

Úroveň znalostí zdravotnických pracovníků nelékařských oborů poskytnout první pomoc v terénu.

Barbora Lacigová

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: **Barbora LACIGOVÁ**

Osobní číslo: **H080205**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Úroveň znalostí zdravotnických pracovníků
nelékařských oborů poskytnout první pomoc
v terénu.**

Zásady pro vypracování:

1. Zpracování teoretické části

Rozdělit a popsat první pomoc.

Popsat historii první pomoci.

Objasnit legislativu týkající se první pomoci.

Seznámit s obsahem předmětu první pomoc u zdravotnických asistentů, diplomovaných sester a sester s vysokoškolským vzděláním.

2. Zpracování praktické části

Stanovit cíle práce.

Pomocí dotazníkového šetření zjistit úroveň znalostí první pomoci u zdravotnických asistentů, diplomovaných sester a sester bakalářek.

Analyzovat data získaná průzkumem.

Interpretovat výsledky.

Seznámit s výsledky šetření odbornou veřejností.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

1. DOBIÁŠ, V. **Přednemocničná urgentná medicína**. 1. vyd. Turany: Osveta, 2007. 382 s. ISBN 978-80-8063-255-7.
2. DORKOVÁ, Z., JUKL, M., CICHÁ, M. **Průvodce první pomocí pro pedagogy**, 1. vyd. Olomouc: UP Olomouc, 2007. 69 s. ISBN 978-80-244-1982-4.
3. ERTLOVÁ, F., MUCHA, J. **Přednemocniční neodkladná péče**. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 368 s. ISBN 80-7013-379-1.
4. ŠTĚTINA, J., et al. **Medicína katastrof a hromadných neštěstí**. Praha: Grada, 2000. 424 s. ISBN 80-7169-688-9.
5. ZEMAN, M. **První pomoc**. 2. vyd. Praha: Galén, 1998. 143 s. ISBN: 80-85824-46-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Markéta Blažková

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 Zlíně25.2.2011.....

.....Štejná Barbora.....

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 nevydělečně 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 nahlížení 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 užít 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 výdělku jím 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá úrovní znalostí všeobecných sester poskytnout první pomoc v terénu. Práce se zaměřuje na znalosti sester v oblasti poskytování laické první pomoci dle aktuálních doporučení, neboť všeobecné sestry by měly nejen znát nové metody a postupy k provádění první pomoci, ale také by je měly umět aplikovat v praxi. Teoretická část práce se zabývá pojmy, jako jsou první pomoc a její historie, výuka první pomoci, legislativa první pomoci. V praktické části jsou zpracovány a vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření, které jsou na závěr v rámci stanovených cílů zhodnoceny.

Klíčová slova:

guidelines, právní ustanovení, první pomoc, výuka první pomoci, záchranný řetězec

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with level of knowledge of non-medical health workers to provide first aid in the field. The thesis targets the knowledge of nurses to provide amateur first aid according to current recommendations, because nurses should know new methods and techniques to provide first aid and they should be able to apply them in working experience as well. The theoretical part deals with terms such as first aid and its history, first aid education, legislature in the first aid. The results of the questionnaire examination are processed and evaluated in the practical part and summarized in the conclusion within defined aims.

Keywords:

guidelines, law regulation, first aid, first aid education, rescue string

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala Mgr. Markétě Blažkové, vedoucí mé práce, za vstřícný přístup a odbornost při vedení mé bakalářské práce, stejně tak za její cenné rady a doporučení, které mi velmi pomohly.

Dále bych ráda poděkovala MUDr. Luboru Hruškovi za konzultace a pomoc s výběrem odborných otázek do mého dotazníku.

OBSAH

ÚVOD.....	10	
I	TEORETICKÁ ČÁST	11
1	HISTORIE PRVNÍ POMOCI.....	12
2	PRVNÍ POMOC	15
2.1	CÍLE PRVNÍ POMOCI	15
2.2	ROZDĚLENÍ PRVNÍ POMOCI.....	15
1.2.1.	Základní první pomoc.....	16
1.2.2.	Rozšířená první pomoc.....	16
1.2.3.	Technická první pomoc	16
2.3	ZÁSADY PRVNÍ POMOCI	17
2.4	ZÁCHRANNÝ ŘETĚZEC	18
2.5	ŘETĚZEC PŘEŽITÍ	19
3	PRÁVNÍ DŮSLEDKY PLYNOUCÍ Z NEPOSKYTNUTÍ PRVNÍ POMOCI	21
3.1	ZÁKON Č. 20/1966 SB.	21
3.2	TRESTNÍ ZÁKON Č. 40/2009 SB.....	21
4	VÝUKA PRVNÍ POMOCI ZDRAVOTNICKÝCH ASISTENTŮ, DIPLOMOVANÝCH SESTER A SESTER BAKALÁŘEK.....	23
4.1	ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT.....	23
4.1.1	Pojetí vyučovacího předmětu	23
4.1.2	Výchovně - vzdělávací cíle	24
4.1.3	Dovednosti	24
4.1.4	Postojová oblast	24
4.1.5	Pojetí výuky.....	25
4.2	DIPLOMOVANÁ VŠEOBECNÁ SESTRA A VŠEOBECNÁ SESTRA	26
4.2.1	Doba studia.....	26
4.2.2	Forma studia.....	26
4.2.3	Předmět první pomoc	26
5	EVROPSKÁ RADA PRO RESUSCITACI A ČESKÁ RESUSCITAČNÍ RADA	27
5.1	ERC GUIDELINES	27
5.2	ČESKÁ RESUSCITAČNÍ RADA	29
II	PRAKTICKÁ ČÁST	31
1	CÍLE PRŮZKUMU	32
2	METODOLOGIE PRŮZKUMU	33

2.1	METODIKA PRŮZKUMU	33
2.2	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU	33
2.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	34
2.4	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	34
2.5	VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA	34
3.	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	35
	DISKUZE	59
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	68
	SEZNAM GRAFŮ	69
	SEZNAM TABULEK.....	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

V životě se běžně setkáváme se situacemi, při kterých se snažíme pomoci druhým. Do jedné z klíčových oblastí patří poskytování první pomoci. Schopnosti správně a účinně poskytnout první pomoc, jsou podle mého názoru jedny z nejdůležitějších, zvláště v povolání všeobecné sestry.

Moje bakalářská práce se zabývá znalostmi všeobecných sester v oblasti poskytování první pomoci v terénu, tedy mimo zdravotnické zařízení. Toto téma jsem si zvolila z toho důvodu, že je mi tato oblast, a sice poskytování první pomoci, velmi blízká a zajímalo mě, jak na tom jsou právě všeobecné sestry z mého okolí. K volbě tématu jsem také dospěla na základě toho, že bych se v tomto odvětví, tedy ošetrovatelství a záchrany osob chtěla po studiu uplatnit. Sama jsem byla svědkem vážné dopravní nehody, kdy jsem se snažila pomoci postiženým. Tato událost mě velmi ovlivnila a tehdy jsem si uvědomila, jak důležité je vědět, jak se při takovéto situaci správně zachovat a jakým způsobem postupovat při záchrane raněných, kteří potřebují naši pomoc.

Touto prací bych se tedy chtěla dozvědět, zda je úroveň poskytování první pomoci na takové úrovni, abychom si byly jisté, že děláme pro pacienty jen to nejlepší a že jsme takovými odbornicemi, jak se od našeho povolání očekává.

Vzhledem k neustálým změnám v poskytování první pomoci, které jsou vydávány jako doporučení Evropskou radou pro resuscitaci, mě zajímalo povědomí právě těchto doporučení, z nichž nejnovější byly vydány teprve koncem loňského roku. Myslím si, že znalosti těchto postupů jsou důležité pro efektivní poskytování první pomoci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE PRVNÍ POMOCI

Historie poskytování pomoci raněným a nemocným je stejně stará jako člověk. Lidé se již odnepaměti zabývali tím, jak předcházet nemocem, péčí o udržování zdraví a poskytování pomoci při újmě na zdraví a při zraněních. Touha udržet si zdraví, vzájemně si pomáhat a poskytovat pomoc při zraněních souvisela s přežitím sociální skupiny. Každá společnost uznávala potřebu starat se a poskytovat pomoc těm, kteří trpí vážnými nemocemi, nebo u kterých došlo k náhlému ohrožení zdraví a života a nejsou schopni si sami pomoci a postarat se o sebe (Dobiáš, 2007).

Již Babyloňané, staří Řekové a Římané poskytovali první pomoc. Konfucius (552-479 před Kristem) zastával názor, že „*Zachránce jednoho člověka je větší, než přemožitel jednoho města.*“ Také Budha ve 4. století před Kristem vydal příkázání: „*Kdo chce mně sloužit, ošetřuj nemocné!*“ V literatuře ani v jiných dostupných pramenech není zmínka o tom, že by záchrana lidského života byla činnost, na kterou by se lidé v jejich době záměrně připravovali či jinak školili pro její lepší úroveň. S vývojem lidstva došlo k rozdělení společnosti, vznikaly státy a začaly války. Znovu tedy vznikla potřeba první pomoci, která se stala nevyhnutelnou při zachraňování života raněných bojovníků.

První pomoc ve starověku a středověku závisela na úrovni tehdejší medicíny. Lékařské poznatky byly tehdy nedokonalé také proto, že předsudky o nedotknutelnosti mrtvého bránily poznání o skladbě a činnosti lidského těla. Během středověku, rytíři St. John, známí také jako Maltézští rytíři, začali pomáhat jejich zraněným druhům, tvořili tak základ moderního sboru Maltézských rytířů a činnosti ambulance St. John. Polní nouzová péče byla poskytována v různých formách od začátku zaznamenané historie. Vývoj medicíny pokročil až v novověku, kdy se začínají uplatňovat vědecky zdůvodněné výkony první pomoci a objevují se nové, dokonalejší metody. První pomoc se začíná organizovat.

Teprve v 16. a 17. století se pomoc bližním znovu oživila a byly vydány první knihy, pojednávající o první pomoci. Podobně v roce 1768 v Hamburku, v roce 1774 v Paříži a Londýně vznikly stanice první pomoci. První záchranná služba - pod názvem „Humanitní společnost pro záchranu zdánlivě mrtvých a v náhlém nebezpečí smrti se ocitnuvších“ byla založena roku 1798. V Praze byla zřízena stanice první pomoci roku 1792 přičiněním činitele Karlovy univerzity Vojtěcha Vincence Čady. Tento záchranný ústav byl vyzbrojen

různými zachraňovacími pomůckami a přístroji. Byla stanovena odměna zachráncům zdánlivě mrtvých z pokladny městské, zemské i státní a jejich jména uveřejňována byla s pochvalou na úředních tabulích (Dvořáček, 2009).

Za základ zdravotní služby a záchranných činností v terénních podmínkách se pokládá třídění raněných (slovo pochází z francouzského trier = třídit). Tento výkon byl znám už od dob Napoleonských válek, kde vojenský chirurg Lasse zavedl tzv. létající sanitní četou uskutečňující třídění raněných pro nedostatek zdravotnických prostředků. Hlavní princip spočíval v pomoci co největšímu počtu postižených, v první řadě těm, kterým bylo možno pomoci, ačkoliv jejich stav nevyžadoval urgentní pomoc. Podstatu tohoto způsobu zdravotní péče využívají vojenské a civilní záchranné služby v době válečných konfliktů a živelných pohrom nebo katastrof dodnes (Dobiáš, 2007).

V roce 1857, tj. šest let před založením mezinárodního červeného kříže byl ustaven Pražský dobrovolný sbor ochranný. Pouze tři členové sboru byli zdravotníci. Cílem tohoto sboru je „ochránit co jest ochrany hodno, zachránit v každém druhu nebezpečí jak životy lidské, tak i majetek spoluobčanů dobrovolně, neohroženě a nezištně“. Členové družstva byli označeni červeno-bílou stuhou na levé paži, později sborovým oznamem. Historie medicíny katastrof začíná v 70. letech 18 století při poskytování neodkladné péče. Baron Larrey byl prvním, jenž nedělal vůbec žádný rozdíl mezi vlastním a nepřátelským zraněným. Zavedl do válečné medicíny třídění raněných a rozhodl se, že je třeba péči o raněné zlepšit a zdokonalit. Myšlenka vyházel z osobního pozorování, že voják ošetřený brzy po zranění má mnohem větší šanci na přežití, než ten který je léčen až po mnoha hodinách. Také si všiml, že velká ztráta krve je významné špatné znamení, a proto kladl důraz na okamžité zastavení krvácení. V letech 1853-1856 vstoupila Velká Británie, Francie a Turecko do války proti Rusku na Krymu. Poprvé za bojujícími jednotkami následovaly skupiny vyškolených dobrovolných ošetřovatelek, které pomáhaly raněným vojákům. V Británii vypukl skandál, když vyšlo najevo, že o francouzské vojáky se starají milosrdné sestry, zatímco britští vojáci jsou odkázáni na nekvalifikované sanitáře a hromadně umírají. Na ruské straně fronty jejich práci organizoval chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov, na anglické straně ošetřovatelka Florence Nightingalová. Spolu s dalšími 38 zdravotními sestrami odjela v roce 1854 do Skutaru (Turecko), aby pomáhala zraněným vojákům v krymské válce. Britům chyběly léky i personál a rázná Florence zorganizovala zdravotní pomoc přímo na místě. Po návratu založila zdravotnickou školu pro sestry při Nemocnici sv. Tomáše v Lon-

dýně. Své poznatky Florence Nightingalová prezentovala v publikaci Zápisky o armádě a nemocnici. Florence měla množství zásad, které sepsala v Poznámkách k ošetrovatelské péči. Rozšířila vojenské zdravotnictví o nový prvek - ošetrovatelskou péči o raněné a nemocné vojáky ve válce. Do té doby byl kladen důraz pouze na péči lékařskou (Dvořáček, 2009).

Roku 1863 vznikla významná mezinárodní zdravotnická organizace Červený kříž, která dodnes hraje úlohu při ochraně zdraví lidí a pomoci zdravotníkům v době válek i mimo ně. Jejím zakladatelem je Švýcar Henry Dunant, který přišel s myšlenkou založit tuto mezinárodní organizaci jako svědek krvavé bitvy u Solferina roku 1859 (Dobiáš, 2007). Červený kříž se stal pomocnou organizací vojenské zdravotnické služby. Mezinárodní hnutí Červeného kříže a Červeného půlměsíce, které se zrodilo ze snahy pomáhat zraněným na bojištích bez jakéhokoliv rozdílu. Zdravotnická nosítka a kufřík první pomoci vyvinul Matyáš Žďárský (1856 -1940). V roce 1881 byla z popudu Prof. MUDr. Jaromíra von Mundy ve Vídni založena dobrovolná ochranná společnost pro poskytování první pomoci při neštěstích. Lze tedy opodstatněně tvrdit, že dr. J. Mundy (1822 -1894) je zakladatelem všeobecného záchranářství (Dvořáček, 2009). V 19. století nastal pokrok i v poskytování dokonalejší první pomoci. Na tom má zásluhu J. F. A. Esmarch, který v roce 1881 v Berlíně založil první samaritánskou školu na výuku první pomoci.

V roce 1953 profesori K. H. Bauer a R. Frey napsali Clinomobil, který byl návodem, jak poskytnout potřebnou pomoc v celkovém rozsahu přímo na místě neštěstí. V popředí už nebyl rychlý transport do specializovaného zařízení, ale důležitá byla rychlá přeprava lékaře na místo neštěstí. Petr Safar a James Elam v roce 1956-1958 podrobně zpracovali problematiku umělého dýchání z plic do plic. Současně Leo Kjuwenhoven, James R. Jude a Guy Knickerbocker prokázali v roce 1960 účinnost nepřímé srdeční masáže a popsali její techniku. Spojením obou způsobů ožívání byl daný základ neodkladné resuscitace, která změnila pohled na smrt (Dobiáš, 2007).

2 PRVNÍ POMOC

„První pomoc je soubor jednoduchých a účelných metod a opatření, která mohou být poskytnuta kýmkoliv, kdekoliv a kdykoliv jako bezprostřední pomoc při náhlém postižení zdraví“ (Ertlová, Mucha, 2008 str. 13).

Úkolem první pomoci je provést nezbytná opatření tak, aby se následky poruchy zdraví nebo ohrožení života projeví co nejméně, předešlo se možným komplikacím a zajistily se předpoklady pro rychlé a uspokojivé uzdravení poškozeného. Dalším úkolem je i snaha o zmírnění bolestí a uskutečnění podmínek pro potřebný transport zraněného do místa, kde lze poskytnout definitivní ošetření a léčbu. Při všech úkonech prováděných v rámci první pomoci je nutné postupovat rychle, ale především šetrně. Postiženého ošetřujeme v té poloze, která je pro jeho stav nejvýhodnější, vždy však tak, abychom mu viděli do obličeje a trvale sledovali jeho reakce. Jednání zachránce musí být klidné, rozhodné a účelné (Zeman, 1998).

2.1 CÍLE PRVNÍ POMOCI

- Záchrana života postiženého.
- Zabránění zhoršování stavu nemocného.
- Zabránění vzniku komplikací.
- Urychlení rekonvalescence.

(Dorková, Jukl, Cichá, 2007)

2.2 ROZDĚLENÍ PRVNÍ POMOCI

První pomoc můžeme rozdělit na:

- Základní první pomoc
- Rozšířená první pomoc
- Technická první pomoc

Někteří autoři místo termínů základní a rozšířená první pomoc používají pojmy laická a odborná první pomoc. Tato terminologická odlišnost je dána zpravidla tím, zda mluvčí klade větší důraz na možnost použití specializovaného vybavení, nebo na odbornou kvalifikaci osob, které první pomoc poskytují.

Z širšího zorného úhlu pohledu, než čistě zdravotnického, může být první pomoc rozdělována na první pomoc technickou a první pomoc zdravotnickou (Ertlová, Mucha, 2008 str. 13).

