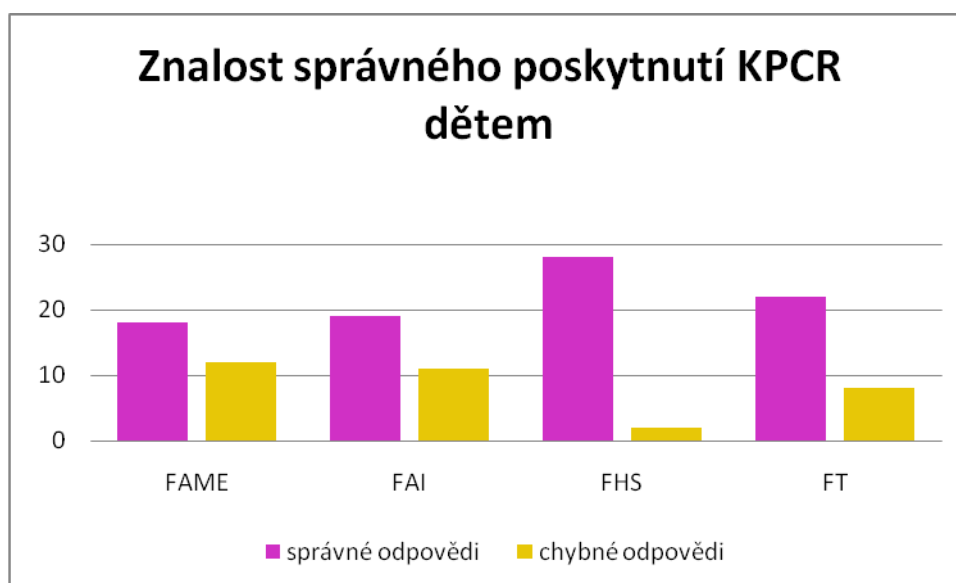
Graf 6 – Znalost ošetření zlomenin

Analýzou odpovědí jsem zjistila, že na FAME 18 respondentů odpovědělo správně a 12 respondentů odpovědělo chybně. Na FAI odpovědělo 20 respondentů správně a 10 respondentů chybně. Na FHS odpovědělo 26 respondentů správně a 4 respondenti chybně. Na FT odpovědělo 20 respondentů správně a 10 respondentů chybně. Lze říci, že na Fakultě humanitních studií více jak dvě třetiny respondentů zná správný postup při ošetření otevřené zlomeniny a na Fakultě managementu a ekonomiky zná správné ošetření pouze 18 respondentů.

6. Kardioreuscitaci u dětí zahajujeme:

Tabulka VII – Znalost správného poskytnutí KPCR dětem

Znalost správného poskytnutí KPCR dětem		
	správné odpovědi	chybné odpovědi
FAME	18	12
FAI	19	11
FHS	28	2
FT	22	8



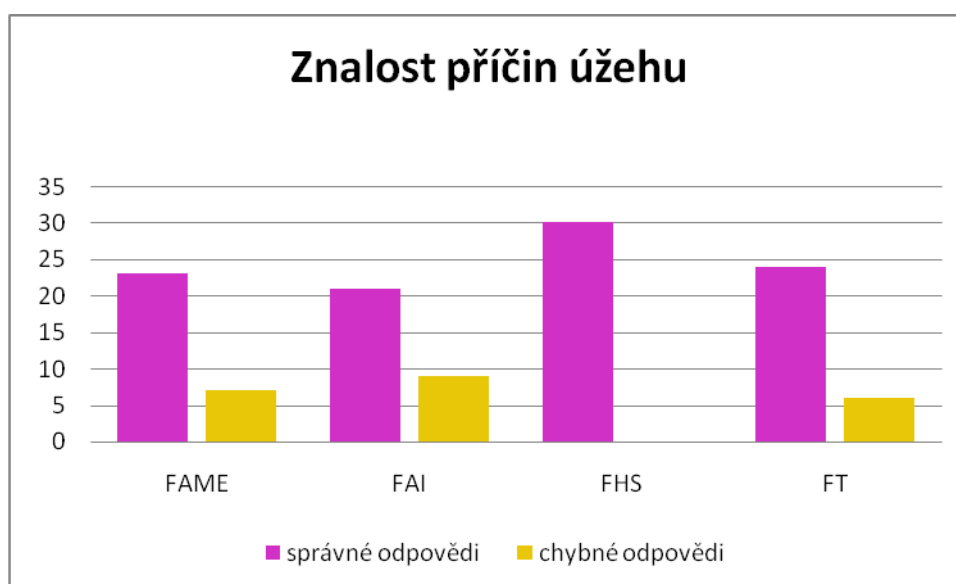
Graf 7 – Znalost správného poskytnutí KPCR dětem

Analýzou odpovědí jsem zjistila, že na FAME správně odpovědělo 18 respondentů a chybně odpovědělo 12 respondentů. Na FAI správně odpovědělo 19 respondentů a 11 respondentů chybně. Na FHS odpovědělo 28 respondentů správně a jen 2 chybně. Na FT odpovědělo 22 respondentů správně a 8 chybně. Lze říci, že na Fakultě humanitních studií, znají správné zásady poskytnutí KPCR u dětí kromě dvou všichni dotazovaní respondenti. Na Fakultě managementu a ekonomiky jsou znalosti správného poskytnutí KPCR u dětí nejnižší.

7. Nejčastější příčinou úžehu je:

Tabulka VIII – Znalost příčin úžehu

Znalost příčin úžehu		
	správné odpovědi	chybné odpovědi
FAME	23	7
FAI	21	9
FHS	30	0
FT	24	6



Graf 8 – Znalost příčin úžehu

Analýzou odpovědí jsem zjistila, že na FAME správně odpovědělo 23 respondentů a 7 respondentů chybně. Na FAI odpovědělo 21 respondentů správně a 9 respondentů chybně. Na FHS odpovědělo 30 respondentů správně. Na FT odpovědělo 24 respondentů správně a 6 chybně. Jak jsem předpokládala většina studentů zná příčiny úžehu. Lze říci, že na všech fakultách více jak dvě třetiny studentů znají příčiny úžehu a na Fakultě humanitních studií znají příčiny úžehu všichni dotazovaní respondenti.

8. Při ošetřování člověka v šoku se řídíme tzv. 5T (vypište)

Otázka číslo 9 byla otevřená. Na otázku odpovídalo celkem 120 respondentů a to 30 z každé fakulty. Na FHS znalo správnou odpověď 21 respondentů. Chybnou odpověď napsalo 9 respondentů. Na FAI znali správnou odpověď pouze 3 respondenti. Na FAME odpovědělo správně 5 respondentů a na FT znalo správnou odpověď 6 respondentů.

