

Vysoká škola zdravotnická o.p.s Praha

**ZNALOST VEŘEJNOSTI O POSKYTOVÁNÍ LAICKÉ
PRVNÍ POMOCI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Dvořáková Simona, DiS.

Praha 2015

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha 5

**ZNALOST VEŘEJNOSTI O POSKYTOVÁNÍ LAICKÉ
PRVNÍ POMOCI**

Bakalářská práce

DVOŘÁKOVÁ SIMONA, DiS

Stupeň kvalifikace: bakalář

Název studijní oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: MUDr. Čestmír Kalík

Praha 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Dvořáková Simona
3. C ZZ

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti ze dne 7. 11. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Znalost veřejnosti o poskytování laické první pomoci

Public Awareness of the Provision of First Aid

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Čestmír Kalík

V Praze dne: 7. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:.....

.....
Podpis autorky

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat vedoucímu mé práce MUDr. Čestmíru Kalíkovi, za cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce.

.....
Podpis autorky

ABSTRAKT

DVOŘÁKOVÁ, Simona. *Znalost veřejnosti o poskytování laické první pomoci*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.) Vedoucí práce: Mudr. Čestmír Kalík. Praha. 2015. 56 s.

Tato bakalářská práce se věnuje znalostem veřejnosti v poskytování laické první pomoci. Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zaměřuje nejprve na historii, poté na obecné zásady první pomoci a první pomoc ve vybraných kapitolách, jako je například bezvědomí, resuscitace, úrazy nebo termická poškození. Na teoretickou část navazuje část praktická. Praktická část bakalářské práce obsahuje průzkum a cíle práce. Průzkum ke zmapování znalostí a zkušeností první pomoci využívá dotazníkovou metodu, která je poté zpracována do grafické podoby. Dotazník je rozdán respondentům ve Středočeském kraji.

Prvním cílem této práce je zjistit, jaké jsou teoretické znalosti veřejnosti v rámci poskytování laické první pomoci a cílem druhým je zjistit, zda mají dotázaní respondenti zkušenosti s poskytováním první pomoci.

Klíčová slova:

Laická první pomoc. Laická veřejnost. První pomoc

ABSTRACT

DVOŘÁKOVÁ, Simona. *Public awareness of the provision of first aid*. Medical Collage. Degree: Bachelor (Bc.); Supervisor: Mudr. Čestmír Kalík. Prague. 2015. 56 pages.

This bachelor thesis focuses on knowledge of the public in the provision of first aid. The work is divided into theoretical and practical parts. In the theoretical part, I describe the history, general principles of first aid and first aid in selected chapters, such as unconsciousness, resuscitation, trauma or thermal damage. The theoretical part is followed by the practical part. The practical part includes research and project objectives. Research to map the knowledge of first aid uses the questionnaire method, which is then processed into graphic form. The questionnaire was distributed to the general public primarily in the Central Region.

The first goal of this work is to provide public awareness of first aid and the second is to determine whether the public has any experience with the provision of first aid.

Keywords:

First Aid. Lay first aid. The general public

OBSAH:

Seznam použitých grafů

Seznam použitých odborných výrazů

Seznam použitých zkratk

Úvod

Teoretická část

1 PRVNÍ POMOC	12
1.1 Historie první pomoci.....	12
1.2 Obecné zásady poskytování první pomoci.....	13
2 BEZVĚDOMÍ A LAICKÁ PRVNÍ POMOC	15
3 ZÁSTAVA OBĚHU A NEODKLADNÁ RESUSCITACE	16
3.1 Základní resuscitace.....	16
3.2 Nezahájení a ukončení resuscitace.....	17
3.3 Nejčastější chyby při setkání s náhlou zástavou oběhu.....	18
3.4 Odlišnosti resuscitace u dětí.....	18
4 ŠOKOVÉ STAVY	20
5 ALERGIE	21
6 KRVÁCENÍ	22
6.1 Vnitřní krvácení.....	23
6.2 Krvácení z přirozených tělních otvorů.....	23
7 ÚRAZY	25
7.1 Zlomeniny.....	25
7.2 Ošetření amputátu.....	25
7.3 Poranění páteře.....	26
7.4 Úrazy hlavy.....	26
7.5 Úrazy břicha.....	27
7.6 Úrazy hrudníků.....	27
8 OTRAVY	28
8.1 Otrava alkoholem.....	28
8.2 Otrava metanolem.....	28
8.3 Otrava ethylenglykolem.....	29
8.4 Otrava paracetamolem.....	29

8.5 Otrava salicyláty.....	29
8.6 Otrava oxidem uhelnatým.....	29
8.7 Otrava houbami.....	30
9 TERMICKÁ PORANĚNÍ.....	31
9.1 Popáleniny.....	31
9.2 Úpal.....	32
9.3 Úžeh.....	32
9.4 Podchlazení a omrzliny.....	32
Průzkumná část	
10 PRŮZKUM.....	34
10.1 Průzkumný problém.....	34
10.2 Cíle a hypotézy průzkumu.....	34
10.3 Metodika průzkumu.....	34
11 ANALÝZA A VÝSLEDKY PRŮZKUMU.....	35
11.1 Interpretace.....	35
11.2 Diskuse.....	49
11.3 Doporučení pro praxi.....	52
ZÁVĚR.....	53
BIBLIOGRAFICKÉ ODKAZY.....	54
PŘÍLOHY	

Seznam použitých grafů

Graf číslo 1.....	35
Graf číslo 2.....	36
Graf číslo 3.....	37
Graf číslo 4.....	38
Graf číslo 5.....	39
Graf číslo 6.....	40
Graf číslo 7.....	41
Graf číslo 8.....	42
Graf číslo 9.....	43
Graf číslo 10.....	44
Graf číslo 11.....	45
Graf číslo 12.....	46
Graf číslo 13.....	47
Graf číslo 14.....	48

Seznam použitých odborných výrazů

Antidotum – protijed, protilátka

Exantém - vyrážka

Fowlerova poloha – poloha v polosedě

Gasping – lapavé dýchání

Kontuze – zhmoždění, pohmoždění

Likvor – mozkomíšní mok

Mediastinum - prostor mezi plícemi obsahující srdce, jícen, průdušnici, velké cévy

Normotermie – normální tělesná teplota

Pneumotorax – vzduch v pohrudniční dutině

Sopor - porucha vědomí s hlubokým spánkem

Vasodilatace – rozšíření cév

(Bydžovský, 2008), (Bydžovský, 2010)

Seznam použitých zkratek

AED – automatizovaný externí defibrilátor

CNS – centrální nervová soustava

KPR – kardiopulmonální resuscitace

NZO - náhlá zástava oběhu

ORL – lékařský obor, který se zabývá léčbou chorob nosu, krku a uší

ZZS - Zdravotnická záchranná služba

Úvod

První pomoc by měl umět poskytnout každý občan České republiky. Pokud tím neohrožuje svůj život nebo své zdraví. Ale je tomu opravdu tak? Mají občané dostatečné teoretické, ale i praktické znalosti z oblasti první pomoci? Rozhodli jsme se proto napsat bakalářskou práci na toto téma. Bakalářskou práci jsme zaměřili na znalosti a zkušenosti veřejnosti v oblasti poskytování laické první pomoci. Teoretická část práce se zabývá nejprve historií, obecnými zásadami první pomoci a první pomocí v různých situacích. Průzkumná část bakalářské práce je zaměřena na teoretické poznatky a praktické zkušenosti veřejnosti v poskytování první pomoci. Pro vypracování praktické části jsme zvolili dotazníkovou metodu.

1 PRVNÍ POMOC

„Poskytování pomoci člověku v ohrožení nebo v tísní je v podvědomí lidí odedávna projevem kladných mezilidských vztahů. Od dob, kdy byl v kulturní společnosti lidský život zařazen mezi hodnoty nejvyšší, je považováno poskytnutí pomoci člověku v tísní za samozřejmou morální povinnost svědků postižení, a to jak při výskytu jednotlivých případů, tak i při jejich hromadném výskytu.“ (Pokorný, 2005, str. 15)

První pomoc můžeme popsat jako soubor účelných opatření, které používáme při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života a omezují rozsah a důsledky ohrožení či postižení. Rozeznáváme technickou, odbornou a laickou první pomoc. Technická první pomoc se zaměřuje na odstranění příčiny úrazu a vytvoření podmínek pro poskytnutí pomoci, kterou poskytují složky integrovaného záchranného systému nebo také svépomocí. Zdravotnická odborná pomoc je vykonávána lékařem, sestrami či záchranáři za použití diagnostických a léčebných přístrojů a podání léků. Laická zdravotnická pomoc je poskytována laikem, který se nachází na místě neštěstí obvykle s minimálním vybavením. Součástí laické první pomoci je i přivolání odborné zdravotnické pomoci. Účinnost první pomoci roste s materiálním vybavením. Proto by lékárničky neměly chybět všude tam, kde se nachází větší počet lidí.

1.1 Historie první pomoci

První pomoc nemocným a raněným má tisíciletou tradici. Je známo, že první pomoc poskytovali již Babyloňané, staří Řekové a Římané. Rozsah a úroveň poskytované péče souvisela s postojem k hodnotě lidského života, s tím jak první pomoc poskytnout a s nutným materiálním zabezpečením. Až do 19. století byla pomoc poskytována převážně lidem ve vyšším postavení. Pro nedostatek lazebníků-chirurgů a jejich pomocníků byla pomoc poskytována výběrově a mnoho zraněných zůstávalo ležet na bojištích bez povšimnutí až do své smrti. Vývoj medicíny pokročil až v novověku, začaly se uplatňovat vědecky zdůvodněné výkony první pomoci a začínají se objevovat dokonalejší metody. V 16. a 17. století byly vydány první knihy o první pomoci. V Hamburku, Paříži a Londýně vznikaly stanice první pomoci. Zásadní posun v péči o raněné přinesl vznik Mezinárodního Červeného kříže, jehož zakladatelem byl Henry Dunant. Henry Dunant se zúčastnil bitvy u Solferina r.1859, kde se snažil pomáhat raněným. Po návratu do Ženevy napsal knihu Vzpomínky na

Solferino. Díky této knize byla v Ženevě svolána konference a došlo k mezistátní dohodě šestnácti evropských států, jejichž představitelé podepsali Ženevskou konvenci o zdravotnické pomoci raněným. Ta zaručovala, že zdravotníci na bojišti budou ošetřovat raněné na obou bojujících stranách, nebudou ozbrojeni, nebudou vojensky napadáni, budou mít neutrální status a pro lepší orientaci budou označeni páskami s červeným křížem v bílém poli. Koncem osmnáctého a devatenáctého století začaly vznikat v evropských městech nové dobrovolné spolky, které poskytovaly první pomoc a dopravu raněných. Roku 1881 byla ve Vídni založena dobrovolná ochranná společnost pro poskytování první pomoci při neštěstích, kterou založil prof. MUDr. Jaromír von Mundy. MUDr. Mundy je považován za zakladatele všeobecného záchranářství.

1.2 Obecné zásady poskytování první pomoci

Při poskytování pomoci bychom měli vždy dbát na bezpečnost postiženého i na svoji vlastní. S postiženým vždy dostatečně komunikujeme, chováme se zdvořile, jsme trpěliví a rozvášní. Snažíme se zajistit dostatečnou intimitu a odstranit rušivé vlivy.

„Život zachraňující první pomoc je zaměřena na závažné poruchy krevního oběhu, dýchání a vědomí. Přednostní úkoly první pomoci při úrazu nebo náhlém postižení zdraví:

- *zastavit velké krváčení*
- *udržet nebo obnovit dýchání a srdeční činnost*
- *provést protišoková opatření“ (Petržela, 2007, str. 19)*

Při poskytování pomoci vyšetřujeme zraněného téměř všemi smysly. Pohledem hodnotíme barvu kůže, dýchání, rány. Poslechem hlas, dýchání a dechové fenomény postiženého. Pohmatem porušení skeletu a pohmatovou bolestivost a čichem zápach z úst po acetonu, alkoholu, pomočení a pokálení. První pomoc jsou povinni poskytnout všichni občané a tato povinnost je dána zákonem, včetně postihu za její neposkytnutí.

ZÁKON č. 40/2009 Sb., trestní zákoník § 150 neposkytnutí první pomoci.

