

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Petra Kripnerová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ÚROVEŇ ZNALOSTÍ A SCHOPNOSTÍ POSKYTOVAT
PRVNÍ POMOC U TRENÉRŮ A HRÁČŮ NÁRODNÍ
HÁZENÉ V PLZEŇSKÉM KRAJI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Reichertová

PLZEŇ 2018

Čestné prohlášení:

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

V Plzni dne 29. 03. 2018

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Stanislavě Reichertové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji oddílu národní házené TJ Přeštice za možnost provedení výzkumného šetření.

ABSTRAKT

Příjmení a jméno:	Kripnerová Petra
Katedra:	Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Název práce:	Úroveň znalostí a schopností poskytovat první pomoc u trenérů a hráčů národní házené v Plzeňském kraji
Vedoucí práce:	Mgr. Reichertová Stanislava
Počet stran – číslované:	91
Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy):	33
Počet příloh:	8
Počet titulů použité literatury:	25
Klíčová slova:	hráč, národní házená, první pomoc, sport, teoretické znalosti, trenér

Souhrn: Tato bakalářská práce je zaměřena na teoretické znalosti a dovednosti první pomoci trenérů a hráčů národní házené.

V teoretické části je představena národní házená a teorie první pomoci, která je zaměřena na poskytování první pomoci zejména v situacích, které se mohou objevit při provozování tohoto sportu.

Praktická část je zaměřena na zjištění teoretických znalostí v poskytování první pomoci u trenérů a hráčů různých věkových kategorií, které byly vyhodnocovány před a po edukačním proškolení první pomocí.

ABSTRACT

Surname and name:	Kripnerová Petra
Department:	Department of Nursing and Midwifery
Title:	The level of knowledge and ability to provide first aid for coaches and players of national handball in the Pilsen Region
Consultant:	Mgr. Reichertová Stanislava
Number of pages – numbered:	91
Number of pages – unnumbered (tables, graphs):	33
Number of appendices:	8
Number of literature items used:	25
Keywords:	coach, first aid, national handbal, level, player, sport

Summary: The main focus of this bachelor's work is the theoretical first aid knowledge and skills of coaches and national team handball players.

The national team handball as a sport is introduced in the theoretical part as well as the first aid theory particularly aimed at situations emerging during the handball games.

The practical part is focused on findings regarding the theoretical knowledge in providing first aid by coaches and players of different age groups. The findings were evaluated before and after the first aid training course.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 NÁRODNÍ HÁZENÁ	12
1.1 Vymezení pojmu sport	12
1.2 Charakteristika národní házené	12
1.3 Dějiny a vývoj národní házené	13
1.4 Princip hry	15
1.4.1 Současná pravidla národní házené	15
2 PRVNÍ POMOC	21
2.1 Definice první pomoci	21
2.2 Legislativa první pomoci	21
2.3 Dělení první pomoci	22
2.3.1 Technická první pomoc	22
2.3.2 Laická zdravotnická první pomoc	22
2.3.3 Odborná zdravotnická první pomoc	22
2.4 Zásady postupu v naléhavých případech	23
2.4.1 Zásady bezpečnosti při poskytování první pomoci	23
2.4.2 Doporučené postupy	23
2.4.3 Základní vyšetření postiženého	24
2.4.4 Polohování postiženého	24
2.4.5 Přivolání odborné pomoci	25
2.4.6 Aplikace Záchranka	27
2.4.7 Integrovaný záchranný systém	27
2.4.8 Transport postiženého	29
2.5 První pomoc u stavů bezprostředního ohrožení života	29
2.5.1 Řetězec přežití	29
2.5.2 Bezvědomí	31
2.5.3 Zástava masivního zevního krvácení	33
2.5.4 Vnitřní krvácení	34
2.5.5 Uzávěr dýchacích cest cizím tělesem	34
2.6 První pomoc při závažných úrazech	35
2.6.1 Mozkolebeční poranění	35

2.6.2	Poranění hrudníku.....	36
2.6.3	Poranění břicha.....	37
2.6.4	Poranění pánve.....	37
2.7	První pomoc při jiných úrazových stavech.....	38
2.7.1	Poranění páteře.....	38
2.7.2	Poranění končetin.....	39
2.7.3	Poranění očí.....	39
2.7.4	Poranění nosu.....	40
2.7.5	Vyražený dech.....	40
2.7.6	Ošetření ran.....	41
2.8	První pomoc při neúrazových stavech.....	42
2.8.1	Křeče, křečové stavy.....	42
2.8.2	Astmatický záchvat.....	42
2.9	Prevence a bezpečnost.....	43
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	44
3	CÍLE PRÁCE.....	44
3.1	Hlavní cíl.....	44
3.2	Dílčí cíle.....	44
4	VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY.....	45
5	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU.....	46
6	METODIKA PRÁCE.....	47
6.1	Formulace problému.....	47
6.2	Organizace výzkumu.....	47
6.3	Metoda sběru dat.....	47
6.4	Způsob zpracování dat.....	47
7	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	49
8	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	50
9	DISKUZE.....	96
9.1	Návrh k řešení nedostatků zjištěných během dotazníkového šetření.....	99

ZÁVĚR.....	101
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	103
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	105
SEZNAM TABULEK	106
SEZNAM GRAFŮ	108
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	110
SEZNAM PŘÍLOH	111
PŘÍLOHY	112

ÚVOD

Národní házená (dále jen NH) je popisována jako sportovní kontaktní hra, při které není potřeba žádného sportovního náčiní. Jedná se o kolektivní sport brankového typu, kde je pro dva kolektivy společná hrací plocha a společný předmět, míč, který je ovládán částmi těla.

Dnes se bohužel nacházíme v době internetu a počítačových her, takže je zřejmé, že by sport měl být pro nás a naše děti daleko více středem zájmu. Je vidět, že oproti dřívější době jsou děti daleko více bez sportovních schopností. Nemají vytvořené správné sportovní návyky a nemají ani možnost je získat, protože je jejich rodiče v dnešní uspěchané době všude vozí autem. Chybí jim přirozený pohyb na čerstvém vzduchu, bezstarostné dovádění s ostatními kamarády, vzájemné soupeření, soutěžení, jako to bylo u dětí v dřívější době. Je důležité vést děti nejen v této době, ale již od útlého věku k pohybu a k tomu, aby se uměly dobře starat o svoje tělo. Aby o sebe měli zájem.

Hlavním posláním ošetrovatelství, mimo aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví, je také podpora a udržení zdraví populace. Z tohoto důvodu se také ošetrovatelství aktivně podílí na prevenci nemoci a jeho cílem je upravit populaci kvalitu jejich života.

Do prevence samozřejmě patří také edukační činnost v oblasti první pomoci. Zvolené téma mojí bakalářské práce je velice důležité pro všechny, pro celou laickou veřejnost, protože správně a rychle poskytnutá přednemocniční první pomoc ovlivňuje nejen prognózu nemoci postiženého, ale má vliv i na samotné přežití postiženého.

Téma pro naši bakalářskou práci: Úroveň znalostí a schopností poskytovat první pomoci u trenérů a hráčů národní házené jsem si vybrala zcela záměrně. NH jsem začala hrát ve svých osmi letech a věnovala jsem se jí celých dvacet let. Provéřit teoretické znalosti trenérů a hráčů jsem se rozhodla po situaci, kterou jsem zažila při mistrovském utkání družstva přípravky, za kterou v té době hrála moje starší dcera. Došlo totiž k úrazu její spoluhráčky, a i když se na hřišti pohybovalo několik dospělých, jak z řad trenérů, tak hráčů, jejich reakce a následné poskytnutí první pomoci bylo neadekvátní situací. Myslím si, že když rodiče svěří svoje dítě do rukou trenérů, počítají s tím, že o ně bude postaráno se vším všudy. A že v případě nějakého úrazu či akutně vzniklého problému si budou umět poradit. Víím, že být ve funkci trenéra není jednoduchá věc. Je to obrovská zodpovědnost.

V této bakalářské práci proto budu nejen zkoumat, jaké jsou teoretické znalosti a dovednosti trenérů a hráčů různých věkových kategorií, ale zároveň chci zjistit, zda po provedeném edukačním proškolení první pomoci, se jejich znalosti zlepší.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části – část teoretickou a empirickou. Pro přehlednější je každá část ještě rozdělena do kapitol a podkapitol.

Teoretická část poskytuje informace o národní házené. Zde jsem se snažila popsat, o jaký druh sportu se jedná, jaká je historie sportu, v čem spočívá princip hry a jaká jsou současná pravidla národní házené.

Další část naší bakalářské práce je věnována první pomoci, její definici, rozdělení a legislativě, která souvisí s neposkytnutím první pomoci. Následující část práce se zabývá poskytováním první pomoci v různých situacích, zejména v těch, které se mohou odehrát při pohybu ve sportovním areálu oddílu i při samotném provozování tohoto míčového sportu.

Empirická část bakalářské práce popisuje průběh výzkumného šetření. Je zde popsán dotazník, který byl použit pro sběr dat, průběh edukačního školení první pomoci u jednotlivých věkových kategorií, které dohromady tvoří kolektiv oddílu národní házené TJ Přeštice a zároveň je zde interpretace dosažených výsledků.

Závěr bakalářské práce obsahuje shrnutí všech dosažených výsledků a jejich přínos pro budoucí praxi.

Bakalářská práce by měla sloužit jako podnět pro širokou laickou veřejnost, měla by v každém člověku probudit zájem o své zdraví a o umění poskytnout správnou první pomoc.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NÁRODNÍ HÁZENÁ

1.1 Vymezení pojmu sport

Co to vlastně znamená slovo sport? Nejčastější používaný výklad hovoří o tom, že se jedná o pohyb s určitými pravidly, při kterých si mohou zúčastnění navzájem porovnávat výsledky. Méně často používaný výklad považuje za sport i šachy nebo poker. Sporty dělíme na kolektivní, míčové, vodní, bojové, motorové a motoristické a sporty zaměřené na přesnost a gymnastiku (Český olympijský výbor, 2018).

Sport je nedílnou součástí dění ve společnosti a zároveň je odrazem způsobu života. Může být součástí profesní kariéry člověka, může mít podobu pasivní zábavy pro diváky nebo aktivní zábavy pro ty, kteří ho provozují. Je důležitou součástí využití volného času (Slepička, Hošek, Hátlová, 2011).

Zejména sportování dětí a mládeže a jejich pohybová kultura je jedním z klíčových problémů dnešní doby. Často se objevují slova o špatné obratnosti a fyzických předpokladech dnešní dětské generace, o jejich lenosti, ale také o pohodlnosti rodičů. Dnešnímu dětskému světu vládne technika a nikoliv rčení „Ve zdravém těle, zdravý duch.“ Měli bychom se snažit děti co nejvíce nadchnout pro sport a pohyb na čerstvém vzduchu. Sport měl být pro nás a naše děti daleko více středem zájmu (Kojzar, 2016).

Hlavním posláním ošetrovatelství, je totiž nejen aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví, ale také podpora a udržení zdraví populace. Sport, jako pohyb na čerstvém vzduchu, by proto měl být zařazen do popředí zájmu každého z nás a to již od útlého věku.

1.2 Charakteristika národní házené

NH je původní československou hrou, při níž se uplatňuje současně běh, hod, skok, rychlost, obratnost, vytrvalost, síla, odpovídající tvrdost, technika a taktika. Národní házená pomáhá rozvíjet odvahu, rozvahu, postřeh, bystrost, duchapřítomnost, rozhodnost k činu, sebeovládání, smysl pro kolektiv a kamarádství. Je to hra, při které se děje mnoho dramatických situací, a proto čím dál více budí zájem u veřejnosti (Hons, 1989).

1.3 Dějiny a vývoj národní házené

V druhé polovině 19. století a na počátku století 20. se těšily velké oblibě, zejména mezi studujícími mladými lidmi, různé sportovní hry. Studenti se často setkávali s velkou nevolí svých profesorů, protože v jejich řadách se šířil názor, že sport odvádí pozornost mládeže od studia. Velký obrat nastal v okamžiku, kdy rakouské ministerstvo školství v roce 1890 vyneslo rozhodnutí, že se školy musí věnovat nejen výuce, ale i tělovýchově. V největší oblibě byla kopaná, ale profesori ji mnoho nepodporovali a snažili se uvést do hry další různé sporty (Hons, 1989). Není se tedy čemu divit, že u zrodu NH, jejíž pojmenování se několikrát změnilo, stáli tři učitelé tělesné výchovy.

Prvním byl profesor Václav Karas. Házenou pojmenoval jako Vrhaná s přenášením a popsal ji v červnu 1905 v tehdejší odborném časopise *Výchova tělesná*. Hrací plocha byla křížem rozdělena na čtyři čtvrtiny a hráči, kterých bylo celkem devět, nesměli opustit svoji čtvrtinu. Každý tým měl dvě trojice útočníků, dva obránce a brankáře. Střílelo se do zmenšené brány na fotbal (Hons, 1989).

Druhým, kdo zasáhl do vývoje NH, byl Josef Klenka, propagátor her mládeže, náčelník Československého odboru sportu a inspektor tělesné výchovy na středních školách. Namísto fotbalových branek zavedl terče neboli kruhy s průměrem 1 metr, které byly upevněné na tyči vysoké 1,5 metru od země. Terče byly polepeny papírem, na kterém byla šachovnice. Po každém gólu, kdy došlo k protržení papíru, se kruhy znovu polepovaly, o něco později se kruhy vyměňovaly úplně. Hřiště bylo široké 25 – 30 metrů a dlouhé 50 metrů. Týmy byly šestičlenné a s míčem se mohlo driblovat, což té době znamenalo používat pojem „honit rukama“. Tato hra dostala název „cílová“. Finální úpravu pravidel národní házené provedl rodák z Domažlic, Antonín Krištof. Novou sportovní hru, kterou upravil podle pravidel Karase a Klenky, nejprve pojmenoval jako Klenka cílová, ale později se místo terčů začaly používat branky a hra jím byla pojmenována „házená“. Hřiště dostalo obdélníkový tvar a bylo rozděleno na třetiny. Brány měly rozměry 2 metry na šířku a 2,5 metru na výšku, brankoviště mělo tvar obdélníku, rozměry 4 x 6 metrů a cizí hráč do něj nemohl vstoupit. Týmy byly smíšené, sedmičlenné až devítičlenné. S míčem hráč nemohl udělat více než tři kroky a byla přísně zakázána hra pěští (Hons, 1989).

Na rozdíl od cílové, kterou ženy hrály v sukních a muži ve svátečních kalhotách, úpravou pravidel dal Krištof házené charakter sportovní hry. Položil také první základy hry tím, že stanovil první ústředí házené a zasloužil se také o vydání prvních tištěných

pravidel. Házená se od té doby začala šířit nejen po Čechách a Moravě. V roce 1911 ji dokonce český olympijský výbor zařadil mezi své sportovní slavnosti, které se konaly v Praze na Letné, a v roce 1912 byla zařazena v programu VI. všesokolského sletu. Házená se rozšířila dokonce do Ruska a Jugoslávie. Do Ruska ji přinesli čeští učitelé tělesné výchovy a do oblasti pozdější Jugoslávie studenti vysokých škol, kteří původně studovali v Praze a tam také hru poznali. Po vypuknutí 1. světové války se veškerá činnost, a tedy i ta házenkářská, přerušila (Hons, 1989). K dalšímu rozvoji házené u nás došlo až po válce. Postaral se o to žák Antonína Křištofa, Jaroslav Trantina, který usiloval o ustanovení svazu házené. Poté, v roce 1919, byl stanoven přípravný výbor, o rok později vznikl Československý svaz házené a ženských sportů. Tento svaz v roce 1921 spolu se sportovními organizacemi z dalších šesti zemí, založil v Paříži Mezinárodní federaci ženských sportů. Tato federace přijala československou házenou i s jejími pravidly jako mezinárodní kolektivní hru. Házená se v těchto letech začala šířit i na Slovensku a v Rumunsku. Došlo také k prvním mezistátním a mezinárodním zápasům. V roce 1936 došlo opět ke změně pravidel, z nichž nejdůležitější byla změna tvaru a velikosti brankoviště na půlkruhové o poloměru 6 metrů. Koncem roku 1938 byl přijatý název Československý svaz házené, jehož součástí bylo 5 žup. V roce 1939 vznikem Protektorátu Čechy a Morava byla nucena se tato organizace přejmenovat na Český svaz házené. Na území protektorátu došlo v té době k největšímu rozmachu naší házené. Ve svazu bylo zaregistrováno přes 22 tisíc hráčů a hráček (Hons, 1989). V listopadu 1944 vyšla opět nová pravidla NH, která přinesla zásadní změny. Byly ustanoveny trojí rozměry hřiště, byla zavedena změna v rozdělení třetin a bylo ustanoveno provádění všech hodů, zejména hodu trestného. K dalším velkým změnám došlo v roce 1947, kdy se konal kongres Mezinárodní federace házené. Protože na kongresu chyběl zástupce z řad Československého svazu házené, kongres nastavil podmínky k dalšímu rozvoji házené, podle pravidel handbalu (mezinárodní házené), bez ohledu na naši českou házenou. Poté došlo k ustanovení samostatných sekcí pro házenou mezinárodní a házenou českou. V roce 1949 opět dochází k další úpravě pravidel, kterými se podařilo vyřešit problém se statickou obranou. Rovněž bylo zavedeno střídání hráčů, stanovení doby 3 vteřin pro držení míče a driblování s míčem nejvíce třikrát za sebou. Vrcholnými zápasy v házené byla mezizemská utkání Čechy - Morava. V šedesátých letech se po úspěších mezinárodní házené, česká házená dostává do pozadí. Mezinárodní házená vytěsnila českou házenou z osnov škol a řada oddílů české házené přestoupila na házenou mezinárodní s touhou a možností absolvovat

zahraniční zájezdy. Podle rozhodnutí předsednictva ÚV ČSTV byl přijatý nový název pro českou házenou, a to název národní házená. Dnes se hrají jednotlivé soutěže mužů a žen systémem podzim – jaro (Hons, 1989).

1.4 Princip hry

V každém týmu hraje sedm hráčů a náhradníci. V poli jsou tři útočníci, dva záložníci, jeden obránce a brankář. Hrací plocha je rozdělena na 3 části: obrannou, střední a útočnou. Hraje se speciálním balónek, kterého se mohou hráči dotýkat pouze rukou. Každý hráč může držet balón nejdéle 2 sekundy. Poté si musí buď klepnout balónek o zem, nebo nadržet. To může provést maximálně 2krát, poté musí odřet míč svému spoluhráči. Cílem hry je vsítit do branky soupeře co největší počet gólů. (Svaz národní házené, 2017).