Správná odpověď je uvedena v teoretické části mé práce. Na FHS respondenti nejvíce zapomínali na „tekutiny a transport“. Tři odpovědi nebyly vyplněné vůbec. Na FT byly odpovědi různé. Nejčastější odpovědí bylo: „dopravit nemocného do nemocnice, nepodávat nic ústy a udržovat postiženého v protišokové poloze“. Na FT nebyly vyplněné tři odpovědi. Na FAME zodpovědělo 7 respondentů vždy tři položky odpovědi správně a dvě položky byly většinou vynechané. Zbytek odpovědí bylo chybně vypneno. Na FAI, kde správnou odpověď znali pouze tři respondenti, byla nejčastější odpověď „transport“. A nevyplněných odpovědí bylo 6. Z nevyplněných odpovědí usuzuji, že respondenti neznají správnou odpověď.

Předesílám, že za správně zodpovězené otázky jsem například počítala i odpovědi:

„udržovat v teple, nedělat hluk, převoz do nemocnice, snažit se odstranit bolest a nepít“(FT)

„ teplo, zařídit převoz do nemocnice, nebýt v rušném prostředí, úlevová poloha, nepodávat tekutiny“(FHS)

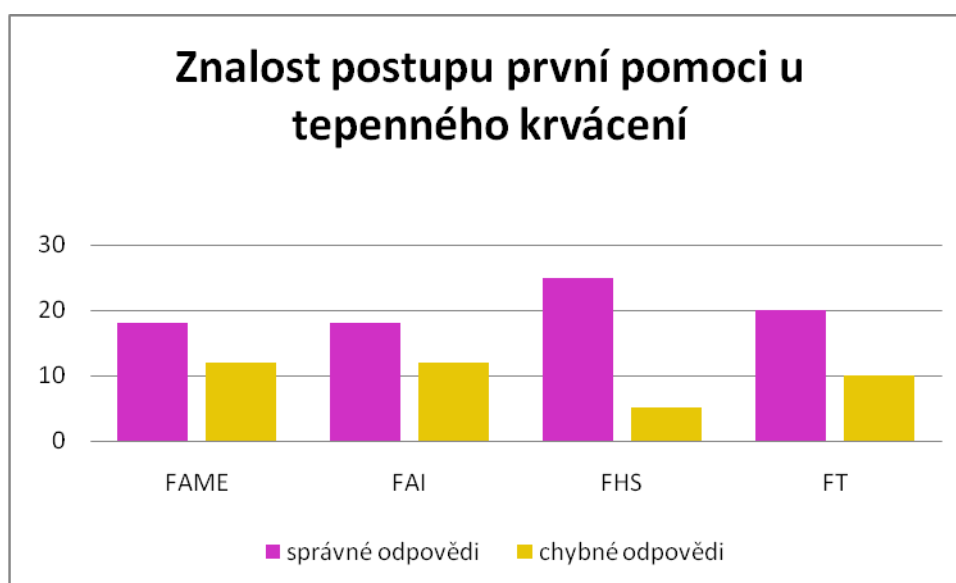
„transport, teplo (příkrýt dekou), ulevit od bolesti, nic nepít a nedělat hluk“(FAI)

„udržovat zraněného v klidu, nepodávat mu nic na ústy, nenechat ho v chladném prostředí, transport do nemocnice a ulevit od bolesti“(FAME)

9. U tepenného krvácení horní končetiny postupujeme následovně:

Tabulka IX – Znalost postupu první pomoci u tepenného krvácení

Znalost postupu první pomoci u tepenného krvácení		
	správné odpovědi	chybné odpovědi
FAME	18	12
FAI	18	12
FHS	25	5
FT	20	10



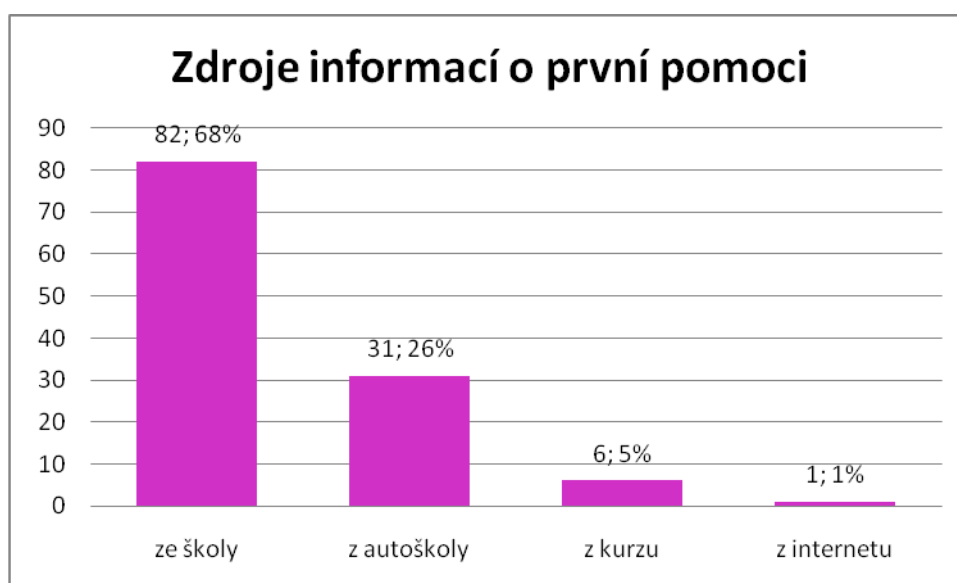
Graf 9 – Znalost postupu první pomoci u tepenného krvácení

Analýzou odpovědí jsem zjistila, že na FAME správně odpovědělo 18 respondentů a chybně 12 respondentů. Na FAI odpovědělo správně 18 respondentů a 12 respondentů chybně. Na FHS odpovědělo 25 respondentů správně a 5 chybně. Na FT odpovědělo správně 20 respondentů a chybně 10 respondentů. Lze říci, že nejlepší znalosti postupů první pomoci u tepenného krvácení mají respondenti z Fakulty humanitních studií.

10. První pomoc znáš z:

Tabulka X – Zdroje informací o první pomoci

Zdroje informací o první pomoci				
	ze školy	z autoškoly	z kurzu	z internetu
absolutní četnost (n)	82	31	6	1
relativní četnost (%)	68%	26%	5%	1%