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

2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na 3 léta nebo zákazem činnosti.

§ 151 neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku

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

2 BEZVĚDOMÍ A LAICKÁ PRVNÍ POMOC

Vědomí patří mezi základní životní funkce. Osoba, která je plně při vědomí, je osoba orientovaná časem, místem, situací a svou osobou. Vnímá podněty z okolí, reaguje, spolupracuje a komunikuje s okolím. Bezvědomí je stav, kdy si postižený neuvědomuje sebe ani své okolí (Bydžovský, 2011). Poruchy vědomí můžeme rozdělit na poruchy kvalitativní a kvantitativní. Do kvalitativních poruch řadíme oblužené vědomí, které se projevuje dezorientací, neklidem, halucinacemi, postižený hovoří nesouvisle, věty jsou bez smyslu a návaznosti. Chování postiženého se mění a neuvědomuje si své činnosti. Kvantitativní poruchy se dělí na lehké a hluboké. Do lehkých stupňů řadíme somnolenci, což je zvýšená ospalost, postižený reaguje na slovní podněty a jemný dotek. Sopor, který se projevuje hlubokým spánkem, postižený nereaguje na běžné podněty, ale na podněty silnější a bolestivé. Do hlubokého stupně bezvědomí pak řadíme koma, postižený nereaguje na běžné ani bolestivé podněty a má poruchy dýchání. Časté příčiny bezvědomí mohou být úrazy hlavy, alkohol, epilepsie, cévní mozkové příhody, onemocnění mozku, snížená hladina krevního cukru nebo akutní otravy (Bydžovský, 2011).

První pomoc: Nejprve zjišťujeme úroveň vědomí. Postiženého oslovíme, lehce mu zatřeseme rameny, vyzkoušíme reakci na bolest, štípnutím do ušního lalůčku, hřbetu ruky nebo tlakem kloubů prstů na hrudní kost. Pokud postižený leží na břiše, opatrně jej otočíme na záda (vždy pozor na poranění krční páteře). Zhodnotíme dýchání, jestliže postižený nedýchá nebo dýchá jinak než normálně (chroptění, lapavé dýchání), zahájíme ihned resuscitaci a přivoláme ZZS (Zdravotnickou záchrannou službu). Dýchá-li postižený normálně, uložíme ho do stabilizované polohy na boku se záklonem hlavy, abychom udrželi průchodné dýchací cesty, zabránili případné aspiraci a zapadnutí kořene jazyka. Stále kontrolujeme dýchání a krevní oběh postiženého. Zajistíme transport.

3 ZÁSTAVA OBĚHU A ZÁKLADNÍ NEODKLADNÁ RESUSCITACE

Resuscitace (KPR - kardio - srdce, pulmo – plíce, resuscitace - kříšení). Je technika, jejímž cílem je obnovit základní životní funkce, to znamená dýchání a krevní oběh. Základem a prioritou je zkrácení doby od zástavy srdce do obnovení srdeční akce a krevního oběhu. Za normálních okolností po pěti minutách přerušení dodávky kyslíku do mozku dochází k odumírání buněk a vznikají tak nezvratná poškození. Náhlou zástavu oběhu dělíme na primární kardiální, která se objevuje více jak ze sedmdesáti procent a sekundární. Primární kardiální tzn. přímé poškození srdce jako je akutní infarkt myokardu, chronické srdeční selhání, dysrytmické poškození léky, poruchami vnitřního prostředí, dále pak mechanické poškození jako je ruptura srdce, aortální stenóza a další. Do sekundárních příčin řadíme dušení, krvácení, šok a cévní mozkovou příhodu. Příznaky náhlé zástavy oběhu jsou bledost, ztráta vědomí, poruchy dýchání přecházející do úplné zástavy dechu a s tím spojené namodralé okrajové části těla.

3.1 Základní resuscitace

- Oslovíme nemocného, zjišťujeme úroveň vědomí, vyzkoušíme reakci na bolest (štípnutím do ušního lalůčku, trapéz nebo přejedeme hřbetem ruky přes hrudní kost).
- Provedeme záklon hlavy, případně předsunutí dolní čelisti, vyčistíme dutinu ústní od případných nečistot, zvratků, cizích těles, protéz atd.
- Ověříme dýchání: provádíme tak, že dáme tvář nad ústa postiženého, abychom cítili vydechovaný proud vzduchu, zároveň můžeme dát svoji ruku na hrudník a sledujeme, zda se hrudník zvedá, či ne. Pokud postižený nedýchá, ale i stav kdy zdánlivě dýchá (lapavé vdechy - gasping), je v bezvědomí a bez známek dalšího života, považujeme za náhlou zástavu oběhu.
- Přivoláme 155 nebo 112.
- Nepřímá srdeční masáž - provádíme stlačování hrudní kosti o 5-6 centimetrů směrem k páteři, frekvencí 100 stlačení za minutu s minimálním přerušováním. Stlačení děláme oběma rukama napnutýma v loktech s dominantní rukou na hrudní kosti v místě středu hrudní kosti a pro snížení námahy kývavými pohyby

horní poloviny těla zachránce. Hrudník musíme vždy uvolnit v plném rozsahu, aby docházelo k dostatečnému naplnění srdce a plic krví. Ruce krom kontroly vitálních funkcí z hrudníku nesundáváme. Doba stlačení a uvolnění je 1:1. Nepřímá srdeční masáž se může provádět střídavě s dýcháním z plic do plic v poměru 30 stlačení:2 vdechům, přičemž začínáme stlačováním hrudníku.

- Dýchání z plic do plic - provádí pouze zachránce proškolení v KPR. Dýchání provádíme tak, že klečíme na straně zachraňovaného, rukou, kterou udržujeme záklon hlavy tlakem na čelo, zároveň uzavřeme i nosní dírky, ústy obemkneme ústa postiženého, aby neunikal žádný vzduch a vydechneme tak, jak dýcháme v klidu. Poté oddálíme svá ústa pro další nádech, zároveň uvolníme dýchací cesty postiženého a necháme ho vydechnout. Pro kontrolu účinnosti sledujeme zvedání hrudníku.
- Laická resuscitace pomocí polomasky se drží co nejtěsněji, dýchání se provádí v poloze z boku, pokud resuscituje jeden člověk, musí i masáž provádět přes hlavu nemocného. Laik provádí vždy alespoň kardiocerebrální resuscitaci (100 x za minutu masírovat do hloubky 5-6 cm, bez dýchání do příjezdu ZZS).
- použití AED - zapnout a dále se nechat vést hlasovými pokyny

3.2 Nezahájení a ukončení resuscitace

Resuscitaci nezahajujeme při jistých známkách smrti Tonelliho příznak (deformovatelnost zornice stlačením). Posmrtné skvrny - nafialovělé, nejčastěji krk, záda - níže položené části těla, které netlačí na podložku, zasychání kůže a sliznic, zkalení rohovky - patrné od 1-2 hodin, posmrtná ztuhlost od 2-4 hodin postupuje od hlavy přes trup na končetiny a poté v opačném směru vymizí, mrtvolný chlad - ochlazení o asi 1°C za hodinu, mrtvolný rozklad – začíná od 2.-3. dne. V terminálním stavu nevyléčitelných chorob. Prokazatelně po více než 15 minutách od zástavy bez laické KPR u dospělých a 20 minut u dětí při normotermii a při riziku poškození zachránce. Ukončení při obnově oběhu a dechové aktivity, vystřídání / předání, při naprostém vlastním vyčerpání.

3.3 Nejčastější chyby při setkání s NZO (náhlá zástava oběhu)

- pozdní rozpoznání NZO, mylná záměna lapavých dechů za normální dýchání
- pokusy o hmatání pulzu – tzn. ztráta času a možné falešné vyhodnocení
- chybná technika nepřímé srdeční masáže, komprese hrudníku s příliš nízkou a přerušovanou frekvencí do malé hloubky a komprese mimo střed hrudníku
- příliš intenzivní ventilace, vysoká frekvence, velké objemy
- v některých případech špatná souhra týmu
- neznalost používané techniky

3.4 Odlišnosti resuscitace u dětí

Děti lze rozdělit dle věku na nemluvnata, to je do konce prvního roku života a děti do puberty. Změny v resuscitaci u dětí jsou dány příčinami zástavy životních funkcí a stavbou dětského těla. Hlavním důvodem resuscitace je zástava dechu a to z důvodu vdechnutí tekutin, cizích těles, otokem dýchacích cest, případně tonutí.

- První změna je v samotném zahájení resuscitace, kdy nejdříve resuscitujeme cca 1 minutu a poté voláme první pomoc (jen pokud je přítomen jeden zachránce).
- Resuscitaci zahajujeme pěti vdechy, provádíme to z již výše uvedeného důvodu, že u dětí je větší předpoklad příčiny NZO v dýchacích cestách než příčina kardiální.
- Dýchání z úst do úst: u nemluvnat do jednoho roku provádíme dýchání tak, že ústa zachránce obejmou ústa i nos dítěte, objem vzduchu odpovídá objemu úst zachránce. U dětí starších 1 roku je technika stejná jako u dospělých. Palcem a ukazovákem ucpeme nos a dýcháme pouze ústy.
- Nepřímá srdeční masáž: u nemluvnat při jednom zachránci masírujeme jeden prst pod spojnicí prsních bradavek dvěma prsty a jsme po boku nemluvněte. Pokud jsme dva zachránci, masírujeme ve stejném místě oběma palci, přičemž dlaně objímají hrudníček a stojíme, popřípadě klečíme čelem k dítěti. Děti nad jeden rok masírujeme v dolní 1/3 hrudní kosti (jeden prst nad mečíkem) hranou dlaně a jsme orientováni bokem k dítěti. Počet kompresí je stejný jako u dospělých - 30. Frekvence by měla být 120 stlačení za minutu a hloubka

stlačení přibližně 1/3 hrudníku předozadního průměru. Po daném počtu stlačení následují dva vdechy a dále pokračujeme stejně jako u dospělých v poměru 30:2. Vzhledem k příčinám NZO u dětí je důležité zmínit odstranění překážky z dýchacích cest. Nemluvíata: provedeme mírný záklon hlavy, vyčistíme dutinu ústní. Pokud nedošlo ke zprůchodnění a dítě stále nedýchá, položíme jej na břicho na předloktí záchránce a hlavičkou dolů. Jeden prst nosné ruky vsuneme mezi čelisti, tekutý obsah tak může v této poloze volně vytékat z dýchacích cest. Je možné použít přiměřený poklep mezi lopatky a to 3-5 úderů. Dále můžeme chytit za nožičky, tak aby hlavou visel dolů a provést stejný manévr. Pokud není manévr úspěšný, provedeme 3-5 stlačení hrudníku. Dítě si na předloktí otočíme obličejem nahoru, hlavou mírně skloněnou a stlačujeme 3-5 x v dolní polovině hrudníčku dvěma prsty cca 1x za 3 vteřiny. Vždy po úkonu kontrolujeme dutinu ústní, zda nedošlo k uvolnění cizího tělesa. U většího dítěte pak provádíme úder mezi lopatky a to ve stoje v mírném předklonu nebo vleže na boku. Současně vybízíme ke kašlání. Kašlat necháváme, pouze pokud je to efektivní. Pokud dušení přetrvává, provedeme 3-5 stlačení hrudníku. Postavíme se za dítě, obejmeme hrudník jednou rukou v pěst přiloženou na dolní 1/3 hrudní kosti, druhou ruku přiložíme přes naši pěst a ostře stlačíme směrem nahoru. Poslední možností před prováděním umělého dýchání je (Heimlichův manévr) stlačení nadbříšku v místě mezi pupkem a dolní částí hrudní kosti. Manévr provádíme stejným způsobem vždy s kontrolou po každém provedení. U této varianty si musíme dát pozor na poranění nitrohrudních a nitrobřišních orgánů a také je zde možnost vyvolání zvracení. Nedoporučuje se u dětí předškolního věku.