1.4.1 Současná pravidla národní házené

Hráči a další osoby účastníci se hry

U dospělých, dorostu i u žákovských kategorií tvoří družstvo patnáct hráčů. Dva brankáři a třináct hráčů, kteří se pohybují v poli. Při zahájení hry a na konci utkání nastoupí na hřiště všichni hráči jednotlivých týmů, kteří jsou zapsáni na soupisce hráčů neboli v zápisu o utkání. Na konci 1. poločasu a na začátku poločasu 2. nastupuje pouze sedm hráčů (brankář, obránce, dva záložníci a tři útočníci). Ostatní hráči se zdržují v prostoru, pro který se vžil název střídačka. Střídání hráčů je možné jen ve vymezeném prostoru na vlastní polovině střední třetiny, kde se nachází vlastní střídačka. Střídající hráči mohou vystřídat jakéhokoliv hráče na hrací ploše (kromě vyloučených), a to kdykoliv v průběhu hry (Svaz národní házené, 2017).

Další osobou, která je důležitá pro správný a spravedlivý průběh utkání, je rozhodčí. V NH řídí běžná utkání jeden rozhodčí, který zároveň zastává i funkci zapisovatele a časoměřiče. Více rozhodčích je na hřišti pouze při mezizemských utkáních Čechy - Morava nebo při očekávání hodně vypjatého zápasu dvou silně zneprátených celků (Svaz národní házené, 2017).

Výstroj hráčů

Celý tým musí být jednotně oblečen ve stejné barevných dresech a stejné barevných trenýrkách. Jen brankáři mají barevně odlišný dres od hráčů v poli. Všichni hráči (včetně

brankářů) musí mít na zádech dresu číslo. Barva čísla musí být odlišná od barvy dresu (Svaz národní házené, 2017).

Rozsah pohybu hráčů

Útočník

Útočník se může pohybovat pouze v útočné a střední třetině a zároveň může vstoupit do brankoviště soupeře. Jeho hlavním úkolem je vstřelit gól. Pokud střílí, nesmí stát nohou v brankovišti, jinak mu rozhodčí jeho jednání označí jako přešlap a tudíž mu i vezme možnost vsítit gól (Svaz národní házené, 2017).

Záložník

Záložník se smí pohybovat ve střední a obranné třetině, ale nemůže vstoupit do svého brankoviště. Pokud mu rozhodčí pískne přešlap, bude proti jeho družstvu nařízen trestný hod, ze kterého má soupeř možnost vstřelit gól. V tomto případě je hlavním úkolem záložníka bránit útočníkovi z družstva soupeře ve střelbě (Svaz národní házené, 2017).

Obránce (bek)

Podobnou úlohu má i obránce neboli bek, který má ale na rozdíl od záložníka možnost se pohybovat i ve vlastním brankovišti, bez hrozby odpískaného přešlapu a následného trestného hodu (Svaz národní házené, 2017).

Brankář

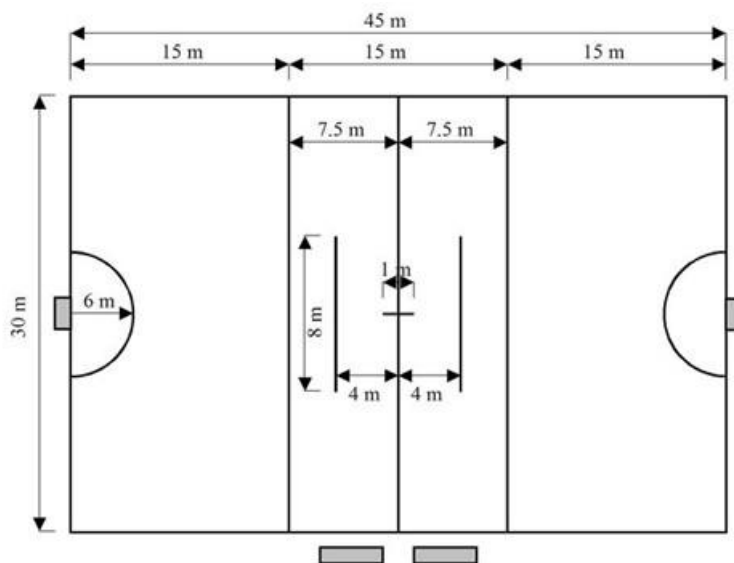
Brankář se může pohybovat ve střední, obranné třetině a vlastním brankovišti. Má za úkol krýt střely soupeře ve vlastní bráně. Brankář je jediným hráčem na hrací ploše, který může míč zasáhnout i nohou (Svaz národní házené, 2017).

Hřiště a jeho vybavení

Hřiště v národní házené je tvaru obdélníku o rozměrech 45×30 metrů (povolená tolerance rozměrů je 5%). Povrch hřiště je z materiálů umělých nebo přírodních. Hřiště musí být vyznačené dobře viditelnými a kontrastujícími čarami s barvou povrchu, o šířce 6–8 cm. Hřiště je rozděleno na jednotlivé třetiny čarami rovnoběžnými s půlicí čarou na obrannou, střední a útočnou třetinu. Všechny třetiny mají stejnou velikost. Obranná

třetina jednoho družstva je současně také útočnou třetinou soupeře (Svaz národní házené, 2017).

Obrázek 1: Nákres hrací plochy



Zdroj: Svaz národní házené, 2017

Branky mají rozměry 2×2,40 metrů, pro kategorii mladšího žactva 2×2,20 metrů. Tvoří je dvě čtyřhranné tyče vzdálené od sebe 2 m a spojené ve výši 2,40 m příčným břevnem, kdy nejmenší síla tyčí musí být 80×80 mm, největší 100×100 mm. Obě tyče a břevno branky musí být natřeny bílou barvou. Prostor mezi tyčemi a břevnem je vyplněna sítí. Jejich celistvost je před každým zápasem zkontrolována rozhodčím.

Míč je vyrobený z kůže nebo z umělého materiálu. Obvod míče nesmí být menší než 580 mm a větší než 605 mm (Svaz národní házené, 2017).

Hrací doba

Dospělá kategorie a dorost hrají 2×30 minut, žákovská kategorie 2×25 minut. Každé družstvo má právo si v každém poločase vzít na 1 minutu oddechový čas. Oddechový čas se nepočítá do hrací doby. Vznést požadavek na oddechový čas smí u rozhodčího pouze kapitán (popř. hráč zastupující kapitána), vedoucí družstva a trenér jasně danou gestikulací, a to pouze v okamžiku, kdy je hra přerušena. Mezi jednotlivé poločasy je vložena přestávka trvajících, dle pravidel, 10 minut. Přesná doba přestávky se může, po vzájemné dohodě mezi rozhodčím a kapitány obou celků, upravit (Svaz národní házené, 2017).

Provádění hodů

Každý hod se musí provést do 2 sekund od písknutí rozhodčího. Rozhodčí má povinnost umožnit rychlé střídání brankářů před provedením pokutového nebo trestného hodu. S výjimkou hodu od brány a hodu pokutového, se všechny hody provádějí z místa. Při provádění hodu z místa musí hráč stát na jedné nebo na obou nohou. Od písknutí rozhodčího do doby odhození míče se nesmí hráč s míčem rozběhnout, nesmí vykročit nebo ukročit, kterýmkoliv směrem. Před rozehráním hodu musí být spoluhráči i protihráči vzdáleni od hráče, který hod rozehrává, nejméně 4 m (Svaz národní házené, 2017).

Vhazování ze zámezí

Pokud zahraje hráč míč za pomezí autovou čáru, vhazuje do hry míč hráč soupeře z místa, kde míč do zámezí (autu) přešel (Svaz národní házené, 2017).

Hod od brány

Tento hod provádí pouze brankář, pokud zahraje hráč míč za soupeřovu brankovou čáru neboli mimo branku, nebo pokud vyrazí brankář při střelbě na branku míč z brankoviště za vlastní branku (Svaz národní házené, 2017).

Hod z rohu

Pokud zahraje bránící hráč (netýká se brankáře při brankářském zákroku) míč za vlastní brankovou čáru (mimo branku), vhazuje míč do hry útočník protihráče. Jeden záložník z bránícího družstva stojí na čáře ohraničující jejich obrannou třetinu a v okamžiku rozehrání rohového hodu se přesouvá na své brankoviště (Svaz národní házené, 2017).

Hra brankáře

Brankář může v brankovišti míč nohou zarazit, odrazit, vykopnout, ale to vše pouze při střelbě na jeho branku. Pokud brankář použije těchto výhod úmyslně, včetně odkopnutí při každém jiném zákroku uvnitř brankoviště, může rozhodčí nařídit pokutový hod (Svaz národní házené, 2017).

Hra s míčem

Hráč smí držet míč nebo se s ním pohybovat nejdéle 6 sekund. Zároveň může míč vyházovat nad hlavu nebo odrážet od země, ale nejvýše dvakrát za sebou. Jako třetí už musí následovat přihrávka spoluhráči. Není dovoleno žádným způsobem vyrážet míč soupeři z ruky. Není dovoleno kopání do míče nebo zarážení míče nohou, tzn. částí nohy od kolena dolů (koleno v to počítaje). Není dovoleno házet úmyslně míč soupeři na nohy (Svaz národní házené, 2017).

Střelba na bránu

Na bránu se smí střílet pouze při nepřerušené hře, neboli z hodů rohového, trestného a pokutového. Hráč smí odhodit míč jednou nebo oběma rukama. Může srazit míč do branky rukou (rukama) nebo jinou částí těla, (kromě nohou), z prostoru mimo soupeřovo brankoviště. Pro posuzování správnosti střelby na branku rozhoduje postavení nohou. Pokud hráč provádí střelbu s výskokem, nesmí po provedení hodu dopadnout dovnitř brankoviště (Svaz národní házené, 2017).

Dosažení branky

Branka je dosaženo v ten okamžik, pokud projde míč celým svým objemem přes brankovou čáru (mezi brankovými tyčemi a brankovým břevnem) a družstvo, které je v útoku, neporušilo žádné pravidlo (Svaz národní házené, 2017).

Volný hod

Z volného hodu nemůže přímo padnout branka (ani vlastní). Pokud se dostane míč přímo z volného hodu do brány soupeře, nařídí rozhodčí hod od brankáře. Pokud se dostane míč přímo do vlastní brány, nařídí rozhodčí hod z rohu (Svaz národní házené, 2017).

Trestný hod

Z trestného hodu může padnout branka přímo (třeba i vlastní). Při provádění trestného hodu v útočné třetině se musí zbylí 2 útočníci postavit mimo brankoviště. Do brankoviště mohou vstoupit, až po písknutí rozhodčího (Svaz národní házené, 2017).

Pokutový hod

Pokutový hod se provádí z jakéhokoliv místa na myšlené spojnici středu branky se středem hřiště (nejdále 4 m od brankoviště). Mezi písknutím rozhodčího a provedením hodu si útočník provádějící pokutový hod, nesmí s míčem klepnout o zem. Z pokutového hodu může být přímo dosaženo gólu (Svaz národní házené, 2017).

Hod rozhodčího

K hodu rozhodčího se ve hře přistupuje ve sporných případech nebo dopustí-li se oba soupeři současně stejného porušení pravidel (Svaz národní házené, 2017).

2 PRVNÍ POMOC

2.1 Definice první pomoci

Pojem první pomoc není pro širokou veřejnost žádným neznámým pojmem. Tak jak uvádí ve své publikaci Kelnarová, jedná se o „*soubor jednoduchých a účelných postupů sloužících k záchraně života člověka postiženého náhlým ohrožením nebo ztrátou zdraví.*“ (Kelnarová, 2012, str. 11).

Dobiáš doplňuje, že „*první pomoc je bezprostřední, většinou laická pomoc poskytnutá zraněné anebo osobě nemocné. Nenahrazuje lékařské ošetření, ale je předpokladem jeho úspěšnosti*“ (Dobiáš a kol., 2012, str. 33).

Časnost a kvalita první pomoci má tak zásadní význam na přežití pacienta případně na kvalitu jeho dalšího života.

2.2 Legislativa první pomoci

Poskytnout první pomoc je nejen morální povinností každého člověka bez ohledu na věk či vzdělání, ale samozřejmě s ohledem na bezpečnost a schopnosti zachránce. Jediný rozdíl v poskytování první pomoci spočívá tedy v tom, zda je poskytována laikem či školeným záchranářem. Právě podle tohoto rozdílu se hodnotí i míra postihu v případě jejího neposkytnutí. Právně je neposkytnutí první pomoci zaneseno v trestním zákoníku č. 40/2009 Sb. a také v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Trestní zákoník č. 40/2009 Sb., Neposkytnutí první 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 potrestán 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“ (Česko, 2009).

Dle zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách, je povinností každého zdravotnický vzdělaného člověka, poskytnout první pomoc na odborné úrovni každému, u koho je vážně ohroženo zdraví nebo je přímo ohrožen na životě, a pomoci není možno dosáhnout obvyklým způsobem (Česko, 2011).

2.3 Dělení první pomoci

Při poskytnutí ošetření rozlišujeme různé fáze první pomoci. Základní její rozdělení je na technickou a zdravotnickou. A zdravotnická se dále dělí na laickou zdravotnickou pomoc a odbornou zdravotnickou pomoc (Kelnarová, Toufarová, Sedláčková, Číková, 2012).

2.3.1 Technická první pomoc

Technická první pomoc je zpravidla vykonávána speciálně vycvičenými týmy. Jedná se o hasičský záchranný sbor, horskou a vodní záchrannou službu. Pokud situace dovoluje a neohrožuje zachránce, může i on sám provést technickou první pomoc. (Kelnarová, Toufarová, Sedláčková, Číková, 2012).

2.3.2 Laická zdravotnická první pomoc

Jedná se o soubor opatření bez speciálního vybavení. Je vyžadována účelnost, rychlost a rozhodnost. Součástí je i přivolání zdravotnické pomoci. Mezi úkoly laické pomoci patří zachránit život, zabránit zhoršení stavu postiženého, zajistit vhodné prostředí a bezpečnost pro poraněného, zachránce i ostatní. (Kelnarová, Toufarová, Sedláčková, Číková, 2012).

2.3.3 Odborná zdravotnická první pomoc

Poskytování odborné zdravotnické první pomoci zajišťují lékaři, záchranáři a sestry v život ohrožujících stavech, s cílem udržení a uchování zdraví a života. Řadí se sem diagnostika a ošetření týmem zdravotnické záchranné služby. Následuje transport do zdravotnického zařízení. (Kelnarová, Toufarová, Sedláčková, Číková, 2012).

2.4 Zásady postupu v naléhavých případech

2.4.1 Zásady bezpečnosti při poskytování první pomoci

Vlastnímu poskytnutí první pomoci v mnoha případech předchází akce na záchranu postiženého nebo technická první pomoc. Prioritou pro zachránce je zachování jeho bezpečnosti. Nebezpečí pro zachránce může být spojeno s těmito situacemi: agresivní osoba, dopravní nehoda, prostředí zamořené jedovatými látkami (plyn, oxid uhelnatý), zásahy ve vodě, nakažlivé onemocnění postiženého, požár (Hasík, 2016).

2.4.2 Doporučené postupy

Před zahájením vlastních úkonů první pomoci zhodnotíme situaci a rizika pro bezpečnost nejen svojí, ale i ostatních osob. Zachránce „laik“ není povinen první pomoc poskytnout, pokud bude ohrožena bezpečnost jeho nebo ostatních. Pokud se rozhodneme pomoc poskytnout, závisí postup na druhu situace. Zhodnocení situace by mělo probíhat rychle, ale zároveň v klidu. Ke každému zraněnému přistupujeme tak, jako kdyby měl nakažlivé onemocnění (používáme ochranné rukavice, resuscitační roušku). Při dopravní nehodě se snažíme dodržet jednotlivé kroky. Zastavit v bezpečné vzdálenosti, rozsvítit výstražná světla, umístit spolecestující osoby (děti) za svodidla, obléci sobě i ostatním spolecestujícím reflexní vestu, umístit výstražný trojúhelník do vhodné vzdálenosti, vypnout zapalování u havarovaného vozidla, zatáhneme ruční brzdu, zamezíme kouření a manipulaci s ohněm. Pokud se jedná o osobu v ohnisku požáru, dáme si před ústa mokrá šátek, použijeme přilbu nebo improvizovanou ochranu hlavy a ochranu rukou (např. rukavice, omotání hadrem) a nohou (např. kožená obuv). Pokud poskytujeme první pomoc osobě, která se nacházela v prostředí zamořeném plynem, vytvoříme průvan tím, že otevřeme okna a dveře. Při tonutí postiženého se mu nejdříve pokusíme pomoci, aniž bychom museli vstoupit do vody (podat větev, hodit provaz, záchranný kruh), popř. použít loďku. Při nezbytnosti vstoupení do vody musíme jistit sami sebe lanem ze břehu. Pokud došlo u postiženého k úrazu elektrickým proudem, poskytování první pomoci spočívá hlavně v přerušení kontaktu zraněného s vodičem (vypnutí spotřebiče, vytažení šňůry, vypnutí jističe). V případě vedení vysokého napětí hrozí výboj do vzdálenosti několika metrů (nesmíme se přibližovat, dokud nebudeme prokazatelně vědět, že byl elektrický proud odpojen) (Hasík, 2016).

2.4.3 Základní vyšetření postiženého

Předpokladem pro správné poskytnutí první pomoci je orientační vyšetření postiženého. Na základě zjištění, o jaký druh postižení se jedná, vyhodnotíme naléhavost a způsob provedení první pomoci. Při příchodu na místo pátráme po stavech, které ohrožují postiženého na životě. Musíme zjistit, zda se jedná o masivní zevní krvácení, poruchu vědomí (zjistíme oslovením postiženého, mírným zatřesením jeho ramenem) a zároveň zhodnotíme pohledem, poslechem a přiložením tváře před ústa, zda postižený normálně dýchá. Pokud objevíme některý z těchto stavů, musíme neprodleně poskytnout potřebnou první pomoc, event. zahájit kardiopulmonální resuscitaci (dále jen KPR). Pokud žádný podobný stav neshledáme, postupujeme vyšetřením základních životních funkcí. U hodnocení kvality dýchání zhodnotíme frekvenci, hloubku a případné další dýchací fenomény, např. bubláni, vrzoty, pískoty. U srdeční činnosti frekvenci, pravidelnost a kvalitu nahmatání. Dále sledujeme barvu kůže a sliznic rtů, zda není přítomno promodráání, výrazné zčervenání či bledost. Pokud se jedná o rány, zhodnotíme umístění, rozsah krvácení, přítomnost cizích těles, při úrazu končetiny zhodnotíme deformace, pohyblivost a citlivost. Při úrazu v oblasti obličeje zhodnotíme souměrnost, spadlý koutek, přítomnost pěny u úst a přítomnost zvratků. Při úrazu v oblasti očí sledujeme velikost a symetrii zornic, šilhání, sledování okolí. Dle zjištěného problému poskytneme potřebnou první pomoc (Hasík, 2016).