1.2.1. Základní první pomoc

Základní první pomoc je soubor metod a opatření, která mohou být při náhlém postižení zdraví poskytnuta nebo provedena bez jakéhokoliv specializovaného vybavení. Její součástí je i přivolání odborné (nejčastěji zdravotnické) první pomoci a v případě bezprostředního ohrožení života i základní neodkladná resuscitace (Ertlová, Mucha, 2008 str. 13).

1.2.2. Rozšířená první pomoc

Rozšířená první pomoc navazuje na základní a zahrnuje použití specializovaného vybavení (přístroje, nástroje, nejrůznější pomůcky a léky) odborně školenými pracovníky. Její součástí je v případě potřeby i převoz postiženého do stálého zdravotnického zařízení k poskytnutí definitivního ošetření nebo k zabezpečení pokračujícího léčení. U případů bezprostředního ohrožení života je pak její součástí samozřejmě i rozšířená neodkladná resuscitace (Ertlová, Mucha, 2008, str. 13).

1.2.3. Technická první pomoc

Technická první pomoc má za úkol vytvořit podmínky a možnosti pro následné poskytnutí první pomoci zdravotnické (např. vyproštěním postiženého po jeho zasypaní či zaklínění, vnesením ze zamořeného prostředí atd.). Technickou první pomoc můžeme rozlišovat na základní a rozšířenou podle toho, zda je k ní zapotřebí speciálního vybavení (hydraulické nůžky, těžká zvedací technika, speciální ochranné obleky apod.) či nikoliv (Ertlová, Mucha, 2008 str. 13).

V rámci první pomoci můžeme rozdělit výkony, které provádíme na výkony neodkladné a na výkony odkladné. Neodkladné výkony jsou ty, které jsou nutné poskytnout pro záchranu života. Výkony odkladné jsou ty, které nemusíme bezprostředně provést pro zá-

chranu života. Pokud tyto výkony neprovedeme, neohrozíme život ani zdravotní stav pacienta (Dorková, Jukl, Cichá, 2007).

2.3 Zásady první pomoci

Při poskytování první pomoci provádíme fyzikální vyšetření:

- **pohledem** – dýchací pohyby, chování postiženého, výraz obličeje, barva kůže, poloha a nepřirozený tvar těla nebo jeho části, aktivní hybnost končetin, krvácení, zvracení, jsme-li svědky nehody, vidíme mechanismus úrazu,
- **poslechem** – dýchací šelesty, spontánní projevy postiženého (sténání, chrčení, křik), odezva na oslovení a manipulaci, provádíme slovní kontrolu stavu vědomí,
- **pohmatem** – vyšetření základních životních funkcí (dýchací pohyby, tepová vlna), zlomeniny kostí (nepřirozená poloha a pohyblivost částí končetin), teplota kůže, citlivost, bolestivost orgánů při pohmatu,
- **čichem** – abnormální zápach z dechu postiženého (alkohol, aceton), jiný zápach na místě nehody (plyn, benzin, chemikálie, spálenina...).

(Srnský et al., 2002)

Následně se představíme (uvedeme svou zdravotnickou kvalifikaci), mluvíme zřetelně, dospělým vykáme, jednáme slušně, zdvořile, důstojně a empaticky. Nemocného se snažíme získat ke spolupráci (záleží na stavu postiženého). Vždy provádíme veškeré úkony tak, aby nás pacient viděl. Vše co děláme, přiměřeně a srozumitelně vysvětlíme, vyvarujeme se spekulací. Nemocnému nebereme naději, informujeme jej jen v mezích svých kompetencí. Za všech okolností respektujeme práva nemocného (Kodex práv pacientů). Informace, které se dozvíme, i vlastní nález považujeme za důvěrné. Důležité je také nenechat odpoutat svou pozornost okolím (nenechat se vyprovokovat slovní nebo fyzickou agresí). A na závěr: Primum non nocere! - především neublížit a nebýt příčinou dalšího utrpení (Bydžovský, 2008).

2.4 Záchranný řetězec

„Záchranný řetězec je vyjádřen časově, věcně i odborně na sebe navazující komplex jednotlivých článků neodkladné péče o osoby bezprostředně ohrožené na životě v důsledku náhle vzniklé poruchy zdraví nebo náhlého zhoršení již dříve vzniklé poruchy zdraví“. Ve své klasické učebnicové podobě se mu přisuzuje pět základních článků:

- poskytnutí základní první pomoci (dle potřeby včetně technické),
- vyrozumění a přivolání odborné první pomoci (tísňové volání),
- vlastní poskytnutí odborné (rozšířené) první pomoci, dle potřeby event. i technické,
- transport postiženého do zdravotnického zařízení za pokračujícího poskytování přednemocniční neodkladné péče (tzv. zajištěný transport),
- přijetí postiženého na lůžko neodkladné péče (navazující nemocniční neodkladná péče) (Ertlová, Mucha, 2002 str. 14).

Jiná literatura uvádí záchranný řetězec jako soubor čtyř článků, kterými jsou:

- Laická první pomoc, která v sobě zahrnuje omezenou technickou pomoc, základní ošetření a vyrozumění na tísňové lince. Do této části patří zabezpečení místa nehody, vytvoření bezpečných podmínek pro zachraňujícího, vyproštění postiženého z nebezpečné oblasti, přivolání specializované pomoci, umělé dýchání a masáž srdce, zástava krvácení, uložení postiženého do vhodné polohy a protišoková opatření.
- Přednemocniční neodkladná péče. Jde o odbornou první pomoc, kterou na místě nehody a v průběhu transportu poskytují lékaři a zdravotničtí záchranáři.
- Transport do lůžkového zařízení. Realizuje se vozidly a týmy ZZS, jeho součástí je předání avíza přijímacímu oddělení.
- Nemocniční neodkladná péče. Zahrnuje urgentní příjem, diagnostiku, resuscitační postupy, operace a intenzivní péči (Říha, 2008, online).

2.5 Řetězec přežití

„Od termínu záchranný řetězec se svým pojmenováním i obsahem mírně odchyluje pojem řetězec přežití, který zdůrazňuje nezbytnost provedení řady úkonu v jejich časové posloupnosti, rychlé návaznosti a úplnosti jako předpoklad pravděpodobnosti úspěchu neodkladné resuscitace po zástavách oběhu zejména z kardiálních příčin“ (Ertlová, Mucha, 2002 str. 14).

Řetěz má čtyři články:

- časný přístup a přivolání první pomoci,
- časnou základní neodkladnou resuscitaci,
- časnou defibrilaci,
- časnou resuscitační, kardiálně zaměřenou péči.

Při opomenutí nebo opoždění kteréhokoliv z uvedených článků je přežití postiženého nepravděpodobné (Ertlová, Mucha, 2008 str. 14).

Do příjezdu Zdravotnické záchranné služby je potřeba:

- pokud došlo k zástavě srdeční činnosti, vytrvat v provádění kardiopulmonální resuscitace,
- uložit postiženého do vhodné polohy,
- bránit tepelným ztrátám a snažit se omezit bolestivé podněty,
- označit místo nehody, event. vyslat kontaktní osobu k orientačnímu místu.

(Dorková, Jukl, Cichá, 2007)

Výkony zachraňující život jsou takové medicínské úkony, bez kterých by bylo přežití osoby v bezprostředním ohrožení života nepravděpodobné. Neodkladná péče o postiženou osobu je tedy realizována právě pomocí těchto výkonů. Mezi tyto výkony patří např. neodkladná resuscitace, zástava masivního krvácení, atd.

Hlavní zásady, na které bychom měli pamatovat při jejich provádění, jsou:

- při výkonu se snažíme minimalizovat riziko komplikací,
- riziko komplikací není důvod pro neprovedení potřebného výkonu v případě krajní nouze,
- většina těchto výkonů nesmí být přerušena do dosažení žádoucího efektu, nebo do konstatování smrti lékařem,
- výkony mohou být prováděny i bez souhlasu nemocného (pokud nelze být tento souhlas vyžádán vzhledem ke zdravotnímu stavu) (Ertlová, Mucha, 2002).

3 PRÁVNÍ DŮSLEDKY PLYNOUCÍ Z NEPOSKYTNUTÍ PRVNÍ POMOCI

3.1 Zákon č. 20/1966 Sb.

Základní povinnost každého občana v oblasti poskytnutí první pomoci je upravena zákonem č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu v platném znění, kdy dle ustanovení § 9 odstavec 4 musí každý poskytnout či zprostředkovat nezbytnou pomoc zejména osobě, která je v nebezpečí života nebo jeví známky závažné poruchy zdraví.

3.2 Trestní zákon č. 40/2009 Sb.

§ 150

(1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na 2 roky.

(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 3 léta, nebo zákazem činnosti.

§ 151

Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na 5 let nebo zákazem činnosti.

Nezbytnou pomocí (obecně v praxi) je touto úpravou míněno jednání, kdy – setkám-li se s nějakou nehodou či stavem spoluobčana, který se jeví jako zdraví a život ohrožující – nemohu odejít, aniž bych zajistil pomoc či se spolehl na to, že někdo jiný ji poskytne. Tím minimálním je přivolat kvalifikovanou zdravotní službu a do jejího příjezdu činit alespoň minimální kroky ke stabilizaci zraněného např. snahu o zástavu intenzivního krvácení jakýmkoliv laickým zásahem nebo obnovení dýchání v případě překážky v dýchacích cestách či uložení do zajišťující polohy.

Soudní praxe v zásadě stíhá jakékoliv opuštění raněného, aniž by byla zavolána záchranná služba a občan zde u raněného nevyčkal jejího příjezdu a nechal raněného napospas času (První pomoc, 2009, online).

4 VÝUKA PRVNÍ POMOCI ZDRAVOTNICKÝCH ASISTENTŮ, DIPLOMOVANÝCH SESTER A SESTER BAKALÁŘEK

4.1 ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT

Obor – Zdravotnický asistent (studijní obor: 53-41-M/007)

Učební osnovy předmětu první pomoc pro střední zdravotnické školy schválilo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy po dohodě s Ministerstvem zdravotnictví dne 17. 12. 2003, čj. 33 318/2003-23, s platností od 1. září 2004 počínaje prvním ročníkem.

4.1.1 Pojetí vyučovacího předmětu

Obecným cílem předmětu je seznámit žáky s moderním pojetím první pomoci a fungováním jednotného záchranného systému, naučit je pohotově reagovat a správně postupovat v život ohrožujících situacích (a to jak v nemocničním prostředí, tak v terénu), při živelných katastrofách, teroristických útocích a jiných mimořádných situacích. Cíl vyplývá z povinnosti zdravotnických pracovníků 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. Součástí je i vybrané učivo týkající se ochrany člověka za mimořádných událostí. Žáci jsou vedeni k osvojení nejen potřebných vědomostí, ale zejména ke zvládnutí dovedností v předlékařské první pomoci a zásad bezpečného chování v situacích obecného ohrožení. Dalším cílem je vést žáky k osvojení etických aspektů první pomoci a k získávání vlastností zachránce. Z hlediska požadovaných klíčových kompetencí spočívá přínos předmětu především v rozvíjení dovednosti řešit problémy, tzn. zejména rychle se orientovat v situacích ohrožení života a správně a pohotově poskytnout první pomoc, efektivně komunikovat a podle situace spolupracovat s dalšími osobami nebo složkami záchranného systému. Výuka podporuje rovněž rozvoj personálních kompetencí žáků - tj. především dovednosti správně odhadovat své schopnosti a možnosti, jednat odpovědně a samostatně.

4.1.2 Výchovně - vzdělávací cíle

Výuka směřuje k tomu, aby student po jejím ukončení měl tyto vědomosti:

- znal integrovaný záchranný systém a své místo v něm,
- dokázal popsat, zaznamenat a předat důležité informace o vzniklé události, při které poskytoval první pomoc,
- znal jednotný postup při poskytování první pomoci,
- osvojil si poznatky o příčinách, příznacích, způsobu ošetřování a nejčastějších komplikacích jednotlivých typů poranění,
- znal obecná pravidla ochrany člověka za mimořádných událostí.

4.1.3 Dovednosti

Mezi dovednosti, které se má student naučit během studia, patří takové, aby:

- byl schopen zahájit neodkladnou resuscitaci,
- při vyšetřování a ošetřování zraněného postupoval dle osvojeného jednotného systému pro poskytování první pomoci,
- uměl kriticky zhodnotit vzniklou situaci a rozhodnout o prioritách poskytování první pomoci,
- uměl poskytnout první pomoc u zraněného v bezvědomí, při krvácení, PNO, poranění kostí, kloubů a měkkých částí těla, ošetřit popáleného, poleptaného, atd.,
- v případě nutnosti zajistil nezbytný transport zraněného,
- uměl využít k poskytování první pomoci, a to jak v nemocničním prostředí, tak v terénu, všech dostupných pomůcek.

4.1.4 Postojová oblast

V postojové oblasti se předmět zaměřuje na to, aby student:

- přijímal osobní zodpovědnost za provedení první pomoci,

- byl si vědom významu soustavného vzdělávání v oblasti první pomoci a akutní medicíny,
- řídil se etickými zásadami při poskytování první pomoci,
- byl ztotožněn s vlastnostmi záchrance,
- uvědomoval si význam osobní ochrany, nutnost efektivního jednání a vzájemné pomoci při hrozbě nebo vzniku mimořádných událostí.

4.1.5 Pojetí výuky

Předmět první pomoc je chápán jako teoreticko-praktický. Z vyučovacích forem by mělo převládat cvičení jednotlivých postupů doplněné diskusemi a besedami s odborníky zaměřené na ochranu osob za mimořádných situací. Žádoucí je zařazování modelových situací i konfrontace životních zkušeností žáků. Přínosné budou také exkurze do středisek integrovaného záchranného systému. Při výuce se doporučuje využívat mezipředmětových vztahů (v návaznosti na učební plán daného studijního oboru).

Předmět se doporučuje zařadit do 2. ročníku, celkový rozsah výuky je 1 vyučovací hodina týdně (tj. 34 hodin celkem). Při výuce se třída se dělí na skupiny, předmětu se vyučuje ve dvouhodinových celcích. Výuku lze také organizovat blokově nebo jako ucelený kurz. Počty hodin uvedené v rozpisu učiva jsou orientační (MŠMT, 2004, online).

4.2 DIPLOMOVANÁ VŠEOBECNÁ SESTRA A VŠEOBECNÁ SESTRA

Všeobecná sestra – bakalářský studijní program (studijní obor: 5341 R)

Diplomovaná všeobecná sestra – vzdělávací program pro Vyšší odborné školy zdravotnické (studijní obor: 5341-N/1)

Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.

4.2.1 Doba studia

Standardní dobou jsou nejméně 3 roky studia a nejméně 4 600 hodin teoretické výuky a praktického vyučování, z toho nejméně 2 300 hodin a nejvýše 3 000 hodin praktického vyučování.

4.2.2 Forma studia

Co se týče forem studia, je možné studovat buď v bakalářském studijním programu (prezenční forma, distanční forma nebo jejich kombinace), nebo ve vzdělávacím programu pro vyšší odborné školy zdravotnické a to formou denního, večerního, dálkového, distančního nebo kombinovaného studia.

4.2.3 Předmět první pomoc

Předmět první pomoc patří mezi povinné oborové předměty – kategorie A. Pro zajímavost zde uvádím i anotaci předmětu první pomoc.

Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický. Poskytuje vědomosti a dovednosti pro poskytování předlékařské první pomoci. Student si osvojí základní znalosti zásad první pomoci při různých zdravotních poškozujících stavech. Součástí předmětu jsou i poznatky z medicíny katastrof, neodkladné péče a krizového managementu.

Minimální počet hodin výuky první pomoci je 12 hodin (MZČR, 2005, online).

5 EVROPSKÁ RADA PRO RESUSCITACI A ČESKÁ RESUSCITAČNÍ RADA

5.1 ERC GUIDELINES

První opravdová pravidla pro resuscitaci pod názvem GUIDELINES 2000 vyšla v roce 2000. Jejich autorem byla Evropská rada pro resuscitaci (ERC). S rostoucí úrovní medicíny a nových poznatků se tato doporučení každých pět let aktualizují. Kromě evropské rady pro resuscitaci vydává svoje doporučení také Americká kardiologická asociace (American Heart Association, AHA). Ta v roce 2008 vydala své doporučení, dle kterého nezkušený laik není povinen při resuscitaci zapojovat úkon dýchání z plic do plic.

28. listopadu 2005 zveřejnilo svá inovovaná doporučení několik významných organizací, zabývajících se neodkladnou resuscitací. Nové doporučené postupy vycházejí co nejdůsledněji ze závěrů konsensuální konference v Dallasu v lednu 2005, byť se v detailech liší. Je tomu zejména tam, kde „medicína založená na důkazech“ neposkytuje dostatek dat pro jednoznačná doporučení.

Doporučené postupy všech zúčastněných organizací jsou několikasetstránkové dokumenty, zabývající se nejen vlastním prováděním obecné neodkladné resuscitace, ale i resuscitací za specifických okolností a dále zahrnující široký okruh souvisejících problémů, jako jsou například optimalizace postupu u akutních koronárních syndromů, etické aspekty resuscitace či zásady výcviku laiků i profesionálních záchranářů.

Nejnovější pravidla a sice GUIDELINES 2010 vyšly 18. října 2010.

V dokumentu nejsou očekávány natolik radikální změny jako před pěti lety a jejich přípravu dobře shrnuje podtitul „Keep things as simple as possible and limit changes as much as possible“ (Ponechme postupy co nejjednodušší a maximálně omezme jakékoliv změny).

Změna v Guidelines proto rozhodně neznamená, že dosavadní praxe byla prováděna chybně nebo neefektivně, a že i do budoucna nelze akceptovat jiný postup než uvedený v Guidelines.

„V medicíně neexistuje mnoho situací, které by probíhaly zcela „podle učebnice“, a v resuscitační medicíně toto platí dvojnásob“ (Truhlář, 2008, online).

„Doporučené postupy jsou určeny pro situace, kdy nemáme důvod postupovat jinak“ (Černý, 2009).

Jejich význam lze shrnout do několika bodů:

- Sjednocení léčebných postupů u identické populace nemocných.
- Vytvoření „normy“ k zabránění nežádoucí variability v poskytované léčebné péči (forenzní význam).
- Uspadnění rozhodování v definovaných situacích (jednoznačně formulovaný návod).
- Dopad na profesionální péči i laickou veřejnost.
- Nové poznatky resuscitační medicíny.
- Dostatečná síla důkazů (dospělí vs. děti).