4 ŠOKOVÉ STAVY

Šokový stav je velmi závažný život ohrožující stav. Při šokovém stavu dochází k nepoměru mezi dodávkou a spotřebou kyslíku v tkáních. Tento stav má tři fáze. První fází je fáze kompenzace, kdy dochází ke snižování krevního tlaku, vyplavování hormonů, centralizaci oběhu a zvyšování srdeční činnosti. Když se tento stav nebude léčit, přejde do druhé fáze. Druhou fází je fáze dekompenzace, kde dále dochází ke snižování krevního tlaku, vasodilataci (rozšíření cév), prohlubuje se nedostatek kyslíku v tkáních, postižený ztrácí vědomí, do těla se začnou vyplavovat metabolity a dochází k metabolické acidóze (okyselení vnitřního prostředí). Z těchto důsledků nastává fáze třetí, fáze ireverzibilní, ve které dochází k multiorgánovému selhání a smrti. Mezi příznaky šoku patří snížený krevní tlak, zrychlený nitkovitý pulz, studený pot, zmatenost, neklid, třes, žízeň, bolest, bledost, zrychlené povrchové dýchání, poruchy vědomí.

Druhy šoku:

- 1. šok ze sníženého objemu krve a tekutin. Může jít o masivní krvácení, ztráty tekutin z masivních průjmů, zvracení a popáleniny. Do této skupiny řadíme šok dehydratační, popáleninový, hemoragický a hemoragicko - traumatický.
- 2. šok ze srdečního selhávání (Akutní infarkt myokardu), kardiogenní šok.
- 3. šok obstrukční – způsobený plicní embolií, srdeční tamponádou a pneumotoraxem.
- 4. šok distribuční – do této skupiny můžeme zařadit šok septický (pooperační infekce, rozsáhlé popáleniny), neurogenní (poranění, infekce CNS, otravy), anafylaktický (prudká alergická reakce)

První pomoc: Protišoková poloha - uložíme postiženého na záda a dolní končetiny zvedneme asi o 30cm. Tuto polohu neprovádíme u kardiogenního šoku, který bývá spojen s otokem plic. Takového pacienta necháme vsedě nebo v poloze se zvýšenou horní polovinou těla.

Dále provádíme protišoková opatření 5T.

- Teplo - zabránit prochladnutí i přehřátí
- Ticho - odstranit rušivé vlivy
- Tekutiny - nepodávat tekutiny ústy pouze otírat rty
- Tišení bolesti - imobilizace, ošetřit ostatní poranění, nepodávat žádné léky.
- Transport – zajistit odborný převoz ZZS.

5 ALERGIE

Alergie je přecitlivělost na látku, kterou imunitní systém těla rozpozná jako cizí (zejména živočišné jedy, potraviny, léky atd.) a začne tvořit protilátky (Bydžovský, 2008). Vstupní branou může být kůže, sliznice dýchacích cest nebo trávicího traktu. Příznaky mohou vznikat ihned, během pár minut, ale i s odstupem několika hodin. Projevují se nejčastěji kopřivkou, zarudnutím, exantémem na kůži a sliznicích, ale i nevolností, zvracením, pocitem jakoby knedlíku v krku, dušností, křečemi, zrychlenou srdeční akcí. Časté jsou chronické projevy alergie. V kojeneckém věku se vyskytuje nejčastěji atopický ekzém, u dětí v předškolním věku průduškové astma a potravinové alergie. Dále jsou časté sezónní alergie na pyly doprovázené alergickou rýmou, řezáním a pálením očí. Alergie se může rozvinout, až ve velmi závažný anafylaktický šok.

Anafylaktický šok je vystupňovaná alergická reakce. Postižený má vyrážku, otok zejména v oblasti obličeje a obličejových sliznic, hrozí velké riziko otoku dýchacích cest, nevolnost, křeče, výrazné snížení krevního tlaku způsobené vasodilatací, poruchy vědomí až bezvědomí. Mezi časté a závažné alergeny patří potravinové alergeny jako ořechy, mléčné potraviny, vejce, ryby. Dále pak včely, léky často různé druhy antibiotik nebo kontrastní jodové látky.

První pomoc: Pokud s postiženým můžeme komunikovat, zeptáme se na známé alergie. Alergici, u nichž se v minulosti projevila těžká reakce až anafylaktický šok, jsou vybaveni pohotovostním balíčkem obsahujícím nejčastěji adrenalin (autoinjektor EpiPen), kterou si může alergik v případě potřeby aplikovat. Neprodleně přivoláme ZZS a kontrolujeme základní životní funkce.

6 KRVÁCENÍ

Krvácení je způsobeno únikem krve z cév při jejich poranění nebo poruše srážlivosti. Objem krve dospělého člověka odpovídá 4,5–6 litrům (Bydžovský, 2011).

Krvácení můžeme rozdělit:

Podle postižení cévní stěny

- Tepenné
- Žilní
- Vlasečnicové
- Smíšené

Podle místa krvácení

- Vnitřní
- Vnější - z ran

- z přirozených tělních otvorů

Podle závažnosti krvácení. U ztrát objemu (0,5 litru krve u dospělého) nejsou patrné žádné vážnější změny, může se objevit studený pot, slabost a lehce zvýšený puls. Ztráty objemu 20-30% (1-2 litry krve dospělého) už jsou závažné, objevuje se neklid, bolest, zrychlený pulz, výrazná hypotenze, povrchové dýchání, chladná kůže, ztráta vědomí. Dochází k ohrožení života v důsledku hemoragického šokového stavu a poruše transportu krevních plynů. Ztráty 50% objemu krve jsou smrtelné.

První pomoc: Postiženého nejprve posadíme nebo položíme. Jedná-li se o poranění na končetině, zdvihneme končetinu nad úroveň srdce, abychom snížili přítok krve k poranění. Jde-li o tepenné krvácení, stlačíme tepnu přímo v ráně. Dalším postupem při ošetření je přiložení tlakového obvazu. Ten se skládá ze tří vrstev, z vrstvy krycí, která nasedá přímo na ránu a měla by být sterilní. Druhá vrstva je tlaková (stočené obinadlo). Třetí vrstvu tvoří fixační obinadlo. Na periferii musí být stále hmatný pulz. Pokud tlakový obvaz prosákne, nesundáváme první vrstvu, ale dáme znovu tlakovou a fixační vrstvu. Pokud i tento obvaz prosákne, končetinu zaškrtíme. Zaškrcovalo (turniket) vždy přikládáme přes oděv a mělo by být široké alespoň 5 cm. Nepřikládáme zaškrcovalo v oblasti kloubu. Končetinu znehybíme a zaznameneáme čas zaškrcení. Správně zaškrcená končetina by měla být chladná bez hmatného pulzu. Zaškrcovalo používáme u masivních krvácení z velkých tepen, amputací, masivně krvácejících ran s cizím tělesem, masivně krvácejících ran vzniklých otevřenou

zlomeninou a jako dočasné řešení u hromadných neštěstích při nedostatku zachránců. Doba použití zaškrcovadla by neměla přesáhnout 30 min.

6.1 Vnitřní krvácení

Vnitřní krvácení je velmi závažné a špatně rozpoznatelné. Dochází k němu zejména při tupých nárazech do břicha a hrudníku s následným poškozením vnitřních orgánů. Při těchto poraněních dochází k velkým krevním ztrátám a rychle se rozvíjí šokový stav. Příznaky jsou velká bolest, citlivost v místě poranění, nápadná slabost, povrchové dýchání, zrychlený špatně hmatný pulz a pokles krevního tlaku. Krvácet postižený může do dutiny břišní, hrudní i do měkkých tkání.

První pomoc: Chladíme postiženou část a provádíme protišoková opatření. Při krvácení do dutiny břišní se může vyskytnout nevolnost a zvracení. V tom případě postiženého položíme do polohy na boku. Pokud nezvrací, necháme ho v poloze na zádech s pokrčenými koleny. Při poranění hrudníku necháme postiženého v polosedě. Dalšími velmi závažnými poraněnými s masivním krvácením jsou zlomeniny pánevních a dlouhých kostí, toto poranění ošetřujeme vleže na tvrdé podložce. Pacienta imobilizujeme. Stále sledujeme základní životní funkce, přivoláme ZZS.

6.2 Krvácení z přirozených tělních otvorů

První pomoc: Při krvácení z nosu posadíme postiženého do hlubokého předklonu a stlačíme nosní křídla. Můžeme chladit čelo, týl a kořen nosu. Krvácení by se mělo zastavit během 3-5 minut. Pokud se krvácení do 30 min nezastaví, vyhledáme odborné ošetření. Krvácení ze zvukovodu bývá spojeno se závažným poraněním hlavy a to frakturou baze lební, může být doprovázeno poruchou vědomí. Může být přítomna čirá nažloutlá tekutina (likvor) i s příměsí krve. Taková tekutina bude narůžovělá.

První pomoc: Přiložíme savý obvaz složený ze sterilní savé a fixační vrstvy, položíme postiženého do stabilizované polohy na stranu krvácejícího ucha. Zajistíme transport.

Krvácení z dutiny ústní je často způsobeno vyražením zubu a kousnutím do jazyka.

První pomoc: Skousneme tampon cca 2krát větší než zub, dopravíme k stomatologickému vyšetření. Při krvácení z jazyka postiženého položíme na bok nebo ho posadíme do předklonu, aby krev mohla vytékat z úst a zabránili jsme případné aspiraci.

7 ÚRAZY

7.1 Zlomeniny

Ke vzniku tohoto zranění dochází vlivem úderu, pádem nebo působením tak velkou silou, že jí kost není schopna odolat. Zlomeniny dělíme na otevřené (porušení kožního krytu), zavřené (není porušen kožní kryt). Dále na jednoduché, kde je postižena pouze kost a komplikované, kde dochází i k poranění měkkých tkání, cév a nervů. Při zlomeninách dochází ke změně tvaru končetiny, bolesti, otoku, hematomu, poruše funkce. Mohou nastat komplikace v podobě krvácení, porušení nervů a i rozvoje šokového stavu.

První pomoc: Znehybníme zlomenou končetinu, čímž zabráníme bolestivým pohybům. Zlomeniny horních končetin fixujeme šátkovým závěsem. Při znehybnění dolních končetin je třeba znehybnit i kloubní spojení nad a pod zlomeninou. K znehybnění používáme improvizované dlahy (větve, násady košťat či zdravou končetinu). Při otevřených zlomeninách je zakázáno s končetinou pohybovat a měnit její nově vzniklý tvar jakýmkoliv způsobem, vyčnívající úlomky tlačit do rány. Zlomeninu znehybníme v té pozici, ve které se nachází, a ránu překryjeme sterilním krytím (Petržela, 2007).

7.2 Ošetření amputátu

U amputací nejprve zastavíme krvácení pomocí zaškrcovadla. Odezinfikujeme pouze okolí rány a ránu sterilně překryjeme. Končetinu znehybníme a dáme do zvýšené polohy. Při ošetření amputátu, jej mechanicky očistíme, nepoužíváme dezinfekční prostředky a zabalíme ho do sterilního krytí, které, pokud máme možnost, navlhčíme fyziologickým roztokem a amputát vložíme do mikrotenového sáčku. Sáček s obsahem vložíme do druhého sáčku, do kterého dáme led se studenou vodou. Poměr vody a ledu by měl být 2:1.

7.3 Poranění páteře

Poranění páteře dělíme na poranění bez poranění míchy, s poraněním míchy a poranění míchy bez poranění páteře. K poranění může dojít například pádem z výšky, při autonehodě, zavalením a sportováním. Toto poranění se projevuje bolestivostí, nepřírodným zakřivením, poruchou hybnosti končetin pod poraněním, změnou citlivosti části těla pod úrovní poranění. Nejčastěji dochází k poranění krční a bederní páteře.

První pomoc: Pokud nemůžeme poranění páteře vyloučit, postupujeme při poskytování první pomoci tak, jako by páteř poraněná byla. S nemocným hýbáme jen v nejnnutnějším případě. Pokud postiženého musíme resuscitovat a je nutné změnit jeho polohu, snažíme se znehybnit celou páteř a položit poraněného do polohy na zádech. Uložíme jej na tvrdou pevnou podložku. Pokud to není nutné, nehýbeme s ním a ošetřujeme postiženého v poloze jaké je. Znehybníme hlavu, aby s ní postižený nemohl hýbat. Dále kontrolujeme životně důležité funkce, ošetříme krvácení a přivoláme ZZS.