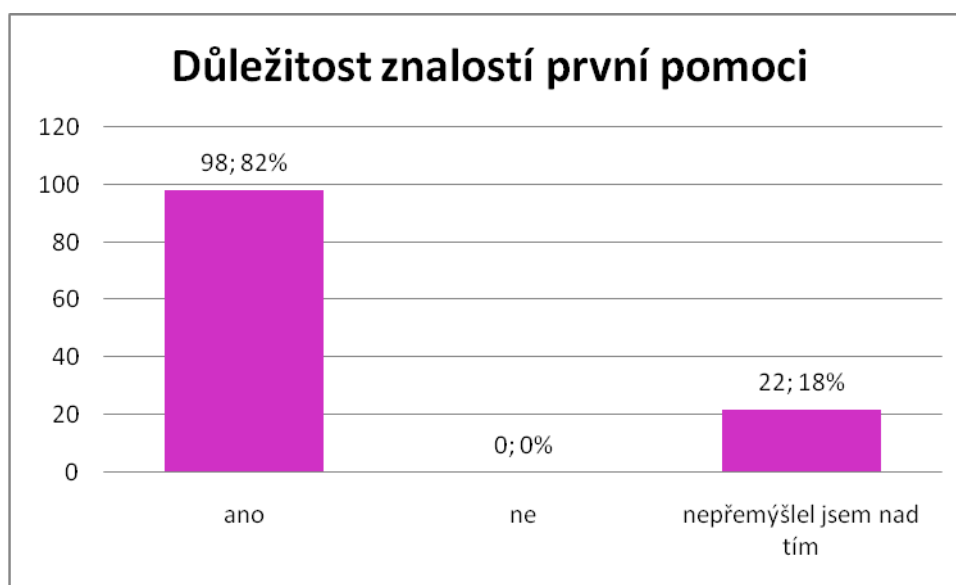
Graf 10 – Zdroje informací o první pomoci

Na dotaz odpovědělo 120 respondentů. Analýzou odpovědi jsem zjistila, že 82 respondentů (68%) zná první pomoc ze školy. Z autoškoly zná první pomoc 31 respondentů (26%). Pouze 6 respondentů (5%) ze 120 se zúčastnilo kurzu první pomoci. Na internetu vyhledává informace o první pomoci pouze 1 respondent (1%). Očekávala jsem největší počet vyhledávaných informací prostřednictvím PC – internetu.

11. Myslíš si, že je důležité znát základy PP?

Tabulka XI – Důležitost znalostí první pomoci

Důležitost znalostí první pomoci			
	ano	ne	nepřemýšlel jsem nad tím
absolutní četnost (n)	98	0	22
relativní četnost (%)	82%	0%	18%



Graf 11 – Důležitost znalostí první pomoci

Na dotaz odpovědělo 120 respondentů. Analýzou odpovědí jsem zjistila že, 98 respondentů (82%) se domnívá, že je důležité znát základy první pomoci a 22 respondentů (18%) nikdy nepřemýšlelo nad důležitostí první pomoci.

11/a. Jestliže ano, kdy a proč jsi si uvědomil/a, že je první pomoc důležitá?

Otázka číslo 12/a byla otevřená. Na otázku odpovídalo 98 respondentů. Některé odpovědi uvádím jako ukázkou:

„Když vím, že jsem zdravotník a je spousta věcí u kterých si nejsem jistá.”

”Může zachránit lidský život.”

„Kdykoliv se může stát nehoda, kde bude třeba poskytnout PP (autonehoda, na ulici, doma..).”

„První předlékařská pomoc má mnohdy rozhodující význam pro vývoj dalšího zdravotního stavu.”

„Může to potkat každého, že na ulici narazí na člověka, který bude potřebovat 1. pomoc, a je hodně nepříjemná situace nevědět jak pomoci před příjezdem sanitky.”

„Protože zachraňuje životy.”

„Když jsem byl u epileptického záchvatu.”

„Nevím, neuvědomuji si to, možná na střední škole.”

„Když jsem první pomoc prováděl v autobusu a ostatní vůbec nevěděli co dělat!!”

„Když jsem začal řídit auto.”

„Když si uvědomím, jak časté jsou autonehody, při plavání v bazéně(koupaliště).”

„Nevíš, vteřiny, kdy budeš i ty sám první pomoc potřebovat, nebo ty ji budeš muset poskytnout. A první vteřiny jsou přece nejdůležitější, ale zatím jsem se s poskytnutím pomoci nesetkala..”

„Na základní škole, protože je potřeba pomoci druhým v nouzi.”

„První pomoc mě učí rodiče, jelikož pracují ve zdravotnictví.”

Většina respondentů si začala uvědomovat důležitost první pomoci ve škole. Respondenti uváděli základní i střední školy. Dále několik respondentů uvedlo, že se s první pomocí setkali až u samotného poskytování první pomoci. Jako další nejčastější možnosti uváděli respondenti, rodiče, kamarády a také když sami byli obětí nehody nebo úrazu. 7 respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

12. Jaký význam má pro tebe první pomoc?

Otázka číslo 13 byla opět otevřená. Na otázku odpovídalo 120 respondentů. Uvádím zde některé odpovědi:

„Zachránila jsem opilého člověka, takže hodně.”

„Myslím si, že by to měl být základ pro každého člověka, aby ji uměl.”

„Profesionální.”

„První pomoc pro mě nemá nijak zvláštní význam.”

„Může to někomu zachránit život.”

„Záchrana života.”

„Znalost první pomoci je podle mě hodně důležitá.”

„Důležitý.”

„Pocit, že v situaci, kdy nikdo nedokáže pomoci (neví, bojí se, nechcou) dokážu pomoci já. Nikdy nevím, kdy budu potřebovat první pomoc já, proto se tak chovám i obráceně.”

„Podle mě je první pomoc pouze záležitostí profesionálů.”

„Je pro mě důležitá, vzhledem k mému budoucímu zdravotnickému povolání”

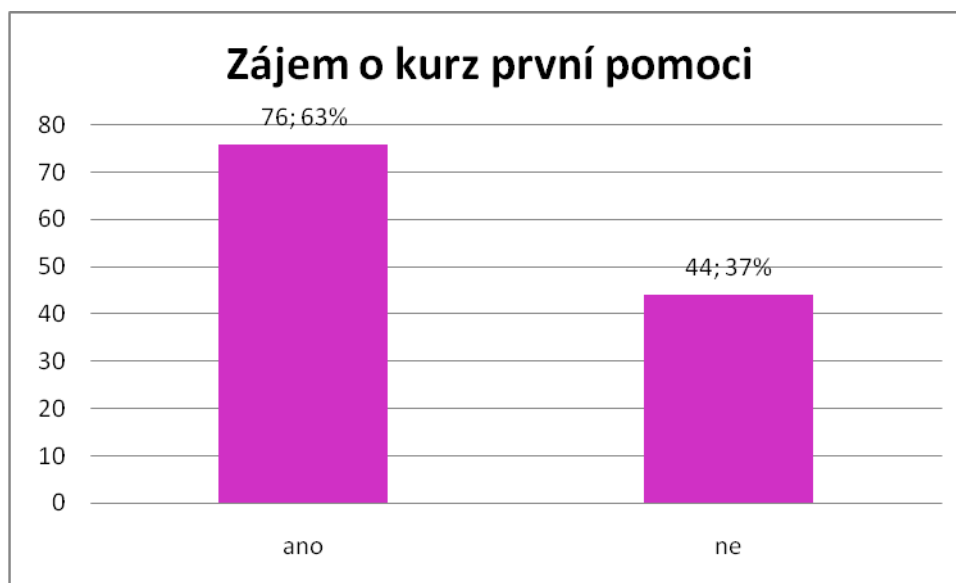
„Že vím jak první pomoc poskytnout”