Resuscitace může být prováděna i bez umělého dýchání. Hovoříme tedy o „Hands only CPR“. Evropská rada pro resuscitaci se touto problematikou zabývá a její názor je takový, že žádná z publikovaných studií nevyloučila eventualitu horšího výsledku při „Hands-only CPR“.

Resuscitace bez dýchání může být použita:

- při pomoci poskytované nevyškolenými záchránci,
- při neochotě provádět umělé dýchání,
- při telefonicky asistované resuscitaci.

(Truhlář, 2008, online)

5.2 ČESKÁ RESUSCITAČNÍ RADA

Dne 28. května 2010 byla na půdě Fakultní nemocnice Hradec Králové založena Česká resuscitační rada (ČRR), partnerská organizace Evropské rady pro resuscitaci (ERC, European Resuscitation Council). Předmětem zájmu nové multidisciplinární organizace je komplexní problematika neodkladné resuscitace a souvisejících oblastí urgentní medicíny.

Vznik ČRR byl podpořen třemi významnými odbornými společnostmi, Českou společností anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM), Českou společností intenzivní medicíny (ČSIM) a Společností urgentní medicíny a medicíny katastrof (SUMMK), které hrají dominantní úlohu na poli poskytování resuscitační péče nemocným s náhlou zástavou oběhu.

Současně bylo navrženo doplnění budoucího výboru ČRR o členy České kardiologické společnosti a České pediatrické společnosti. Nová česká organizace těmito kroky získala jednoznačně multidisciplinární charakter a splnila tak všechny požadavky nezbytné pro uznání za národního partnera ze strany ERC.

Hlavním posláním nově vzniklé organizace je podpora a koordinace výuky neodkladné resuscitace v souladu s doporučeními ERC a vytváření standardizovaných vzdělávacích programů pro širokou veřejnost, od laiků po vysoce kvalifikované lékaře. V souvislosti se zveřejněním nových doporučených postupů pro neodkladnou resuscitaci (18. října 2010) zajistil výbor ČRR oficiální překlad nových Guidelines 2010 do českého jazyka. Guidelines se už dnes nevěnují výhradně kardiopulmonální resuscitaci, ale všem kritickým stavům, které mohou zástavu oběhu způsobit. Obsahují proto část zaměřenou na akutní koronární syndromy, srdeční arytmie, zvláštní pozornost je věnována zástavě oběhu za zvláštních okolností (např. při tonutí, intoxikacích, anafylaxi, astmatu, traumatech, náhodné hypotermii, zcela nově bude zařazena problematika lavinových nehod). Jedná se o situace, kdy je zástava oběhu považována za potenciálně reverzibilní stav a přežití je možné při časném zahájení specifické léčby. Součástí doporučení je rovněž problematika etiky v souvislosti s ukončováním nebo nezahajováním marné péče, zásady výuky resuscitace apod.

Paralelně proběhla jednání s týmy zahraničních instruktorů, kteří by umožnili otevření certifikovaných kurzů Advanced Life Support Provider (ALS) – první kurzy jsou

plánovány již na rok 2011. Dvoudenní kurzy ALS patří celosvětově k nejkvalitnějším a nejintenzivnějším kurzům neodkladné resuscitace. Získaný certifikát je v řadě zemí podmínkou pro získání pracovního místa na záchranné službě nebo vybraných pracovištích nemocnic. Kurzy ALS jsou vhodné zejména pro lékaře, sestry v intenzivní péči a zdravotnické záchranáře, jsou zakončeny písemným testem a zkouškou praktických dovedností s důrazem na schopnost vedení resuscitačního týmu. Za prioritu ČRR je považováno doškolení vlastního personálu s cílem zapojit do výuky alespoň částečně české instruktory.

V rámci preventivní činnosti ke snižování incidence a následků náhlé zástavy oběhu jsou připravovány dva dlouhodobé projekty. Registr automatizovaných externích defibrilátorů (AED) s online propojením na software operačních středisek zdravotnických záchranných služeb by měl přispět k častějšímu využívání těchto přístrojů. Počty AED v České republice již dosahují několika set, ale jejich praktické použití je zcela výjimečné.

Dalším projektem bude vytvoření národního resuscitačního registru, který by měl být kromě získávání validních údajů o epidemiologii, incidenci a úspěšnosti léčby nemocných s náhlou zástavou oběhu účelně využíván jako nástroj pro zlepšování kvality poskytované péče i ověřování účinnosti nových postupů a doporučení do praxe.

Neméně podstatnými úkoly ČRR bude obnovení dobrého jména a prestiže české národní rady pro resuscitaci a vytvoření stabilní členské základny (Česká resuscitační rada, 2010, online).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1 CÍLE PRŮZKUMU

- 1. Vyhodnotit a porovnat úroveň znalostí o první pomoci u všeobecných sester.
- 2. Zjistit, zda má dosažené vzdělání všeobecných sester vliv na jejich znalosti o první pomoci.
- 3. Zjistit, zda má délka praxe u všeobecných sester vliv na znalosti o první pomoci.

2 METODOLOGIE PRŮZKUMU

Náplní praktické části mé bakalářské práce je průzkumné šetření s cílem zjistit, jaká je úroveň poskytování první pomoci nelékařskými zdravotnickými pracovníky (všeobecnými sestrami) v terénu.

2.1 Metodika průzkumu

K průzkumnému šetření jsem použila metodu sběru dat pomocí dotazníku, který byl anonymní. Tento dotazník jsem následně důkladně konzultovala s MUDr. Luborem Hruškou. Dotazník obsahoval 23 otázek, z nichž bylo 8 otázek třídících, zjišťovacích a filtračních, 15 otázek bylo cíleně zaměřených na problematiku první pomoci. Obecné otázky byly otevřené, pouze jedna otázka byla polouzavřená. Otázky o první pomoci byly uzavřené s možností pouze jediné správné odpovědi.

Dotazníky jsem rozdávala převážně studentům bakalářského studia oboru všeobecná sestra, dále pak na pracovištích, kde jsem vykonávala svoji blokovou praxi. Celkem jsem rozdala 150 dotazníků. Návratnost byla 100% vzhledem k časovému limitu pro jejich vyplnění. Časový limit pro vyplnění jsem si zvolila z důvodu objektivnosti odpovědí. Respondenti tak nemohli správné odpovědi vyhledávat pomocí webových stránek, literatury, ptát se kolegů a podobně. Tento časový limit byl pro dotazník s celkem 23 otázkami zvolen na 15 minut. První pomoc je otázkou rychlého jednání, proto není žádoucí nad otázkami dlouze přemýšlet. Celkem bylo zpracováno 148 dotazníků, a to i přes 100% návratnost. Zbylé 2 dotazníky nebyly řádně vyplněny. Mého průzkumu se zúčastnilo široké spektrum respondentů, nejen co se týká vzdělání, ale také druhu pracovišť. Dotazníkové šetření probíhalo v období od listopadu 2010 do konce ledna 2011.

2.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Dotazník byl určen pro sestry všech kvalifikačních úrovní. Pro vyplnění dotazníku jsem si vybrala respondenty, kteří studují bakalářský obor všeobecná sestra. Toto mi bylo umožněno díky vstřícnosti pedagogických pracovníků, kteří mi umožnili ve svých hodinách tyto dotazníky rozdat. Ostatní dotazníky jsem dávala k vyplnění sestram na pracovištích, kde jsem vykonávala blokovou praxi. Celkově jsem rozdala 150 dotazníků, z nichž se mi 148 vrátilo kompletně vyplněných. K vyplnění dotazníku byl časový limit, po kterém jsem si je

vysbírala z důvodu relevantnosti výsledků, a to mi také zajistilo jejich maximální návratnost.

2.3 Charakteristika položek

První část dotazníku obsahovala obecné informace. Jednalo se o položky 1-8. Ty se týkaly pohlaví, věku, dosaženého vzdělání, délky praxe, předchozí zkušenosti s poskytováním první pomoci mimo zdravotnické zařízení, školení o první pomoci a o pracovišti respondentů.

Druhá část dotazníku obsahovala otázky zaměřené přímo na první pomoc. Tyto byly zaměřeny na řešení specifických situací v první pomoci.

2.4 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem zpracovala do tabulek a grafů za pomoci programu Microsoft Office Excel, které jsem doplnila slovním komentářem.

2.5 Výsledky průzkumu a jejich analýza

Data získaná z dotazníků jsem zpracovala do tabulek četností pomocí Microsoft Office Excel a do grafů, které názorně ukazují získané údaje.

Absolutní četnost (n) udává počet jednotek v každé skupině.

Relativní četnost % (r) udává poměr absolutní četnosti ve skupině k celkovému počtu jednotek v souboru.

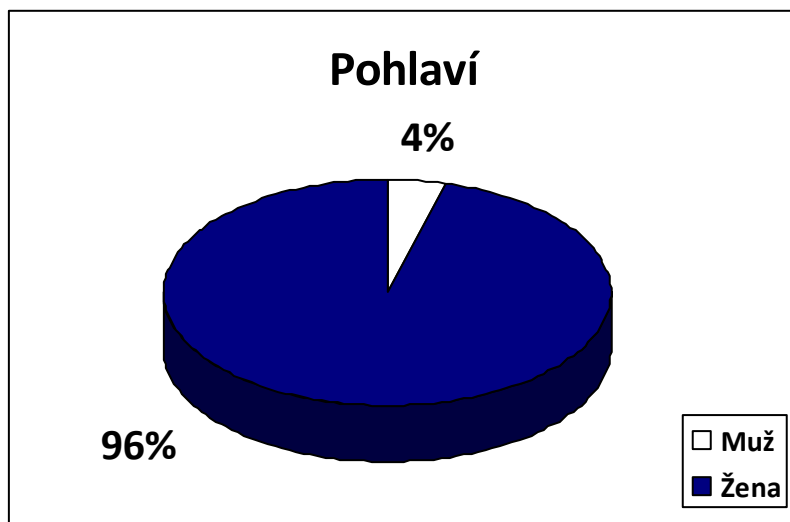
3. VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obecná část

Položka č. 1: Jste muž/žena?

Tabulka č. 1- Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Muž	6	4,1%
Žena	142	95,9%
Celkem	148	100%



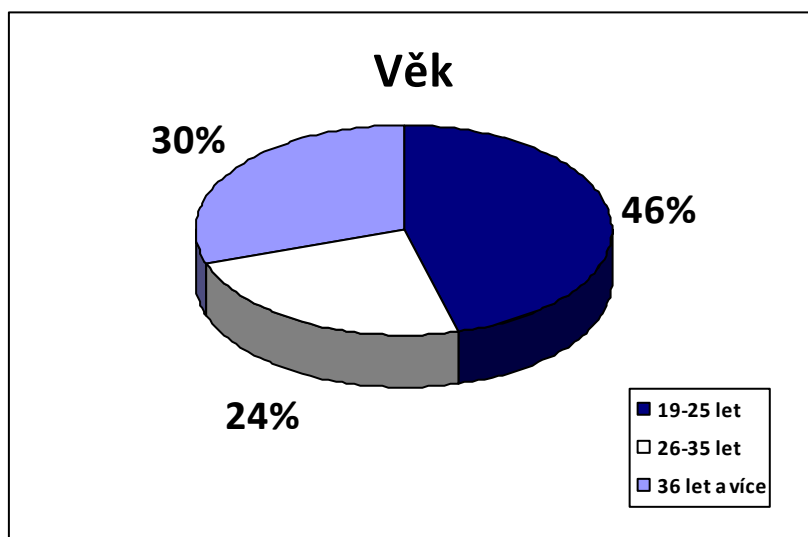
Graf č. 1 - Pohlaví

Ve skupině 148 respondentů bylo celkem 142 žen (tj. 95,9%) a 6 mužů (tj. 4,1%). Z toho vyplývá, že většina studentek a všeobecných sester je ženského pohlaví. Tyto hodnoty jsou zaznamenány v tabulce i grafu.

Položka č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 2 - Věk

Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
19-25 let	68	46,0%
26-35 let	35	23,6%
36 let a více	45	30,4%
Celkem	148	100%



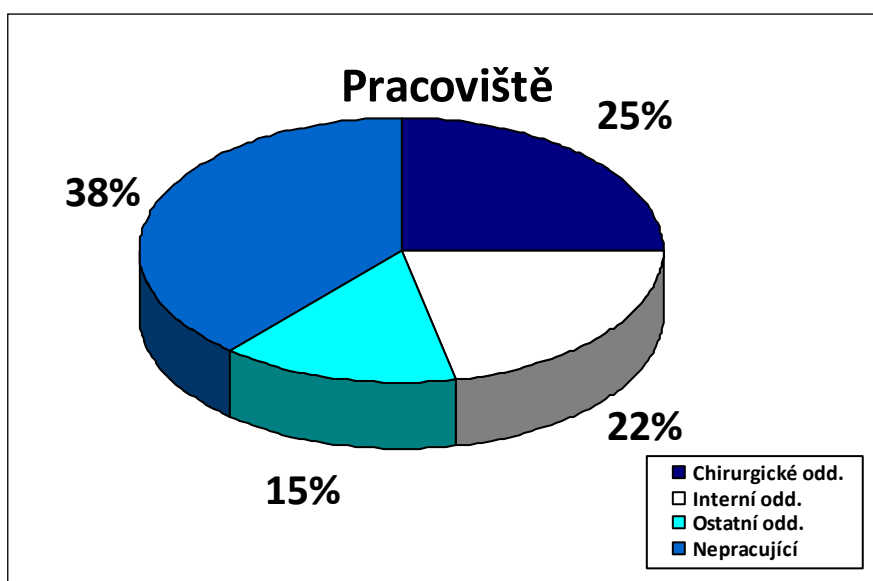
Graf č. 2 - Věk

Z celkového počtu respondentů (tj. 148) bylo ve věku 19-25 let celkem 68 respondentů (tj. 46%), ve věku 26-35 let bylo 35 respondentů (tj. 23,6%) a ve věku 36 let a více bylo 45 respondentů (tj. 30,4%). Průměrný věk všech respondentů byl 28,5 let. Nejmladším respondentům bylo 19 let a nejstarším respondentům bylo 49 let.

Položka č. 3: Na kterém oddělení pracujete?

Tabulka č. 3 - Pracoviště

Pracoviště	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Chirurgické obory	37	25,0%
Interní obory	32	21,6%
Ostatní	22	14,9%
Nepracuji	57	38,5%
Celkem	148	100%



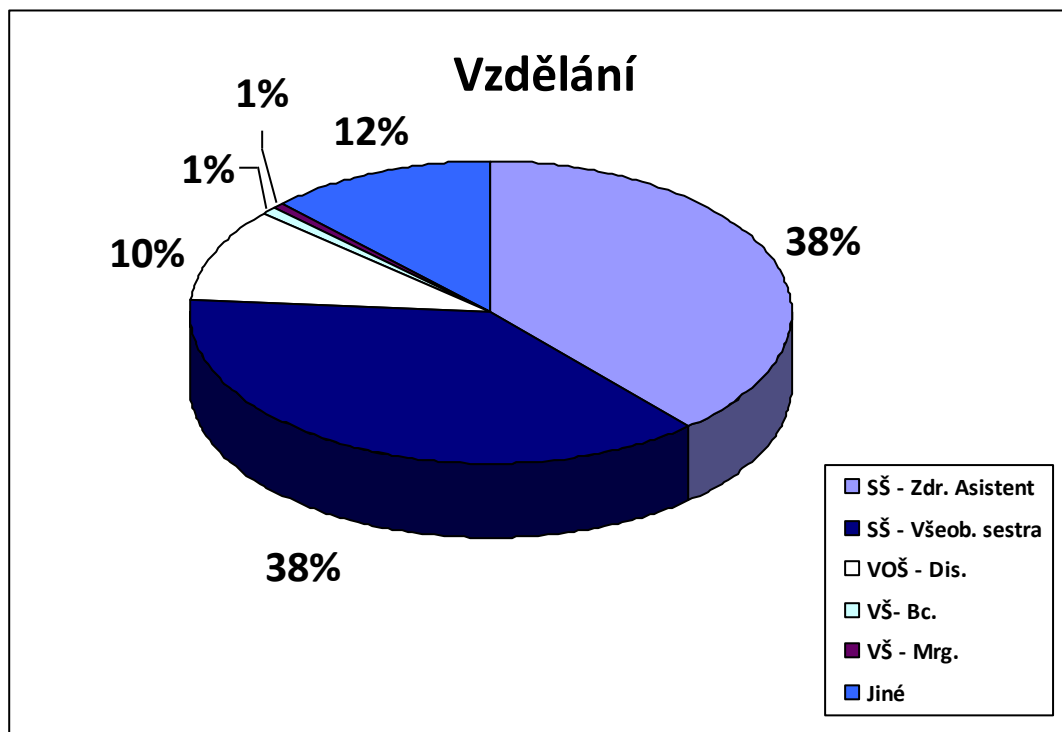
Graf č. 3 - Pracoviště

Z celkového počtu 148 respondentů tvořily čtvrtinu (25%) sestry z chirurgických oborů, o něco méně (21,6%) bylo respondentů z interních oborů. Celých 38,5% respondentů tvořili studenti nebo nepracující respondenti. Do kategorie ostatních respondentů (14,9%) patřili např. záchranáři, pracovnice centrální sterilizace, sestry pracující v jeslích, u mentálně postižených dětí, sestry z domácí péče, z nukleární medicíny, managementu a administrativy.