7.4 Úrazy hlavy

K nejčastějším úrazům hlavy patří otřes, zhmoždění mozku a také zlomeniny lebečních kostí včetně spodiny lební. Otřes mozku doprovází krátkodobá ztráta vědomí, zmatenost, retrogradní ztráta paměti (postižený si nepamatuje na událost), závratě, nevolnost, zvracení, nápadná spavost, povrchové dýchání.

První pomoc: Postiženého se snažíme udržet při vědomí, dáme do polohy na zádech se zvýšenou horní polovinou těla. Při bezvědomí dáme postiženého do stabilizované polohy s vyvýšenou horní polovinou těla. Kontrolujeme základní životní funkce, hlavně dýchání a zajistíme příjezd ZZS. Zlomeninu spodiny lební rozeznáme podle krvácení z nosu nebo ucha často s příměsí likvoru (narůžovělá tekutina). Dalšími příznaky jsou závratě, dochází k poruchám vědomí, později se vytvoří pod očima brýlový hematoma (zlomenina přední jámy), výtok ze zvukovodu (zlomenina střední jámy) a vzácně ke zlomeninám zadní jámy.

První pomoc: Přiložíme savý obvaz a položíme postiženého do stabilizované polohy na boku na stranu krvácení. Při vědomí do polohy na zádech se zvýšenou horní polovinou těla. Kontrolujeme základní životní funkce. Přivoláme ZZS.

7.5 Úrazy břicha

Úrazy břicha mohou být zavřené a otevřené. Velmi závažné je vnitřní krvácení (viz. kapitola krvácení).

První pomoc: Uložíme postiženého do polohy na zádech, vypoďložíme dolní končetiny pod kolena tak, aby se paty nedotýkaly podložky. Vypoďložíme hlavu. Ránu sterilně kryjeme, pokud jsou vyhrězlé orgány, nedotýkáme se jich, nevpravujeme je zpět, pouze sterilně kryjeme a lehce přifixujeme. Pokud je v ráně cizí těleso, ponecháme ho, lehce fixujeme a překryjeme. Přivoláme ZZS a kontrolujeme fyziologické funkce.

7.6 Úrazy hrudníku

Je to závažné poranění z důvodu rizika poranění plic, srdce a velkých cév. Dochází nejčastěji ke zlomeninám žeber, hrudní kosti, zhmoždění hrudníku a pneumotoraxu (vzduch v pohrudniční dutině). Zlomená žebra ošetřujeme v poloze v polosedě s podloženými zády (Fowlerova poloha). Pneumotorax může být zavřený, otevřený a záklopkový - tenzní. Otevřený se projevuje dušností, z rány v hrudníku vytéká krev, zrychlený pulz, povrchové dýchání, bledost, neklid, oběhová nestabilita. U zavřeného pneumotoraxu dochází k jednorázovému vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny, otvor se ihned uzavře a nedochází k dalšímu komunikaci s vnějším prostředím. Tento pneumotorax většinou nezpůsobuje větší respirační potíže a vzduch se postupně vstřebává. U otevřeného pneumotoraxu je stálá komunikace mezi pohrudniční dutinou a vnějším prostředím. Při nádechu dochází k vlání mediastina (prostor mezi plícemi obsahující srdce, jícen, průdušnici, velké cévy.) na zdravou stranu, což způsobuje utlačování zdravé plíce a srdce. Při výdechu se vrací mediastinum zpět. Při záklopkovém pneumotoraxu se rána při nádechu otevírá, do rány vniká vzduch, ale při výdechu zavírá, protože záklopka (nejčastěji natržená tkáň) brání výstupu vzduchu. Ten se tedy v pohrudniční dutině hromadí a trvale přetlačuje mediastinum na zdravou stranu. Dochází k dušení, jedná se o akutní život ohrožující stav.

První pomoc: U otevřeného pneumotoraxu postiženého uložíme do polohy v polosedě, přivoláme ZZS a přiložíme poloprodyšný obvaz, který je tvořen ze tří vrstev: sterilní krytí, igelitové krytí a přelepíme náplastí ze tří stran shora a ze stran, aby mohl unikat vzduch a vytékat krev. U tenzního pneumotoraxu je třeba zabránit dalšímu nasávání vzduchu do pohrudniční dutiny i třeba přiložením ruky na ránu. Kontrolujeme základní životní funkce. Zajistíme příjezd ZZS.

8 OTRAVY

Nejčastější vstupní branou jedovaté látky do organismu bývá zažívací trakt, kůže, dýchací cesty nebo cévní řečiště (Bydžovský, 2011). Mezi příčiny otrav můžeme zařadit sebevražedné úmysly, experimenty, zvědavost zejména u malých dětí, nadýchání toxických zplodin a výparů, otravy houbami, alkohol a záměna lahví.

První pomoc obecně: Byl-li vstupní branou otrav zažívací trakt a je-li postižený při vědomí, vyvoláme u něj zvracení, podáme jako universální antidotum aktivní živočišné uhlí (1g/1kg) rozpuštěné ve vodě. Nikdy zvracení nevyvoláváme u podezření na požití pěnотvorných a ropných látek! U inhalačních otrav přemístíme postiženého na čerstvý vzduch nebo vyvětráme. Pravidelně sledujeme základní životní funkce. Přivoláme ZZS. Pokud možno zajistíme vzorek, obal od léku, láhev aj. a předáme při příjezdu ZZS. Vždy dbáme na vlastní bezpečnost

8.1 Otrava alkoholem

Příznaky: zvracení, poruchy vnímání, porucha rovnováhy, krátkodobé rozšíření cév – snížená tělesná teplota, zarudnutí kůže, snížený krevní tlak, mělké dýchání.

První pomoc: Pokud je postižený při vědomí, vyvoláme zvracení, které je účinné pouze do 90 minut po požití alkoholu. Postiženého, který s námi nespolupracuje, uložíme do stabilizované polohy nebo do polohy na boku, abychom zabránili vdechnutí zvratků. Kontrolujeme základní životní funkce a kontrolujeme vědomí (nemůžeme vyloučit úraz hlavy). Přivoláme ZZS.

8.2 Otrava metanolem

Z nekvalitních pančovaných alkoholových nápojů, průmyslové rozpouštědlo. Příznaky: zmatenost, poruchy chůze, které nejsou způsobeny opilostí. Po 6 hodinách se začínají rozvíjet příznaky jako zvracení, bolest břicha a hlavy, závratě, křeče, poruchy vidění až přechodná či trvalá slepota.

První pomoc: Podání antidota - etanolu (1g/1kg). Přivoláme ZZS.

8.3 Otrava ethylenglykolem - fridexem

Příznaky: nevolnost, zvracení, útlum dýchání, později je dýchání zrychlené, zrychlená je i srdeční akce a zvýšený krevní tlak, metabolická acidóza - pH pod 7.

První pomoc: Pokud je postižený při vědomí, podáme aktivní živočišné uhlí nebo 100-200 ml tvrdého 40% alkoholu. Přivoláme ZZS.

8.4 Otrava paracetamolem

Příznaky: nevolnost, zvracení, poškození jater a ledvin, edém mozku

První pomoc: Je-li postižený při vědomí, vyvoláme zvracení. Pokud můžeme, podáme lék ACC (acetylcystein) 100mg/1kg. Kontrolujeme základní životní funkce. Přivoláme ZZS.

8.5 Otrava salicyláty

Příznaky: neklid, pocení, bolest břicha, zrychlené dýchání, horečka, poruchy vědomí, zvratky s příměsí krve, dochází k poškození jater, ledvin a mozku

První pomoc: Je-li postižený při vědomí, vyvoláme zvracení. Podáme aktivní živočišné uhlí rozpuštěné ve vodě (1/4l). Kontrolujeme základní životní funkce. Přivoláme ZZS.

8.6 Otrava oxidem uhelnatým – CO

Příznaky: bolest hlavy, dušnost, zrychlené dýchání, červeně zbarvená kůže a sliznice, závratě, poruchy zraku, snížený krevní tlak, zrychlená srdeční akce, křeče, poruchy vědomí až bezvědomí

První pomoc: Postiženého přepravíme na čerstvý vzduch, kontrolujeme základní životní funkce. Postiženého v bezvědomí uložíme do stabilizované polohy na boku. Přivolání ZZS.

8.7 Otrava houbami

Většina obtíží, které se vyskytují po požití hub, bývá po houbách nejedlých, ne jedovatých (holubinka, hřib satan) nebo po houbách špatně tepelně upravených. Mezi obtíže patří bolesti břicha, zvracení, průjem. Otravy jedovatými houbami – muchomůrka zelená (hlíznatá). Příčiny: dostavují se po 6-12 hodinách. Bolesti břicha, poruchy vidění, slinění, zvracení, průjem, poškození jater a ledvin.

První pomoc: Pokud je postižený při vědomí, vyvoláme zvracení. Podáváme tekutiny. Je-li postižený v bezvědomí, uložíme ho do stabilizované polohy na boku a přivoláme ZZS.

9 TERMICKÁ PORANĚNÍ

9.1 Popáleniny

Vznikají působením vysokých teplot (od 50°C) na povrch těla. Mohou vznikat z více příčin popálení ohněm, vroucí vodou, žhavým kovem, ale i chemickými látkami. Ztráty tekutin a velké riziko vstupu infekce do popálených ploch jsou u popálenin velkým rizikem. Na závažnosti se podílí spousta faktorů, kterými jsou věk, rozsah popálených ploch, hloubka popálenin, mechanismus vzniku, lokalizace i doba působení. Popáleniny můžeme rozdělit na různé stupně. Do prvního stupně řadíme povrchové popáleniny projevující se zarudnutí a bolestivostí. Hojení u takového stupně popálenin je samovolné a rychlé, trvá několik dnů. Druhý stupeň ještě dělíme na 2a a 2b. U 2a dochází k poškození povrchových vrstev kůže, vytvoří se bolestivý puchýř, kůže je zarudlá. Tento stupeň je nejbolestivější. Hojení trvá několik týdnů. U 2b dochází k poškození hlubších vrstev, tvorbě puchýřů, kůže bude anemická, bude se hojit vždy jizvou. Třetí stupeň je nekróza po celé hloubce kůže, hojení trvá měsíce, tento stupeň již nebolí, často jsou nutné transplantace kůže. Tento stupeň nevzniká varem. Čtvrtým stupněm je zuhelnatění.

První pomoc: Jako první zamezíme dalšímu působení tepla (znemožníme přístup vzduchu). Sundáme těsnící předměty (prsteny, náramky), které jsou volné, nikdy se nesnažíme odstranit přiškvařený oděv! Popálené plochy budeme chladit, pokud to bude možné nejlépe proudem tekoucí voda. Proud nesmí být moc prudký a voda nesmí být ledová. Nechladíme celý povrch těla, pouze popálené plochy a to jen u popálenin do 20% tělesného povrchu, jinak hrozí podchlazení. Poté popáleniny sterilně kryjeme. Nepoužíváme žádné krémy, masti ani zasypy. Puchýře nestrháváme ani jiným způsobem neodstraňujeme, protože působí jako krycí vrstva poškozené tkáně (Petržela, 2007).

9.2 Úpal

Je celkové poškození organismu pobytem v teplém prostředí, selháním termoregulace a přehřátím (Bydžovský, 2011). Dochází k němu při dlouhodobém pobytu v horkém, nevětraném, vlhkém prostředí. Pocením dochází ke ztrátě vody, následné dehydrataci a také ztrátě minerálů. Příznaky – suchá zarudlá pokožka, vysoká tělesná teplota, nevolnost, závratě, zvracení, poruchy vědomí, poruchy zraku i sluchu, snížený krevní tlak, případně křeče.

První pomoc: Postiženého přemístíme do chladnější, větrané místnosti. Provádíme chladné zábaly, popřípadě postiženého osprchujeme (ne ledovou vodou). Nahrazujeme postupně ztracené tekutiny, nejlépe chladné minerálky.

9.3 Úžeh

Vzniká při přímém nadměrném vystavování slunečních paprsků (Petržela, 2007). Dochází k poruchám termoregulace a překrvení mozkových obalů. Projevuje se nevolností, zvracením, bolestmi hlavy, křečemi, to vše i s odstupem několika hodin.