Pro většinu respondentů je první pomoc významná, protože zachraňuje lidské životy. Pro některé studenty je první pomoc významná z pohledu budoucího zdravotníka. Další respondenti si myslí, že první pomoc je záležitostí spíše profesionální a buhožel pro několik respondentů je první pomoc bezvýznamná. 10 respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

13. Měl/a by jsi zájem, zúčastnit se kurzu první pomoci

Tabulka XII – Zájem o kurz první pomoci

Zájem o kurz první pomoci		
	ano	ne
absolutní četnost (n)	76	44
relativní četnost (%)	63%	37%



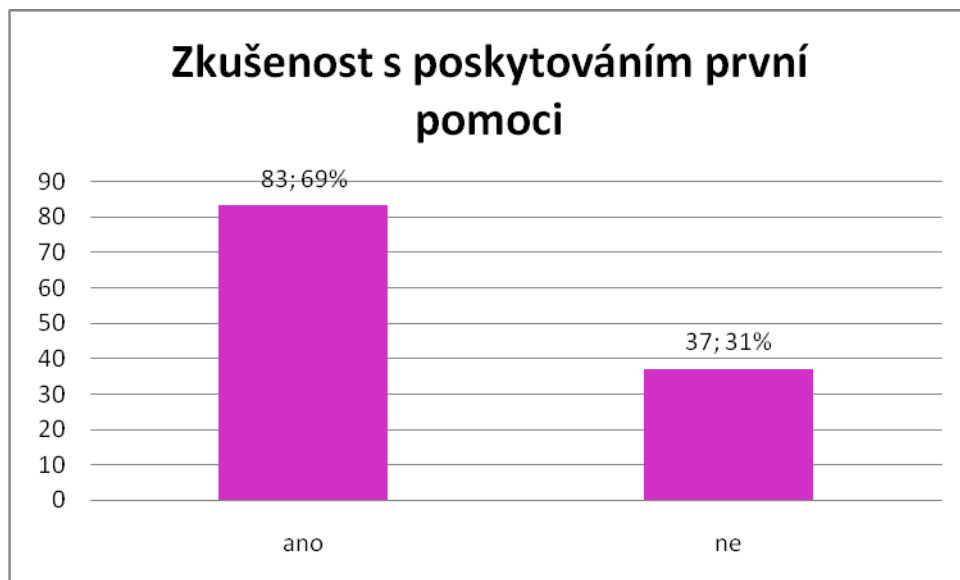
Graf 12 – Zájem o kurz první pomoci

Analýzou odpovědi jsem zjistila, že 76 respondentů (63%) by mělo zájem zúčastnit se kurzu první pomoci. 44 respondentů (37%) by nemělo zájem o kurz první pomoci. Lze říct, že o kurz první pomoci je zájem dostatečný.

14. Ocitl/a jsi se někdy v situaci, kdy jsi musel podat první pomoc?

Tabulka XIII – Zkušenost s poskytováním první pomoci

Zkušenost s poskytováním první pomoci		
	ano	ne
absolutní četnost (n)	83	37
relativní četnost (%)	69%	31%



Graf 13 – Zkušenost s poskytováním první pomoci

Analýzou odpovědí jsem zjistila, že z celkového počtu 120 dotazovaných má vlastní zkušenosti s poskytováním první pomoci 83 respondentů (69%). 37 respondentů (31%) vlastní zkušenosti s poskytováním první pomoci nemá. Lze tedy říci, že velice vysoký počet respondentů se ocitlo v situacích kdy museli poskytnout první pomoc.

15/a. Jestliže ano, byl jsi při podávání první pomoci jistý nebo u tebe převládala panika a nejistota?

Otázka číslo 15/a byla otevřená. Na otázku odpovídalo 83 respondentů, kteří mají vlastní zkušenosti s poskytováním první pomoci. Na ukázkou uvádím několik odpovědí:

„Najednou jsem pracovala automaticky a věděla jsem, co mám dělat, aniž bych přemýšlela.”

„Nebyl jsem si příliš jistý, ale měl jsem obrovskou touhu pomoci a podařilo se mi to.”

„Měl jsem naprosto smíšené pocity.”

„Naprosto jsem zpanikařil.”

„Nejistota – první pomoc neposkytuji každý den.”

„Byla jsem si docela jistá.”

„Byla jsem naprosto klidná”

„Panika a nejistota každopádně. Bylo to způsobeno tím, že člověk takovou situaci nezažívá denně a není na ni zvyklý. Myslím si však, že pokud se člověk s první pomocí setká, tak ho to určitě psychicky posune dál a také si myslím, že se třeba poučí z některých chyb, které při poskytování první pomoci někdy udělal.”

Skoro polovina respondentů poskytovala první pomoc automaticky, aniž by přemýšleli nad možnými následky. Dále respondenti uváděli pocity strachu a nejistoty. Někteří respondenti naprosto zpanikařili, protože si nebyli jisti, zda dokážou první pomoc poskytnout správně. Předpokládám, že si více jistí byli respondenti z FHS, jelikož někteří z nich mají zdravotnické vzdělání. 4 respondenti neodpověděli na otázku vůbec.

15/b. Jestliže ne, máš obavy z takových situací nebo si myslíš, že je zvládneš?

Otázka číslo 15/b byla také otevřená. Odpovídalo na ni 37 respondentů, kteří se nikdy neocitli v situaci, ve které by museli první pomoc poskytovat. Na ukázkou opět uvádím několik odpovědí:

„Neumím posoudit.“

„Mám z toho velké obavy.“

„Netuším.“

„Obavy mám, ale jsem rozhodnutý se s takovou situací poprat a poskytnout první pomoc co nejlépe.“

„Záleží na okolnostech.“

„Obavy určitě mám, když si to někde zkusíte, tak je to úplně něco jiného, než když se naskytne nějaká nehoda.“

„Na jednu stranu se takové situace bojím, ale myslím si, že bych to mohl zvládnout.“