Položka č. 4: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 4 - Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
SŠ - Zdravotnický asistent	57	38,5%
SŠ - Všeobecná sestra	56	37,8%
VOŠ – Diplomovaný specialista	15	10,1%
VŠ – Bc.	1	0,7%
VŠ – Mgr.	1	0,7%
Jiné	18	12,2%
Celkem	148	100%



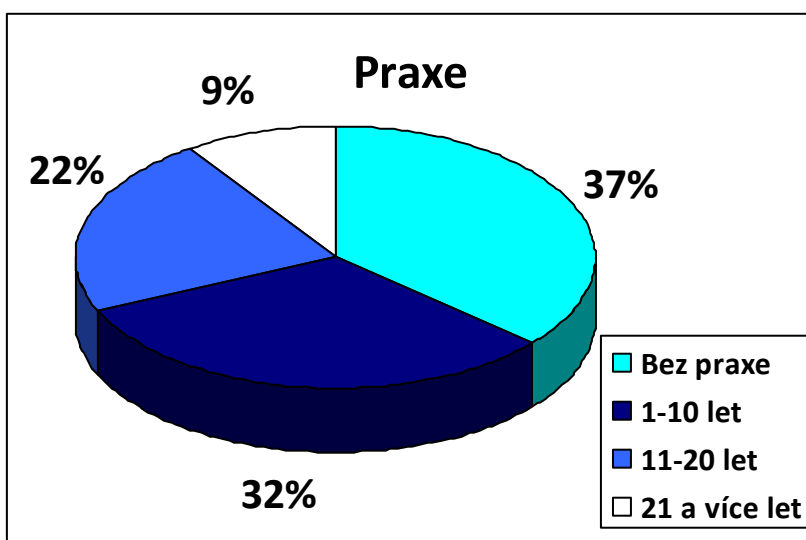
Graf č. 4 - Vzdělání

Z celkového počtu 148 respondentů mělo nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské – Zdravotnický asistent celkem 57 respondentů (tj. 38,5%) a středoškolské vzdělání - Všeob-

becná sestra celkem 56 respondentů (tj. 37,8%). Vzdělání na Vyšší odborné škole – Diplomovaný specialista mělo celkem 15 respondentů (tj. 10,1%). Vysokoškolské vzdělání – bakalářské měl 1 respondent (tj. 0,7%), magisterské měl 1 respondent (tj. 0,7%). Jiné, než uvedený výčet vzdělání, mělo celkem 19 (tj. 12,2%) respondentů. Do této kategorie patří vzdělání ARIP – ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (celkem 8 respondentů), PSS – pomaturitní specializační vzdělání (celkem 9 respondentů) a 1 respondent se specializací – Porodní asistentka.

Položka č. 5: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?*Tabulka č. 5 - Délka praxe*

Délka praxe	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Bez praxe	54	36,5%
1-10 let	47	31,7%
11-20 let	33	22,3%
21 let a více	14	9,5%
Celkem	148	100%

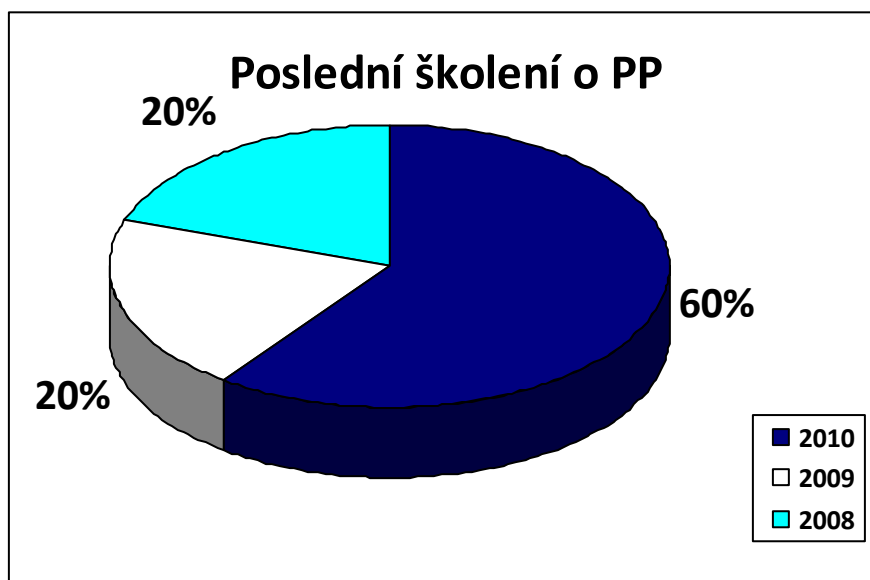
*Graf č. 5 - Délka praxe*

Z celkového počtu 148 respondentů je 54 respondentů (tj. 36,5%) bez praxe, 47 respondentů má praxi mezi 1-10 lety (tj. 31,7%), 33 respondentů má praxi mezi 11-20 lety (tj. 22,3%) a 14 respondentů má praxi více než 21 let (tj. 9,5%). Průměrná délka u respondentů s praxí více než 1 rok byla 12 let, maximální hodnota délky praxe byla 30 let.

Položka č. 6: Kdy jste naposledy absolvoval/a školení o první pomoci?

Tabulka č. 6 - Poslední školení o PP

Školení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Letos (2010)	89	60,1%
Vloni (2009)	30	20,3%
Před 2 lety (2008)	29	19,6%
Celkem	148	100%

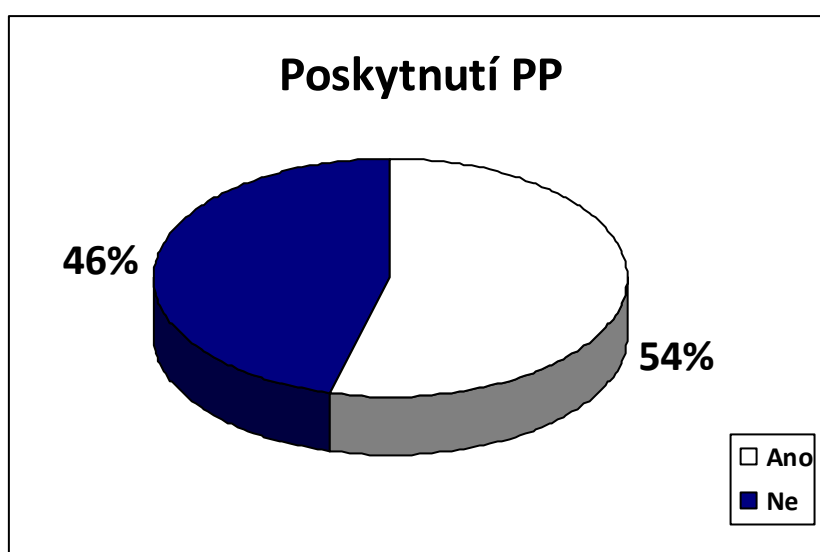
*Graf č. 6 - Poslední školení o PP*

Celkem 89 respondentů (60,1%) bylo naposledy proškolen o PP v roce 2010, 30 respondentů (20,3%) bylo proškolen v roce 2009 a 29 respondentů (19,6%) bylo o PP proškolen v roce 2008.

Položka č. 7: Poskytoval/a jste někdy první pomoc mimo zdravotnické zařízení?

Tabulka č. 7 - Poskytnutí PP

Poskytnutí PP	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
Ano	80	54,1%
Ne	68	45,9%
Celkem	148	100%



Graf č. 7 - Poskytnutí PP

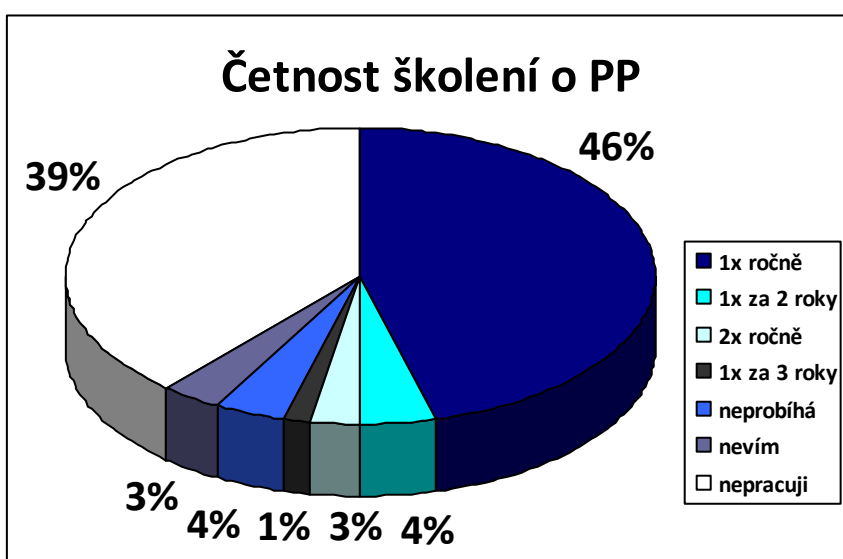
Z celkového počtu 148 respondentů již 80 z nich (54,1%) někdy poskytlo první pomoc mimo zdravotnické zařízení, zbylých 68 respondentů (45,9%) ještě nikdy první pomoc mimo zdravotnické zařízení neposkytlo.

Z výsledků průzkumu tedy vyplývá, že poskytování první pomoci není pouze náhodná a ojedinělá událost v našem životě.

Položka č. 8: Jak často probíhají na Vašem pracovišti školení o první pomoci?

Tabulka č. 8 - Četnost školení o PP

Četnost školení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
1x ročně	68	46,0%
1x za 2 roky	6	4,0%
neprobíhá	6	4,0%
nevím	5	3,4%
2x ročně	4	2,7%
1x za 3 roky	2	1,7%
nepracuji	57	38,5%
celkem	148	100%



Graf č. 8 - Četnost školení o PP na pracovišti

Ze 148 respondentů se 68 z nich (46%) školí o první pomoci 1x ročně, 57 respondentů nepracuje (38,5%), 1x za 2 roky se školí celkem 6 respondentů (4%), srovnatelné množství respondentů se o první pomoci neškolí. Ostatní respondenti se školí 2x ročně, a to 4 (2,7%), dále se 2 respondenti (1,7%) školí 1x za 3 roky a zbylých 5 respondentů (3,4%) neví, zda na jejich pracovišti školení probíhá, nebo v jakém časovém intervalu.

Speciální část - Správná odpověď je vyznačena tučně.

Položka č. 1: Tepenné krvácení u ostrých poranění krku zastavíme nejrychleji?

A) **Tlakem přímo v ráně**

B) Tlakovým obvazem

C) Pomocí škrtidla

Tabulka č. 9 - Zástava krvácení

Položka č. 1	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	145	98,0%
B	3	2,0%
C	0	0%
Celkem	148	100%



Graf č. 9 - Zástava krvácení

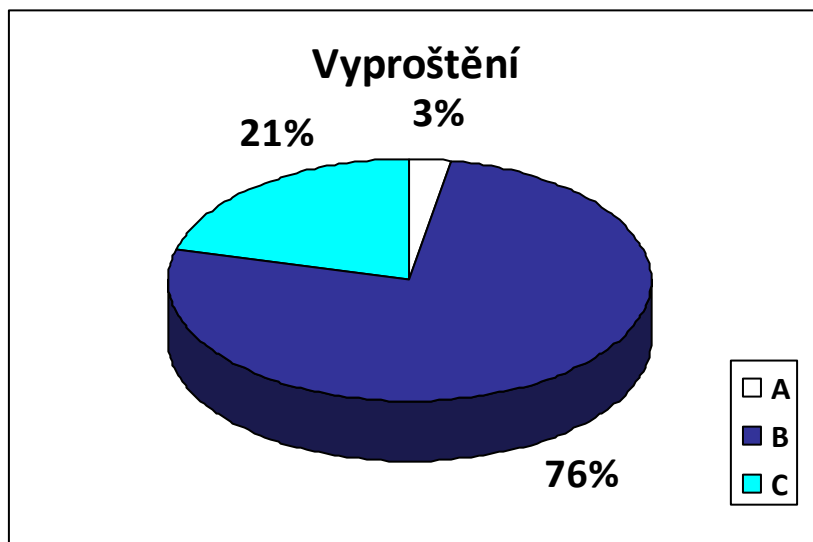
Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo správně, tedy odpověď A, celkem 145 respondentů (98%). Odpověď B uvedli 3 respondenti (2%) a odpověď C neuvědli nikdo.

Položka č. 2: Postižený je řidič, který po dopravní nehodě sedí ve voze opřený o volant, nereaguje a nedýchá. Řidič je ve voze sám. Po přivolání první pomoci:

- A) Zajistíme, aby se další osoby nepřibližovaly k vraku, s postiženým zásadně nemanipulujeme, protože hrozí nebezpečí poškození páteře a míchy.
- B) Postiženého vyprostíme, uložíme na záda, mírně zakloníme hlavu a vyčistíme ústa. Pokud nezačne dýchat, zahájíme KPR. Při vyprošťování postupujeme co nejšetrněji s ohledem na možnost úrazu páteře a míchy.**
- C) S postiženým zbytečně nehýbeme, pouze provedeme maximální možný záklon hlavy, abychom uvolnili dýchací cesty.

Tabulka č. 10 - Vyproštění

Položka č. 2	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	4	2,7%
B	113	76,4%
C	31	20,9%
Celkem	148	100%



Graf č. 10 - Vyproštění

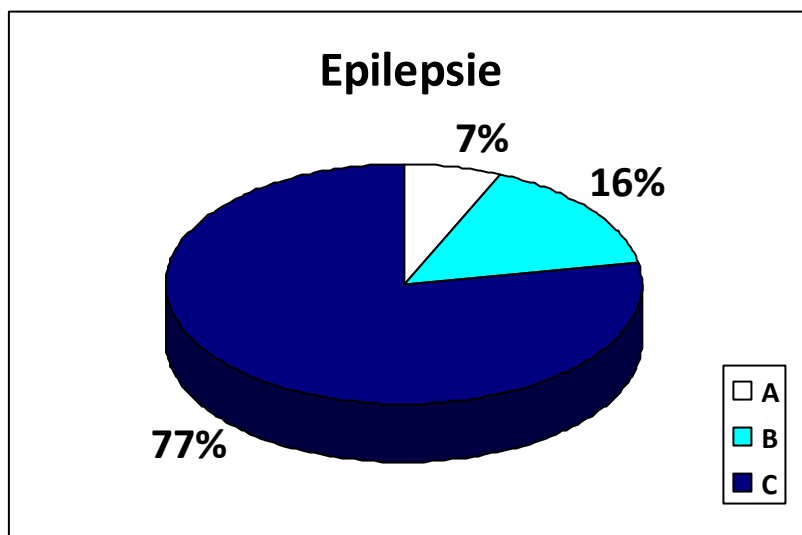
Ze 148 respondentů celkem 113 z nich (76,4%) uvedlo správnou odpověď, tedy odpověď B. Nesprávně označilo možnost C celkem 31 respondentů (20,9%), a odpověď A 4 respondenti (2,7%).

Položka č. 3: Jste svědkem situace, kdy vidíte člověka náhle se sesunout k zemi a následně pozorujete tonicko-klonické křeče celého těla. Postižený je bledý, má promodralé rty a nedýchá. Jak budete postupovat?

- A) Budeme se snažit otevřít ústa, aby se mohl nadechnout.
- B) Zahájíme ihned resuscitaci, protože nedýchá.
- C) Budeme se snažit zabránit dalšímu poranění, především úrazu hlavy.**

Tabulka č. 11 - Epilepsie

Položka č. 3	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	10	6,8%
B	23	15,5%
C	115	77,7%
Celkem	148	100%



Graf č. 11 - Epilepsie

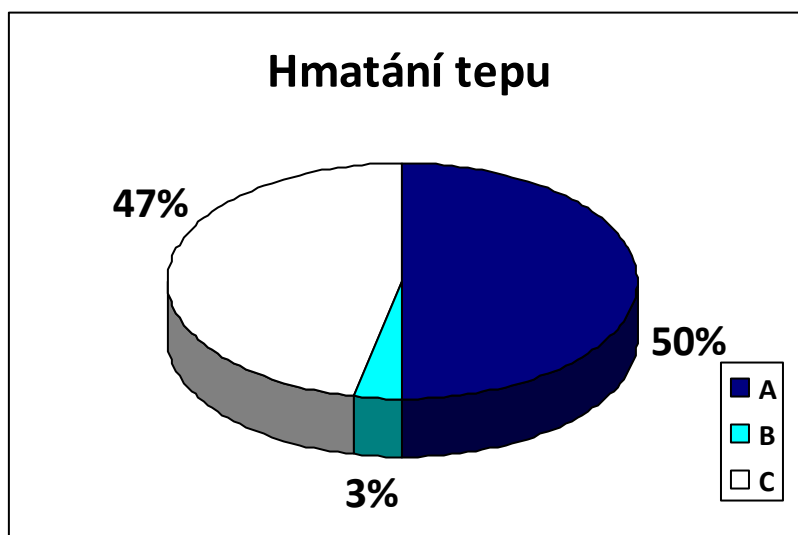
Z celkového počtu 148 respondentů označilo správnou odpověď, tedy možnost C, celkem 115 z nich (77,7%). Nesprávně označilo 23 respondentů odpověď B (15,5%) a 10 respondentů (6,8%) odpověď A.

Položka č. 4: Postižený náhle zkolaboval, nereaguje a nedýchá. Provedeme hmatání tepu:

- A) Zásadně na krčních tepnách a resuscitaci zahájíme, pokud tep necítíme.
- B) Zásadně na periférii (zápěstí) a resuscitaci zahájíme, pokud tep necítíme, nebo cítíme jen nitkovitý tep.
- C) **Hmatání tepu je nespolehlivé a zbytečně zdržuje, proto ihned zahájíme resuscitaci.**

Tabulka č. 12 - Hmatání tepu

Položka č. 4	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	74	50,0%
B	5	3,4%
C	69	46,6%
Celkem	148	100%



Graf č. 12 - Hmatání tepu

Z celkového počtu 148 respondentů odpovědělo správně, tedy odpověď C, celkem 69 z nich (46,6%). Nesprávně odpovědělo 74 respondentů (50%) odpověď A, 5 respondentů (3,4%) označilo nesprávně odpověď B.