První pomoc: Postiženého přesuneme mimo dosah slunečních paprsků na chladnější a větrané místo. Posadíme ho do polohy v polosedě, chladíme studenými obklady na čelo, krk a končetiny. Podáváme chladné tekutiny.

9.4 Podchlazení a omrzliny

U podchlazení dochází k celkovému útlumu organismu, postižení jsou apatičtí, mají zpomalený špatně hmatný pulz a dýchání. Při stálém působení chladu upadají do bezvědomí. Snižuje se teplota tělesného jádra.

První pomoc: Zamezíme dalším ztrátám tepla například termofolií, postiženého postupně a pomalu ohříváme. Nepřivádíme postižené ihned do vytopené místnosti a nehýbeme postiženému s končetinami - hrozí další ochlazení jádra. Zajistíme suchý oděv. Podáváme sladké vlažné nápoje. Nepodáváme alkohol!

Omrzlinami jsou postiženy zejména okrajové části, jako jsou prsty, uši, nos a tváře. Omrzliny mají 3 stupně poškození. V prvním stupni dochází ke snížené citlivosti, kůže je zarudlá a chladná. Ve druhém stupni je kůže necitlivá a po několika dnech se objevují nažloutlé puchýře. Třetím stupněm je odumření tkáně - nekróza.

První pomoc: Snažíme se postiženému prokrvit omrzlé části těla pohybem (aktivním i pasivním) a zahříváním. Kůži můžeme sterilně krýt, ale netřeme ji, ani ničím nenatíráme. Není-li postižený celkově podchlazený, můžeme podat malé množství alkoholu. Podáváme vlažné tekutiny.

10 PRŮZKUM

10.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Průzkumným problémem této bakalářské práce je zmapovat teoretické znalosti a zkušenosti laické veřejnosti v poskytování první pomoci.

10.2 CÍLE A HYPOTÉZY PRŮZKUMU

V práci jsme si stanovili celkem dva cíle, ze kterých vyplývají i naše hypotézy.

Cíl 1: Zjistit, jaké jsou teoretické znalosti veřejnosti v rámci poskytování laické první pomoci.

Cíl 2: Zjistit, zda mají dotázaní respondenti zkušenosti s poskytováním první pomoci.

Hypotéza 1: Předpokládáme, že dotázaní respondenti nemají teoretické znalosti v oblasti poskytování první pomoci.

Hypotéza 2: Předpokládáme, že více jak polovina dotazovaných má osobní zkušenost s poskytováním první pomoci.

10.3 METODIKA PRŮZKUMU

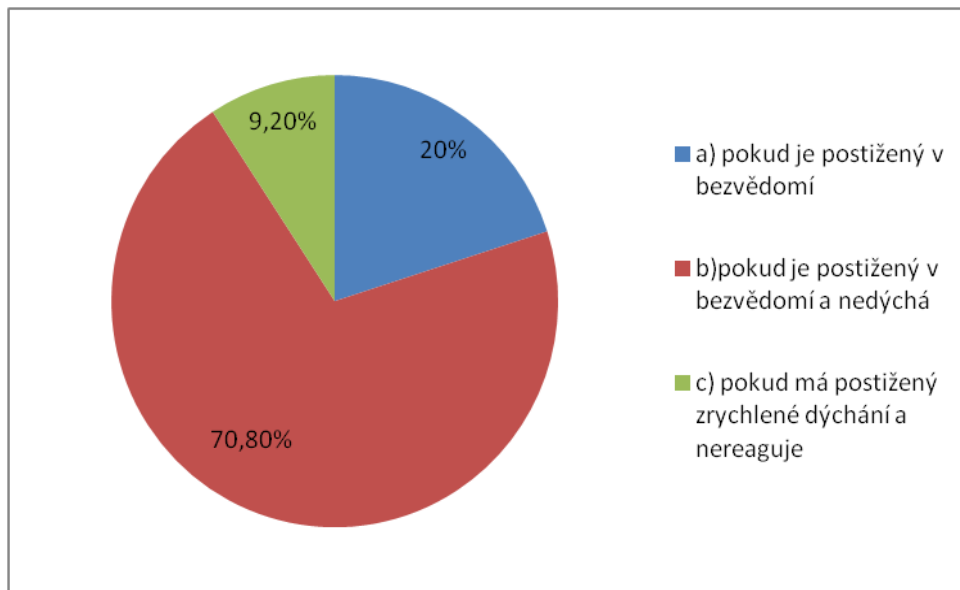
Pro získání údajů jsme zvolili dotazníkovou metodu. Dotazníky, které jsme rozdali, byly anonymní. Každý dotazník obsahoval 13 otázek, z toho 12 otázek zavřených a 1 otázka polouzavřená. Dotazník byl po sběru dat zpracován v počítačovém programu Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel a dán do grafické podoby. Sběr dat probíhal v únoru 2015. O spolupráci na anonymním dotazníku jsme požádali laickou veřejnost. Ze 100 rozdaných dotazníků byla návratnost 65%.

11 ANALÝZA A VÝSLEDKY PRŮZKUMU

11.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Graf číslo 1.

Kdy přistoupíte k zahájení resuscitace?

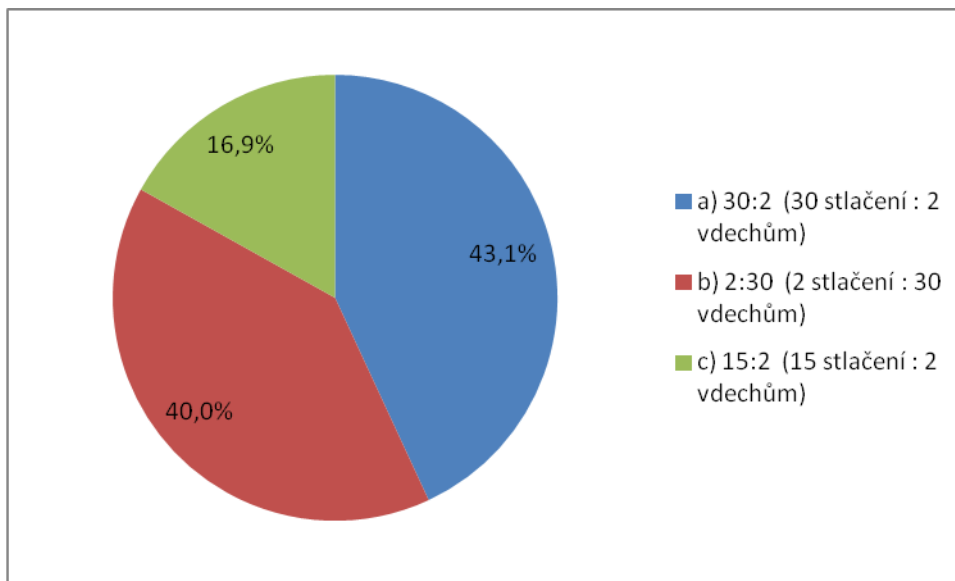


Zdroj: Autor

Na otázku číslo 1 odpovědělo správně za b) pokud je postižený v bezvědomí a nedýchá 46 respondentů (70,8%). Ostatní respondenti odpověděli nesprávně, a to 13 respondentů (20%) za a) pokud je postižený v bezvědomí a 6 respondentů (9,2%) za c) pokud má postižený zrychlené dýchání a nereaguje.

Graf číslo 2.

Resuscitaci dospělého u náhlé zástavy oběhu budete provádět v poměru?

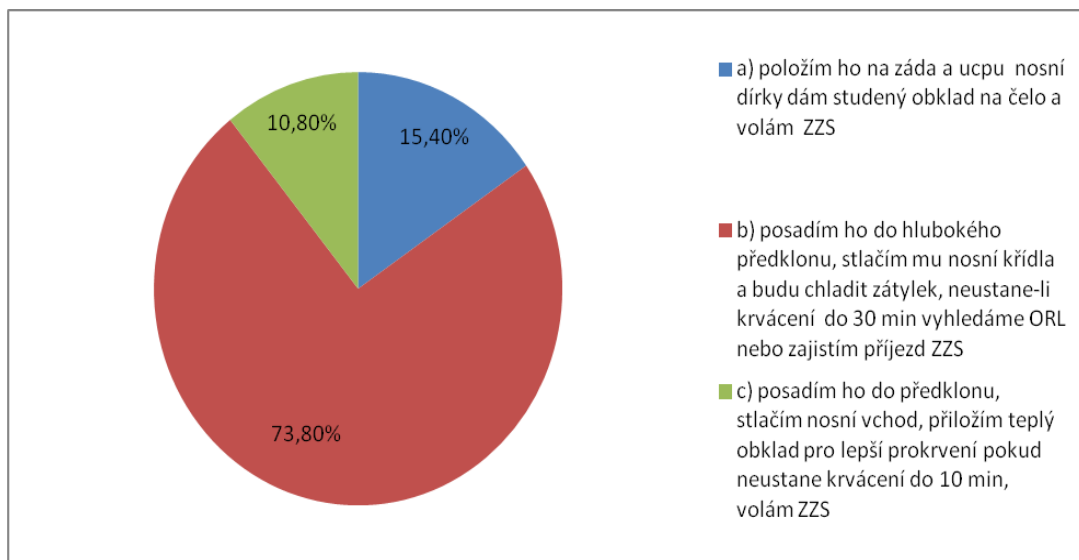


Zdroj: Autor

Na otázku číslo 2 odpovědělo správně za a) 28 respondentů (43,1%), nesprávně odpovědělo za b) 26 respondentů (40%) a druhou nesprávnou odpověď za c) zvolil i zbytek respondentů, a to 11 (16,9%).

Graf číslo 3.

Váš kolega začne krvácet z nosu, jak mu poskytnete první pomoc?

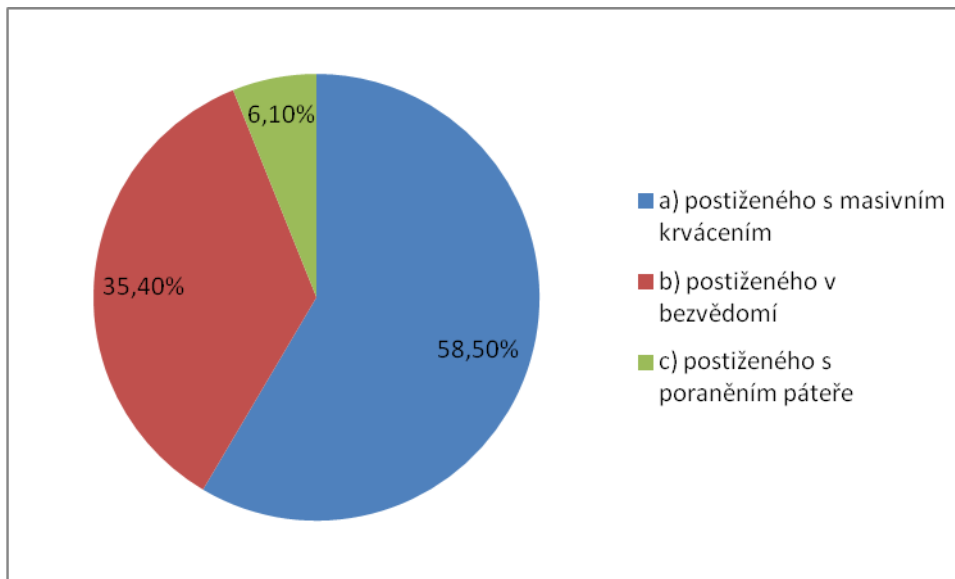


Zdroj: Autor

Na otázku číslo 3 odpovědělo 48 respondentů (73,8%) správně za b). Zbytek tedy 10 respondentů (15,4%) odpovědělo za a) a za c) odpovědělo 7 respondentů (10,8%).

Graf číslo 4.

Při cestě do práce se stanete svědkem dopravní nehody, kde bude více zraněných, jakého postiženého budete ošetřovat jako první?