2.4.4 Polohování postiženého

Správná poloha může postiženému zachránit život, ale naopak, uvedení postiženého do polohy nesprávné, může vést při některých onemocněních k přímému ohrožení života. Základním pravidlem je, že pokud nemáme jasný důvod ke změně polohy, necháme postiženého v poloze, ve které se nachází, nebo kterou zaujímá aktivně sám. Nikdy však nesmíme dopustit, aby se postižený ocitl v poloze, ve které nad ním nebudeme mít kontrolu. Důvodem pro změnu polohy může být odvrácení hrozícího nebezpečí, pokud by postižený zůstal na místě, kde se nachází, úleva od bolesti, zajištění snadnějšího a pohodlnějšího dýchání nebo zajištění komfortu postiženého (Hasík, 2016).

Speciální polohy

Zotavovací (stabilizovaná) poloha

Jedná se o polohu, při které postižený leží na boku s hlavou otočenou k podložce. Je vhodná zejména pro pacienty s poruchou vědomí a pro ty, u kterých hrozí riziko zvracení a následné aspirace (typické pro intoxikace léky či alkoholem). Nutně u nich musí být prokázáno spontánní dýchání. (Hasík, 2016).

Ortopnoická poloha

Jedná se o polohu vsedě (polosedě), kdy má postižený možnost zapřít si ruce. Je vhodná u pacientů, kteří jsou při vědomí, ale jejich dýchání je namáhavé. Výhodou zapření je zapojení všech dýchacích svalů a odpočinek svalů unavených (Hasík, 2016).

Protišoková (proti kolapsová) poloha

Jedná se o polohu, při které má postižený podložené dolní končetiny. Je vhodná u pacientů, kteří jsou po kolapsu bez úrazové příčiny (prostý kolaps, kolaps z přehřátí, kolaps z důvodu alergické reakce) (Hasík, 2016).

Resuscitační poloha

Jedná se o polohu, při které postižený leží na zádech se zakloněnou hlavou. Je vhodná u pacientů s náhle a nečekaně vzniklým bezvědomím bez ohledu na jeho stav dýchání. Umožňuje nejlepší kontrolu jeho dýchání a včasné zahájení resuscitace, pokud by u něj došlo k poruše či zástavě dechu (Franěk, Trčková, 2012a).

2.4.5 Přivolání odborné pomoci

První pomoc poskytovaná laikem je spouštěcím mechanismem záchranného řetězce, jejíž součástí je přivolání zdravotnické záchranné služby a předání postiženého profesionálním záchranářům. Telefonické zavolání na tísňovou linku je základním způsobem přivolání pomoci. Zdravotnickou záchrannou službu voláme vždy, pokud se staneme svědkem závažného úrazu nebo děje, který bude mít zřejmě za následek úraz či poškození zdraví jiného člověka, nebo pokud dojde k náhlému a neočekávanému zhoršení stavu pacienta. Je vhodné volat záchrannou službu i tehdy, pokud si nejsme jisti, zda se o tyto stavy nejedná. Dispečer nebo dispečerka zdravotnické záchranné služby je kvalifikovaný zdravotník, který nám pomůže situaci správně vyhodnotit a najít vhodné

a optimální řešení. Zdravotnická záchranná služba má v celé České republice jednotné číslo 155, které se může bezplatně vytáčet z jakéhokoliv telefonu veřejné telefonní sítě, včetně mobilních sítí, bez předvolby. Téměř ve většině případech se automaticky dovoláme na příslušné krajské operační středisko zdravotnické záchranné služby, popř. na krajské telefonní centrum tísňového volání 112. Výjimečně se může stát, že je při volání linky 155 hovor spojen na operační středisko sousedního kraje, popř. je při volání linky 112 hovor spojen dokonce do sousední země. Dispečer nebo dispečerka zdravotnické záchranné služby proto ověřuje telefonní číslo, odkud voláme, a adresu, kam je třeba poslat odbornou pomoc. Nejdůležitější z celého hovoru s dispečerem nebo dispečerkou operačního střediska je správné určení místa, kde se pacient nachází. Je lepší, když se telefonát o pár minut protáhne, kvůli přesným informacím, než aby informace byly neúplné a prodloužila se doba dojezdu vozu. Ještě než budeme volat na tísňovou linku, měli bychom si ujistit, že dokážeme správně popsat místo události. Je dobré uvést adresu, popisné a orientační číslo domu či chaty, jméno majitele domu, patro, ve kterém se byt nachází, a údaj (jméno) uvedený na zvonku (pokud se jedná o panelákový byt). Vhodné je uvést orientační body – názvy kopců, řek, okolních obcí, místní názvy (pokud se jedná o telefonát z terénu). Většina dispečinků již dokáže zjistit naši polohu podle zeměpisných souřadnic, které nadiktujeme dispečerovi nebo dispečerce z turistických navigací či auto navigací. Pokud to situace dovolí, voláme přímo od postiženého a co nejdříve. Je důležité podat informace o tom, v jakém stavu se postižený nachází. Jsou to informace životně důležité pro vyslání správné pomoci a pro poskytnutí správných rad, co dělat dál. Při poskytování informací si nic nedomýšlíme, ale popisujeme přesně to, co vidíme. Je to důležité k tomu, aby dle našich informací dispečer nebo dispečerka správně pochopili situaci a nedošlo k chybám nebo nedorozumění. Zcela běžně dispečer současně s přijetím výzvy poskytuje volajícímu instrukce, jak postiženému (postiženým) poskytnout první pomoc do příjezdu zdravotnické záchranné služby. Týká se to zejména stavů, které bezprostředně ohrožují postiženého na životě (zástava oběhu, dušení, tepenné krvácení), ale i v případě náhlého porodu. Při hovoru s dispečerem nebo dispečerkou zdravotnické záchranné služby dochází datovým přenosem k předání dat posádce vozu záchranné služby, tudíž nemusí dojít k přerušení hovoru s volajícím. Zatímco hovor pokračuje, posádka záchranné služby je již na cestě k místu zásahu. Po skončení hovoru necháme zapnutý telefon, protože se může stát, že posádka vozu záchranné služby nebude moci najít

místo zásahu nebo dojde k jiné komplikaci a dispečink zdravotnické záchranné služby s námi bude muset znovu hovořit (Franěk, Trčková, 2012a).

2.4.6 Aplikace Záchranka

V současné moderní době mobilních telefonů je možné si stáhnout aplikaci Záchranka, která záchranářům slouží zejména k přesnému určení polohy postiženého. V rámci nastavení této aplikace se mohou zadat i informace týkající se zdravotního stavu a závažných onemocnění volajícího. Tyto informace mají záchranáři, po přijetí naléhavé výzvy z daného mobilního telefonu, rovněž k dispozici. Pokud je někdo v ohrožení života, stačí přidržit tlačítko nouze na displeji telefonu. Tento postup spustí vytáčení linky 155 a zároveň se z mobilního telefonu odešle zpráva, ve které jsou informace o aktuální poloze postiženého. Mobilní telefon odesílá informace o poloze formou SMS nebo datového spojení do informačního systému krajské zdravotnické záchranné služby. Aplikace tak umožňuje předejít záchranářům, nejen pozemní záchranné služby, ale i letecké záchranné služby, zdoluhavému hledání přesného místa zásahu. Další výhodou aplikace je nejen seznam lékařských pohotovostí a lékáren, ale zároveň také interaktivní návod pro poskytování první pomoci. Na základě komunikace mezi různými krajskými operačními středisky zdravotnické záchranné služby došlo k dalšímu rozšíření aplikace, zejména v oblasti komunikace pro neslyšící osoby. Nové položky se objevily v části osobního profilu uživatele a slouží zejména pro orientaci operátora v průběhu tísňového hovoru, kdy se může stát, že se na druhém konci nebude nikdo ozývat (Maleňák, 2017).

2.4.7 Integrovaný záchranný systém

IZS je nejen soubor legislativních norem, ale i pravidel, jimiž se při zásazích a vzájemné spolupráci řídí činnost jednotlivých záchranných složek. Vzájemná spolupráce se uplatňuje zejména při vzniku mimořádné události, kdy je potřeba uplatnit najednou záchranné a likvidační práce dvěma a více složkami integrovaného záchranného systému (Franěk, Trčková, 2012a). Jednotlivé složky IZS mají povinnost se řídit dle pokynů velitele zásahu. Velitelem zásahu je většinou funkcionář HZS, ve speciálních případech zástupce jednotlivé složky IZS, která na místě provádí převažující činnost (lékař zdravotnické záchranné služby, příslušník Policie ČR) (Remeš, Trnovská a kol, 2013).

Základní složky IZS a linky tísňového volání

Hasičský záchranný sbor ČR (HZS) – linka 150, mezi které patří i jednotky požární ochrany, které se řadí do plošného pokrytí kraje, Zdravotnická záchranná služba (ZZS) – linka 155, Policie ČR – linka 158, IZS – linka 112 (Remeš, Trnovská a kol, 2013).

Ostatní složky IZS

Tyto složky poskytují při mimořádné události pomoc na vyžádání. Jedná se o Armádu ČR, Vojenskou policii, Horskou službu ČR, Vodní a báňskou záchrannou službu, Krajské hygienické stanice, Elektro – plyno – energetické služby, ČČK, Člověk v tísni a Fakultní nemocnice (Franěk, Trčková, 2012a).

Specifika tísňové linky 112

Hovor na jednotné evropské číslo tísňového volání 112 vede do tzv. „telefonního centra tísňového volání“, který je v České republice obsluhován Hasičským záchranným sborem, jehož pracovník poté, co zjistí potřebné informace, přepojuje hovor na dispečink zdravotnické záchranné služby. Při přepojování hovoru může dojít k menšímu či většímu zdržení, proto, pokud je to možné, budeme volat přímo zdravotnickou záchrannou službu, tzn. číslo 155. Číslo 112 je určeno jednak pro cizince, kteří nemají možnost znát národní tísňová čísla, tak i pro volající, kteří z nějakého důvodu národní tísňová čísla volat nemohou (např. když na daném místě není pokrytí mobilním operátorem), anebo v případě, kde předpokládáme nutnost zásahu několika složkami IZS (např. dopravní nehoda). Tísňová linka 112 lze z mobilního telefonu vytočit i z přístroje bez SIM karty (Franěk, Trčková, 2012a).

Co dělat, než záchranka dorazí?

Hlavní zásadou je poskytnutí první pomoci postiženému. Správný postup poskytne dispečer nebo dispečerka zdravotnické záchranné služby. Mezi další užitečná opatření patří, že pokud se na místě události nachází více lidí a jde o událost např. v domě, panelákovém bytě, atd., vyšleme někoho ven před dům, před byt, aby předem zajistil volnou příjezdovou cestu. Jedná se hlavně o odemknutí všech přístupových dveří, přivolání výtahu, odstranění všech překážek, které by mohli vést k narušení plynulého přístupu posádky k postiženému, nebo které by mohly narušit případný bezpečný transport postiženého do vozu záchranné služby, rozsvícení co nejvíce světel, nachystání dokladů,

lékařských zpráv a léků postiženého (pokud k události dojde v místě bydliště), zajištění domácích zvířat, která by mohla ohrozit posádku vozu zdravotnické záchranné služby (Franěk, Trčková, 2012a).

Co dělat, když záchranka odjede?

Poskytování první pomoci je pro mnoho lidí těžkou stresovou situací, zvláště pokud se jedná o rodinného příslušníka nebo kamaráda. Po mírném odeznění prožitého stresu dáme vědět rodičům či příbuzným postiženého, k jaké události došlo, a informujeme je, do jakého zdravotnického zařízení byl postižený odvezen. Poučíme je, že je vhodné si do zdravotnického zařízení volat o informace nejdříve 1 hodinu po transportování postiženého, dříve totiž nemohou mít ošetřující lékaři objektivní informace o jeho stavu (Franěk, Trčková, 2012a).

2.4.8 Transport postiženého

Důležitou součástí první pomoci je nutnost dopravit postiženého na místo, kde mu bude poskytnuta další odborná pomoc. Pokud je transport raněného proveden nešetrně, ve špatnou chvíli nebo ve špatné poloze, může to pro něj mít nedozírné následky do budoucna, v nejhorším případě to může vést až k jeho smrti. Při dalším možném ohrožení postiženého poskytneme pouze nejnutnější první pomoc, provedeme jeho odsun na bezpečné místo, a až poté pokračujeme v první pomoci. Při závažném postižení raněného během transportu doprovázíme (popř. i nadále poskytujeme první pomoc). Transport musí být proveden rychle, ale šetrně. Neměli bychom ohrozit nejen zdraví postiženého, ale i svoje tím, že budeme zvedat pacienta, pokud má vyšší hmotnost než my nebo pokud jsme sami vyčerpaní. Pokud manipulaci s raněným provádí více než 1 záchránce, musí se používat povely, aby jednotlivé úkony byly prováděny současně. Pokud musí dojít k otočení raněného, musí se současně otáčet horní a dolní polovinou těla, aby nedošlo k rotaci páteře (Kelnarová, Toufarová, Sedláčková, Číková, 2012).

2.5 První pomoc u stavů bezprostředního ohrožení života

2.5.1 Řetězec přežití

Jedná se o ideální postup a sled jednotlivých úkonů, které zvyšují procento přežití pacientů, u kterých došlo k zástavě oběhu. Jsou zde zahrnuty úkony od rozpoznání srdeční

zástavy, přes zalarmování zdravotnické záchranné služby, až po přijetí postiženého na jednotku intenzivní péče (Resuscitace.cz, 2018).

Obrázek 2: Řetězec přežití



Zdroj: Česká resuscitační rada, 2018

Jednotlivé součásti řetězce přežití

Časný přístup

Přivolání zdravotnické záchranné služby se nesmí odkládat. Nejdůležitější je to zejména u stavů, kdy je např. příčinou srdeční zástavy ischemie srdečního svalu – zdravotnická záchranná služba se musí volat hned, pokud se objeví bolest na hrudi, tzn. ještě před vznikem srdeční zástavy. Urychlí to transport postiženého na jednotku intenzivní péče a následné provedení katetrizačního vyšetření srdce a koronárních tepen (Česká resuscitační rada, 2018).

Časná kardo (pulmonální) resuscitace (KPR)

Jedná se o včasné zahájení KPR, a to i nevyškolenými laiky přímo na místě události prováděné až do příjezdu záchranné zdravotnické služby. Několikanásobně zvyšuje šanci postiženého na přežití (Česká resuscitační rada, 2018).

Časná defibrilace

Pokud je k dispozici automatický externí defibrilátor (dále jen AED), musí se použít do pěti minut od doby, kdy došlo k srdeční zástavě (srdeční zástava vniklá z důvodů fibrilace komor, komorová tachykardie = defibrilovatelné rytmy). Včasná

defibrilace zvyšuje pravděpodobnost přežití na 49–79 %, naopak každá minuta, která se před defibrilací ztratí, snižuje pravděpodobnost přežití o 10–15 % (Česká resuscitační rada, 2018).

Časná specializovaná péče

2.5.2 Bezvědomí

Vědomí patří spolu s dýcháním a krevním oběhem mezi základní životní funkce. Bezvědomí patří mezi stavy, které život bezprostředně ohrožují. Mezi vyvolávající příčiny bezvědomí se řadí: porucha ostatních základních životních funkcí (dýchání, krevního oběhu); mozková poškození (krvácení, úraz, epileptické záchvaty, nádorová onemocnění); poruchy metabolismu (např. komplikace Diabetes mellitus); různé otravy (léky, alkohol, návykové látky). Mezi jednoznačné příznaky bezvědomí patří: nepřirozená poloha postiženého, postižený nereaguje na slovní, ale ani na bolestivý podnět. Postižený je při bezvědomí ohrožen nejen selháním ostatních základních životních funkcí (dýchání, krevní oběh), ale také neprůchodností dýchacích cest, vdechnutím tekutého obsahu (zvratky, krev,...) nebo úrazem, způsobeným pádem při náhlé ztrátě vědomí (Bernatová, 2014).

Neodkladná kardio (pulmonální) resuscitace

Resuscitace, tzn. ožívání, kříšení, je soubor výkonů, kterými se snažíme postiženému ve stadiu klinické smrti, zajistit správné okysličení. Pokud totiž dojde k srdeční zástavě, v těle postiženého nekoluje krev, k buňkám se nedostává kyslík a ty začínají postupně odumírat. Nejcitlivější k nedostatku přísunu kyslíku jsou buňky mozkové, které začínají odumírat už po několika málo minutách bez kyslíku (Bernatová, 2014).

Indikací k provedení KPR je stav bezvědomí s nepravidelným dýcháním nebo se zástavou dýchání. Zhodnocení stavu dýchání provádíme pohledem, poslechem a pohmatem. Pohledem na hrudník, poslechem vydechovaného vzduchu v blízkosti dutiny ústní a pohmatem hrudníku (Frei, 2015).

Správné postupy k zvládnutí KPR jsou kontrolovány a popřípadě upravovány v intervalu 5 let Evropskou resuscitační radou (ERC). Dříve bylo do KPR zahrnuto umělé dýchání z plic do plic. Dle nejnovějších doporučení je nejdůležitější provádět

nepřerušovanou srdeční masáží. Umělé dýchání, pokud si nejsme jisti, provádět nemusíme (ERC, 2018).