Položka č. 5: Nemocný diabetik je nápadně opocený, bledý, nereaguje na oslovení, nespolupracuje, ale zřetelně dýchá normální frekvencí. V rámci první pomoci:

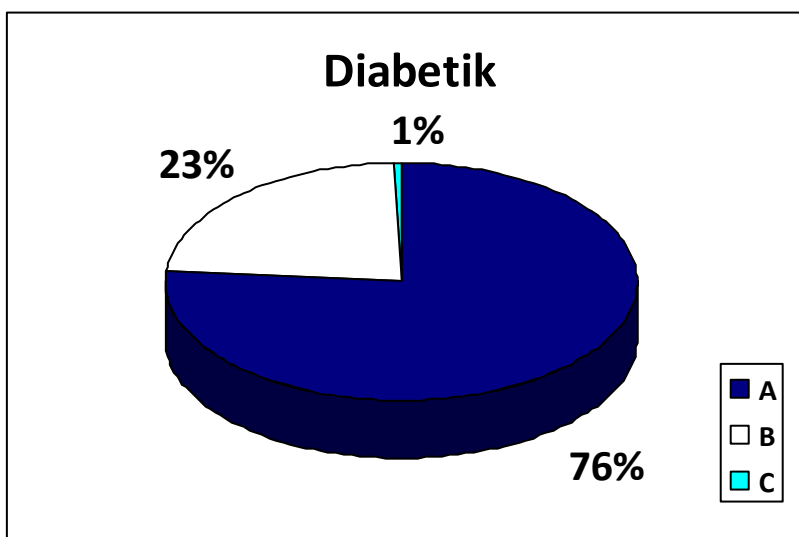
A) Podáme jakýkoliv sladký nápoj ve větším množství a přivoláme záchrannou službu.

B) Přivoláme záchrannou službu, nedáváme nic jíst ani pít.

C) Podáme inzulin a zavoláme záchrannou službu.

Tabulka č. 13 - Diabetik

Položka č. 5	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	113	76,4%
B	34	22,9%
C	1	0,7%
Celkem	148	100%



Graf č. 13 - Diabetik

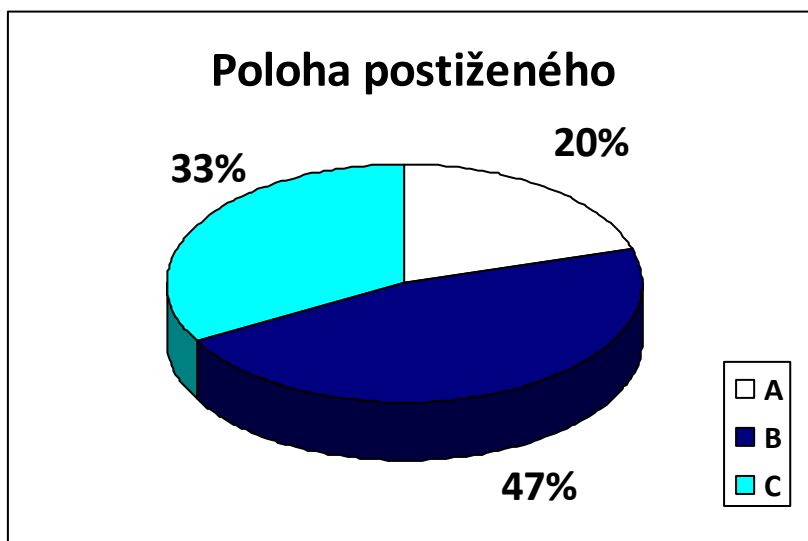
Z celkového počtu 148 respondentů odpovědělo správně odpověď B pouze 34 z nich (22,9%). Nesprávně odpovědělo 113 respondentů (76,4%) odpověď A, 1 respondent (0,7%) označil nesprávně odpověď B.

Položka č. 6: Pro pacienta, který utrpěl závažný úraz, ale je při vědomí, je nejlepší poloha:

- A) "Stabilizovaná" na boku.
- B) "Protišoková" s podepřenými nohama.
- C) Taková, kterou postižený sám aktivně zaujímá.**

Tabulka č. 14 - Poloha postiženého

Položka č. 6	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	30	20,3%
B	69	46,6%
C	49	33,1%
Celkem	148	100%



Graf č. 14 - Poloha postiženého

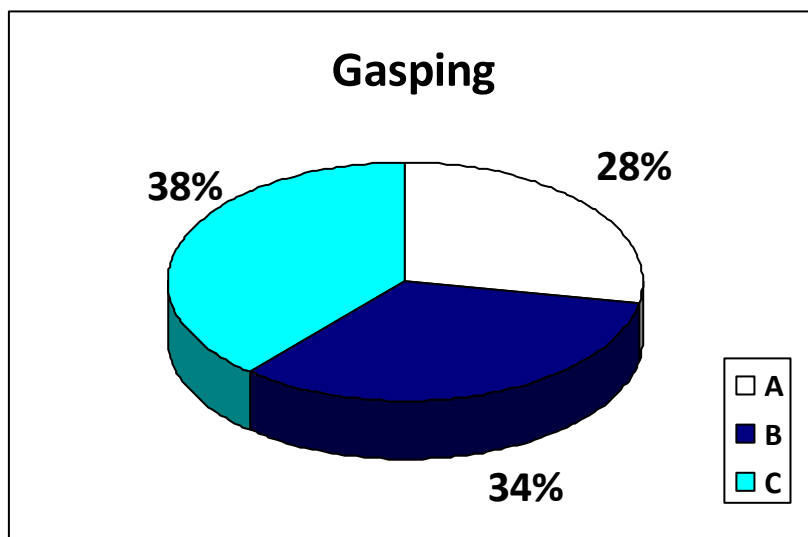
Z celkového počtu 148 respondentů odpovědělo správně možnost C celkem 49 z nich (33,1%). Nesprávně odpovědělo 69 respondentů (46,6%) odpověď B, 30 respondentů (20,3%) označilo nesprávně odpověď A.

Položka č. 7: Postižený náhle zkolaboval, nehýbe se, asi 1x za dvacet sekund se zhluboka nadechne. Je potřeba přivolat pomoc a ihned:

- A) Zahájíme dýchání z plic do plic z důvodu velmi nízké frekvence dechů.
- B) Uložíme postiženého do „stabilizované“ polohy z důvodu možného rizika vdechnutí zvratků.
- C) Zahájíme resuscitaci – nepřímou masáž srdce a dýchání z plic do plic.**

Tabulka č. 15 - Gasping

Položka č. 7	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	41	27,7%
B	50	33,8%
C	57	38,5%
Celkem	148	100%



Graf č. 15 - Gasping

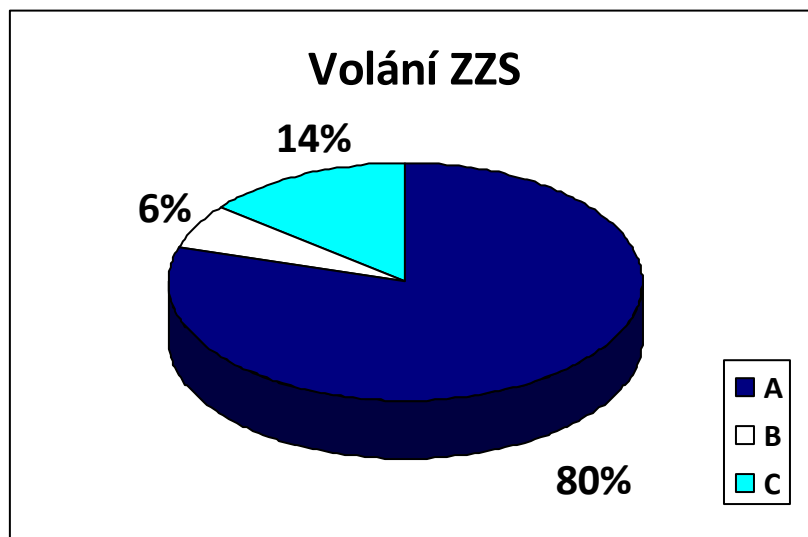
Z celkového počtu 148 respondentů odpovědělo správně odpověď C 57 z nich (38,5%). Nesprávně odpovědělo 50 respondentů (33,8%) odpověď B, 41 respondentů (27,7%) označilo nesprávně odpověď A.

Položka č. 8: V případě, že budete sami svědkem úrazu s velkým žilním nebo tepenným krvácením, při kterém dojde k zástavě dechu a srdeční akce tak nejdříve:

- A) Zastavíme krvácení, zavoláme záchrannou službu a potom začneme s resuscitací.
- B) Začneme ihned s resuscitací, poté zavoláme záchrannou službu.
- C) Nejprve zavoláme záchrannou službu, poté zastavíme krvácení a začneme s resuscitací.

Tabulka č. 16 - Volání ZZS

Položka č. 8	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	118	79,7%
B	9	6,1%
C	21	14,2%
Celkem	148	100%



Graf č. 16 - Volání ZZS

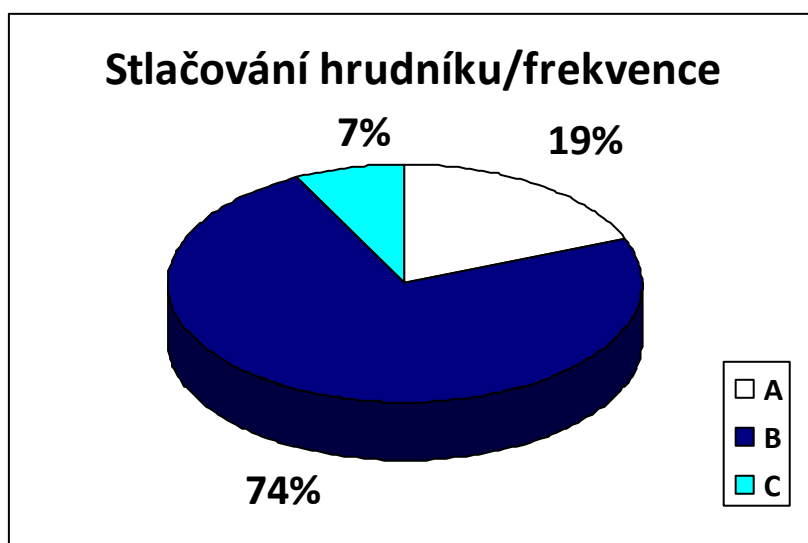
Z celkového počtu 148 respondentů odpovědělo správně, tedy možnost A, celkem 118 z nich (79,7%). Nesprávně odpovědělo 21 respondentů (14,2%) odpověď C, 9 respondentů (6,1%) označilo nesprávně odpověď B.

Položka č. 9: Správná hloubka stlačení sternu a frekvence srdeční masáže při resuscitaci u dospělého jedince je:

- A) Hloubka stlačení 4 cm, frekvence 90/minutu.
- B) Hloubka stlačení 5 cm, frekvence 100/minutu.**
- C) Hloubka stlačení 6 cm, frekvence 120/minutu.

Tabulka č. 17 - Stlačování hrudníku/frekvence

Položka č. 9	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	28	18,9%
B	109	73,7%
C	11	7,4%
Celkem	148	100%



Graf č. 17 - Stlačování hrudníku/frekvence

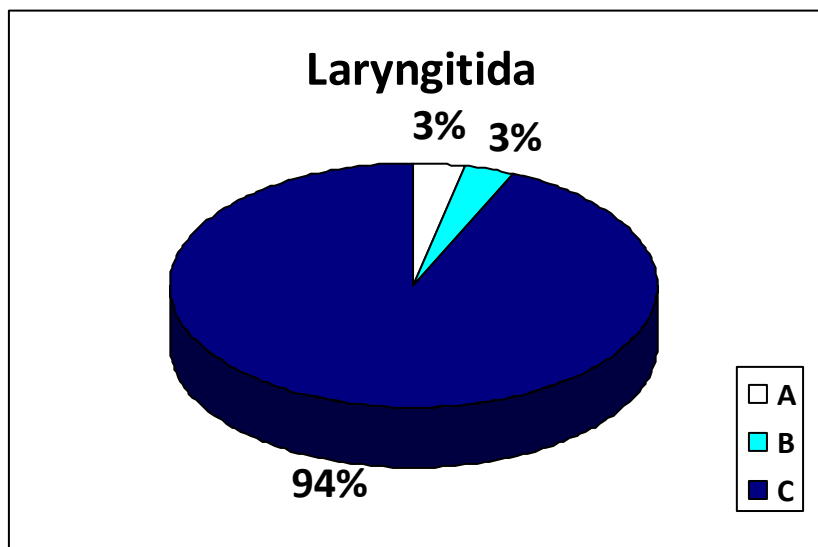
Z celkového počtu 148 respondentů odpovědělo správně, tedy možnost B, celkem 109 z nich (73,7%). Nesprávně odpovědělo 28 respondentů (18,9%) odpověď A, 11 respondentů (7,4%) označilo nesprávně odpověď C.

Položka č. 10: Asi tříleté dítě má teplotu, nyní se stav zhoršil a začíná sípavě dýchat, štěkavě pokašlává. Po přivolání záchranné služby jako optimální první pomoc:

- A) Zabalíme dítě do deky a podáme antipyretika.
- B) Zabalíme dítě do deky a podáme léky proti kašli.
- C) Zabalíme dítě do deky a necháme jej inhalovat co nejstudenější vzduch z mrazáku, nebo u otevřeného okna.**

Tabulka č. 18 - Laryngitida

Položka č. 10	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	5	3,4%
B	5	3,4%
C	138	93,2%
Celkem	148	100%



Graf č. 18 - Laryngitida

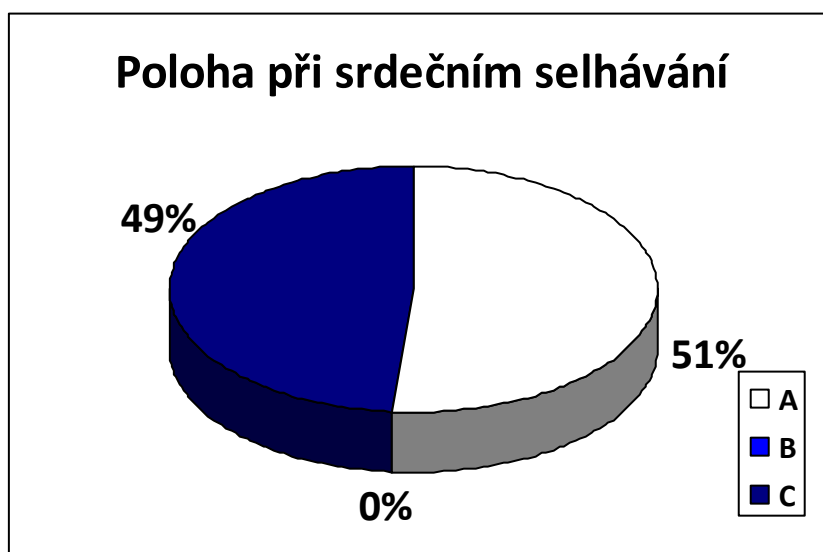
Z celkového počtu 148 respondentů odpovědělo správně, tedy možnost C, celkem 138 z nich (93,2%). Nesprávně označilo shodně 5 respondentů (3,4%) odpověď A, 5 respondentů (3,4%) označilo nesprávně odpověď B.

Položka č. 11: Nejeftivnější úlevová poloha při srdečním selhávání pacienta (podezření na infarkt) při vědomí je:

- A) Vsedě s oporou horní poloviny těla.
- B) Ve stabilizované poloze.
- C) Vsedě s oporou horní poloviny těla (nohy spuštěné k zemi).**

Tabulka č. 19 - Poloha při srdečním selhávání

Položka č. 11	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	76	51,4%
B	0	0%
C	72	48,6%
Celkem	148	100%



Graf č. 19 - Poloha při srdečním selhávání

Z celkového počtu 148 respondentů odpovědělo správně odpověď C celkem 72 z nich (48,6%). Nesprávně odpovědělo 76 respondentů (51,4%) odpověď A, odpověď C neoznačil nikdo.

Položka č. 12: Při vysokých horečkách u dětí snížíme teplotu nejúčinněji:

- A) Chlazením studenou vodou minimálně 20 minut.
- B) Zábalem na celé tělo (od tří měsíců věku).**
- C) Podáním léků na snížení teploty.

Tabulka č. 20 - Snižování teploty

Položka č. 12	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	7	4,7%
B	128	86,5%
C	13	8,8%
Celkem	148	100%



Graf č. 20 - Snižování teploty

Z celkového počtu 148 respondentů odpovědělo správně, tedy odpověď B, celkem 128 z nich (86,5%). Nesprávně odpovědělo 13 respondentů (8,8%) odpověď C, 7 respondentů (4,7%) označilo nesprávně odpověď A.

Položka č. 13: Poměr stlačení hrudníku a dechů při resuscitaci je:

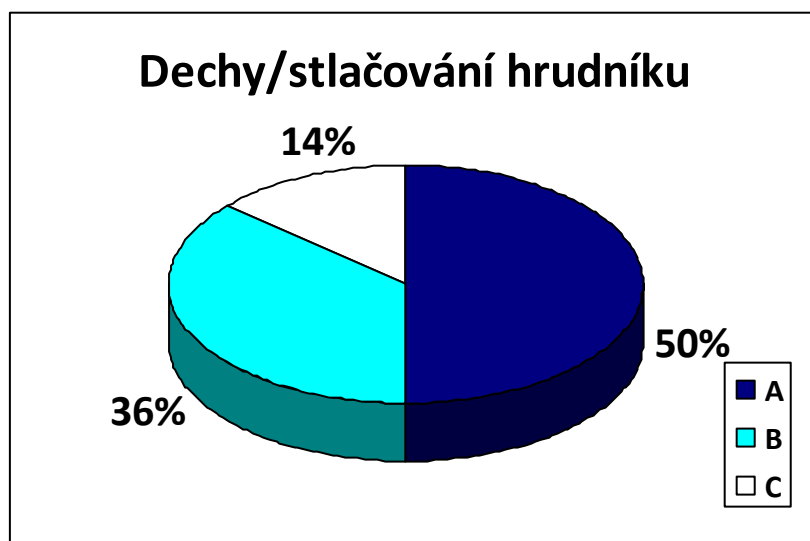
A) 3:1 u novorozence, 5:1 u kojence, 30:2 u dospělého člověka.

B) 3:1 u novorozence, 30:2 u kojence, 30:2 u dospělého člověka.

