

První pomoc ve standardních a nestandardních podmínkách

Romana Veselá

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Romana VESELÁ**
Osobní číslo: **H11000**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **První pomoc ve standardních a nestandardních podmínkách**

Zásady pro vypracování:

Nastudovat odbornou literaturu.

Zpracovat metodiku bakalářské práce.

Popsat historii civilní a válečné první pomoci.

Objasnit postupy poskytování první pomoci ve standardních a nestandardních podmínkách.

Popsat možné odchylky v poskytování první pomoci nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

Realizovat průzkumné šetření formou dotazníku ve vybraných zdravotnických zařízeních.

Zpracovat, vyhodnotit a interpretovat získaná data.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

CETLOVÁ, Lada. První pomoc: guidelines – 2010. Brno: Tribun EU, 2011. 97 s. ISBN 978-80-263-0024-3.

HASÍK, Juljo. Standardy první pomoci. 2. vydání. Praha: Český červený kříž, 2012. 83 s. ISBN 978-80-87729-00-7.

KLEIN, Leo a Alexander FERKO. Principy válečné chirurgie. Praha: Grada, 2005. 132 s. ISBN 80-247-0735-7.

POKORNÝ, Jan. Lékařská první pomoc. 2. vydání. Praha: Galén, 2010. 474 s. ISBN 978-80-7262-322-8.

ŽÁK, Martin a Radovan MATOUŠEK. První pomoc v polních podmínkách: studijní pomůcka. Hradec Králové: Univerzita obrany, 2009. 55 s. ISBN 978-80-7231-335-8.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Petr Snopek, DiS.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

15. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

23. května 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, 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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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 Zlíně 14. 2. 2014

.....
Kovář

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 vzdělávacího 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 užit 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

Při selhání základních životních funkcí je prioritou záchrana lidského života, která spočívá v časně, správně a cíleně poskytnuté první pomoci. Moje bakalářská práce se zabývá zásadami poskytování první pomoci nelékařského zdravotnického personálu v mírových podmínkách v České republice a seznamuje s poskytováním první pomoci ve vojenských podmínkách se zaměřením na vojenskou polní nemocnici. První pomoc a její zásady se vzhledem k její historii datují právě do dob válečných.

Teoretická část bakalářské práce popisuje historii první pomoci, přípravu nelékařského zdravotnického personálu a specifika vzdělávání vojenských všeobecných sester. V souvislosti s výše uvedeným jsou zde také zahrnuty základy neodkladné resuscitace.

Praktická část mé bakalářské práce je zaměřena na průzkum úrovně vědomostí všeobecných sester v oblasti poskytování neodkladné a rozšířené první pomoci a na porovnání úrovně znalostí mezi základními skupinami respondentů což jsou civilní a vojenské všeobecné sestry. V uvedeném průzkumu jsem také popsala propojení teorie s praxí ze strany zaměstnavatele.

Průzkum je veden formou kvantitativního nestandardizovaného dotazníku.

Klíčová slova: standard, BATLS, Guidelines, vojenská mise, Casevac, Medevac.

ABSTRACT

The highest priority, while failure of main vital functions, is saving a human life. This consists in giving first aid in time and well-done. My bachelor thesis deals with principles of first aid of paramedical staff in peaceful conditions in the Czech Republic and acquaints with providing first aid at military conditions focusing on the military field hospital. First aid and its principles given to its history are dating back to the days of wartime.

The theoretical part of the thesis describes the history of first aid, preparation of paramedical staff and education specifics of military nurses. In the context with the above there are also included the basics of required resuscitation.

The practical part of my thesis is focused to survey the level of nurse's knowledge in providing emergency and extended first aid and to compare the level of knowledge among the basic groups of respondents which are civilian and military nurses. In the survey, I also described the linking theory with the practice by the employer.

The survey is conducted by quantitative non-standardized questionnaire.

Keywords: standard, BATLS, Guidelines, military missions, Casevac, Medevac.

Dovolím si v první řadě poděkovat vedoucímu bakalářské práce, panu PhDr. Petru Snopkovi, DiS., který mě odborně vedl, poskytoval kvalifikované rady a připomínky.

Dále bych chtěla poděkovat všem svým respondentům, za jejich ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníků a bez jejichž spolupráce by tato bakalářská práce nemohla vzniknout.

V neposlední řadě patří velké poděkování mé rodině, hlavně za jejich plnou podporu, toleranci a vstřícnost, kterou mi poskytly po celou dobu mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
1 TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PRVNÍ POMOC	13
1.1 HISTORIE PP	13
1.1.1 Historie civilní PP	13
1.1.2 Historie válečné PP	14
1.2 ZNAK PP	15
1.3 Hnutí ČERVENÉHO KŘÍŽE.....	15
2 PŘÍPRAVA VŠEOBECNÝCH SESTER NA POVOLÁNÍ	17
2.1 LEGISLATIVNÍ NORMY PRO POVOLÁNÍ SESTER	17
2.2 KATEGORIE A PŘÍPRAVA VŠEOBECNÝCH SESTER	17
2.3 POŽADAVKY NA VZDĚLÁNÍ VOJENSKÝCH SESTER	18
2.4 VZDĚLÁVÁNÍ VOJENSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU	19
2.5 NÁPLŇ PRÁCE VOJENSKÝCH SESTER VE STANDARDNÍCH PODMÍNKÁCH	20
3 POSKYTOVÁNÍ PP	21
3.1 TRESTNÍ ZÁKON O NEPOSKYTNUTÍ PP.....	21
3.2 BEZPEČNOST PŘI POSKYTOVÁNÍ PP	21
4 CHARAKTERISTIKA PP	23
4.1 DĚLENÍ PP.....	23
4.2 POSOUZENÍ POSTIŽENÉHO	23
5 RESUSCITACE	24
5.1 ZÁKLADNÍ NEODKLADNÁ RESUSCITACE - BLS - BASIC LIFE SUPPORT.....	24
5.1.1 Postupy základní KPR dospělých.....	24
5.1.2 Postupy základní KPR dětí.....	25
5.2 ROZŠÍŘENÁ NEODKLADNÁ RESUSCITACE - ALS - ADVANCED LIFE SUPPORT.....	26
5.2.1 Postupy rozšířené KPR dospělých	26
5.2.2 Postupy rozšířené KPR dětí.....	26
5.2.3 Použití AED	26
6 BARTS	27
6.1 PŘÍSTUP KE ZRANĚNÉMU PODLE BARTS.....	27
6.1.1 Prvotní ošetření	27
6.1.2 Druhotné ošetření	28
6.1.3 Definitivní péče.....	28
6.2 ROZDĚLENÍ ZDRAVOTNICKÝCH ETAP	28
6.3 HLÁŠENÍ INCIDENTU PODLE BARTS	29
6.3.1 MIST	30

6.3.2	METHANE	30
6.4	TŘÍDĚNÍ.....	30
6.5	VYPROŠTĚNÍ A DRUHY POLOH ZRANĚNÉHO	31
6.6	TRANSPORT	31
7	URGENTNÍ MEDICÍNA/MEDICÍNA KATASTROF/HROMADNÁ NEŠTĚSTÍ/MASCAL	33
7.1	URGENTNÍ MEDICÍNA.....	33
7.2	MEDICÍNA KATASTROF	33
7.3	HROMADNÁ NEŠTĚSTÍ/MASCAL	33
II	PRAKTICKÁ ČÁST	35
8	PP VE STANDARDNÍCH A NESTANDARDNÍCH PODMÍNKÁCH	36
8.1	CÍLE PRŮZKUMU	36
8.2	METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
8.3	CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	37
8.4	METODY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
8.5	CHARAKTERISTIKA DOTAZNÍKOVÝCH POLOŽEK.....	37
8.6	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
8.7	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	39
9	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	40
10	DISKUSE	76
	ZÁVĚR	80
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	82
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	87
	SEZNAM GRAFŮ	89
	SEZNAM TABULEK.....	90
	SEZNAM PŘÍLOH.....	92

ÚVOD

Při poskytování první pomoci (dále jen PP) se hovoří se o tzv. „zlaté hodině“, ovšem nejdůležitější jsou první minuty poskytnuté péče, při čemž velkou roli hraje rozhodnost, správnost a praktičnost poskytnuté PP. To vše uvedené se odráží na znalostech a dovednostech záchránce, kterým by měl být ten, kdo je první na místě incidentu. Ovšem v mnoha případech se jedná o toho, kdo je ochoten a schopen této PP. Výsledek správně poskytnuté PP je závislý na časové prodlevě poskytnuté pomoci. PP zahrnuje život zachraňující úkony a to buď laikem či odborníkem. Tyto aspekty mohou život zraněného zcela zachránit nebo alespoň zmírnit následky postižení. Je důležité přistupovat k záchraně života s rozvahou na možná rizika a s uvědoměním, že postiženému poskytneme co možná nejlepší ošetření, jakého jsme v tu chvíli schopni.

Uvedené téma je velice obsáhlé a vzhledem tomu, že jsem všeobecná sestra, ale také zároveň voják z povolání v témže oboru, jsem si, jako téma mé bakalářské práce, zvolila PP v mírových – podle vojenského slangu „civilních“ a PP v polních podmínkách, spojených se záchranou životů na zahraničních vojenských misích.

Sama jsem se účastnila několika vojenských misí, a i když si to nikdo z kolegů moc nepřipouští, v každé minutě jde o život nejen „bojovníkům“, ale také nám, příslušníkům pomáhajících profesí. Z tohoto pohledu je tedy velice náročné nevnímat změnu klimatu, nestandardní podmínky, odloučení od rodiny a přátel, a plně se soustředit na náročné úkoly spojené s pobytem na vojenské zahraniční misi, protože se jedná o poskytování té nejefektivnější a nejkvalitnější péče, která může být poskytnuta v polních podmínkách. Neznalí podstaty věci si mohou klást otázku: „Je tato pomoc stejná v civilních a polních podmínkách?“ Kvalita pracovního života a to nejen v nestandardních podmínkách, je závislá na stabilizaci ošetrovatelského týmu. Vyrovnaný charakter osobnosti má zásadní vliv na kvalitu a efektivitu poskytované péče, protože péče o vážně nemocné – zraněné, přináší jako nejnáročnější část, obrovskou psychickou zátěž a velmi se liší reakce lidí na stresovou událost, při níž hraje velkou roli vlastní osobnost jedince.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na vědomosti civilních a vojenských sester v oblasti PP, podmiňujícím vzděláním na profesi všeobecné sestry a v neposlední řadě na přístup zaměstnavatele (tj. zdravotnické zařízení) ke svým zaměstnancům (tj. všeobecným sestram).

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PRVNÍ POMOC

Motto: „Lidská pomoc v nouzi obohacuje nejen toho, kdo ji dostává, ale i toho, kdo ji poskytuje.“ (Václav Havel)

PP je soubor postupů, technik a metod, které mohou být poskytnuty kýmkoliv, kdekoliv při náhlém ohrožení zdraví.

Základem PP je záchrana lidského života, zabránění zhoršení stavu pacienta a urychlení samotného uzdravování.

1.1 Historie PP

Z historického hlediska se můžeme pouze domnívat na počátky vzniku PP. Důkazy o poskytnutí záchranných postupů jsou datovány již ze starého Egypta – 4000 let před naším letopočtem, kdy bohyně Isis (bohyně magie) oživovala dýcháním z úst do úst svého bratra a zároveň manžela Osirida. V důsledku válečných konfliktů v dávných dobách zřejmě jako první použil termín PP pruský vojenský chirurg **Johannes Friedrich August von Esmarch** (1823 – 1908), který zastával názor, že všichni vojáci by měli být schopni poskytnout PP svým kolegům a to bez ohledu na jejich profesi (Málek, Dvořák a Knor, 2010, s. 2).

1.1.1 Historie civilní PP

V počátcích se jednalo o poskytnutí pomoci z řad dobrovolných organizací. Snaha o organizovanou PP na našem území byla v 18. století na území Prahy.

Méně známou osobností v oblasti PP je **Prof. MUDr. Jaromír sv. p. von Mundy**, který svůj život zasvětil záchránářství a podle jehož Vídeňského vzoru záchránářské společnosti, byla 8. 12. 1857 zřízena pražská záchranná stanice, jejíž činnost nebyla financována státem, ale byla pouze na bázi dobrovolníků.

První knihou o PP byla „Návod o prvé pomoci při úrazech a nehodách“ napsána **Karlem Plocem**, vyšla roku 1897. V uvedené knize popisuje postup oživování zdánlivě mrtvého, za kterého se považovali pouze utonulí. Jiná zranění či smrt byly považovány za přirozené ukončení životní cesty a tudíž nebyly oživovány (Málek, Dvořák a Knor, 2010, s. 6-7).

Ve druhé polovině 20. století byly vypracovány metody základní a rozšířené neodkladné resuscitace **Peterem Safarem**, který provedl pokus na skupině dobrovolníků, aby dokázal, že umělé dýchání z plic do plic je metodou pro obnovení okysličování krve. Vypracoval postup neodkladné resuscitace a stanovil hlavní příčiny náhlé smrti: masivní krvácení, akutní dušení a náhlá zástava krevního oběhu. Roku 1968 vydal první příručku kardiopulmonální resuscitace (dále jen KPR). Při provádění resuscitaci kladl především důraz na záklon hlavy a uzavření nosu při umělém dýchání (Pokorný, 2010, s. 16).

Roku 1974 byla v tehdejším Československu zřízena síť center zdravotnické záchranné služby (Dvořáček, © 2010).

Metody poskytování PP v praxi prochází stále vývojem, přepracovávají se, zjednodušují a jsou založeny na původních Safarových doporučeních. Od roku 2000 vychází v pětiletých cyklech léčebná doporučení pro KPR - Guidelines. V současné době vycházíme z Guidelines 2010 (Cetlová, 2011, s. 6-7).

1.1.2 Historie válečné PP

Za otce přednemocniční péče byl považován francouzský chirurg, štábní lékař rýnské armády a Napoleonův osobní lékař **Jean Dominique Larrey**, který zavedl pohyblivá obvažovací místa. Přínos tkvěl v pomoci raněným přímo na bojišti s následným transportem do tehdejších nemocnic - lazaretů. Propagoval ošetření jak vlastních, tak nepřátelských raněných.

Jedním z dalších průkopníků moderní válečné chirurgie byl **Nikolaj Ivanovič Pirogov** (1810 – 1881), který vydal knihu „Válečná chirurgie“ (Málek, Dvořák a Knor, 2010, s. 4).

Z pohledu ošetrovatelství je za zakladatelku ošetrovatelství považována **Florence Nightingalová**, tzv. „dáma s lampou“ (1820 – 1910), která kladla důraz na vzdělanost sester, hygienické zásady a lidský přístup k nemocným při ošetřování raněných, která roku 1860 otevřela první zdravotnickou školu v Anglii.

Nejznámější osobou organizace válečné PP byl švýcarský obchodník a spisovatel **Henri Dunant** (1828 – 1910), který pomáhal zřizovat polní nemocnice. V roce 1901 získal jako první Nobelovu cenu za mír, za svůj podíl při založení Mezinárodního hnutí Červeného kříže a za svůj vliv na spolu-realizaci ženevských úmluv (Málek, Dvořák a Knor, 2010, s. 3-6).

Roku 1882 byly v Praze zřízeny dvě Lékařské fakulty - česká a německá, zabývající se otázkami vojenského zdravotnictví a válečné chirurgie a právě od této doby je datován začátek vývoje českého válečného školství.

Mezi hlavní představitele československé válečné chirurgie patří prof. Vilém Weis, prof. Karel Maydl, prof. Otakar Kukula, prof. Rudolf Jedlička, podplukovník prof. Jan Levit, Julius Petřivalský, prof. Stanislav Kostlivý, prof. Emanuel Rychlík, prof. František Burian (zakladatel české a světové plastické chirurgie) a prof. Arnold Jirásek (byl iniciátorem vytvoření Ústavu pro válečnou chirurgii při první chirurgické klinice Univerzity Karlovy v Praze roku 1936.

V době druhé světové války dochází na našem území k přerušení činnosti v souvislosti s rozvojem medicíny. Velký rozmach ve vývoji československé zdravotnické služby nastává v poválečném období a to s následným využitím válečných zkušeností. Velkou novinkou bylo zavedení třídění zraněných podle naléhavosti ošetření, etapové léčení a následný odsun na místo určení. Na uvedeném algoritmu byly postaveny a následně doplňovány základní poznatky válečné chirurgie.

Roku 1927 byla založena Vojenská škola lékařská v Praze, roku 1945 bylo na návrh tehdejšího Ministra národní obrany doporučeno zřídit Ústav pro úrazovou a válečnou chirurgii v Praze a roku 1951 vzniká Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyně v Hradci Králové s katedrou válečné chirurgie (Klein a Ferko, 2005, s. 17-24).

1.2 Znak PP

Znakem PP je modrá hvězda – hvězda života. Je to třiramenný kříž, jehož ramena značí symboly základních životních funkcí - vědomí, dýchání a oběh. Paprsky symbolizují šest funkcí záchranného řetězce - rozpoznání stavu, oznámení, výjezd, péče na místě, péče při transportu a předání klienta. Uprostřed se nachází bílý had a Aeskulapova hůl jsou to symboly lékařů (Málek, Dvořák a Knor, 2010, s. 10). (Příloha I)

1.3 Hnutí červeného kříže

Hnutí červeného kříže je největší humanitární celosvětově působící organizace, jejímž posláním je úcta k lidské bytosti, předcházení lidskému utrpení, ochrana zdraví a života, bez rozdílností národnostních, politických, rasových a náboženských. Červený kříž byl založen

roku 1863 Henri Dunantem a válečnými lékaři. Svou činnost zaměřuje na šíření znalostí mezinárodního humanitárního práva. Československý červený kříž byl založen 6. února 1919 Alicí Masarykovou. Symbolem je červený kříž v bílém poli (Bernatová, 2013, s. 62-64). (Příloha II)

2 PŘÍPRAVA VŠEOBECNÝCH SESTER NA POVOLÁNÍ

S rozvojem moderního ošetřovatelství se stále zvyšují požadavky na vzdělávání všeobecných sester. Ošetřovatelská péče je multidisciplinární profese zajišťována ošetřovatelským týmem, který je součástí zdravotnického týmu sestávajícího se ze sester různého stupně kvalifikace. Povolání všeobecné sestry se řadí mezi regulovaná, jejichž podmínkami jsou: oprávnění k výkonu, celoživotní vzdělávání a odborná náplň práce. Co se týče odbornosti, tak podle platné legislativy neexistuje rozdíl mezi vojenskou a civilní sestrou a jsou pouze rozdíly ve všeobecně pracovních záležitostech. Vojenská sestra se řídí *Zákonem o vojácích z povolání – Zákon č. 221/1991Sb.* a civilní sestra se řídí *zákoníkem práce – Zákon č. 262/2006Sb.*

2.1 Legislativní normy pro povolání sester

- *Vyhláška č. 31/2010 Sb. o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí (Česko, 2010).*
- *Vyhláška č. 129/2010 Sb. o stanovení minimálních požadavků na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání (Česko, 2010).*
- *Vyhláška č. 4/2010 Sb. o stanovení kreditního systému pro vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků (Česko, 2010).*
- *Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Česko, 2011).*
- *Zákon č. 105/2011 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), (Česko, 2011).*

2.2 Kategorie a příprava všeobecných sester

Zásadní rozdíl změn ve vzdělávání všeobecných sester nastal v roce 2004, kdy se po čtyřletém studiu střední zdravotnické školy stává ze všeobecné sestry, zdravotnický asistent. Řa-

díme ho mezi sestru druhé úrovně, pracující pod odborným dohledem (Prošková, 2013, s. 104).

Od roku 1996 začínají vznikat Vyšší odborné školy zdravotnické. Studium na této škole je ukončeno absolutoriem a její absolventi mají právo užívat titul DiS. Od roku 1992 mohou všeobecné sestry studovat obor ošetrovatelství na Lékařských fakultách a získat bakalářské či magisterské vzdělání. Všeobecné sestry s tímto vzděláním mohou pracovat bez odborného dohledu a řadí se mezi sestry první úrovně (Prošková, 2013, s. 105).

Sestra I. úrovně - je zcela samostatně pracující a má nejvyšší stupeň kvalifikačního vzdělání. Kvalifikaci získává ve vyšším ošetrovatelském studiu nebo na univerzitě a má možnost užívání titulů (DiS., Bc., Mgr.). Do této úrovně se také řadí všeobecné sestry se specializačním studiem v klinických oborech. Svou specializaci získávají na Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů - NCO NZO a všeobecná sestra s tímto vzděláním vede práci sester II. úrovně a pomocného ošetrovatelského personálu.

Sestra II. úrovně (zdravotnický asistent) - má nižší stupeň kvalifikačního vzdělání. Kvalifikaci získává na střední zdravotnické škole. Je členkou ošetrovatelského týmu a je vedená sestrou I. úrovně (Staňková, 2002, s. 8-10; Vévoda, 2013, s. 104-117).

2.3 Požadavky na vzdělání vojenských sester

Prvním a základním požadavkem stát se vojenskou sestrou je trestní bezúhonnost, zdravotní způsobilost a absolvování tříměsíčního základního kurzu přípravy ve Vojenské akademii Vyškov. Požadavkem pro přijetí všeobecné sestry za vojáka z povolání (nyní profesionální voják) jsou ve zdravotnickém vzdělání, které musí odpovídat stupni sester I. úrovně s nutností platné centrální registrace sester (Armáda české Republiky, © 2013).

„Ošetřování zraněných v poli se liší od péče poskytované v civilních podmínkách.“ (Žák a Matoušek, 2009, s. 5). Z hlediska vysílání zdravotníků do vojenských misí je podmínkou platný certifikát na rozšířenou první pomoc v poli. Jedná se o kurz: BARTS (Battefield Advanced Resuscitation Techniques and Skills). Kurz je založen na mezinárodně uznávaných standardech pro ošetřování zraněných ve vojenských podmínkách. „Základním principem je algoritmus ošetření zraněných za respektování taktických podmínek na místě vzniku poranění.“ Princip BARTS vychází z praktických zkušeností a doporučení pro ne-

odkladnou resuscitaci GUIDELINES 2010. (Matoušek a Homola, © [b.r.], s. 1, 3). Platnost těchto kurzů je pět let od doby získání certifikátu.

Důležitým požadavkem je zcela jistě jazyková příprava, kdy je nutná vojenská jazyková zkouška STANAG 6001, která se rozděluje do třech vědomostních úrovní. Na vojenský zdravotnický personál jsou kladeny znalosti především jazyka anglického. Zkouška sestává z písemného a ústního projevu, poslechu a četby s porozuměním textu. Po úspěšném splnění požadované úrovně účastník obdrží certifikát.

2.4 Vzdělávání vojenského zdravotnického personálu

Hlavním oborem vojenské první pomoci je válečná chirurgie, k jejímu pokroku samozřejmě přispívá civilní (mírová) praxe. Obecně lze říci, že je to skloubení všeobecně-vojenských a vojensko-odborných znalostí. „Úkoly související se vstupem České republiky do NATO, vedly k ujasnění koncepce vojenského zdravotnictví.“ (Klein a Ferko, 2005, s. 13). Snahou bylo dosažení co nejsrovnatelnější úrovně kvality a efektivity zdravotnické péče ve standardních a nestandardních podmínkách. Požadavky jsou kladeny na potřebnou znalost mezinárodně uznávaných protokolárních postupů v urgentní medicíně, úrazové chirurgii, resuscitačních postupech a principech třídění. Klade se důraz na dodržování léčebných standardů, ale také na jazykovou odbornost (Klein a Ferko, 2005, s. 14).

Každý účastník mise (lékařský i nelékařský personál) musí mít znalosti v oblasti právních aspektů poskytování péče v zahraničí v rámci mnohonárodnostních sil.

„Od roku 2005 se Armáda České republiky stává plně profesionální.“ (Plodr, 2012, s. 12). Česká republika se zavázala ke spolupráci a k plnění úkolů, které jsou důležité k udržení mezinárodní bezpečnosti. Změnil se systém zdravotnického zabezpečení vojsk v míru i v polních podmínkách a i z tohoto důvodu jsou vyčleněny jednotky pro výjezdy do zahraničních misí v souvislosti s ozbrojenými konflikty nebo živelnými či humanitárními katastrofami.

Hlavním střediskem pro výcvik zdravotnického personálu je Fakulta vojenského zdravotnictví (dále jen FVZ) v Hradci Králové s Katedrou válečné chirurgie (vedenou od roku 2002 podplukovníkem docentem Alexandrem Ferkem), která navázala na Vojenskou lékařskou akademii v Praze a zde také probíhá odborné medicínské vzdělávání lékařů a nelékařského zdravotního personálu. Prioritně se jedná především o poskytnutí péče při stresujících

cích situacích a v nestandardních podmínkách, kdy možnost profesionálního selhání narůstá. Fakulta zabezpečuje výuku aktivovaných zdravotnických pracovníků a provádí odborné doškolování lékařů, nelékařských zdravotnických pracovníků i nezdravotnických pracovníků (Klein a Ferko, 2005, s. 13-15).

2.5 Náplň práce vojenských sester ve standardních podmínkách

Vojenské všeobecné sestry jsou součástí Vojenské zdravotnické služby Armády České republiky. Úkolem všeobecných vojenských sester sloužících u vojenských útvarů je zabezpečení preventivních a léčebných opatření pro vojáky z povolání na vojenských posádkách. V místě působení vojenského útvaru pak plánovat a organizovat pravidelné proškolení z oblasti PP a to buď formou teoretickou, nebo praktickými nácviky. Druhou oblastí působnosti vojenských sester jsou příslušníci Polních nemocnic (dále jen PN). Jejich prioritou je vojenská a zdravotnická příprava s cílem výjezdu na zahraniční vojenské mise. „Vojenští zdravotníci si neustále zvyšují svoji odbornou způsobilost výkonem odborné praxe na vysoce specializovaných pracovištích zdravotnických zařízení po celé České republice. Mezi oblastmi, které musí vojenský zdravotnický nelékařský personál zvládnout, patří znalosti topografie a orientace v terénu, chemických a střelných zbraní, ženíjní problematiky (minová nebezpečí), vojenského vystupování, spojovací problematiky a obsluhy spojovacích prostředků“ (Kodůusková, 2011, s. 16-17).

V neposlední řadě se klade důležitost na celoživotní vzdělávání zdravotního personálu v oblasti konferencí, stáží, kurzů a taktických cvičení ve vojenských výcvikových prostorech.

3 POSKYTOVÁNÍ PP

Není zásadní rozdíl v postupu poskytování PP ve vojenských (polních) a mírových (civilních) podmínkách, ale v možnostech ohrožení zraněného a zachránce. Existuje samozřejmě větší riziko ohrožení v polních (bojových) podmínkách, kde je vzhledem k válečnému ohrožení vlastního života nutná ochrana také vlastního života.

Poskytování PP člověku v ohrožení nebo tísni je v podvědomí lidí odedávna projevem kladných mezilidských vztahů a je považována za samozřejmou morální povinnost. V České republice ukládají nezdravotníkovi (laikovi) povinnost poskytnutí pomoci v nouzi právní předpisy - trestní zákoník (viz bod níže).

