

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Ondřej Petrák

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Ondřej Petrák

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

**ZNALOST PRVNÍ POMOCI TRENÉRŮ DĚTÍ A MLÁDEŽE
RYCHLOSTNÍ KANOISTIKY V ČESKÉ REPUBLICE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

PLZEŇ 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29.3.2015

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. et Mgr. Václavu Beránkovi za odborné vedení práce, konzultace a užitečné rady.

Dále bych chtěl poděkovat všem zúčastněným trenérům za vyplnění dotazníku a především Mgr. Pavlu Hottmarovi za pomoc při rozesílání dotazníků a odborné rady týkající se vzdělávání trenérů rychlostní kanoistiky.

Anotace

Příjmení a jméno: Petrák Ondřej

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Znalost první pomoci trenérů dětí a mládeže rychlostní kanoistiky v České republice

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

Počet stran: číslované – 78, nečíslované - 16

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 17

Klíčová slova: trenéři, první pomoc, děti, mládež, znalost

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na znalosti první pomoci trenérů dětí a mládeže rychlostní kanoistiky. V teoretické části je představena rychlostní kanoistika a jsou zde popsány základní aspekty první pomoci a postupy poskytování první pomoci v různých situacích. Praktická část je zejména zaměřena na výzkum teoretických znalostí trenérů v oblasti poskytování první pomoci.

Annotation:

Surname and name: Petrák Ondřej

Department: Department of Paramedic Rescue Work and Technical Studies

Title of thesis: First Aid Knowledge of Sports Coaches Involved in Children and Junior Flat Water Canoeing in the Czech Republic

Consultant: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

Number of pages: 86

Number of appendices: 2

Number of literature item used: 17

Key words: coaches, first aid, children, junior, knowledge

Summary:

This bachelor thesis concerns the first aid knowledge of sports coaches involved in children and junior flat water canoeing. In the theoretical part is described flat water canoeing and first aid aspects in different situations. The practical part is based on the coaches' theoretical knowledge of the first aid.

OBSAH:

Úvod	9
Teoretická část	11
1 Rychlostní kanoistika	12
1.1 Historie rychlostní kanoistiky.....	12
1.2 Vymezení rychlostní kanoistiky.....	14
1.3 Vzdělávání trenérů rychlostní kanoistiky.....	15
1.4 Věkové kategorie.....	16
2 První pomoc	17
2.1 Definice první pomoci.....	17
2.2 Dělení první pomoci.....	17
2.3 Záchranný řetězec.....	18
2.4 Zdravotnická záchranná služba.....	18
2.5 Legislativa poskytování první pomoci	20
3 Poskytování první pomoci	21
3.1 Tísňová volání.....	21
3.2 Bezvědomí.....	22
3.3 Základní neodkladná resuscitace.....	23
3.4 Zlomeniny.....	26
3.5 Krvácení.....	28
3.6 Tepelná poškození organismu	30
3.7 Otravy.....	33
4 Prevence a bezpečnost	35
Praktická část	37
5 Projekt výzkumu	38
5.1 Výzkumný problém.....	38
5.1.1 Cíle výzkumu.....	39
5.1.2 Hypotézy.....	39
5.2 Metodika výzkumu.....	40
5.3 Vzorek respondentů.....	40
5.4 Zpracování údajů.....	41
6 Interpretace získaných údajů	42
7 Diskuze	64

Závěr.....	68
Seznam zdrojů.....	70
Seznam tabulek.....	72
Seznam grafů.....	73
Seznam použitých zkratek.....	74
Seznam příloh.....	76
Přílohy.....	77

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybral téma: Znalost první pomoci trenérů dětí a mládeže. Toto téma jsem zvolil proto, že se rychlostní kanoistice věnuji od útlého dětství a věnuji se jí v určité míře do teď, i když ne již vrcholově nýbrž výkonnostně. V současné době působím v mém mateřském oddíle TJ Prazdroj Plzeň jako pomocný trenér dětí a mládeže.

Teprve, až když jsem okusil na vlastní kůži práci trenéra, poznal jsem, jakou zodpovědnost to sebou přináší a jaká úskalí se mohou vyskytovat v celém tréninkovém procesu a to zejména u dětí, které je někdy velmi těžké ohlídat.

Rychlostní kanoistika je velmi náročný a komplexní sport, který je prováděn na stojatých nebo mírně tekoucích vodách, avšak jeho náročnost vyžaduje komplexní tělesnou přípravu, která probíhá i mimo vodu. Jedná se o běh, posilování, plavání, běh na lyžích atd. Toto sebou samozřejmě přináší další nebezpečí zranění či nenadálé události, se kterou by si měl být zkušený trenér umět poradit.

V této bakalářské práci proto budu zkoumat, jakou mají trenéři úroveň znalostí v poskytování první pomoci a pokusím se vytvořit školení, které by pomohlo jejich znalosti a dovednosti v této oblasti zdokonalit.

V teoretické části si představíme rychlostní kanoistiku, její historii a objasníme si, jak tento sport vlastně vypadá. Dále se zaměříme na vzdělávání trenérů rychlostní kanoistiky a věkové kategorie, ve kterých závodí rychlostní kanoisté.

Další část mé bakalářské práce se bude zabývat samotnou první pomocí, její definicí a rozdělením. Obsahem jsou i základní informace o zdravotnické záchranné službě a záchranném řetězci. V neposlední řadě si představíme i platnou legislativu zaměřující se na poskytování první pomoci.

Samotnému poskytování je věnována další část této práce, kde si představíme tísňová volání platná v České republice, péči o postiženého v bezvědomí, základní neodkladnou resuscitaci dle dosud platných Guidelines 2010. Nechybí informace o první pomoci postiženému se zlomeninami, krvácením, termickým poraněním a intoxikací.

Poslední kapitola je zaměřena na bezpečnost tréninku rychlostních kanoistů na vodě i na souši.

TEORETICKÁ ČÁST

1 RYCHLOSTNÍ KANOISTIKA

Rychlostní kanoistika není přes svou dlouhou tradici a značné úspěchy v České republice veřejnosti příliš známa. Lidé si ji často pletou s veslováním či jinými vodními sporty a proto Vám tento letní sport v mé práci představím.

V této kapitole se seznámíme s rychlostní kanoistikou, s její více než 100 letou historií v českých zemích a úspěchy českých rychlostních kanoistů na Olympijských hrách, vysvětlíme si rozdíl mezi jízdou na kajaku a na kanoi a představíme si hlavní tratě na kterých rychlostní kanoisté závodí. Seznámíme se též s typy závodních lodí a s jejich podobou.

Dále se zaměříme na trenéry rychlostní kanoistiky, jejich vzdělávání a motivaci pro práci s mládeží.

Seznámíme se také s mládežnickými a žákovskými kategoriemi a jejich věkové rozhraní, podle kterého jsou děti rozřazováni do jednotlivých závodů.

1.1 HISTORIE RYCHLOSTNÍ KANOISTIKY

Už od pradávna se na českých řekách proháněla nejrůznější plavidla. První zmínky pocházejí z patnáctého století, kdy rytíř Zachař z Pašiněvsi využíval svůj kajak k turistickým výletům. Ovšem až ve druhé polovině devatenáctého století se turistický a sportovní ruch na našich řekách rozšířil díky nově vznikajícím veslařským klubům, Pražskému Sokolu, Klubu českých turistů a Českému yacht klubu (ČYK).

Již začátkem dvacátého století probíhala na českém území velmi čilá kanoistická činnost. Dne 29. listopadu roku 1913 založil proto Josef Rössler – Ořovský Svaz kanoistů království Českého.

Po první světové válce a s vznikem samostatného Československa byla kanoistika na vzestupu a důkazem toho byl vznik Českého svazu kanoistů a vodních turistů. Rozvíjela se vodní turistika, začaly vznikat i první závodní oddíly a byly pořádány první závody spíše maratónského charakteru.

Mezi nejznámější závody, které se pořádaly v tomto období patří:

- 1921 Záhoří – Chuchle
- 1922 České Budějovice – Praha (189 km)
- 1923 Cholín – Praha (65 km)
- 1926 Praha – Měchenice – Praha

Období před a po druhé světové válce, tedy v letech 1936 – 1958, je nazýváno zlatou érou české kanoistiky. V tomto období se čeští rychlostní kanoisté zúčastnili olympijských her v Berlíně, Helsinkách, Londýně a Melbourne. Naši kanoisté v čele s Legendárním Josefem Holečkem posbírali šest zlatých, tři stříbrné a jednu bronzovou medaili. V našich výpravách tenkrát působila i další slavná jména jako Čapek, Brzák, Jindra a další.

V letech 1959 – 1992 upadá česká kanoistika spíše do průměru. V tomto období se rychlostní kanoisté zúčastnili mnoha olympiád, avšak nepřivezli z nich žádný cenný kov. Významnými závodníky v tomto období byli například: Fibigr, Dvořák, Čtvrtečka, Vrdlovec, Procházka a další. (10)

Roku 1993 se na české kanoistické scéně objevil Martin Doktor, který na OH v Atlantě roku 1996 vybojoval dvě zlaté medaile a stal se tak historicky nejúspěšnějším kanoistou české historie. Za svou kariéru získal i mnoho titulů mistra republiky, Evropy a světa. V současné době působí jako sportovní ředitel Českého olympijského výboru a vede výpravu českých reprezentantů na olympijských hrách. Ve stínu Martina Doktora však sbírali velké úspěchy i další kanoisté. Ať už to byli kanoisté Procházka, Fuksa, Kožíšek nebo Břečka, kteří vozili cenné medaile z vrcholných akcí nebo kajakářka Blahová či současný trenér české reprezentace kajakář Pavel Hottmar. (4)

V současnosti je česká rychlostní kanoistika opět na vzestupu což dokazují výborné výsledky čtyřkajaku ve složení Havel, Trefil, Dostál, Štěrba, kteří vybojovali na OH v Londýně roku 2012 bronzové medaile a jsou úřadujícími mistry světa a Evropy. Velmi kvalitních výsledků dosahuje i deblkánoe obsazená Radoněm a Dvořákem, kteří na OH v Londýně obsadili pátou příčku a z vrcholných akcí vozí cenné kovy. Největším příslibem české rychlostní kanoistiky je v současnosti dvaadvacetiletý talent Martin Fuksa, který je považován za nástupce Martina Doktora a vozí nejcennější kovy z mistrovství světa a Evropy a brousí si zuby na nejvyšší příčky na blížící se olympiádě v Riu de Janeiru.

1.2 VYMEZENÍ RYCHLOSTNÍ KANOISTIKY

Rychlostní kanoistika je jeden z tradičních olympijských sportů a také jedním z nejúspěšnějších české historie. České veřejnosti je však rychlostní kanoistka mnohdy velkou neznámou a často si ji pletou s veslováním či vodním slalomem. V této kapitole se seznámíme s pravidly rychlostní kanoistiky a objasníme si rozdíly mezi kánoí a kajakem.

Rychlostní Kanoistika je vodní, silově vytrvalostní sport, prováděný na mírně tekoucích či stojatých vodních plochách, kterými jsou řeky, rybníky, jezera, vodní nádrže či uměle vytvořené vodní kanály. Cílem je projet danou vzdálenost v co nejkratším čase a v co nejlepším pořadí.

Závodí se na kánoích, které jsou označovány C1, C2, C4 a na kajacích K1, K2, K4. Čísla v označení znamenají počty členů závodní posádky. Vyplývá z toho tedy že se závodí na lodích samostatně, což jsou singlkánoe a singlkajaky, ve dvojicích deblkánoe a deblkajaky, a čtyřčlenné lodě se nazývají čtyřkánoe a čtyřkajaky.

Závodník na kánoi v lodi klečí na jednom kolenu a loď pohání jednodílným pádlem, zatímco kajakář v lodi sedí a pohání svůj kajak dvoudílným pádlem, tedy zabírá na obou stranách lodi na rozdíl od kanoisty. Kanoi si řídí závodník sám pomocí pádla a kajak má v zadní části lodi zabudované kormidlo, které ovládá nohama ve vnitřku lodi. Obecně je kajak rychlejší než kanoe a taky o pár kilogramů lehčí.

Závody lze rozdělit do několika skupin podle jejich vzdálenosti. Závodí se na krátkých tratích, dlouhých tratích a v maratónu. Za krátké tratě jsou považovány distance 200 m, 500 m a 1000 m. Na těchto tratích se závodí na olympijských hrách. Závody na dlouhých tratích jsou různě dlouhé, ale většinou se pohybují kolem 5 km. V kanoistickém maratónu závodí kanoisté a kajakářky na 26 km a kajakáři na 30 km. Závody v maratónu jsou obohacené ještě o přibližně stometrové přeběhy, které závodníci překonávají se svými loděmi a pádly v rukou. (11)

1.3 VZDĚLÁVÁNÍ TRENÉRŮ RYCHLOSTNÍ KANOISTIKY

Trenéři rychlostní kanoistiky mohou získat tři typy trenérské licence. Mohou se stát trenéry 1., 2. nebo 3. třídy, jinde uváděno jako licence A,B,C. V této kapitole si přiblížíme, jak jsou trenéři vzděláváni, jak mohou jednotlivé licence získat a k čemu vlastně trenérské vzdělání slouží.

III. trenérská třída

Licence trenéra třetí třídy (licence C) je získávána na speciálním školení pořádaném českým svazem kanoistiky (dále ČSK). Toto dvoudenní školení je pořádáno jednou za dva roky a probíhá stylem odborných přednášek od jednotlivých specialistů v daném oboru. Přednášky jsou obecné a speciální. Obecné přednášky se zabývají anatomií, fyziologií, psychologií, výživou, ale také bezpečností a první pomocí. Speciální přednášky zase trenérům představují historii a pravidla kanoistiky, techniku pádlování na kanoi a kajaku nebo učí uchazeče jak sestavit trénink se zaměřením na rychlost, sílu a vytrvalost.

Kurz je poté zakončen zkouškou formou testu a úspěšní uchazeči se stávají trenéry rychlostní kanoistiky 3. třídy. Licence trenérům umožňuje vykonávat dobrovolnou trenérskou práci v oddílech registrovaných ČSK.

II. trenérská třída

Toto školení je obdobné jako školení pro trenéry 3. třídy. Jde zde zejména o prohlubování odborných znalostí trenérů třetí třídy. Po úspěšném absolvování kurzu získávají trenéři licenci, která je opravňuje k založení živnosti a zároveň zvyšuje uplatnění trenérů ve Sportovních střediscích (SpS) Sportovním centru mládeže (SCM) či rezortních sportovních centrech (RSC).

I. trenéřská třída

Uchazeči o licenci A musí již absolvovat trenéřskou školu FTVS UK v Praze. Toto studium je dvouleté a zakončené závěrečnou zkouškou před zkušební komisí a obhajobou závěrečné práce zaměřené na kanoistiku.

Absolventi získají osvědčení o úspěšném absolvování studia Trenéřské školy UK FTVS v Praze a získávají trenéřský průkaz nejvyššího trenéřského vzdělání. Tito trenéři se poté mohou stát vedoucími mezinárodních reprezentací.

Trenéři bez trenéřské licence

Tito trenéři bývají buď zkušení bývalí nebo současní závodníci, kteří neabsolvovali žádný specializovaný kurz, avšak své zkušenosti dobrovolně a s radostí předávají dál mladým talentovaným závodníkům. Nemohou však pracovat jako trenéři SpS, SCM či RSC a tudíž pobírat za svou práci s mládeží dotace od ČSK. (17)

1.4 VĚKOVÉ KATEGORIE

Dle řádů rychlostní kanoistiky startuje závodník ve věkové skupině odpovídající jeho kalendářnímu věku. Pro určení věkové kategorie je rozhodující období od 1.1. do 31.12. daného roku narození.

V rychlostní kanoistice jsou tyto kategorie:

- benjamínci, benjamínky 12 let a mladší
- žáci, žákyně 13 – 14 let
- dorostenci, dorostenky 15 – 16 let
- junioři, juniorky 17 – 18 let
- muži, ženy 19 let a starší
- veteráni, veteránky A 35 – 39 let
- B 40 – 44 let
- C 45 – 49 let
- D 50 – 54 let
- E 55 – 59 let
- F 60 let a starší (1)

2 PRVNÍ POMOC

Kapitola je zaměřena především na definování pojmu první pomoc, její rozdělení a seznámení s legislativou upravující první pomoc a její poskytování. Dále si představíme základní priority záchranného řetězce a strukturu zdravotnické záchranné služby.