C) 5:1 u novorozence, 5:1 u kojence, 30:2 u dospělého člověka.

Tabulka č. 21 - Dechy/stlačování hrudníku

Položka č. 13	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	74	50,0%
B	54	36,5%
C	20	13,5%
Celkem	148	100%



Graf č. 21 - Dechy/stlačování hrudníku

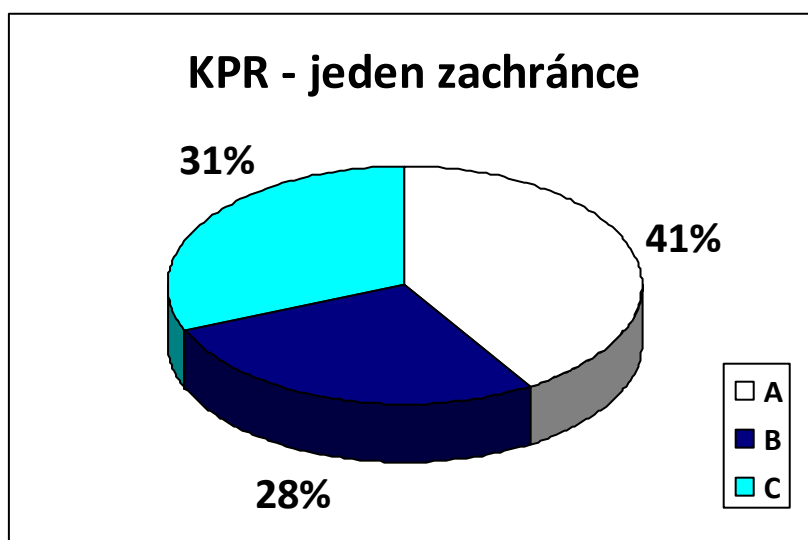
Z celkového počtu 148 respondentů odpovědělo správně, tedy odpověď B, celkem 54 z nich (36,5%). Nesprávně odpovědělo 74 respondentů (50%) odpověď A, 20 respondentů (13,5%) označilo nesprávně odpověď C.

Položka č. 14: V případě jednoho zachránce postupujeme při KPR tímto způsobem:

- A) Vždy nejprve zavoláme ZZS, poté ihned resuscitujeme, pouze u dětí nejprve provádíme 1 minutu KPR a poté voláme ZZS.
- B) U dětí nejdříve 1 minutu provádíme KPR, poté zavoláme ZZS a opět pokračujeme v resuscitaci, stejně tak u dospělých při tonutí, srdeční zástavě při traumatu nebo předávkování léky či drogami.**
- C) Vždy nejprve zavoláme ZZS, poté ihned resuscitujeme, pouze u dětí a při tonutí nejprve provádíme 1 minutu KPR a poté voláme ZZS.

Tabulka č. 22 - KPR – jeden zachránce

Položka č. 14	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	61	41,2%
B	41	27,7%
C	46	31,1%
Celkem	148	100%



Graf č. 22 - KPR - jeden zachránce

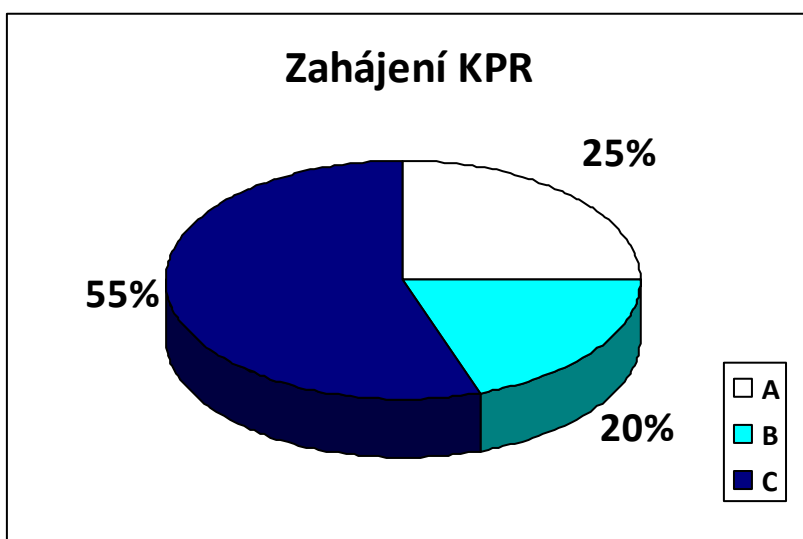
Z celkového počtu 148 respondentů odpovědělo správně, tedy odpověď B, celkem 41 z nich (27,7%). Nesprávně odpovědělo 61 respondentů (41,2%) odpověď A, 46 respondentů (31,1%) označilo nesprávně odpověď C.

Položka č. 15: KPR u dětí a dospělých zahájíme:

- A) U dospělých zahájíme 30 kompresemi hrudníku, u dětí 5 kompresemi.
 B) U dospělých zahájíme 2 vdechy, u dětí 5 vdechy.
 C) U dospělých zahájíme 30 kompresemi, u dětí 5 vdechy.

Tabulka č. 23 - Zahájení KPR

Položka č. 15	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost % (r)
A	37	25,0%
B	29	19,6%
C	82	55,4%
Celkem	148	100%



Graf č. 23 - Zahájení KPR

Z celkového počtu 148 respondentů odpovědělo správně, tedy odpověď C, celkem 82 z nich (55,4%). Nesprávně odpovědělo 37 respondentů (25%) odpověď A, 29 respondentů (19,6%) označilo nesprávně odpověď B.

DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila celkem 3 cíle. Pro můj průzkum jsem použila metodu anonymního dotazníkového šetření s úmyslem získat potřebné údaje pro další zpracování. Prvním cílem mé bakalářské práce bylo vyhodnotit a porovnat úroveň znalostí o první pomoci u všeobecných sester. Z celkem 15 otázek, které se týkaly přímo první pomoci, byl průměrný počet chyb 6, což znamená celkovou 60% úspěšnost testu. Celkem 45% respondentů bylo v rozmezí 1-5 chyb. Při porovnání respondentů s největším a nejmenším počtem chyb bylo zjištěno následovné, a to průměrná délka praxe ve skupině s nejmenším počtem chyb (1) byla 17 let a věkový průměr v této skupině činil 36 let. Skupina s největším počtem chyb (10) byla průměrná délka praxe 6 let a věkový průměr 27 let. Z tohoto zjištění vyplývá, že nejlepšími řešiteli byli respondenti starší s většími zkušenostmi díky více letům praxe. Žádný z dotazovaných nebyl úspěšný na 100%.

Vyhodnocením získaných dat jsem zjistila, že mezi respondenty bylo celkem 142 žen (96%), což ukazuje na výraznou převahu ženského pohlaví v povolání všeobecné sestry. Věkový rozptyl mezi dotazovanými byl od 19 do 49 let. Největší zastoupení měly sestry mezi 19-25 lety a to v počtu 68 respondentů (46%), menší zastoupení pak měly sestry mezi 26-35 lety s počtem 35 žen (24%) a sestry mezi 36-49 lety byly zastoupeny počtem 45 žen (30%). Co se týče délky praxe, mezi mými respondenty bylo 54 z nich bez praxe (36%), 47 dotazovaných (32%) mělo praxi mezi 1-10 lety, 33 respondentů (22%) mělo praxi mezi 11-20 lety a zbylých 14 dotázaných (10%) mělo praxi 21 a více let. Průměrná délka praxe mezi již pracujícími byla 12 let. Nejdelší působení měli respondenti s celkem 36 lety praxe. Vzdělání respondentů bylo nejčastěji středoškolské v počtu 113 (76%), kam patřilo 57 zdravotnických asistentů (38%) a 56 všeobecných sester (38%), dále vyšší odborné vzdělání – 15 diplomovaných sester (10%), vysokoškolské vzdělání – 1 bakalářka (1%) a 1 magistra ošetřovatelství (1%). Zbývající počet respondentů a to 18 (13%) tvořili dotazovaní se specializací ARIP, PSS a porodní asistentka. Spektrum pracovišť, kde respondenti působí, bylo neméně rozmanité. Největší zastoupení pracujících bylo v chirurgických oborech v počtu 37 (25%), dále v interních oborech v počtu 32 (22%). Zbývající část pracujících, kterých bylo 22 (15%) tvořili záchranáři, pracovnice z centrální sterilizace, sestry pracující v jeslích, u mentálně postižených dětí, sestry z domácí péče, z nukleární medicíny, managementu a administrativy. Nemalé procentuelní zastoupení měli nepracující, kterých bylo celkem 57 (38%). Dalším bodem mého průzkumu bylo zjištění četností školení o

PP na pracovištích a také kdy byli respondenti naposled proškoleni. Největší zastoupení měli 68 respondentů (46%), kteří se školí 1x ročně, dále již menší procentuelní zastoupení (pod 5%) měli respondenti školící se 1x za 2 roky, 1x za 3 roky, respondenti, u kterých školení neprobíhá, nebo nevědí, jestli a kdy školení o PP právě na jejich pracovišti probíhá. Zbylých 57 respondentů (38%) tvořili opět nepracující. Poslední školení dotazovaných bylo v rozmezí 2 let. V roce, kdy probíhal průzkum, bylo proškoleny 89 dotazovaných (60%), v loňském roce a předloni bylo shodné procentuelní zastoupení a to 20%. Na otázku, zda již někdy respondenti poskytli první pomoc mimo zdravotnické zařízení, odpovědělo „ano“ celkem 80 (54%) z nich, zbývající část, kterou tvořilo 68 respondentů (46%), odpovědělo „ne“. Všechny tyto otázky (celkem 8) patřily do první části mého dotazníku, tedy do všeobecné části. Druhá část dotazníku patřila otázkám, které se přímo dotýkají postupů při poskytování první pomoci (celkem 15).

Co se týká odpovědí na jednotlivé otázky, které se týkaly poskytování první pomoci, bych shrnula dle mého názoru ty nejzajímavější výsledky. Do této kategorie výsledků jsem zařadila celkem 8 otázek, které v rámci dotazníkového šetření patřily k těm nejméně úspěšným. Zde patřily převážně otázky, zabývající se resuscitací, ale také otázky na první pomoc při hypoglykémii a podobně.

Nejhoršího výsledku dosáhli respondenti u pacienta s hypoglykemií, která je v takovém stádiu, kdy pacient již nereaguje na oslovení a nespolupracuje, ale zřetelně dýchá normální frekvencí. Správnou odpověď bylo: „Nedáváme nic jíst ani pít a zavoláme záchrannou službu“. Tuto odpověď však označilo pouze 34 respondentů (23%). Naprostá většina dotazovaných by se snažila postiženému podat sladký nápoj, což by nejspíše vedlo k aspiraci. Jeden z respondentů by dokonce postiženému podal inzulin, což znamená absolutní neznalost problematiky a já bych chtěla věřit tomu, že se jednalo o omyl.

Další otázkou jsem zkoumala, do jaké polohy by sestry umístily pacienta při vědomí po závažném úrazu. Správně by postupovalo 49 dotazovaných (33%) a to tak, že by pacienta nechali v poloze, kterou sám aktivně zaujímá. Takto malá procentuelní úspěšnost mě velmi nemile překvapila. Zbývající část respondentů by jej uložila do „protišokové“ či stabilizované polohy, což by nebylo pro pacienta vhodné, obzvláště v případě poranění páteře. Pokud je pacient při vědomí, není žádoucí s ním jakkoliv pohybovat.

Poměr stlačování hrudníku a dechů u novorozenců, kojenců a dospělých je další otázka, kterou jsem zařadila do dotazníku. Tyto poměry byly změněny dle Guidelines v roce 2005 a zajímalo mě tedy, jak dobře jsou sestry informovány v této oblasti. Správně odpovědělo

pouze 54 dotazovaných (37%) a to tak, že poměr u novorozenců je 3:1, u kojenců a dospělých je to poměr shodný a to 30:2. Na této otázce jsem se přesvědčila, že i po více jak 5 letech neznají sestry tuto problematiku, což je podivuhodné z důvodu každoročních školení o první pomoci na pracovištích.

Další problematickou otázkou byla ta, která se týkala postupu při KPR pouze jedním zachráncem. Správně odpovědělo pouze 41 dotazovaných (28%). Nejprve 1 minutu provádíme KPR u dětí, u dospělých při tonutí, srdeční zástavě při traumatu nebo předávkování léky či drogami a poté teprve voláme ZZS a opět pokračujeme v resuscitaci. V ostatních případech první zavoláme ZZS a následně zahájíme resuscitaci. Tyto výjimky jsou podle platné normy poskytování první pomoci a sestry by jej měly znát.

V další otázce jsem zkoumala znalosti sester v situaci, kdy potřebujeme zahájit KPR u dětí a dospělých. Zajímalo mě, zda sestry vědí, zda zahájit resuscitaci dechy nebo stlačováním hrudníku. Správně odpovědělo 82 respondentů (55%) a to tak, že u dospělých zahájíme resuscitaci 30 kompresemi, u dětí 5 vdechy. Tato otázka také ukazuje na značné mezery vědomostí sester v této oblasti.

Na otázku o rozpoznání a první pomoci při gaspingu odpovědělo nesprávně dokonce 91 dotazovaných (62%). Jedinou správnou možnost, tedy resuscitaci, označilo pouze 57 respondentů (38%). Z těchto údajů vyplývá, že větší polovina dotazovaných odpověděla v rámci nabízených odpovědí nesprávně. Gasping je závažný stav, který při jeho nerozpoznání, může vést k úmrtí pacienta.

Hmatání tepu u pacienta v bezvědomí, který nedýchá, patří mezi diskutabilní otázky. Správnou odpovědí v tomto případě bylo zbytečně se hmatáním nezdržovat a začít s resuscitací. Tato odpověď je v souladu s Guidelines 2010, kde je uvedeno, že hmatání tepu není metoda vhodná pro svoji nespolehlivost jak u laické veřejnosti, tak u profesionálních zachránců (viz příloha 4). Správnou odpověď označilo pouze 69 dotazovaných (47%).

Úlevová poloha při srdečním selhávání byla otázka také problematická, jelikož správně odpovědělo pouze 72 dotazovaných (49%). Dvě odpovědi byly podobné, ovšem pouze jedna z nich byla pro pacienta nejvíce žádoucí a to poloha vsedě s končetinami spuštěnými k zemi. Tato varianta je pro pacienta lepší volbou, než varianta s polohou vsedě, kdy má pacient nohy na posteli z důvodů snížení městnání v plicích.

Touto otázkou jsem uzavřela kategorii nejzajímavějších a nejproblematičtějších otázek a nyní bych chtěla představit i ostatní otázky, které si myslím jsou také velmi zajímavé a respondenti je ve větší míře správně odpověděli. Patří sem otázka o zástavě tepenného kr-

vácení na krku. Správně, tedy tlakem přímo v ráně, označilo odpověď celkem 145 respondentů (98%). Tato otázka byla v rámci šetření nejúspěšnější. Dále mě vzhledem k častým dopravním nehodám mě zajímalo, jak by se sestry zachovaly v situaci, kdy bude v havarovaném autě sedět řidič v bezvědomí, který nedýchá. Správně označilo možnost 113 dotazovaných (76%), a to šetrné vyproštění z vozidla, mírný záklon hlavy a případné zahájení KPR. Další otázkou jsem chtěla nastítnit situaci, kdy jsme svědky epileptického záchvatu, by se správně zachovalo 115 respondentů (77%), kdy by se snažili zabránit dalším poraněním, především hlavy. Ostatní by se snažili v rámci nabídnutých odpovědí postiženého resuscitovat nebo postiženému otevírat ústa, což není v rámci dané situace žádoucí. V otázce týkající se předností mezi zástavou masivního krvácení, volání ZZS a resuscitací označilo správně 118 dotazovaných (80%) odpověď, že nejdříve zastavíme krvácení, zavoláme ZZS a ihned začneme s resuscitací. Zbytek dotazovaných by krvácení nezastavilo, nebo by první zavolalo ZZS, což by nebylo v rámci poskytování první pomoci účinné. Další otázkou jsem zjišťovala znalosti ve správné hloubce a frekvenci stlačování sterny při resuscitaci. Správné hodnoty označilo 109 respondentů (74%), a sice hloubka stlačení 5cm a frekvence 100 za minutu. Nejúčinnějším způsobem, jak dítěti snížit teplotu je zábal na celé a to od 3 měsíců věku. Antipyretika ani chlazení vodou nejsou tak účinné. Správně odpovědělo 128 dotazovaných (87%). Závěrečnou a druhou nejúspěšnější byla otázka, která se týkala dítěte s laryngitidou. Správně odpovědělo dokonce 138 dotazovaných (93%), což svědčí o velmi dobré znalosti této problematiky. Správnou odpovědí je tedy zabalit dítě do deky a nechat jej inhalovat studený vzduch z mrazáku, nebo u otevřeného okna ke snížení otoku laryngu. Léky proti kašli ani antipyretika by dítěti v tomto případě neprospěly.

V mém druhém cíli jsem zjišťovala, zda má dosažené vzdělání všeobecných sester vliv na jejich znalosti o první pomoci. Zdravotničtí asistenti měli průměrně 6,41 chyb a skončili na posledním místě. Lépe si vedly všeobecné sestry s průměrem 6,25 chyb. Nejlépe si podle očekávání vedly všeobecné sestry se specializací, diplomované sestry a sestry s vysokoškolským vzděláním, které měly průměrně 5,02 chyb, kde je již patrné zlepšení oproti ostatním skupinám. Z výsledků dotazníkového šetření tedy vyplývá, že vzdělání všeobecných sester má vliv na znalosti a poskytování první pomoci.

Třetím cílem jsem si dala za úkol zjistit, zda má délka praxe vliv na znalosti o první pomoci. Respondenty jsem si rovnoměrně rozdělila do 3 skupin. První skupina obsahovala respondenty bez dosavadní praxe. Tito měli průměrný počet chyb 6,38. S tímto výkonem

skončili na posledním místě. Ve druhé skupině byli respondenti s 1-10 lety praxe s průměrným počtem chyb 6,31, což je srovnatelné s předchozí skupinou. Nejmenšího průměrného počtu chyb dosáhla skupina poslední, tedy skupina s délkou praxe nejméně 11 let. V této skupině byl průměrný počet chyb 5,38. Zde je výraznější zlepšení oproti ostatním skupinám. Z výsledků tedy vyplývá, že délka praxe ovlivňuje znalosti spojené s poskytováním první pomoci u všeobecných sester, což určitě souvisí i s výsledky předchozího cíle.