- ***Neodkladná KPR dospělého***

Nejdůležitější před poskytováním první pomoci v jakékoliv situaci je zajištění vlastního bezpečí. Poté zkontrolujeme stav vědomí oslovením postiženého nebo jeho lehkým zatřesením. Následuje kontrola dýchání a případné zprůchodnění dýchacích cest. Postiženého, pokud je potřeba, opatrně otočíme na záda. Jeho hlavu jednou naší rukou zakloníme, současně dvěma prsty druhé ruky zdvihneme bradu. Provedeme kontrolu dutiny ústní, zda nejsou přítomna cizí tělesa, popř. je odstraníme. Pokud postižený nereaguje a nedýchá normálně, ihned přivoláme ZZS. Následně je zahájena zevní srdeční masáž, kterou provádíme na odhaleném hrudníku. Postiženého uložíme na rovnou a tvrdou podložku. Dlaň naší dominantní ruky přiložíme zhruba na střed hrudní kosti, na ní položíme druhou ruku a prsty vzájemně propleteme. S propnutými lokty a naší plnou vahou stlačujeme hrudník o frekvenci 100 – 120 za minutu do hloubky 5 – 6 cm. Srdeční masáž by měla být plynulá a nepřetržitá. Pokud je někdo ze záchránců proškolený v provádění KPR, provádí se zevní srdeční masáž v kombinaci s umělým dýcháním v poměru 30 stlačení: 2 vdechům. Protože bylo zjištěno, že nejčastější příčinou zástavy u dospělých je srdeční arytmie nebo vrozené či získané srdeční vady, je doporučeno provést elektrický výboj pomocí automatického externího defibrilátoru. Pokud je tedy v blízkosti zranění postiženého AED a na místě je více záchránců, může být přinesen. Pokud se na místě nacházíme sami, nesmíme postiženého opustit do příjezdu ZZS. V případě obnovení vědomí a dýchání, uvedeme postiženého do zotavovací polohy a neustále kontrolujeme jeho stav. V případě neobnovení těchto životních funkcí pokračujeme v provádění zevní srdeční masáže, dokud nedorazí vůz ZZS (ERC, 2018).

- ***Neodkladná KPR dítěte***

U dětí je nejčastější příčinou zástavy oběhu vdechnutí cizího tělesa. Proto je provádění KPR dětí odlišné od KPR dospělých. Důležité také je, abychom správně vyhodnotili věk dítěte. Rozdíly jsou u KPR dítěte do 1 roku, u malých dětí do 8let a u dětí v pubertě, u kterých se již provádí KPR jako u dospělých.

KPR malých dětí

Při zjištění bezvědomí a dýchání, které není adekvátní, zahájíme KPR 5 umělými vdechy z plic do plic a až potom začneme provádět zevní srdeční masáž. Komprese hrudníku provádíme v poměru 30:2 (pokud je na místě více záchránců je poměr 15: 2), dlaní jedné ruky do hloubky 1/3 hrudníku a o frekvenci více než 100 stlačení za minutu. ZZS voláme až 1 minutu od začátku poskytování KPR.

KPR dětí do 1 roku

Na rozdíl od KPR malých dětí nesmí být hlava novorozence zakloněna. Naopak je třeba ji někdy vypodložit, aby byla v rovině. 5 zahajovacích umělých vdechů provádíme z úst do úst a do nosu novorozence. Masáž je prováděna 2 prsty nebo palci. Resuscitace je prováděna v poměru 3 stlačení: 1 vdechu (ERC, 2018).

Schéma Guidelines 2015 - příloha A, B, C

2.5.3 Zástava masivního zevního krvácení

Krvácení znamená únik krve mimo cévní systém. Dělíme dle různých kritérií. Podle rozsahu na malé (nevyžaduje lékařské ošetření) a velké (lékařské ošetření vyžaduje); podle zdroje krvácení na zevní (mimo tělo), vnitřní (do tělních dutin) a na krvácení z tělních otvorů; podle vyvolávající příčiny na úrazové a neúrazové; podle poraněné cévy na kapilární, žilní, tepenné nebo smíšené. Masivní zevní krvácení je situace, při které dochází k rychlé ztrátě velkého množství krve. Vyvolávající příčinou mohou být všechny druhy ran nebo amputace. Na postiženém se masivní krvácení bude projevat tím, že bude bledý, krev bude z rány masivně vytékat nebo stříkat a jeho oděv bude nasáklý krví, nebo se pod ním bude nalézat velká kaluž krve. Postižený je ohrožen rozvojem šokového stavu a následným selháním základních životních funkcí (Hasík, 2016).

Postup první pomoci

V prvním případě musíme okamžitě zastavit masivní krvácení a to tak, že krvácející cévu stlačíme prsty přímo v ráně, popř. vytvoříme tlakový obvaz (škrtidlo použije pouze proškolený záchránce, jedná se o extrémní prostředek v laické první pomoci). Pokud je to možné, měli bychom použít ochranné rukavice. Až po zástavě krvácení můžeme přistoupit ke kontrole základních životních funkcí (krevní oběh, dýchání, stav vědomí). Dále je vhodné, abychom provedli protišoková opatření (tzn. opatření, která slouží

k zabránění stavu, kdy organismus postiženého není schopný zajistit potřebnou dodávku kyslíku do tkání a orgánů) (Hasík, 2016).

2.5.4 Vnitřní krvácení

Vnitřní krvácení je situace, při které krev uniká mimo cévy do vnitřních orgánů a tělesných dutin. Mezi vyvolávající příčiny tohoto typu krvácení se řadí různé úrazové stavy (např. pád z výšky, nárazy ve velké rychlosti, střelné a bodné rány, násilí přímo působící na trup) nebo i samovolné krvácení, které je způsobené nemocí (např. krvácení při vředové chorobě žaludku, krvácení při nádorovém onemocnění). U postiženého myslíme na tento druh krvácení, pokud se u něj objeví slabost, únava, neklid, slabý zrychlený tep, popř. i poruchy vědomí. Postižený je ohrožen rozvojem šokového stavu a následným selháním základních životních funkcí (Hasík, 2016).

Postup první pomoci

Pokud máme podezření na vnitřní krvácení, nejdříve přivoláme ZZS a poté provedeme kontrolu základních životních funkcí (krevní oběh, dýchání, stav vědomí). Postiženému umožníme zvolit polohu, ve které bude tolerovat danou situaci, snažíme se zabránit jeho prochladnutí. Provedeme protišoková opatření, neustále kontrolujeme životní funkce, stav postiženého a rychle reagujeme při zhoršování jeho stavu (Hasík, 2016).

2.5.5 Uzávěr dýchacích cest cizím tělesem

K poškození zdraví postiženého dochází z důvodu přítomnosti cizího tělesa v dýchacích cestách, které omezuje nebo znemožňuje adekvátní dýchání. Mezi vyvolávající příčinu patří zejména zaskočení (vdechnutí) sousta při jídle. U dětí k této situaci dochází zejména při různých hrách s drobnými částmi hraček. Uzávěr dýchacích cest se bude u postiženého projevovat kašlem, nemožností promluvit, panikou postiženého, promodráním kůže, pískavými zvuky při nádechu, v nejhorším případě ztrátou vědomí. Postižený je ohrožen udušením, zástavou oběhu, ale zároveň i poraněním, které mu může záchránce způsobit nesprávně provedenými vypuzovacími manévry (Hasík, 2016).

Postup první pomoci

Pro dospělého člověka a dítě nad 1 rok

Pokud postižený reaguje a bude schopen kašle – snažíme se ho podpořit k silnému kašli. Pokud reaguje, ale nemůže mluvit nebo vydává písklavé zvuky při nádechu - pobídne ho k předklonu a provedeme Gordonův manévr. Provést tento manévr znamená provést pětkrát silný úder dlaní mezi lopatky. Pokud uzávěr přetrvává - pobídne ho k předklonu a provedeme Heimlichův hmat. Provedení tohoto hmatu spočívá v tom, že sevřeme pěst jedné ruky, umístíme ji na rozhraní mezi dolní konec hrudní kosti a pupek, druhou rukou uchopíme sevřenou pěst a provedeme pět silných stlačení oblasti, směrem nahoru a dovnitř. Tyto dva postupy opakujeme, dokud nedorazí ZZS nebo pokud u postiženého nedojde ke ztrátě vědomí. Pokud ke ztrátě vědomí dojde, zahájíme KPR (Hasík, 2016).

Pro dítě do 1 roku

Pokud dítě reaguje a bude schopno kašle – snažíme se ho podpořit k silnému kašli. U dítěte, které reaguje, ale vydává písklavé zvuky při nádechu, provedeme opět Gordonův manévr. Pouze s tím rozdílem, že si dítě položíme hlavou a obličejem dolů na svoje předloktí, tak že dolní čelist dítěte budeme mít mezi palcem a dalšími dvěma prsty. Dlaní druhé ruky provedeme pět silných úderů mezi lopatky. Pokud uzávěr přetrvává - uložíme dítě na záda a pětkrát stlačíme hrudník jako při provádění kompresí při KPR; tyto dva postupy se opakují, dokud nedorazí ZZS nebo pokud u dítěte nedojde ke ztrátě vědomí. Pokud ke ztrátě vědomí dojde, zahájíme KPR dle pokynů dispečera tísňové linky. Všechny děti, u kterých došlo k uzávěru dýchacích cest z jakékoliv příčiny, by měly být odborně ošetřeny ve zdravotnickém zařízení (Hasík, 2016).

2.6 První pomoc při závažných úrazech

2.6.1 Mozkolebeční poranění

Při tomto poranění jde o poranění lebky a mozku, které je velmi často doprovázené vytékáním krve do mozkové tkáně a zároveň i do mozkových obalů. Mezi vyvolávající příčiny se řadí úrazy způsobené velkou energií (úderů nebo nárazy do hlavy, pády předmětů z výše na hlavu, pády z výšky, nárazy ve vysoké rychlosti). O mozokolebečním poranění u postiženého můžeme přemýšlet, pokud je tomu typický mechanismus úrazu.

Postižený může mít bolestivou, otékající nebo krvácející ránu na hlavě, poruchy vědomí až bezvědomí, změny mohou se objevit výpadky paměti a změny v chování. Dále se u postiženého může objevit nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, krvácení z uší, nosu a při kontrole zornic můžeme zjistit jejich nestejnou velikost. Postižený je ohrožen nejen rizikem vdechnutí cizího obsahu do plic (krev, žaludeční obsah), ale hlavně prohlubující se poruchou vědomí s hrozbou selhání základních životních funkcí (Hasík, 2016).

Postup první pomoci

V první řadě provedeme kontrolu základních životních funkcí (krevní oběh, dýchání, stav vědomí). Pokud postižený reaguje - umožníme mu zvolit polohu, ve které bude tolerovat danou situaci, a snažíme se zabránit jeho prochlazení. Pokud postižený nereaguje a dýchá - uložíme ho do zotavovací polohy. Pokud postižený nereaguje a nedýchá – zahájíme KPR. ZZS nevoláme pouze v případě, když se jedná o lehké poranění hlavy bez poruch vědomí a výpadků paměti. Během celého postupu pravidelně kontroluje základní životní funkce, stav postiženého a včas reagujeme na jeho zhoršení (Hasík, 2016).

2.6.2 Poranění hrudníku

Mezi poranění hrudníku patří zlomeniny hrudní kosti, žeber, poranění orgánů uložených v dutině hrudní, krvácení do dutiny hrudní a pneumothorax, tzn. přítomnost vzduchu mezi plícemi a hrudní stěnou, která vede k útlaku plíce a tím ke zhoršenému dýchání postiženého. Mezi vyvolávající příčiny patří silný úder do hrudníku, pády z výšky, nárazy ve velké rychlosti, bodná a střelná poranění. Pokud u postiženého došlo k poranění hrudníku, může se u něj objevit bolest na hrudi, dušnost, promodráání kůže a sliznic, v nejhorším případě může dojít k selhání krevního oběhu a k rozvoji šoku. Postižený je při tomto poranění ohrožen dechovou nedostatečností, rozvojem šokového stavu a popř. smrtí, jako následkem selhání základních životních funkcí (Hasík, 2016).

Postup první pomoci

Nejdůležitější je v této situaci pokusit se zklidnit postiženého. Uložíme ho do polo sedu se zapřenými horními končetinami (pokud postižený v dané situaci tuto polohu toleruje). ZZS zavoláme v případě závažného poranění, při dušnosti nebo krvácení. Pokud se jedná o krvácení, ránu překryjeme prodyšným obvazem nebo ji ponecháme nezakrytou (v žádném případě zásadně nic z rány nevytahujeme). Snažíme se zabránit

prochladnutí postiženého a během celého postupu pravidelně kontroluje základní životní funkce, stav postiženého a včas reagujeme na jeho zhoršení (Hasík, 2016).

2.6.3 Poranění břicha

Mezi poranění břicha patří poranění břišní stěny a orgánů uložených v dutině břišní (např. GIT, játra, slezina, ledviny, močový měchýř,...). U těchto poranění je velké riziko vnitřního krvácení. Mezi vyvolávající příčiny patří úder do břicha, kopnutí, stlačení břicha, bodná a střelná poranění, pády z výšky a nárazy ve vysoké rychlosti. K typickým příznakům poranění břicha patří nevolnost, zvracení, bolest břicha, napjatá břišní stěna, bledost, studený pot a hematomy či otevřené rány v oblasti břicha. U postiženého je velké riziko vnitřního krvácení s objemnou ztrátou krve, při otevřených poranění hrozí riziko infekce a zánětu pobřišnice z důvodu poranění střeva. V nejhorším případě může nastat smrt jako následek rozvoje šokového stavu (Hasík, 2016).

Postup první pomoci

Důležité opět je, abychom zklidnili postiženého. Umožníme mu zvolit polohu, ve které bude tolerovat danou situaci. ZZS zavoláme v případě závažného poranění. Ošetříme otevřené rány; orgány, které mohou vystupovat z dutiny břišní, nikdy nevracíme zpět, pouze je překryjeme nejdříve vlhkou čistou rouškou a poté ještě neprodyšným materiálem. Během celého postupu pravidelně kontrolujeme životní funkce, stav postiženého a včas reagujeme na jeho zhoršení (Hasík, 2016).

2.6.4 Poranění pánve

Mezi poranění pánve patří zlomeniny kostí pánve, které mohou být doprovázeny poraněním orgánů v pánvi uložených. U těchto poranění je největší hrozbou obrovská krevní ztráta s následným rozvojem šokového stavu. Mezi vyvolávající příčiny patří pády z výšky, poranění z dopravních nehod, pády u cyklistů. K typickým příznakům poranění pánve patří prudká bolest v místě poranění, náhle vzniklá omezená hybnost jedné či obou dolních končetin, příznaky vnitřního krvácení. Postižený je při tomto poranění ohrožen vnitřním krvácením s obrovskou krevní ztrátou, rozvojem šokového stavu. V nejhorším případě může nastat smrt jako následek vykrvácení (Hasík, 2016).

Postup první pomoci

Pokud máme podezření, že u postiženého došlo k poranění pánve, prvním krokem při poskytování první pomoci, bude přivolání ZZS. Postiženému doporučíme zůstat v poloze, ve které jsme ho našli. Než dorazí vůz ZZS, snažíme se zabránit podchlazení postiženého, neustále musíme kontrolovat základní životní funkce, jeho stav a včas musíme reagovat na jeho zhoršení (Hasík, 2016).

2.7 První pomoc při jiných úrazových stavech

2.7.1 Poranění páteře

Mezi poranění páteře patří poškození meziobratlových plotének, vazů, kloubů, obratlů. U těchto poranění je velké riziko poškození míchy a míšních nervů. Mezi vyvolávající příčiny patří pády z výšky, dopravní a sportovní úrazy, prudké údery do zad. O poranění páteře u postiženého musíme uvažovat vždy, pokud je tomu typický mechanismus úrazu. U postiženého se objeví bolest v místě poranění, náhle vzniklé poruchy hybnosti, svalové síly a citlivosti. Postižený je při tomto poranění ohrožen poruchou dýchání z důvodu poškození krční páteře a v nejhorším případě ochrnutím dané části těla, z důvodu poškození míchy (Hasík, 2016).

Postup první pomoci

Nejdříve provedeme kontrolu základních životních funkcí (krevní oběh, dýchání, stav vědomí). Pokud postižený reaguje – pokusíme se o jeho zklidnění; přesvědčíme ho o vyvarování se zbytečných pohybů. Pokud postižený nereaguje a dýchá – ponecháme ho v poloze, v jaké jsme ho našli, pokud mu v ní nehrozí další poranění nebo nebezpečí. Pokud s ním musíme z důvodu hrozícího nebezpečí hýbat, vždy musí být hlava zafixována v ose těla, a co nejvíce se musí omezit pohyby v oblasti páteře. Pokud postižený nereaguje a nedýchá – zahájíme KPR, viz kapitola 2 5 2 Bezvědomí. V této situaci je vhodné, co nejdříve zavolat zdravotnickou záchrannou službu a umožnit co nejčasnější odborné ošetření ve zdravotnickém zařízení. Snažíme se zabránit podchlazení postiženého, nepřestáváme pravidelně kontrolovat základní životní funkce a jeho stav. Včas reagujeme na jeho zhoršení (Hasík, 2016).

2.7.2 Poranění končetin

Mezi poranění končetin patří zlomeniny kostí, pohmoždění, podvrtnutí, vykloubení kloubů, pohmoždění svalů, poranění šlach. Zlomeniny dělíme nejen na uzavřené a otevřené, ale i na příčné, šikmé, spirální, tříštivé, dislokované a nedislokované, na úplné a neúplné (Bydžovský, 2011). Pokud bude mít postižený otevřenou zlomeninu, dojde nejen k narušení celistvosti kosti, ale i k poškození kožního krytu. Mezi nejčastější vyvolávající příčiny patří silné přímé násilí, které působí na danou končetinu. U postiženého se mohou objevit méně závažné příznaky (bolest, otok, hematom, omezení pohyblivosti) nebo závažné příznaky (deformita končetiny, abnormální poloha kloubu, poruchy prokrvení končetiny, nemožnost postiženou končetinu zatížit, přítomnost rány nebo krvácení). Při těchto poraněních je postižený ohrožen poranění cév, nervů, infekcí při otevřených zlomeninách. Při zlomeninách dlouhých kostí je postižený ohrožen ještě velkou krevní ztrátou a rozvojem šokového stavu (Hasík, 2016).