3.1 Trestní zákon o neposkytnutí PP

Původní zákon č. 140/1961 Sb. (§207 a § 208), novelizovaný na zákon č. 40/2009 Sb. Pro oblast PP se jedná o § 150 - neposkytnutí pomoci. Ve znění:

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

A o § 151 – neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku. Ve znění:

- (3) *Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na pět let nebo zákazem činnosti (Česko, 2009, s. 386).*

3.2 Bezpečnost při poskytování PP

Při poskytování PP, je velmi důležité myslet nejen na bezpečnost zachraňovaného, zachránce, ale také na blízké okolí a proto v urgentních situacích je nutno jednat s rozvahou a být připraven na možná rizika při pomoci druhým.

Při dobrém úmyslu zachránit druhé musíme předpovídat možná rizika, při kterých může být záchránce ohrožen, což může být například požár, zásah ve vodě s ohledem na možné proudy a teplotu vody, prostředí zamořené jedovatými látkami, možnost nakažlivé choroby u zachraňovaného, úraz elektrickým proudem a v neposlední řadě střelná a minová nebezpečí (v polních podmínkách).

„Jsou-li rizika a záchrana jedince možná jen s použitím ochranných pomůcek, musí tak záchránce učinit a použít je“ (Bernatová, 2013, s. 7).

4 CHARAKTERISTIKA PP

PP se dělí na předlékařskou, kterou poskytují laici či zdravotníci a to bez jakéhokoliv specializovaného vybavení. Zahrnuje přivolání odborné pomoci a poskytnutí základní neodkladné resuscitace. Na předlékařskou PP by měla navazovat rozšířená lékařská PP současně s neodkladnou resuscitací, která je prováděna odborně proškolenými pracovníky za použití specializovaného vybavení. Její součástí je také dle potřeby převoz postiženého do zdravotnického zařízení k definitivnímu ošetření (Cetlová, 1011, s. 8).

4.1 Dělení PP

Technická PP - základem je odstranění příčiny úrazu a to buď svépomocí, nebo s pomocí integrovaného záchranného systému (Hasičský záchranný sbor České republiky, jednotky požární ochrany, Zdravotnická záchranná služba a Policie České republiky). Je-li potřeba v určitých případech přerušit účinek škodlivé noxy, musíme takto učinit ještě před začátkem pomoci zdravotnické.

Laická zdravotnická pomoc - jedná se o předlékařskou PP, kterou by měl být schopen poskytnout každý občan. Jedná se o soubor základních a nezbytných úkonů, důležitých pro záchranu lidského života. Je mnohem horší neudělat nic, než se z pohledu nezkušeného zachránce, nepokusit o obnovu základních životních funkcí, mezi které právě laická pomoc patří. Součástí této pomoci je také přivolání rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP).

Odborná zdravotnická pomoc - je součástí rozšířené lékařské PP, prováděná vyškolenými zdravotníky - lékaři, sestry, záchranáři.

4.2 Posouzení postiženého

Při vyšetření postiženého musíme zjistit informace o závažnosti zdravotního stavu. Vyšetření se provádí posloupně (od hlavy až po paty). Začínáme verbálním oslovením, všímáme si subjektivních a objektivních příznaků. Hodnocení provádíme pohledem, poslechem, pohmatem a čichem. Toto vyšetření je závislé na zkušenostech zachránce (Cetlová, 2011, s. 8-10).

5 RESUSCITACE

Je nedílnou součástí PP. Resuscitace je to soubor na sebe navazujících postupů, mající zajistit přísun okysličené krve do mozku u osoby postižené selháním jedné či více základních životních funkcí neboli ožívování. V dnešní době se stále více apeluje na defibrilaci pomocí automatických externích defibrilátorů (dále jen AED).

5.1 Základní neodkladná resuscitace - BLS - Basic Life Support

„Je to soubor opatření směřujících k obnově oběhu okysličené krve v organismu postiženém náhlým selháním jedné nebo více základních životních funkcí.“ Z tohoto pohledu se jedná o vědomí, dýchání a krevní oběh.

„Základní neodkladná resuscitace zahrnuje zajištění průchodnosti dýchacích cest, umělé dýchání z plic do plic a podporu krevního oběhu nepřímou srdeční masáží. Kromě bariérových ochranných prostředků záchránce nepoužívá žádné technické vybavení ani oxygenoterapii. Řídíme se doporučením Evropské rady pro resuscitaci - European Resuscitation Council for Resuscitation. KPR je nezbytně nutná v přednemocniční etapě. Okamžité zahájení KPR laiky zvyšuje naději na přežití 2-3krát. V opačném případě opožděné zahájení KPR s každou minutou snižuje naději na přežití o 10 - 15 %.“ (Pokorný, 2010, s. 7-8).

5.1.1 Postupy základní KPR dospělých

Mezi nejčastější příčiny zástavy oběhu u dospělých osob je srdeční zástava. Ostatními jsou dechové selhání, úrazy spojené s velkou ztrátou krve a tonutí. Mezi hlavní příznaky patří ztráta vědomí a porucha dýchání.

Je důležité začít se základní KPR co nejdříve, protože během 2-5 minut dochází k postupnému odumírání mozkových buněk.

Postup: Po zjištění, že záchránce ani zachraňovanému nehrozí žádné nebezpečí, zjistí záchránce reakce postiženého a to tak, že ho osloví a pokud dotyčný nereaguje na oslovení, mírně s ním zatřese.

Zachránce si zavolá pomoc další osoby, popřípadě začne se základní KPR sám. Zraněného si opatrně otočí na záda, záklonem hlavy s předsunutím dolní čelisti zprůchodní dýchací cesty a je-li potřeba, dutinu ústní vyčistí. Zkontroluje, jestli postižený dýchá - zvedání hrudníku, proud vydechaného vzduchu. Pokud postižený nedýchá, telefonicky voláme

linku 155 - RZP. Zahájíme KPR masáží hrudníku (5 cm hluboko s frekvencí 100 až 120 stlačení za minutu) ve střední části hrudní kosti. Vyškolený záchránce začíná třiceti kompresemi hrudníku a poté provádí dva vdechy z úst do úst. Způsob provedení dýchání z úst do úst spočívá v: záklonu hlavy, zvednutí brady a otevření úst postiženého. Následně palcem a ukazovákem stlačí nosní křídla postiženého, provede přiměřený nádech – okolo 500 ml, pevně přiloží svá ústa na ústa postiženého a provede vdech. Přitom sleduje pohyby hrudníku u zachraňovaného. Vždy musí zanechat prostor na výdech postiženého. Uvedený postup opakuje dvakrát a následně pokračuje kompresemi hrudníku. Poměr kompresí hrudníku k umělým vdechům je 30:2. Neškolený záchránce může provádět pouze komprese hrudníku. V KPR pokračuje do příjezdu záchranné služby, obnovení spontánního dýchání, vystřídání jinou osobou či vyčerpáním záchránce. (Hasík, 2012, s. 12-14; Janota, 2011, s. 34-36).

Pokud dojde ke vdechnutí cizího tělesa, vyzveme postiženého k hlubokému kašli. Jedná-li se o závažnou obstrukci, jako záchranný úkon se provádí Heimlichův manévr, což je prudké stlačení nadbřišku. Způsob pomoci je takový, že se stojícímu, sedícímu a je-li to v silách záchránce tak také ležícímu, obejmeme pas tímto způsobem: jednu ruku záchránce zatne v pěst, druhou uchopí svou první ruku v místě mezi pupkem a hrudním košem postiženého. Dále provede komprese nadbřišku směrem nahoru a k sobě. Tento postup opakuje 4-6krát. Kontraindikací Heimlichova manévru jsou osoby v bezvědomí, děti do 1 roku, silně obézní lidé a ženy ve vysokém stupni těhotenství. Jsme-li svědkem vdechnutí cizího tělesa, můžeme také provést Gordonův úder. Jedná se o 5x úder mezi lopatky (Cetlová, 2011, s. 29). (Příloha III)

5.1.2 Postupy základní KPR dětí

Rozdělení dětského věku: novorozenci – do 28. dne po porodu, kojenci – do jednoho roku věku. U dětí jsou nejčastější příčiny zástavy dechové asfyxie, proto se s resuscitací u dětí začíná pěti umělými dechy s přiměřeným množstvím vdechnutého vzduchu. U kojenců je to z úst záchránce do úst a nosu kojenců, hlava se nechává v neutrální poloze. Pro laické záchránce platí počet 30 kompresí hrudníku (dolní části hrudní kosti do jedné třetiny předozadního průměru hrudníku) ke dvěma vdechům. Pro profesionální zdravotníky platí poměr 15:2. Komprese hrudníku se provádí pomocí jedné nebo obou rukou (dle věku dítěte), u nemluvnat pouze dvěma prsty či palci. Frekvence stlačení je 100-120 za minutu. U dětí

se provádí včasná KPR přibližně 1 minutu a poté se volá RZP (Hasík, 2012, s. 14-16; Klementa, 2011, s. 15-16).

5.2 Rozšířená neodkladná resuscitace - ALS - Advanced Life Support

5.2.1 Postupy rozšířené KPR dospělých

Navazuje na BLS, úkolem je stabilizace základních životních funkcí a následný transport do zdravotnického zařízení. Je prováděna vyškolenými zdravotníky za použití pomůcek, přístrojů a farmak. Její součástí je zajištění průchodnosti dýchacích cest, oxygenoterapie, zajištění vstupů do krevního řečiště a následná farmakoterapie, za nutnosti soustavného monitorování srdeční činnosti, popřípadě použití Automatického externího defibrilátoru (dále jen AED).

5.2.2 Postupy rozšířené KPR dětí

Postup je obdobný, jako u ALS dospělých, ovšem s přiměřenými dechovými objemy a poměry kompresí hrudníku k počtu dechů, které jsou 15:2 u školených záchranářů, popřípadě 30:2, stejně jako u ostatních záchránců.

5.2.3 Použití AED

Součástí rozšířené KPR je použití AED. Jedná se o poloautomatický přístroj za použití bifázického výboje o energii 150 J, stejnosměrného elektrického proudu. AED se používá při poruchách rytmu, při zjištěném bezvědomí a nepřítomném dýchání. Postupuje se podle obrazového a mluveného návodu, který vyhodnotí nutnost a potřebu defibrilace. „U těhotných se nastaví energie defibrilačních výbojů stejná jako u ostatních dospělých“ (Klementa, 2011, s. 27). U dětí se nastaví hodnota 2-4 J/1 kg hmotnosti dítěte. Jsou-li použity speciální pediatrické elektrody či software, je AED doporučen také pro děti ve věku 1-8 let. U dětí starších 1 roku lze použít nemodifikovaný AED pro dospělé. U dětí do 1 roku se použití AED nedoporučuje (Cetlová, 2011, s. 32; Klementa, 2011, s. 22). (Příloha IV, V, VI)

6 BARTS

Jedná se o filozofii poskytování neodkladné péče v polních podmínkách, jejíž podstatou je systematický přístup k raněnému, který je podle algoritmu ošetření rozdělen do tří základních fází. BARTS znamená rozšířené resuscitační techniky a dovednosti.

6.1 Přístup ke zraněnému podle BARTS

Hlavním požadavkem je systematicčnost přístupu k raněnému.

6.1.1 Prvotní ošetření

Spočívá v nutnosti rozpoznání života ohrožujícího stavu. Po zjištění závažnosti se provádí základní ošetření. Sestává z důsledných a systematických, na sebe navazujících resuscitačních výkonů.

„Kroky prvotního ošetření: dříve takzvaná Safarova abeceda - <C>ABCDE.

- **C** - Catastrophic Haemorrhage Control (zástava masivního zevního krvácení). Přiložení tlakového obvazu po předchozí očištění místa krvácení a překrytím sterilním materiálem. Stlačení krvácející rány, popřípadě tlakových bodů u tepenného krvácení. (Příloha VII, VIII, IX)

Esmarchovo škrtidlo, se používá pouze v extrémních případech.

- **A** - Airway „zabezpečení průchodnosti dýchacích cest a imobilizace krční páteře tam, kde je to možné.“
- **B** – Breathing and Ventilation „zabezpečení dýchání a ventilace, podání kyslíku, je-li dostupný.“
- **C** – Circulacion and Haemorrhage Control „kontrola krevního oběhu a krvácení.“
V případě masivního končetinového krvácení je prioritou záchrana lidského života a až na druhém místě je záchrana končetiny. Náhrada tekutinami se provádí do obnovení periferní pulzace. V krajních případech není podstatná normalizace krevního tlaku.
- **D** – Disability or Neurological Deficit (základní neurologické vyšetření).

V rámci prvotního ošetření se hodnotí reakce zornic a odpověď podle AVPU, což znamená: **A**lert - při vědomí, **V**oice - reaguje na oslovení, **P**ain – reaguje na bolestivý podnět, **U**nresponsive – nereaguje.

V rámci druhotného ošetření se hodnotí GSC – **G**lasgow **C**oma **S**cale. (Příloha X)

- **E** – Exposure Depending on the Environment (ostatní vyšetření včetně končetin)

Při tomto algoritmu prvotního ošetření je rozdíl v ošetření zraněného v poli mimo přímou palbu a pod přímou palbou, kde se provádí pouze život zachraňující úkony a následně probíhá odsun zraněného, kde je obtížné udržovat průchodnost dýchacích cest a imobilizaci krční páteře.

Při odebrání anamnézy se v podmínkách BARTS používá mnemotechnická pomůcka „SAMPLE“. Uvedená zkratka znamená rychlý odběr anamnézy s počátečními zkratkami: **S**ubjektivní příznaky, **A**lergie, **M**edications – podané léky, **P**ast illness + **P**ain + **P**regnancy – osobní anamnéza, bolest, případné těhotenství, **L**ast meal – poslední jídlo, **E**nvironments – okolnosti, za jakých došlo k události.

6.1.2 Druhotné ošetření

Představuje podrobné celkové vyšetření zraněného od hlavy až k patě, zepředu i zezadu, ale pouze dovoluje-li to taktická situace.

6.1.3 Definitivní péče

V polních podmínkách tato péče většinou znamená odsun zraněného na vyšší pracoviště, kterými jsou v polních podmínkách PN a v civilních podmínkách stávající nemocnice na území státu (Žák a Matoušek, 2009, s. 2-6, 8-9, 12; Klein a Freko, 2005, s. 8, 69-71; Kolektiv autorů, © [b. r.] Preface, s. 1-3, 5).

6.2 Rozdělení zdravotnických etap

Jedná se o čtyři typy zdravotnických zařízení, podle typu a úrovně poskytované péče se dělí na ROLE 1 – 4. „Obvykle se jedná o mobilní, standardizované jednotky určené ke zdravotnické podpoře bojových jednotek. Zde se soustřeďují ranění a probíhá jejich třídění“ (Klein a Ferko, 2005, s. 28).

ROLE 1 – Praporní obvaziště – jedná se o první lékařskou pomoc, probíhá zde třídění, resuscitace, stabilizace zdravotního stavu a následný transport na vyšší zdravotnickou etapu.

ROLE 2 – Zdravotnická rota – Jedná se o vyšší odbornou úroveň zdravotnického zabezpečení. Jsou zde také lůžka dočasné hospitalizace.

ROLE 3 – PN – „jsou určena k poskytnutí sekundární péče.“ V naší republice máme dvě profesionální PN – 6. a 7. PN. Požadavky na PN jsou především v mobilitě, přizpůsobivosti struktury zařízení charakteru vojenským potřebám. K hlavním úkolům PN v místě nasazení patří péče o příslušníky vlastních jednotek a ostatní příslušníky mnohonárodnostních sil. Zařazení klinických specializací je rozdílné v závislosti na druhu vojenské operace, kdy primárním oborem je chirurgie, anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče za přispění diagnostické podpory. Kvalita poskytované péče je srovnatelná s mírovými podmínkami. Prioritou PN je zajištění potřebného ošetření bez zbytečných časových prodlev a poskytnutí komplexní hospitalizace (Plodr, 2012, s. 13; Kodřousková, 2011, s. 20).

ROLE 4 – Stálé nemocnice na území státu – je zde prováděna definitivní specializovaná péče, rekonstrukční a rehabilitační výkony (Klein a Ferko, 2005, s. 27-33).

Principy léčby v polních podmínkách se liší od standardních postupů. Ošetřování nemocných je ovlivněno následujícími přidruženými faktory: Probíhající bojová činnost, ochrana sebe před poraněním, nevhodné podmínky při ošetřování, kapacitní omezení hospitalizace, způsob odsunu raněných. V některých případech (vyproštění zraněného pod palbou) není možnost výjezdu sanitního vozu s lékařem na místo incidentu, ale je nutné čekat na dovoz zraněného z okruhu svých spolubojovníků na místo působení nejbližší zdravotnické etapy (Klein a Ferko, 2005, s. 67).

6.3 Hlášení incidentu podle BARTS

V nestandardních podmínkách je důležité vyhodnocení taktické situace a podle ní je poskytována pomoc. Hlášení o skutku incidentu se podává radiovým vysílačem ve strukturovaném formátu formou MIST či METHANE. Z důvodu taktické situace podává hlášení velitel zásahu, většinou se nejedná o lékařský personál, jsou to příslušníci bojových jednotek v místě nasazení.

6.3.1 MIST

Jedná se o předání informací o zdravotním stavu zraněného trauma týmu dané nemocnice. Důležitými údaji o stavu zraněného jsou hlášeny údaje, které ve zkratce MIST musí obsahovat: **M**echanismus úrazu, **I**njuries – rozpoznaná nebo pravděpodobná poranění, **S**igns – příznaky – popis základních životních funkcí, **T**reatment – poskytnutá léčba.

6.3.2 METHANE

Jedná se o strukturované hlášení a předání zprávy o zdravotním stavu zraněného z místa události na vyšší pracoviště. Zde je opět použito prvních písmen na strukturované hlášení ve formátu: **M**ilitary call sign – volací znak, **E**xact location – pozice, souřadnice místa neštěstí, **T**yp události, **H**azards – rizika na místě události, **A**ccess to scene – příjezdové trasy k místu události, **N**umber – počet zraněných, **E**mergency services – potřebné či přítomné záchranné složky (Kolektiv autorů, © [b. r.], Preparation, s. 3-4) .

6.4 Třídění

Proces třídění spočívá do rozdělení zraněných podle priority ošetření, pořadí odsunu a následné léčby. Požadavky na třídící systém jsou: jednoduchost, rychlost a bezpečnost a možná opakovatelnost je to dynamický proces. Za správnost třídění v polních nemocnicích odpovídá hlavní chirurg dané nemocnice. Běžně se používá třídící systém START. (Příloha XI, XII, XIII, XIV, XV)

Kategorie třídění raněných, označení a následný postup odsunu:

T1 = P1 (červená barva) – zraněný musí být ošetřen urgentně (neprůchodnost dýchacích cest, masivní krvácení, tenzní pneumotorax), bez resuscitace by zemřel do několika minut nebo během dvou hodin.

T2 = P2 (žlutá barva) – zraněný musí být ošetřen naléhavě, může vyčkat, ale potřebuje stabilizované ošetření do dvou hodin po úrazu.

T3 = P3 (zelená barva) – jedná se o doložitelné poranění menšího rozsahu, vyžadující léčbu do čtyř hodin.

T4 = P4 (modrá barva) – jedná se o čekající zraněné, jejichž přežití je nejisté (popáleniny na více jak 90% povrchu těla, otevřená poranění hlavy s GCS pod 3). Zraněným se podáva-

jí analgetika na tišení bolesti a poskytuje se jim základní ošetrovatelská péče. Ve standardních podmínkách by patřily do skupiny T1. V případě, že je již možnost operačního řešení, operují se.

DEAD (černá barva) – bez známek života – mrtví (Žák a Matoušek, 2009, s. 42; Kolektiv autorů, © [b. r.], Triage, s. 1-2). (Příloha XVI)

6.5 Vyproštění a druhy poloh zraněného

Zásadou je, že než se začne se zraněným hýbat, měly by být zjištěny druhy poranění, provedeno prvotní ošetření a následná stabilizace zraněného. Vše s algoritmem závažnosti ohrožení v daném prostředí. Tomuto postupu může předcházet vyproštění zraněného, které by mělo být rychlé, šetrné a bezpečné jak pro zraněného, tak pro zachránce.

Druhy poloh:

- neutrální poloha vleže na zádech – u zraněných při vědomí a s poraněním páteře,
- stabilizovaná poloha na boku – u zraněných v bezvědomí,
- rautekova zotavovací poloha – „jedná se o novější variantu stabilizované polohy“,
- protišoková poloha – používá se jako prevence nebo při rozvoji šoku a slouží k prokrvení životně důležitých orgánů,
- autotransfuzní poloha – používá se u pacientů v šoku při nedostačující protišokové poloze,
- fowlerova poloha a polosed – u zraněného při vědomí a při poranění hrudníku a břicha (Žák a Matoušek, 2009, s. 50-52).

6.6 Transport

Při přesunu raněných ve vojenských podmínkách se jedná především o odsun raněných vrtulníkem.

Casevac – „jedná se o záchrannou evakuaci, kdy je zraněný převezen z místa poranění do místa poskytnutí náležitá lékařská péče“ (Kolektiv autorů, © [b. r.], Helicopter evacuation, s. 1).

Medevac – je to proces přesunu, který je většinou z místa působení PN do cílového zdravotnického zařízení daného státu (Kolektiv autorů, © [b. r.], Helicopter evacuation, s. 1).

7 URGENTNÍ MEDICÍNA/MEDICÍNA KATASTROF/HROMADNÁ NEŠTĚSTÍ/MASCAL

Vojenská medicína představuje souhrn vědomostí, praktických dovedností a schopností spojených s poskytováním zdravotnické péče v mimořádných nebo ve válečných podmínkách.

Principy léčby v polních podmínkách se liší od standardních postupů. Ošetřování nemocných je ovlivněno následujícími přidruženými faktory: Probíhající bojová činnost, ochrana sebe před poraněním, nevhodné podmínky při ošetřování, kapacitní omezení hospitalizace, způsob odsunu raněných (Klein a Ferko, 2005, s. 67).

7.1 Urgentní medicína

Je lékařský multidisciplinární obor zabývající se výzkumem a zdokonalováním léčby v neodkladné resuscitaci a lékařské PP. Nezastupitelnou součástí urgentní medicíny je diagnostika. Zaměřuje se na komplexnost poskytnuté péče. Vychází z předchozích získaných praktických zkušeností. Je součástí medicíny katastrof (Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof, © 2004, s. 1).

7.2 Medicína katastrof

Jedná se o interdisciplinární lékařský obor zahrnující obory medicínské, ale také nemedicínské. Součástí medicíny katastrof jsou logistické zabezpečení, správná komunikace a koordinace během zásahu. Zaměřuje se na zranění velkého počtu osob, kde množství zraněných převyšuje počet záchranářů. PP je poskytnuta podle potřeby a užítku z přežití, což znamená, že „osoby v bezvědomí, které po uvolnění dýchacích cest, nezačnou samy dýchat, jsou považovány za mrtvé a dále se neošetřují. V podmínkách hromadného výskytu raněných se resuscitace neprovádí“ (Hasík, 2012, s. 82).

7.3 Hromadná neštěstí/Mascal

Hromadné neštěstí: „Jedná se o jakoukoli nehodu, při které počet obětí, závažnost a typ jejich poranění nebo místo nehody vyžaduje nasazení mimořádných prostředků.“ (Klein a Ferko, 2005, s. 79). V polních podmínkách je dokumentem, kterým se řídí činnost polního zdravotnického zařízení MASCAL – Mass Casualties. „Jedná se o plán hromadného pří-

jmu zraněných. Je obdobou traumatologického plánu v civilních zařízeních“ (Plodr, 2012, s. 13). Způsob pomoci lze ovlivnit aktivním přístupem vycvičeného personálu a to v těchto fázích – prevencí (například odhalení teroristických akcí), připraveností a výcvikem, schopností reakce (systematičností) a odstraněním následků, jehož součástí je proces plánování a vybavení nemocnice. Každá část zdravotnického zařízení - ROLE musí mít vytvořen vlastní plán postupu při vzniku hromadného neštěstí. Směrnice pro plánování jsou stanoveny pro civilní, ale také vojenský sektor. Rozdíly jsou také ve vybavení záchranných týmů a to po stránce personálního zabezpečení, zdravotnického vybavení, po stránce výcviku a vzdělání personálu. Při řešení hromadného neštěstí je důležitá koordinace týmů veliteli zásahu každé záchranné složky. Nesmí se zapomínat na osobní bezpečnost, bezpečnost na místě zásahu a bezpečnost osob (Klein a Ferko, 2005, s. 79-87).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 PP VE STANDARDNÍCH A NESTANDARDNÍCH PODMÍNKÁCH

Většina všeobecných sester se při výkonu svého povolání setkává s poskytováním PP ve standardních podmínkách. Po zpracování teoretické části bakalářské práce o možnostech poskytování PP se již konkrétně zaměřím na cílové skupiny respondentů v otázkách PP.

8.1 Cíle průzkumu

Při stanovení cílů práce na dané téma jsem použila metodu aplikovaného průzkumu se zaměřením na zkoumání praktického problému, a možnosti „využití teoretických výsledků v konkrétních podmínkách praxe“ (Kutnohorská, 2009, s. 13).

Při stanovení průzkumných otázek byly zvoleny hlavní a dílčí cíle takto:

Hlavní cíle:

1. Zjistit a porovnat úroveň vědomostí všeobecných sester v oblasti poskytování neodkladné PP, se kterými se všeobecné sestry v civilním sektoru povahou výkonu své profese nejvíce přibližují všeobecným sestřím v polních podmínkách.
2. Ověřit znalosti nelékařského zdravotnického personálu při poskytování rozšířené PP.
3. Zjistit, zda zaměstnavatel poskytuje všeobecným sestřím možnost celoživotního vzdělávání v oblasti PP.

Dílčí cíle:

1. Vyhodnotit a porovnat úroveň znalostí v poskytování PP mezi skupinami respondentů (všeobecné sestry ve službě AČR versus civilní sestry v podmínkách České republiky).
2. Zjistit, zda se chtějí všeobecné sestry v civilním sektoru vzdělávat v otázkách PP v nestandardních podmínkách.

8.2 Metodika průzkumného šetření

K realizaci průzkumného šetření jsem si vzhledem ke skupině respondentů (stážujících v celé ČR), zvolila kvantitativní vědeckou metodu průzkumu formou polostrukturovaného dotazníku. Dotazník je soubor otázek a získávání dat pomocí dotazování respondentů pí-

semnou formou, při jehož vyplňování není přítomný respondent s výzkumníkem (Reichel, 2009, s. 118). Jednalo se o zcela anonymní dotazníkové šetření.

8.3 Charakteristika vzorku respondentů

Kritériem průzkumné procedury byl záměrný výběr respondentů, jednalo se o všeobecné sestry, kdy do cílové skupiny nebyli zahrnuti zdravotničtí asistenti, přičemž požadavkem byla minimální dvouletá délka ošetrovatelské praxe.