„Mám obavy, protože přesně nevím, jak postupovat.“

„Mám obavy i přes dobré teoretické vědomosti.“

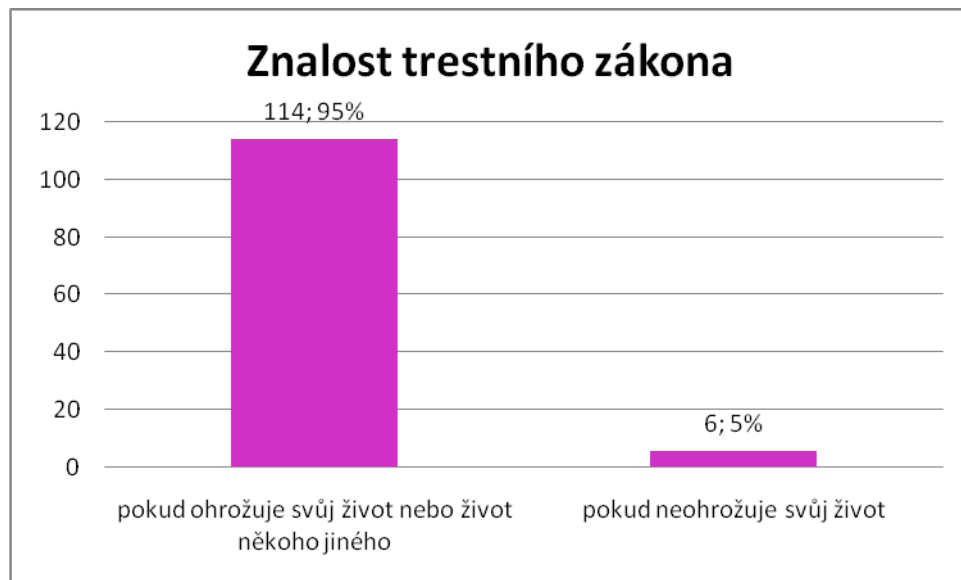
„Nejsem na takovou situaci vůbec připraven.“

Většina respondentů má obavy, zda by situaci dokázali zvládnout. Někteří respondenti nedokážou posoudit, jak by se při poskytování první pomoci zachovali. Další respondenti věří, že by situaci zvládli. Ostatní respondenti si myslí, že nejsou z hlediska teoretické stránky na takovou situaci připraveni. Na otázku odpověděli všichni respondenti.

15. Neposkytnutí první pomoci (pokud je postižený v ohrožení života) je trestné, výjimka platí pouze v případech:

Tabulka XIV – Znalost trestního zákona

Znalost trestního zákona		
	pokud ohrožuje svůj život nebo život někoho jiného	pokud neohrožuje svůj život
absolutní četnost (n)	114	6
relativní četnost (%)	95%	5%



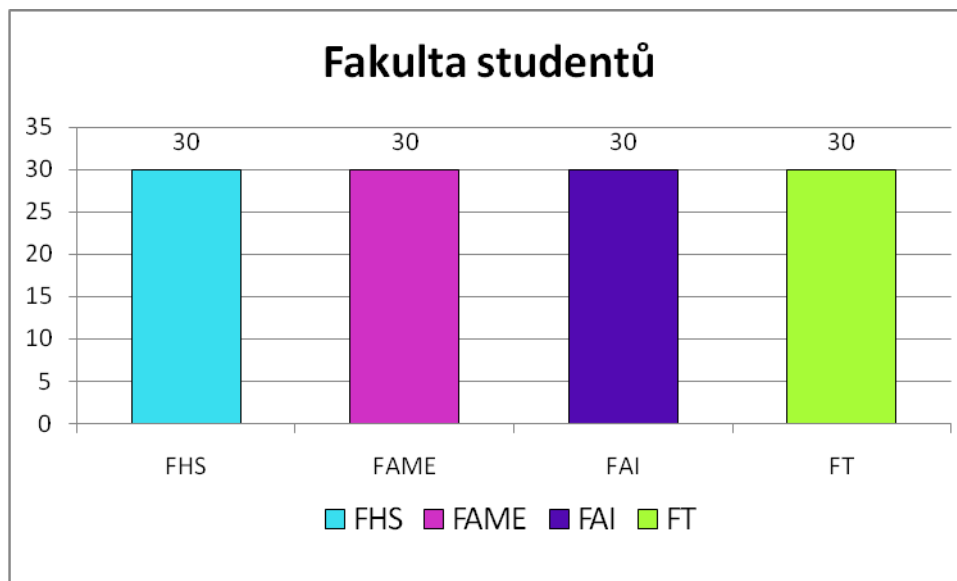
Graf 14 – Znalost trestního zákona

Analýzou odpovědí jsem zjistila, že 114 respondentů (95%) ví, kdy musí poskytnout první pomoc a jsou si vědomi trestné odpovědnosti při neposkytnutí první pomoci. 6 respondentů (5%) neví kdy musí poskytnout první pomoc.

17. Právě studuješ?

Tabulka XV – Fakulta studentů

Fakulta studentů			
FHS	FAME	FAI	FT
30	30	30	30



Graf 15 – Fakulta studentů

Z každé fakulty bylo vybráno 30 respondentů, kteří odpovídali na jednotlivé otázky v dotazníku.

DISKUZE

Cílem mé práce bylo zmapovat a porovnat znalosti týkající se první pomoci a také zjistit, jaký význam má pro studenty první pomoc. Výzkum probíhal u studentů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a to na 4 fakultách - Fakultě humanitních studií, Fakultě managementu a ekonomiky, Fakultě technologická a Fakultě aplikované informatiky. Do výzkumu bylo zařazeno celkem 160 dotazníků. Na každou fakultu 40. Bohužel návratnost dotazníků nebyla 100%. Některé dotazníky nebyly dostatečně vyplněné, nebo byly pro výzkum nepoužitelné. Protože návratnost dotazníků nebyla 100% a některé dotazníky nebylo možno pro jejich chybné či neúplné vyplnění vyhodnotit, tvoří reprezentativní vzorek respondentů za každou fakultu 30 osob.

Úkolem první otázky dotazníku bylo zjistit zda se studenti domnívají, že jsou jejich vědomosti dostatečné k poskytnutí první pomoci. Na FHS se 24 studentů z 30 dotazovaných domnívá, že jejich vědomosti jsou dostatečné k poskytnutí první pomoci a 6 studentů neví, zda jejich vědomosti jsou dostatečné k poskytnutí první pomoci. Na FAME se 17 studentů domnívá, že jsou jejich vědomosti dostatečné k poskytnutí první pomoci, 7 studentů si myslí, že jejich vědomosti jsou nedostatečné k poskytnutí první pomoci a 6 si není jistých. Na FAI si pouze 12 studentů myslí, že jejich vědomosti jsou dostatečné k poskytnutí první pomoci, 8 se domnívá, že jejich vědomosti jsou nedostatečné a 10 studentů neví, jestli jsou jejich vědomosti dostatečné k poskytnutí první pomoci. Na FT se 16 studentů domnívá, že jsou jejich vědomosti dostatečné, 6 studentů si myslí, že jsou jejich vědomosti nedostatečné a 8 studentů si není jistých svými vědomostmi o první pomoci.