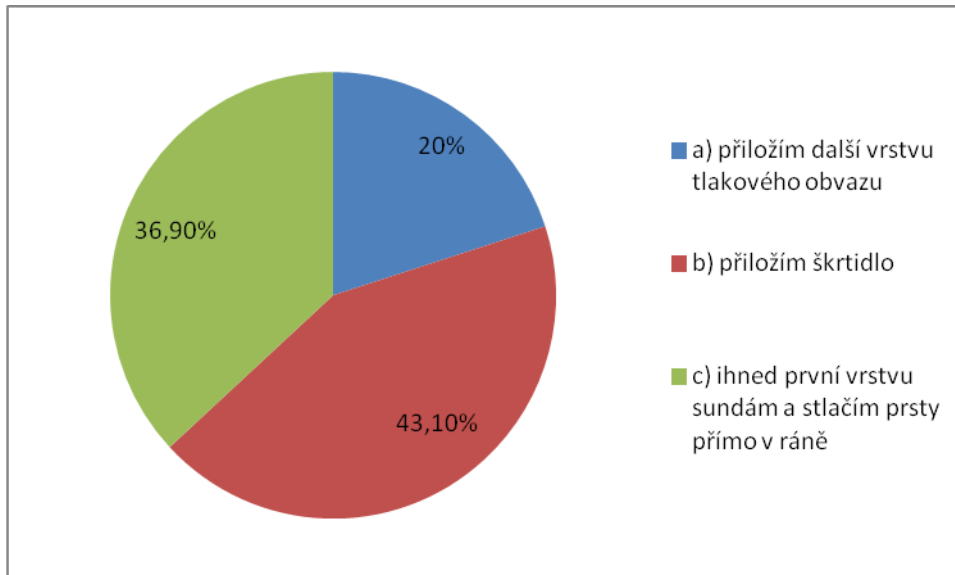


Zdroj: Autor

Na otázku číslo 4 odpovědělo správně za a) 38 respondentů (58,5%), nesprávně odpovědělo za b) 23 respondentů (35,4%) a za c) 4 respondenti (6,1%).

Graf číslo 5.

Váš kamarád se pořeže, rána hodně krvácí, poskytnete mu první pomoc tím, že mu na ránu přiložíte tlakový obvaz, ten ale během chvíle prosákne, jak budete postupovat dále?

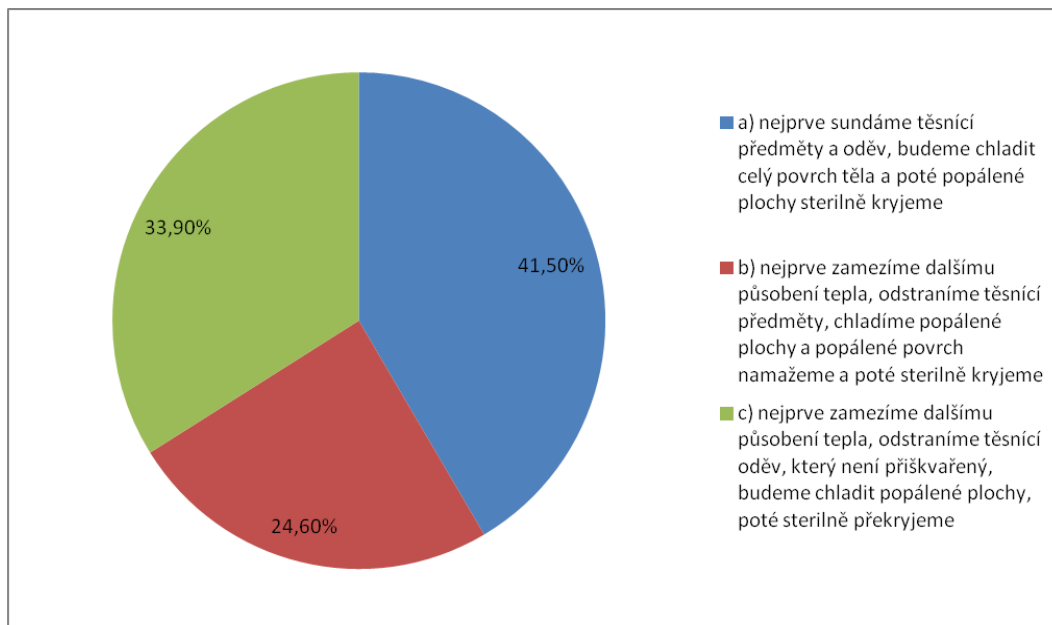


Zdroj: Autor

Na otázku číslo 5 odpověděla většina respondentů nesprávně, a to 28 (43,1%). Správně odpovědělo za a) pouze 13 respondentů (20%) a za c) 24 respondentů (36,9%).

Graf číslo 6.

Jak budete poskytovat první pomoc v případě popálenin?

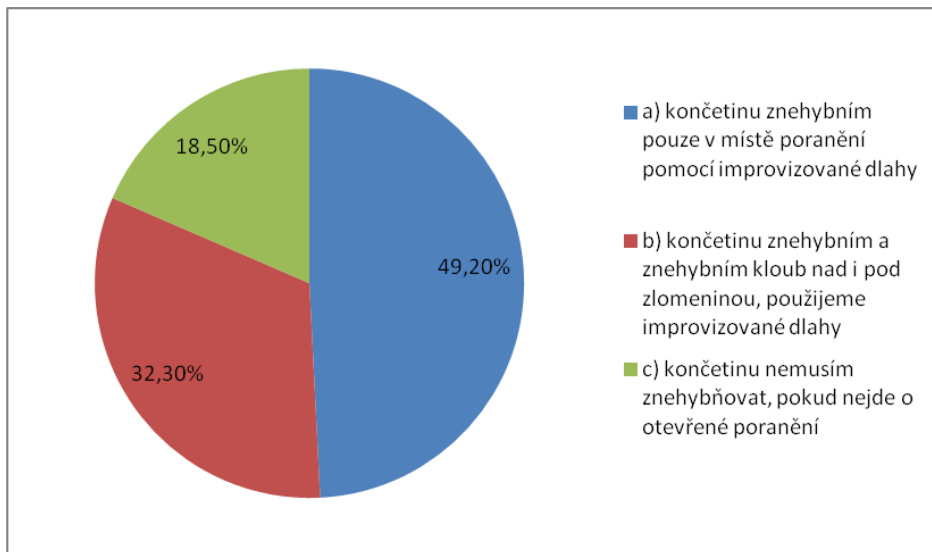


Zdroj: Autor

Na otázku číslo 6 odpovědělo za a) 27 respondentů (41,5%), za b) 16 respondentů (24,6%) a správnou odpověď za c) označilo 22 respondentů (33,9%).

Graf číslo 7.

Při vyjížděce na kole váš kamarád upadne a zlomí si dolní končetinu, jak mu poskytněš první pomoc?

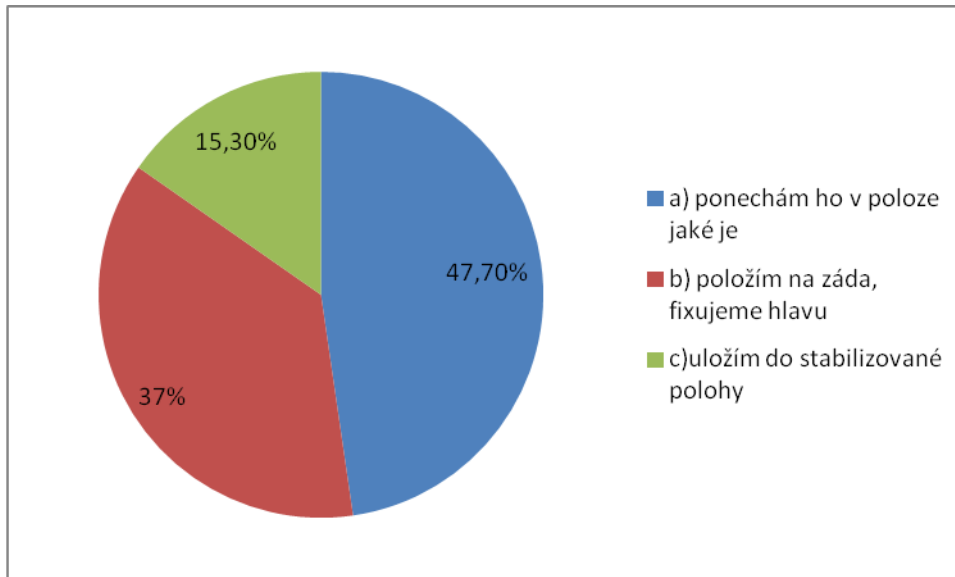


Zdroj: Autor

Na otázku číslo 7 odpovědělo za a) 32 respondentů (49,2%). Za b) 21 respondentů (32,3%), což je správná odpověď a za c) odpovědělo 12 respondentů (18,5%).

Graf číslo 8.

Postiženého s podezřením na poranění páteře, který má normální dechovou aktivitu?

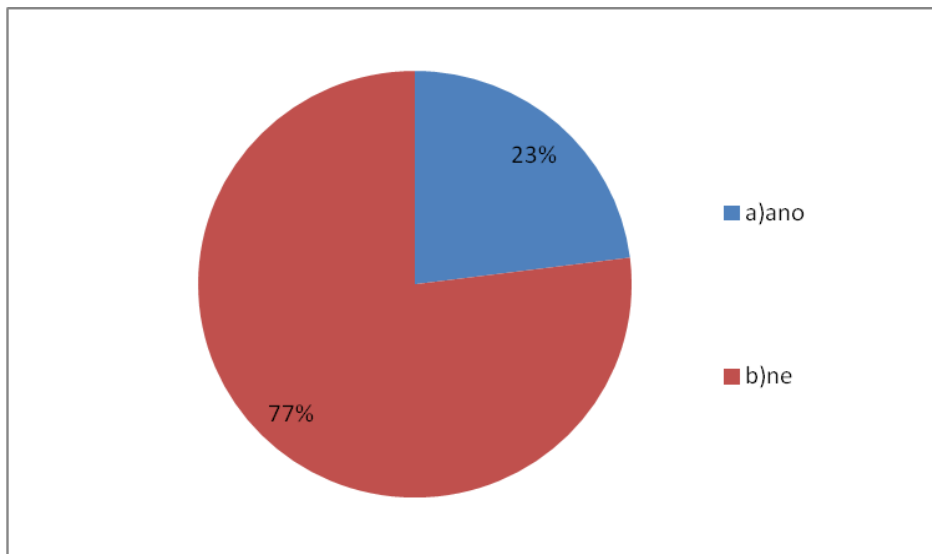


Zdroj: Autor

Na otázku číslo 8 odpovědělo správně za a) 31 respondentů (47,7%), b) označilo 24 respondentů (37%) a c) označilo 10 respondentů (15,3%).

Graf číslo 9.

Poskytoval (a) jste někdy první pomoc?

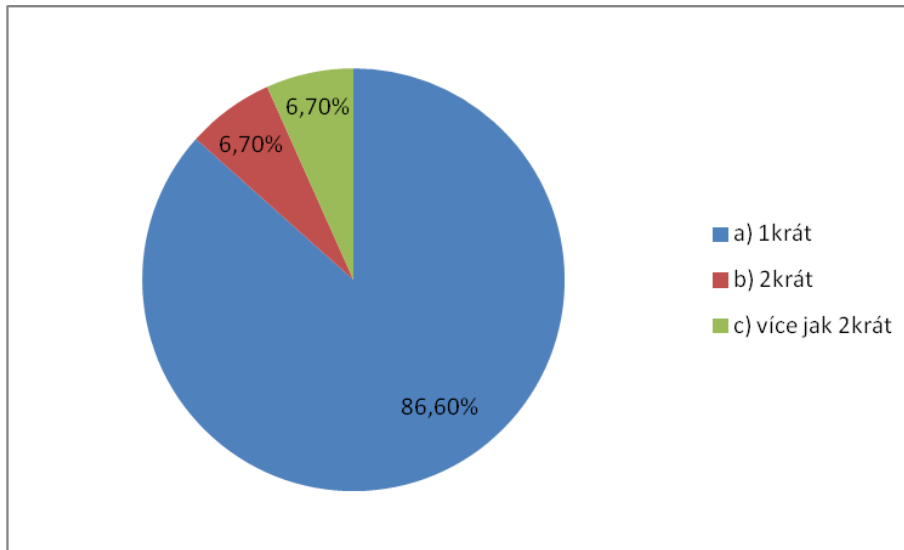


Zdroj: Autor

Na otázku číslo 9 odpovědělo ano 15 respondentů (23%). Ne odpovědělo 50 respondentů (77%).

Graf číslo 10.