8.4 Metody průzkumného šetření

V pilotní fázi jsem po stanovení a formulaci otázek v dotazníku, uskutečnila předvýzkum na vybraném vzorku deseti respondentů. Vždy se jednalo o všeobecné sestry pracující na ambulantních odděleních a jednotkách intenzivní péče. Při vyplňování dotazníku jsem byla osobně přítomna, abych zjistila srozumitelnost otázek v dotazníku. Po vyplnění dotazníků a přímé konzultaci s respondenty pak došlo s vedoucím mé bakalářské práce k provedení drobných úprav ve správné formulaci otázek v dotazníku.

Úvodem dotazníku jsem se představila, seznámila respondenty s obsahem a postupem vyplňování dotazníku. V závěru dotazníku je uvedeno poděkování respondentům.

Dotazník obsahuje 21 položek, dělených podle možností odpovědi následovně:

- **Dichotomické**, při nichž je z nabízených dvou variant odpovědí, možná pouze jedna (součet všech odpovědí činí 100 %) - otázky číslo 1, 5,
- **polytomické, výběrové**, při nichž je z nabízených několika variant odpovědí, možná pouze jedna (součet všech odpovědí činí 100 %) - otázky číslo 2, 4, 5, 7, 18,
- **polytomické, výčtové**, při nichž je respondent vybízen k několika alternativám odpovědi - otázky číslo 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20,
- **výčtové s pořadím**, při nichž je dána respondentovi možnost výběru vlastního pořadí alternativ odpovědi - otázky 8, 15,
- **volná** otázka číslo 6 a 21.

8.5 Charakteristika dotazníkových položek

V dotazníku byly definovány položky:

- Otázky číslo 1 až 6 jsou zaměřené na charakteristiku respondentů podle pohlaví, věku, ukončeného vzdělání, délky praxe, služebního zařazení a místo výkonu sesterské praxe,
- otázky číslo 8 až 16 byly zaměřeny na získání informací o teoretických znalostech v poskytování PP – hlavní průzkumný cíl č. 1 a 2,
- otázky číslo 17 až 19 se týkaly celoživotního vzdělávání ze strany zaměstnavatele a způsoby sebevzdělávání se všeobecných sester – hlavní průzkumný cíl č. 3,
- otázka číslo 21 byla zcela otevřená, kde mohli respondenti vyjádřit své vlastní názory v oblasti PP.

8.6 Organizace průzkumného šetření

Po schválení daného tématu vedoucím práce, jsem si stanovila cíle, kterých jsem chtěla dosáhnout prostřednictvím průzkumného šetření. Použila jsem originálně vytvořený polostrukturovaný dotazník, který po pilotním předvýzkumu a menších úpravách nabyl finální verze. Byly použity jak uzavřené, polouzavřené a dvě otevřené otázky. Dotazník byl vypracován v elektronické a tištěné podobě. (Příloha XIX)

Průzkum probíhal v období ledna 2014. Osobně jsem rozdala celkem 60 dotazníků v tištěné formě, přičemž zpět mi bylo doručeno 47 dotazníků. Pro nesprávnost vyplnění nebyl žádný z dotazníků vyřazen, což v praxi znamená, že návratnost byla 78,33%. Elektronickou formou jsem všeobecným sestrám rozeslala 39 dotazníků s příloženým odkazem na portál pro vyplnění „vyplňto.cz“, kde byl vložen daný dotazník. Tímto byla zachována anonymita respondentů. Cestou portálu byly vyplněné dotazníky vytříděny podle kritérií úplnosti, v únoru 2014 došlo automaticky k uzavření portálu. Poté jsem si na daném portále vyzvedla již vytříděné a pouze správně vyplněné dotazníky, přičemž návratnost byla 34 dotazníků (tj. 87,18%). Další cestu rozeslání dotazníků jsem zvolila elektronickou distribucí prostřednictvím hlavní sestry PN všem všeobecným sestrám 6. PN. Opět se jednalo o vyplnění skrze portál „vyplňto.cz“. Zpětně bylo doručeno 29 elektronicky zpracovaných dotazníků. Protože nelze přesně určit, kolik z oslovených vojenských všeobecných sester odpovědělo na takto rozeslaný dotazník, nebylo možné procentuálně vyčíslit návratnost dotazníků. Důvodem nepřehlednosti o vyplnění dotazníků u této skupiny respondentů, byly účasti na vojenských misích, povinné vojenské kurzy a zdravotnické zabezpečovací povin-

nosti. Celkový počet návratnosti elektronických dotazníků prostřednictvím hlavní sestry PN tedy nebyl vyčíslen.

V následujícím zpracování dat jsem tedy vycházela z celkového počtu 110 správně vyplněných dotazníků, což bude při procentuálním zhodnocení představovat 100 %.

8.7 Zpracování získaných dat

U tištěné formy dotazníků vždy následovala kontrola úplnosti vyplnění a byla stanovena validita šetření na 100 %. Po této kontrole jsem přenesla získaná data do PC softwaru Microsoft Excel a následně jsem je zpracovala. Při vyhodnocení dotazníkového šetření jsem použila tabulky a grafy pro zobrazení absolutní a relativní četnosti (uvedeno v desetinných procentuálních číslech). Součástí jsou doplňující popisné údaje na dané průzkumné otázky.

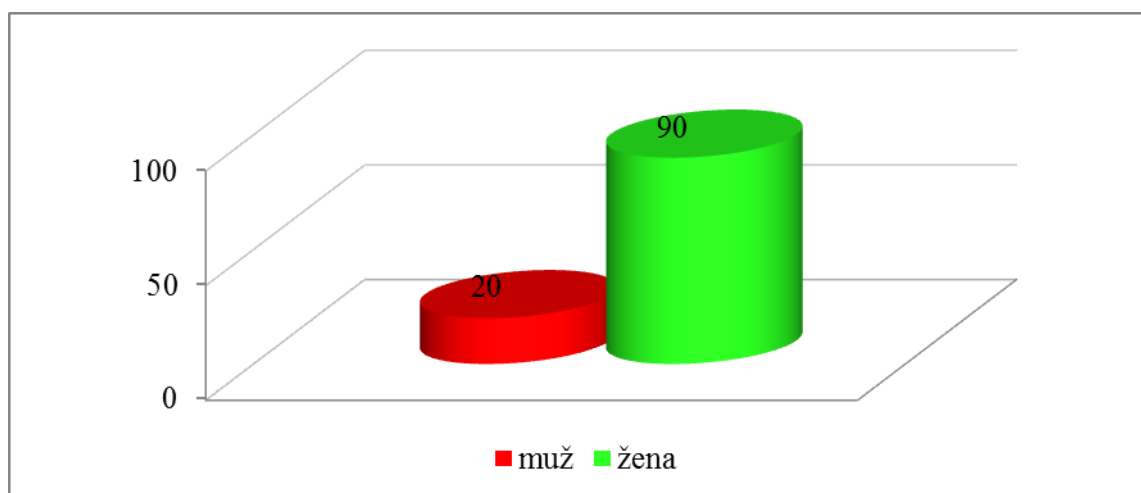
9 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka č. 1

Jste: muž/žena

Tab. 1. Pohlaví

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Muž	20	18,18
Žena	90	81,82
Celkem	110	100,00



Graf 1. Pohlaví

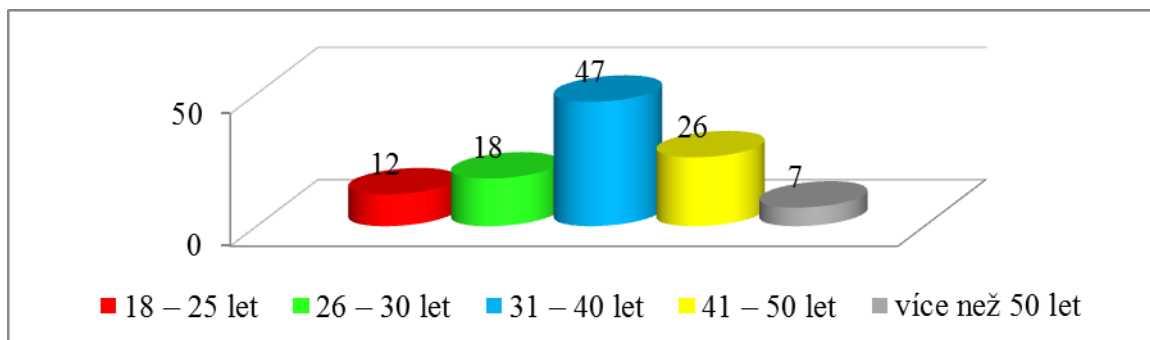
Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 110 respondentů. Z celkového počtu bylo zastoupeno 20 mužů (tj. 18,18 %) a 90 žen (tj. 81,82 %). Z celkového počtu 38 respondentů vojenských všeobecných sester, bylo 20 (tj. 52,63 %) mužů a 18 (47,37 %) žen. Zaměřili se na civilní sféru, jednalo se o 100% zastoupení ženského pohlaví, tedy o 72 žen.

Otázka č. 2

Jaký je Váš věk?

Tab. 2. Věk

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
18 – 25 let	12	10,91
26 – 30 let	18	16,36
31 – 40 let	47	42,73
41 – 50 let	26	23,64
více než 50 let	7	6,36
Celkem	110	100,00



Graf 2. Věk

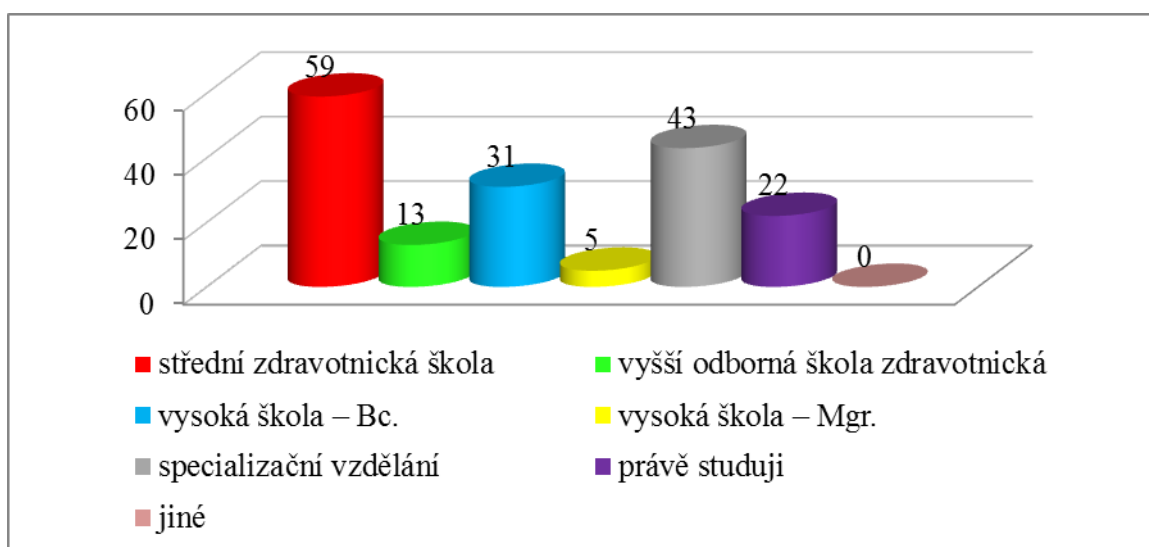
Věk respondentů je rozdělen do pěti věkových kategorií, přičemž z celkového počtu respondentů 110 (tj. 100%) je: 12 (tj. 10,91 %) ve věku 18 – 25 let; 18 (tj. 16,36 %) ve věku 26 – 30 let; 47 (tj. 42,73 %) ve věku 31 – 40 let; 26 (tj. 23,64 %) ve věku 41 – 50 let a 7 respondentů (tj. 6,36 %) ve věku nad 50 let. Z uvedeného vyplývá, že největší procentuální zastoupení respondentů je ve věku 31 – 40 let a nejmenší je ve věku nad 50 let.

Otázka č. 3

Jaké je Vaše ukončené vzdělání v oboru?

Tab. 3. Ukončené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
střední zdravotnická škola	59	34,10
VOŠ	13	7,51
vysoká škola – Bc.	31	17,92
vysoká škola – Mgr.	5	2,89
specializační vzdělání	43	24,86
právě studuji	22	12,72
jiné	0	0,00



Graf 3. Ukončené vzdělání

Vzhledem k rozvoji specializačního a vysokoškolského vzdělávání u všeobecných sester, bylo u této otázky ponecháno více možných odpovědí. Celkové množství odpovědí bylo

173. Z celkového počtu odpovědí respondentů by to znamenalo 157 %, ale při vyhodnocení daných odpovědí budeme vycházet ze skutečnosti, že 173 odpovědí se rovná 100 %.

Ukončené vzdělání na střední zdravotnické škole má 59 respondentů (tj. 34,10 %), z čehož lze tedy předpokládat, že tato odpověď zahrnuje také respondenty s dalším typem vzdělání. Vyšší odbornou školu zdravotnickou ukončilo 13 dotazovaných (tj. 7,51 %), dokončené vzdělání vysokoškolské s titulem Bc. má 31 dotazovaných (tj. 17,92 %) a dokončené vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr. má 5 dotazovaných (tj. 2,89 %).

V oblasti sebevzdělávání bylo překvapivě velké množství odpovědí na otázku ukončeného specializačního vzdělání, celkem takto odpovědělo 43 respondentů (tj. 24,86 %). Mezi specializační obory patřily ARIP – 32 (tj. 74,42 %) odpovědí, ošetřování nemocných v chirurgii – 6 (tj. 13,95 %) odpovědí, ošetřování nemocných na interním oddělení – 3 (tj. 6,98 %) odpovědi, perioperační péče – 2 (tj. 4,65 %) odpovědi.

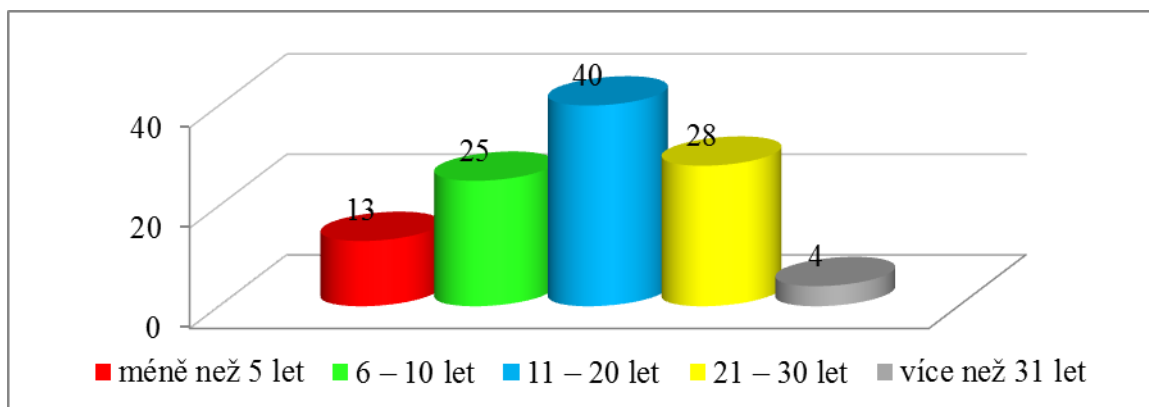
Právě studujících bylo 22 respondentů (tj. 12,72 %). Vysokoškolské vzdělání bakalářské označilo 8 respondentů a magisterské označili 4 respondenti. Specializační vzdělávání v oboru ARIP – 9 odpovědí a edukace diabetiků – 1 odpověď. Na otázku jiné vzdělání v oboru, než bylo ve výše zmíněných, neodpověděl nikdo (tj. 0 %).

Při porovnání dvou skupin (vojáků a nevojáků), má z 38 (tj. 100 %) vojáků 22 (tj. 57,89 %) vysokoškolské vzdělání, 20 (tj. 52,63 %) specializační vzdělání a 6 (tj. 15,79 %) právě studuje. Zaměříme-li se na sféru nevojáků, sestávající ze 72 (tj. 100 %) dotazovaných, tak 14 (tj. 20 %) má vysokoškolské vzdělání, 23 (tj. 32,86 %) specializační a právě studujících je 16 (tj. 22,86 %) respondentů.

Porovnáme-li tyto dvě skupiny (vojáci/nevojáci), tak v oblasti dokončeného vysokoškolského a specializačního vzdělání je větší procento zastoupeno u všeobecných sester vojáků z povolání.

Otázka č. 4**Jaká je Vaše délka praxe?***Tab. 4. Délka praxe*

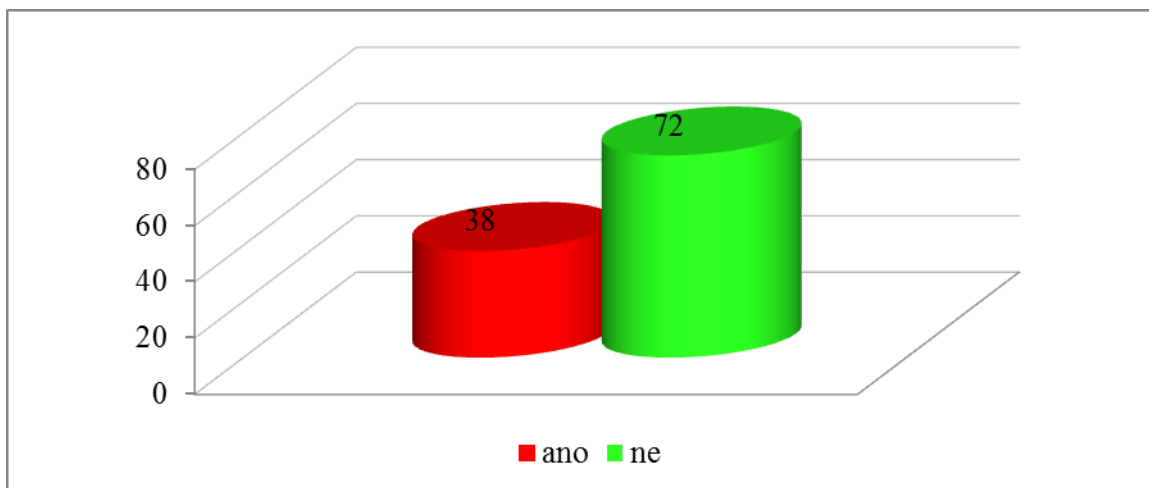
	Absolutní četnost	Relativní četnost %
méně než 5 let	13	11,82
6 – 10 let	25	22,73
11 – 20 let	40	36,36
21 – 30 let	28	25,45
více než 31 let	4	3,64
Celkem	110	100,00

*Graf 4. Délka praxe*

Vzhledem ke specifikaci dotazovaných všeobecných sester, byla kritériem pro vyplňování dotazníku minimální délka praxe 2 roky. Z celkového počtu 110 (tj. 100 %) odpovědí respondentů má: délku praxe 2 – 5 let jen 13 (tj. 11,82 %), délku praxe 6 – 10 let 25 (tj. 22,73 %), délku praxe 11 – 20 let 40 (tj. 36,36 %), délku praxe 21 – 30 let 28 (tj. 25,45 %) a délku praxe přesahující 31 let odpověděli pouze 4 (tj. 3,64 %).

Otázka č. 5**Jste voják z povolání?***Tab. 5. Voják/nevoják*

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano	38	34,55
ne	72	65,45
Celkem	110	100,00

*Graf 5. Voják/nevoják*

Při odpovědi na tuto otázku jsem vycházela z celkového počtu 110 (tj. 100 %) respondentů. Počet vojáků z povolání vyplňující dotazník bylo 38 (tj. 34,55 %) a všeobecných sester nevojáků bylo 72 (tj. 65,45 %). Procentuální zastoupení vojáků k nevojákům bylo v poměru 1:3. Proto, že je zastoupení všeobecných sester nevojenských k vojenským v nepoměru, budu při porovnávání znalostí z oblasti PP mezi těmito dvěma skupinami vycházet z relativní četnosti odpovědí daných skupin respondentů.

Otázka č. 6

Na kterém oddělení pracujete/stážujete?

Tab. 6. Oddělení vykonávané praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
emergency	5	4,55
záchranná služba	3	2,73
ARO	23	20,91
ARO (DIOP)	3	2,73
kardiologie	3	2,73
interní JIP	21	19,09
chirurgická JIP	5	4,55
dětská JIP	3	2,73
chirurgie	9	8,18
chirurgická ambulance	5	4,55
interna	23	20,91
traumatologie	3	2,73
neurologie	1	0,91
psychiatrie	1	0,91
operační sály	2	1,82
Celkem	110	100,00

Vzhledem k zaměření dotazníku na poskytování PP bylo prioritou pracujícího/stážujícího místa pracoviště, na kterém je poskytování PP nepostradatelnou součástí poskytované péče. Tato otázka byla otevřená a celkový součet dotazovaných vychází z konečného součtu 110 respondentů (tj. 100 %). Výčet stážujících míst je zahrnut ve výše znázorněné tabulce a grafu. Oddělení s nejpravděpodobnějším počtem PP jsou: emergency, záchranná služba, ARO, ARO (DIOP), kardiologie, interní JIP, chirurgická JIP a dětská JIP, součet odpovídajících z těchto oddělení byl 66 (tj. 60 %). Z tohoto počtu bylo 36 (tj. 94,74 %) vojenských a 30 (tj. 41,67 %) nevojenských všeobecných sester.

Na zbývajících odděleních (chirurgie, chirurgická ambulance, interna, traumatologie, neurologie, psychiatrie, operační sály), kde odpovědělo 44 respondentů (tj. 40 %), je také prováděna PP, i když v menším procentuálním zastoupení. Při porovnání vojenských všeobecných sester k nevojenským, byli 2 (tj. 5,26 %) všeobecné sestry vojenské – stážující na operačních sálech a 42 (tj. 58,33 %) nevojenských všeobecných sester.

Tab. 7. Poměr všeobecných sester (vojenských/nevojenských)

– vysoká pravděpodobnost PP

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vojenské v. s.	36	94,74
nevojenské v. s.	30	41,67

Tab. 8. Poměr všeobecných sester (vojenských/nevojenských)

– nízká pravděpodobnost PP

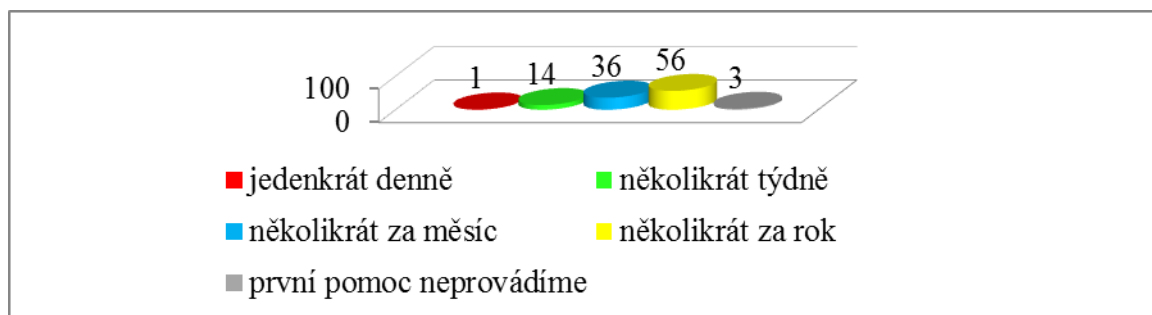
	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vojenské v. s.	2	5,26
nevojenské v. s.	42	58,33

Otázka č. 7

Jak často poskytl jste průměrně (z pohledu KPR) PP na Vašem pracovišti?

Tab. 9. Frekvence poskytování PP

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
jedenkrát denně	1	0,91
několikrát týdně	14	12,73
několikrát za měsíc	36	32,73
několikrát za rok	56	50,91
první pomoc neprovádíme	3	2,73
Celkem	110	100,00



Graf 6. Frekvence poskytování PP

V této otázce byla daná možnost jediné odpovědi. Součet respondentů byl 110 (tj. 100 %). V průměru jedenkrát denně je poskytována PP na jednom pracovišti (tj. 0,91 %) a to na kardiologickém resuscitačním oddělení. Odpověď několikrát týdně byla zodpovězena u 14 dotazovaných (tj. 12,73 %). Několikrát za měsíc provádí PP 36 všeobecných sester (tj. 32,73 %). Nejvíce odpovědí 56 (tj. 50,91 %) bylo při poskytování PP ojedinele - několikrát za rok. PP neprovádí 3 respondenti (tj. 2,73 %).

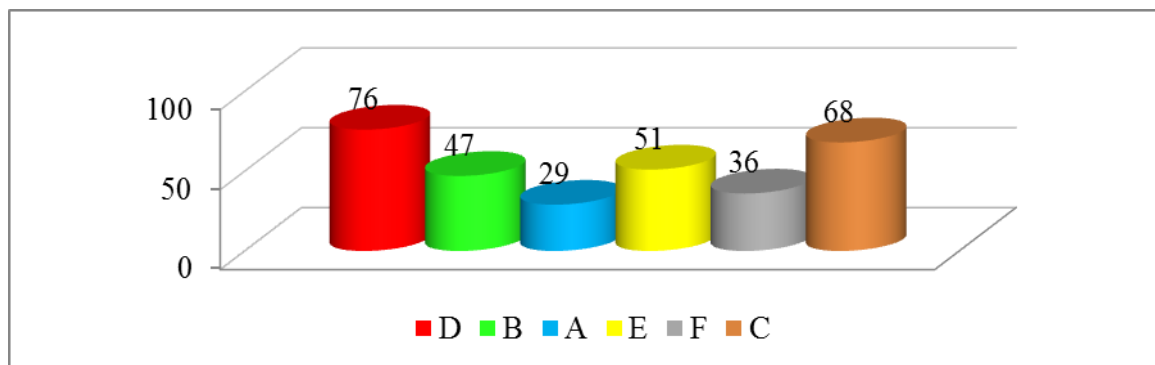
Otázka č. 8

Jaký je algoritmičtý postup při „stavění“ tepenného krvácení z arteria radialis?

- A) Zvednutí krvácejícího místa nad úroveň srdce
- B) Tlakový obvaz
- C) V krajní nouzi použití Esmarchova gumového obinadla
- D) Přímá manuální komprese
- E) Při prosakování obvazu krví přiložení další krycí vrstvy obvazu
- F) Použití tlakových bodů

Tab. 10. Počet odpovídajících respondentů v daném pořadí otázek

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ
A)	8	30	29	15	20	8
B)	15	47	40	7	0	1
C)	1	3	11	9	18	68
D)	76	21	2	3	5	3
E)	0	2	14	51	31	12
F)	10	7	14	25	36	18
Celkem	110	110	110	110	110	110



Graf 7. Postup stavění tepenného krváčení z arteria radialis

Otázka obsahovala možnost šesti odpovědí, které bylo nutné číselně seřadit podle preferencí, přičemž žádná volba se nemohla opakovat. Vycházíme z počtu odpovídajících respondentů 110 (tj. 100 %).

Správné seřazení odpovědí mělo být v tomto pořadí: přímá manuální komprese, tlakový obvaz, zvednutí krvácejícího místa nad úroveň srdce, při prosakování obvazu krví - přiložení další krycí vrstvy obvazu, použití tlakových bodů, v krajní nouzi použití Esmarchova gumového obinadla. Zcela správnou odpověď uvedlo pouze 25 (tj. 22,73 %) respondentů.