Dalších 9 otázek se zaměřuje na poskytování a postupy první pomoci při poraněních uvedených v teoretické části práce. Druhá otázka se zaměřuje na znalost správných poměrů u KPCR. Jelikož se poměry stále mění zajímalo mě, jestli mají studenti přehled o provádění KPCR. Na FHS odpovědělo správně 22 studentů z 30 dotazovaných. Na FAME odpovědělo 15 studentů správně a 15 studentů špatně. Na FAI odpověděla také polovina studentů správně a polovina špatně. Na FT odpovědělo 16 studentů z 30 správně. Další otázka zkoumá zda mají studenti povědomí o změnách povinného vybavení autolékárničky. Na FAI zná správné vybavení autolékárničky 18 studentů z 30, na FAME odpovědělo správně 14 studentů. Na FT zná správné vybavení autolékárničky 16 studentů a jak jsem předpokládala na FHS odpovědělo správně nejvíce studentů a to 20 z 30

dotazovaných. Čtvrtá otázka zkoumá znalosti šoku u studentů. Opět nejvíce správných odpovědí bylo na FHS a to 21. Na ostatních fakultách odpovědělo méně než polovina studentů správně, na FAI pouze 10 studentů ví, jak rozpoznat šok. Další otázka byla zaměřená na znalosti ošetření popálenin druhého stupně. Překvapivě na všech fakultách odpovědělo více jak 20 studentů z 30 správně. Na FHS pouze jeden student neznal správné ošetření popálenin. Na FT a FAI odpovědělo shodně, 21 studentů správně a na FAME 20 studentů ví jak ošetřit popáleniny. Znalosti ošetření zlomenin byly předmětem další otázky kdy na FHS odpovědělo 26 studentů správně, na FAI a FT odpovědělo 20 studentů z 30 správně a na FAME pouze 18 studentů ví, jak ošetřit zlomeninu. Sedmá otázka zjišťovala, zda studenti ví, jak se zahajuje kardioreuscitace u dětí. Na FHS 2 studenti z 30 odpověděli špatně, na FT odpovědělo 22 studentů správně, na FAI odpovědělo 19 studentů správně a na FAME zná správné poskytnutí KPCR dětem 18 studentů. Další otázka se zabývala znalostí příčin úžehu a lze říci, že studenti ví, co je to úžeh a jak vzniká, jelikož na FHS odpověděli všichni studenti správně. Na FT odpovědělo 24 studentů správně, na FAME zná správnou odpověď 23 studentů a na FAI 21 studentů zná příčiny úžehu. Devátá otázka byla otevřená a zkoumala zda studenti ví, jaké jsou základní úkony při šoku. Na FHS opět znalo správnou odpověď nejvíce studentů a to 21. Bohužel na ostatních fakultách zná správnou odpověď velice málo respondentů. Na FAME odpovědělo správně 5 studentů, na FT odpovědělo správně 6 studentů a na FAI pouze 3 studenti znali správné ošetření při šoku. Poslední otázka zaměřená na poskytování první pomoci byla zaměřená na znalosti postupu první pomoci u tepenného krvácení. Na FHS odpovědělo opět nejvíce studentů správně. Pouze 5 studentů z 30 neví jak ošetřit tepenné krvácení. Na FAME a FAI správně odpovědělo 18 studentů z 30 a na FT znalo správnou odpověď 20 studentů. Z výzkumu je tedy jasné, že nejvíce znají první pomoc studenti z FHS. Bylo by tedy vhodné, aby se studenti z ostatních fakult začali více zajímat o první pomoc.

Další otázky výzkumu už nejsou rozdělené na fakulty a zabývají se významem první pomoci.

Jedenáctá otázka zkoumá, odkud studenti získali své vědomosti o první pomoci. Ze školy zná první pomoc 82 studentů (68%), z autoškoly 31 studentů (26%) 6 studentů (5%) se údajně zúčastnilo kurzu první pomoci. A překvapivě pouze 1 student (1%) udal, že zná první pomoc z internetu. Předpokládala jsem, že internet bude častější zdroj informací. „Myslíš si, že je důležité znát základy první pomoci?“ Tak zněla 12. otázka. 98 studentů

(82%) si myslí, že je důležité znát první pomoc a 22 studentů (18%) nad důležitostí první pomoci nepřemýšlelo. Další otázka byla součástí předcházející otázky a byla otevřená. Otázka zkoumá, kdy a proč si studenti uvědomili důležitost první pomoci. Většina studentů se s první pomocí setkala na základních nebo středních školách, dále při poskytování první pomoci, kdy se ocitli na místě záchránce, někteří i na místě zraněného. Někteří studenti mají to štěstí, že první pomoc znají od svých rodičů. Z odpovědí lze usoudit, že většina dotazovaných studentů si uvědomuje důležitost první pomoci. Další otázka byla zaměřená na význam první pomoci. Pro většinu studentů je první pomoc významná, protože zachraňuje lidské životy. Další studenti považují první pomoc za významnou, vzhledem k jejich budoucímu zdravotnickému zaměstnání. Někteří studenti si myslí, že první pomoc je pouze profesionální záležitostí. Několik studentů nepovažuje první pomoc za významnou. 10 studentů nezodpovědělo otázku. V další otázce zjišťuji, zda studenti mají zájem o kurz první pomoci. Překvapivě 76 studentů (63%) má o kurz první pomoci zájem. Což je příjemné zjištění. Studenti by se rádi učili první pomoci. 44 studentů (37%) nemá vůbec zájem o kurzu první pomoci. Dále jsem zjistila, že 83 studentů (69%) se ocitlo v situaci, kdy museli poskytnout první pomoc. Je to překvapivě velký počet, který opět poukazuje na důležitost znalostí první pomoci. Většina studentů při poskytování první pomoci pracovala automaticky a nepřevládala u nich nejistota. Spoustu studentů mělo u poskytování první pomoci smíšené pocity. Našli se i takoví, kteří si při poskytování první pomoci byli jisti. Několik studentů uvedlo, že u nich převládala panika a nejistota. Někteří studenti zvládli první pomoc poskytnout, aniž by věděli, jak správně postupovat. 37 studentů nikdy první pomoc neposkytovalo. Většina z těchto 37 studentů přiznala, že má strach ze situací, kdy by musela poskytovat první pomoc, jelikož má nedostatky v teoretických znalostech. Další studenti si myslí, že by poskytnout první pomoc zvládli. Někteří studenti uvedli, že záleží na tom, za jakých okolností by měli první pomoc poskytovat. Na otázku odpověděli všichni dotazovaní. Poslední otázkou zjišťuji, zda studenti ví, že je neposkytnutí první pomoci trestné. 114 studentů (95%) ví, že musí poskytnout první pomoc.