Postup první pomoci

Pokud dojde u postiženého k jakémukoliv druhu zlomeniny, snažíme se končetinu dostupnými pomůckami znehybnit v poloze přes dva klouby (nad a pod zlomeninou). Zkontrolujeme stav poraněné končetiny – hybnost, citlivost a kvalitu prokrvení a postiženému řekneme, aby omezil pohyby s poraněnou končetinou. V případě rány u otevřené zlomeniny je postižený ohrožen vstupem infekce. Ránu sterilně překryjeme a krytí zafixujeme. V případě, že se jedná o otevřenou zlomeninu nebo pokud při kontrole končetiny zjistíme něco závažného, je nutné, abychom přivolali ZZS. V žádném případě se nesnažíme zlomeninu rovnat a pokoušet se o vpáčení kosti zpět do rány. (Bydžovský, 2011).

2.7.3 Poranění očí

Mezi tyto poranění se řadí poranění očního bulbu úderem, nárazem, řeznou ranou, poškození očí zářením (sluneční záření, svařování bez použití ochranných brýlí), vniknutí chemikálie do očí či pouhé zanesení oka nečistotou. Jedná se o velmi bolestivé a hodně nepříjemné poranění, které může mít přechodný, ale bohužel i trvalý charakter poruchy funkce očí. Mezi typické příznaky patří velká bolestivost, nadměrné slzení, křečovitě stažení nejčastěji obou očí současně. Postižený je při závažném poranění očí ohrožen trvalými následky, které mohou vyústit ztrátou zraku.

Postup první pomoci

V první řadě postiženého posadíme, snažíme se ho uklidnit a vysvětlit mu situaci, která nastala, popřípadě mu můžeme pomoci s prostorovou orientací. Pokud se jedná o drobná tělíška v očích (nečistota, řasa, hmyz), postačí je z oka vypláchnout čistou vodou. Pokud došlo pouze k podráždění oka zářením, pokusíme se oko či oči postiženého zklidnit vykapáním antiseptických očních kapek. Pokud se nedaří cizí tělíško z oka odstranit nebo se oko po vykapání kapkami nezklidní, doporučíme postiženému raději lékařské ošetření. Pokud se jedná o pronikající oční poranění, mezi které patří poranění oční bulvy, zaklínění cizího tělesa nebo pokud má postižený závažné poranění v okolí očí, obě oči (poraněné i zdravé) překryjeme sterilním obvazem a přivoláme ZZS. Zdravé oko se zalepuje z důvodu souhybu očí, protože pokud by postižený zdravým okem sledoval okolí, pohyboval by i tím poraněným, a tomu se snažíme vyhnout. Pokud došlo k poleptání oka chemikálií, musíme oko opatrně vypláchnout mírným proudem tekoucí vody směrem od vnitřního koutku k vnějšímu. Nikdy se nebudeme pokoušet chemikálii neutralizovat (Bernatová, 2014).

2.7.4 Poranění nosu

K tomuto poranění dochází nejčastěji nárazem do obličeje. Mezi hlavní příznaky patří krvácení z nosu (epistaxe), bolestivost, otok (Franěk, Trčková, 2012b).

Postup první pomoci

Postiženého posadíme do sedu, hlavu mu ponecháme v mírném předklonu a doporučíme mu, aby si palcem a ukazováčkem jedné ruky zmáčkl křídla nosu směrem k nosní přepážce na dobu 5 – 10 minut. Zároveň přikládáme studené obklady na čelo a zátylek. Pokud se krvácení nezastaví cca do 20 minut, doporučíme postiženému odborné ošetření (Franěk, Trčková, 2012b)

2.7.5 Vyražený dech

Tento stav vždy vypadá velmi dramaticky. Je to velice nepříjemný pocit, ale o nebezpečný stav, který by ohrožoval člověka na životě, nejde. Jedná se o reflexní stažení bránice, které se projeví jako křeč dýchacích svalů. K této situaci dochází zejména při sportu, při prudkém nárazu zepředu nebo zezadu do střední části hrudníku.

Postup první pomoci

Postiženého se v této situaci hlavně pokusíme uklidnit a vysvětlit mu, že se nejedná o nebezpečnou situaci, která by ho ohrožovala na životě. Tento stav trvá zhruba dvacet sekund a díky tomu, že organismus tento závažný stav rozpozná, sám se nastartuje a křeč bude povolovat. Pokud chceme tento proces přece jenom urychlit, postiženého usadíme do předklonu a masírujeme mu bránici nebo lehce stiskneme nadbříšek.

2.7.6 Ošetření ran

Ke vzniku rány dojde při jakémkoliv porušení celistvosti kůže. Může se jednat o povrchové poranění nebo hloubkové poranění, při kterém je postižený ohrožen poškozením tkání, orgánů a krvácením. Podle vyvolávající příčiny máme několik druhů ran. Tržnou ránu může způsobit prudké zatažení, úder nebo tupý předmět, řeznou ránu tah ostrého předmětu. Bodná rána vzniká proniknutím ostrého předmětu do hloubky, sečná rána úderem ostrého předmětu. Ke střelné ráně dochází při průniku střely nebo střepiny do těla postiženého. K ráně kousnutím dojde při kousnutí zvířetem, ojediněle i člověkem. Mezi typické příznaky patří krvácení, bolestivost, porušení celistvosti kůže (Bernatová, 2014).

Postup první pomoci

Pokud se jedná o odřeninou, opláchneme ránu proudem čisté vody, abychom ji zbavili nečistot a ochránili postiženého před možným vstupem infekce. V žádném případě ránu nebudeme hrubě drhnout. U silně krvácející rány musíme především zastavit masivní krvácení, a to buď stisknutím prsty přímo v ráně, nebo přiložením tlakového obvazu. Pokud rána vznikla v situaci, kdy u postiženého hrozí zvýšené riziko vstupu infekce, můžeme okolí rány otřít alkoholovou nebo jódovou dezinfekcí. Předtím bychom ale měli zjistit, zda na některou složku z dezinfekce není postižený alergický. Poté ránu zakryjeme sterilním obvazem, jehož velikost bude odpovídat rozsahu poranění. Obvaz přichytíme použitím náplasti nebo obinadla. Pokud má postižený v ráně zaklíněné cizí těleso, nikdy se ho nepokoušíme vytahovat. Pouze ho zafixujeme a zajistíme mu následné lékařské ošetření. Pokud má postižený ránu střelnou, bodnou, ránu s otevřenou zlomeninou, ránu způsobenou kousnutím nebo jde o silně znečištěnou, rozsáhlou nebo silně krvácející ránu, vždy mu zajistíme odborné

ošetření. Pokud stav postiženého není stabilizovaný, musíme přivolat ZZS (Bernatová, 2014).

2.8 První pomoc při neúrazových stavech

2.8.1 Křeče, křečové stavy

Křeče mohou mít různé vyvolávající příčiny a mohou se projevat jako celková ztuhlost nebo opakované svalové záškuby. Mezi nejčastější příčiny, které mohou tyto stavy vyvolat, patří epilepsie (onemocnění centrální nervové soustavy), náhlý vzestup tělesné teploty (dlouhotrvající horečka, přehřátí) a nedokrvení mozku (cévní mozková příhoda, zástava oběhu náhle vzniklá). Postižený náhle upadá do bezvědomí a objevují se u něj křečovitě záškuby končetin, propínání trupu do tvaru luku. To vše bývá doprovázeno penou u úst, pokousáním jazyka, pomočením a pokálením. Po odeznění křečovitého záchvatu je velmi častá zmatenost postiženého (Bernatová, 2014).

Postup první pomoci

Pokud dojde u postiženého ke křečovitému záchvatu, snažíme se z jeho okolí odstranit předměty, o které by se mohl poranit. Pokud nám předměty odstranit nejdou, snažíme se je alespoň obložit měkkým materiálem. Nijak se ho nesnažíme držet, neomezujeme jeho pohyby a ani se mu nepokoušíme vytáhnout jazyk. Hrozilo by nám pokousání. Po odeznění křečí zůstává postižený zpravidla v bezvědomí, a proto musíme co nejdříve zhodnotit základní životní funkce. Pokud je v bezvědomí, ale dýchá, dýchání neustále sledujeme a udržujeme záklon hlavy. Pokud nedýchá, okamžitě přivoláme ZZS a zahájíme KPR. Po probuzení je většinou postižený zmatený a dezorientován, proto u něj zůstáváme do té doby, dokud u něj nebude plná orientace nebo nedorazí vůz ZZS.

2.8.2 Astmatický záchvat

Tento záchvat je charakterizován náhlým stažením průdušek, které je vyvoláno nadměrnou sekrecí hlenu, zánětem sliznice nebo stažením svalstva průdušek. U postiženého dochází ke zrychlenému dýchání, které je doprovázeno různými doprovodnými zvuky (vrzoty, pískání) a k zapojování pomocných dýchacích svalů. Tato situace vede k tomu, že postižený má nedostatek kyslíku a tím dochází k velice závažné situaci (Dobiáš, 2012).

Postup první pomoci

Pokud dojde u postiženého k astmatickému záchvatu, musíme se ho pokusit nejdříve uklidnit. Uložíme ho do sedu a provedeme oporu horní části trupu. Uvolníme mu těsný oděv a umožníme přísun čerstvého vzduchu. Pokud má postižený u sebe léky, které při těchto stavech používá, pomůžeme mu s aplikací. Správný postup při aplikaci inhalačního léku je provést současně nádech a aplikaci léku, po aplikaci a maximálním nádechu na chvíli zadržet dech. Pokud se ani po druhé aplikaci jeho stav nelepší, přivoláme ZZS. Do jejich příjezdu neustále postiženého sledujeme, kontrolujeme základní životní funkce a včas reagujeme na zhoršení jeho stavu (Dobiáš, 2012).

2.9 Prevence a bezpečnost

Sportovní úrazy jsou situace, které působí na lidský organismus poměrně krátkou dobu, způsobují však poškození, které si může vyžádat dlouhou dobu nutnou k návratu organismu do původního stavu. Význam prevence spočívá hlavně v tom, že budeme důkladně rozumět příčinám jejich vzniku a budeme znát rizikové faktory, které mohou zapříčinit vznik sportovních úrazů. Úrazy, způsobené při sportu, nemusí vzniknout na podkladě jedné příčiny, ale většinou se jedná o jejich kombinaci.

Všeobecně lze rizikové faktory rozdělit na dvě hlavní skupiny. Mezi vnitřní faktory se řadí predispozice jedince, věk a následky předchozích úrazů. Mezi vnější faktory vliv rizikového prostředí, vliv rizik provozovaného sportu a další faktory, jako únava, ztráta koncentrace, přecení sil, nedostatečné rozcvičení a protažení nebo nedostatečné používání ochranných pomůcek. Principem prevence je zamezení vzniku situace, která může vést k úrazu, informovanost o rizicích daného sportu a důsledné vybavení vhodnými ochrannými pomůckami pro danou sportovní činnost. Další součástí je vedení sportovců trenéry a vedoucími družstev, kteří mají správnou kvalifikaci pro daný sport a další důležitou součástí prevence úrazů je povědomost a proškolení sportovců i trenérů o poskytování první pomoci u úrazů typických pro daný sport (Děti bez úrazu, 2018).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍLE PRÁCE

3.1 Hlavní cíl

Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň znalostí o poskytnutí první pomoci u trenérů a hráčů národní házené v Plzeňském kraji, konkrétně v oddílu TJ Přeštice před a po proškolení v první pomoci.

3.2 Dílčí cíle

- 1) Zjistit, jaká je úroveň znalostí první pomoci u hráčů dětských kategorií v jednotlivých oblastech poskytování první pomoci;
- 2) Zjistit, která oblast první pomoci je pro hráče dětských kategorií nejméně problematická;
- 3) Zjistit, která oblast první pomoci je pro hráče dětských kategorií nejvíce problematická;
- 4) Zjistit, jaká je úroveň znalostí první pomoci u hráčů dospělých kategorií v jednotlivých oblastech poskytování první pomoci;
- 5) Zjistit, která oblast první pomoci je pro hráče dospělých kategorií nejméně problematická;
- 6) Zjistit, která oblast první pomoci je pro hráče dospělých kategorií nejvíce problematická;
- 7) Provést edukační školení první pomoci trenérů a hráčů, různých věkových kategorií, oddílu národní házené TJ Přeštice.

4 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY

- 1) Předpokládám, že hráči dětských kategorií budou mít v jednotlivých oblastech poskytování první pomoci před proškolením znalosti nižší než 50%, po proškolení vyšší než 60%;
- 2) Předpokládám, že nejvíce problematická oblast první pomoci pro hráče dětských kategorií bude znalost v oblasti kardiopulmonální resuscitace dětí;
- 3) Předpokládám, že nejméně problematická oblast první pomoci pro hráče dětských kategorií bude znalost telefonních čísel na zdravotnickou záchrannou službu;
- 4) Předpokládám, že trenéři a hráči dospělých kategorií, budou mít v jednotlivých oblastech poskytování první pomoci před proškolením znalosti větší než 80%, po proškolení dokonce 100%;
- 5) Předpokládám, že nejvíce problematická oblast první pomoci pro trenéry a hráče dospělé kategorie bude znalost v oblasti kardiopulmonální resuscitace dětí;
- 6) Předpokládám, že nejméně problematická oblast první pomoci pro trenéry a hráče dospělé kategorie bude znalost v oblasti první pomoci u krvácení;
- 7) Předpokládám, že se znalosti a dovednosti, u trenérů a hráčů různých věkových kategorií, v jednotlivých oblastech poskytování první pomoci po provedení edukačního školení zvýší.

5 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

Jako cílový soubor pro získávání informací k výzkumu byl vybrán oddíl národní házené TJ Přeštice. Tento oddíl tvoří hráči a hráčky přípravky, hráči a hráčky žákovských, dorosteneckých a dospělých kategorií. Doplňují je trenéři a vedoucí mužstev. Věková hranice hráčů dětských kategorií byla rozdělena na kategorii 5 – 10 let a 11 – 18 let. Věková hranice hráčů dospělých kategorií, trenérů a vedoucích mužstev byla specifikována na 19 a více let.

6 METODIKA PRÁCE

6.1 Formulace problému

Myslíme si, že všichni kromě profesionálních záchranářů, mají obavy ze situace, kdy budou muset poskytnout první pomoc. Mají obavy z toho, že vůbec nebudou vědět, co mají dělat. Když budou schopni něco dělat, tak mají obavy z toho, aby jejich postup byl správný. Myslíme si, že nejen trenéři a hráči národní házené, ale i celkově laická veřejnost nemá dostatek vědomostí o tom, jak správně poskytovat první pomoc. Tímto si klademe otázku: „Jaké jsou znalosti a dovednosti první pomoci u laické veřejnosti?“

6.2 Organizace výzkumu

Před začátkem dotazníkového šetření byl rozeslán nejen předsedovi oddílu TJ Přeštice, ale zároveň i rodičům hráčů dětských kategorií, informovaný souhlas s kvantitativním výzkumem. Dotazníkové šetření proběhlo ve dvou fázích. U dětské kategorie a části trenérů v rámci dětského výcvikového tábora, který se konal na přelomu července a srpna 2017, a u zbývajících trenérů a hráčů dospělých kategorií v rámci tréninkové jednotky během podzimní sezony 2017.

6.3 Metoda sběru dat

Jako metodu sběru dat byl vybrán kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Byl použit dotazník s 23 otázkami uzavřeného typu. První dvě otázky jsou demografické, ve třetí otázce je zjišťováno, zda respondenti v minulosti první pomoc poskytovali a zbytek jsou otázky věcné, týkající se poskytování první pomoci. V těchto otázkách jsou obsažena všechna důležitá témata první pomoci. V prvním i druhém kole bylo rozdáno celkem 160 dotazníků v tištěné formě a jejich návratnost byla 100%. Dotazník pro obě kola měl stejný obsah. Rozdíl spočíval v tom, že druhé kolo dotazníků bylo rozdáno po edukativním proškolení na téma První pomoc.

6.4 Způsob zpracování dat

Při zpracování dat byla nejdříve provedena kontrola všech dotazníků, zda jsou úplné a tudíž vhodné k vyhodnocení výzkumného šetření. Informace byly zpracovány

pomocí programu Microsoft Excel. Pro přehlednost vyhodnocení byla ke každé otázce dotazníku přiložena tabulka a graf, které byly vytvořené také v programu Microsoft Excel.

7 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Pod každou otázkou z dotazníku jsou uvedeny možnosti, které měli respondenti na výběr a správná odpověď je vyznačena kurzívou. V jednotlivých tabulkách jsou zvýrazněny počty správných odpovědí. Vyhodnocení v procentech je pod každou tabulkou znázorněno grafem. Ke každé otázce jsou uvedeny k porovnání tabulky a grafy pro první a druhé kolo výzkumu.

8 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka č. 1

V oddíle národní házené TJ Přeštice působíte jako:

- a) hráč;
- b) trenér (či vedoucí družstva);
- c) obojí.