Přímou manuální kompresi (D) určilo na první pořadí 76 (tj. 69,09 %) respondentů. Použití tlakového obvazu (B) jako druhé varianty zvolilo 47 (tj. 42,73 %) osob. Zvednutí krvácejícího místa nad úroveň srdce (A) na třetí místo určilo 29 (tj. 26,36 %) dotazovaných. Jako čtvrtou odpověď: při prosakování obvazu krví – přiložení další krycí vrstvy obvazu (E), zvolilo 51 (tj. 46,36 %) všeobecných sester. 36 dotazovaných (tj. 32,73 %) přiřadilo použití tlakových bodů (F) na páté pořadí a poslední přiřazená odpověď měla znít: v krajní nouzi použij Esmarchovo gumové obinadlo (C), takto odpovědělo 68 (tj. 61,82 %) respondentů.

Tab. 11. Poměr všeobecných sester (vojenských/nevojenských) – správné odpovědi

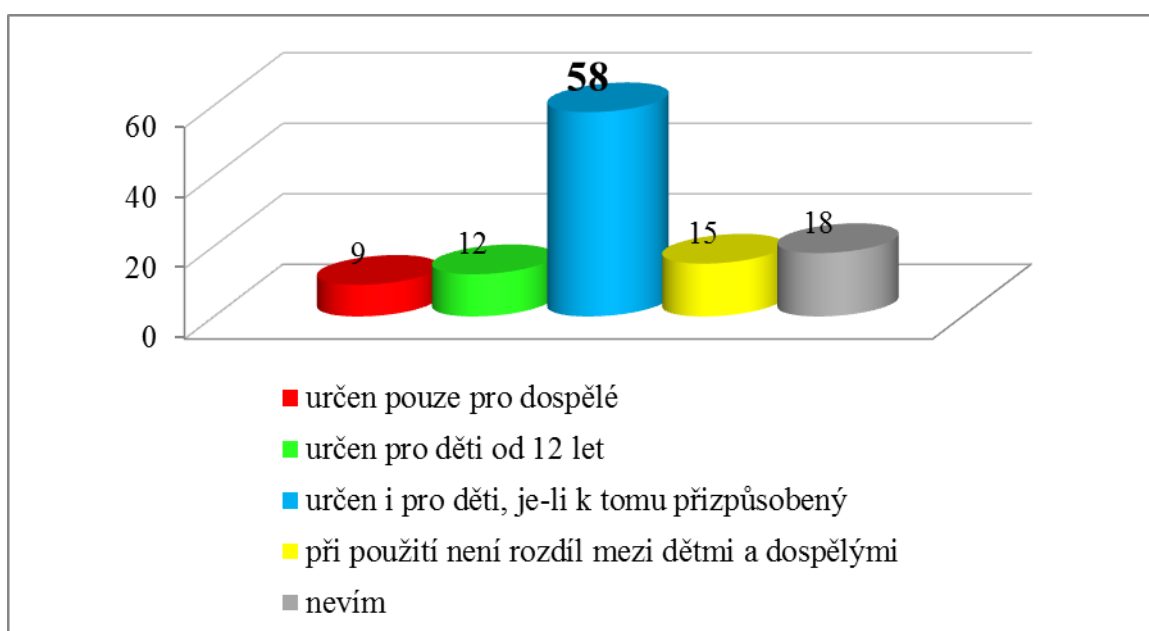
	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vojenské v. s.	20	52,63
nevojenské v. s.	5	6,94

Otázka č. 9

Podle Guidelines 2010 je minimální věková hranice použití AED?

Tab. 12. Věková hranice použití AED

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
určen pouze pro dospělé	9	8,18
určen pro děti od 12 let	12	10,91
určen i pro děti, je-li k tomu přizpůsobený	58	52,73
při použití není rozdíl mezi dětmi a dospělými	15	13,64
nevím	16	14,55
Celkem	110	100,00



Graf 8. Věková hranice použití AED

V této otázce byla možnost jedné správné odpovědi. Při určení správné odpovědi, že AED je určen pro děti i dospělé, je-li k tomu přizpůsobený, správně odpovědělo 58 (tj. 52,73 %) respondentů. Použití AED pouze pro dospělé určilo 9 (tj. 8,18 %) dotazovaných; použití pro děti od 12 let, označilo 12 (tj. 10,91 %) respondentů; při možnosti použití AED bez rozdílu mezi dětmi a dospělými zvolilo tuto odpověď 15 (tj. 13,64 %) dotázaných a 16 (tj. 14,55 %) nevědělo, odpověď na tuto otázku.

Tab. 13. Poměr všeobecných sester (vojenských/nevojenských)

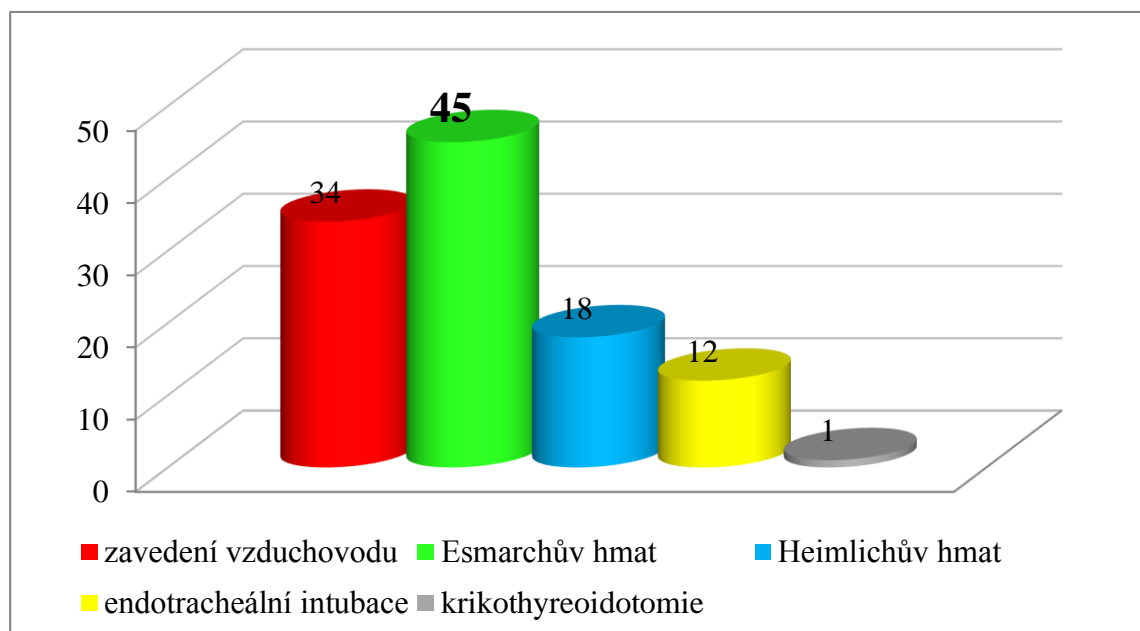
	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vojenské v. s.	20	54,05
nevojenské v. s.	38	52,78

Otázka č. 10

Co patří mezi nejzákladnější metodu zajištění průchodnosti dýchacích cest?

Tab. 14. Metody zajištění průchodnosti dýchacích cest

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
zavedení vzduchovodu	34	30,91
Esmarchův hmat	45	40,91
Heimlichův hmat	18	16,37
endotracheální intubace	12	10,91
krikothyreoidotomie	1	0,91
Celkem	110	100,00



Graf 9. Metody zajištění průchodnosti dýchacích cest

V této otázce byla možnost jedné správné odpovědi, přičemž za správnou odpověď měl být označen Esmarchův hmat. Tuto odpověď zvolilo 45 (tj. 40,91 %) respondentů. Heimlichův

hmat, zvolen 18x (tj. 16,37 %), může být součástí základní KPR, ovšem z možnosti jedné správné odpovědi, nespadá do kategorie nejzákladnějších metod zajištění průchodnosti dýchacích cest. Následující odpovědi patří již do rozšířené KPR, kdy se jedná se o: zavedení vzduchovodu, které bylo označeno 34 (tj. 30,91 %) dotazovanými; zajištění dýchacích cest pomocí endotracheální intubace označilo 12 (tj. 10,91 %) všeobecných sester a krikothyreoidotomie byla zvolena jedním (tj. 0,91 %) respondentem.

Tab. 15. Poměr všeobecných sester (vojenských/nevojenských)

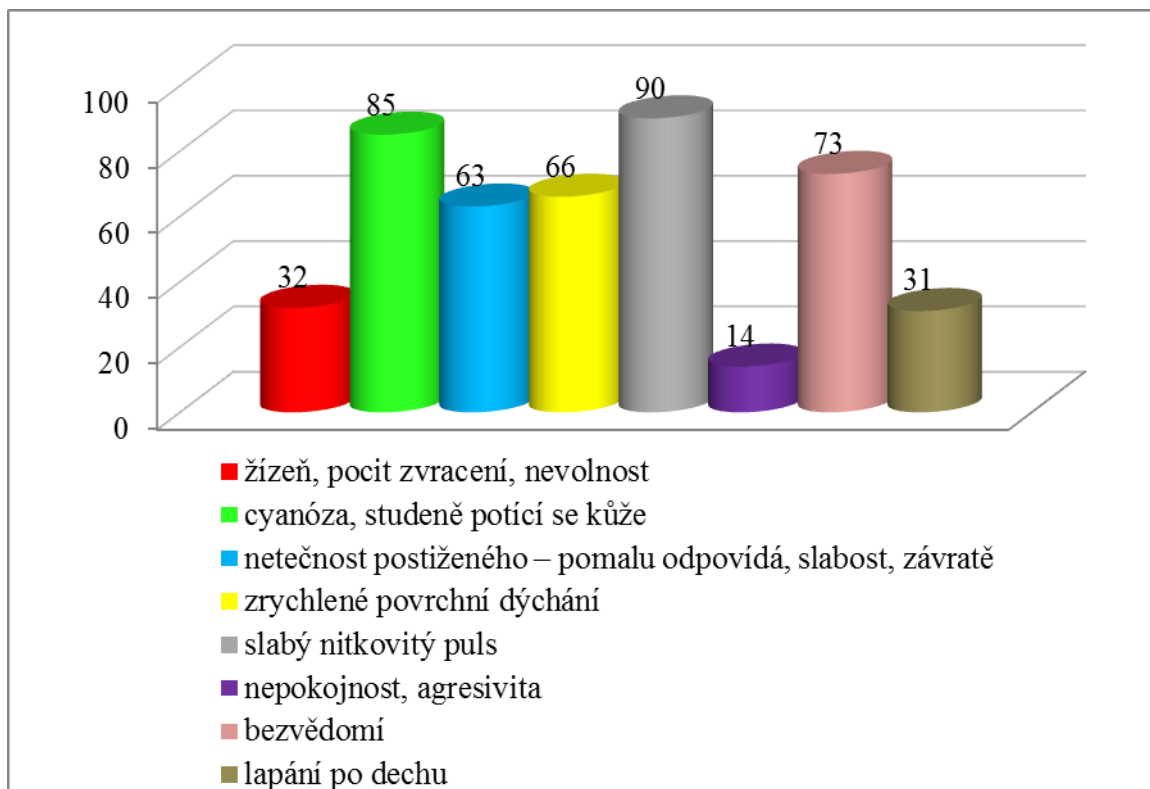
	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vojenské v. s.	15	39,47
nevojenské v. s.	30	41,67

Otázka č. 11**Příznaky rozvinutého hypovolemického šoku?**

- A) žízeň, pocit zvracení, nevolnost,
- B) cyanóza, studeně potící se kůže,
- C) netečnost postiženého – pomalu odpovídá, slabost, závratě, zívání,
- D) zrychlené povrchní dýchání,
- E) slabý nitkovitý puls,
- F) nepokojnost, agresivita,
- G) bezvědomí,
- H) lapání po dechu.

Tab. 16. Příznaky rozvinutého hypovolemického šoku

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
A)	32	29,09
B)	85	77,27
C)	63	57,27
D)	66	60,00
E)	90	81,82
F)	14	12,73
G)	73	66,36
H)	31	628,18



Graf 10. Příznaky rozvinutého hypovolemického šoku

Výsledky průzkumu a hodnocení absolutní a relativní četnosti jsou znázorněny ve výše přiložené tabulce a grafu. Jako příznaky hypovolemického šoku při více možných odpovědích, bylo označeno 454 položek. Zaměříme-li se na to, že za správnou odpověď byly považovány všechny položky, výsledný počet odpovědí vychází ze součtu všech položek v otázce číslo 11. V tomto případě se jedná o celkovou sumu 880 (tj. 100 %). Vzhledem k tomuto hodnocení byla úspěšnost správných odpovědí 454 (tj. 51,59 %). Přičemž zcela správná odpověď s označením všech položek byla zvolena v pěti (tj. 4,55 %) případech a to tak, že jednu zcela správnou odpověď zvolila všeobecná sestra nevojenská a čtyři vojenské.

Tab. 17. Poměr všeobecných sester (vojenských/nevojenských)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vojenské v. s.	4	10,53
nevojenské v. s.	1	1,34

Otázka č. 12**Co platí při intoxikaci oxidem uhelnatým – CO?**

- A) CO je štiplavého zápachu,
- B) CO je bez zápachu,**
- C) CO vzniká nedokonalým spalováním,**
- D) intoxikace CO jsou vzácné,
- E) omezí dodávky kyslíku v tkáních na buněčné úrovni,**
- F) CO se váže na hemoglobin a vzniká karboxyhemoglobin,**
- G) CO se váže na hemoglobin a vzniká methemoglobin.

Tab. 18. Intoxikace CO

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
A)	8	7,27
B)	84	76,36
C)	78	70,91
D)	2	1,82
E)	60	54,55
F)	64	58,18
G)	12	10,90

Tab. 19. Celkové výsledky odpovědí na otázku č. 12

		Absolutní četnost	Relativní četnost %
správná A,B,E,F	odpověď	28	25,45
	tři správné odpovědi	10	9,01
	polosprávné odpovědi	72	65,45

Z celkového počtu 110 (tj. 100 %) respondentů uvedlo jako všechny čtyři správně odpovědi A, B, E, F – pouze 28 (tj. 25,45 %) dotazovaných. Odpovědi se třemi správně stanovenými variantami byly zvoleny 10 (tj. 9,01 %) dotazovanými. Zbytek odpovědí, tj. ne zcela správných, přičemž nějaká odpověď byla správná a zbytek nesprávných určilo zbylých 72 (tj. 65,45 %) respondentů. Z vědomostí všeobecných sester tedy vyplývá, že jejich znalosti o nebezpečnosti účinků oxidu uhelnatého jsou nižší úrovní. Podrobnější výčet odpovědí je ve výše přiložené tabulce č. 18 a 19, přičemž porovnání znalostí mezi vojenskými a nevojenskými všeobecnými sestrami je v tabulce č. 20.

Tab. 20. Zcela správné odpovědi všeobecných sester (vojenských/nevojenských)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vojenské v. s.	14	36,84
nevojenské v. s.	14	19,45

Otázka č. 13

Kdy se nepoužívá Rautekova zotavovací (stabilizovaná) poloha?

Tab. 21. Kontraindikace použití Rautekovi polohy

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
poranění ramene	45	40,91
bezvědomí s komplikovaným krvácením z dutiny ústní a nosní	16	14,55
otevřené poranění břicha	65	59,09
poranění obličeje	16	14,55
zlomenina páteře	92	83,64

Tab. 22. Správnost odpovědí na otázku č. 13

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
poranění ramene, otevřené poranění břicha, zlomenina páteře	38	34,55
dvě správné odpovědi	6	5,45
ne zcela správné odpovědi	66	60,00
Celkem	110	100,00

Dle platných postupů PP Guidelines 2010 se mezi správné odpovědi řadí poranění ramene, otevřené poranění břicha a zlomenina páteře. Tím pádem byla v této otázce možnost více správných odpovědí. Podrobné výsledky odpovědí respondentů jsou uvedeny v příložené tabulce č. 21. Budeme-li vycházet z celkového počtu respondentů 110 (tj. 100 %), tak zcela správnou odpověď zvolilo 38 (tj. 34,55 %) dotazovaných, šest (tj. 5,45 %) respondentů zvolilo dvě správné odpovědi a ne zcela správně odpovědělo 66 (tj. 60 %) dotazovaných. Z tohoto pohledu můžeme říci, že vědomosti dotazovaných o použití, respektive nepoužití Rautekovi polohy, jsou na nedostačující úrovni. Při porovnání dvou skupin dotazovaných, tak zcela správně odpovědělo 20 (tj. 52,63 %) vojenských a 18 (tj. 25 %) nevojenských všeobecných sester.

Tab. 23. Zcela správné odpovědi všeobecných sester (vojenských/nevojenských)

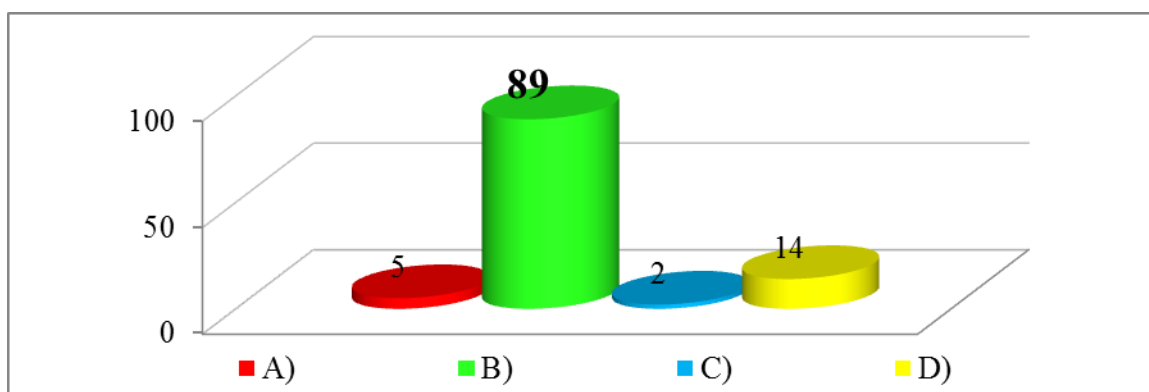
	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vojenské v. s.	20	52,63
nevojenské v. s.	18	25,00

Otázka č. 14**Jaký je podle Giudelines 2010 správný postup PP u otevřeného poranění břicha?**

- A) Poloha na zádech s podložením hlavy, dolní končetiny se nechají natažené ve vodorovné poloze a rána se překryje sterilním krytím. Vyhřezlé orgány a tkáně se nezatlačují do dutiny břišní. Cizí předměty se ponechají v ráně, sterilně se podloží a překryjí. Probíhá stálá kontrola celkového stavu pacienta. Tekutiny per os se nepodávají.
- B) Poloha na zádech s podložením hlavy, dolní končetiny se podloží pod kolena a rána se překryje sterilním krytím. Vyhřezlé orgány a tkáně se nezatlačují do dutiny břišní. Cizí předměty se ponechají v ráně, sterilně se podloží a překryjí. Probíhá stálá kontrola celkového stavu pacienta a protišoková opatření. Tekutiny per os se nepodávají.**
- C) Poloha na zádech s podložením hlavy, dolní končetiny se podloží pod kolena a rána se překryje sterilním krytím. Vyhřezlé orgány a tkáně se sterilně vsunou do dutiny břišní. Infikované cizí předměty se vyjmou z rány a ponechají se pouze ty, které nelze vyjmout, sterilně se podloží a překryjí. Probíhá stálá kontrola celkového stavu pacienta a protišoková opatření. Tekutiny per os se nepodávají.
- D) Poloha na zádech s hlavou a dolními končetinami ve vodorovné poloze, rána se překryje sterilním krytím. Vyhřezlé orgány a tkáně se nezatlačují do dutiny břišní. Cizí předměty se ponechají v ráně, sterilně se podloží a překryjí. Probíhá stálá kontrola celkového stavu pacienta a protišoková opatření. Tekutiny per os se nepodávají.

Tab. 24. Postup PP u otevřeného poranění břicha

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
A)	5	4,55
B)	89	80,91
C)	2	1,82
D)	14	12,73
Celkem	110	100,00



Graf 11. Postup PP u otevřeného poranění břicha

Správně měla být označena odpověď **B** a takto odpovědělo 89 (tj. 80,91 %) všeobecných sester, to znamená, že většina odpovědí byla správná. Odpověď D, zvolilo 14 (tj. 12,73 %) respondentů a odpověď A, určilo 5 (tj. 4,55 %) všeobecných sester. Dva (tj. 1,82 %) z dotazovaných si myslí, že vyhřezlé orgány a tkáně se sterilně vsunou do dutiny břišní.

Tab. 25. Odpovědi všeobecných sester (vojenských/nevojenských)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vojenské v. s.	35	92,11
nevojenské v. s.	54	75,00

Otázka č. 15

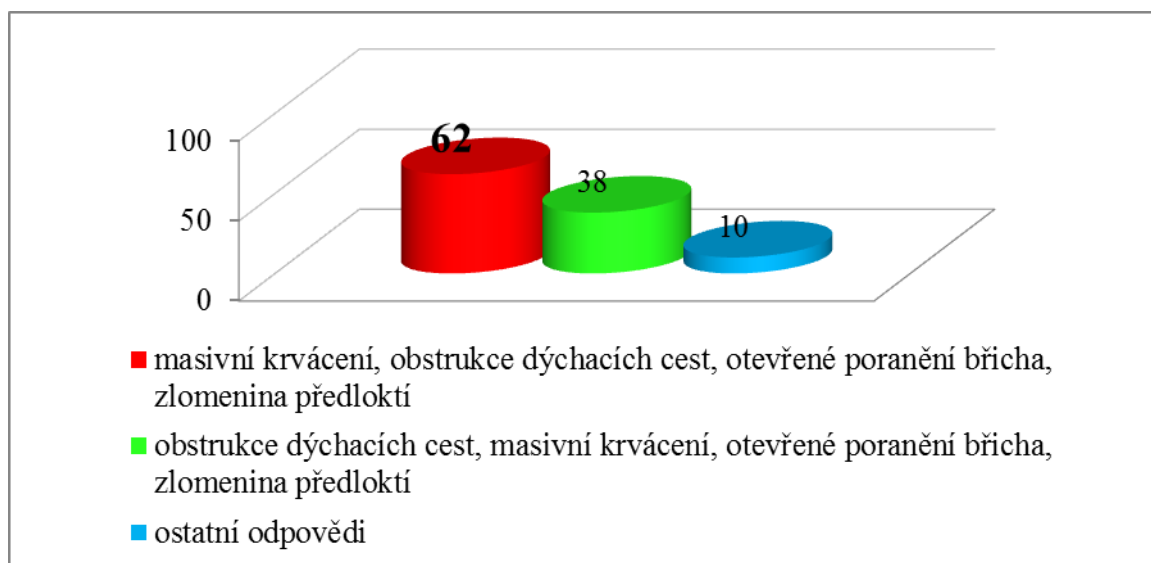
V jakém pořadí se ošetří následující poranění?

Tab. 26. Pořadí ošetření jednotlivých poranění

	1.	2.	3.	4.
	AČ / RČ %	AČ / RČ %	AČ / RČ %	AČ / RČ %
obstrukce dýchacích cest	43 / 39,09	66 / 60,00	1 / 0,91	0 / 0,00
zlomenina předloktí	0 / 0,00	0 / 0,00	1 / 0,91	109 / 99,09
masivní krvácení	67 / 60,91	41 / 37,27	1 / 0,91	1 / 0,91
otevřené poranění břicha	0 / 0,00	3 / 2,73	107 / 97,27	0 / 0,00

Tab. 27. Celkové pořadí ošetření jednotlivých poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
masivní krvácení, obstrukce dýchacích cest, otevřené poranění břicha, zlomenina předloktí	62	56,36
obstrukce dýchacích cest, masivní krvácení, otevřené poranění břicha, zlomenina předloktí	38	34,55
ostatní odpovědi	10	9,09
Celkem	110	100,00



Graf 12. Celkové pořadí ošetření jednotlivých poranění

K výše zmíněným otázkám měla být přiřazena číselná odpověď 1 až 4 podle preferencí pořadí na každou položku, přičemž žádná volba se nemohla opakovat.

Pořadí odpovědí mělo být následující: masivní krvácení, obstrukce dýchacích cest, otevřené poranění břicha, zlomenina předloktí.

Záznam a počet odpovědí na každou z možných variant je zaznamenán v tabulce č. 26 a celkové pořadí algoritmicky seřazených odpovědí v tabulce č. 27 a grafu č. 12.

Konečným výsledkem bylo, že z celkového počtu odpovědí 110 (tj. 100 %), zaznačilo správné pořadí 62 respondentů (tj. 56,36 %).

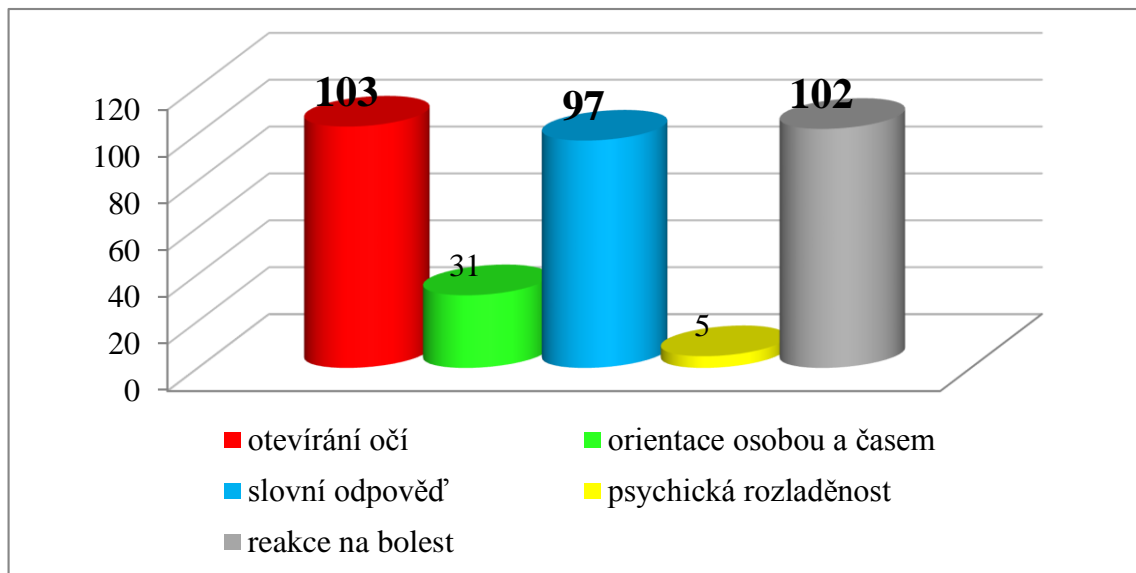
Následující pořadí ošetření daných poranění spočívalo v přehození obstrukce dýchacích cest s masivním krvácením, poté následovalo správné seřazení otevřené poranění břicha, zlomenina předloktí. Tuto variantu zvolilo 38 (tj. 34,55 %). Posledních 10 respondentů (tj. 9,09 %) určilo již zcela nesprávné pořadí odpovědí.