ZÁVĚR

Poskytování první pomoci nemocným a raněným je součástí profese všeobecných sester. Sestry, jakožto odbornice v péči o nemocné, by měly být profesionály i v oblasti poskytování první pomoci. Rozdíly v poskytování první pomoci ve zdravotnickém zařízení, či mimo něj, se značně liší. V terénu totiž za sebou v naprosté většině případů nemáme ošetrovatelský tým složený z lékařů a sester, jsme odkázáni pouze sami na sebe a záleží na nás, jak se v takovéto situaci zachováme. V situacích, kdy potřebujeme postiženému poskytnout první pomoc, musíme být schopni zachovat chladnou hlavu, správně vyhodnotit situaci a účinně poskytnout první pomoc s vědomím, že jsme se správně rozhodli a udělali pro pacienta maximum. Pokud nejsme schopni správně a účelně poskytnout první pomoc, nejsme těmi správnými osobami na správném místě.

Moje bakalářská práce obsahuje teoretickou a praktickou část. V teoretické části mé bakalářské práce se zabývám první pomocí a její historií, rozdělením a zásadami při jejím poskytování. Dále se zaměřuji na pojmy, jakými jsou například záchranný řetězec a řetězec přežití. Neopomenula jsem ani právní důsledky plynoucí z neposkytnutí první pomoci, výuku první pomoci zdravotnických asistentů, diplomovaných sester a sester bakalářek. V neposlední řadě jsem do mé práce zařadila důležité společnosti, zabývající se poskytováním první pomoci jakými jsou Česká resuscitační rada a Evropská rada pro resuscitaci, která pravidelně publikuje ERC Guidelines.

Bakalářská práce zjišťovala úroveň znalostí při poskytování první pomoci v terénu. Tímto výzkumem jsem se dozvěděla mnoho informací, které mě příjemně, ale i nepříjemně překvapily. Vážím si kladného přístupu sester při vyplňování mého dotazníku, díky nimž jsem mohla tuto práci vytvořit.

Výsledky průzkumu poukázaly na mezery ve vědomostech v oblasti poskytování první pomoci jak u studentek bez praxe, tak i sester s praxí i vyšším vzděláním. Pokud již školní výuka správně nepřipraví studenty a budoucí sestry, nebudou pak schopny poskytovat první pomoc na takové úrovni, jak je od nich očekáváno. Pravidelná školení, které sestry navštěvují, ať už jedenkrát ročně či méně často, z důvodu povinnosti a ne z důvodu chtít se naučit něco nového, nejsou za těchto okolností přínosné. Domnívám se, že vzdělávání v novinkách (nejen v poskytování první pomoci) je svědomím každého zdravotnického pracovníka, zvláště všeobecných sester.

Výsledky mě překvapily. Někdy se objevovaly opravdu překvapivé odpovědi v rámci chybných odpovědí, zato někteří prokázali naprostou znalost v poskytování první pomoci. Mezi respondenty s nejlepšími znalostmi patřily sestry s dlouholetou praxí, ale také studenti oboru všeobecná sestra bez dosavadní praxe.

Závěrem bych tedy chtěla upozornit na některé nedostatky, které mají sestry ve vědomostech v poskytování první pomoci. Zmínila bych především ty, které patřily do oblasti resuscitace, polohování postižených a rozpoznání hypoglykemie. Nikdy nevíme, kdy se dostaneme do situace, kdy sami budeme potřebovat první pomoc a budeme si přát, aby alespoň zdravotníci byli těmi profesionály, kteří nám tuto první pomoc účelně poskytnou, ať už v případě ošetření lehčích poranění, tak i v případech, kdy jim budeme moci být vděční za záchranu života.

Výstupem mé bakalářské práce je účast na celostátní vědecké studentské konferenci v Pardubicích, kde byli účastníci této konference seznámeni s výsledky mého průzkumu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAŠTECKÁ, B. et al. *Terénní krizová práce*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 300 s. ISBN 80-247-0708-X
- [2] BERÁNKOVÁ, M., FLEKOVÁ, A., HOLZHAUSEROVÁ, B. *První pomoc*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002. 199 s. ISBN 80-86073-99-8
- [3] BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vydání. Praha: Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6
- [4] BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 978-80-247-0680-1
- [5] ČERNÝ, J. et al. *Vybrané doporučené postupy v intenzivní medicíně*. Praha: Maxdorf, 2009. 356 s. ISBN 978-80-7345-183-7
- [6] Česká resuscitační rada. Založení České resuscitační rady. [online]. [cit. 2010-10-18]. Dostupný z WWW: <http://www.resuscitace.cz/?page_id=2>
- [7] DOBIÁŠ, V. *Přednemocničná urgentná medicína*. 1. vydání. Turany: Osveta, 2007. 382 s. ISBN 978-80-8063-255-7
- [8] DORKOVÁ, Z., JUKL, M., CICHÁ, M. *Průvodce první pomocí pro pedagogy*. 1. vydání. Olomouc: UP Olomouc, 2007. 69 s. ISBN 978-80-244-1982-4
- [9] DVOŘÁČEK, D. *Stručné dějiny poskytování první pomoci, organizovaného záchrannářství a ošetrovatelské péče o raněné* [online]. [cit. 2010-11-15]. Dostupný z WWW: <http://firehistory.ihasici.cz/23-samaritska-sluzba/strucne-dejiny-poskytovani-prvni-pomoci-organizovaneho-zachranarstvi-a-osetrovatelske-pece-o-ranene>
- [10] ERTL OVÁ, F., MUCHA, J. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. přepracované vydání. Brno: NCO NZO, 2008. 368 s. ISBN 80-7013-379-1
- [11] FRANĚK, O. *Doporučené postupy pro resuscitaci 2010* [online]. [cit. 2010-11-20]. Dostupný z WWW: <http://www.resuscitace.cz>
- [12] KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2
- [13] KOLEKTIV AUTORŮ. *Školitel Českého červeného kříže*. 1. vydání. Praha: Úřad Českého červeného kříže, 2003. 129 s.

- [14] MŠMT. *Učební osnovy předmětu první pomoc pro střední zdravotnické školy*. [online]. [cit. 2010-12-17]. Dostupný z WWW:
http://www.szs.svitavy.cz/UserFiles/download/%5B32%5D_zdravotnicky_asistent_zaklad.pdf
- [15] MZČR. *Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb.* [online]. [cit. 2010-11-14]. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/metodicky-pokyn-vseobecna-sestra_2197_947_3.html>
- [16] POKORNÝ, J. et al. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén, 2003. 341 s. ISBN 80-7262-214-5.
- [17] POKORNÝ, J. et al. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, 2004. 547 s. ISBN 80-7262-259-5
- [18] První pomoc. Podle zákona. [online][cit. 2010-11-15]. Dostupný z WWW:
<http://www.kurz-prvni-pomoc.cz/?page_id=21>
- [19] ŘÍHA, M. Problémy spojené s poskytováním první pomoci. [online]. [cit. 2011-05-22]. Dostupný z WWW:
<http://www.trivis.info/krizove_rizeni/Problemy%20spojene%20s%20poskytovanim%20prvni%20pomoci.pdf>
- [20] STELZER, J., CHYTILOVÁ, L. *První pomoc pro každého*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 116 s. ISBN 978-80-247-2144-6
- [21] ŠTĚTINA, J., et al. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. Praha: Grada, 2000. 424 s. ISBN 80-7169-688-9.
- [22] TRUHLÁŘ, A. *Doporučení pro kardiopulmonální resuscitaci - jaké změny očekáváme?* [online]. [cit. 2010-10-18]. Dostupný z WWW:
<<http://www.resuscitace.cz/wp-content/uploads/2010/10/DD2010-Doporučení-pro-KPR-...-Truhlář.pdf>>
- [23] ZEMAN, M. *První pomoc*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 1998. 143 s. ISBN: 80-85824-46-9

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AED	Automatizovaný externí defibrilátor
AHA	American health association
ALS	Advanced life support
ARIP	Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (celkem 8
ČRR	Česká resuscitační rada
ČSARIM	Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
ČSIM	Česká společnost intenzivní medicíny
ERC	Evropská rada pro resuscitaci
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
PP	První pomoc
PSS	Pomaturitní specializační vzdělání
SŠ	Střední škola
tzv.	takzvaně
VOŠ	Vyšší odborná škola
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Pohlaví

Graf č. 2 – Věk

Graf č. 3 – Pracoviště

Graf č. 4 – Vzdělání

Graf č. 5 – Délka praxe

Graf č. 6 – Poslední školení o PP

Graf č. 7 – Poskytnutí PP

Graf č. 8 – Četnost školení o PP

Graf č. 9 – Zástava krvácení

Graf č. 10 – Vyproštění

Graf č. 11 – Epilepsie

Graf č. 12 – Hmatání tepu

Graf č. 13 – Diabetik

Graf č. 14 – Poloha postiženého

Graf č. 15 – Gasping

Graf č. 16 – Volání ZZS

Graf č. 17 – Stlačování hrudníku/frekvence

Graf č. 18 – Laryngitida

Graf č. 19 – Poloha při srdečním selhávání

Graf č. 20 – Snižování teploty

Graf č. 21 – Dechy/stlačování hrudníku

Graf č. 22 – KPR – jeden zachránce

Graf č. 23 – Zahájení KPR

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Pohlaví

Tabulka č. 2 – Věk

Tabulka č. 3 – Pracoviště

Tabulka č. 4 – Vzdělání

Tabulka č. 5 – Délka praxe

Tabulka č. 6 – Poslední školení o PP

Tabulka č. 7 – Poskytnutí PP

Tabulka č. 8 – Četnost školení o PP

Tabulka č. 9 – Zástava krvácení

Tabulka č. 10 – Vyproštění

Tabulka č. 11 – Epilepsie

Tabulka č. 12 – Hmatání tepu

Tabulka č. 13 – Diabetik

Tabulka č. 14 – Poloha postiženého

Tabulka č. 15 – Gasping

Tabulka č. 16 – Volání ZZS

Tabulka č. 17 – Stlačování hrudníku/frekvence

Tabulka č. 18 – Laryngitida

Tabulka č. 19 – Poloha při srdečním selhávání

Tabulka č. 20 – Snižování teploty

Tabulka č. 21 – Dechy/stlačování hrudníku

Tabulka č. 22 – KPR – jeden záchránce

Tabulka č. 23 – Zahájení KPR

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA PI: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA PII: GUIDELINES 2010 – RESUSCITACE DOSPĚLÝCH

PŘÍLOHA PIII: GUIDELINES 2010 – RESUSCITACE DĚTÍ

PŘÍLOHA PIV: DOPORUČENÉ POSTUPY PRO RESUSCITACI 2010

PŘÍLOHA PV: POTVRZENÍ O ÚČASTI NA KONFERENCI

PŘÍLOHA PVI: ABSTRAKT K BP ZE SBORNÍKU KONFERENCE

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník

Vážená respondentko / respondente.

Jmenuji se Barbora Lacigová a studuji na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně studijní obor všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci se zaměřením na poskytování první pomoci. Součástí mé práce je dotazník a já bych Vás chtěla poprosit o jeho vyplnění.

Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu mé bakalářské práce. Dotazník se skládá ze dvou částí. První se týká všeobecných informací a druhá problematiky první pomoci.

Vzhledem k tomu, že je první pomoc otázkou rychlého jednání, prosím Vás o vyplnění dotazníku do 15 minut.

Děkuji Vám za spolupráci.

I. Část – všeobecné informace

(Vámi zvolenou odpověď prosím zakroužkujte nebo dopište na vyznačené místo.)

1. Jste muž / žena?

2. Kolik je Vám let?

3. Na kterém oddělení pracujete? (nepracující studenti nevyplňují).....

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Střední zdravotnická škola – zdravotnický asistent
 - b) Střední zdravotnická škola – všeobecná sestra
 - c) Vyšší zdravotnická škola – diplomovaný specialista
 - d) Vysoká škola – Bc.
 - e) Vysoká škola – Mgr.
 - f) Jiné – prosím uveďte

5. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
6. Kdy jste naposledy absolvoval/a školení o první pomoci? (např. seminář, studium, autoškola, jiný kurz, apod.)
7. Poskytoval/a jste někdy první pomoc mimo zdravotnické zařízení? ano / ne
8. Jak často probíhají na Vašem pracovišti školení o první pomoci?
(vyplňují pouze pracující)

II. Část – první pomoc

(Vámi zvolenou odpověď prosím zakroužkujte. Pouze jedna odpověď je správná.)

1. Tepenné krvácení u ostrých poranění na krku zastavíme nejrychleji:

- a) Tlakem přímo v ráně.
- b) Tlakovým obvazem.
- c) Pomocí škrtidla.

2. Postižený je řidič, který po dopravní nehodě sedí ve voze opřený o volant, nereaguje a nedýchá. Řidič je ve voze sám. Po přivolání pomoci:

- a) Zajistíme, aby se další osoby nepřibližovaly k vraku, s postiženým zásadně nemanipulujeme, protože hrozí nebezpečí poškození páteře a míchy.
- b) Postiženého vyprostíme, uložíme na záda, mírně zakloníme hlavu a vyčistíme ústa. Pokud nezačne dýchat, zahájíme KPR. Při vyprošťování postupujeme co nejšetrněji s ohledem na možnost úrazu páteře a míchy.
- c) S postiženým zbytečně nehýbeme, pouze provedeme maximální možný záklon hlavy, abychom uvolnili dýchací cesty.

3. Jste svědkem situace, kdy vidíte člověka náhle se sesunout k zemi a následně pozorujete tonicko-klonické křeče celého těla. Postižený je bledý, má promodralé rty a nedýchá. Jak budete postupovat?

- a) Budeme se snažit otevřít ústa, aby se mohl nadechnout.
- b) Zahájíme ihned resuscitaci, protože nedýchá.
- c) Budeme se snažit zabránit dalšímu poranění, především úrazu hlavy.

4. Postižený náhle zkolaboval, nereaguje a nedýchá. Provedeme hmatání tepu:

- a) Zásadně na krčních tepnách a resuscitaci zahájíme, pokud tep necítíme.
- b) Zásadně na periférii (zápěstí) a resuscitaci zahájíme, pokud tep necítíme, nebo cítíme jen nitkovitý tep.
- c) Hmatání tepu je nespolehlivé a zbytečně zdržuje, proto ihned zahájíme resuscitaci.

5. Nemocný diabetik je nápadně opocený, bledý, nereaguje na oslovení, nespolupracuje, ale zřetelně dýchá normální frekvencí. V rámci první pomoci:

- a) Podáme jakýkoliv sladký nápoj ve větším množství a přivoláme záchrannou službu.
- b) Přivoláme záchrannou službu, nedáváme nic jíst ani pít.
- c) Podáme inzulin a zavoláme záchrannou službu.

6. Pro pacienta, který utrpěl závažný úraz, ale je při vědomí, je nejlepší poloha:

- a) Stabilizovaná poloha na boku.
- b) "Protišoková" s podepřenými nohama.
- c) Taková, kterou postižený sám aktivně zaujímá.

7. Postižený náhle zkolaboval, nehýbe se, asi 1x za dvacet sekund se zhluboka nadechne.

Je potřeba přivolat pomoc a ihned:

- a) Zahájíme dýchání z plic do plic z důvodu velmi nízké frekvence dechů.
- b) Uložíme postiženého do stabilizované polohy z důvodu možného rizika vdechnutí zvratků.
- c) Zahájíme resuscitaci – nepřímou masáž srdce a dýchání z plic do plic.

8. V případě, že budete sami svědkem úrazu s velkým žilním nebo tepenným krvácením, při kterém dojde k zástavě dechu a srdeční akce tak nejdříve:

- a) Zastavíme krvácení, zavoláme záchrannou službu a potom začneme s resuscitací.
- b) Začneme ihned s resuscitací, poté zavoláme záchrannou službu.
- c) Nejprve zavoláme záchrannou službu, poté zastavíme krvácení a začneme s resuscitací.

9. Správná hloubka stlačení sternu a frekvence srdeční masáže při resuscitaci u dospělého jedince je:

- a) Hloubka stlačení 4 cm, frekvence 90/minutu.
- b) Hloubka stlačení 5 cm, frekvence 100/minutu.
- c) Hloubka stlačení 6 cm, frekvence 120/minutu.

10. Asi tříleté dítě má teplotu, nyní se stav zhoršil a začíná sípavě dýchat, štekavě pokašlává. Po přivolání záchranné služby jako optimální první pomoc:

- a) Zabalíme dítě do deky a podáme antipyretika.
- b) Zabalíme dítě do deky a podáme léky proti kašli.
- c) Zabalíme dítě do deky a necháme jej inhalovat co nejstudenější vzduch z mrazáku, nebo u otevřeného okna.

11. Nejefektivnější úlevová poloha při srdečním selhávání pacienta (podezření na infarkt) při vědomí je:

- a) Vsedě s oporou horní poloviny těla.
- b) Ve stabilizované poloze.
- c) Vsedě s oporou horní poloviny těla (nohy spuštěné k zemi).

12. Při vysokých horečkách u dětí snížíme teplotu nejúčinněji:

- a) Chlazením studenou vodou minimálně 20 minut.
- b) Zábalem na celé tělo (od tří měsíců věku).
- c) Podáním léků na snížení teploty.

13. Poměr stlačení hrudníku a dechů při resuscitaci je:

- a) 3:1 u novorozence, 5:1 u kojence, 30:2 u dospělého člověka.
- b) 3:1 u novorozence, 30:2 u kojence, 30:2 u dospělého člověka.
- c) 5:1 u novorozence, 5:1 u kojence, 30:2 u dospělého člověka.