Tabulka 1: Pozice v oddíle národní házené TJ Přeštice (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	27	100,0	61	100,0	0	0
b	0	0	0	0	5	6,9
c	0	0	0	0	67	93,1
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

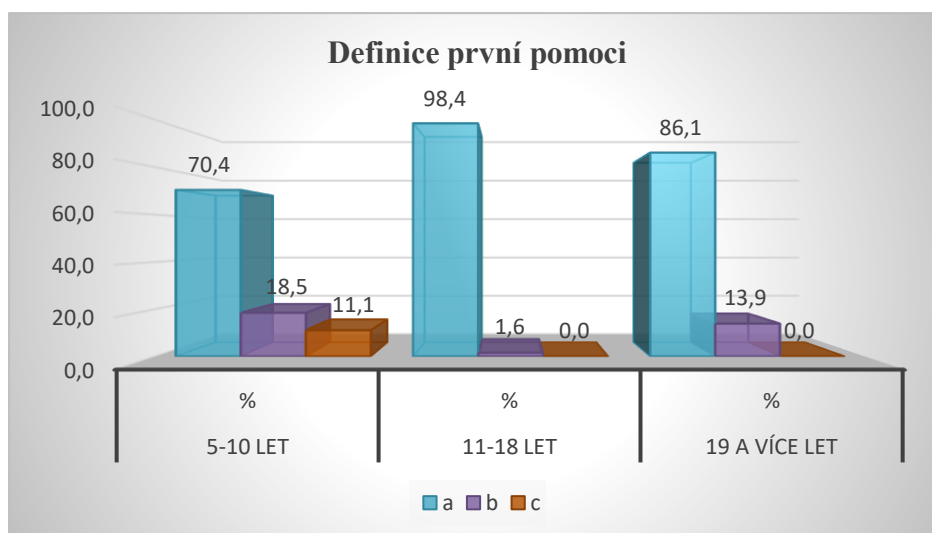
Zdroj: vlastní

Tabulka 2: Pozice v oddíle národní házené TJ Přeštice (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	27	100,0	61	100,0	0	0
b	0	0	0	0	5	6,9
c	0	0	0	0	67	93,1
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

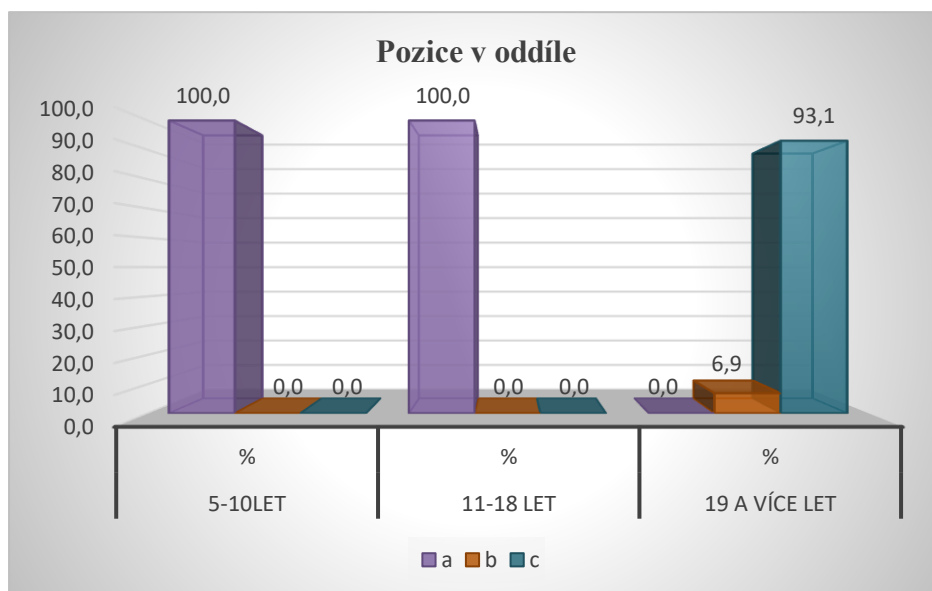
Zdroj: vlastní

Graf 1: Procentuální vyjádření odpovědí v otázce č. 1 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 2: Procentuální vyjádření odpovědí v otázce č. 1 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Z grafů 1 a 2 vyplývá, že dotazníkového šetření se v obou kolech zúčastnilo 27 hráčů ve věku 5 – 10 let a 61 hráčů ve věku 11 – 18 let. V kategorii 19 let a více se šetření zúčastnilo 5 trenérů či vedoucích družstev. 67 respondentů z celkových 72 působí v oddíle na pozici hráče i trenéra současně.

Otázka č. 2

V jaké se nacházíte věkové hranici:

- a) 5 – 10 let;
- b) 11 – 18 let;
- c) 19 let a více.

Tabulka 3: Věková hranice respondentů (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	27	100,0	0	0	0	0
b	0	0	61	100,0	0	0
c	0	0	0	0	72	100,0
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

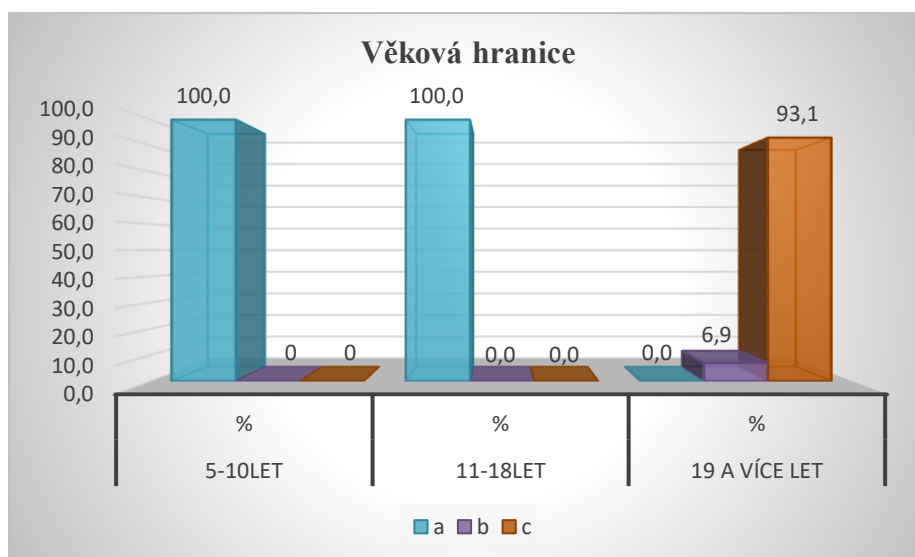
Zdroj: vlastní

Tabulka 4: Věková hranice respondentů (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	27	100,0	0	0	0	0
b	0	0	61	100,0	0	0
c	0	0	0	0	72	100,0
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

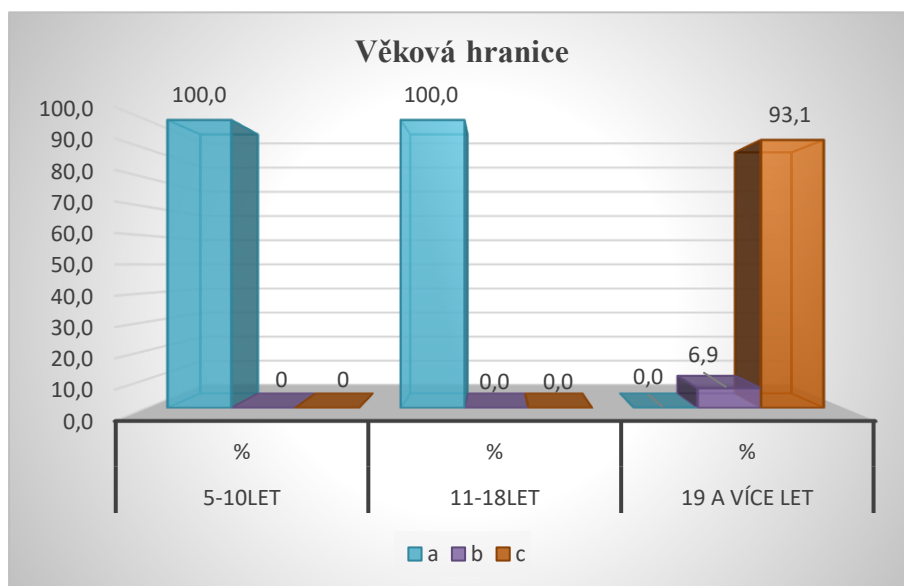
Zdroj: vlastní

Graf 3: Procentuální vyjádření odpovědí v otázce č. 2 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 4: Procentuální vyjádření odpovědí v otázce č. 2 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Na grafech 3 a 4 je vidět, že celkový počet 160 respondentů tvořilo v obou kolech, 27 respondentů z kategorie 5 – 10 let, 61 z kategorie 11 – 18 let a 72 respondentů z kategorie 19 a více let.

Otázka č. 3

Poskytovali jste již někomu první pomoc:

- a) ano;
- b) ne;
- c) nevím.

Tabulka 5: Poskytnutí první pomoci v minulosti (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	2	7,5	4	6,5	18	25,0
b	25	92,5	50	82,0	47	65,3
c	0	0	7	11,5	7	9,7
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

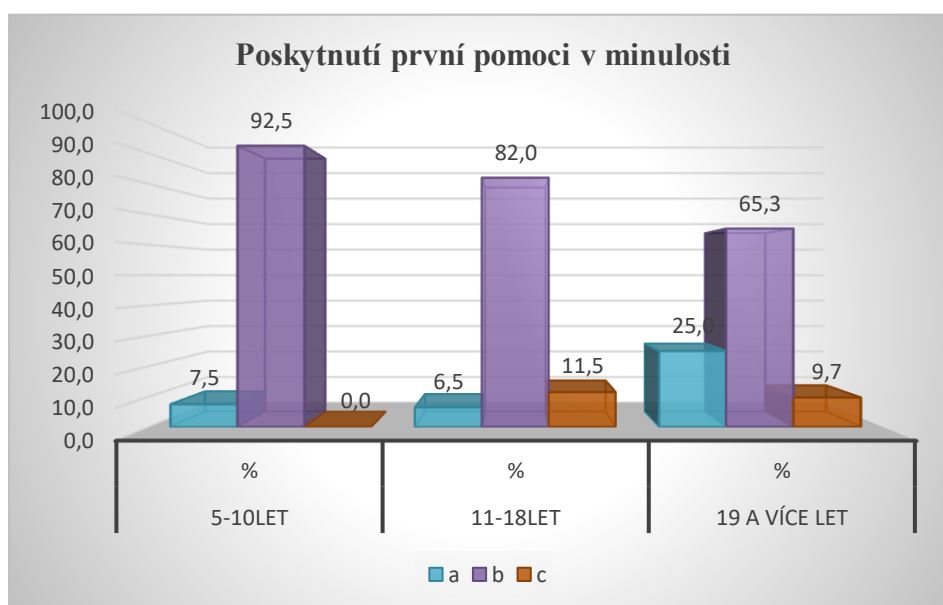
Zdroj: vlastní

Tabulka 6: Poskytnutí první pomoci v minulosti (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	2	7,5	4	6,5	18	25,0
b	25	92,5	50	82,5	47	65,3
c	0	0	7	11,5	7	9,7
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

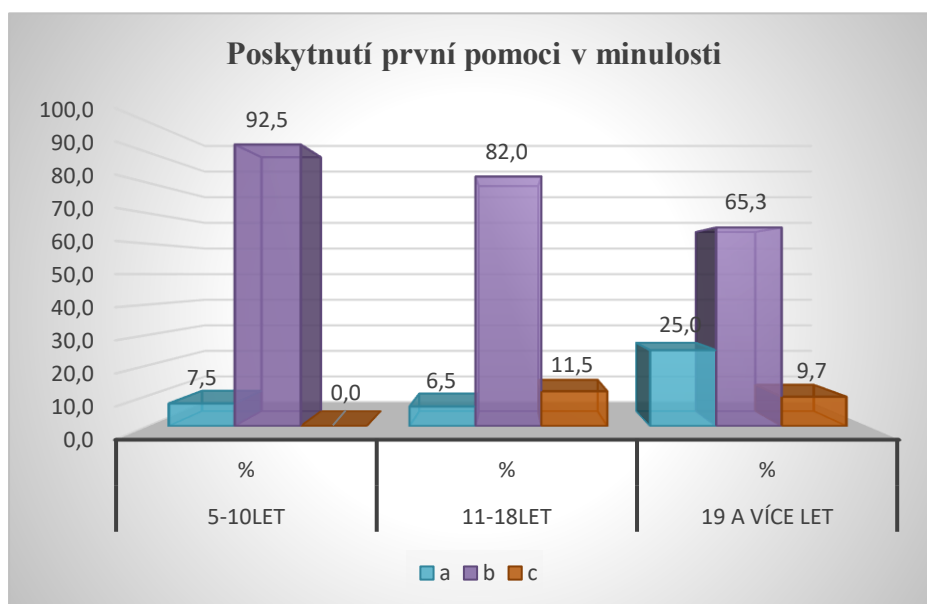
Zdroj: vlastní

Graf 5: Procentuální vyjádření odpovědí v otázce č. 3 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 6: Procentuální vyjádření odpovědí v otázce č. 3 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Na grafech 5 a 6 vidíme, že na tuto otázku odpověděli v obou kolech kladně pouze 2 respondenti z kategorie 5 – 10 let, 4 z kategorie 11 – 18 let a 18 respondentů z kategorie 19 a více let. Ostatní uvedli odpověď ne nebo nevím.

Otázka č. 4

Co je to první pomoc

- a) soubor jednotlivých postupů, které při ohrožení nebo postižení zdraví či života omezují rozsah a důsledky ohrožení či postižení;
- b) kontaktování zdravotnické záchranné služby;
- c) pomoc, která se člověku poskytne ihned po narození.

Tabulka 7: Definice první pomoci (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	19	70,4	60	98,4	62	86,1
b	5	18,5	1	1,6	10	13,9
c	3	11,1	0	0,0	0	0,0
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

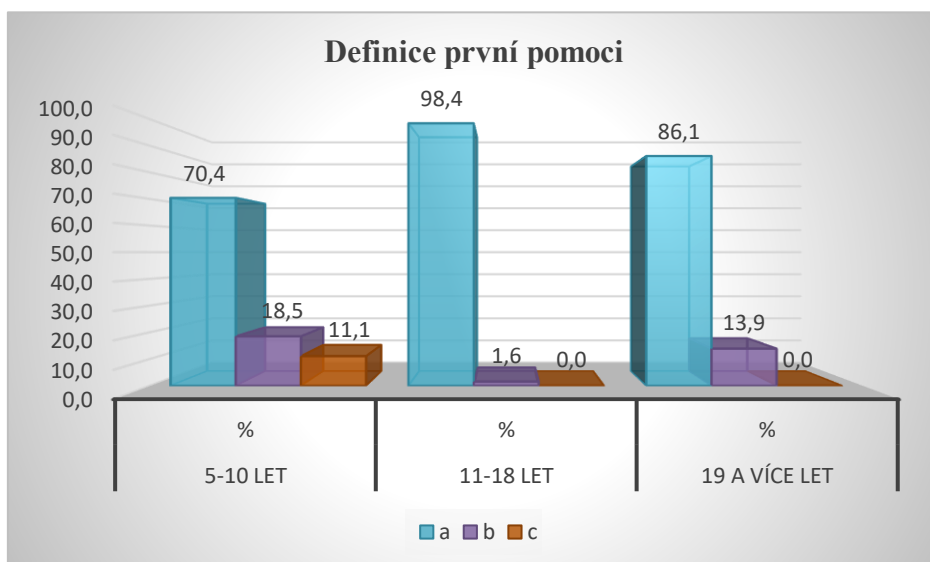
Zdroj: vlastní

Tabulka 8: Definice první pomoci (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	20	74,0	56	91,8	68	94,4
b	5	18,5	5	8,2	3	4,2
c	2	7,5	0	0,0	1	1,4
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

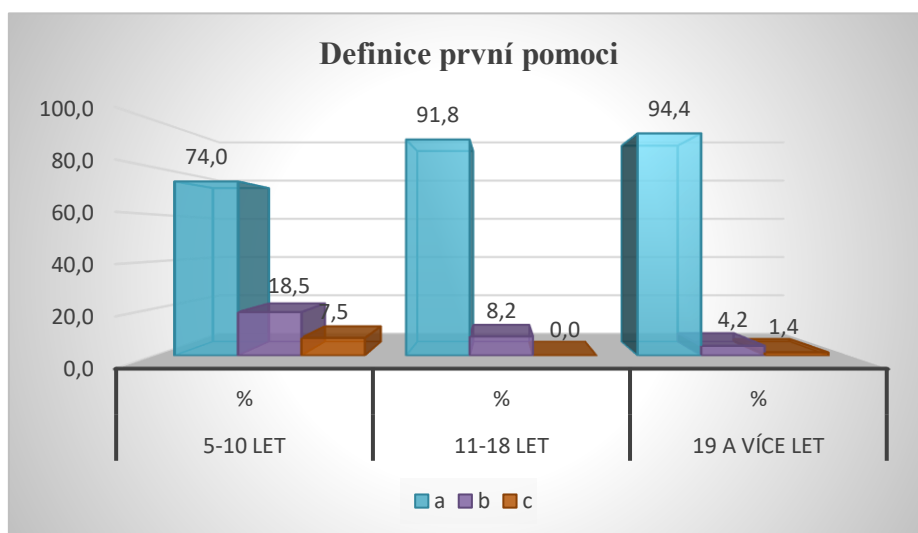
Zdroj: vlastní

Graf 7: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 4 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 8: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 4 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Z grafů 7 a 8 vyplývá, že znalost definice první pomoci má více než polovina respondentů všech věkových kategorií. Její znalost byla v prvním i druhém testu u kategorií více než 70%.

Otázka č. 5

Jaké máme základní druhy první pomoci:

- a) základní a rozšířenou první pomoc;
- b) neodbornou a odbornou první pomoc;
- c) *technickou a zdravotnickou, ta se dále dělí na laickou a odbornou zdravotnickou první pomoc*

Tabulka 9: Základní druhy první pomoci (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	14	51,9	27	44,2	20	30,6
b	8	29,6	23	37,6	32	44,4
c	5	18,5	11	18,2	20	30,6
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

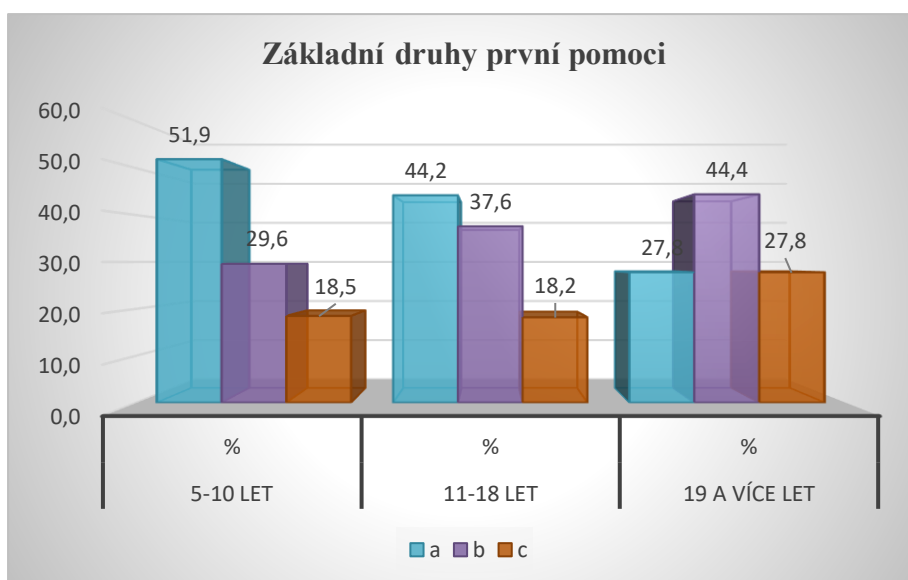
Zdroj: vlastní

Tabulka 10: Základní druhy první pomoci (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	8	29,6	5	8,2	8	11,2
b	5	18,5	1	1,6	5	6,9
c	14	51,9	55	90,2	59	81,9
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

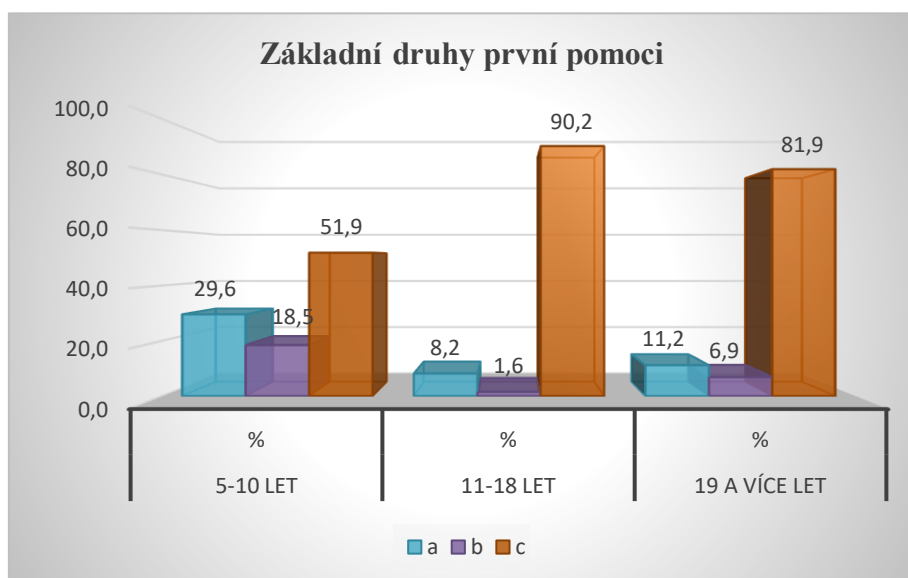
Zdroj: vlastní

Graf 9: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 5 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 10: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 5 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Na grafu 9 a 10 vidíme, že v prvním kole odpovědělo více než 50% respondentů všech věkových kategorií chybně. V druhém kole správnou odpověď na otázku uvedlo více než 50% respondentů věkové kategorie 5 – 10 let a více než 80% respondentů ostatních dvou kategorií.