Tab. 28. Odpovědi všeobecných sester (vojenských/nevojenských)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vojenské v. s.	35	92,11
nevojenské v. s.	27	37,50

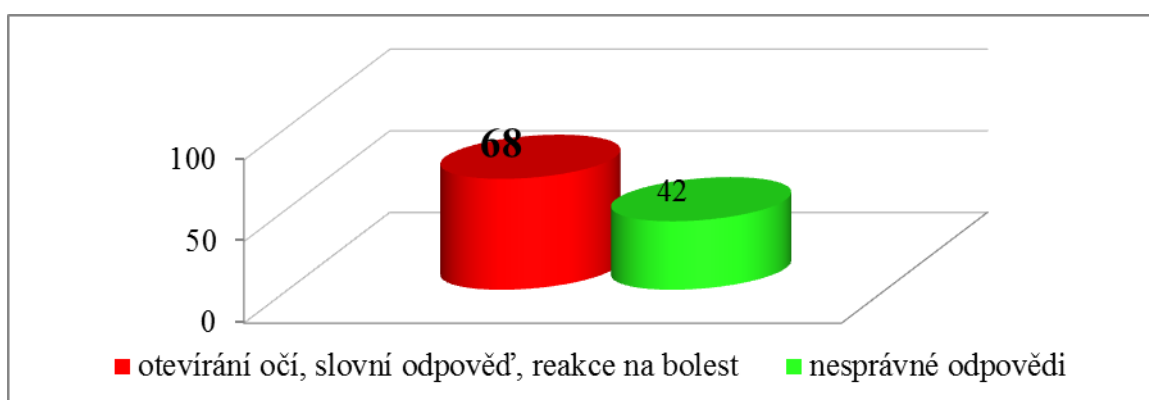
Otázka č. 16**Co vše sledujeme při hodnocení stavu vědomí podle Glasgow Coma Scale?***Tab. 29. Hodnocení GCS*

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
otevírání očí	103	93,64
orientace osobou a časem	31	28,18
slovní odpověď	97	88,18
psychická rozladěnost	5	4,55
reakce na bolest	102	92,73

*Graf 13. Hodnocení GCS*

Tab. 30. Souhrnné hodnocení GCS

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
otevírání očí, slovní odpověď, reakce na bolest	68	61,82
nesprávné odpovědi	42	38,18



Graf 14. Souhrnné hodnocení GCS

Správné odpovědi byly otevírání očí, slovní odpověď a reakce na bolest. Vzhledem k tomu, že GCS je důležité znát při hodnocení stavu vědomí, bylo výsledné hodnocení rozděleno pouze na zcela správné odpovědi a nesprávné (zahrnující také neúplné odpovědi). Zcela správně odpovědělo 68 (tj. 61,82 %) respondentů. Podrobný přehled odpovědí je součástí tabulky č. 29 a grafu č. 13. Tabulka č. 31 obsahuje podíl odpovědí vojenských a nevojenských všeobecných sester.

Tab. 31. Odpovědi všeobecných sester (vojenských/nevojenských)

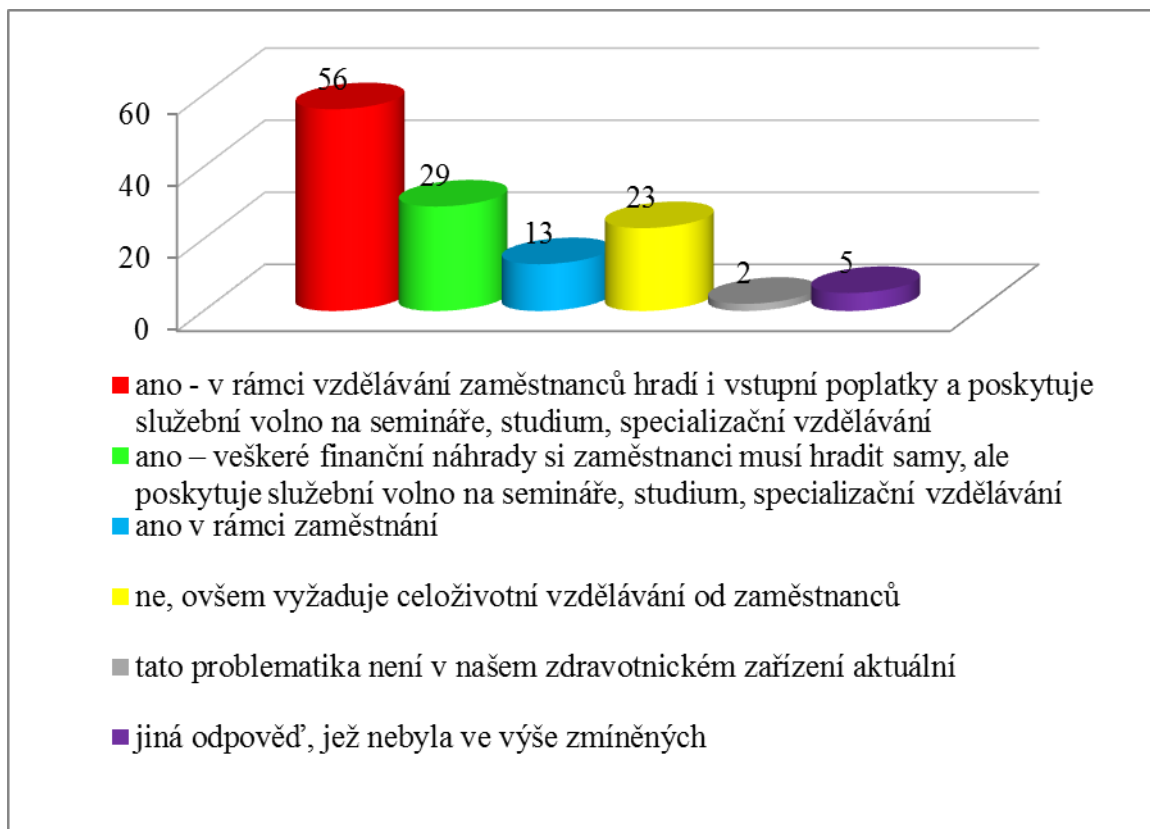
	Absolutní četnost	Relativní četnost %
vojenské v. s.	21	55,26
nevojenské v. s.	47	65,28

Otázka č. 17**Umožňuje Vám zaměstnavatel dostatečné celoživotní vzdělání?**

- A) ano - v rámci vzdělávání zaměstnanců hradí i vstupní poplatky a poskytuje služební volno na semináře, studium, specializační vzdělávání, odborné kurzy či stáže a konference,
- B) ano – veškeré finanční náhrady si zaměstnanci musí hradit samy, ale poskytuje služební volno na semináře, studium, specializační vzdělávání, odborné kurzy či stáže a konference,
- C) ano v rámci zaměstnání (uveďte jak),
- D) ne, ovšem vyžaduje celoživotní vzdělávání od zaměstnanců,
- E) tato problematika není v našem zdravotnickém zařízení aktuální,
- F) jiná odpověď, jež nebyla ve výše zmíněných.

Tab. 32. Zaměstnavatel a celoživotní vzdělávání všeobecných sester

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
A)	56	43,75
B)	29	22,66
C)	13	10,16
D)	23	17,97
E)	2	1,56
F)	5	3,91
Celkem	128	100,00

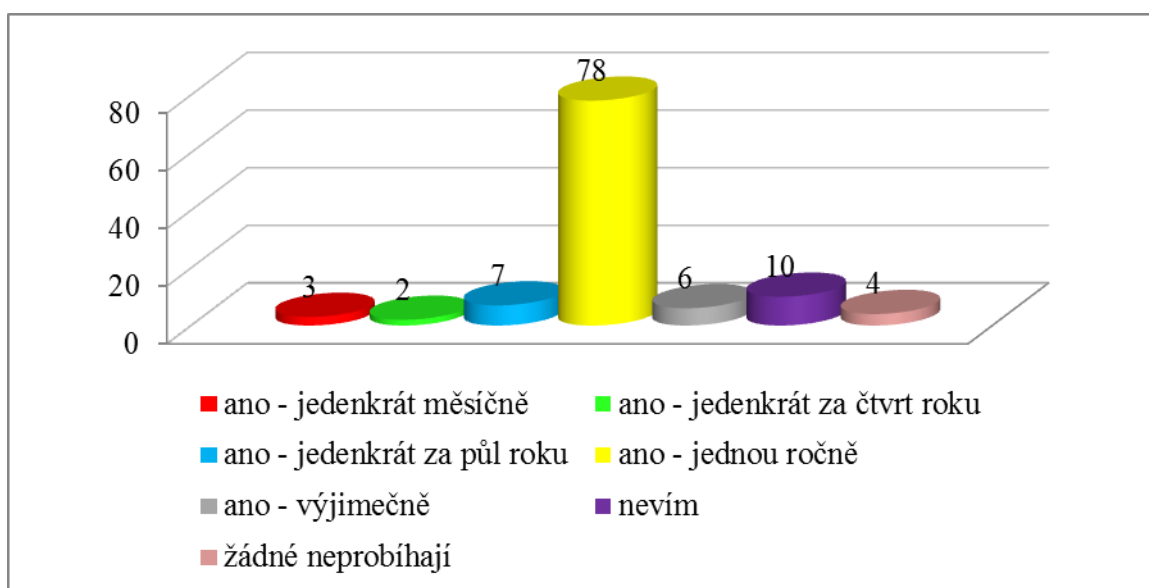


Graf 15. Zaměstnavatel a celoživotní vzdělávání všeobecných sester

Celkově bylo vyhodnoceno 128 (tj. 100 %) odpovědí. Za pozitivní vidíme přístup některých zaměstnavatelů, kteří svým zaměstnancům poskytují služební volna a plně hradí veškeré vstupní poplatky. Počet takto odpovídajících byl 56 (tj. 43,75 %), z toho z celkového počtu 38 (tj. 100 %) odpovídajících všeobecných sester z řad vojáků z povolání, takto odpovědělo plných 100 %. Zbývajících 18 respondentů je všeobecných sester nevojáků. Zaměstnavatel poskytující služební volno, ovšem bez finančních náhrad, byl zmíněn v 29 (tj. 22,66 %) případech. Možnost vzdělávání pouze v rámci zaměstnání uvedlo 13 (tj. 10,16 %) všeobecných sester. Zaměstnavatel vyžadující po všeobecných sestřích celoživotní vzdělávání, ale osobně se na něm nepodílí, byl uveden ve 23 (tj. 17,97 %) případech. Ve dvou odpovědích (tj. 1,56 %) není problematika celoživotního vzdělávání všeobecných sester aktuální. 12 (tj. 7,55 %) respondentů uvedlo doplňující odpověď: pořádané přednášky všeobecnou sestrou z daného oddělení, pro dané oddělení – 1 odpovědi, kurzy požádané vrchní sestrou uvedl jeden dotazovaný a kurzy pořádané FVZ uvedlo 9 všeobecných (vojenských) sester. Jedna odpověď byla zaměřena na protěžování vedoucích pracovníků, kterým jsou oproti řadovým všeobecným sestřím placeny veškeré finanční náhrady, včetně služebního volna.

Otázka č. 18**Jak často probíhají na Vašem pracovišti školení, přezkoušení znalostí z PP?***Tab. 33. Frekvence školení a přezkoušení ze znalostí PP*

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano - jedenkrát měsíčně	3	2,73
ano – 1x za čtvrt roku	2	1,82
ano - jedenkrát za půl roku	7	6,36
ano - jednou ročně	78	70,91
ano - výjimečně	6	5,45
nevím	10	9,09
žádné neprobíhají	4	3,64
Celkem	110	100,00

*Graf 16. Frekvence školení a přezkoušení ze znalostí PP*

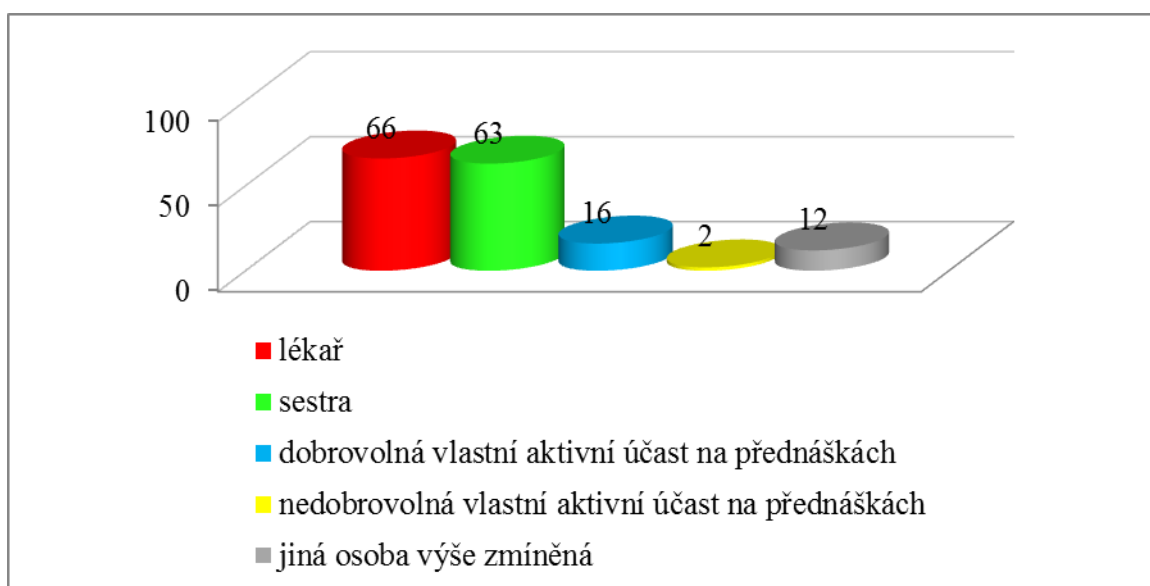
V této otázce byla možná jen jedna odpověď, což znamená, že při relativní četnosti vycházím ze 100 % rovnajícím se 110 odpovědím. Frekvenci školení a přezkoušení z PP 1x měsíčně uvedly 3 (tj. 2,73 %) respondenti. 1x za čtvrt roku probíhá školení na dvou (tj. 1,82 %) pracovištích. 7 (tj. 6,36 %) dotazovaných uvedlo frekvenci školení 1x za půl roku. Nejvíce zvolených odpovědí bylo na školení 1x ročně, kdy takto odpovědělo 78 (tj. 70,91 %) všeobecných sester. V šesti (tj. 5,45 %) případech probíhá přezkoušení, včetně školení z PP pouze výjimečně, a zda vůbec tato školení probíhají, neví 10 (tj. 9,09 %) dotazovaných. Ve čtyřech (tj. 3,64 %) případech žádná školení neprobíhají vůbec.

Otázka č. 19

Pokud jste v předchozí otázce odpověděli (ano), jakým způsobem toto školení probíhá, kdo přednáší?

Tab. 34. Průběh školení PP

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
lékař	66	41,51
sestra	63	39,62
dobrovolná aktivní účast na přednáškách	16	10,06
nedobrovolná aktivní účast na přednáškách	2	1,26
jiná osoba výše zmíněná	12	7,55
Celkem	159	100,00



Graf 17. Průběh školení PP

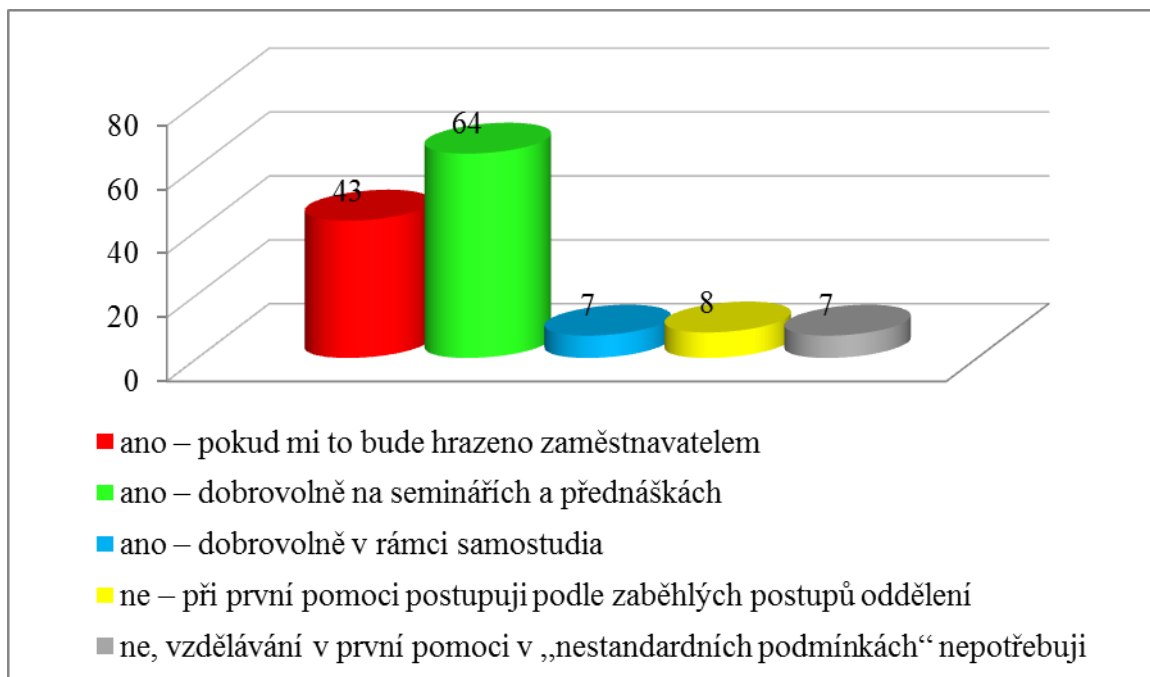
Několik dotazovaných odpovědělo na více otázek a z tohoto důvodu jsem vycházela z konečného součtu odpovědí 159 (tj. 100 %). Školení, které přednáší lékař, bylo odpovězeno v 66 (tj. 41,51 %) případech. V 63 (tj. 39,61 %) je přednášejícím všeobecná sestra. Vlastní dobrovolnou aktivní účast na přednáškách uvedlo 16 (tj. 10,06 %) respondentů. Nedobrovolně jsou povinni přednášet dva (tj. 1,26 %) respondenti. Ve dvanácti (tj. 7,55 %) případech je přednášejícím jiná osoba, kterou byli jmenovaní zaměstnanci FVZ a vrchní sestry.

Otázka č. 20

Máte zájem se seznamovat s novými doporučeními pro postupy PP v „nestandardních podmínkách“?

Tab. 35. Ochota vzdělávání se v PP v „nestandardních podmínkách“

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
ano – pokud mi to bude hrazeno zaměstnavatelem	43	33,33
ano – dobrovolně na seminářích a přednáškách	64	49,61
ano – dobrovolně v rámci samostudia	7	5,43
ne – při PP postupuji podle zaběhlých postupů	8	6,20
ne - vzdělávání v PP v „nestandardních podmínkách“ nepotřebuji	7	5,43
Celkem	129	100,00



Graf 18. Ochota vzdělávání se v PP v „nestandardních podmínkách“

Výše zmiňovaná otázka byla zodpovězena ve 129 (tj. 100 %) odpovědích, přičemž nejčastější odpověď byla: ano a to dobrovolně na seminářích a přednáškách, což odpovědělo 64 (tj. 49,61 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď A - ano, ale pokud mi to bude hrazeno zaměstnavatelem – ve 43 (tj. 33,33 %) případech. Osm (tj. 6,20 %) dotazovaných postupuje při poskytování PP podle zaběhlých postupů oddělení. Dobrovolné sebevzdělávání v rámci samostudia uvedlo sedm (tj. 5,43 %) všeobecných sester. Respondenti, kteří nepotřebují či nemají zájem o vzdělávání v PP „v nestandardních podmínkách“ byli zastoupeni v sedmi případech (tj. 5,43 %).

Otázka č. 21

Je něco, na co by, jste chtěl/chtěla poukázat z oblasti první pomoci? (pozitiva, negativa). Tato otázka byla otevřená a dobrovolná a není tedy znázorněna v tabulce a ani v grafu.

Názory respondentů na oblast PP byly tyto, cituji:

- Ve zdravotnických zařízeních by mělo probíhat častější školení PP pro všechny personál, včetně lékařů.
- Časté změny v postupech PP narušují základní informace v dlouhodobé paměti. Při PP je potřeba si vzpomenout na nejdůležitější postupy a ne, jak se to mělo provádět ze školení před rokem, dvěma nebo třemi. Ztráta cenných vteřin! V dnešní době většinou řídí PP všeobecná sestra na dispečinku (na telefonním čísle 155), ale opomíjí se skutečnost, že často může být i sám zachraňující v šoku.
- Mělo by být více dostupných kurzů PP i pro laiky.
- Zavést více školení do škol.
- Velikým problémem je, že PP v autoškolách a firmách mohou a učí nezdravotníci.
- V naší republice je málo vzdělávacích projektů o PP.

10 DISKUSE

Průzkumné šetření bylo realizováno u všeobecných sester pracujících v nemocnicích České republiky a u všeobecných sester (vojáků z povolání), stážujících také v nemocnicích České republiky, ovšem s určitými zkušenostmi s poskytováním PP v zahraničních misích.

Počet respondentů dotazníkového šetření byl 110 (tj. 100 %), z čehož bylo 72 (tj. 65,45 %) „civilních“ všeobecných sester a 38 (tj. 34,35 %) „vojenských“ všeobecných sester.

Při vyhodnocení prvního průzkumného cíle, tj. úrovně vědomostí v oblasti neodkladné PP jsme vycházeli z šesti průzkumných otázek číslo 8, 10, 12, 13, 14 a 15.

V otázce č. 8 - algoritmického postupu při „stavění“ tepenného krvácení z arteria radialis, zvolilo zcela správný postup 25 dotazovaných a správně odpovědělo 53 % vojenských a 7 % nevojenských všeobecných sester. Podstatným faktorem bylo zařazení odpovědi A - zvednutí krvácejícího místa nad úroveň srdce na třetí místo algoritmického postupu. Nerozhodnost u této odpovědi byla velmi rozdílná.

Otázku č. 10 na nejzákladnější metodu zajištění dýchacích cest, správně odpovědělo 45 respondentů, přičemž v porovnání dvou skupin (civilních a vojenských všeobecných sester) to bylo v poměru 1:1.

V oblasti znalostí CO (otázka č. 12) byla celková úspěšnost zcela správných odpovědí 28, přičemž úspěšnost 37 % byla u vojenských a 19 % u nevojenských všeobecných sester.

Znalost použití, či nepoužití Rautekovi zotavovací polohy, v otázce č. 13 správně stanovilo 38 dotazovaných. Správně odpovědělo 53 % vojenských a 25 % nevojenských všeobecných sester.

Z možnosti jedné odpovědi v otázce č. 14 - postupu PP u otevřeného poranění břicha, stanovilo 89 respondentů správnou odpověď, přičemž se jednalo se o 92% vojenských a 75% úspěšnost nevojenských všeobecných sester.

Otázka č. 15 spočívala opět ve správnosti postupu v ošetření různých druhů poranění. Celkový počet správných odpovědí byl 62 a správně odpovědělo 92 % vojenských a 38 % nevojenských respondentů. V této otázce spočívala polemika dotazovaných, zda v algoritmickém postupu ošetření daných poranění, patří na první místo ošetření masivní krvácení, či zajištění obstrukce dýchacích cest. Správný algoritmický postup je součástí

pravidelného přezkoušení vojenských všeobecných sester a proto tato skupina dotazovaných měla vyšší procentuální zastoupení ve výsledném hodnocení této otázky.

Podle výše uvedených výsledků mého průzkumu můžu konstatovat, že vědomosti dotazovaných civilních všeobecných sester v oblasti neodkladné PP jsou v průměru na 33% úspěšnosti, a vědomosti vojenských všeobecných sester, jsou na 65% úspěšnosti. Vědomosti v oblasti PP jsou u vojenských všeobecných sester na vyšší úrovni, než u všeobecných sester nevojáků – vyhodnocení prvního dílčího cíle. Uvedený výsledek je odrazem přístupu zaměstnavatele v oblasti celoživotního vzdělávání k dané skupině respondentů.

Zaměříme-li se na oblast rozšířené PP, která byla druhým hlavním cílem této práce, budeme vycházet z dotazníkových otázek č. 9, 11 a 16.

Otázka č. 9 o použití AED byla zaznamenána s 52% úspěšností, přičemž zastoupení dvou skupin respondentů byl na stejné procentní úrovni.

K otázce č. 11 - příznaků rozvinutého hypovolemického šoku, měly být všechny odpovědi považovány za správné. Součet všech odpovědí byl na 51 %. Ovšem zcela správně na tuto otázku odpovědělo pět respondentů. Z toho počtu bylo 10 % vojenských a 1 % nevojenských všeobecných sester.

Otázka č. 16 spočívala v hodnocení stavu vědomí podle GCS. U celkového výsledného hodnocení této otázky budeme vycházet pouze ze zcela správných odpovědí, kterých bylo 68, přičemž tuto odpověď zvolilo 55 % všeobecných sester vojenských a 65 % nevojenských. Na výsledném hodnocení je patrné, že GCS se běžně používá i skupiny nevojenských respondentů a proto zde byla větší úspěšnost správných hodnocení.

Vědomosti o rozšířené PP byly vyhodnoceny jako podprůměrné s 33% úspěšností a to shodně u obou skupin všeobecných sester - vyhodnocení prvního dílčího cíle.

Možnost celoživotního vzdělávání všeobecných sester byla zahrnuta v dotazníkových číslech 17, 18 a 19. Jednalo se o třetí hlavní průzkumný cíl.

Závěry z odpovědí na tento typ dotazů pak vyjadřují následující výsledky: zaměstnavatel, který plně hradí poplatky a poskytuje volno, byla odpovězena v 56 odpovědích, z čehož u vojenských respondentů se jednalo o téměř stoprocentní úhradu poplatků zaměstnavatelem. Ověření vědomostí středního nelékařského personálu o PP ze strany zaměstnavatele bylo nejčastější s frekvencí jedenkrát ročně a to u 78 dotazovaných. V tomto případě nebylo

možné vyčíslení rozdílu mezi vojenskými a nevojenskými respondenty, proto-že vojenské sestry stážující v nemocnicích České republiky podléhají standardům dané stážující nemocnice. V otázce orientované na přednášejícího těchto školení měli největší zastoupení lékaři – 42 %, poté následovaly všeobecné sestry s 40 %.

Uvedené odpovědi pak vyjadřují, že zaměstnavatel v otázce vzdělávání všeobecných sester vzdělávání vyžaduje, což vychází z frekvencí ověřování vědomostí všeobecných sester, včetně jejich přezkoušení. Na straně druhé se na celoživotním vzdělávání zaměstnanců ale podílí minimálně, vyjma všeobecných sester působící v AČR.

Otázka číslo 20, směřující k zájmu dotazovaných na seznamování se s postupy PP v „ne-standardních podmínkách“ - vyhodnocení druhého dílčího cíle byla, ve 50 % na dobrovolné účasti a ve 33 % na dobrovolné účasti, ovšem s hrazením poplatků zaměstnavatelem. Tato problematika sebevzdělávání je sice velmi diskutovaná, ovšem překvapivě ze strany všeobecných sester, zájem o PP v „ne-standardních podmínkách“ nedosáhl ani 50 %.