2.1 DEFINICE PRVNÍ POMOCI

„První pomoc je definována jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky ohrožení či postižení“ (3, s. 9)

Jedná se o okamžitou pomoc poskytnutou zraněnému nebo nemocnému člověku před jeho kontaktem s profesionální zdravotní péčí. Tato pomoc se týká nejen problematiky poranění či nemoci, nýbrž veškeré péče o postiženého, a to včetně psychosociální podpory postižených osob nebo svědků události. (6)

2.2 DĚLENÍ PRVNÍ POMOCI

První pomoc (PP) se v zásadě dělí na technickou, laickou zdravotnickou a odbornou zdravotnickou PP.

Technická PP má za úkol odstranění příčiny úrazu a vytvoření bezpečných podmínek pro poskytování zdravotnické první pomoci. Jedná se především o zásah hasičů, horské nebo vodní záchranné služby, v kritických případech musí zasáhnout záchránce svépomocí, neohrožuje-li situace jeho vlastní zdraví.

Laická zdravotnická PP je souborem základních odborných a technických opatření, která jsou zpravidla poskytována bez specializovaného vybavení. Hlavní je především přivolání odborné zdravotnické pomoci, popřípadě technické pomoci a péče o postiženého do doby převzetí odborné zdravotnické první pomoci.

Odborná zdravotnická PP zahrnuje výkony prováděné školeným zdravotnickým personálem. Mezi tyto výkony patří zejména aplikace léků, použití diagnostických a léčebných přístrojů a transport na specializované pracoviště. (3)

2.3 ZÁCHRANNÝ ŘETĚZEC

Záchranným řetězcem rozumíme časově věcně i odborně na sebe navazující komplex jednotlivých článků o osoby, které jsou bezprostředně ohrožené na životě v důsledku náhle vzniklé poruchy zdraví.

Skládá se z pěti na sebe navazujících částí:

Laická první pomoc – poskytnutí základní laické první pomoci popřípadě technické první pomoci.

Tísňové volání – vyrozumění a přivolání odborné první pomoci na lince 155.

Odborná první pomoc – přednemocniční odborná první pomoc.

Zajištěný transport – stabilizace stavu postiženého a transport sanitním vozem do specializovaného nemocničního zařízení.

Nemocniční neodkladná péče – přijetí postiženého na lůžko intenzivní a neodkladné péče. (13)

2.4 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) je jednou z hlavních složek integrovaného záchranného systému (IZS) v ČR jejíž základní činností je zajišťování přednemocniční neodkladné péče u stavů ohrožujících lidský život.

Zdravotnickou záchrannou službu v ČR provozují Územní střediska záchranné služby (ÚSZS) zřizované jednotlivými kraji, které se dále organizačně člení na Oblastní střediska záchranné služby (OSZS) a jednotlivá výjezdová stanoviště.

ÚSZS se dělí na jednotlivé úseky. Nejvyšším je *řídící úsek*, kde sídlí ředitel, provozní náměstek, ekonomický náměstek, personální náměstek a náměstek

pro LPP. Dále *úsek zdravotnického operačního střediska, úsek krizového managementu a zdravotní úsek*, což jsou jednotlivá výjezdová stanoviště a skupiny.

Tísňové výzvy jsou přijímány dispečerem zdravotnického operačního střediska (ZOS), jenž rozhoduje o nasazení příslušného typu výjezdové skupiny. Maximální dojezdová doba mimo zvláštních okolností je legislativně stanovena na 20 minut.

Rozlišujeme různé typy výjezdových posádek podle složení a počtu zdravotnických pracovníků. Rychlá zdravotnická pomoc (RZP) je složena z řidiče a zdravotnického záchranáře nebo sestry pro intenzivní péči. Posádka rychlé lékařské pomoci (RLP) je doplněna o atestovaného lékaře a vysílána při život ohrožujících stavech a předpokladu aplikace léků. V současné době ho začíná nahrazovat takzvaný setkávací systém rendez-vous (RV), kdy je vysílán osobní vůz s lékařem a zdravotnickým záchranářem společně s vozem RZP, kdy lékař postiženého zaléčí a rozhodne o jeho transportu. Specifická je letecká záchranná služba, která je povolávána k závažným případům, které potřebují rychlý transport do vzdáleného zdravotnického zařízení. Osádka se skládá ze dvou zkušených pilotů popřípadě i palubního technika a atestovaného lékaře se zdravotnickým záchranářem či sestrou pro intenzivní péči.

Některé ZZS poskytují také takzvanou lékařskou službu první pomoci (LSPP) nebo také „pohotovost“. Ta supluje činnost praktického lékaře mimo jeho ordinační dobu. Poskytuje se v ambulancích a službu slouží praktičtí lékaři, popřípadě lékaři ZZS.

Doprava raněných, nemocných a rodiček (DRNR) nebo jen dopravní zdravotnická služba (DZS) je také záložní kapacitou pro řešení mimořádných událostí.

V rámci pozemní záchranné služby se obecně uplatňují dva přístupy v závislosti na povaze závažnosti stavu pacienta a dosažitelnosti nemocničního zdravotnického zařízení. Tím prvním je takzvaný „*stay and play*“, kdy je prioritou maximum terapie na místě a posléze transport do zdravotnického zařízení. Přístup „*load and go*“ nebo také „*scoop and run*“ provádí pouze nejnutnější vyšetření a ošetření a prioritou je rychlý transport. Tento přístup je vhodný zejména pro velké aglomerace a kritické stavy vyžadující další rychlou intervenci. (2)

2.5 LEGISLATIVA POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI

Poskytnout první pomoc je povinností každého občana bez rozdílu věku a vzdělání a spadá do soustavy občanských povinností. Je však rozdíl v poskytnutí první pomoci neškoleným laikem a školeným profesionálem, čemuž odpovídá trestní postih v případě jejího neposkytnutí.

Právními aspekty poskytování první pomoci se zabývá zejména Trestní zákoník č. 40/2009 Sb. a také zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Tyto zákony jsou níže uvedeny v platném znění.

Trestní zákoník č. 40/2009 Sb. Neposkytnutí pomoci

§150

(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 trestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

§151

Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na pět let nebo zákazem činnosti. (15)

Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách je povinností zdravotnického pracovníka poskytnout odbornou první pomoc, každému kdo je ohrožen na životě nebo je vážně ohroženo jeho zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem. Dále je povinen zajistit poskytnutí zdravotních služeb dle potřeby. (16)

3 POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI

„Správně poskytnutá první pomoc může způsobit příznivý zvrát mezi životem a smrtí, mezi možností rychlého uzdravení a dlouhým pobytem v nemocnici nebo mezi dočasnou a trvalou neschopností. Znalosti první pomoci lze využít k ošetření ostatních, ale stejně tak i sebe samotného.“ (9, s. 10)

3.1 TÍSŇOVÁ VOLÁNÍ

Tísňová volání slouží k ohlášení mimořádných událostí a k vyžádání složek IZS. Každá ze složek má přidělené své telefonní číslo. Tyto čísla slouží k oznámení událostí v případech, kdy je ohrožen život, zdraví, majetek, základní lidská práva, životní prostředí nebo veřejný pořádek.

Linky tísňového volání

150 – Hasičský záchranný zbor

155 – Zdravotnická záchranná služba

158 – Policie ČR

156 – Obecní (městská) policie

112 – Jednotné evropské číslo tísňového volání

K těmto číslům je garantován bezplatný a nepřetržitý přístup z pevných telefonních linek, mobilních telefonů i veřejných telefonních automatů. (12)

Na území České republiky se upřednostňuje národní tísňová linka 155. Evropské číslo tísňového volání by se mělo použít na území ostatních států Evropy, kde je toto číslo zavedeno nebo v případě, že volání na linku 155 není možné, není-li například dostupný signál mobilní sítě.

Na tísňovou linku volá záchránce vždy, je-li svědkem náhlého zhoršení zdravotního stavu postiženého, závažného úrazu nebo děje, který zřejmě bude mít za následek úraz či jiné poškození zdraví, a to i v situacích, není-li si záchránce jist, zda se o takový stav jedná.

Zachránce sdělí dispečerovi tísňové linky, **co se stalo**, to znamená situace, typ postižení a počet postižených, a **kde se událost stala**. Dále **odpovídá na dotazy** dispečera tísňové linky a za žádné situace nepokládá telefon jako první. Po ukončení hovoru zůstává zachránce **v dosahu telefonu** pro případné upřesňující dotazy dispečera. V některých případech musí dispečer záchranné služby udělit zachránci rady týkající se první pomoci, takzvanou telefonicky asistovanou první pomoc (TAPP) nebo telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci (TANR). Zachránce se řídí pokyny dispečera a před příjezdem ZZS postupuje následovně:

- Poskytne PP postiženému
- Zajistí podmínky pro přístup posádky k místu události. Důležité je vyslání kontaktní osoby před dům, otevření domu, osvětlení příjezdové cesty a uzavření psa.
- Pokud to umožní situace, neměl by zachránce opouštět postiženého a nepřetržitě sledovat jeho stav. (6)

3.2 BEZVĚDOMÍ

„Jedná se o stav selhání jedné ze tří základních životních funkcí. Postižený není schopen kontaktu s okolím. Na rozdíl od spánku jeho mozek nereaguje ani na varovné podněty přicházející zevnitř organismu. Škála bezvědomí je velmi široká, čím je hlubší, tím je závažnější.“ (5, s. 19)

Bezvědomí může být způsobeno úrazem hlavy, onemocněním mozku, kam spadá epilepsie, nádory či závažné krvácení. Intoxikace organismu bývá častou příčinou bezvědomí, což může být způsobeno požitím nadměrného množství alkoholu, uklidňujících léků či návykových látek.

Postižený v bezvědomí padne k zemi nebo se vsedě zhroutí, tělo je zpravidla bezvládné, ale mohou být přítomné i křeče. Není přítomná žádná reakce na oslovení, popřípadě nesrozumitelně mumlá. Na bolestivý podnět nemusí být reakce žádná nebo může být přítomen obranný pohyb, případně grimasa. Dýchání je zpravidla spojeno s abnormálními pohyby a zvuky.

V důsledku chybějících obranných reakcí je největším nebezpečím dušení. Při bezvědomí dochází k ochabnutí většiny svalů včetně těch, které udržují průchodnost dýchacích cest. V důsledku toho dochází u ležícího pacienta k zapadnutí kořene jazyka a poklesu měkkého patra. Tyto struktury vytvoří překážku pro vstup vzduchu do dýchacích cest. Člověk v bezvědomí nemá dostatečně aktivní reflex kašle, což může mít za následek vniknutí cizích těles do dýchacích cest například zvratky nebo krev.

Bezvědomý by měl být co nerychleji přemístěn do vodorovné polohy a záklonem hlavy, popřípadě předsunutím dolní čelisti by mělo dojít k oddálení kořene jazyka a uvolnění dýchacích cest. Poté by mělo dojít ke kontrole a vyčištění dutiny ústní. Měla by být odstraněna všechna cizí tělesa včetně zubních náhrad. Po zprůchodnění dýchacích cest přichází na řadu zjištění kvality dýchání. Pokud je kvalita dostatečná, uvede se postižený do stabilizované polohy. Cílem stabilizované polohy je udržení průchodných dýchacích cest a snížení rizika aspirace. U bezvědomého musí být neustále kontrolována kvalita dýchání a vědomí a eventuálně musíme i korigovat polohu. Může být přítomno zvracení nebo krvácení z dutiny ústní, proto je nutná opakovaná hygiena dutiny ústní. (5)

„Stabilizovaná poloha na boku je zajištěna pokrčením dolní končetiny strany, na níž postižený leží. Druhá dolní končetina je natažena. Horní končetina strany, na níž tělo spočívá, je natažena a zapažena. Zakloněná hlava spočívá na druhé horní končetině, jež je skrčena v lokti.“ (5, s. 21)

Většina bezvědomí bývá přechodným stavem a jejich příčina je tedy řešitelná. Úmrtí v důsledku udušení je odvrátitelné. (5)

3.3 ZÁKLADNÍ NEODKLADNÁ RESUSCITACE

„Kardiopulmocerebrální resuscitace je soubor léčebných opatření vedoucích k obnově cirkulace okysličené krve a prevenci orgánovému poškození (zejména mozku) hypoxií u osoby s náhlou zástavou oběhu.“ (2, s. 42)

Při základní resuscitaci se řídíme pravidlem „**ABC**“ – základní podpora životních funkcí

- **Airway** – zajištění průchodnosti dýchacích cest záklonem hlavy a vyčištění ústní dutiny
 - **Breathing** – umělé dýchání
 - **Circulation** – masáž hrudníku
- + **Defibrillation** – použití automatického externího defibrilátoru (AED)
- (2)

Resuscitace znamená oživování postiženého ve stádiu klinické smrti. Za nástup klinické smrti považujeme zástavu oběhu. Zástavou oběhu rozumíme přerušeni oběhu krve následkem selhání činnosti srdce jako pumpy.

Mezi hlavní vyvolávající příčiny náhlé zástavy oběhu (dále NZO) patří onemocnění srdce a také úraz elektrickým proudem. Dále může být náhlá zástava oběhu vyvolána následkem dechové nedostatečnosti, tonutím, intoxikací či těžkými traumaty hrudníku nebo velkou ztrátou krve.

Typickými příznaky NZO je ztráta vědomí, kdy postižený nereaguje na oslovení ani bolestivý podnět a porucha dýchání s lapavými dechy nebo úplnou absencí dýchání.

Pokud není včas zahájena kardiopulmonální resuscitace (dále KPR) dochází během 3-5 minut k postupnému odumírání mozkových buněk. Bez účinné resuscitace je šance na přežití nulová.

Cílem základní neodkladné resuscitace je udržení krevního oběhu do příjezdu zdravotnické záchranné služby.

Postup první pomoci

- V první řadě se zachránce ujistí, že jemu ani postiženému na místě nehrozí žádné další nebezpečí.
- Oslovením a mírným zatřesením postiženého se zjistí zda reaguje.
- *Pokud postižený reaguje*, ponechá ho zachránce v poloze, v jaké ho našel a v případě potřeby přivolá ZZS a poskytne první pomoc.
- *Pokud postižený nereaguje*, pokusí se zachránce přivolat někoho dalšího na pomoc, šetrně otočí postiženého na záda a uvolní záklonem hlavy dýchací

cesty. Při udržování průchodnosti dýchacích cest zkontroluje záchránce, zda postižený normálně dýchá sledováním pohybu hrudníku a tváří přiloženou k ústům postiženého poslouchá a pociťuje proudící vzduch.

- Pokud si je záchránce jist, že postižený dýchá normálně, uloží ho do stabilizované polohy a přivolá ZZS.
- Pokud postižený nereaguje a záchránce má pochybnost o normálním dýchání, přivolá si předně někoho na pomoc a oznámí příhodu na tísňovou linku.
- Poklekne vedle postiženého a položí dlaně propletené v prstech na střed hrudníku. Zaujme polohu kolmo nad hrudníkem a s dlaněmi propnutými v loktech stlačuje hrudník frekvencí alespoň 100 za minutu do hloubky 5 - 6 cm.
- Záchránce pokračuje ve stlačování hrudníku do příjezdu ZZS nebo pokud ho nevystřídá jiný záchránce, eventuelně dokud se postižený nezačne budít.
- Pokud je záchránce vyškolen a zároveň ochoten provádět umělé dýchání, kombinuje stlačení hrudníku a umělé vdechy v poměru 30:2.
- Je-li na místě události dostupný automatický externí defibrilátor (dále AED) použije se při současně prováděné KPR. Když se přístroj zapne, řídí se záchránce jeho hlasovými pokyny. Nalepí jednu elektrodu pod levé podpaží a druhou pod pravou klíční kost postiženého. Během analýzy srdečního rytmu a případně podaném defibrilačním výboji by se postiženého neměl nikdo dotýkat. Po podání výboje se dále pokračuje v KPR. (6)

Resuscitace dětí spočívá v kombinaci srdeční masáže a umělého dýchání.