Otázka č. 6

ZZS přivoláme pomocí telefonního čísla:

- a) 150;
- b) 122;
- c) 155.

Tabulka 11: Telefonní číslo na ZZS (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	0	0,0	0	0,0	0	0,0
b	0	0,0	0	0,0	0	0,0
c	27	100,0	61	100,0	72	100,0
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

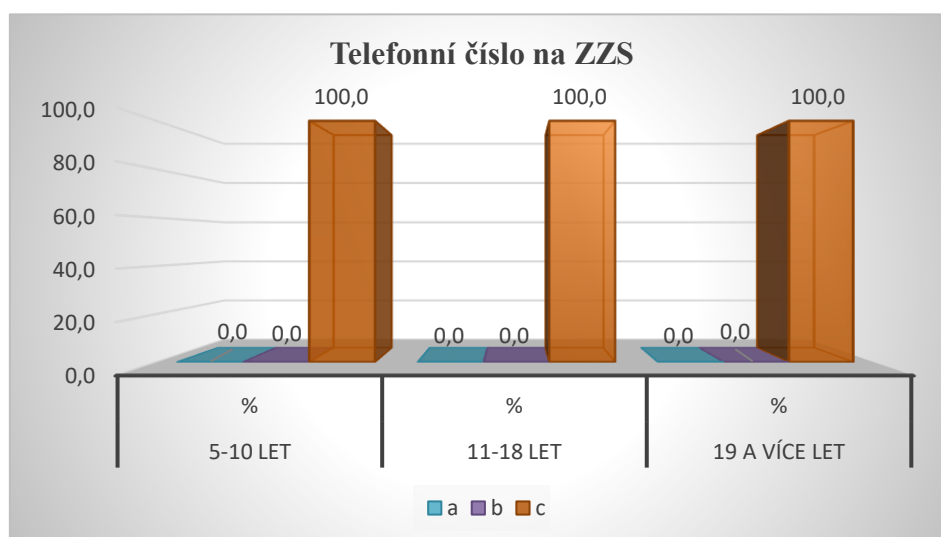
Zdroj: vlastní

Tabulka 12: Telefonní číslo na ZZS (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	2	7,4	1	1,6	0	0,0
b	1	3,7	1	1,6	0	0,0
c	24	88,9	59	96,8	72	100,0
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

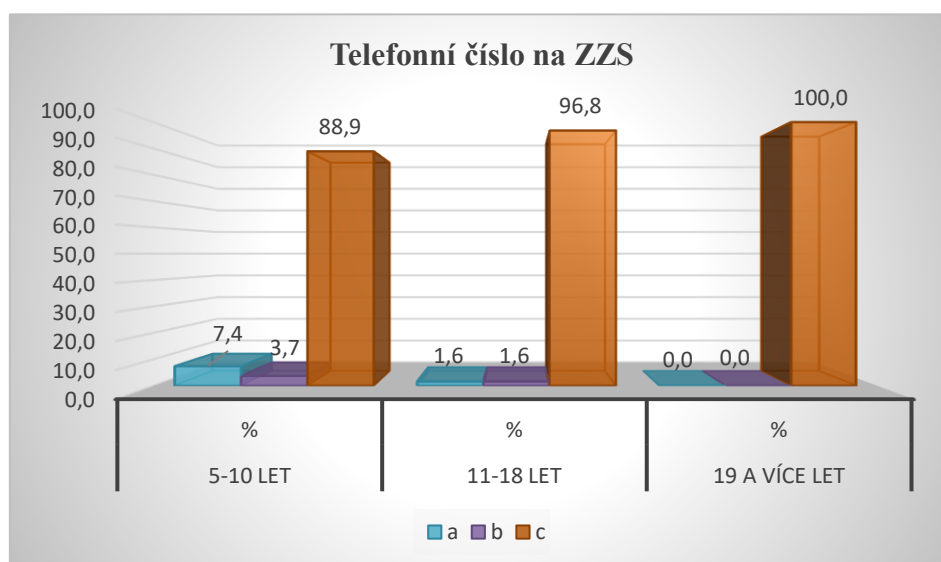
Zdroj: vlastní

Graf 11: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 6 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 12: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 6 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Na grafu 11 a 12 je zajímavé vidět, že znalost telefonního čísla na zdravotnickou záchrannou službu je v prvním kole 100% u všech věkových kategorií, v kole druhém se ovšem znalost snížila, a to u kategorie 5 – 10 let na 89% a u kategorie 11 – 18 let na téměř 97%.

Otázka č. 7

Jak se zachováme, je-li postižený v bezvědomí, ale dýchá:

- a) necháme postiženého ležet, vůbec s ním nehýbáme a vyčkáme příjezdu ZZS;
- b) *postiženého uložíme do zotavovací (stabilizované) polohy;*
- c) postiženého necháme ležet na zádech a podložíme mu hlavu (např. mikinou,...).

Tabulka 13: Správný postup u postiženého v bezvědomí, který dýchá (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	3	11,1	9	14,8	11	15,3
b	11	40,7	45	73,7	52	72,2
c	13	48,2	7	11,5	9	12,5
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

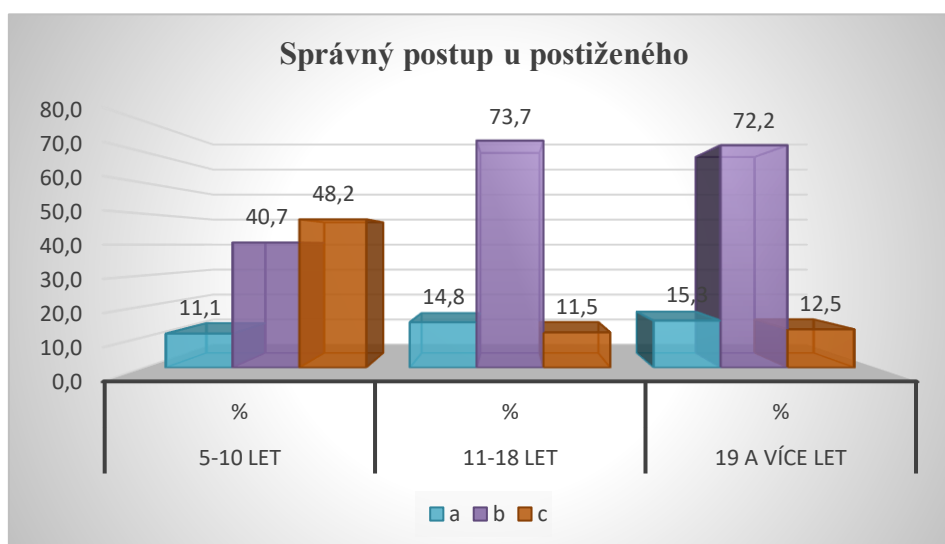
Zdroj: vlastní

Tabulka 14: Správný postup u postiženého v bezvědomí, který dýchá (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	6	22,2	7	11,5	23	31,9
b	18	66,7	51	83,6	46	63,9
c	3	11,1	3	4,9	3	4,2
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

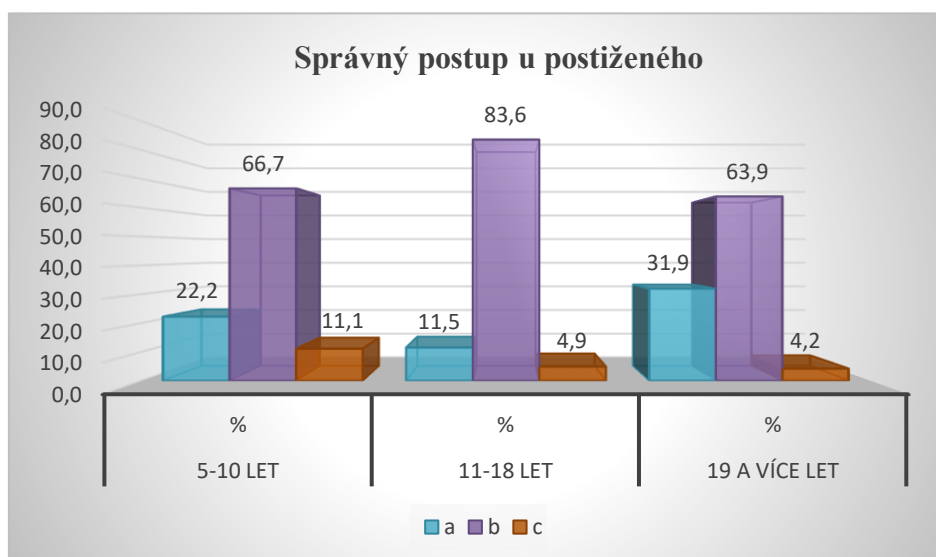
Zdroj: vlastní

Graf 13: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 7 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 14: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 7 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Z grafů 13 a 14 vyplývá, že správnost odpovědí se zlepšila u věkových kategorií 5 – 10 let z 41% na 67%, u kategorie 11 – 18 let z 74% na 84%. Ovšem v kategorii 19 a více let se objevilo zhoršení z 72% na téměř 64%.

Otázka č. 8

Zotavovací (stabilizovaná) poloha je poloha:

- a) poloha na zádech s podloženými dolními končetinami;
- b) *poloha na boku, spodní dolní končetina je pokrčená, vrchní natažená, hlava zakloněná a podložena dlaní ruky, spodní horní končetina je zapažená;*
- c) poloha, ve které se postižený cítí dobře.

Tabulka 15: Zotavovací poloha (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	11	41,0	11	18,0	20	28,0
b	12	44,0	47	77,0	42	58,0
c	4	15,0	3	5,0	10	14,0
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

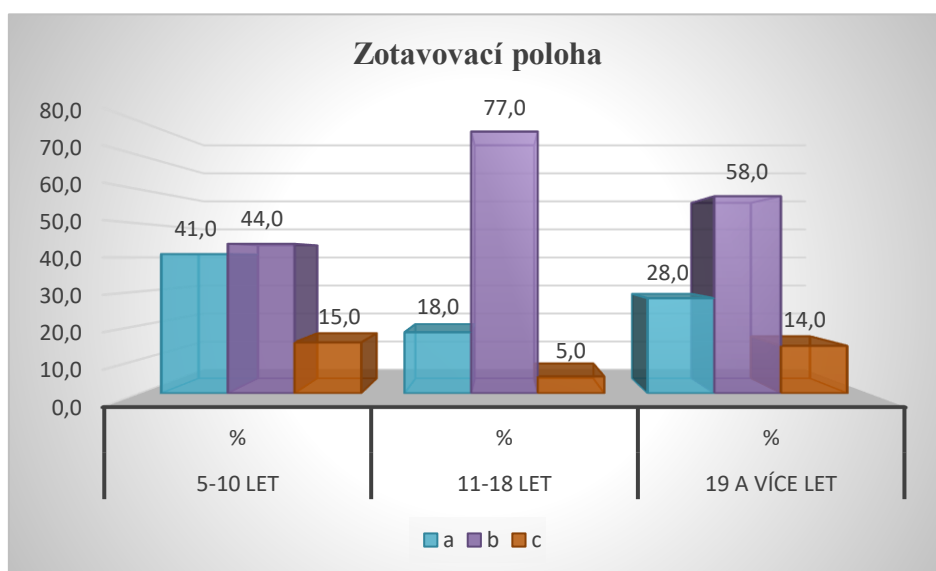
Zdroj: vlastní

Tabulka 16: Zotavovací poloha (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	4	15,0	1	2,0	2	3,0
b	22	81,0	59	96,0	69	96,0
c	1	4,0	1	2,0	1	1,0
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

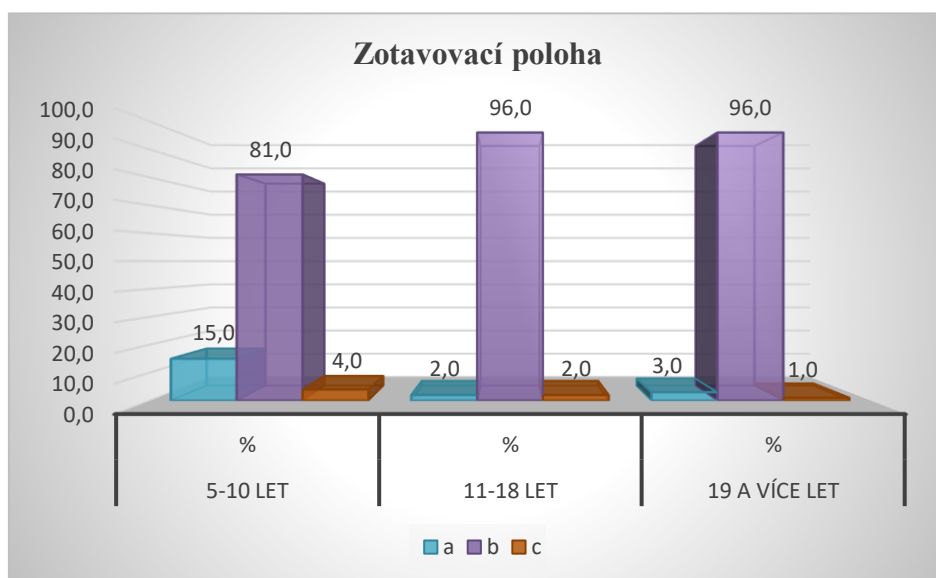
Zdroj: vlastní

Graf 15: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 8 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 16: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 8 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Z grafů 15 a 16 vidíme, že ve druhém kole došlo k výraznému zlepšení u všech věkových kategorií. V kategorii 5 – 10 let z 44% na 81%, v kategorii 11 – 18 let z 77% na 96% a v poslední kategorii z 58% na 96%.

Otázka č. 9

Správný postup při kardiopulmonální resuscitaci u dítěte je:

- zavolat 155, provádět KPR 15:2 až do příjezdu ZZS;
- 5 počátečních vdechů, KPR 15:2 trvající nejméně 1 minutu, volat 155;
- provádět KPR 15:2, a pokud se do 10 minut neobnoví spontánní dýchání a srdeční akce, volat 155.

Tabulka 17: Správný postup u KPR dítěte (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	13	48,0	40	65,7	17	24,0
b	6	22,0	13	21,2	44	61,0
c	8	30,0	8	13,1	10	15,0
Σ	27	100,0	61	100,0	71	100,0

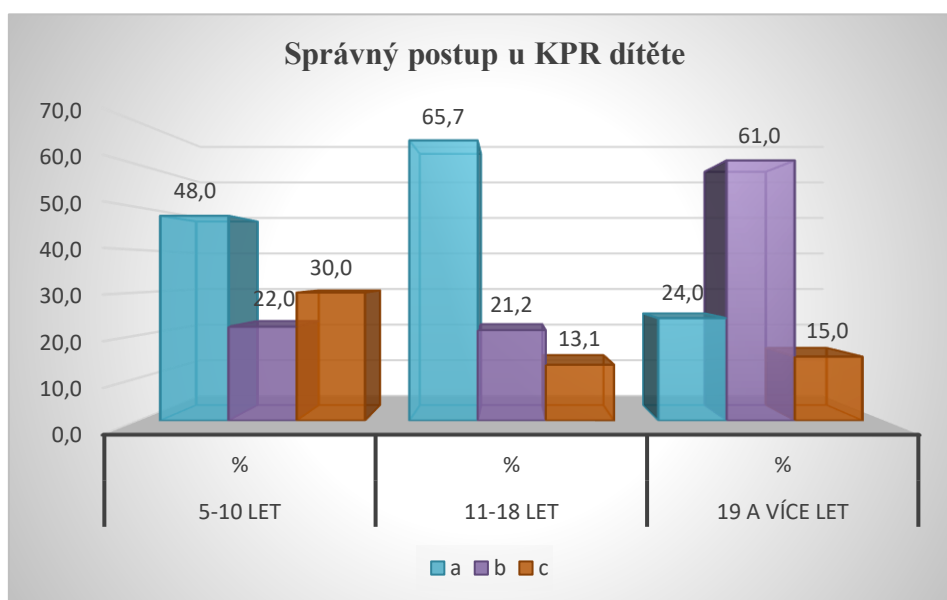
Zdroj: vlastní

Tabulka 18: Správný postup u KPR dítěte (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	7	26,0	18	30,0	11	15,0
b	18	67,0	36	59,0	59	82,0
c	2	7,0	7	11,0	2	3,0
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

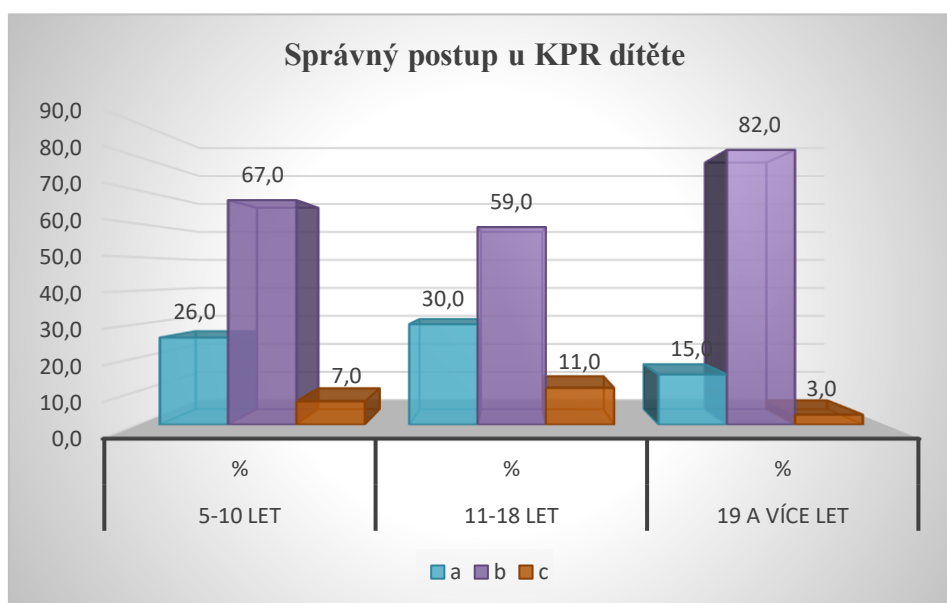
Zdroj: vlastní

Graf 17: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 9 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 18: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 9 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Z grafů 17 a 18 vyplývá, že před proškolením první pomoci jednoznačně převyšovala u věkových kategorií 5 – 10 let a 11 – 18 let chybná odpověď. U kategorie 19 a více let byla znalost správné odpovědi pouze 61%. Po proškolení se správné odpovědi vylepšily. U prvních dvou kategorií na téměř 60% a u poslední kategorie až na 82%.