Závěrem mého průzkumu můžu konstatovat, že znalost všeobecných sester v oblasti PP je na dostačující úrovni a to i vzhledem k menšímu zájmu zaměstnavatele na celoživotním vzdělávání. Téměř každá z otázek týkající se PP byla hodnocena ve vyšším procentuálním zastoupení ze strany vojenského nelékařského personálu (vyjma otázky č. 10 – nejzákladnější metoda zajištění dýchacích cest a otázka č. 16 – hodnocení stavu vědomí podle GCS a otázky).

Z dostupných zdrojů bylo zjištěno, že podobnou tematikou průzkumného šetření se zabýval Vladimír Jarušek, 2013, UTB Zlín. Ovšem vyhodnocení nejsou srovnatelná, protože v cílové skupině měl zahrnutý jak nelékařský zdravotnický personál, tak lékaře, a řidiče sanitních vozů.

Podle možného porovnání bakalářské práce Barbory Lacinové, 2011, UTB Zlín, která v otázce úrovně znalostí zdravotnických pracovníků (všeobecně), dospěla k 60% úspěšnosti respondentů, tak výsledky Barbory Lacinové jsou v rozdílném závěrečném hodnocení, Proto-že v mé bakalářské práci jsem z průměrného součtu všech úspěšných respondentů dospěla k číslu 44 %. Tyto rozdílné výsledky spočívají ve způsobu vyhodnocování odpovědí mého dotazníku, kdy při ne zcela správné odpovědi byla tato odpověď považována za nesprávnou. Ovšem při porovnání otázek zaměřujících se na frekvenci školení a přezkou-

šení z PP zaměstnavatelem, bylo dospěno ke zcela shodným výsledkům a to v tom, že nejčastější frekvence takových to školení a přezkoušení z PP je jedenkrát za rok.

Otázkou zda zaměstnavatel umožňuje všeobecným sestřám celoživotní vzdělávání, se zabývala Andrea Huspeninová, 2011, UTB Zlín, která dospěla k závěru, že v 67 % zaměstnavatel hradí veškeré poplatky vynaložené se vzděláváním, ovšem výsledky odpovědi na tuto otázku v mé bakalářské práci ukazují, že výsledek takového typu hrazení vzdělávání je pouze na 44 %.

K porovnání získaných dat orientovaných na poskytování PP pouze u vojenských všeobecných sester, bych uvedla bakalářskou práci Ivety Polehlové, 2013, Univerzita Palackého Olomouc, která si zvolila téma „Úroveň vědomostí poskytování neodkladné resuscitace u příslušníků AČR“. Ovšem ani v této práci nebyly cílovou skupinou pouze všeobecné sestry, ale průzkum probíhal mezi třemi skupinami respondentů a to: vojenskou zdravotnickou službou, vojenskou policií a vojenskou hasičskou jednotkou. Proto při porovnání výsledných dat budu vycházet pouze z výsledků, kterých dosáhla vojenská zdravotnická služba. Samotné srovnání dotazníkových otázek nebylo možné, proto-že ani jedna nebyla shodná s použitými v mé bakalářské práci. V závěrečném hodnocení bakalářské práce Ivety Polehlové nebylo celkové procentuální vyčíslení získaných dat. Při porovnání úrovně znalostí v neodkladné resuscitaci mezi vojáky z povolání, dospěla k závěrům, že respondenti vojenské zdravotnické služby dosahují velmi dobrých znalostí. Po prostudování získaných dílčích výsledků v této práci, jsem dospěla k závěru, že se jednalo o 69% vědomostní úspěšnost. Podle porovnání výsledků v mé bakalářské práci, kde vědomosti vojenských všeobecných sester v oblasti PP, jsou na 74 % úspěšnosti, považuji výsledné hodnocení této skupiny respondentů za poměrně shodné.

Vzhledem k výsledkům, ke kterým jsem dospěla jak v průběhu, tak i při celkovém zpracování získaných dat, je potřeba neustálého vzdělávání všeobecných sester ve svém oboru. Při diskusi ohledně PP v nestandardních podmínkách a prožitými zkušenostmi z vojenských misí, jsem zjistila, že zájem civilních všeobecných sester o tuto nevšední problematiku je veliký a proto výhledově plánuji cílené přednášky zahrnující PP ve standardních a nestandardních podmínkách.

ZÁVĚR

Tématem této práce byl průzkum vědomostí v oblasti PP a následné porovnání získaných dat mezi dvěma skupinami respondentů (vojenských a nevojenských všeobecných sester). Součástí práce je průzkum v oblasti sebevzdělávání se všeobecných sester a jejich pohledu na postavení zaměstnavatele k této problematice.

Teoretická část bakalářské práce všeobecně seznamuje s PP. Od samého historického začátku, přes postupný zákonitý vývoj, až k současným nejnovějším odborně vědeckým poznatkům vycházejícím ze standardů PP – Guidelines 2010. Je zde také specifikována příprava všeobecných sester na budoucí náročné povolání a specifika vzdělání vztahující se na všeobecné sestry „vojáci z povolání“. Nedílnou součástí jsou postupy a zásady při poskytování PP. V závěru praktické části jsou nastíněny nestandardní podmínky PP.

Praktická část obsahuje průzkumné otázky zaměřující se na způsob poskytování PP a na pohled dotazovaných na svého zaměstnavatele v oblasti tolik diskutovaného, povinného sebevzdělávání zdravotníků. Součástí téměř každého hodnocení daných odpovědí je podílový výčet dvou skupin respondentů (vojenské a nevojenské všeobecné sestry).

Výsledky průzkumného šetření jsou shrnuty v diskuzi, dle mého názoru je nutné podotknout, že u dotazovaných, byly prokázány všeobecné vědomosti v oblasti základní a rozšířené PP na dobré úrovni, přičemž „vojenské“ všeobecné sestry dosáhly procentuálně vyšší vědomostní úrovně. Je důležité připomenout, že tyto výsledky byly předpokládány, proto-že u této skupiny dotazovaných probíhají, školení, cvičení, praktické a teoretické přezkoušení v pravidelných intervalech.

Zaměříme-li se na zaměstnavatele všeobecných civilních sester, tak výsledky průzkumu potvrdily, že požadavky zaměstnavatele jsou vysoké (viz. průzkumná otázka č. 18 - frekvence přezkoušení z PP), ovšem na druhou stranu nabídka vzdělávacích, podpůrných projektů z jeho strany je minimální. Podle průzkumu se nejedná o nezáměr všeobecných sester na sebevzdělávání, ale o přístup samotného zaměstnavatele. Respondenti v rámci AČR dokladují vysoký stupeň zájmu ze strany zaměstnavatele.

Výsledky mé práce jsem následně porovnala s bakalářskými pracemi na podobné téma a závěrečná hodnocení byla téměř korespondující s vlastním hodnocením.

Chtěla bych připomenout, že profese všeobecné sestry, z pohledu klienta, jakož to blízké a mnohdy také nejbližší osoby, na kterou se může v jeho těžké životní situaci obrátit, nese v sobě, z pohledu všeobecné sestry velký kus odpovědnosti, zkušenosti a odborných vědomostí prokázaných praktickými činnostmi a osobitým přístupem. Jedná se o velmi náročnou profesi, i když zrovna nemusí jít o poskytnutí PP v tom nejužším smyslu.

Výsledky průzkumu bakalářské práce slouží k objasnění rozdílností jedné profese z pohledu vzdělávání a poskytnutí PP a k zamyšlení, nad přístupem různých zaměstnavatelů ke svým zaměstnancům.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

BERNATOVÁ, Eva a kol., 2013. *Základní norma zdravotnických znalostí*. 4. vydání. Praha: Český červený kříž. ISBN 978-80-87729-02-1.

BYDŽOVSKÝ, Jan, 2008. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-815-6.

CETLOVÁ, Lada, 2011. *První pomoc: Guidelines – 2010*. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-0024-3.

HASÍK, Juljo a kol., 2012. *Standardy první pomoci*. 2. vydání. Praha: Český červený kříž. ISBN 978-80-87729-00-7.

JANOTA, Tomáš, 2011. *Šok a kardiopulmonální resuscitace*. Praha/Kroměříž: Triton. ISBN 978-80-7387-486-5.

KELNAROVÁ, J., J. SEDLÁČKOVÁ, J. TOUFAROVÁ, Z. ČÍLKOVÁ a E. KELNAROVÁ, 2007. *První pomoc II. Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2183-5.

KLEIN, Leo a Alexander FERKO, 2005. *Principy válečné chirurgie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0735-7.

KLEMENTA, Bronislav, 2011. *Resuscitace ve světle nových Guidelines*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-87327-79-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

MASÁR, Oto, 2010. *Úvod do medicíny katastrof pro záchranáře*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 97880-902876-3-1.

MATEK, Jan a Miroslav ZEMAN, 2012. *První pomoc pro bakaláře*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-260-3459-9.

Ministerstvo obrany ČR – odbor komunikace a propagace, 2011. *Bílá kniha o obraně*. Havlíčkův Brod. ISBN 978-80-7278-564-3.

POKORNÝ, Jiří, 2003. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-214-5.

POKORNÝ, Jan, 2010. *Lékařská první pomoc*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-322-8.

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

SRNSKÝ, Pavel, 2010. *Základní norma zdravotnických znalostí*. 3. vydání. Praha: Český červený kříž. ISBN 978-80-87036-45-7.

STAŇKOVÁ, Marta, 2002. *České ošetřovatelství 11. Sestra – reprezentant profese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-368-6.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, IVANOVÁ, Kateřina a Jana KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 80-2471-212-1.

URBÁNEK, Pavel, 2013. *Řešení zdravotních následků mimořádných událostí v přednemocniční neodkladné péči: textová opora ke kurzu*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci se Zdravotnickou záchrannou službou JmK. ISBN 978-80-210-6188-0.

VÉVODA, Jiří a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

ŽÁK, Martin a Radovan MATOUŠEK, 2009. *První pomoc v polních podmínkách: studijní pomůcka*. Hradec Králové: Univerzita obrany. ISBN 978-80-7231-335-8.

Odborná publikace, časopisy:

KLEIN, Leo a Alexander FERKO, 2005. Charakteristika a perspektivy oboru válečné chirurgie. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. 2005, roč. 74/2005, č. 5-6, s. 151-154 [cit. 2014-03-15]. ISSN 0372-7025.

PLODR, Michal, 2012. Čeští vojenští zdravotníci v zahraničních misích. *Zdravotnické noviny* [online]. 30. 1. 2012, roč. 61, č. 2/2012, s. 12-15 [cit. 2014-03-15]. ISSN 1805-2355.

PROŠKOVÁ, Eva, 2010. Poskytování zdravotní péče v rámci ozbrojeného konfliktu. *Florence* [online]. 5. 1. 2010, roč. 6, č. 1/2010, s. 41-44 [cit. 2014-03-15]. ISSN 1801-464X.

RABLOVSKÁ, Dana, Rebeka a Hana KOĐOUSKOVÁ, 2011. Vojenský zdravotnický nelékařský personál. *Florence* [online]. 7. 11. 2011, roč. 11, č. 11/2011, s. 16-20 [cit. 2014-03-16]. ISSN 1801-464X.

ROUBAL, Josef, M. BENDA, PÁRAL, Jiří a Michal PLODR, 1010. Krátké ohlédnutí za působením nemocnice Armády České republiky v Afganistánu v letech 2007 - 2008. *Vojskové zdravotnické listy* [online]. 2010, roč. 79, č. 2/2010, s. 83 – 86 [cit. 2014-03-16]. ISSN 0372-7025.

Internetové zdroje:

ARMÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, © 2013. *Jak se stát profesionálním vojákem* [online]. [cit. 2014-03-15]. Dostupné z: <http://kariera.army.cz/cz/profesional>.

ČESKO, 2010. Vyhláška č. 4/2010 ze dne 17. prosince 2010 o stanovení kreditního systému pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky* [on-line]. Částka 1, s. 11 – 12 [cit. 2013-04-06]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

ČESKO, 2010. Vyhláška č. 32/2010 ze dne 11. ledna 2010 o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: *Sbírka zákonů České republiky* [on-line]. Částka 10, s. 338 – 347 [cit. 2013-04-06]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

ČESKO, 2010. Vyhláška č. 129/2010 ze dne 23. dubna 2010 o stanovení minimálních požadavků na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: *Sbírka zákonů České republiky* [on-line]. Částka 46, s. 1695 – 1698 [cit. 2013-04-06]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky* [on-line]. Částka 20, s. 482 – 544 [cit. 2013-04-06]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

ČESKO, 2009. Zákon č. 40/2009 ze dne 8. ledna 2009 § 150 o neposkytnutí pomoci a § 151 o neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku. In: *Sbírka zákonů České republiky* [on-line]. Částka 11, s. 386 [cit. 2013-04-06]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

ČESKO, 2011. Zákon č. 105/2011 ze dne 25. března 2011 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky* [on-line]. Částka 40, s. 1053 – 1055 [cit. 2013-04-06]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

DVOŘÁČEK, David, © 2010. *Historie zdravotnické záchranné služby v ČR* [online]. Klub historie Červeného kříže [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://klubhistorieck.wgz.cz/rubriky/obcanske-sdruzeni-klubu-historie-zachranarstvi/historie-zdravotnicke-zachranne>.

HUSPENINOVÁ, Andrea, 2011. *Vzdělávání všeobecných sester na akutních pracovištích*. Zlín [cit. 2014-04-09]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav ošetřovatelství. Dostupné z: <http://dspace.k.utb.cz/handle/10563/17141>.

KLEIN, Leo a Alexander FERKO, © 2010. *Jaké jsou zvláštnosti, význam a současné úkoly válečné chirurgie* [online]. Medical tribune, 15/2010 [cit. 2014-03-15]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/18176-jake-jsou-zvlastnosti-vyznam-a-soucasne-ukoly-valecne-chirurgie>.

KOLEKTIV AUTORŮ, © [b. r.]. *Neodkladná péče v poli včetně rozšířených resuscitačních technik a dovedností* [online]. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/BATLS1/Text_BATLS/skripta.htm.

LACIGOVÁ, Barbora, 2011. *Úroveň znalostí zdravotnických pracovníků nelékařských oborů poskytnout první pomoc v terénu*. Zlín [cit. 2014-04-09]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav ošetřovatelství. Dostupné z: <https://dspace.k.utb.cz/handle/10563/16002>.

MÁLEK, J., A. DVOŘÁK a J. KNOR, © 2012. *První pomoc* [online]. Praha: 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy [cit. 2014-03-18]. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/anesteziologie/journal/galerie-download/prvni-pomoc.pdf>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, © 2005. Legislativa [online]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/legislativa> [cit. 2014-03-15].

POLEHLOVÁ, Iveta, 2013. *Úroveň znalostí poskytování neodkladné resuscitace u příslušníků AČR*. Olomouc [cit. 2014-04-09]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy. Dostupné z: <https://theses.cz/id/gw8nto/>.

SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDICÍNY A MEDICÍNY KATASTROF, © 2004. *Koncepce oboru 2004* [online]. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně [cit. 2014-03-18]. Dostupné z: <http://www.urgmed.cz/>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AČ	Absolutní četnost
AED	Automatický Externí Defibrilátor
ALS	Advanced Life Support
ARIP	Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
ARO	Anesteziologico-resuscitační oddělení
AVPU	Alert, Voice Responsive, Pain Responsive, Unresponsive
BARTS	Battlefield Advanced Resuscitation Techniques and Skills
Bc.	Bakalář
BLS	Basic Life Support
CO	Oxid uhelnatý
č.	Číslo
ČR	Česká republika
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
DiS.	Diplomovaný specialista
FVZ	Fakulta vojenského zdravotnictví
GCS	Glasgow Coma Scale
CHIR.	Chirurgie
JIP	Jednotka intenzivní péče
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
MASCAL	Mass Casualty Plan
METHANE	Způsob předání situační zprávy
Mgr.	Magistr
MIST	Mechanism, Injuries, Signs, Treatment
NATO	North Atlantic Treaty Organization = Severoatlantická aliance

NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
P	Priority
PC	Personal Computer
PN	Polní nemocnice
PP	první pomoc
Prof.	Profesor
RČ	Relativní četnost
RES	Resuscitační oddělení
s.	Strana
SAMPLE	Signs, Allergies, Medications, Past illness, Last meal, Events
Sb.	Sbírka
STANAG	Standardization Agreement
START	Snadné třídění a rychlá terapie
T	Treatment
Tab.	Tabulka
tj.	To jest
tzn.	tak zvaně
UTB	Univerzita Tomáše Bati
tzv.	Tak zvaně
VOŠ	Vyšší odborná škola
v. s.	Všeobecná sestra

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Pohlaví.....	40
Graf 2. Věk.....	41
Graf 3. Ukončené vzdělání	42
Graf 4. Délka praxe.....	44
Graf 5. Voják/nevoják.....	45
Graf 6. Frekvence poskytování PP.....	48
Graf 7. Postup stavění tepenného krváčení z arteria radialis	50
Graf 8. Věková hranice použití AED.....	51
Graf 9. Metody zajištění průchodnosti dýchacích cest	53
Graf 10. Příznaky rozvinutého hypovolemického šoku.....	56
Graf 11. Postup PP u otevřeného poranění břicha	62
Graf 12. Celkové pořadí ošetření jednotlivých poranění	64
Graf 13. Hodnocení GCS.....	65
Graf 14. Souhrnné hodnocení GCS	66
Graf 15. Zaměstnavatel a celoživotní vzdělávání všeobecných sester	68
Graf 16. Frekvence školení a přezkoušení ze znalostí PP	69
Graf 17. Průběh školení PP.....	71
Graf 18. Ochota vzdělávání se v PP v „nestandardních podmínkách“	74

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Pohlaví.....	40
Tab. 2. Věk.....	41
Tab. 3. Ukončené vzdělání.....	42
Tab. 4. Délka praxe.....	44
Tab. 5. Voják/nevoják.....	45
Tab. 6. Oddělení vykonávané praxe.....	46
Tab. 7. Poměr všeobecných sester (vojenských/nevojenských).....	47
Tab. 8. Poměr všeobecných sester (vojenských/nevojenských).....	47
Tab. 9. Frekvence poskytování PP.....	48
Tab. 10. Počet odpovídajících respondentů v daném pořadí otázek.....	49
Tab. 11. Poměr všeobecných sester (vojenských/nevojenských) – správné odpovědi	50
Tab. 12. Věková hranice použití AED.....	51
Tab. 13. Poměr všeobecných sester (vojenských/nevojenských).....	52
Tab. 14. Metody zajištění průchodnosti dýchacích cest	53
Tab. 15. Poměr všeobecných sester (vojenských/nevojenských).....	54
Tab. 16. Příznaky rozvinutého hypovolemického šoku.....	55
Tab. 17. Poměr všeobecných sester (vojenských/nevojenských).....	56
Tab. 18. Intoxikace CO.....	57
Tab. 19. Celkové výsledky odpovědí na otázku č. 12.....	58
Tab. 20. Zcela správné odpovědi všeobecných sester (vojenských/nevojenských).....	58
Tab. 21. Kontraindikace použití Rautekovi polohy	59
Tab. 22. Správnost odpovědí na otázku č. 13	59
Tab. 23. Zcela správné odpovědi všeobecných sester (vojenských/nevojenských).....	60
Tab. 24. Postup PP u otevřeného poranění břicha	62
Tab. 25. Odpovědi všeobecných sester (vojenských/nevojenských)	62
Tab. 26. Pořadí ošetření jednotlivých poranění	63
Tab. 27. Celkové pořadí ošetření jednotlivých poranění	63
Tab. 28. Odpovědi všeobecných sester (vojenských/nevojenských)	64
Tab. 29. Hodnocení GCS.....	65
Tab. 30. Souhrnné hodnocení GCS	66
Tab. 31. Odpovědi všeobecných sester (vojenských/nevojenských)	66

Tab. 32. Zaměstnavatel a celoživotní vzdělávání všeobecných sester.....	67
Tab. 33. Frekvence školení a přezkoušení ze znalostí PP.....	69
Tab. 34. Průběh školení PP.....	71
Tab. 35. Ochota vzdělávání se v PP v „nestandardních podmínkách“	73

SEZNAM PŘÍLOH

P I	Znak PP
P II	Znak Českého červeného kříže
P III	PP u obstrukce dýchacích cest u dětí a dospělých
P IV	Algoritmus PP pomocí AED
P V	Algoritmus PP dospělých pomocí AED
P VI	Algoritmus PP dětí pomocí AED
P VII	Zástava masivního zevního krvácení
P VIII	Zástava masivního zevního krvácení
P IX	Tlakové body
P X	Glasgow coma scale a odsunové třídění
P XI	Třídění START
P XII	Léčebné třídění dospělých
P XIII	Léčebné třídění dětí – Protokol 1
P XIV	Léčebné třídění dětí – Protokol 2
P XV	Léčebné třídění dětí – Protokol 3
P XVI	Třídící kartičky
P XVII	Žádost o umožnění dotazníkového šetření
P XVIII	Žádost o umožnění dotazníkového šetření
P XIX	Dotazník

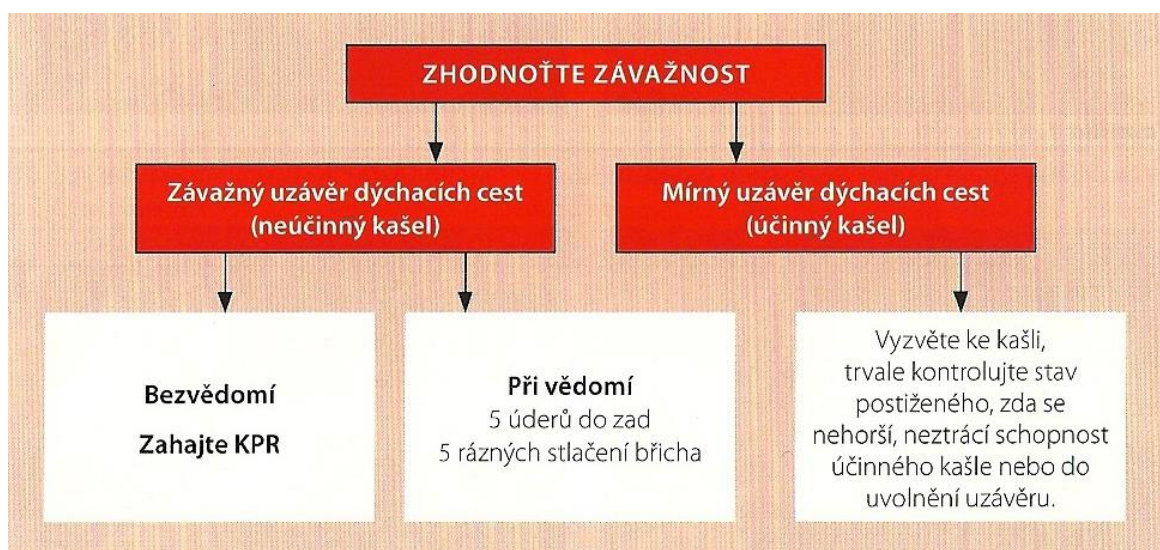
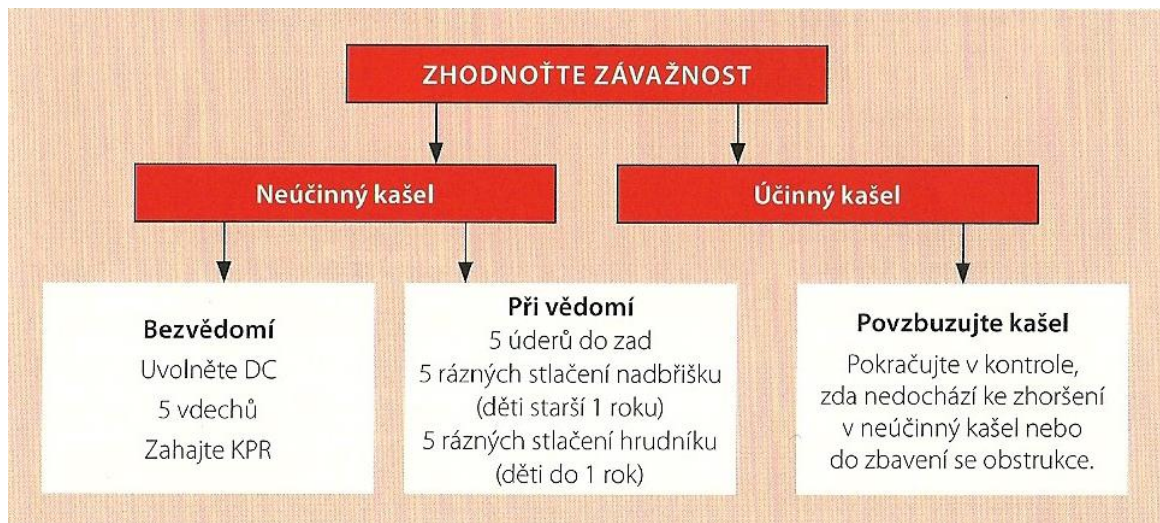
PŘÍLOHA I: ZNAK PRVNÍ POMOCI



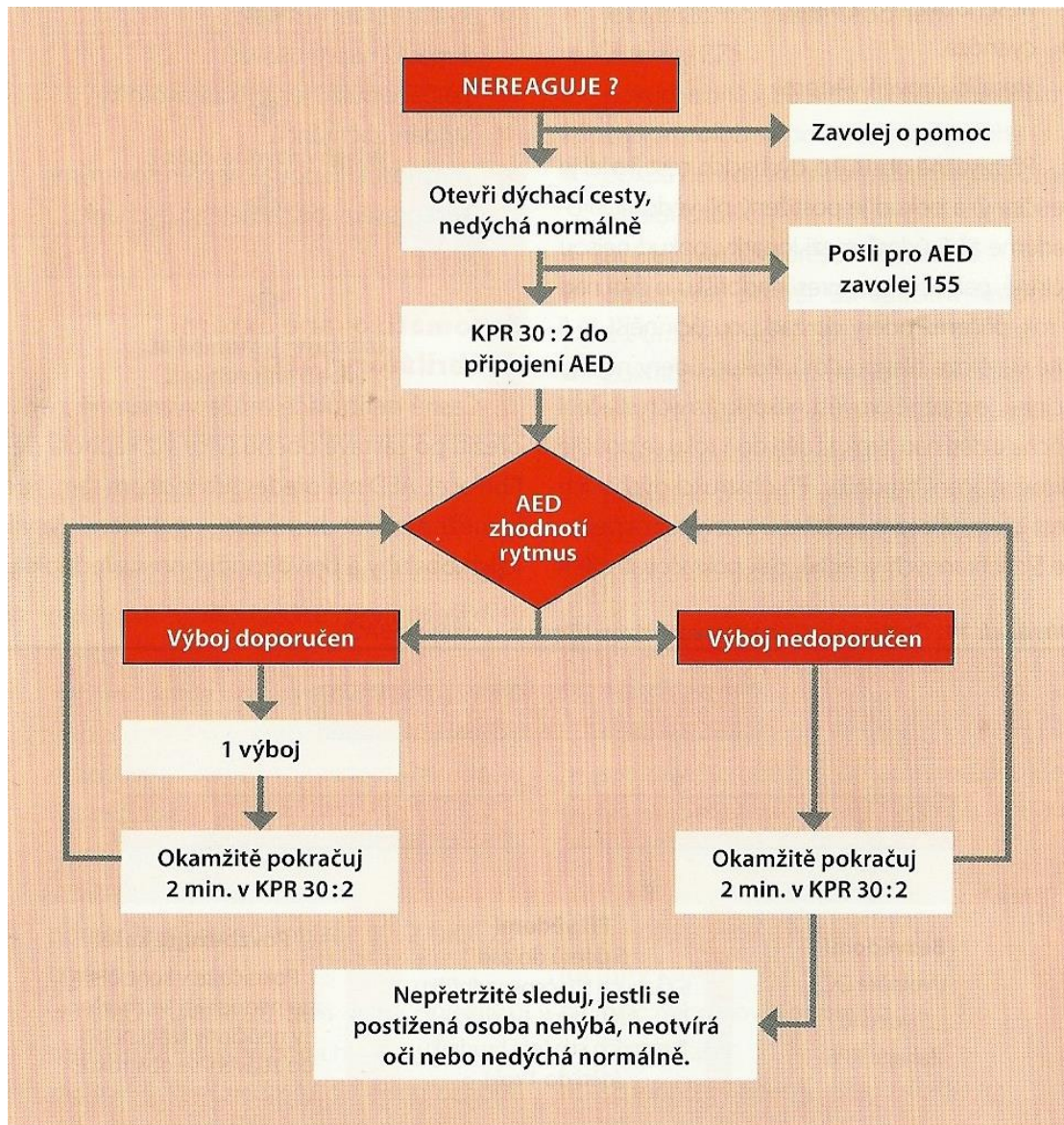
PŘÍLOHA II: ZNAK ČESKÉHO ČERVENÉHO KŘÍŽE