Při základní neodkladné resuscitaci, jsou za děti považováni postižení od narození do známek nástupu puberty. Vyvolávající příčiny NZO u dětí jsou nejčastěji vdechnutí cizího tělesa či potravy, záněty v oblasti hrtanu, bezvědomí s křečemi, tonutí a úrazy. Srdeční příčiny se u dětí vyskytují vzácně.

Postup resuscitace je obdobný jako u dospělých, avšak dává se zde větší zřetel na umělé dýchání, které by mělo být prováděné jenom takovým množstvím vzduchu, aby bylo patrné zvedání hrudníku. Celá resuscitace by měla začít pěti umělými vdechy. Pokud poté nejeví dítě známky života, pokračuje se patnácti stlačeními hrudníku. Podle výšky a váhy dítěte se hrudník stlačuje buď dvěma

prsty u kojenců, jednou rukou u menších dětí a oběma rukama u dětí větších. KPR se provádí v poměru patnácti stlačení ku dvěma umělým vdechům do příjezdu ZZS nebo dokud se dítě nezačne budit. Pokud je na místě více zachránců, zavolají ZZS ihned, jakmile zjistí, že dítě nereaguje. Je-li přítomen pouze jeden zachránce, resuscituje jednu minutu a až poté přivolá ZZS. (14)

3.4 ZLOMENINY

„Zlomenina vzniká v důsledku přímého působení hrubé síly nebo přenosem působící síly z kloubu na kost u luxačních zlomenin.“ (7, s.40)

Rozeznáváme zlomeniny:

- **Traumatické**, kde dochází k poškození zdravé tkáně zevním násilím.
- **Patologické**, kde je zdravá tkáň poškozená již malým traumatem.
- **Únavové**, kde vlivem dlouhodobého přetěžování nemocné tkáně dochází k poškození.

Dále jsou zlomeniny:

- **Úplné**, která prochází s linií lomu mezi úlomky.
- **Neúplné**, kde dochází k nalomení kosti.
- **Dislokace**, u níž dochází k posunu úlomků.

Podle toho, zda byla porušena kůže nad místem traumatu, rozeznáváme zlomeniny **uzavřené** a **otevřené**. Postižený je ohrožen vnitřním krvácením a následným vznikem šoku nebo vstupem infekce do rány u otevřených zlomenin.

Obecnými příznaky zlomenin jsou:

- Bolest v místě poranění
- Zduření
- Otok
- Hematom
- Deformace končetiny
- Nepřirozená pohyblivost
- Krepitace neboli drhnutí kostí při prohmatávání

- Vyčnívající úlomek kosti u otevřených zlomenin
- Ztráta funkce končetiny

Při přítomnosti uvedených příznaků přistupujeme k poraněním jako ke zlomeninám. Úplné potvrzení však s jistotou potvrdí až rentgenové vyšetření ve zdravotnickém zařízení.

Obecné zásady PP u zavřených zlomenin:

- Zabránění pohybu zlomené části.
- Fixace zlomeniny.
- Zajištění bezpečného převozu a odborného vyšetření postiženému.
- PP zajišťována na místě události. Přemístění postiženého pouze v případě ohrožení života.
- Ošetření postiženého vleže na zádech, při zlomeninách žeber a horních končetin vsedě s oporou zad.
- Zavřené zlomeniny ošetřovat přes oděv. Zbytečně nezpůsobovat bolest postiženému vysvlékáním.
- Zajištění transportu do zdravotnického zařízení. Dle vážnosti poranění zvážit, zda transportovat vlastním vozem nebo přivolat ZZS.
- Upozornění na možnost operačního řešení a nedovolit postiženému kouřit, pít nebo jíst.

Obecné zásady PP u otevřených zlomenin:

- Zastavení krvácení.
- Zabránit infikování rány.
- Omezení pohybu postižené končetiny.
- Zajištění rychlého převozu do zdravotnického zařízení.
- S postiženým hýbat jen v případě nutnosti.
- Přítomnost krve na oblečení znamená předpoklad, že se jedná o ránu otevřenou. Nad zraněným místem proto odtrhnou nebo odstříhnou část oděvu.
- Desinfekce místa poranění a přiložení sterilního čtverce či velmi čisté části látky.

- Vyčnívá-li z rány kost, obloží se kusem látky či sterilní gázy, aby kost převyšovala. Dále se podložené místo překryje a obváže obvazem. Otevřená zlomenina se poté znehybní stejně jako u zavřené zlomeniny.
- Provedou se protišoková opatření **5T**
- Upozornění na možnost operačního řešení a nedovolit postiženému kouřit, pít nebo jíst. (7)

Protišoková opatření **5T**:

- **Tepl**o – zajištění tepelného komfortu a zamezit tepelným ztrátám použitím například alufolie či deky. Nenechat postiženého ležet na holé zemi, jelikož mu hrozí prochladnutí i při teplotě 25 °C.
- **Tekutiny** – v zásadě nepodávat ústy, pouze tlumit pocit žízně svlažováním rtů.
- **Ticho** má psychologický vliv, uklidňování postiženého a kompenzování rušivých podnětů.
- **Tišení bolesti** ve smyslu znehybnění a zastavení krvácení, aplikace analgetik ústy není vhodná pro riziko zvracení a následné aspirace.
- **Transport** by měl být zajištěn co nejdříve. Pokud to stav postiženého dovoluje, transportuje se vlastním vozem, pokud ne, měla by být přivolána ZZS. (3)

3.5 KRVÁCENÍ

„Celkový objem krve v těle dospělého člověka je asi 4,7 – 5,7 litrů krve. Rychlá ztráta dílu tohoto objemu (0,9 litrů a více) může vést k šoku s následnou smrtí. Dítě, které ztratí 0,4 litrů krve, je již ve vážném nebezpečí. Podle toho, odkud a kam krev vytéká, rozlišujeme vnější a vnitřní krvácení a krvácení z přirozených otvorů.“ (9, s. 63)

Vnější krvácení je spojeno s krvácením otevřených ran a je možné jej rozdělit do tří typů podle druhu poraněné cévy.

- *Tepenné krvácení* je typické tím, že jasně červená krev z rány stříká nebo vytryskuje s pulzací z rány. Jedná se o nejzávažnější typ krvácení, protože může dojít ke ztrátě velkého množství krve za velmi krátkou dobu. Navíc se krev se na povrchu rány špatně sráží.
- *Žilní krvácení* je charakteristické tmavou krví plynule tekoucí z rány. Toto krvácení se kontroluje snadněji než tepenné. Krvácení z velkých žil může být nicméně stejně masivní a těžce kontrolovatelné jako krvácení tepenné.
- *Kapilární krvácení* je nejběžnějším a nejméně nebezpečným typem krvácení, při kterém krev pomalu teče z kapilár a je snadno kontrolovatelné. Obvykle se krev sráží a krvácení se samo zastaví.

V PP **při vnějším krvácení** je nejdůležitější kontrola krvácení bez ohledu na typ krvácení nebo zranění. Je důležité, aby se záchránce chránil ochrannými rukavicemi nebo jinými ochrannými pomůckami proti eventuelním nemocem postiženého. Pokud nejsou k dispozici žádné ochranné pomůcky, stlačí si postižený ránu svou rukou, pokud je toho schopen. Přes celou ránu se přiloží sterilní gáza nebo čistá látka a poté se rána přímo stlačí pomocí prstů nebo dlaně alespoň po dobu 5 minut. Přes krví nasáklé obklady se přiloží nový. Při krvácení končetin pomůže postiženou končetinu, za stálého působení tlaku na ránu, zvednout nad úroveň srdce, čímž se tok krve omezí. Dále je možnost použití tlakového obvazu pro přichycení obkladu na ráně. Obvaz se omotá pevně přes obklad a také nad a pod poraněným místem. Stále se pokračuje s přímým stlačováním rány, dokud se krvácení nezastaví. Jakmile je krvácení zastaveno, rána se definitivně ošetří.

Přiložení zaškrcovala je indikováno pouze v případech úrazové amputace s masivním krvácením nebo nekontrolovatelného masivního krvácení na končetinách.

Vnitřní krvácení je takové, kdy nedojde k poškození kůže a krev není vidět. Toto krvácení může obtížně rozeznatelné a životu nebezpečné. Při krvácení žaludečních vředů, protržené ledvině či natržené slezině, může vytékat značné

množství krve do břišní dutiny bez vnějších známek krvácení, pouze se známkami přítomnosti šoku. Zlomeniny mohou také způsobit vážnou vnitřní ztrátu krve. Zlomenina stehenní kosti může snadno způsobit ztrátu 0,9 litrů a více. Vůbec nejzávažnější jsou zlomeniny pánve, kde dochází k největším krevním ztrátám.

Mezi příznaky vnitřního krvácení patří:

- Vytékání světlé krve z úst, konečníku nebo krev v moči.
- Nemenstruační vaginální krvácení.
- Zvracení krve.
- Černá, páchnoucí, dehtovitá stolice.
- Bolest, citlivost, pohmožděnina nebo otok.
- Zlomená žebra, modřina přes dolní část hrudníku nebo ztvrdlé břicho.

PP u vnitřního krvácení se zaměřuje zejména na kontrolu postiženého a prevenci rozvoje šoku. Průběžné sledování dýchání a přeložení do stabilizované (v případě zvracení) nebo protišokové polohy zvednutím dolních končetin o 20 – 30 centimetrů, pokud to jeho stav dovoluje. V případě zlomenin se manipulace s postiženým nedoporučuje. Samozřejmě je okamžité přivolání ZZS. (9)

3.6 TEPELNÁ POŠKOZENÍ ORGANISMU

Jsou způsobena působením extrémních teplotních vlivů na organismus vyvolaných příliš vysokou nebo naopak příliš nízkou teplotou. Tepelné poškození organismu můžeme rozdělit na celkové a lokální. Mezi celková tepelná poškození řadíme přehřátí a podchlazení organismu. Lokálním tepelným poškozením jsou myšleny zejména popáleniny a opařeniny společně s omrzlinami.

Přehřátí se projevuje červeným zabarvením kůže, horečkou, celkovou únavou, malátností, zmateností, poruchami vědomí až bezvědomí, je patrné zrychlené a povrchní dýchání, zvýšená tepová frekvence, pocení, poruchy zraku a sluchu a postižený může zvracet. Celkové přehřátí organismu se nazývá **úpal**, poškození vlivem přímého působení slunečních paprsků na hlavu, které způsobují

překrvení mozkových obalů, se nazývá **úžeh**. V těchto případech je zejména důležitá technická první pomoc, což znamená zamezení dalšího působení vysoké teploty, to znamená odvedení z horkého prostředí do chladnější místnosti nebo stínu. Zajištění vnějšího ochlazení pomocí vlažných zábalů, sprchy, proudění čerstvého vzduchu a při vědomí podávání chlazených nápojů po doušcích.

Podchlazení bývá spojeno s poklesem srdeční a dechové frekvence, hypoxií mozku, vlivem snížené tělesné teploty, přestane být postižený mobilním. Později se objevuje bledost a pomalá ztráta vědomí spojená s povrchním dýcháním a arytmiemi. U podchlazeného by mělo v první řadě dojít k zabránění další ztrátě tepla. To znamená přidání oděvu, zabalením do deky nebo termoizolační folie a podání zdroje energie ve formě čokolády a teplého nápoje. Postižený by se měl zbavit veškerého mokrého oděvu a postupně zahřívát. Při těžkém podchlazení se vyvarovat hýbání s končetinami, které obsahují studenou krev, která by ochladila jádro a prohloubila hypotermii. V žádném případě nepodávat alkohol, který způsobuje rozšíření cév, pokles krevního tlaku a dochází k dalšímu úbytku tepla.

Popáleniny a opařeniny ohrožují poraněného šokem a vstupem infekce. Celková závažnost poškození závisí na rozsahu, hloubce, věku postiženého, umístění a příčině. K určení rozsahu poškozené plochy používáme takzvané „**pravidlo devíti**“. Je-li poškozeno více jak 15% u dospělých a 10% u dětí, rozvíjí se známky šoku. K lékaři by měl být doprovoben každý s popálením od 1% povrchu těla, což odpovídá ploše dlaně ruky. (3)

Pravidlo devíti orientačně rozděluje povrch těla na oblasti o rozsahu 9% na povrchu kůže. Je rozdílné u dospělých, dětí a kojenců.

Dospělý

- Hlava 9%
- Horní končetiny – každá 9%
- Hrudník a břicho 18%
- Horní a dolní část zad 18%
- Dolní končetiny – každá 18%
- Oblast genitálu 1%

Děti (do 5 let věku)

- Hlava 14%
- Horní končetiny – každá 9%
- Dolní končetiny – každá 16%
- Trup 18%
- Záda 18%

Kojenci

- Hlava 18%
- Horní končetiny – každá 9%
- Dolní končetiny – každá 14%
- Trup 18%
- Záda 13% + 5% hýždě

Hloubka postižení kůže se rozděluje do čtyř stupňů.

- 1. stupeň** - kůže je *zarudlá*, oteklá jako při spálení sluncem, ke zhojení dochází do dvou týdnů bez následků
- 2. stupeň** - odlučují se povrchové vrstvy ve formě *puchýřů*, hrozí velké ztráty tekutin a nebezpečí druhotné infekce, rozdělováno dále na povrchní (2a) a hluboké postižení (2b)
 - a)** postižena je epidermis a horní část dermis, spodina je růžová a puchýř obsahuje čirou tekutinu, která později rosolovává, puchýře by neměli být odstraňovány, charakteristická je silná bolest, hojení trvá 10 – 14 dnů
 - b)** postižena je hluboká část dermis, spodina je tmavě červená a snadno se infikuje, hojí se 3 – 5 týdnů
- 3. stupeň** - kůže je poškozena v plné tloušťce, dochází k nekróze, kůže je šedá až hnědočerná, suchá tvrdá, necitlivá a nebolestivá, téměř vždy komplikace druhotné infekce a velkých ztrát tekutin, hojení obtížné a zdlouhavé
- 4. stupeň** - dochází k úplné nekróze kůže, podkoží, svalstva a kosti, nutná amputace

První pomocí u popálenin je především okamžité zastavení působení tepla, to znamená vyproštění, uhašení hořícího textilu atd. Na malé popáleniny lze aplikovat studenou vodu, ne však na otevřené plochy. Postiženému se stáhne oděv, pokud je to možné a odstraní veškeré prsteny, náušnice a náramky. Postižené plochy se kryjí sterilním obvazem. Zakázáno je použití mastí a zásypů. U popáleného by měla být provedena protišoková opatření včetně použití alufolie. ZZS by měla být volána každému s více než 1% popálení. (7)

Omrzliny

„Organismus se při místním podchlazení brání ztrátě tepla tím, že dochází k smrštění cév na koncových částech těla. Proudění krve se omezí na minimum a dochází k tomu, že tyto tkáně nejsou zásobovány kyslíkem ani živinami. Jestliže nízké teploty přetrvávají po několik hodin, buňky odumírají v důsledku nedostatku kyslíku a živin. V případě, že teplota v tkáni klesne pod bod mrazu, buňky praskají, dochází ke zničení buněčného jádra a do krve a okolních tkání se dostávají tyto rozpadové produkty, které jsou pro vlastní organismus vysoce toxické.