Kolikrát jste poskytoval (a) první pomoc?

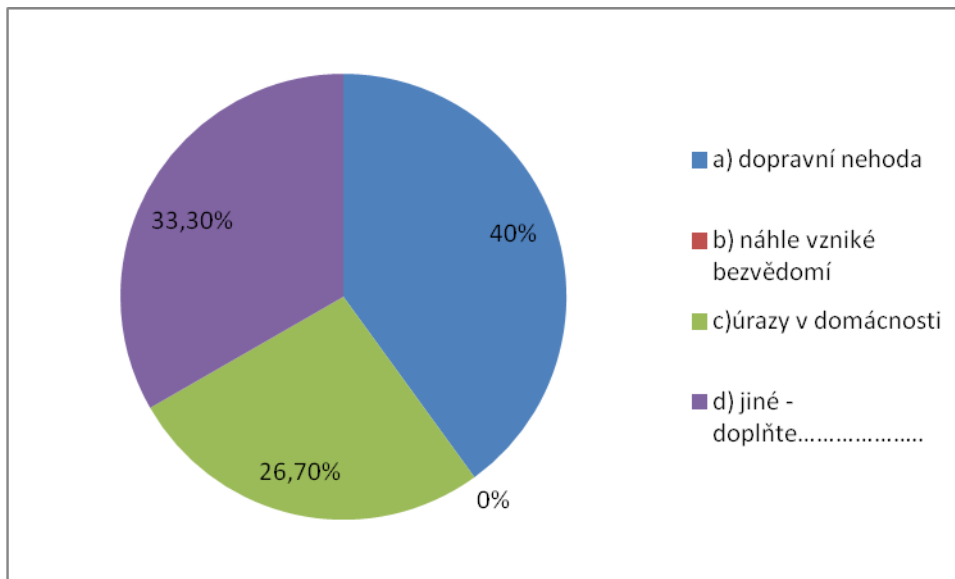


Zdroj: Autor

Na otázku číslo 10 odpovídalo 15 respondentů, kteří v předešlé otázce číslo 9 odpověděli ano. Z těchto respondentů poskytovalo první pomoc 1krát 13 respondentů (86,6%), 2krát 1 respondent (6,7%) a více jak 2krát také 1 respondent (6,7%).

Graf číslo 11.

V jaké souvislosti (případě) jste první pomoc poskytoval (a)?

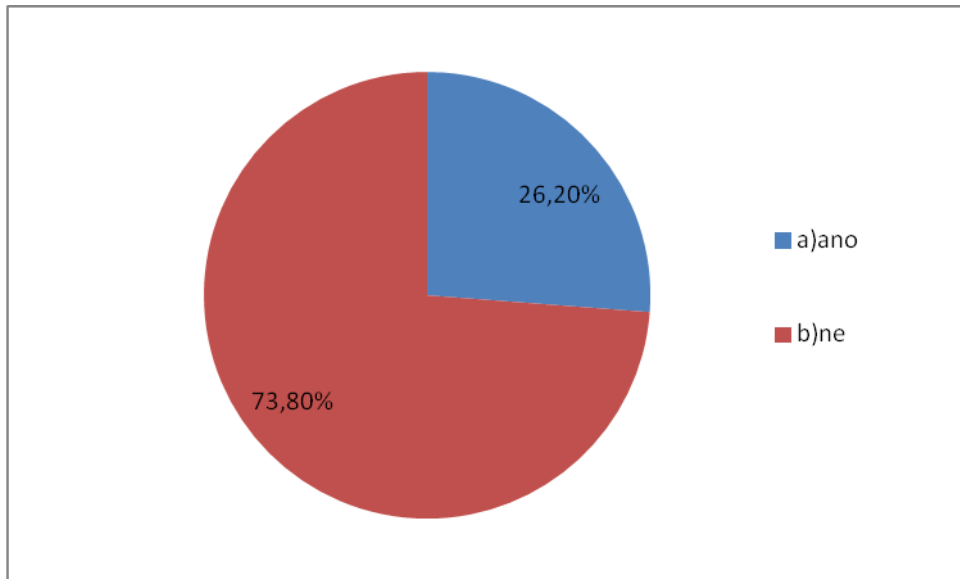


Zdroj: Autor

Na otázku číslo 10 odpovídalo 15 respondentů, kteří v otázce číslo 9 odpověděli ano. Z těchto respondentů poskytovalo první pomoc při dopravních nehodách 6 respondentů (40%), při náhle vzniklém bezvědomí 0 respondentů (0%), při úrazech v domácnosti 4 respondenti (26,7%) a 4 respondenti (33,3%) poskytovali první pomoc v jiných případech, jako je sportování nebo při pracovních úrazech.

Graf číslo 12.

Byl (a) jste někdy svědkem při poskytování první pomoci?

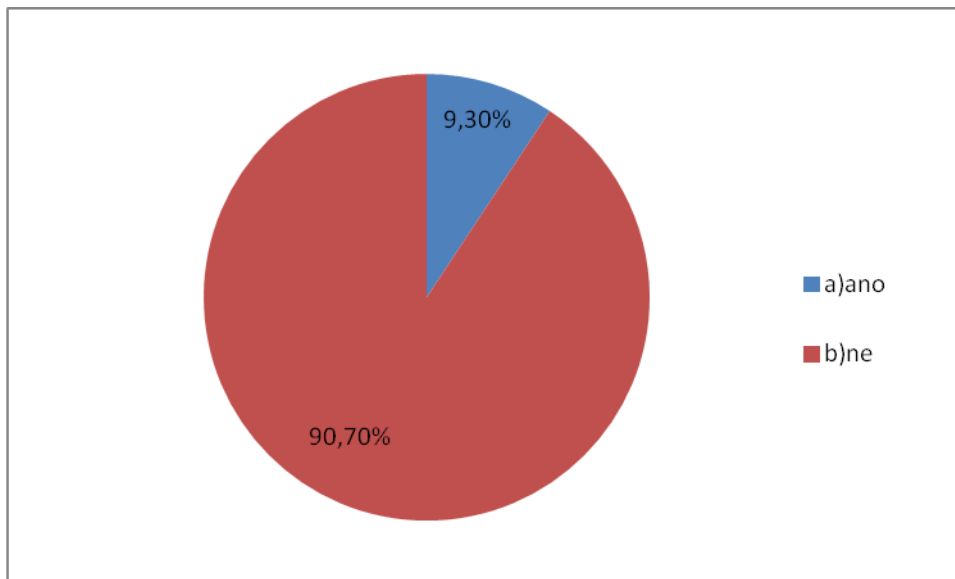


Zdroj: Autor

Na otázku číslo 12 odpovědělo 17 respondentů (26,2%) ano, že byli svědkem při poskytování první pomoci a 48 respondentů (73,8%) odpovědělo ne.

Graf číslo 13.

Absolvoval (a) jste kurz, školení, přednášku první pomoci?

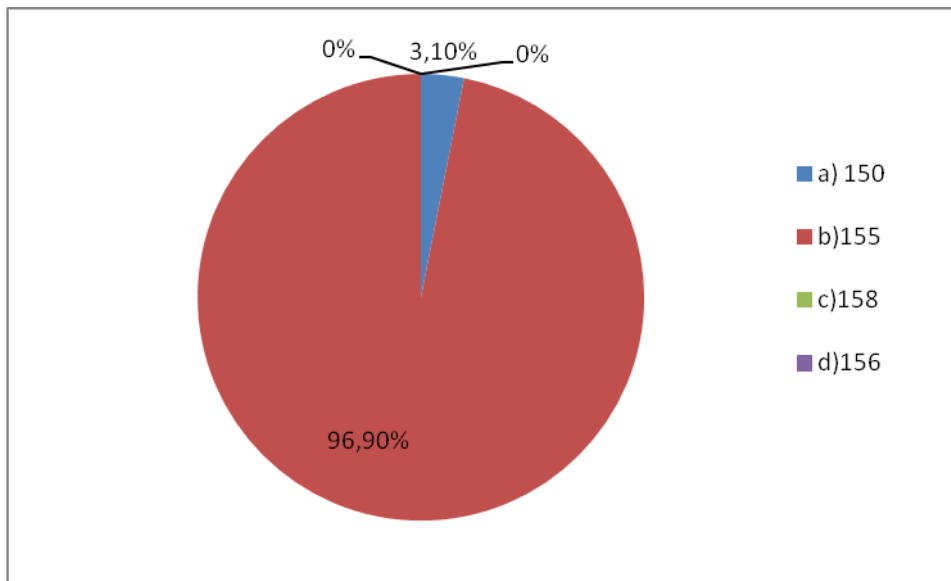


Zdroj: Autor

Na otázku číslo 13 odpovědělo pouze 6 respondentů (9,3%) ano, 59 respondentů odpovědělo (90,7%) ne.

Graf číslo 14.

Znáte číslo Zdravotnické záchranné služby?



Zdroj: Autor

Na otázku číslo 14 odpověděli 2 respondenti (3,1%) za a) 150, správnou odpověď za b) 155 označilo 63 respondentů (96,9%) a zbylá čísla neoznačil žádný respondent.

11.2 DISKUSE

První pomoc je stále diskutovaným tématem v poslední době hlavně kvůli účinnosti a výsledkům poskytování první pomoci laiky ještě před příjezdem profesionálních záchranářů. Diskutuje se zejména o nedostatečných znalostech, zkušenostech a s tím spojeným strachem první pomoc poskytovat. Proto bylo cílem této bakalářské práce zmapovat teoretické znalosti a zkušenosti veřejnosti v poskytování laické první pomoci. Pro srovnání výsledků své práce jsme využili bakalářskou práci Jana Rybáčka z roku 2011, sepsanou na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakultě na téma Úroveň znalosti první pomoci u laické veřejnosti.

Prvním cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou teoretické znalosti veřejnosti v rámci poskytování laické první pomoci. K tomuto cíli se vztahovaly otázky číslo 1-8. Otázka číslo 1 zjišťovala, kdy respondenti přistoupí k zahájení resuscitace. Na tuto otázku odpověděla většina dotázaných správně a to 70,8%, i v práci Jana Rybáčka byl výsledek na tuto otázku velmi dobrý, a to až 90,5%. Otázka číslo 2 se zaměřovala na poměr vdechů a stlačení při resuscitaci dospělého člověka. Odpověď 30:2, která je správná, nevolila ale ani polovina tázaných respondentů, a to 43%. Respondenti v práci Jana Rybáčka na tuto otázku odpověděli lépe, a to 69% dotázaných. Další otázkou, ze které vyšli respondenti s dobrým výsledkem, byla otázka číslo 3, která se ptala na poskytnutí první pomoci při krvácení z nosu. Zde odpovědělo správně 73,8% respondentů, což považujeme za velmi zdařilé. Respondenti Jana Rybáčka na tom v této otázce byli se správnou odpovědí o něco hůře, a to s 47%. V otázce číslo 4 při cestě do práce se stanete svědkem dopravní nehody, kde bude více zraněných, jakého postiženého budete ošetřovat jako první, odpovědělo 58,4% respondentů postiženého s masivním krvácením, což je správná odpověď. Postiženého v bezvědomí 35,4% a postiženého s poraněním páteře 6,1%. Pátá otázka patřila mezi méně zdařilé, zde by při prosáknutí tlakového obvazu správně postupovalo přiložením další vrstvy jen 20% dotázaných, 43,1% by zvolilo stavění krvácení pomocí škrtidla a 36,9% respondentů by se snažilo zastavit krvácení sundáním tlakového obvazu a stlačením prstů přímo v ráně. Při ošetření popálenin by úspěšně provedlo první pomoc 33,9% respondentů a to tím, že by nejprve zamezili dalšímu působení tepla, odstranili těsnící oděv, který není přiškvařený, chladili by popálené plochy a poté je sterilně kryli. Na otázku číslo 6, která se týkala první pomoci při popáleninách, se ptal svých respondentů i Jan Rybáček. Ti odpověděli správně ze 78,5%. Sedmá otázka mého průzkumu se zabývala poskytnutím

první pomoci při zlomenině dolní končetiny. Nejvíce respondentů, a to 49%, by poskytlo pomoc znehybněním končetiny v místě poranění pomocí improvizované dlahy, 32,3% respondentů by končetinu znehybnilo a znehybnilo by kloub nad i pod zlomeninou, což by bylo správné poskytnutí pomoci a 18,5% se domnívá, že končetinu nemusí znehybnovat, pokud se nejedná o otevřenou zlomeninu. Poslední otázkou k prvnímu cíli práce byla otázka číslo 8 postiženého s podezřením na poranění páteře, který má normální dechovou aktivitu. Tato otázka vyšla u respondentů ze 47,7% správně, a to ponechat postiženého v poloze jaké je.