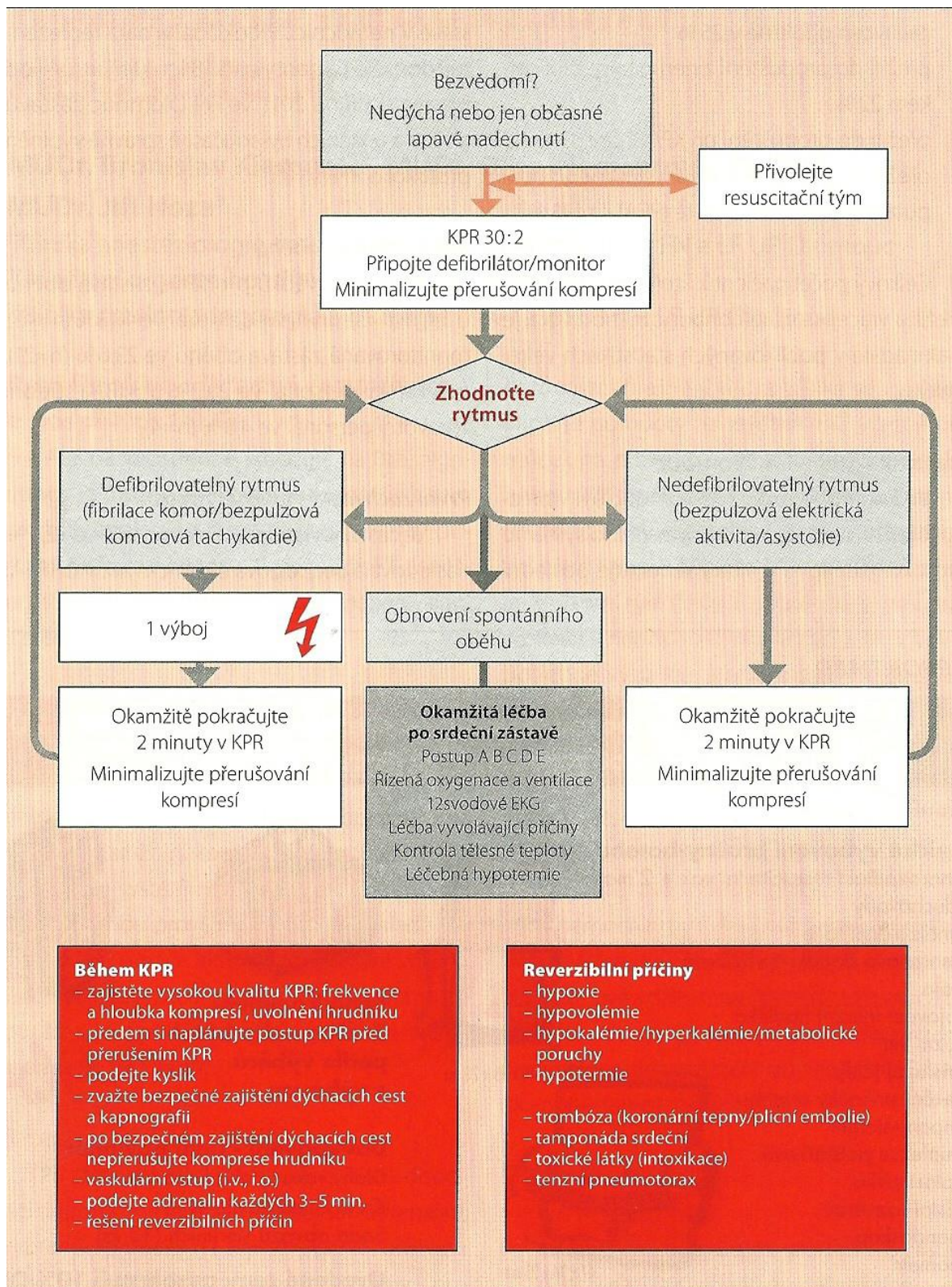
PŘÍLOHA III: PP U OBSTRUKCE DÝCHACÍCH CEST U DĚTÍ A DOSPĚLÝCH



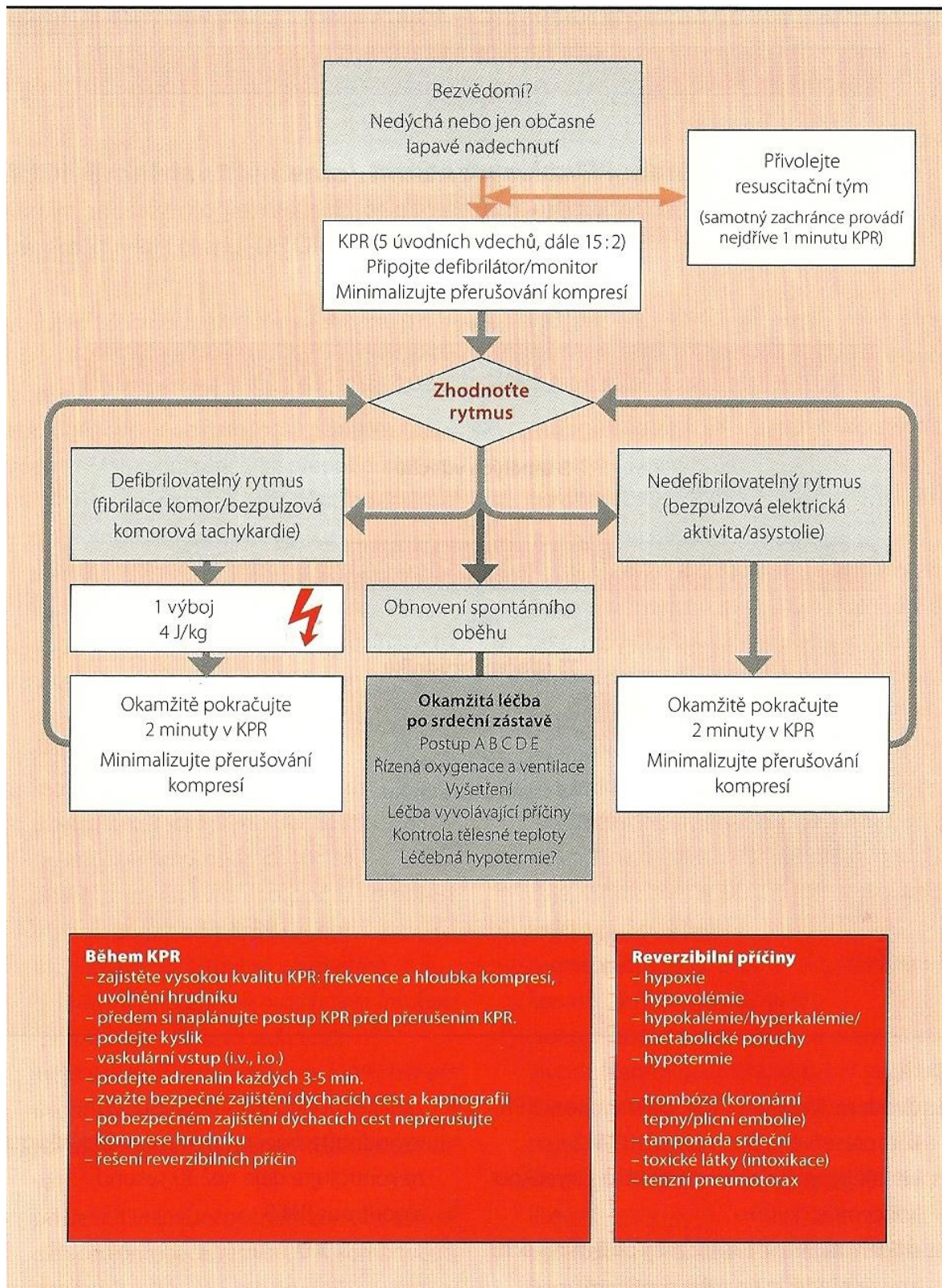
PŘÍLOHA IV: ALGORITMUS PP POMOCÍ AED



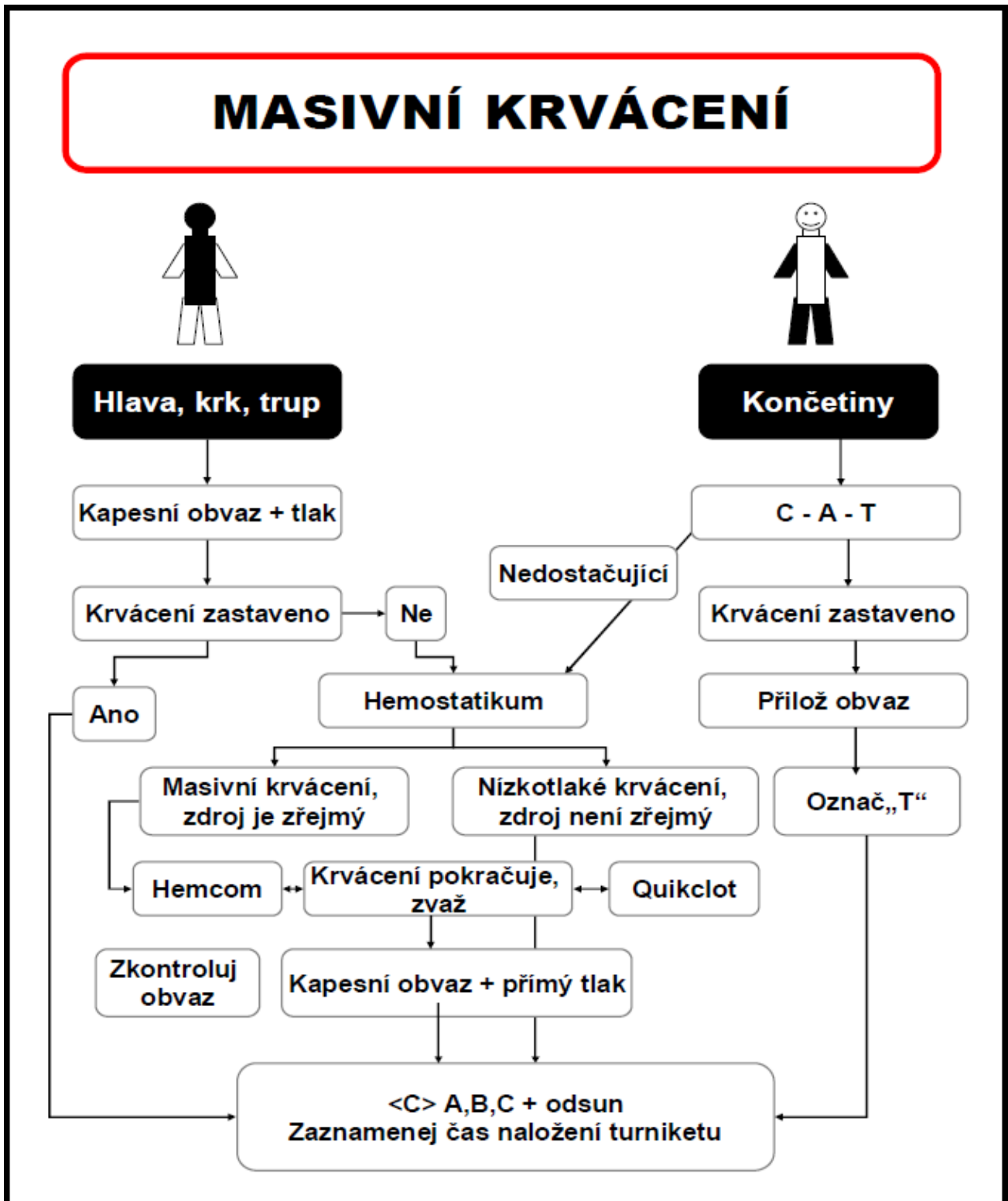
PŘÍLOHA V: ALGORITMUS PP DOSPĚLÝCH POMOCÍ AED



PŘÍLOHA VI: ALGORITMUS PP DĚTÍ POMOCÍ AED

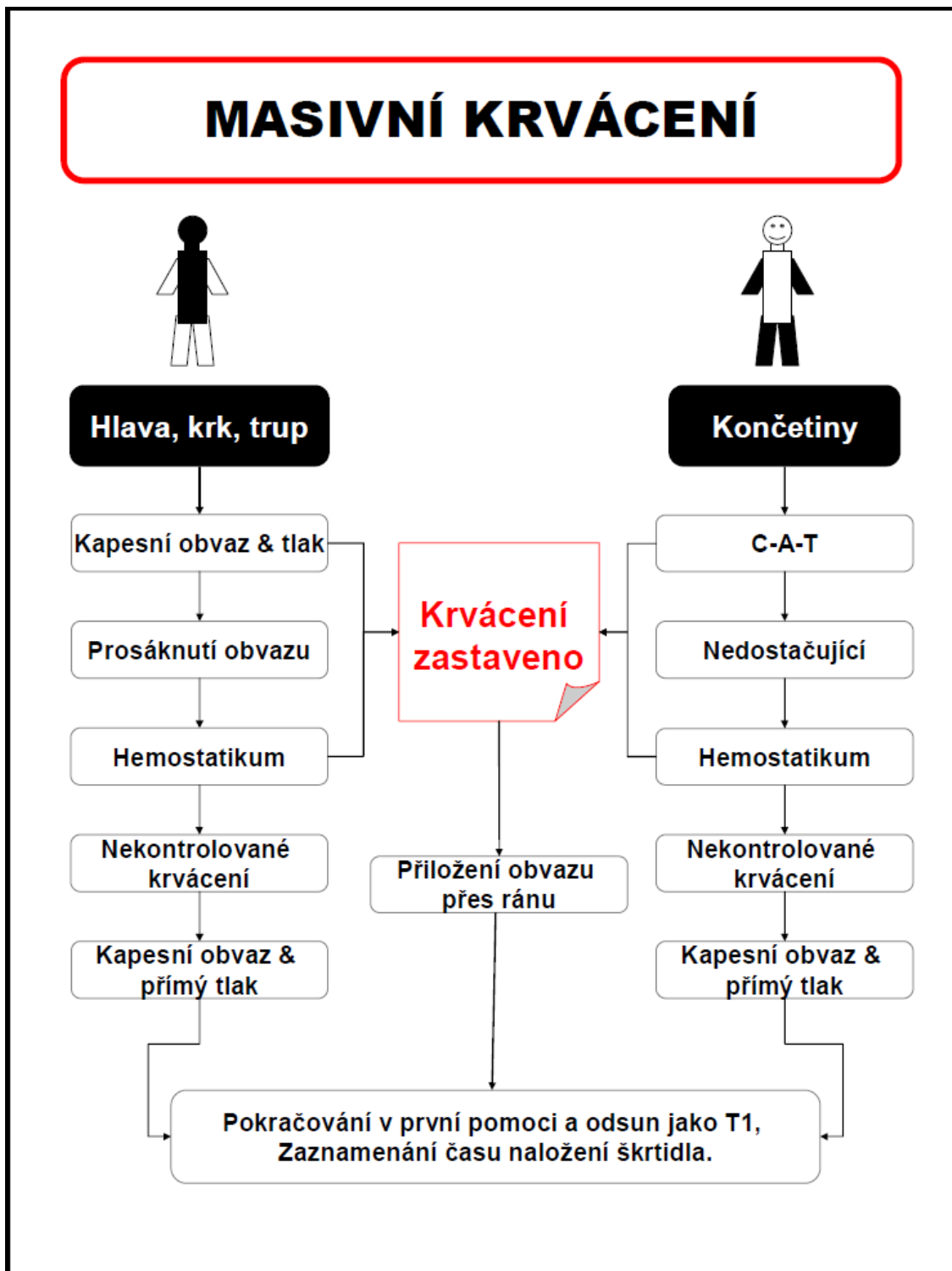


PŘÍLOHA VII: ZÁSTAVA MASIVNÍHO ZEVNÍHO KRVÁCENÍ

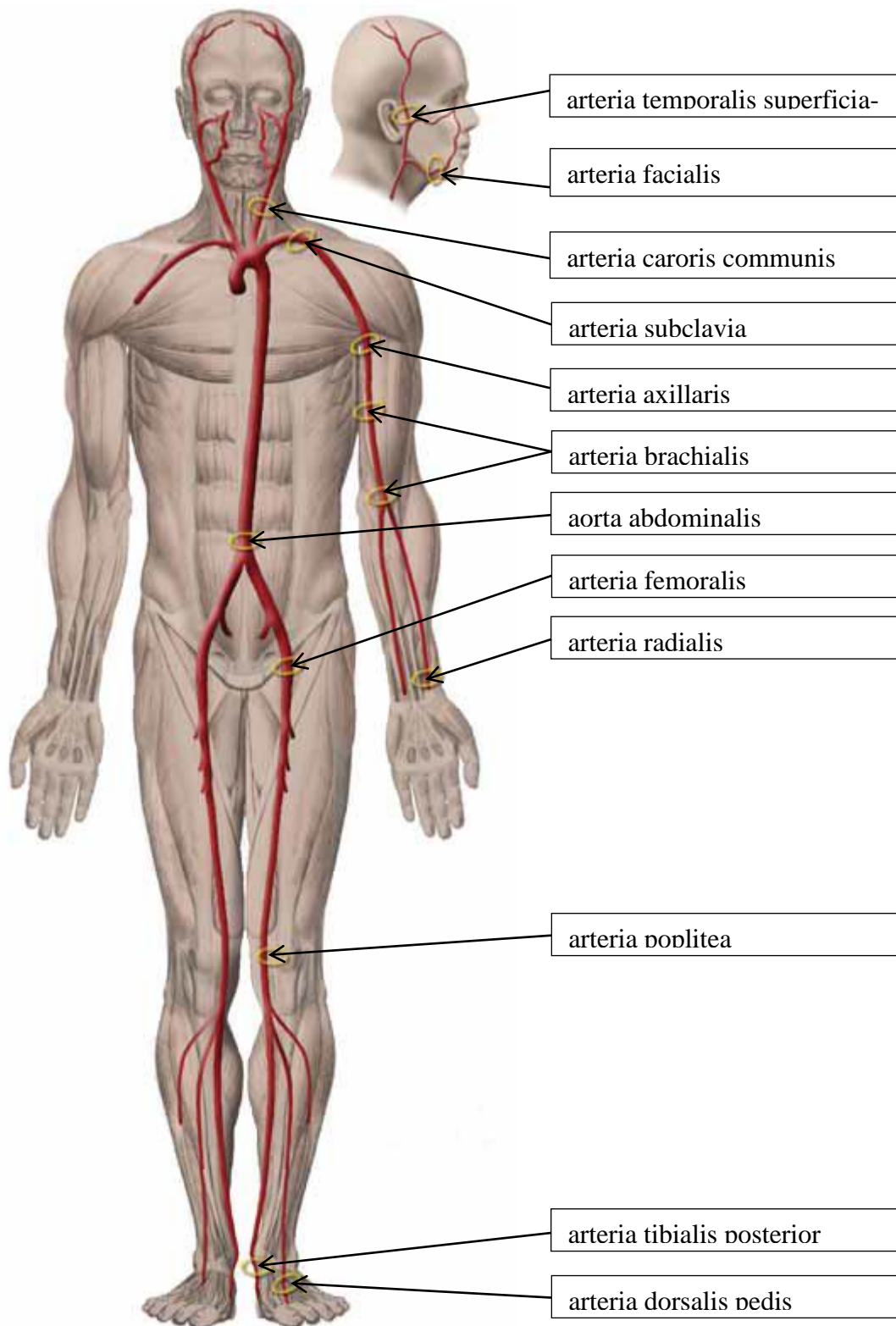


Professional 1st Responder

PŘÍLOHA VIII: ZÁSTAVA MASIVNÍHO ZEVNÍHO KRVÁCENÍ



PŘÍLOHA IX: TLAKOVÉ BODY



PŘÍLOHA X: GLASGOW COMA SCALE A ODSUNOVÉ TRÍDĚNÍ

KROK 1 spočítej Glasgow Coma Scale

Otevření očí (O)		Verbální odpověď (V)		Motorická odpověď (M)	
spontánní	4	orientovaný	5	vyhoví	6
na výzvu	3	dezorientovaný	4	lokalizuje bolest	5
na bolest	2	neodpovídající slova	3	uhýbá bolesti	4
neotevře	1	nezřetelné zvuky	2	flekč. rigidita (dekortikační)	3
		žádná odpověď	1	extenč. rigidita (decerebrační)	2
				žádná reakce	1

$GCS = O + V + M$

KROK 2 spočítej skóre pro odsunové třídění

GCS (X)			Počet dechů (Y)			sTK (Z)	
13-15	4	+	10-29	4	+	90 a >	4
9-12	3		30 a >	3		76-89	3
6-8	2		6-9	2		50-75	2
4-5	1		1-5	1		1-49	1
3	0		0	0		0	0

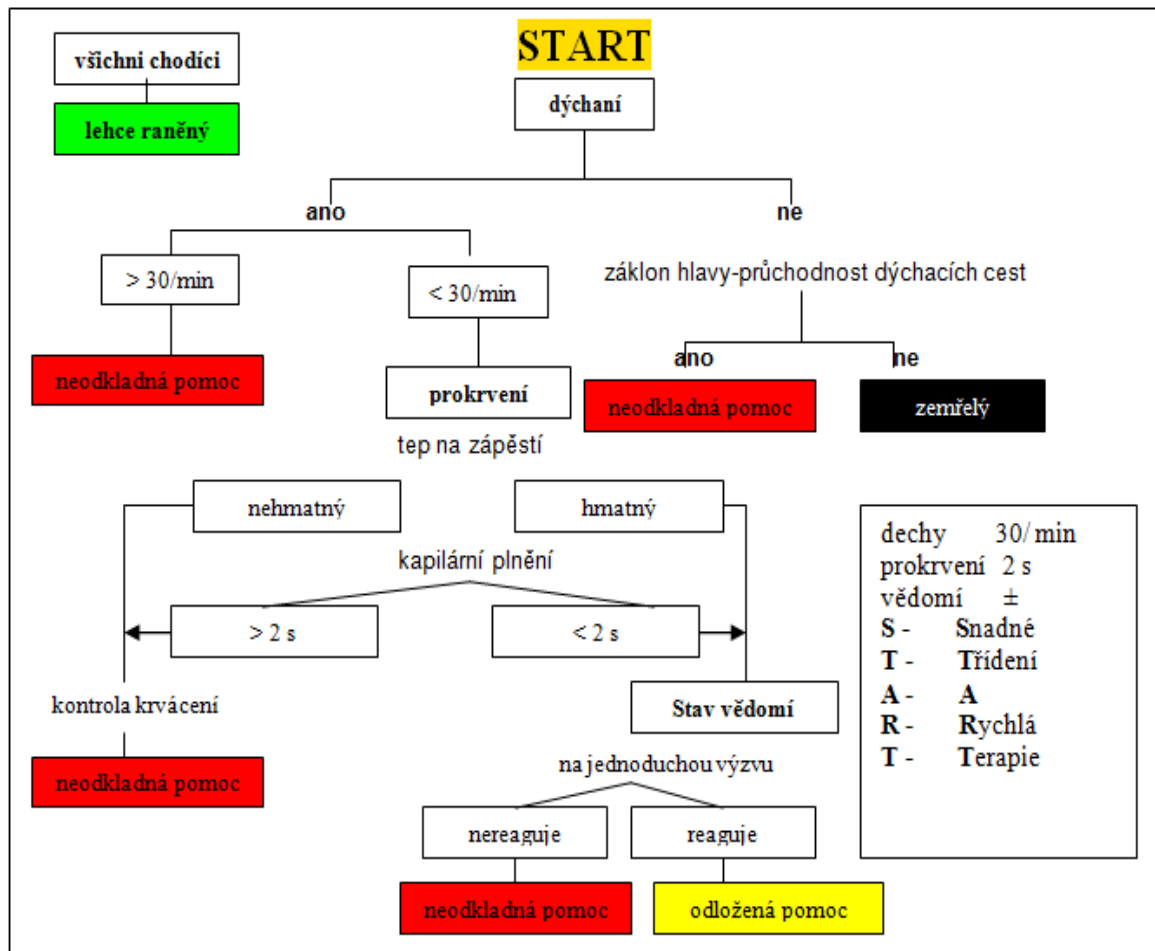
Skóre pro odsunové třídění = X + Y + Z

KROK 3 urči třídící prioritu

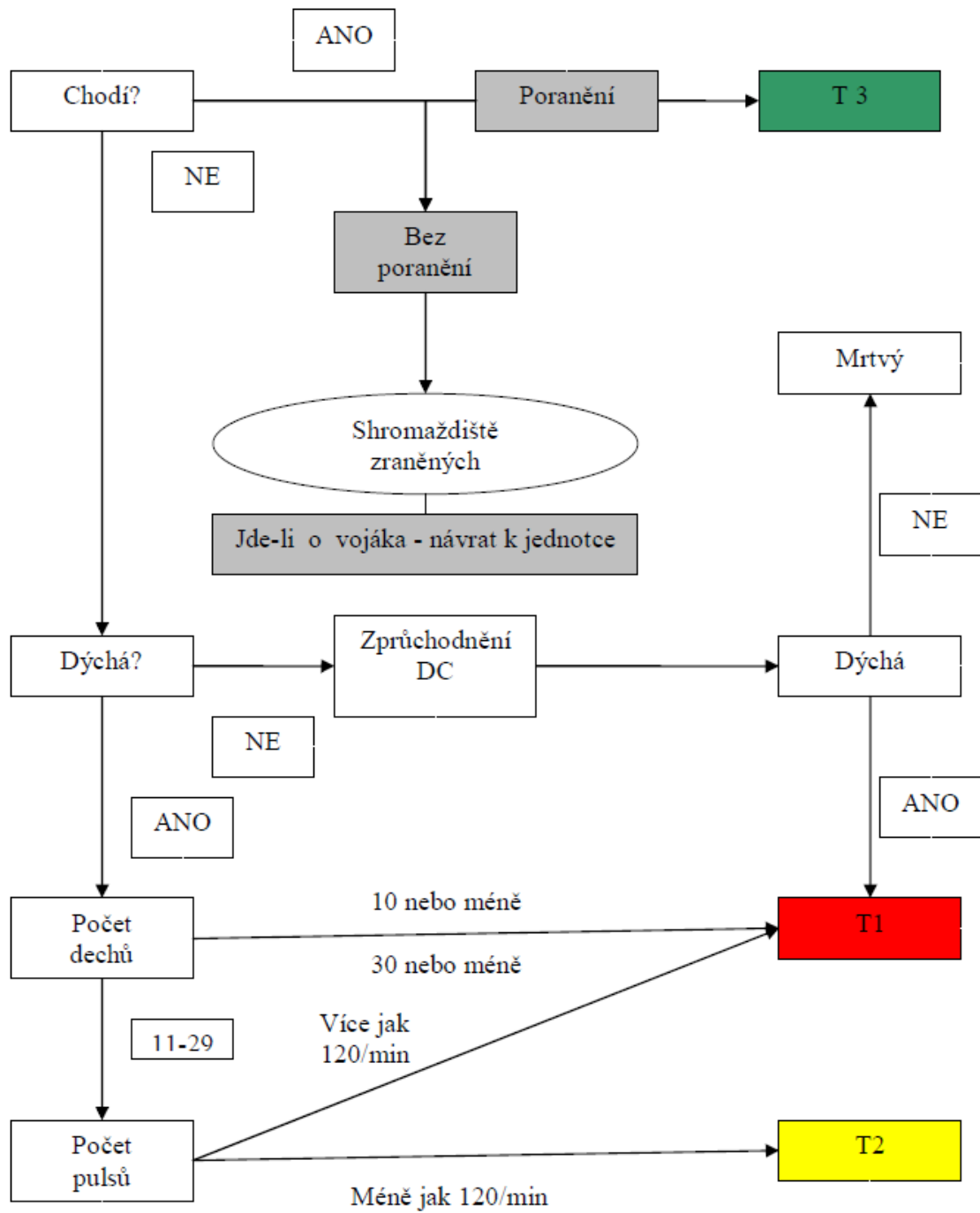
12	= T3
11	= T2
10 nebo <=	T1

KROK 4 na základě klinické zkušenosti a pracovní diagnózy (po anatomickém vyšetření poranění) uprav prioritu