Vznikají na nekrytých částech těla, špatně prokrvených částech končetin nebo místech vystavených tlaku (boty, oděv).“ (7, s. 125)

Hloubku poškození dělíme na tři stupně:

- 1. stupeň** – jedná se o povrchové poškození, kůže je bledá, nafialovělá a málo citlivá
- 2. stupeň** – poškozeny jsou všechny vrstvy, kůže je necitlivá, nažloutlá s puchýři
- 3. stupeň** – poškození je hluboké pronikající do podkožních tkání, zasaženy jsou i svaly, nervy, cévy, odumrtí tkáně je nenávratná, zmrzlé části jsou křehké a po rozmrznutí se rozpadají, často končí amputací poškozené části těla

V první pomoci u omrzlin by mělo být zajištěno postupné celkové zahřívání. Přimrzlé části oděvu by neměly být strhávány. Na postižené plochy přiložit sterilní krytí, provádět protišoková opatření 5T s použitím alufolie a přivolání ZZS. (7)

3.7 OTRAVY

„Jed (toxin) je jakákoli látka, která při vniknutí do těla nebo v kontaktu s kůží svým chemickým složením poškozuje zdraví nebo způsobuje smrt.“ (9, s. 111)

Jedy mohou do organismu vniknout:

- Požitím – přes ústa.
- Vdechnutím – přes plíce.
- Vstřebáním – přes kůži.
- Vbodnutím – pomocí injekční jehly.

Okolo 80% všech otrav je příčinou v polknutí jedovaté látky. Zdrojem otrav mohou být různé léky, rostliny, čisticí přípravky apod.

Příznaky otrav jsou nejčastěji bolesti a křeče v oblasti břicha, pocit na zvracení nebo zvracení, průjem. Postižený může pociťovat pálení, pach v ústech nebo mít skvrnu kolem úst, závrativé stavy až bezvědomí. V blízkosti postiženého se často vyskytují obaly či nádoby od požitých jedovatých látek což je důležité pro další léčbu.

Při první pomoci jsou důležité zásadní informace o věku a váze postiženého, o požití látky, kdy by se měla ponechat nádoba a případně zvratky pro analýzu. Dále jak velké množství bylo požit a kdy k požití došlo. Při požití leptavých nebo žíravých látek je doporučováno zředění látek vypitím studené vody nebo mléka, čímž se jedovaté látky zchladí a sníží se intenzita jejich působení. Volána by měla být okamžitě ZZS a postižený by měl být průběžně sledován a kontrolován ve stabilizované poloze. Možností je také podání aktivního živočišného uhlí, které jedovatou látku naváže a udrží jí v zažívacím systému. (9)

4 PREVENCE A BEZPEČNOST

„Zachování bezpečnosti a zásady první pomoci jsou nedílnou součástí znalostí každého trenéra. V průběhu jakékoliv práce s dětmi i dospělými dochází, často nezaviněně k řadě úrazů. Těmto úrazům je třeba jednak předcházet a jednak si s nimi poradit, když už k nim z jakéhokoliv důvodu dojde.“ (8, s. 36)

Bezpečnost rozlišujeme podle prostředí a typu tréninku, který právě provozujeme.

Na vodě půjde především o snížení nebo úplné odstranění rizika utonutí. Platí proto dvě základní zásady v tréninku na vodních plochách. Tou hlavní je povinnost plovací vesty u sportovců do 15 let, které by měli mít nosnost alespoň 3kg. Obecně platí zásada, že na vodu by neměl být puštěn nikdo, o kom spolehlivě nevíme, že je dobrým plavcem. Pokud si nejsme jisti, trváme na použití plovací vesty. Dále je samozřejmostí, že mladší sportovce nebo začátečníky nepustíme na vodu bez spolehlivého doprovodu buďto trenéra nebo spolehlivého a zkušenějšího závodníka.

V posilovně a tělocvičně jde především o seznámení s prostředím a upozornění na možná rizika úrazu. Největší nebezpečí hrozí při tréninku na posilovacích strojích a s činkami. Měly by být proto dodržovány následující zásady. V první řadě, nikdy nepřipustit v tělocvičně přílišnou nekázeň. Pokud jsou především mladí sportovci neukázněni, měl by být trénink směřován spíše do otevřených prostor, jako jsou hřiště nebo louky, kde je nebezpečí úrazu výrazně nižší. Samozřejmostí je zamezit obtěžování právě cvičícího sportovce někým dalším. Mělo by se tomu předcházet především snahou o zaměstnání všech sportovců současně. Zajištění záchrany nebo dopomoci při tréninku s činkou nebo na stroji je vždy nezbytná. Sportovec by také neměl být v posilovně při tréninku sám. Nepřípustná je účast na tréninku v nevhodném oblečení a obutí, čímž se předchází případným zdravotním problémům a úrazům.

V běžeckém nebo herním tréninku platí, že by neměla být dovolena účast na tréninku v nevhodném oblečení a obutí, což by mohlo mít za následek zdravotní potíže nebo případná zranění. Ani při běžeckém tréninku by neměl být sportovec úplně sám. Při herních trénincích seznámit všechny s pravidly a dbát na jejich dodržování. Za projevy zákeřného jednání okamžitě vyloučit z tréninku.

Terén a druh venkovního tréninku by měl být zvolen podle momentální povětrnostní situace. Změnou naplánovaného tréninku se předejde případným zdravotním komplikacím (8)

„Obecně volíme typ a intenzitu zatížení přiměřeně věku, fyzickým a duševním schopnostem a délce sportovní činnosti sportovců a povětrnostní situaci. Zajistíme kázeň při tréninku a vhodnou výstroj“ (8, s. 36)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 PROJEKT VÝZKUMU

V České republice se rychlostní kanoistice věnují stovky dětí v různých věkových skupinách, za které ručí pouze několik desítek školených trenérů.

Trenéři rychlostní kanoistiky v České republice mají velkou zodpovědnost za zdraví svých svěřenců, za které ručí na různých akcích jako jsou závody, soustředění a společné tréninky na vodě, v tělocvičně, v bazénu a podobně. Jelikož jsou děti zpravidla neukázněné, dochází k častým zraněním či poruchám zdraví, se kterými by si měl zkušený trenér poradit. Jelikož těmto trenérům rodiče svěřují své potomky, měli by si být jistí, že je dali do správných rukou a proto je důležité, aby si trenéři počínali profesionálně ve všech ohledech a získali si tím důvěru nejen svěřenců, ale právě i rodičů. Trenéři by proto měli být patřičně proškolení v poskytování první pomoci.

5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Z důvodu odpovědnosti za mnoho dětí značnou část roku, při činnosti jakou je sport, přináší to sebou samozřejmě rizika poškození zdraví, která jsou vždy neočekávaná a měl by na ně být každý trenér připraven. Trenéři jsou však školeni v první pomoci pouze při trenérských kurzech, které absolvují pouze jednou v životě. Zaměřil jsem se tedy na tyto skupiny trenérů dětí a mládeže a jejich teoretické znalosti týkající se první pomoci.

Výzkumným problémem je tedy úroveň znalosti poskytování první pomoci trenérů dětí a mládeže rychlostní kanoistiky.

Jedná se o dovednost, kterou by měli trenéři znát, aby mohli co nejefektivněji a nejbezpečněji vést své svěřence. Do výzkumu jsou tedy zařazeny otázky týkající se znalosti poskytování první pomoci, vzdělávání trenérů v této oblasti a také vědomí o legislativě s tím související. Dále se zde ptám, zda jsou trenéři ochotni se v první pomoci dále vzdělávat. Okruh respondentů jsem zaměřil na trenéry v celé České republice.

5.1.1 Cíle výzkumu

K výzkumnému problému jsem stanovil tyto cíle:

Cíl 1: Zjistit, jaké mají trenéři dětí a mládeže teoretické znalosti v poskytování laické první pomoci.

Cíl 2: Zjistit, jakým způsobem jsou trenéři vzdělávání v oblasti první pomoci.

Cíl 3: Vytvořit metodiku pro školení první pomoci trenérů dětí a mládeže.

5.1.2 Hypotézy

Ke stanoveným cílům jsem vytvořil tyto hypotézy:

H1: Trenéři dětí a mládeže mají více jak 80% znalost v oblasti první pomoci.

H2: Domnívám se, že více než 70% trenérů získala nejvíce teoretických znalostí o první pomoci z trenérských kurzů a z předchozího vzdělávání.

H3: Předpokládám, že více než 90% trenérů si je vědoma toho, že jsou povinni poskytnout laickou první pomoc.

H4: Předpokládám, že více než 80% trenérů má přehled o zdravotním stavu svých svěřenců.

H5: Domnívám se, že více než 60% trenérů bude mít zájem o další vzdělávání v oblasti první pomoci.

5.2 METODIKA VÝZKUMU

Pro svůj výzkum jsem zvolil metodu kvantitativní. V mé práci jsem zkoumal rozsah znalostí trenérů dětí a mládeže v poskytování první pomoci dotazníkovou formou. Dotazník byl anonymní a připraven formou testu. V dotazníku bylo celkem 20 uzavřených otázek a v každé otázce byla jen jedna odpověď správná. Nejprve jsem provedl pilotní výzkum s deseti tištěnými dotazníky s trenéry v oddíle TJ Prazdroj Plzeň. Poté jsem dotazník rozeslal online formou e-mailu a sociálních sítí všem mě známým trenérům. Další dotazníky byly rozeslány přes reprezentačního trenéra Mgr. Pavla Hottmara. Dotazník byl zhotoven na webu survio.cz.

Dotazník obsahoval vstupní část zahrnující název dotazníku, oslovení trenérů, krátké uvedení mé osoby a pokyny k vyplnění. První dvě otázky dotazníku se zabývají vzděláním trenérů. Třetí a čtvrtá otázka se dotazuje na povinnost poskytování první pomoci. Otázky 5 – 18 samotnému poskytování první pomoci. V otázkách 19 – 20 se ptám na přehled trenérů o zdravotním stavu jejich svěřenců a na případný zájem trenérů o další vzdělání v oblasti první pomoci.

Šetření probíhalo od 1. 2. 2015 do 20. 2. 2015, a to v celé České republice. Celkem bylo rozesláno přes 80 dotazníků, přičemž vyplněno bylo nakonec 53 dotazníků.

Dotazník je součástí práce jako příloha č. 1

5.3 VZOREK RESPONDENTŮ

Jako respondenty jsem zvolil všechny současné i bývalé trenéry rychlostní kanoistiky a dobrovolníky, kteří se na trénování mládeže podílejí. Dotázáno bylo mnoho trenérů v oddíle TJ Prazdroj Plzeň a Oddílu Spartak Sedlec dále byli osloveni trenéři z pražských oddílů jako jsou KVS Praha, USK Praha, Sparta Praha, Dukla Praha a jiné. Nechyběli ani trenéři z moravských oddílů z Olomouce, Ostrožské Nové Vsi, Přerova, Hranic a oddílů ze severních Čech z Liberce, Jablonce nad Nisou, Ústí nad Labem, Děčína a Chomutova. Výzkumu se tedy zúčastnili trenéři napříč Českou republikou ve věku od 18 do let důchodového věku.

5.4 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ

Celkem jsem zpracoval 53 dotazníků. Ke každé otázce z dotazníku jsem zpracoval graf a tabulku pomocí programu Microsoft Office – Excel 2007, které vypovídají o výsledku dotazníkového šetření.

6 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Pod každou otázkou z dotazníku jsou možnosti, které byly respondentům na výběr. U znalostních otázek je správná odpověď vždy podtržena. V tabulce je znázorněno vyhodnocení odpovědí, jak respondenti odpovídali na vybrané otázky. Procentuelní vyhodnocení je pod tabulkou vyjádřeno také graficky.

Otázka č. 1:

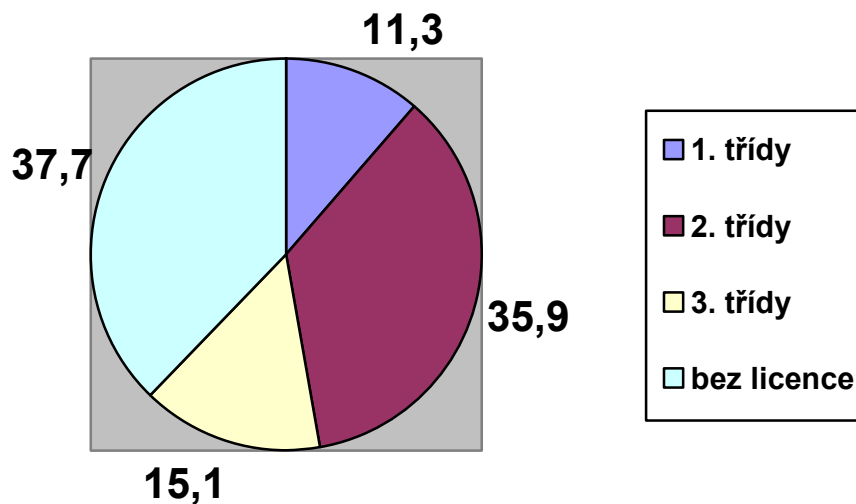
1. Jste trenér:

- 1. třídy
- 2. třídy
- 3. třídy
- nejsem certifikovaným trenérem

Tabulka č. 1: Trenérská třída

Odověď	Responze	Podíl
1. třídy	6	11,3%
2. třídy	19	35,9%
3. třídy	8	15,1%
Bez certifikace	20	37,7%
Celkem	53	100%

Graf č. 1: Trenérská třída



Zdroj: vlastní

Otázka č. 2 :

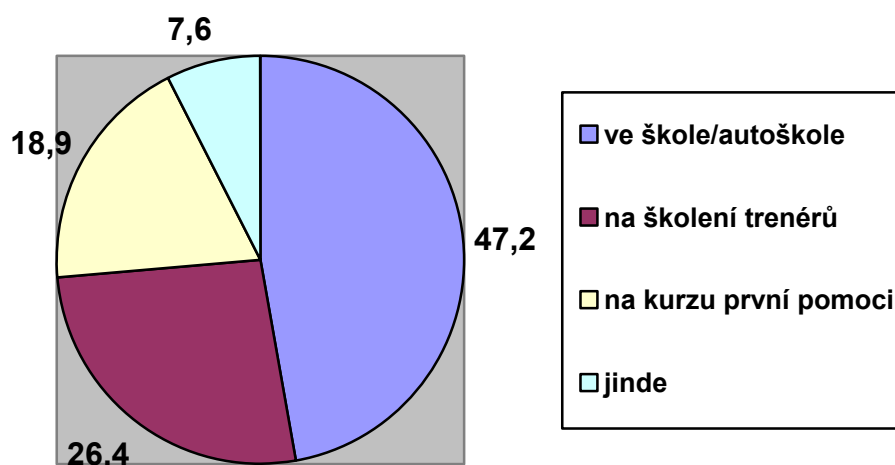
2. Kde jste získal/a pro Vás nejpřínosnější poznatky o první pomoci:

- Ve škole/autoškole
- Na školení trenérů
- Na kurzu první pomoci
- Jinde

Tabulka č. 2 : Nejpřínosnější poznatky o PP

Opověď	Responze	Podíl
<i>Ve škole/autoškole</i>	25	47,2%
<i>Na školení trenérů</i>	14	26,4%
<i>Na kurzu první pomoci</i>	10	18,9%
<i>Jinde</i>	4	7,6%
Celkem	53	100%

Graf č. 2 : Nejpřínosnější poznatky o PP



Zdroj: vlastní

Otázka č. 3:

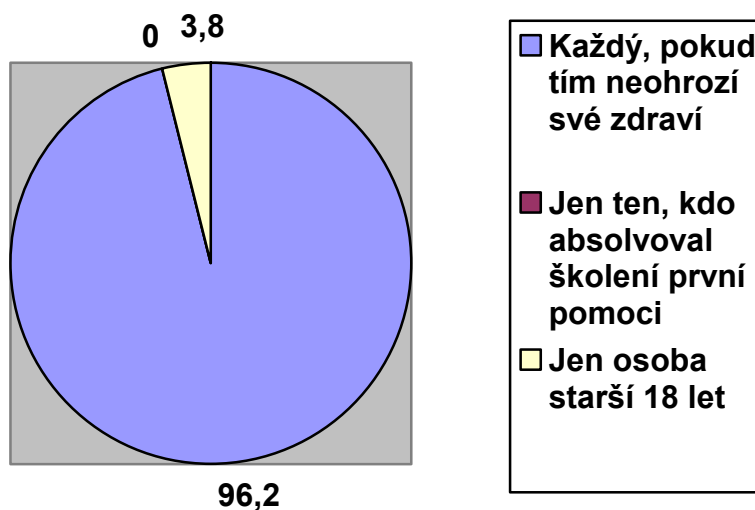
1. Laickou první pomoc je povinen poskytnout:

- Každý, pokud tím neohrozí své zdraví
- Jen ten, kdo absolvoval školení první pomoci
- Jen osoba starší 18 let

Tabulka č. 3: Povinnost poskytnout PP

Odpověď	Responze	Podíl
<u>Každý, pokud tím neohrozí své zdraví</u>	51	96,2%
Jen ten, kdo absolvoval školení první pomoci	0	0%
Jen osoba starší 18 let	2	3,8%
Celkem	53	100%

Graf č. 3: Povinnost poskytnout PP



Zdroj: vlastní

Otázka č. 4:

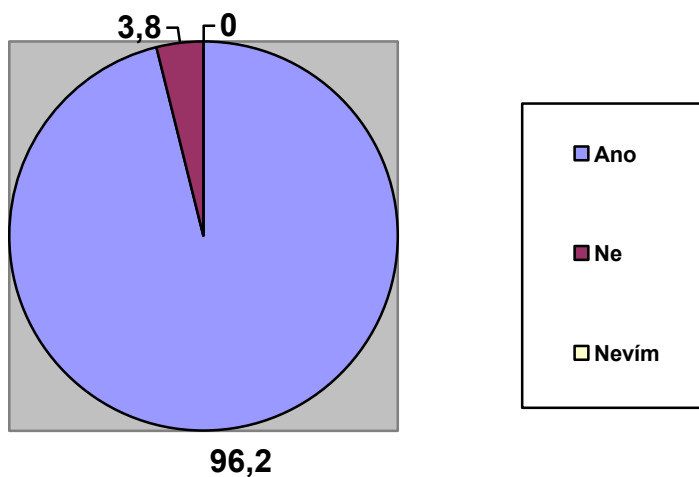
4. Můžete být trestán/a za neposkytnutí první pomoci:

- Ano
- Ne
- Nevím

Tabulka č. 4: Trest za neposkytnutí PP

Odpověď	Response	Podíl
<u>Ano</u>	51	96,2%
Ne	2	3,8%
Nevím	0	0%
Celkem	53	100%

Graf č. 4: Trest za neposkytnutí PP



Zdroj: vlastní

Otázka č. 5:

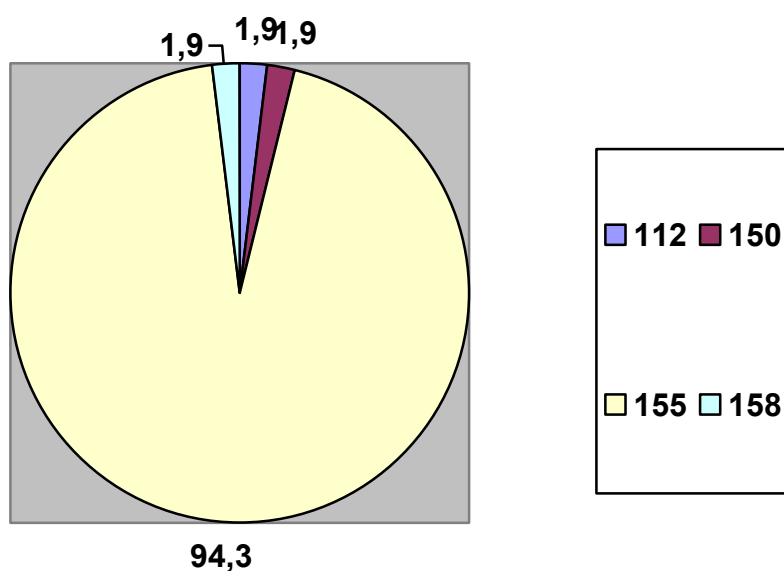
5. Jaké je telefonní číslo na zdravotnickou záchrannou službu:

- 112
- 150
- 155
- 158

Tabulka č. 5: Telefonní číslo na ZZS

Odpověď	Responze	Podíl
112	1	1,9%
150	1	1,9%
<u>155</u>	50	94,3%
158	1	1,9%
Celkem	53	100%

Graf č. 5: Telefonní číslo na ZZS



Zdroj: vlastní

Otázka č. 6:

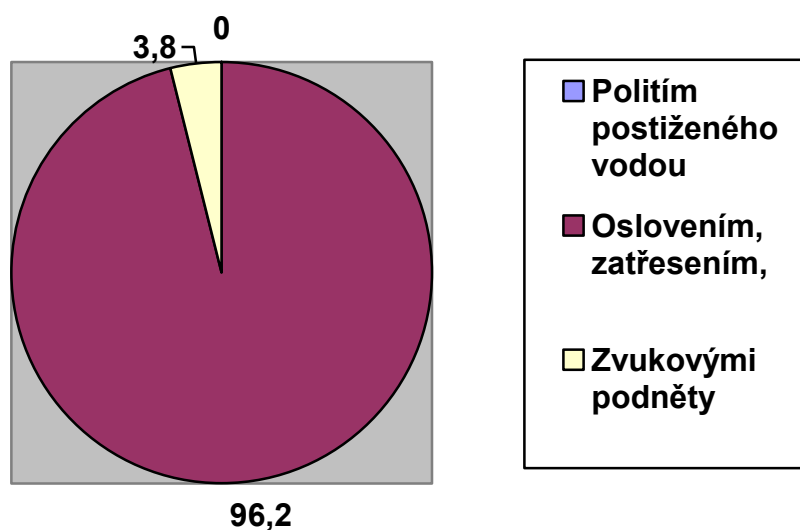
6. Jak bezpečně zjistíte stav postiženého:

- *Politím postiženého vodou*
- Oslovením, zatřesením, bolestivým podnětem (štípnutím)
- *Zvukovými podněty (tleskáním, pískáním, křičením)*

Tabulka č. 6: Zjištění stavu vědomí

Odpověď	Responze	Podíl
<i>Politím postiženého vodou</i>	0	0%
<u>Oslovením, zatřesením, bolestivým podnětem</u>	51	96,2%
<i>Zvukovými podněty</i>	2	3,8%
Celkem	53	100%

Graf č. 6: Zjištění stavu vědomí



Zdroj: vlastní

Otázka č. 7:

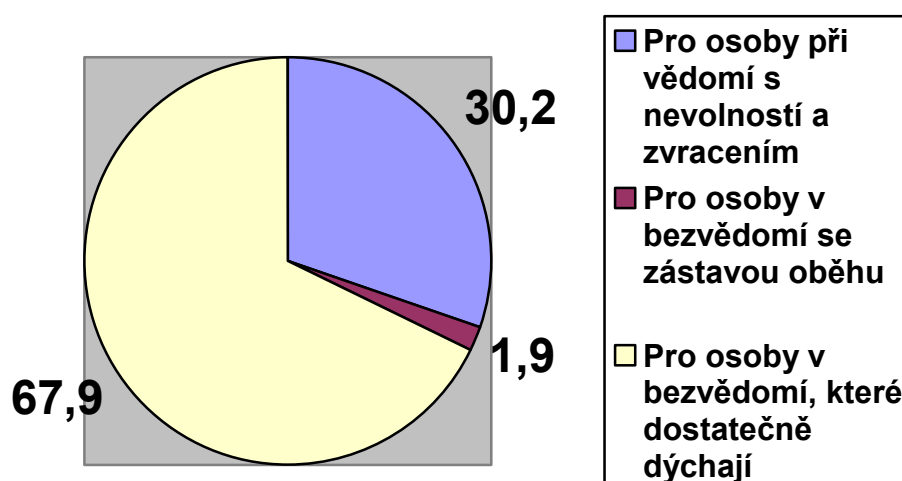
7. Zotavovací (stabilizovaná) poloha je určena:

- Pro osoby při vědomí s nevolností a zvracením
- Pro osoby v bezvědomí se zástavou oběhu
- Pro osoby v bezvědomí, které dostatečně dýchají

Tabulka č. 7: Zotavovací poloha

Odpověď	Responze	Podíl
<i>Pro osoby při vědomí s nevolností a zvracením</i>	16	30,2%
<i>Pro osoby v bezvědomí se zástavou oběhu</i>	1	1,9%
<u><i>Pro osoby v bezvědomí, které dostatečně dýchají</i></u>	36	67,9%
Celkem	53	100%

Graf č. 7: Zotavovací poloha



Zdroj: vlastní

Otázka č. 8:

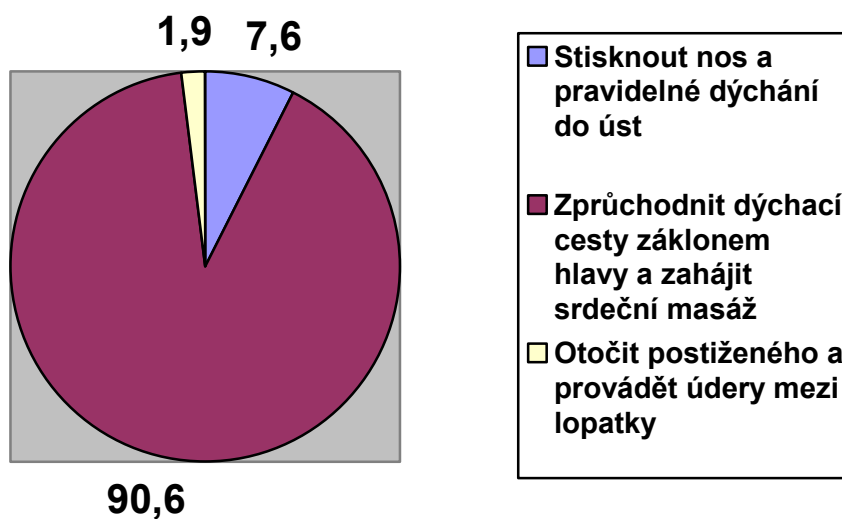
8. Při náhlém kolapsu a zástavě dýchání postiženého je potřeba:

- Stisknout nos a pravidelné dýchání do úst
- Zprůchodnit dýchací cesty záklonem hlavy a zahájit srdeční masáž
- Otočit postiženého a provádět údery mezi lopatky

Tabulka č. 8: Zotavovací poloha

Odpověď	Responze	Podíl
<i>Stisknout nos a pravidelné dýchání do úst</i>	4	7,6%
<u><i>Zprůchodnit dýchací cesty záklonem hlavy a zahájit srdeční masáž</i></u>	48	90,6%
<i>Otočit postiženého a provádět údery mezi lopatky</i>	1	1,9%
Celkem	53	100%

Graf č. 8: Zotavovací poloha



Zdroj: vlastní

Otázka č. 9:

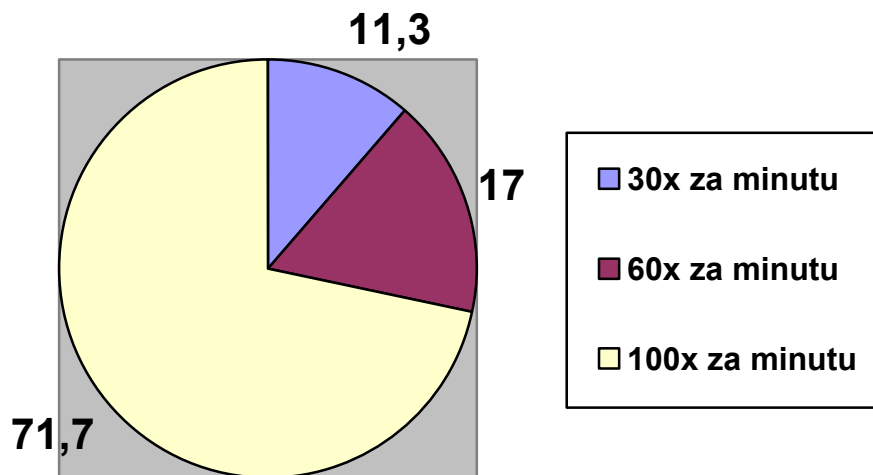
9. Jakou frekvencí se provádí srdeční masáž:

- 30x za minutu
- 60x za minutu
- 100x za minutu

Tabulka č. 9: Frekvence srdeční masáže

Odpověď	Responze	Podíl
30x za minutu	6	11,3%
60x za minutu	9	17%
<u>100x za minutu</u>	38	71,7%
Celkem	53	100%

Graf č. 9: Frekvence srdeční masáže



Zdroj: vlastní

Otázka č. 10:

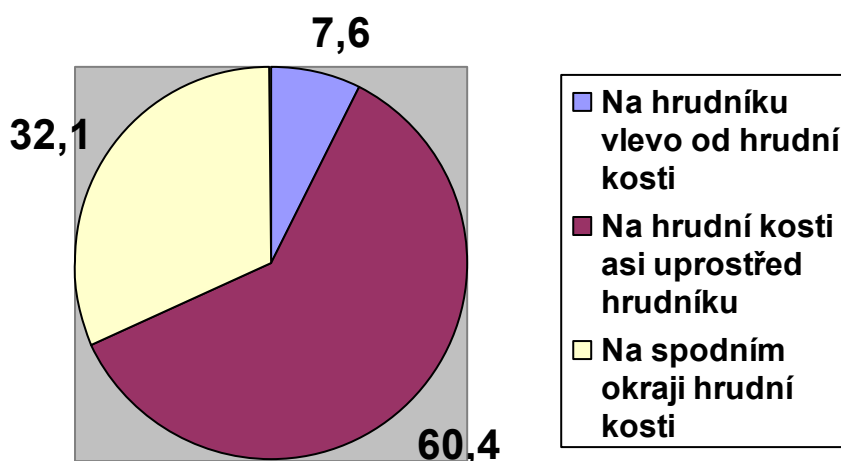
10. Nepřímá srdeční masáž se provádí stlačováním hrudníku nataženými rukama propnutých v loktech do hloubky přibližně 5 cm:

- Na hrudníku vlevo od hrudní kosti
- Na hrudní kosti asi uprostřed hrudníku
- Na spodním okraji hrudní kosti

Tabulka č. 10: Lokalizace srdeční masáže

Odpověď	Responze	Podíl
Na hrudníku vlevo od hrudní kosti	4	7,6%
<u>Na hrudní kosti asi uprostřed hrudníku</u>	32	60,4%
Na spodním okraji hrudní kosti	17	32,1%
Celkem	53	100%

Graf č. 10: Lokalizace srdeční masáže



Zdroj: vlastní

Otázka č. 11:

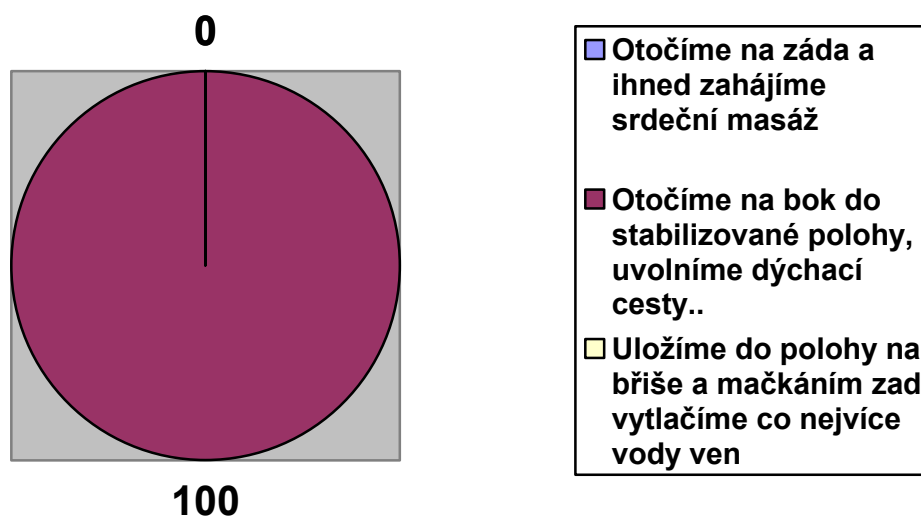
11. Tonoucího, který byl vytažen z vody, je v bezvědomí a chrčivě, ale zřetelně a pravidelně dýchá:

- Otočíme na záda a ihned zahájíme nepřímou srdeční masáž
- Otočíme na bok do stabilizované polohy, uvolníme dýchací cesty, případně několika ranami do zad usnadníme odkašlávání a kontrolujeme stav dýchání
- Uložíme do polohy na břicho a mačkáním zad vytlačíme co nejvíce vody ven

Tabulka č. 11: Záchrana tonoucího

Odpověď	Response	Podíl
<i>Otočíme na záda a ihned zahájíme nepřímou srdeční masáž</i>	0	0%
<u>Otočíme na bok do stabilizované polohy, uvolníme dýchací cesty</u>	53	100%
<i>Uložíme do polohy na břicho a mačkáním zad vytlačíme co nejvíce vody ven</i>	0	0%
Celkem	53	100%

Graf č. 11: Záchrana tonoucího



Zdroj: vlastní

Otázka č. 12:

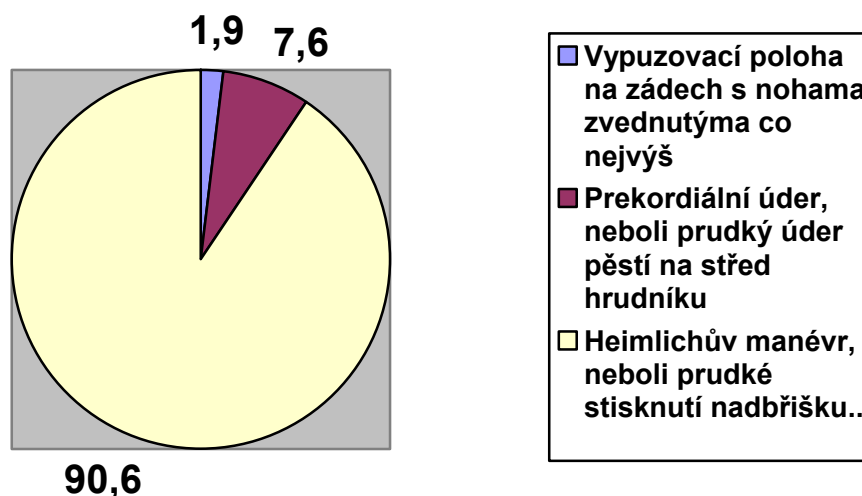
12. Postiženému, který jedl za chůze, zaskočilo sousto a nyní se dusí. Ani opakovaný úder mezi lopatky nepomáhá. Další možností, jak se pokusit vypudit cizí těleso z dýchacích cest je:

- Vypuzovací poloha na zádech s nohama zvednutýma co nejvýše
- Prekordiální úder neboli prudký úder pěstí na střed hrudníku
- Heimlichův manévr, neboli prudké stisknutí nadbřišku směrem dozadu a nahoru osobou stojící za postiženým

Tabulka č. 12: Obstrukce dýchacích cest

Odpověď	Response	Podíl
Vypuzovací poloha na zádech s nohama zvednutýma co nejvýše	4	1,9%
Prekordiální úder neboli prudký úder pěstí na střed hrudníku	32	7,6%
<u>Heimlichův manévr neboli prudké stisknutí nadbřišku</u>	17	90,6%
Celkem	53	100%

Graf č. 12: Obstrukce dýchacích cest



Zdroj:vlastní

Otázka č. 13:

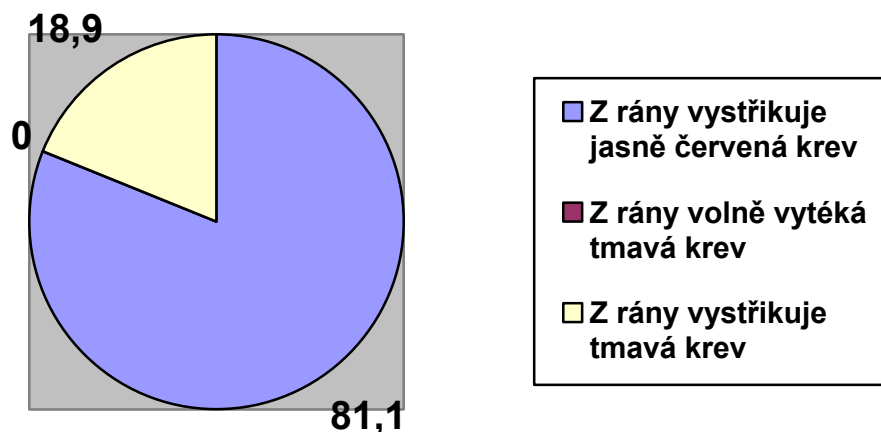
13. Jaké jsou projevy tepenného krvácení:

- Z rány vystřikuje jasně červená krev
- Z rány volně vytéká tmavá krev
- Z rány vystřikuje tmavá krev

Tabulka č. 13: Projevy tepenného krvácení

Odpověď	Response	Podíl
<u>Z rány vystřikuje jasně červená krev</u>	43	81,1%
Z rány volně vytéká tmavá krev	0	0%
Z rány vystřikuje tmavá krev	10	18,9%
Celkem	53	100%

Graf č. 13: Projevy tepenného krvácení



Zdroj: vlastní

Otázka č. 14:

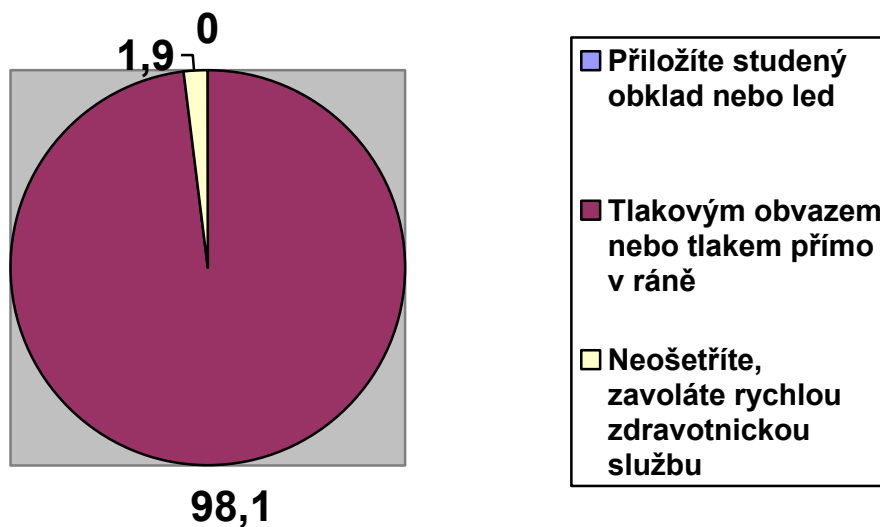
14. Jak zastavíte tepenné krvácení:

- *Přiložíte studený obklad nebo led*
- *Tlakovým obvazem nebo tlakem přímo v ráně*
- *Neošetříte, zavoláte rychlou zdravotnickou pomoc*

Tabulka č. 14: Zastavení tepenného krvácení

Odpověď	Responze	Podíl
<i>Přiložíte studený obklad nebo led</i>	0	0%
<u><i>Tlakovým obvazem nebo tlakem přímo v ráně</i></u>	52	98,1%
<i>Neošetříte, zavoláte rychlou zdravotnickou službu</i>	1	1,9%
Celkem	53	100%

Graf č. 14: Zastavení tepenného krvácení



Zdroj: vlastní

Otázka č. 15:

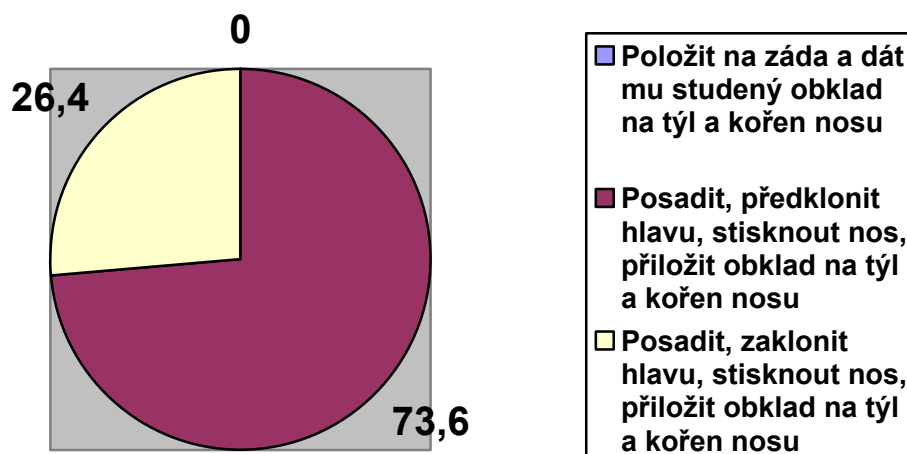
15. Při krvácení z nosu musíte postiženého:

- *Položit na záda a dát mu studený obklad na týl a kořen nosu*
- *Posadit, předklonit hlavu, stisknout nos, přiložit obklad na týl a kořen nosu*
- *Posadit, zaklonit hlavu, stisknout nos, přiložit obklad na týl a kořen nosu*

Tabulka č. 15: Krvácení z nosu

Odpověď	Response	Podíl
<i>Položit na záda a dát mu studený obklad na týl a kořen nosu</i>	0	0%
<u><i>Posadit, předklonit hlavu, stisknout nos, přiložit obklad na týl a kořen nosu</i></u>	39	73,6%
<i>Posadit, zaklonit hlavu, stisknout nos, přiložit obklad na týl a kořen nosu</i>	14	26,4%
Celkem	53	100%

Graf č. 15: Krvácení z nosu



Zdroj: vlastní

Otázka č. 16:

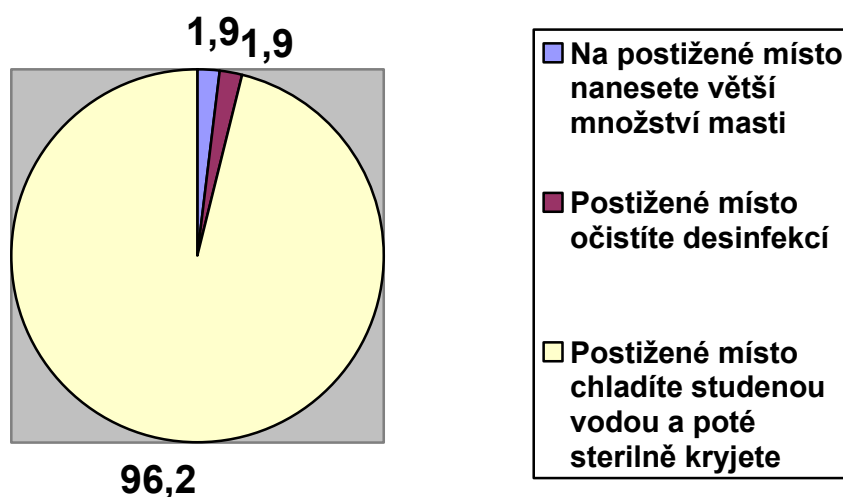
16. Jak ošetříte popáleninu:

- Na postižené místo nanese větší množství masti
- Postižené místo očistíte desinfekcí
- Postižené místo chladíte studenou vodou a poté sterilně kryjete

Tabulka č. 16: Ošetření popáleniny

Odpověď	Responze	Podíl
Na postižené místo nanese větší množství masti	1	1,9%
Postižené místo očistíte desinfekcí	1	1,9%
<u>Postižené místo chladíte studenou vodou a poté sterilně kryjete</u>	51	96,2%
Celkem	53	100%

Graf č. 16: Ošetření popáleniny



Zdroj:vlastní

Otázka č. 17:

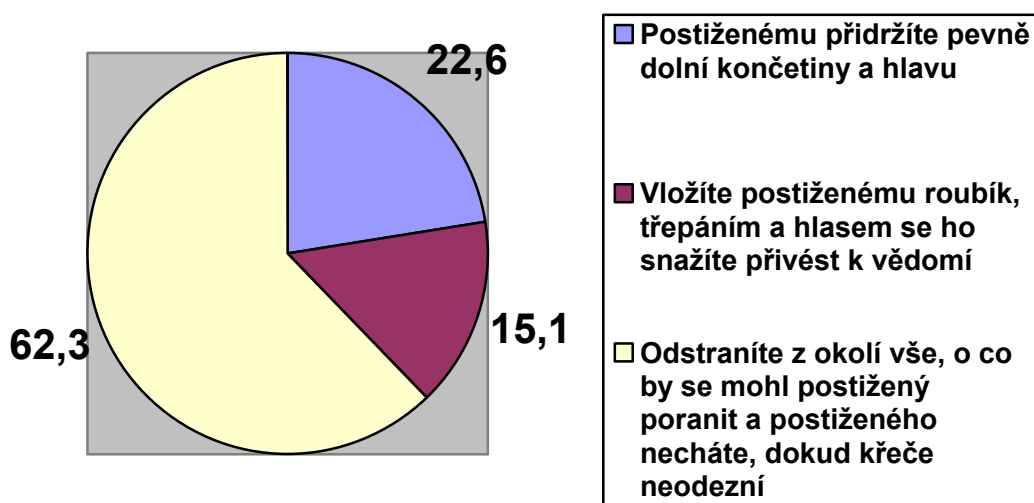
17. Co uděláte u postiženého s epileptickým záchvatem:

- *Postiženému přidržíte pevně dolní končetiny a hlavu*
- *Vložíte postiženému roubík, třepáním a hlasem se ho snažíte přivést k vědomí*
- *Odstraníte z okolí vše, o co by se mohl postižený poranit a postiženého necháte, dokud křeče neodezní*

Tabulka č. 17: Epileptický záchvat

Odpověď	Responze	Podíl
<i>Postiženému přidržíte pevně dolní končetiny a hlavu</i>	12	22,6%
<i>Vložíte postiženému roubík, třepáním a hlasem se ho snažíte přivést k vědomí</i>	8	15,1%
<u><i>Odstraníte z okolí vše, o co by se mohl postižený poranit a postiženého necháte, dokud křeče neodezní</i></u>	33	62,3%
Celkem	53	100%

Graf č. 17: Epileptický záchvat



Zdroj: vlastní

Otázka č. 18:

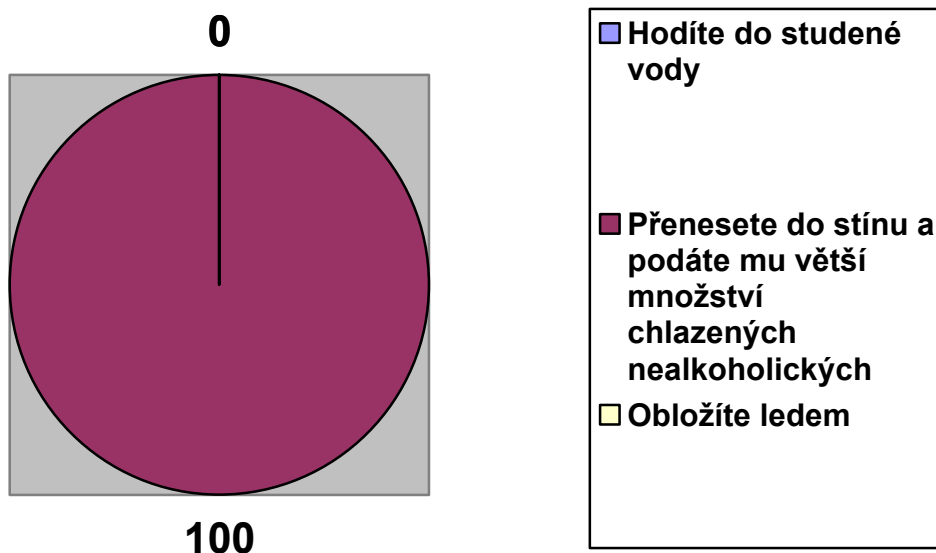
18. Postiženého, jevící známky přehřátí organismu (úpal, úžeh):

- *Hodíte do studené vody*
- *Přenesete do stínu a podáte mu větší množství chlazených nealkoholických nápojů*
- *Obložíte ledem*

Tabulka č. 18: Přehřátí organismu

Odpověď	Responze	Podíl
<i>Hodíte do studené vody</i>	0	0%
<u><i>Přenesete do stínu a podáte mu větší množství chlazených nealkoholických nápojů</i></u>	53	100%
<i>Obložíte ledem</i>	0	0%
Celkem	53	100%