Celou prací jsem chtěla poukázat na důležitost první pomoci. Prvním cílem mé práce bylo zjistit úroveň znalostí o první pomoci u studentů jednotlivých fakult Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Tento cíl byl splněn. Otázkou číslo 1 jsem zjistila, zda si studenti myslí, že mají dostatečné znalosti o první pomoci. Otázkami číslo 2 – 10 jsem zjistila jak jsou

studenti informovaní o postupech první pomoci. Z výzkumu jsem zjistila, že studenti na FAI, FT, FAME mají nedostatek znalostí o první pomoci. Dalším cílem bylo porovnat znalosti studentů z jednotlivých fakult, kde se ukázalo, že jedině studenti z FHS mají dostatečné znalosti, co se první pomoci týče. Posledním cílem mé práce bylo zjistit jaký význam má první pomoc pro studenty. Tento cíl byl také splněn. Otázkami 11 – 16 jsem zjišťovala, kde studenti své vědomosti získali, zda se ocitli v situacích, kdy museli poskytovat první pomoc a jaký význam pro ně první pomoc má. Velice mě překvapilo, kolik studentů už první pomoc poskytovalo. Zjistila jsem, že studenti nemají dostatečné znalosti o první pomoci, ale 83 studentů (69%) se už s poskytováním první pomoci setkala. Je důležité znát postupy první pomoci, jelikož nikdo z nás by se nechtěl ocitnout v situaci, kdy je zraněný a pečuje o něj člověk, který neví, jak se v dané situaci zachovat. Je tedy nutné poukázat na význam první pomoci. První pomoc zachraňuje životy a v určitých situacích by se dalo říci, že životy i navrácí. Proto by pro každého člověka měla být významnou součástí života.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala historií a významem první pomoci. Výzkum bakalářské práce byl zaměřen na úroveň znalostí první pomoci u studentů a celkový význam první pomoci.

Byli stanoveny 3 cíle:

1. Zjistit informovanost (úroveň znalostí) o první pomoci u studentů jednotlivých fakult (FAME, FHS,FAI,FT) Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně
2. Porovnat znalosti studentů z jednotlivých fakult Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně
3. Zjistit jaký význam má první pomoc pro studenty Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

Cíle práce byly splněny. Z výzkumu jsem zjistila, že studenti FHS mají dostatečné znalosti první pomoci. Bohužel studenti z ostatních fakult mají nedostatky ve znalostech první pomoci. Tento fakt svědčí o tom, že studenti FAME, FAI a FT nejsou zcela připraveni poskytnout předlékařskou první pomoc. Velice překvapivý byl fakt, že více než polovina studentů se ocitla v situacích, kdy musela poskytnout první pomoc. Z dalších otázek dotazníku vyplynulo, že většina studentů zná první pomoc ze základních nebo středních škol, kde se zřejmě nevěnuje dostatek pozornosti při vzdělávání v této problematice. Dále jsem zjistila, že spousta studentů se první pomoc bojí poskytnout nebo při poskytování první pomoci nejednali zcela správně. Proto musím konstatovat, že většina studentů bere svoje životy i životy ostatních lidí na lehkou váhu.

Možné řešení pro praxi spatřuji například v povinně volitelných předmětech na vysokých Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. 73 studentů (63%) uvedlo, že by mělo zájem o další vzdělávání první pomoci. Předpokládám, že o hodiny první pomoci by byl dostatečný zájem z více důvodů. Studenti by získali potřebné kredity, které potřebují ke svému studiu a také by se zdokonalili v poskytování první pomoci.

Vždyť přece život, potažmo zdraví, je to nejcennější, co máme a proto si ho každý chráníme, jak nejlépe umíme.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 320 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
2. J. MÁLEK, A. DVOŘÁK, J. KNOR a kol. *První pomoc*[online]. Praha, 2010. Dostupné z WWW: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/anezteziologie/journal/galerie-download/prvni-pomoc.pdf>. [cit. 2011-04-02]
3. ROGOZOV, V. Historie resuscitace I. *Anesteziologie a intenzivní medicína*, 2003, roč. 14, č. 1.
4. ROGOZOV, V. Historie resuscitace II. *Anesteziologie a intenzivní medicína*, 2003, roč. 14, č. 4.
5. ROGOZOV, V. Historie resuscitace III. *Anesteziologie a intenzivní medicína*, 2004, roč. 15, č. 3.
6. ŠVEJNOHA, J. *Florence Nightingalová*. 1. vyd. Praha: Úřad ČČK, 2004. 52 s.
7. ŠVEJNOHA, J. *Historie mezinárodního červeného kříže*. 1. vyd. Praha: Úřad ČČK, 2008. 151 s. ISBN 978-80-87036-28-0.
8. ŠVEJNOHA, J. *Vzpomínka na Solferino*. 1. vyd. Praha: Úřad ČČK, 2004. 53 s.
9. DOBIÁŠ, V. *Prednemocničná urgentná medicína*. 1. vyd. Martin: Osveta, 207. 381 s. ISBN 978-80-8063-255-7.
10. DOBIÁŠ, V. *Urgentní zdravotní péče*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 176 s. ISBN 978-80-8063-258-8.
11. DVOŘÁČEK, I; HRABOVSKÝ, J. *První pomoc*. 4. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 224 s. 08-105-86.
12. Zákon č. 140/1961 Sb., ze dne 1. ledna 2010, trestní zákon. [online] Dostupné z: http://business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni_zakon/ [cit. 2011-04-03]
13. Zákon č. 20/1966 Sb., ze dne 20. března 1966, o péči o zdraví lidu. [online] Dostupné z: <http://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-c-20-1966-sb-o-peci-o-zdravi-lidu/cele-zneni/> [cit. 2011-04-03]
14. I. VRUBLOVÁ. *Etika v ošetrovatelství* [online]. Ostrava, 2006. Dostupné z WWW: <http://projekty.osu.cz/mentor/II-etika.pdf>. [cit. 2011-04-04]

15. KELNAROVÁ, J. *První pomoc I: Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada publishing , 2007. 109 s. ISBN 9788024721828.
16. BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc: 2. přepracované vydání*. 2. vyd. Praha: Grada publishing, 2004. 76 s. ISBN 80-247-0680-0.
17. CITOVÁ, I; CITA, S. *První pomoc do kapsy*. 1.vyd. Bratislava: PERFEKT, 2004. 127 s. ISBN 80-8046-274-7.
18. TACHAKRA, S. *Příručka první pomoci*. 1. vyd. Bratislava: INA, 1997. 159 s. ISBN 80-8053-000-9.
19. KELNAROVÁ, J. *První pomoc II: Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. Vyd. Praha: Grada publishing , 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-2183-5.
20. KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

.SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BATLS/BARTS	Battlefield advanced trauma life support/battlefield advanced resuscitations and skills z angl. – ucelený systém péče o nemocné s traumaty se zřetelem na válečná poranění
D	dech
EKG	elektrokardiografie
FAI	Fakulta aplikované informatiky
FAME	Fakulta managementu a ekonomiky
FHS	Fakulta humanitních studií
FT	Fakulta technologická
GIT	gastrointestinální trakt - trávicí ústrojí (od úst až k rektu)
JIP	jednotka intenzivní péče
KPCR	kardio-pulmo-cerebrální resuscitace
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
P	puls
TK	Krevní tlak
USA	United States of America – Spojené státy americké
ZZS	Zdravotní záchranná služba