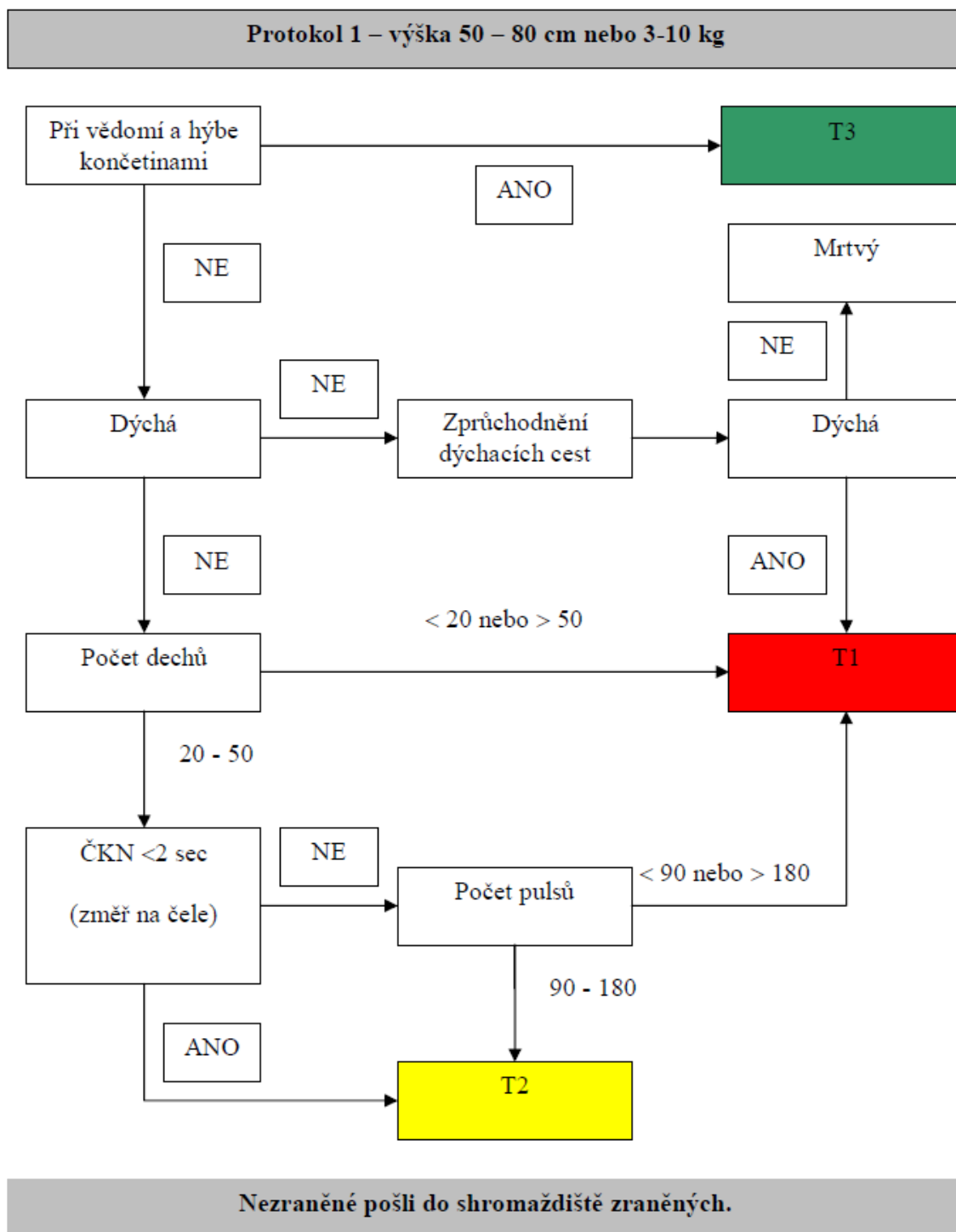
PŘÍLOHA XI: TŘÍDĚNÍ START



PŘÍLOHA XII: LÉČEBNÉ TRŽIDĚNÍ DOSPĚLÝCH

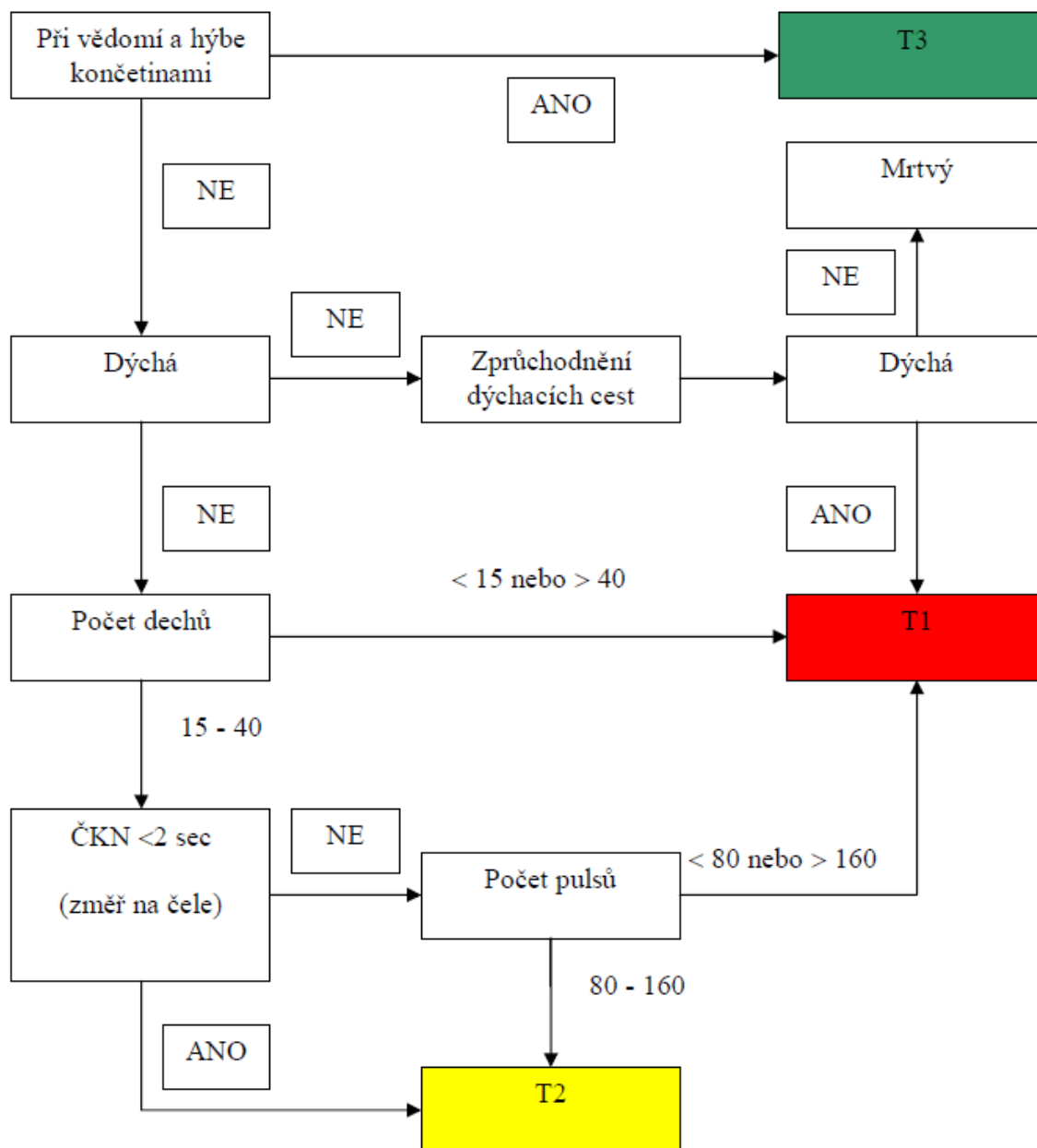


PŘÍLOHA XIII: LÉČEBNÉ TRŽDĚNÍ DĚTÍ – PROTOKOL 1



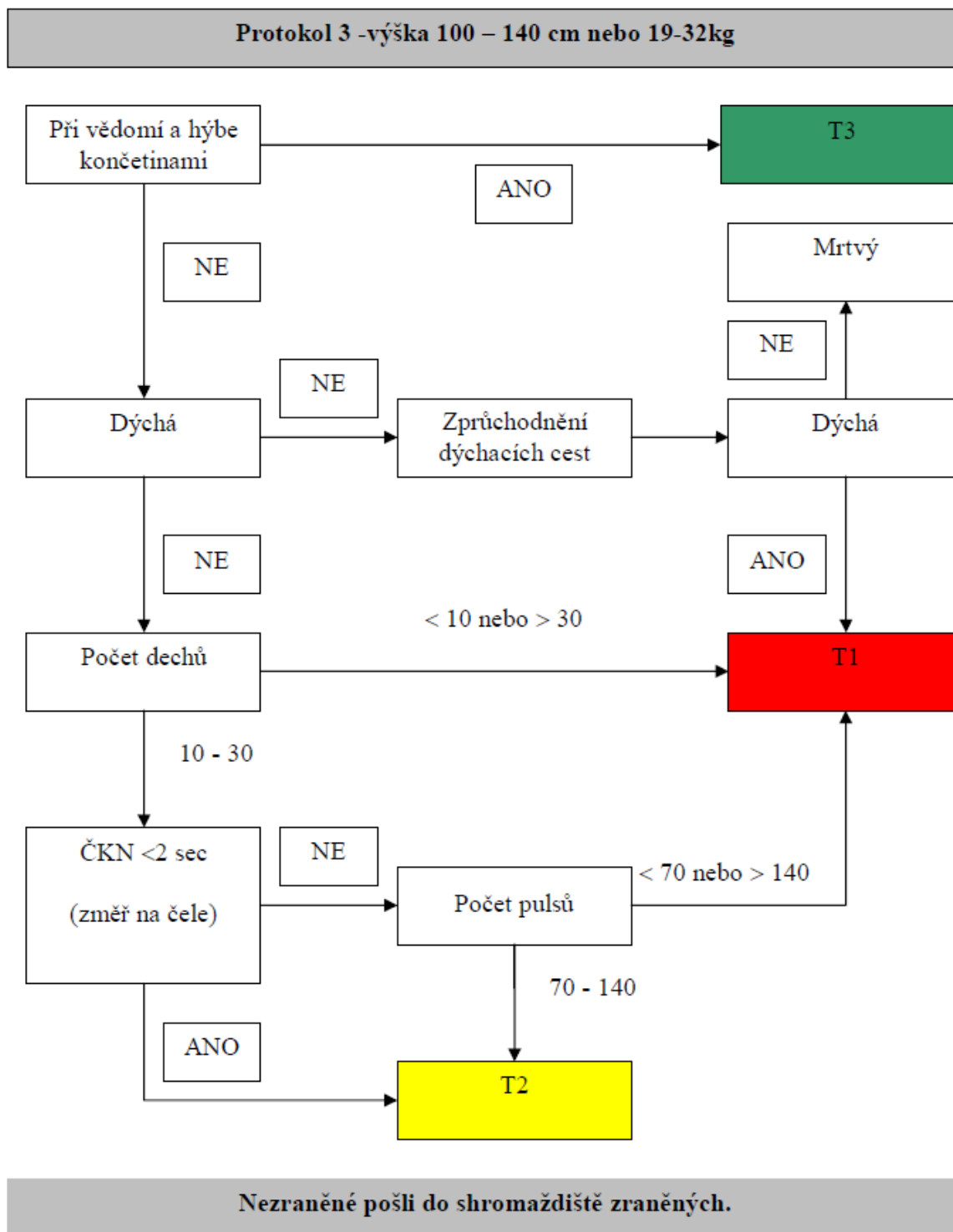
PŘÍLOHA XIV: LÉČEBNÉ TRŽIDĚNÍ DĚTÍ – PROTOKOL 2

Protokol 2 – výška 80 – 100 cm nebo 11-18 kg



Nezraněné pošli do shromaždiště zraněných.

PŘÍLOHA XV: LÉČEBNÉ TŘÍDĚNÍ DĚTÍ – PROTOKOL 3



PŘÍLOHA XVI: TŘÍDÍCÍ KARTIČKY

Odsun

Prvotní vyšetření

**NEODKLADNÝ
PRIORITY 1**

ROLE 1

Čas příjezdu: Pol. číslo

Odsunová priorita **P1 P2 P3 Exp DEAD**

Čas odsunu:

Odsun kam:

Volací rozk. ambulance: Dokumentačně polistí:

Telefon: Ano / Ne

Poznámky

**ODLOŽITELNÝ
PRIORITY 3**

DŮLEŽITÉ - TATO STRÁNKA MUSÍ BYT STÁLE VIDITELNÁ

OSOBNÍ ÚDAJE Muž Žena

Jméno:

Věk:

Město/území:

DÝCHAČÍ CESTY **ZABEZPEČENÍ DÝCHAČÍCH CEST**

Přítelne Aspirace

Nepřítelne Manuální

apnoe/ochrnutí dých. cest

Ústní vodorovnost

Nosič vodorovnost

BREATHING-DÝCHÁNÍ **Trubice**

Frekvence: /min Kyslík %

Vzdálené plíce P L Anální ventilace

Různá ventilace

KREVNÍ OBĚH **Zátěže kvrcení**

Puls - a. radialis Přítelne

Puls - a. carotis Vstup / V. levá P L

Puls - a. femoralis Průtoky / ml / min

Frekvence: /min Kyslíkové 500 ml x

Kapilární návrat sek. Kolobíly 500 ml x

TK

VEDOMÍ **Zvěsta**

Př. vědomí Reakce na zvuky Reakce na bolest Někdy spí P L

Někdy spí Symetrická zranění Ano / Ne

První vyšetření: Datum: / /

Exa P.T.S.

Záznam pro odsunové třídění

Druhotné vyšetření

Otevření očí:					
Sportovní	4				
Ná výzva	3				
Na bolestivý podnět	2				
Zádná	1				
Verbální odpověď:					
Chlorotický	5	+	+	+	+
Chlorotický	4				
Nepřítelne slova	3				
Nerozumitelné zvuky	2				
Bez reakce	1				
Morotická odpověď					
Výborní orientace v prostě	6				
Částečná reakce na bolest	5				
Některá reakce na bolest	4				
Praktická reakce na bolest	3				
Explozivní reakce na bolest	2				
Bez reakce	1				
GCS					
13-15	4				
10-12	3				
6-9	2				
4-5	1				
3	0				
Frekvence dýchání					
10-20	4				
10-20 sec	3				
8-9	2				
1-7	1				
0	0				
Systol. TK					
90-140	4				
70-89	3				
60-69	2				
1-59	1				
0	0				
12 = Priorita 3	CELKEM:				
11 = Priorita 2	Čas				
10 a méně = Priorita 1					

**NALÉHAVÝ
PRIORITY 2**

Druhotné vyšetření

ZEPRÉDU **ZEZADU**



ZRANĚNÍ

P Populární (vystražení)

A Absence zranění

T Tichá rana - lacerace

D Otevřená zlomenina

S Oběhová porucha

Z Závěsná zlomenina

J Žrátko

Děten: Lékař / Záchranář / Sestra

LÁKY

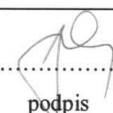
Močov	Dávka	Čas	Často	Prospě

PŘÍLOHA XVII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

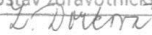
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná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

Jméno a příjmení studenta	ROMANA VESELA	
Téma bakalářské práce	PRVNÍ DOHLE VE STANDARDNÍCH A NESTANDARDNÍCH SITUACÍCH	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. SNOPEK	
	 podpis	
Skupina respondentů		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 20.9.2013

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd


.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

16.9.2013 

VOJENSKA NEMOCNICE
Mgr. Hana ZRNÍKOVÁ
hlavní sestra
Sušilovo nám. 5
771 00 OLOMOUC

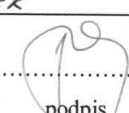
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA XVIII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

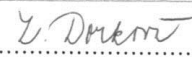
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná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

Jméno a příjmení studenta	ROMANA VESELA'	
Téma bakalářské práce	PRVNÍ DOHOD VE STANDARDNÍCH A NESTANDARDNÍCH PODMÍNKÁCH	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. SNOPEK	
	 podpis	
Skupina respondentů	VŠEOBECNÉ SESTRY	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4. 10. 2013

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd


Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

VOG 43 KRÁLOV
KPT. MGR. HANA KODGUSKOVÁ

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA XIX: DOTAZNÍK

- 1. Jste:** a) muž
b) žena

- 2. Jaký je Váš věk?**
 - a) 18 – 25 let
 - b) 26 – 30 let
 - c) 31 – 40 let
 - d) 41 – 50 let
 - e) více než 50 let

- 3. Jaké je Vaše ukončené vzdělání v oboru, popřípadě studuji a co?** (více odpovědí může být správných)
 - a) střední zdravotnická škola
 - b) vyšší odborná škola zdravotnická
 - c) vysoká škola – Bc.
 - d) vysoká škola – Mgr.
 - e) specializační vzdělání, pokud ano, jaké
 - f) právě studuji - co, obor
 - g) jiné, než nebylo ve výše zmíněných

- 4. Jaká je Vaše délka praxe?**
 - a) 2-5let
 - b) 6–10 let
 - c) 11–20 let
 - d) 20 –30 let
 - e) více než 31 let

- 5. Jste voják z povolání?** a) ano
b) ne

- 6. Na kterém oddělení pracujete/stážujete?**

7. Jak často poskytnete průměrně první pomoc (z pohledu KPR) na Vašem pracovišti?

- a) jedenkrát denně
- b) několikrát týdně
- c) několikrát za měsíc
- d) ojedinele – několikrát za rok
- e) první pomoc neprovádíme

8. Jaký je algoritmický postup při „stavění“ tepenného krvácení z arteria radialis? Odpovědi seřadte podle preferencí od 1 do 6, přičemž žádná volba se nemůže opakovat!

zvednutí krvácejícího místa nad úroveň srdce	
tlakový obvaz	
v krajní nouzi použití Esmarchova gumového obinadla	
přímá manuální komprese	
při prosakování obvazu krví přiložení další krycí vrstvy obvazu	
použití tlakových bodů	

9. Podle Guidelines 2010 je minimální věková hranice použití AED?

- a) určen pouze pro dospělé
- b) určen pro děti od 12 let
- c) určen i pro děti, je-li k tomu přizpůsobený
- d) při použití není rozdíl mezi dětmi a dospělými
- e) nevím

10. Co patří mezi nejzákladnější metodu zajištění průchodnosti dýchacích cest?

- a) zavedení vzduchovodu
- b) Esmarchův hmat
- c) Heimlichův hmat
- d) endotracheální intubace
- e) krikothyreoidotomie

11. Příznaky rozvinutého hypovolemického šoku? (více odpovědí může být správných)

- a) žízeň, pocit zvracení, nevolnost
- b) cyanóza, studeně potící se kůže
- c) netečnost postiženého – pomalu odpovídá, slabost, závratě, zívání
- d) zrychlené povrchní dýchání
- e) slabý nitkovitý puls
- f) nepokojnost, agresivita
- g) bezvědomí
- h) lapání po dechu

12. Co platí při intoxikaci oxidem uhelnatým – CO? (více odpovědí může být správných)

- a) CO je štiplavého zápachu
- b) CO je bez zápachu
- c) CO vzniká nedokonalým spalováním
- d) intoxikace CO jsou vzácné
- e) omezí dodávky kyslíku v tkáních na buněčné úrovni
- f) CO se váže na hemoglobin a vzniká karboxyhemoglobin
- g) CO se váže na hemoglobin a vzniká methemoglobin

13. Kdy se nepoužívá Rautekova zotavovací (stabilizovaná) poloha? (více odpovědí může být správných)

- a) poranění ramene
- b) bezvědomí s komplikovaným krvácením z dutiny ústní a nosní
- c) otevřené poranění břicha
- d) poranění obličeje
- e) zlomenina páteře

14. Jaký je podle Guidelines 2010 správný postup první pomoci u otevřeného poranění břicha?

- a) Poloha na zádech s podložením hlavy, dolní končetiny se nechají natažené ve vodorovné poloze a rána se překryje sterilním krytím. Vyhřezlé orgány a tkáně se nezatlačují do dutiny břišní. Cizí předměty se ponechají v ráně, sterilně se podloží a překryjí. Probíhá stálá kontrola celkového stavu pacienta. Tekutiny per os se nepodávají.
- b) Poloha na zádech s podložením hlavy, dolní končetiny se podloží pod kolena a rána se překryje sterilním krytím. Vyhřezlé orgány a tkáně se nezatlačují do dutiny břišní. Cizí předměty se ponechají v ráně, sterilně se podloží a překryjí. Probíhá stálá kontrola celkového stavu pacienta a protišoková opatření. Tekutiny per os se nepodávají.
- c) Poloha na zádech s podložením hlavy, dolní končetiny se podloží pod kolena a rána se překryje sterilním krytím. Vyhřezlé orgány a tkáně se sterilně vsunou do dutiny břišní. Infikované cizí předměty se vyjmou z rány a ponechají se pouze ty, které nelze vyjmout, sterilně se podloží a překryjí. Probíhá stálá kontrola celkového stavu pacienta a protišoková opatření. Tekutiny per os se nepodávají.
- d) Poloha na zádech s hlavou a dolními končetinami ve vodorovné poloze, rána se překryje sterilním krytím. Vyhřezlé orgány a tkáně se nezatlačují do dutiny břišní. Cizí předměty se ponechají v ráně, sterilně se podloží a překryjí. Probíhá stálá kontrola celkového stavu pacienta a protišoková opatření. Tekutiny per os se nepodávají.

15. V jakém pořadí se ošetří následující poranění? Odpovědi seřad'te podle preferencí od 1 do 4, přičemž žádná volba se nemůže opakovat!

obstrukce dýchacích cest	
zlomenina předloktí	
masivní krvácení	
otevřené poranění břicha	

16. Co vše sledujeme při hodnocení stavu vědomí podle Glasgow Coma Scale? (více odpovědí může být správných)

- a) otevírání očí
- b) orientace osobou a časem

- c) slovní odpověď
- d) psychická rozladěnost
- e) reakce na bolest

17. Umožňuje Vám zaměstnavatel dostatečné celoživotní vzdělávání? (více odpovědí může být správných)

- a) ano - v rámci vzdělávání zaměstnanců hradí i vstupní poplatky a poskytuje služební volno na semináře, studium, specializační vzdělávání, odborné kurzy či stáže a konference
- b) ano – veškeré finanční náhrady si zaměstnanci musí hradit samy, ale poskytuje služební volno na semináře, studium, specializační vzdělávání, odborné kurzy či stáže a konference
- c) ano v rámci zaměstnání (uved'te jak)
- d) ne, ovšem vyžaduje celoživotní vzdělávání od zaměstnanců
- e) tato problematika není v našem zdravotnickém zařízení aktuální
- f) jiná odpověď, jež nebyla ve výše zmíněných

18. Jak často probíhají na Vašem pracovišti školení, přezkoušení znalostí z první pomoci?

- a) ano - jedenkrát měsíčně
- b) ano - jedenkrát za čtvrt roku
- c) ano - jedenkrát za půl roku
- d) ano - jednou ročně
- e) ano - výjimečně
- f) nevím
- g) žádné neprobíhají

19. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli (ano), jakým způsobem toto školení probíhá, kdo přednáší? (více odpovědí může být správných)

- a) lékař
- b) sestra
- c) dobrovolná vlastní aktivní účast na přednáškách

- d) nedobrovolná vlastní aktivní účast na přednáškách
- e) jiná osoba výše zmíněná – kdo

20. Máte zájem se seznamovat s novými doporučenými pro postupy první pomoci v „nestandardních podmínkách“?

- a) ano – pokud mi to bude hrazeno zaměstnavatelem
- b) ano – dobrovolně na seminářích a přednáškách
- c) ano – dobrovolně v rámci samostudia (jak)
- d) ne – při první pomoci postupuji podle zaběhlých postupů oddělení
- e) ne, vzdělávání v první pomoci v „nestandardních podmínkách“ nepotřebuji

21. Je něco, na co by, jste chtěl/chtěla poukázat z oblasti první pomoci? (pozitiva, negativa). Tato otázka je otevřená, zde můžete napsat své připomínky, dodatky k výše nevyslovenému.