Graf č. 18: Přehřátí organismu



Zdroj: vlastní

Otázka č. 19:

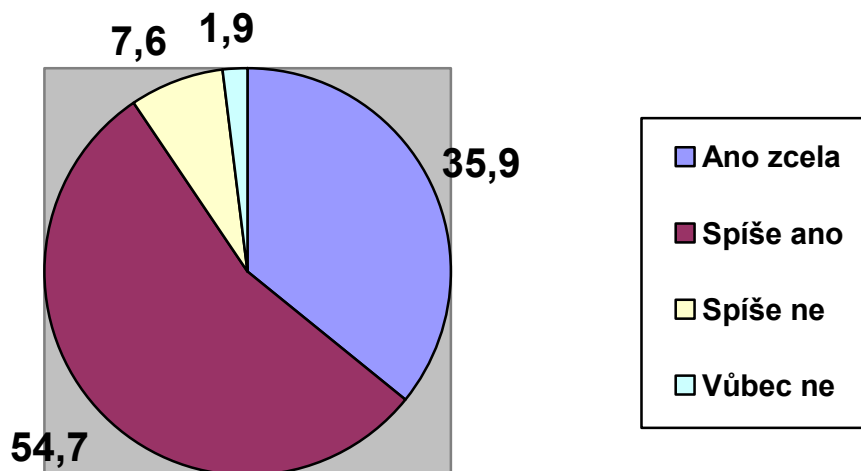
19. Máte přehled o zdravotním stavu svých svěřenců:

- *Ano zcela*
- *Spíše ano*
- *Spíše ne*
- *Vůbec ne*

Tabulka č. 19: Přehled o zdravotním stavu

Odpověď	Responze	Podíl
<i>Ano zcela</i>	19	35,9%
<i>Spíše ano</i>	29	54,7%
<i>Spíše ne</i>	4	7,6%
<i>Vůbec ne</i>	1	1,9%
Celkem	53	100%

Graf č. 19: Přehled o zdravotním stavu



Zdroj: vlastní

Otázka č. 20:

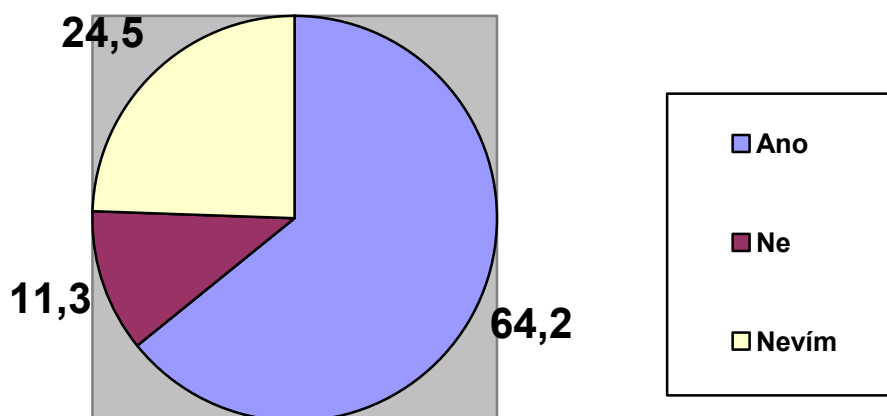
20. Máte zájem o další vzdělání v oblasti první pomoci?

- *Ano*
- *Ne*
- *Nevím*

Tabulka č. 20: Zájem o další vzdělání

Odpověď	Responze	Podíl
<i>Ano</i>	34	64,2%
<i>Ne</i>	6	11,3%
<i>Nevím</i>	13	24,5%
Celkem	53	100%

Graf č. 20: Zájem o další vzdělání



Zdroj: vlastní

7 DISKUZE

Má práce se zabývá tématem znalosti první pomoci trenérů dětí a mládeže rychlostní kanoistiky. Výzkum je zaměřen na tyto trenéry, kteří mají zodpovědnost za děti ve věku přibližně od 10 do 18 let. Výzkum proběhl online formou u trenérů v celé České republice. Hlavním cílem bylo zjistit, jaké mají trenéři teoretické znalosti v poskytování laické první pomoci.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 53 respondentů z různých kanoistických oddílů v České republice. Příslušnými dotazníky jsem ověřoval hypotézy, které jsem stanovil na základě výzkumného problému. Jako hlavní hypotézu jsem si stanovil hypotézu číslo 1.

Hypotéza 1: *Trenéři dětí a mládeže mají více jak 80% znalost v oblasti první pomoci.*

K této hypotéze směřují otázky 5-18, tyto otázky byly vědomostního charakteru, měřily tedy míru teoretických znalostí v oblasti poskytování první pomoci.

V otázce číslo 5 byl položen dotaz na telefonní číslo zdravotnické záchranné služby. Tři respondenti zvolili po jedné nesprávné odpovědi, což je sice malé číslo, avšak neznalost čísla na záchrannou službu mi přijde v současné době velmi znepokojující.

V otázce šesté se dotazují na bezpečné zjištění stavu vědomí u postiženého. V tomto případě 51 respondentů zvolilo správnou odpověď, tj. zatřesením, oslovením, eventuálně bolestivým podnětem. Dva z respondentů zvolili odpověď, kdy by na postiženého křičeli, pískali a tleskali. Je to sice možnost, která by v dané situaci možná zafungovala, ale za dané situace zcela nepřijatelná.

V sedmé otázce zjišťuji, za jaké situace použijeme zotavovací stabilizovanou polohu. Správnou odpověď zvolilo 36 dotázaných. Ostatní by do stabilizované polohy dávali člověka při vědomí s nevolností a zvracením. Jeden z dotázaných by tak dokonce učinil s osobou s náhlou zástavou oběhu.

Otázka osmá se ptá na úkony, které jsou nezbytné udělat při náhlém kolapsu a zástavě dýchání postiženého. 48 respondentů by správně zprůchodnilo dýchací cesty záklonem hlavy a zahájilo by srdeční masáž, 4 respondenti zvolili pravidelné dýchání z úst do úst a jeden zvolil možnost provádění úderů mezi lopatky. Celkově si myslím, že by většina lidí zareagovala správně, ale nabízí se zde otázka nakolik jsou v samotném provádění srdeční masáže vyškoleni a zda by byla prováděna správně a účinně.

Devátá otázka se dotazuje na frekvenci provádění srdeční masáže. Na tuto otázku 38 z dotázaných zodpovědělo správně a to frekvencí 100 za minutu, 9 respondentů zvolilo 60 za minutu a 6 dotázaných frekvenci 30 za minutu. Zde si myslím, že respondenty mátló staré pravidlo 30 : 2 nebo si jednoduše představili frekvenci stlačení jednou za vteřinu.

V desáté otázce respondenti odpovídali na otázku lokalizace srdeční masáže. 32 dotázaných zvolilo lokalizaci uprostřed hrudníku na hrudní kosti. Ostatní zvolili odpovědi na hrudníku vlevo od hrudní kosti a na jejím spodním okraji. Osobně si myslím, že v dané situaci by to správné místo srdeční masáže přibližně našel každý, jelikož by jim to na ostatních místech šlo jen velmi obtížně.

V otázce jedenácté by si s tonoucím vytaženým z vody v bezvědomí, který však chrčivě a zřetelně dýchá, poradilo 100% dotázaných otočením do stabilizované polohy a uvolněním dýchacích cest.

Dvanáctá otázka se ptá na úkon, který by měl pomoci postiženému, jemuž za chůze zaskočilo sousto a nyní se dusí. 48 dotázaných zvolilo správně Heimlichův manévr. Je však otázkou, zda by jej dokázali správně provést.

Otázka třináctá se dotazuje na projevy tepenného krvácení. 43 respondentů zvolilo správnou možnost, kdy z rány vystřikuje jasně červená krev, 10 dotázaných odpovědělo, že z rány vystřikuje tmavá krev. Obecně tuto odpověď hodnotím kladně, protože většina lidí stejně vidí hlavně jasně rudou vystřikující krev a nerozlišují její odstín.

Ve čtrnácté otázce by 52 respondentů zastavilo správně tepenné krvácení tlakovým obvazem a tlakem přímo v ráně. Pouze jeden z dotázaných by toto krvácení neošetřil a zavolal by jen rychlou zdravotnickou pomoc.

Patnáctá otázka se ptá na úkony které by se měli provést postiženému s krvácením z nosu. Celkem 39 dotázaných odpovědělo správně se stisknutím nosu a předklonem hlavy. 14 dotázaných zvolilo možnost se záklonem hlavy.

Otázka šestnáctá se ptá na ošetření popálenin. 51 dotázaných zvolilo správnou možnost chlazení místa a sterilním krytím. Jeden dotázaný zvolil možnost očištění postiženého místa desinfekcí a jeden možnost nanesením masti na postižené místo.

V sedmnácté otázce se respondenti příliš v odpovědích neshodli. Tato otázka se ptá na úkony u postiženého s epileptickým záchvatem. Správnou odpověď zvolilo jen 33 respondentů, která spočívala v odstranění všech předmětů z okolí postiženého a zanechání dokud křeče neodezní. Zbytek dotázaných zvolilo odpovědi, kdy postiženého pevně přidrží za nohy a za hlavu a vložením roubíku do úst se současným třepáním a hlasovými projevy se snaží přivést postiženého k vědomí. Obecně si myslím, že tyto úkony spousta lidí v současné době považuje za správné a s nejlepším vědomím a úmyslem jsou prováděny dnes a denně u osob s epileptickými záchvaty.

Osmnáctá otázka se ptá na úkony týkající se postiženého, který jeví známky přehřátí organismu. Zde 100% respondentů zvolilo správnou odpověď, kterou je přenesení do stínu a podání chlazených nealkoholických nápojů.

Celkově v této oblasti vědomostních otázek týkajících se poskytování první pomoci uspěli všichni dotazovaní z 84,5%, z čehož plyne, že první hypotéza byla s přehledem potvrzena.

Hypotéza 2: *Domnívám se, že více než 70% trenérů získala nejvíce teoretických znalostí o první pomoci z trenérských kurzů a z předchozího vzdělávání.*

Jedná se o doplňující hypotézu, v níž zjišťuji, kde respondenti získali pro ně nejpřínosnější poznatky o první pomoci. Tímto tématem se zabývá otázka číslo 2. Celkem 25 respondentů odpovědělo, že nejpřínosnější poznatky získali v průběhu jejich vzdělání ve školách a autoškolách, 14 dotázaných označilo možnost školení trenérů, 10 respondentů již absolvovalo nějaký kurz první pomoci a zbylí respondenti napsali jiné možnosti jako skaut či při výkonu zaměstnání.

Celkem 73% dotázaných uvedlo, že získali pro ně nejpřínosnější poznatky o první pomoci z trenérského kurzu a předchozího vzdělání a hypotéza 2 tím byla tedy potvrzena.

Hypotéza 3: *Předpokládám, že více než 90% dotázaných si je vědoma toho, že jsou povinni poskytnout laickou první pomoc.*

Touto doplňující hypotézou zjišťuji, zda jsou si dotazovaní vědomi povinnosti poskytování první pomoci. Data byla získána z otázek 3 a 4. Ve třetí otázce odpovídali respondenti na to, kdo je povinen poskytnout první pomoc a 51 dotázaných odpovědělo správně každý, pokud tím neohrozí své vlastní zdraví. Dva z dotázaných odpověděli pouze osoba starší 18 let.

Čtvrtá otázka se respondentů ptala, zda mohou být trestáni za neposkytnutí první pomoci. Zde opět 51 dotázaných odpovědělo, že ano a pouze dva ne.

Z toho plyne že 96,2% dotázaných trenérů si je vědoma toho, že jsou ze zákona povinni poskytnout první pomoc. Hypotéza 3 je tedy potvrzena.

Hypotéza 4: *Předpokládám, že více než 80% trenérům přehled o zdravotním stavu svých svěřenců.*

Tato další doplňující hypotéza se zabývá tím, jak jsou trenéři obeznámeni se zdravotním stavem svých svěřenců, to znamená, jakými nemocemi trpí, jaké mají alergie eventuelně nějaká zranění. Na to se ptá otázka číslo devatenáct, v níž 19 respondentů zvolilo možnost „ano zcela“ a 29 „spíše ano“ dále pak 5 dotázaných zvolilo „spíše ne“ a „vůbec ne“.

Výsledkem je tedy že 90,6% trenérů má buď úplný nebo alespoň částečný přehled o zdraví svých svěřenců což je věcí pozitivní a potvrzuje to hypotézu 4.

Hypotéza 5: *Domnívám se, že 60% trenérů bude mít zájem o další vzdělávání v oblasti první pomoci.*

V poslední otázce zjišťuji zájem dotazovaných trenérů o případné školení, které by bylo součástí mého výstupu pro praxi. V poslední 20 otázce se ptám respondentů, zda mají zájem o další vzdělání v oblasti první pomoci. 34 dotázaných odpovědělo ano, zbylí respondenti zvolily možnosti „ne“ a „nevím“, 64,2% dotázaných projevilo zájem o další vzdělávání v oblasti poskytování první pomoci. Hypotéza 5 je tedy také potvrzena.

Návrh školení je součástí práce jako příloha č.2.

První otázka v dotazníku se nevztahovala k žádné hypotéze, měla však úlohu pouze informativní, když se ptala na dosažené trenérské vzdělání respondenta. Výzkumu se tedy zúčastnilo 6 trenérů 1. třídy, 19 trenérů 2. třídy, 8 trenérů 3. třídy a 20 trenérů bez trenérské licence.

ZÁVĚR

Práce se zabývala především znalostí základů laické první pomoci u sportovních trenérů rychlostní kanoistiky, které byly zjišťovány pomocí vědomostního dotazníku. Mimo teoretických znalostí první pomoci jsem také pomocí dotazníku zjišťoval, kde byli v první pomoci trenéři vzděláváni a také zda si jsou vědomi své zákonné povinnosti poskytovat první pomoc, s čímž nebyl nejmenší problém. V dotazníku se objevila i otázka, zda mají trenéři přehled o zdravotním stavu svých svěřenců, za které jsou zodpovědní. Na tuto otázku odpověděla většina respondentů, že ano. Jak je tomu však ve skutečnosti si můžeme jen domyslet, ale vesměs si myslím, že vzhledem ke zdravotním prohlídkám, které musí každý závodník podstoupit před každou sezónou a počtu starostlivých rodičů, kteří svěřují své potomky do rukou těchto trenérů, by mělo být všechno v naprostém pořádku. Jak jsem se dozvěděl z dotazníku, získali trenéři pro ně nejpřínosnější poznatky o první pomoci z trenérských kurzů a také absolvovaných škol a autoškol. Tyto školy a kurzy se však ve značné míře věnují první pomoci pouze v teoretické rovině.

Celková úspěšnost respondentů ve vědomostním dotazníku byla 84,5% což je dobrý výsledek, který jsem osobně nečekal. Dotazník však prověřil jen teoretické znalosti, a jak víme v první pomoci jde především o schopnosti a dovednosti. V poslední otázce dotazníku se ptám, zda mají trenéři zájem se v oblasti poskytování první pomoci dále vzdělávat. Na tuto otázku odpovědělo kladně 64% respondentů, což mě přivedlo na myšlenku, že bych mohl jako výstup pro praxi z této práce uspořádat školení či metodické cvičení, které by pomohlo trenérům se v této oblasti zdokonalit a přidalo by jim rozhodně jistotu v neočekávaných situacích, při kterých je často první pomoc zapotřebí. Školení bych zaměřil především na nácvik záchranných technik, resuscitaci, jednoduché obvazování a imobilizaci zlomenin.

V teoretické části jsem se pokusil stručně představit rychlostní kanoistiku jako olympijský sport a také její historii.

Práce byla zaměřena především na laickou první pomoc a tak obsahuje základní aspekty týkající se tohoto tématu. Dále jsou popsány postupy poskytování první pomoci u některých život ohrožujících stavů.