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Modrá hvězda – Hvězda života.....	21
--	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka I – Sebehodnocení dotazovaných.....	38
Tabulka II – Znalost správných poměrů u KPCR.....	39
Tabulka III – Znalost v povinném vybavení autolékarničky.....	40
Tabulka IV – Znalost projevů šoku.....	41
Tabulka V – Znalost ošetření popálenin	42
Tabulka VI – Znalost ošetření zlomenin.....	43
Tabulka VII – Znalost správného poskytnutí KPCR dětem.....	44
Tabulka VIII – Znalost příčin úžehu	45
Tabulka IX – Znalost postupu první pomoci u tepenného krvácení	47
Tabulka X – Zdroje informací o první pomoci	48
Tabulka XI – Důležitost znalostí první pomoci	49
Tabulka XII – Zájem o kurz první pomoci	52
Tabulka XIII – Zkušenost s poskytováním první pomoci.....	53
Tabulka XIV – Znalost trestního zákona	56

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Sebehodnocení dotazovaných.....	38
Graf 2 – Znalost správných poměrů u KPCR	39
Graf 3 – Znalost v povinném vybavení autolékárničky	40
Graf 4 – Znalost projevů šoku	41
Graf 5 – Znalost ošetření popálenin.....	42
Graf 6 – Znalost ošetření zlomenin.....	43
Graf 7 – Znalost správného poskytnutí KPCR dětem.....	44
Graf 8 – Znalost příčin úžehu	45
Graf 9 – Znalost postupu první pomoci u tepenného krvácení	47
Graf 10 – Zdroje informací o první pomoci.....	48
Graf 11 – Důležitost znalostí první pomoci.....	49
Graf 12 – Zájem o kurz první pomoci	52
Graf 13 – Zkušenost s poskytováním první pomoci	53
Graf 14 – Znalost trestního zákona	56

-

SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník

P II Souhlasy s dotazníkovým šetřením

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Ahoj,

jmenuji se Petra Hrušková, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Zpracovávám bakalářskou práci na téma „Historie a význam předlékařské první pomoci“.

Obracím se na tebe s žádostí o spolupráci.

Zvolenou odpověď v příslušné otázce zakroužkuj, pokud není uvedeno jinak. Správná je vždy pouze jedna.

Tento dotazník je anonymní, jeho výsledky budou použity pouze pro mou bakalářskou práci.

Děkuji za spolupráci.

Petra Hrušková

1. Domníváš se, že jsou tvoje vědomosti dostatečné k poskytnutí první pomoci?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

2. Při kardiopulmonální resuscitaci je poměr stlačení a vdechů:
 - a) 15:2
 - b) 30:2
 - c) 6:1

3. Nové autolékarničky dle vyhlášky č.283/2009 musí navíc obsahovat:
 - a) Resuscitační masku, fólii proti prochladnutí, obinadlo
 - b) Trojcípý šátek, resuscitační masku
 - c) Resuscitační masku, fólii proti prochladnutí, nůžky se zaoblenými hroty

4. Rozvíjející se šok u člověka rozpoznáme typickými projevy:
 - a) Prudké kmitání zorniček, horečka, neklid, sípání

- b) Hyperaktivita, blouznění, nesrozumitelné mumláni, třepot
- c) Žízeň, bledost, závrat', zrychlený tep,

5. Při popáleninách 2. Stupně (tvorba puchýřů):

- a) Chladíme ránu tekoucí vodou, kryjeme sterilním obvazovým materiálem
- b) Chladíme ránu tekoucí vodou, propíchneme puchýře
- c) Chladíme ránu tekoucí vodou, strhneme příškvary

6. Při otevřené zlomenině:

- a) Se snažíme vrátit kost do původní polohy
- b) Ošetříme především sterilním obvazovým krytím, pak znehybníme
- c) Končetinu zvedneme a podložíme

7. Kardioresuscitaci u dětí zahajujeme:

- a) Pěti vdechy
- b) Prudkým stlačením hrudníku
- c) 3xstlačením hrudníku

8. Nejčastější příčinou úžehu je:

- a) Pobyt v soláriu delší než 15 min
- b) Velká fyzická námaha při teplotě nad 20°C
- c) Dlouhodobý pobyt na slunci

9. Při ošetřování člověka v šoku se řídíme tzv. 5T (vypište)

.....
.....

10. U tepenného krvácení horní končetiny postupujeme následovně:

- a) Přiložíme tlakový obvaz, a pokud rána prosakuje, provedeme kompresi tlakového bodu na přírodní tepně
- b) Přiložíme tlakový obvaz a zaškrtneme ránu
- c) Přiložíme tlakový obvaz, a pokud rána prosakuje, ránu podložíme

11. První pomoc znáš z:

- a) Ze školy
- b) Z autoškoly
- c) Z kurzu
- d) Z internetu
- e) Jiné zdroje (uveďte jaké)

.....
.....

12. Myslíš si, že je důležité znát základy PP?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepřemýšlel jsem nad tím

12.a Jestliže ano, kdy a proč jsi si uvědomil/a, že je první pomoc důležitá?

.....
.....

13. Jaký význam má pro tebe první pomoc?

.....
.....
.....

14. Měl/a bys zájem, zúčastnit se kurzu první pomoci?

- a) Ano
- b) Ne

15. Ocitl/a jsi se někdy v situaci, kdy jsi musel podat první pomoc?

- a) Ano
- b) Ne

15.a Jestliže ano, byl jsi při podávání první pomoci jistý nebo u tebe převládala panika a nejistota?

.....
.....

15.b Jestliže ne, máš obavy z takových situací nebo si myslíš, že je zvládneš?

.....
.....

16. Neposkytnutí první pomoci (pokud je postižený v ohrožení života) je trestné, výjimka platí pouze v případech:

- a) pokud ohrožuje svůj život, nebo život jiného
- b) pokud neohrožuje svůj život


17. Právě studuješ?

- a) FHS
- b) FAME
- c) FAI
- d) FT

Děkuji

PŘÍLOHA P II: SOUHLASY S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Petra Hrušková
Téma bakalářské práce	Historie a význam předlékařské první pomoci
Skupina respondentů	studenti
Pracoviště	Fakulta aplikované informatiky UTB ve Zlíně

Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 20. 3. 2011



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství




.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.


Jméno a příjmení studenta	Petra Hrušková
Téma bakalářské práce	Historie a význam předlékařské první pomoci
Skupina respondentů	studenti
Pracoviště	Fakulta technologická UTB ve Zlíně

Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 20. 3. 2011


.....
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství


.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

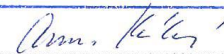
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Petra Hrušková
Téma bakalářské práce	Historie a význam předlékařské první pomoci
Skupina respondentů	studenti
Pracoviště	Fakulta humanitních studií UTB ve Zlíně


Děkujeme za pochopení a spolupráci.




Ve Zlíně dne 20. 3. 2011


.....
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství


.....
razítko a podpis zástupce zařízení

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Petra Hrušková
Téma bakalářské práce	Historie a význam předlékařské první pomoci
Skupina respondentů	studenti
Pracoviště	Fakulta managementu a ekonomiky UTB ve Zlíně

Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 20. 3. 2011


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství


razítko a podpis zástupce zařízení



Prohláším, předpokládám, že studenti budou osloveni na dobrovolné bázi.

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