Druhým cílem práce bylo zjistit, zda mají dotázaní respondenti zkušenosti s poskytováním první pomoci. K tomuto cíli se vztahovaly otázky 9-14. Z 9 otázky jsme se dozvěděli, že 23% respondentů někdy poskytovalo první pomoc. Další 10. otázka se zabývala četností v poskytování první pomoci u respondentů, kteří v předešlé otázce odpověděli ano, že první pomoc někdy poskytli. Pouze 1krát poskytovala první pomoc většina respondentů a to 86,6%, 2krát 8,7% a více jak 2krát také 8,7%. Jan Rybáček ve svém průzkumu uvádí, že 69% tázaných respondentů první pomoc nikdy neposkytovala. V jaké souvislosti (případě) jste první pomoc poskytoval (a) bylo další otázkou. Nejvyšší počet odpovědí byl při dopravních nehodách, a to 40%, 33,3% uvedlo sportování či pracovní úrazy a 26,7% se s úrazem setkalo v domácnosti. Jan Rybáček uvádí, že nejčastějším stavem pro poskytování první pomoci u jeho respondentů bylo bezvědomí, tepenné krvácení a dopravní nehody. Otázka 12 měla ukázat, kolik respondentů bylo svědkem poskytování první pomoci a ukázalo se, že 26,2%. Absolvoval (a) jste někdy kurz, školení, přednášku první pomoci bylo mou předposlední otázkou. Překvapilo mě, že pouze 9,3% respondentů odpovědělo ano. Pravidelně školených respondentů v práci Jana Rybáčka je tako pouze 8%. Číslo na Zdravotnickou záchrannou službu by měl znát každý, ale přece jen se najdou lidé, kteří toho číslo neznají, a to potvrzuje i má poslední otázka. 96,9 % respondentů číslo 155 zná, 3,1% respondentů by volalo v případě potřeby první pomoci linku 150. U Jana Rybáčka by 155 volalo 90,5% respondentů, 7% respondentů uvedlo číslo 112, které mohou v případě potřeby první pomoci také zavolat a 2,5% také zvolilo chybně linku 150.

Hypotéza 1: Předpokládáme, že dotázaní respondenti nemají teoretické znalosti v oblasti poskytování první pomoci. **Tato hypotéza byla potvrzena.**

Hypotéza byla potvrzena na základě zjištění z otázek 1-8.

Hypotéza 2: Předpokládáme, že více jak polovina dotazovaných má osobní zkušenost s poskytováním první pomoci. **Tato hypotéza nebyla potvrzena.**

Hypotéza nebyla potvrzena na základě zjištění z otázek 9-14.

11.3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Bakalářskou prací jsme se pokusili zjistit, jaké jsou znalosti o poskytování laické první pomoci u veřejnosti a zjistit, jaké jsou její zkušenosti. Svým průzkumem v praktické části jsme zjistili, že znalosti veřejnosti nejsou dostatečné. Přestože respondenti odpověděli v některých otázkách správně, více než v polovině otázek převažovaly chybné odpovědi. Zkušenosti s poskytováním první pomoci vyšly v našem výzkumu také negativní. Vzhledem k těmto skutečnostem by bylo vhodné veřejnost více informovat a zviditelnit tuto problematiku. S výukou první pomoci by se mělo začít již na základních školách. Doporučili bychom proto vedením škol zařadit více výuky první pomoci do učebních osnov, a to jak výuku teoretickou, tak zejména praktickou. Dále bychom doporučili zaměstnavatelům pořádat více kurzů a školení pro své zaměstnance.

ZÁVĚR

Průzkumným problémem bakalářské práce bylo zmapovat teoretické znalosti a zkušenosti laické veřejnosti v poskytování první pomoci. Teoretická část této bakalářské práce se zabývá jednotlivými kapitolami první pomoci od historie, obecných zásad až po vybrané kapitoly, ve kterých by měl člověk umět první pomoc poskytnout. Praktická část se zaměřuje na předem určené cíle a hypotézy průzkumu. Hypotéza 1 předpokládala, že laická veřejnost nemá dostatečné teoretické znalosti. Hypotéza 2 předpokládala, že více jak polovina respondentů má zkušenost s poskytováním první pomoci. Výsledky průzkumného šetření hypotézu číslo 1 potvrdily. Druhá hypotéza z průzkumného šetření potvrzena nebyla. Tato bakalářská práce poukazuje na to, že laická veřejnost není dostatečně informována o dané problematice a je nutné veřejnost v této oblasti dále vzdělávat. Byla bych ráda, kdyby bakalářská práce byla pro laickou veřejnost přínosem.

BIBLIOGRAFICKÉ ODKAZY:

BYDŽOVSKÝ, J, 2011. *Předlékařská první pomoc*. 1. vydání. Praha: Grada. 117 stran. ISBN 978-80-247-2334-1.

BYDŽOVSKÝ, J, 2008. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton. 450 stran. ISBN 978-80-7254-815-6.

BYDŽOVSKÝ, J, 2006. *První pomoc*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0680-6.

DOBIÁŠ, V. a kol, 2007. *Prednemocničná urgentná medicína*. 1. vydanie. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-255-7.

DOBIÁŠ, Viliam, 2007 *Urgentní zdravotní péče*. 1. vyd. Martin: Osveta. 178 s. ISBN 978-808-0632-588.

DVOŘÁČEK, D, 2009. *Stručné dějiny poskytování první pomoci, organizovaného záchranářství a ošetrovatelské péče o zraněné*. In *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924.

ERTLOVÁ, F., MUCHA, J. a kolektiv, 2006. *Přednemocniční neodkladná péče 2*. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 368 stran. ISBN 80-7013-379-1.

FRANĚK, O., 2012. *První pomoc nejsou žádné čáry, ale dokáže zázraky*. Praha. ISBN 978-80-254-5911-9.

HRUŠKOVÁ, M., GUTVIRTH, J., 2010. *První pomoc (nejen) pro školní praxi*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-237-3.

KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KELNAROVÁ J., TOUFAROVÁ J, 2012. *První pomoc I - Pro studenty zdravotnických oborů - 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4199-4.

KELNAROVÁ J., TOUFAROVÁ J, 2012. *První pomoc II - Pro studenty zdravotnických oborů - 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4200-7.

MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 302 s. ISBN 978-802-4715-216.

NAVRÁTIL, Leoš, Petra SUKUPOVÁ a Viliam DOBIÁŠ, 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. Ediční řada - Skripta. ISBN 978-802-4723-198.

PETRŽELA, M. 2007. *První pomoc pro každého*. 1. vydání. Praha: Grada. 80 stran. ISBN 978-80-247-2246-7.

POKORNÝ, J, 2004. *Urgentní medicína*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-259-5.

POKORNÝ, J, 2005. *Lékařská první pomoc*. Dotisk prvního vydání. Praha: Galén. 351 stran. ISBN 80-7262-214-5.

POKORNÝ, J, 2007. Přednemocniční péče o nemocné a raněné v minulosti. In *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924, číslo 4, ročník 10. strana 4-9.

PUNCH, A. KEITH, F, 2011. *Základy kvantitativního šetření – Příručka pro studenty*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-381-9.

RYBÁČEK, Jan, 2011. *Úroveň znalosti první pomoci u laické veřejnosti*. Č.Bud. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERSITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, Zdravotně sociální fakulta.

SCHNEINAROVÁ, A, 2004. *První pomoc*, 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0849-X.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

PŘÍLOHY

Příloha A - Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Simona Dvořáková a jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze oboru Zdravotnický záchranář. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění anonymního dotazníku, který bude složit pro zpracování mé bakalářské práce „*Znalost veřejnosti o poskytování laické první pomoci*“. Děkuji za spolupráci a věnovaný čas.

1. Kdy přistoupíte k zahájení resuscitace?

- a) pokud je postižený v bezvědomí
- b) pokud je postižený v bezvědomí a nedýchá
- c) pokud má postižený zrychlené dýchání a reageuje

2. Resuscitaci dospělého u náhlé zástavy oběhu budete provádět v poměru?

- a) 30:2 (30 stlačení:2 vdechům)
- b) 2:30 (2 stlačení:30 vdechům)
- c) 15:2 (15 stlačení:2 vdechům)

3. Váš kolega začne krváčet z nosu, jak mu poskytnete první pomoc?

- a) položím ho na záda a ucpu nosní dírky, dám studený obklad na čelo a volám ZZS
- b) posadím ho do hlubokého předklonu, stlačím mu nosní křídla a budu chladit zátylek, neustane-li krvácení do 30 min, vyhledáme ORL nebo zajistím příjezd ZZS
- c) posadím ho do předklonu, stlačím nosní vchod, přiložím teplý obklad pro lepší prokrvení
pokud neustane krvácení do 10 min, volám ZZS

4. Při cestě do práce se stanete svědkem dopravní nehody, kde bude více zraněných, jakého postiženého budete ošetřovat jako první?

- a) postiženého s masivním krvácením
- b) postiženého v bezvědomí
- c) postiženého s poraněním páteře

5. Váš kamarád se pořeže, rána hodně krvácí, poskytnete mu první pomoc tím, že mu na ránu přiložíte tlakový obvaz, ten ale během chvíle prosákne, jak budete postupovat dále?

- a) přiložím další vrstvu tlakového obvazu
- b) přiložím škrtidlo
- c) ihned první vrstvu sundám a stlačím prsty přímo v ráně

6. Jak budete poskytovat první pomoc v případě popálenin?

- a) nejprve sundáme těsnící předměty a oděv, budeme chladit celý povrch těla a poté popálené plochy sterilně kryjeme
- b) nejprve zamezíme dalšímu působení tepla, odstraníme těsnící předměty, chladíme popálené plochy a popálené povrch namažeme a poté sterilně kryjeme
- c) nejprve zamezíme dalšímu působení tepla, odstraníme těsnící oděv, který není přiškvařený, budeme chladit popálené plochy, poté sterilně překryjeme.

7. Při vyjížděce na kole váš kamarád upadne a zlomí si dolní končetinu, jak mu poskytněš první pomoc?

- a) končetinu znehybním pouze v místě poranění pomocí improvizované dlahy
- b) končetinu znehybním a znehybním kloub nad i pod zlomeninou, použijeme improvizované dlahy
- c) končetinu nemusím znehybnovat, pokud nejde o otevřené poranění

8. Postiženého s podezřením na poranění páteře, který má normální dechovou aktivitu?

- a) ponechám ho v poloze jaké je
- b) položím na záda, fixujeme hlavu
- c) uložím do stabilizované polohy

9. Poskytoval (a) jste někdy první pomoc?(Pokud ne přeskočte na otázku číslo 12)

- a) ano
- b) ne

10. Kolikrát jste poskytoval (a) první pomoc?

- a) 1krát
- b) 2krát
- c) více jak 2krát

11. V jaké souvislosti (případě) jste první pomoc poskytoval (a)?

- a) dopravní nehoda
- b) náhle vniklé bezvědomí
- c) úrazy v domácnosti
- d) jiné - doplňte.....

12. Byl (a) jste někdy svědkem při poskytování první pomoci?

- a) ano
- b) ne

13. Absolvoval (a) jste kurz, školení, přednášku první pomoci?

- a) ano
- b) ne

14. Znáte číslo Zdravotnické záchranné služby?

a) 150

b) 155

c) 158

d) 156

Znalost veřejnosti o poskytování laické první pomoci

Simona Dvořáková, Dis

Jazykové vymezení: čeština

Klíčová slova: laická veřejnost, první pomoc, laická první pomoc

Časové vymezení: 2004 - 2015

Druhy dokumentů: knihy, články a příspěvky ve sborníku

Počet záznamů: 58 (knihy: 42, články a příspěvky ve sborníku: 16)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: Lékařská knihovna ON Příbram, a.s.