Všechny stanovené cíle a hypotézy byly bez problémů splněny a potvrzeny. Celkově si myslím, že trenéři dětí a mládeže rychlostní kanoistiky v tomto výzkumu obstáli a mohou se pyšnit velmi dobrými teoretickými znalostmi v oblasti první pomoci. Doufám, že se mi v budoucnu podaří uspořádat školení první pomoci pro tyto trenéry, aby tak tyto teoretické znalosti byly obohaceny i o ty praktické.

SEZNAM ZDROJŮ

- 1 BOHÁČ, J., BAŽURA, J. a kol. *Řády rychlostní kanoistiky*. Praha: Olympia, 2005. 59s. ISBN 80-7033-883-0
- 2 BYDŽOVSKÝ, J., *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. 450s. ISBN 978-80-7254-815-6
- 3 BYDŽOVSKÝ, J., *První pomoc*. 2.vyd. Praha: Grada, 2006. 75s. ISBN 80-247-0680-6.
- 4 ČESKÝ SVAZ KANOISTŮ. *90 let kanoistiky v českých zemích*. Praha: Olympia, 2003. 350s. ISBN 27-059-2003.
- 5 HASÍK, J. *Nebojte se první pomoci*. [online]. 1.vyd. Brno: Maags, 2003, 56 s. [cit.2015-02-26] ISBN XXX Dostupné z: http://www.prvni-pomoc.info/download/prvni_pomoc.pdf
- 6 HASÍK, J. a kol. *Standardy první pomoci* [online]. 2.vyd. Praha: Český červený kříž, 2012, 83s [cit. 2015-02-23]. ISBN 978-80-87729-00-7. Dostupné z: http://www.cervenyriz.eu/cz/standardy/Standardy_poskytovani_prvni_pomoci_2-vydani-2012.pdf
- 7 KELNAROVÁ, J. a kol. *PRVNÍ POMOC II pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2007. 184s. ISBN 978-80-247-2183-5
- 8 MAREŠ, J. *Školení trenérů III. Třídy – rychlostní kanoistika*. Praha: Olympia, 2003. 111s.
- 9 STELZER, J., CHÝLKOVÁ, L. *První pomoc pro každého*. Praha: Grada, 2007. 116s. ISBN 978-80-247-2144-6
- 10 Český vodácký server. *Kanoe* [online]. 2004 [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://www.kanoe.cz/sporty/rychlostni-kanoistika/historie-rk>
- 11 Český vodácký server. *Kanoe* [online]. 2004 [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://www.kanoe.cz/sporty/rychlostni-kanoistika/co-je-rychlostni-kanoistika>
- 12 Telefon 24. [online]. 2013 [cit. 2015-02-26]. Dostupné z: http://www.telefon24.cz/tisnova_volani.html
- 13 VITAE. *První pomoc* [online]. 2009 [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: http://www.vitae.ic.cz/dulezite_pojmy.html
- 14 ERC Guidelines 2010. [online]. 2010 [cit. 2015-02-27]. Dostupné z: <http://www.cprguidelines.eu/2010/>

15 Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník v platném znění

16 Zákon č. 372/2011 Sb., O zdravotních službách v platném znění

17 Telefonický rozhovor s reprezentačním trenérem Mgr. Pavlem Hottmarem, týkající se vzdělávání trenérů rychlostní kanoistiky dne 21.2.2015

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1: Trenérská třída**
- Tabulka č. 2 : Nejpřínosnější poznatky o PP**
- Tabulka č. 3: Povinnost poskytnou PP**
- Tabulka č. 4: Trest za neposkytnutí PP**
- Tabulka č. 5: Telefonní číslo na ZZS**
- Tabulka č. 6: Zjištění stavu vědomí**
- Tabulka č. 7: Zotavovací poloha**
- Tabulka č. 8: Náhlý kolaps a zástava dýchání**
- Tabulka č. 9: Frekvence srdeční masáže**
- Tabulka č. 10: Lokalizace srdeční masáže**
- Tabulka č. 11: Záchrana tonoucího**
- Tabulka č. 12: Obstrukce dýchacích cest**
- Tabulka č. 13: Projevy tepenného krvácení**
- Tabulka č. 14: Zastavení tepenného krvácení**
- Tabulka č. 15: Krvácení z nosu**
- Tabulka č. 16: Ošetření popáleniny**
- Tabulka č. 17: Epileptický záchvat**
- Tabulka č. 18: Přehřátí organismu**
- Tabulka č. 19: Přehled o zdravotním stavu**
- Tabulka č. 20: Zájem o další vzdělání**

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1: Trenérská třída**
- Graf č. 2 : Nejpřínosnější poznatky o PP**
- Graf č. 3: Povinnost poskytnout PP**
- Graf č. 4: Trest za neposkytnutí PP**
- Graf č. 5: Telefonní číslo na ZZS**
- Graf č. 6: Zjištění stavu vědomí**
- Graf č. 7: Zotavovací poloha**
- Graf č. 8: Náhlý kolaps a zástava dýchání**
- Graf č. 9: Frekvence srdeční masáže**
- Graf č. 10: Lokalizace srdeční masáže**
- Graf č. 11: Záchrana tonoucího**
- Graf č. 12 Obstrukce dýchacích cest**
- Graf č. 13: Projevy tepenného krvácení**
- Graf č. 14: Zastavení tepenného krvácení**
- Graf č 15: Krvácení z nosu**
- Graf č. 16: Ošetření popáleniny**
- Graf č. 17: Epileptický záchvat**
- Graf č. 18: Přehřátí organismu**
- Graf č. 19: Přehled o zdravotním stavu**
- Graf č. 20: Zájem o další vzdělání**

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- ČYK – Český yacht klub
OH – Olympijské hry
C1 – kanoe jednotlivců
C2 – kanoe dvojic
C4 – čtyřčlenná posádka kanoe
K1 – kajak jednotlivců
K2 – kajak dvojic
K4 – čtyřčlenná posádka kajaku
ČSK – Český svaz kanoistiky
SpS – Sportovní středisko
SCM – Sportovní centrum mládeže
RSC – Rezortní sportovní centrum
FTVS UK – Fakulta tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy
PP – první pomoc
ZZS – Zdravotnická záchranná služba
IZS – Integrovaný záchranný systém
ČR – Česká republika
ÚSZS – Územní středisko záchranné služby
OSZS – Oblastní středisko záchranné služby
LPP – lékařská první pomoc
ZOS – Zdravotnické operační středisko
RZP – rychlá zdravotnická pomoc
RLP – rychlá lékařská pomoc
RV – rendez – vous
LSPP – lékařská služba první pomoci
DRNR – doprava raněných, nemocných a rodiček
DZS – dopravní zdravotnická služba
TAPP – telefonicky asistovaná první pomoc
TANR – telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace
AED – automatický externí defibrilátor
NZO – náhlá zástava oběhu

KPR – kardiopulmonální resuscitace

KVS – klub vodních sportů

USK – univerzitní sportovní klub

m – metr

km – kilometr

č. – číslo

s. – strana

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Školení první pomoci

PŘÍLOHY

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Ondřej Petrák a jsem studentem 3. ročníku bakalářského studia na Fakultě zdravotnických studií oboru Zdravotnický záchranář.

Zpracovávám bakalářskou práci na téma „Znalost první pomoci trenérů dětí a mládeže rychlostní kanoistiky“.

Tímto vás žádám a vyplnění tohoto dotazníku, který je plně anonymní a slouží jako podklad k výzkumu mé bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci,

Ondřej Petrák

Instrukce k vyplnění:

- zakroužkujte Vámi zvolenou odpověď
- v každé otázce je jen jedna odpověď správná

1. Jste trenér:

- a) 1.třídy
- b) 2.třídy
- c) 3.třídy
- d) Nejsem certifikovaným trenérem

2. Kde jste získal/a pro Vás nejpřínosnější poznatky o první pomoci?

- a) Ve škole / autoškole
- b) Na školení trenérů
- c) Na kurzu první pomoci
- d) Z literatury/ internetu
- e) Jinde

- 3. Laickou první pomoc je povinen poskytnout:**
- a) Každý člověk, pokud tím neohrozí své zdraví
 - b) Jen ten kdo absolvoval školení první pomoci
 - c) Jen osoba starší 18 let
- 4. Můžete být trestán(a) za neposkytnutí první pomoci**
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 5. Jaké je telefonní číslo na zdravotnickou záchrannou službu**
- a) 112
 - b) 150
 - c) 155
 - d) 158
- 6. Jak zjistíte stav vědomí postiženého**
- a) Politím postiženého vodou
 - b) Oslovením, zatřesením, bolestivým podnětem (štípnutím)
 - c) Zvukovými podněty (tleskáním, pískáním, křičením)
- 7. Zotavovací (stabilizovaná) poloha je určena**
- a) pro osoby při vědomí při nevolnosti a zvracení
 - b) pro osoby v bezvědomí se zástavou oběhu
 - c) pro osoby v bezvědomí, které dostatečně dýchají
- 8. Při náhlém kolapsu a zástavě dýchání postiženého je potřeba**
- a) Stisknu postiženému nos a pravidelně budu dýchat do úst
 - b) Zprůchodnit dýchací cesty záklonem hlavy a zahájit srdeční masáž
 - c) Otočím postiženého na záda a budu mu dávat údery mezi lopatky

9. Jakou frekvencí se provádí srdeční masáž

- a) 30x za minutu
- b) 60x za minutu
- c) 100X zaminutu

10. Nepřímá srdeční masáž se provádí stlačováním hrudníku nataženými rukama prpnutých v loktech

- a) Na hrudníku vlevo od hrudní kosti
- b) Na hrudní kosti asi uprostřed hrudníku
- c) Na hrudní kosti na jejím spodním okraji

11. Tonoucího, který byl vytažen z vody, je v bezvědomí a chrčivě, ale zřetelně a pravidelně dýchá

- a) Otočíme postiženého na záda a ihned zahájíme nepřímou srdeční masáž
- b) Otočíme na bok, uvolníme dýchací cesty, případně několika ranami do zad usnadníme odkašlávání, pečlivě stav dýchání. Pokud dojde k zástavě dýchání, zahájíme nepřímou srdeční masáž.
- c) Uložíme do polohy na břicho a mačkáním zad vytlačíme co nejvíce vody ven

12. Postiženému, který jedl za chůze, zaskočilo sousto a nyní se dusí. Ani opakovaný úder mezi lopatky nepomáhá. Další možností, jak se pokusit vypudit cizí těleso z dýchacích cest je

- a) Vypuzovací poloha na zádech s nohama zvednutýma co nejvýše
- b) Prekordiální úder, neboli prudký úder pěstí na střed hrudníku
- c) Heimlichův manévr, neboli prudké stisknutí nadbřišku směrem dozadu a nahoru osobou stojící za postiženým

13. Jaké jsou projevy tepenného krvácení

- a) z rány vystřikuje jasně červená krev
- b) z rány volně vytéká tmavá krev
- c) z rány vystřikuje tmavá krev

14. Jak zastavíte tepenné krvácení

- a) Přiložím studený obklad nebo led
- b) Tlakovým obvazem nebo tlakem přímo v ráně
- c) Neošetřím, zavolám rychlou zdrav. pomoc

15. Při krvácení z nosu musíte postiženého

- a) Položit a dát mu studený obklad na týl a kořen nosu
- b) Posadit, předklonit hlavu, stisknout nos, přiložit studený obklad na týl a kořen nosu
- c) Posadit, zaklonit hlavu, stisknout nos, přiložit obklad na týl a kořen nosu

16. Jak ošetříte popáleninu

- a) Na postižené místo nanesu mast na popáleniny
- b) Postižené místo očistím desinfekcí
- c) Postižené místo chladíme studenou vodou a poté sterilně kryjeme

17. Co uděláte u postiženého s epileptickým záchvatem

- a) Postiženému přidržíte pevně dolní končetiny, aby se neporanil
- b) Vložíte postiženému roušek, třepáním a hlasem se ho snažíte přivést k vědomí
- c) Odstráním z okolí vše, o co by se mohl postižený poranit a postiženého nechám, dokud křeče neodezní

18. Postiženému, jevící známky přehřátí organismu (úpal, úžeh)

- a) Hodíte do studené vody
- b) Přenesete do stínu a podáte mu větší množství chlazených nealkoholických nápojů
- c) Obložíte ledem

19. Máte přehled o zdravotním stavu svých svých svěřenců (nemoci, se kterými se léčí, alergie, zranění)

- a) Ano zcela
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Vůbec ne

20. Máte zájem o další vzdělání v oblasti první pomoci?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Výstup pro praxi

ŠKOLENÍ PRVNÍ POMOCI PRO TRÉNÉRY RYCHLOSTNÍ KANOISTIKY

Školení zaměřené na rozvoj praktických dovedností poskytování první pomoci

- Školení se uskuteční v Račicích během závodů českého poháru v zasedací místnosti ve věži rozhodčích
- Výuka je rozdělena do 3 bloků v sobotu po skončení závodů
- Délka kurzu je nejdéle 90 minut
- Počet účastníků maximálně 30

Obsah kurzu:

Blok 1 - Péče o postiženého s poruchou vědomí

- Praktický nácvik
- Seznámení s možnými příčinami

Blok 2 – Základní neodkladná resuscitace

- Praktický nácvik srdeční masáže
- Náhlá zástava oběhu (příčiny, situace)

Blok 3 – Zlomeniny a krvácení

- Imobilizace zlomenin
- Zástava vnějšího krvácení
- Šokové stavy

BLOK 1 – PÉČE O POSTIŽENÉHO S PORUCHOU VĚDOMÍ

Délka bloku – cca 30 minut

Potřebné pomůcky – žádné

Popis bloku ***praktický nácvik péče o postiženého v bezvědomí:***

- ❖ Bezpečný přístup k postiženému v bezvědomí
 - Monitoring situace
 - Ochrana vlastního bezpečí
- ❖ Zjištění stavu vědomí
 - Oslovení postiženého
 - Zatřesení s postiženým
 - Bolestivý podnět
 - Zhodnocení stavu vědomí
- ❖ Kontrola dýchání
 - Uvolnění dýchacích cest
 - Vyčištění ústní dutiny
 - Monitorace dýchání
 - Vyhodnocení stavu
- ❖ Přivolání zdravotnické záchranné služby
 - Pověření svědků události
 - Správná komunikace s operátorem ZZS
- ❖ Převedení postiženého do stabilizované polohy
 - Nácvik stabilizované polohy
 - Monitorace postiženého do příjezdu ZZS
- ❖ Seznámení s možnými příčinami poruch vědomí
 - Intoxikace
 - Diabetes
 - Epilepsie

BLOK 2 – ZÁKLADNÍ NEODKLADNÁ RESUSCITACE

Délka bloku – cca 30 minut

Potřebné pomůcky – Resuscitační model dospělí, AED

Popis bloku ***praktický nácvik základní neodkladné resuscitace:***

- ❖ Bezpečný přístup k postiženému v bezvědomí
- ❖ Zjištění stavu vědomí
- ❖ Kontrola dýchání
- ❖ Přivolání zdravotnické záchranné služby
 - ➔ viz blok 1
- ❖ Zahájení srdeční masáže
 - Rozpoznání zástavy oběhu
 - Zahájení srdeční masáže
 - Přesná lokalizace srdeční masáže
 - Frekvence srdeční masáže
 - Technika stlačování hrudníku
 - Výměna zachránců
- ❖ Automatický externí defibrilátor (AED)
 - Seznámení s přístrojem
 - Použití přístroje
 - Nácvik obsluhy AED
- ❖ Náhlá zástava oběhu (NZO)
 - Příčiny NZO
 - Situace předcházející NZO

BLOK 3 – ZLOMENINY A KRVÁCENÍ

Délka bloku – cca 30 minut

Potřebné pomůcky – obvazový materiál dostupný v autolékárničkách

Popis bloku ***první pomoc při zlomeninách a krvácení:***

❖ Zlomeniny

- Základní typy zlomenin
- Příznaky zlomenin
- Imobilizace zlomenin

❖ Krvácení

- Typy krvácení
- Zástava krvácení

❖ Šokové stavy

- Obeznamení se šokovými stavy
- Příznaky šoku
- Péče o postiženého v šoku