14. V případě jednoho zachránce postupujeme při KPR tímto způsobem:

- a) Vždy nejprve zavoláme ZZS, poté ihned resuscitujeme, pouze u dětí nejprve provádíme 1 minutu KPR a poté voláme ZZS.
- b) U dětí nejdříve 1 minutu provádíme KPR, poté zavoláme ZZS a opět pokračujeme v resuscitaci, stejně tak u dospělých při tonutí, srdeční zástavě při traumatu nebo předávkování léky či drogami.
- c) Vždy nejprve zavoláme ZZS, poté ihned resuscitujeme, pouze u dětí a při tonutí nejprve provádíme 1 minutu KPR a poté voláme ZZS.

15. KPR u dětí a dospělých zahájíme:

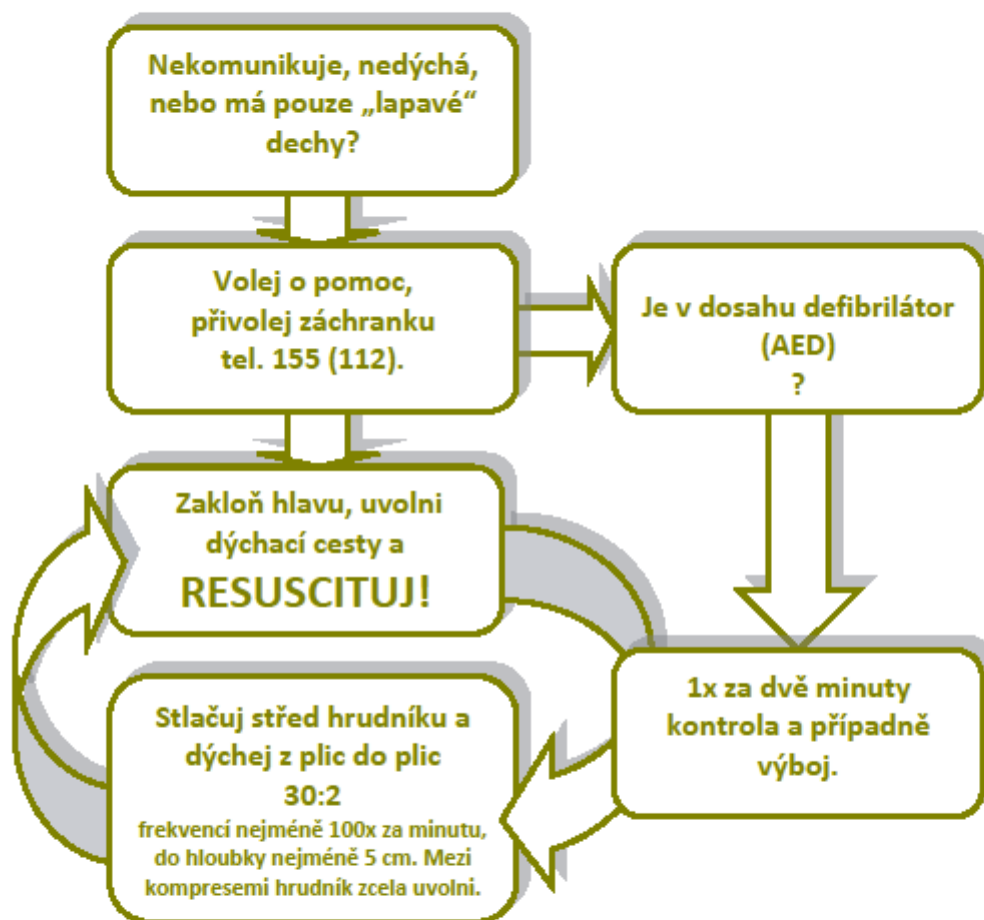
- a) U dospělých zahájíme 30 kompresemi hrudníku, u dětí 5 kompresemi.
- b) U dospělých zahájíme 2 vdechy, u dětí 5 vdechy.
- c) U dospělých zahájíme 30 kompresemi, u dětí 5 vdechy.

PŘÍLOHA P II: GUIDELINES 2010 – RESUSCITACE DOSPĚLÝCH

GUIDELINES 2010

Základní neodkladná resuscitace dospělých pro zdravotníky a školené záchránce

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



Pro úspěch je klíčové VČAS začít a NEPŘETRŽITĚ stlačovat hrudník.
Jeden vdech = 1 sekunda, objem takový, aby se viditelně zvedal hrudník.
Pokud postižený začne reagovat a/nebo normálně dýchat, přeruš resuscitaci a trvale jej kontroluj až do příjezdu záchranné služby.
POZOR! Ojedinelé „lapavé“ nádechy se mohou objevit i v průběhu resuscitace. Nepřestávej resuscitovat, nejde o známku obnovení oběhu! Nepřestávej stlačovat hrudník, ale pokud nádechy trvají, není třeba dýchat z plic do plic.

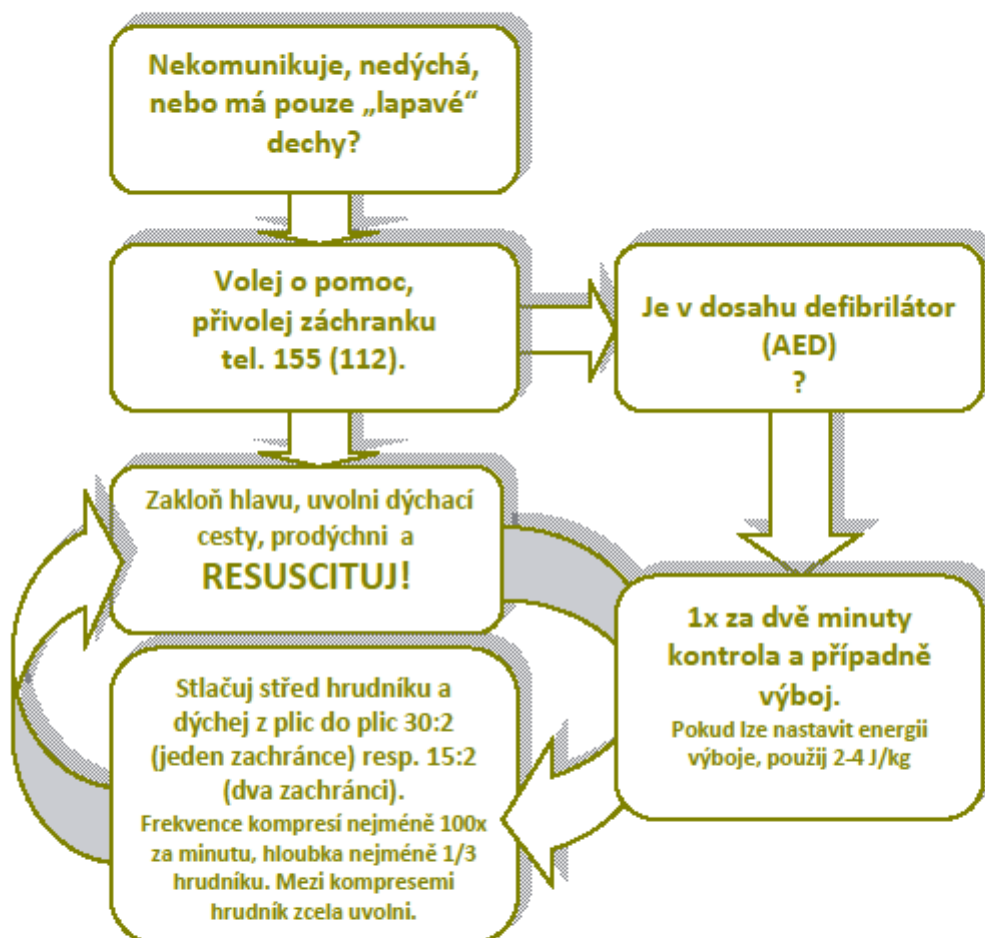
Poznámka: Doporučené postupy Evropské rady pro resuscitaci a Americké kardiologické společnosti se v detailech liší. Toto schéma představuje „průnik“ obou postupů spolu se zkušenostmi, nejlepšími vědomími a svědomím autora.
Zdroje: Nolan JP, Soar J, Zideman DA et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Resuscitation 81(2010) 1219-1451.
American Heart Association: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science. Circulation. 2010;122:5639
Aktualizace: 28.10.2010

PŘÍLOHA P III: GUIDELINES 2010 – RESUSCITACE DĚTÍ

GUIDELINES 2010

Základní neodkladná resuscitace dětí pro zdravotníky a školené záchránce

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



Pro úspěch je klíčové VČAS začít a NEPŘETRŽITĚ stlačovat hrudník. Pokud předcházelo dušení, zahaj pěti vdechy. Jeden vdech = 1 sekunda, objem takový, aby se viditelně zvedal hrudník. Pokud postižený začne reagovat a/nebo normálně dýchat, přeruš resuscitaci a trvale jej kontroluj až do příjezdu záchranné služby.

POZOR! Ojedinelé „lapavé“ nádechy se mohou objevit i v průběhu resuscitace. Nepřestávej resuscitovat, nejde o známku obnovení oběhu! Nepřestávej stlačovat hrudník, ale pokud nádechy trvají, není třeba dýchat z plic do plic.

Poznámka: Doporučené postupy Evropské rady pro resuscitaci a Americké kardiologické společnosti se v detailech liší. Toto schéma představuje „průnik“ obou postupů spolu se zkušenostmi, nejlepšími vědomími a svědomím autora.
Zdroje: Nolan JP, Soar J, Zideman DA et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Resuscitation 81(2010) 1219-1451.
American Heart Association: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science. Circulation. 2010;122:5639
Aktualizace: 28.10.2010

PŘÍLOHA P IV: DOPORUČENÉ POSTUPY PRO RESUSCITACI 2010

Doporučené postupy pro resuscitaci 2010 (ERC GUIDELINES 2010)

přehled novinek a změn v metodice neodkladné resuscitace dospělých

Důležité upozornění: Tento text obsahuje pouze souhrn nejpodstatnějších změn v doporučených postupech Evropské rady pro resuscitaci pro neodkladnou resuscitaci dospělých. Vychází z přehledu novinek, tak jak je uveden v originálním textu Guidelines, ale nejde o přesný překlad originálního textu ani si neklade nárok na úplnost a nezabývá se ani dalšími tématy Guidelines 2010 (akutní koronární syndrom, resuscitace dětí a novorozenců atd.).

BLS (základní neodkladná resuscitace)

- Dispečeré tísňových linek by měli projít výcvikem speciálně zaměřeným na rozpoznání náhlé zástavy oběhu, a to zejména s důrazem na rozpoznání gaspingu (terminální dechové aktivity).
- Základním úkolem všech záchránců je provádění kompresí hrudníku, a to frekvencí nejméně 100x za minutu, do hloubky nejméně 5 cm (s plným uvolněním hrudníku mezi komprese) a s co nejmenšími přerušeními.
- Záchránci s příslušným výcvikem by měli střídat 30 kompresí se dvěma vdechy z plic do plic.
- Metodou volby u telefonicky asistované neodkladné resuscitace jsou nepřerušované komprese hrudníku.
- Pokud je to možné, doporučuje se použití pomůcek pro průběžné řízení a vyhodnocování kvality resuscitace.

DEFIBRILACE

- Prioritou je požadavek na nepřerušované, správně prováděné komprese hrudníku.

- Je nutné klást důraz na minimalizaci přerušení masáže v souvislosti s elektroterapií (např. nepřerušení kompresí během nabíjení defibrilátoru, pokračování s kompresemi ihned po defibrilaci). Cílem je, aby přerušení kompresí z důvodu defibrilace nebylo delší, než 5 sekund.
- Bezpečnost zachránců je zásadní, ale rizika při náhodném doteku pacienta v souvislosti s defibrilací jsou malá, zvláště při použití rukavic. Před defibrilací se proto doporučuje jen rychlá kontrola pohledem.
- Nově se nedoporučuje perioda 2-3 minut pre-resuscitace před první defibrilací, pokud nebyl zachránce svědkem zástavy.
- Pokud dojde ke vzniku komorové fibrilace u pacienta během srdeční katetrizace nebo v časném pooperačním období po kardiochirurgickém výkonu, případně pokud dojde ke vzniku fibrilace u pacienta monitorovaného pomocí manuálního defibrilátoru, je možné uvážit podání až tří defibrilačních výbojů v řadě ihned za sebou.
- Je doporučena podpora rozšiřování AED, a to jak na veřejných místech, tak v místech bydliště.

ALS (rozšířená neodkladná resuscitace)

- Je kladen důraz na minimální přerušování a kvalitní provádění kompresí.
- Zásady elektroterapie – viz výše.
- Palpace pulzu u dospělých není pro svoji nespolehlivost vhodná ani u profesionálních zachránců.
- Je kladen důraz na systémy monitorování varovných známek hrozící zástavy oběhu u hospitalizovaných pacientů, včetně rozšiřování povědomí o těchto známkách u personálu zdravotnických zařízení.
- Prekordiální úder patří mezi málo účinné zásahy a jeho provedení nesmí zdržet jakékoliv jiné aktivity (masáž, defibrilace). V praxi tedy může být proveden, pouze pokud je na místě dostatek zachránců.
- Tracheální podání léků není nadále doporučováno; pokud není k dispozici žilní vstup, měly by být léky podávány intraoseálně.
- Pokud zástava oběhu trvá, měl by být po třetím výboji podán adrenalin 1 mg a amiodaron 300 mg. Dávka adrenalinu se opakuje po 3-5 minutách.

- Podání atropinu v rámci neodkladné resuscitace není nadále doporučeno.
- Tracheální intubace není prioritou, pokud není na místě osoba zkušená v jejím provedení. Intubace nesmí být spojena s významným přerušáním kompresí.
- Pokud je to možné, mělo by být monitorováno etCO₂. Účelem je ověření správnosti zavedení tracheální rourky, monitorování kvality resuscitace a včasné rozpoznání obnovení oběhu (ROSC).
- Použití ultrasonografie během resuscitace může být užitečné pro odhalení potenciálně reverzibilních příčin resuscitace.
- Příliš vysoká hladina kyslíku v krvi (hyperoxie) po resuscitaci může být škodlivá. Po úspěšné resuscitaci by měla být monitorována saturace kyslíkem. Hladina O₂ ve vdechované směsi by měla být titrována tak, aby bylo dosaženo SaO₂ 94-98%.
- Pacienti po úspěšné resuscitaci by měli být ošetřováni s důrazem na prevenci a léčbu poresuscitačního syndromu. Péče o pacienty po zástavě oběhu by měla být založena na přesných protokolech a pacienti by měli být pokud možno směrováni na oddělení s velkými zkušenostmi v péči o resuscitované pacienty. Důraz by měl být kladen zejména na adekvátní ventilaci a oxygenaci, časné provedení PCI; prevenci a léčbu křečí, udržení normoglykemie (korekce hypoglykemie, prevence hyperglykemie nad 9,9 mmol/l), použití terapeutické hypotermie a udržení normálních hodnot markerů vnitřního prostředí.
- Prognostické známky a systémy používané pro predikci outcome pacientů po resuscitaci nejsou považovány za spolehlivé, a to zvláště v případě použití terapeutické hypotermie. (Ondřej Franěk, www.zachrannasluzba.cz)

PŘÍLOHA P V: POTVRZENÍ O ÚČASTI NA KONFERENCI



**PARDUBICKÁ KRAJSKÁ
NEMOCNICE**



POTVRZENÍ O ÚČASTI NA KONFERENCI

pro
jméno a příjmení účastníka akce:

pan/paní

Barbora Lacigová

narozen/a

30.6.1989



Souhlasné stanovisko: POUZP pod číslem OZ 694/11 K dle Vyhlášky MZČR č.4/2010 Sb.*

Akce je určena pro: všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotnické záchranáře.

*Vyhláška MZČR č. 4/2010 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

Konference nebyla vedena v cizím jazyce.

 **Univerzita Pardubice**
Fakulta zdravotnických studií
532 10 Pardubice, Průmyslová 395

.....
razítko


.....
podpis

PŘÍLOHA P VI: ABSTRAKT K BP VE SBORNÍKU Z KONFERENCE

Úroveň znalostí všeobecných sester poskytnout první pomoc v terénu

Lacigová B., Blažková M.

Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

barbora.lacigova@seznam.cz, blazkova@fhs.utb.cz

Klíčová slova:

guidelines, první pomoc, všeobecná sestra, výuka

Abstrakt:

Úvod: Poskytování první pomoci patří mezi klíčové dovednosti každé všeobecné sestry. Všeobecné sestry by měly znát nejen nové metody a postupy k provádění první pomoci, ale také by je měly umět aplikovat v praxi. Zajímalo mě tedy, jaká je úroveň znalostí všeobecných sester poskytnout první pomoc v terénu a zda jsou orientované v nových postupech v poskytování první pomoci dle Guidelines 2010.

Metoda: Cílem šetření bylo zjistit, zda existují rozdíly ve znalostech první pomoci dle ukončeného stupně vzdělání, zda znalosti o poskytování první pomoci závisí na délce praxe a v neposlední řadě, jaká je celková úroveň vědomostí všeobecných sester. Byla využita metoda nestandardizovaného strukturovaného dotazníku jako kvantitativní metoda pro získání co nejvíce dat v poměrně krátkém časovém úseku, který byl určen pro zdravotnické asistenty a všeobecné sestry. Dotazník obsahoval 23 položek. Celkem bylo distribuováno 150 dotazníků, z nichž 148 bylo možné použít k analýze výsledků.

Výsledky: Průzkum poukázal na značné mezery ve znalostech první pomoci u všeobecných sester. Lepších výsledků dosahovaly obecně sestry s praxí a vyšším stupněm vzdělání, avšak pouze s mírným rozdílem byly následovány zdravotnickými asistenty, studujícími bakalářský studijní obor. Z průzkumu lze tedy usoudit, že stupeň vzdělání a délka praxe hrají roli ve znalostech první pomoci.

Závěr: Z průzkumu lze vyvodit, že by se měla výuka první pomoci sester v rámci školního vzdělávání a celoživotního vzdělávání zkvalitnit, aby sestry, jakožto profesionálky ve svém oboru, dokázaly poskytnout první pomoc na profesionální úrovni tak, jak je od nich očekáváno.