Otázka č. 10

Nejčastější příčinou zástavy srdce u dospělých je:

- a) kardiální příčina;
- b) dušení, vdechnutí cizího tělesa;
- c) cévní mozková příhoda.

Tabulka 19: Nejčastější příčina zástavy srdce u dospělých (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	16	59,3	32	52,5	53	73,6
b	7	25,9	5	8,2	12	16,7
c	4	14,8	24	39,3	7	9,7
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

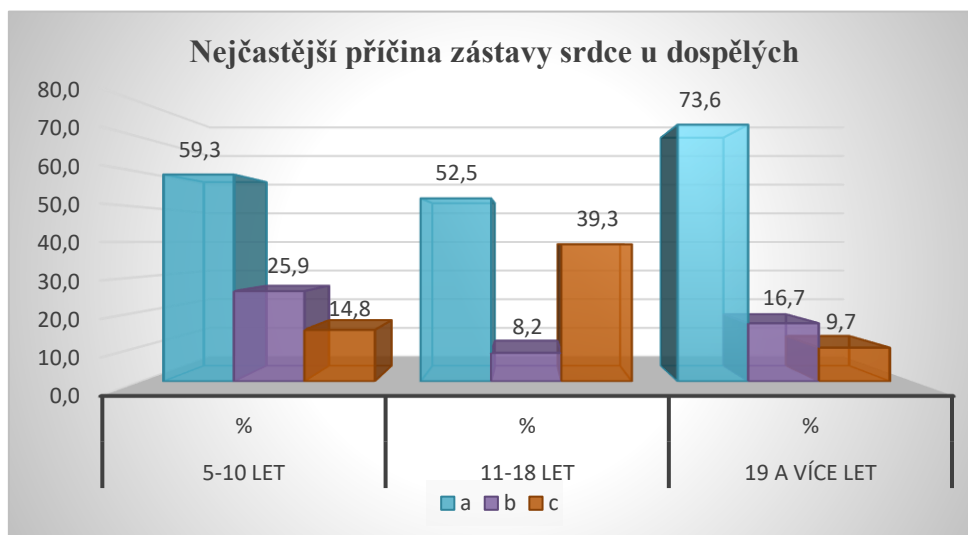
Zdroj: vlastní

Tabulka 20: Nejčastější příčina zástavy srdce u dospělých (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	19	70,4	52	85,2	62	86,1
b	6	22,2	2	3,3	7	9,7
c	2	7,4	7	11,5	3	4,2
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

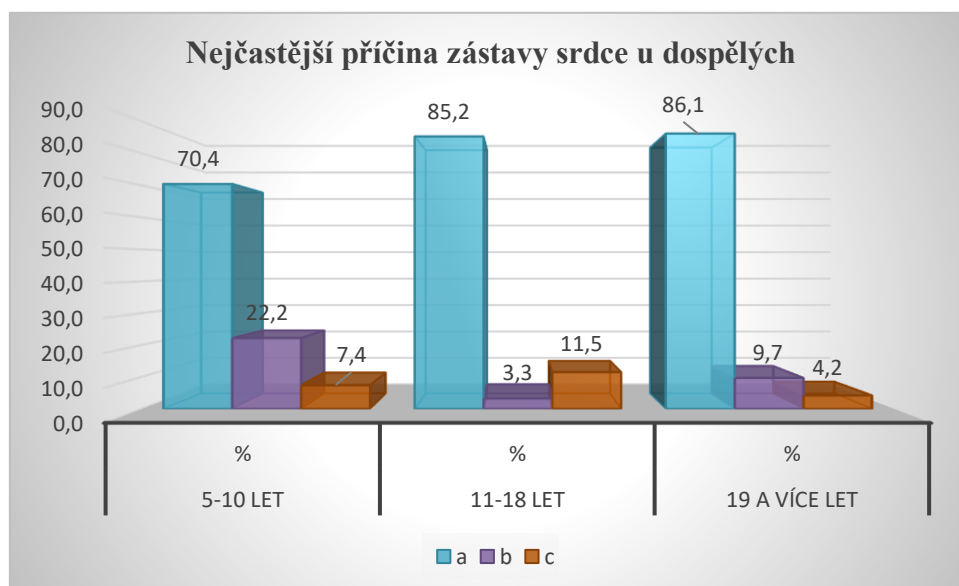
Zdroj: vlastní

Graf 19: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 10 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 20: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 10 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Na grafech 19 a 20 je vidět, že správnou odpověď uvedlo v prvním kole u všech věkových kategorií méně než 75% respondentů. V kole druhém se správná odpověď objevila již u více než 70% respondentů všech kategorií.

Otázka č. 11

Při správném provádění kardiopulmonální resuscitace u dospělých:

- a) používají se 2 ruce, hloubka stlačení asi do hloubky 1/3 hrudníku, frekvence stlačení je 100/min;
- b) používají se 2 ruce, na hloubce stlačení nezáleží, frekvence srdeční masáže je 100-120/min;
- c) používají se 2 ruce, hloubka stlačení je 5-6 cm, frekvence srdeční masáže je 100-120/min.

Tabulka 21: Kardiopulmonální resuscitace u dospělých (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	6	22,2	20	32,8	14	19,5
b	7	25,9	18	29,5	20	28,9
c	14	51,9	23	37,7	37	51,6
Σ	27	100,0	61	100,0	71	100,0

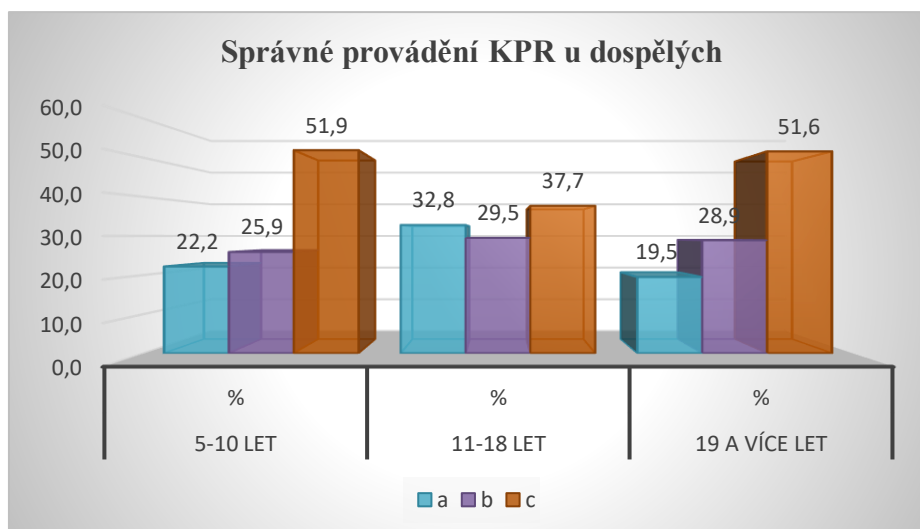
Zdroj: vlastní

Tabulka 22: Kardiopulmonální resuscitace u dospělých (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	6	22,2	6	9,8	3	4,2
b	8	29,6	2	3,3	4	5,6
c	13	48,2	53	86,9	65	90,2
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

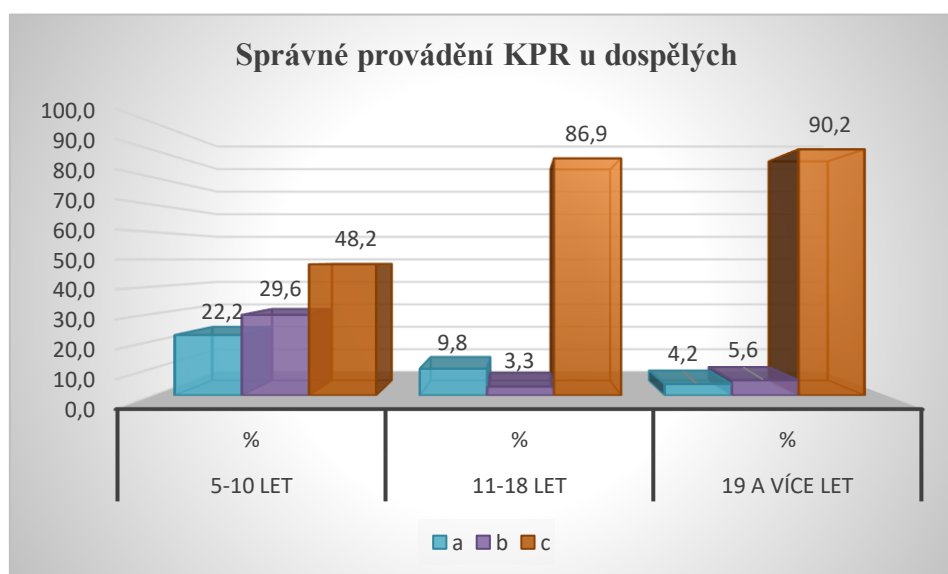
Zdroj: vlastní

Graf 21: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 11 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 22: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 11 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku, jak je vidět z grafů 21 a 22, odpověděla v prvním kole chybně téměř 50% respondentů všech kategorií. V kole druhém se chybné odpovědi v kategorii 5- 10 let ještě o téměř 3% zhoršily. Ovšem v ostatních dvou kategoriích došlo k výraznému zlepšení, až na téměř 90%.

Otázka č. 12

Jaký je správný způsob ověření, že postižený dýchá:

- a) *pohledem, poslechem, přiložením tváře před ústa*
- b) použitím zrcátka;
- c) použijeme ruku, kterou dáme před obličej postiženého a zjistíme, jestli nám na ní dýchá.

Tabulka 23: Správný způsob ověření dýchání u postiženého (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	7	25,9	25	41,0	61	84,7
b	8	29,6	17	27,9	7	9,7
c	12	44,5	19	31,1	4	5,6
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

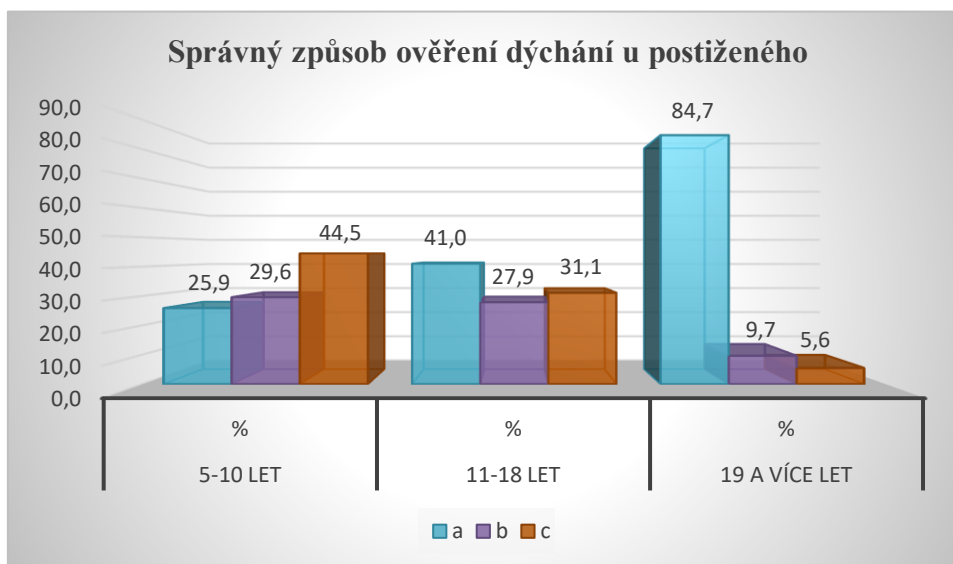
Zdroj: vlastní

Tabulka 24: Správný způsob ověření dýchání u postiženého (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	16	59,3	57	93,4	70	97,2
B	7	25,9	1	1,7	1	1,4
C	4	14,8	3	4,9	1	1,4
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

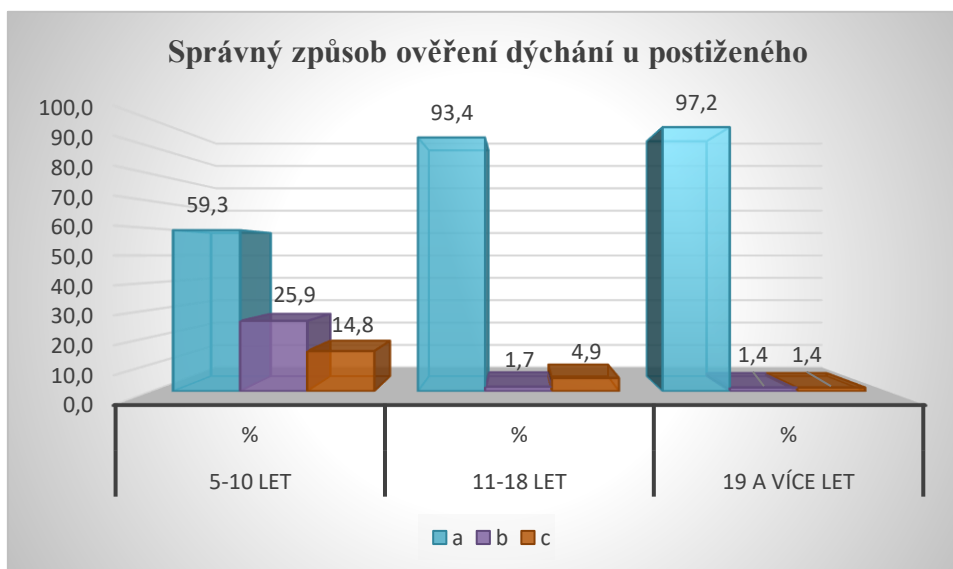
Zdroj: vlastní

Graf 23: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 12 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 24: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 12 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Z grafů 23 a 24 lze vyčíst, že ve druhém kole uvedlo správnou odpověď o více než 50% respondentů více u všech věkových kategorií, oproti počtům správných odpovědí v kole prvním.

Otázka č. 13

K čemu slouží automatický externí defibrilátor (AED):

- a) k probuzení postiženého ze stavu bezvědomí;
- b) k obnově pravidelné činnosti srdce pomocí elektrického výboje;
- c) k obnově spontánního dýchání.

Tabulka 25: Využití AED (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	4	14,8	5	8,2	19	26,4
B	19	70,4	54	88,5	46	63,9
C	4	14,8	2	3,3	7	9,7
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

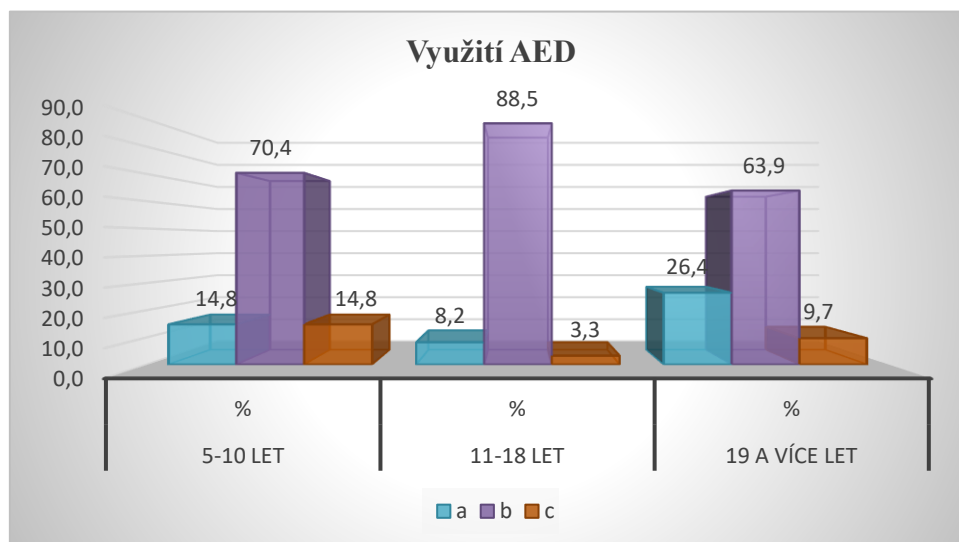
Zdroj: vlastní

Tabulka 26: Využití AED (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	2	7,4	4	6,6	1	1,4
B	23	85,2	55	90,2	69	95,8
C	2	7,4	2	3,2	2	2,8
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

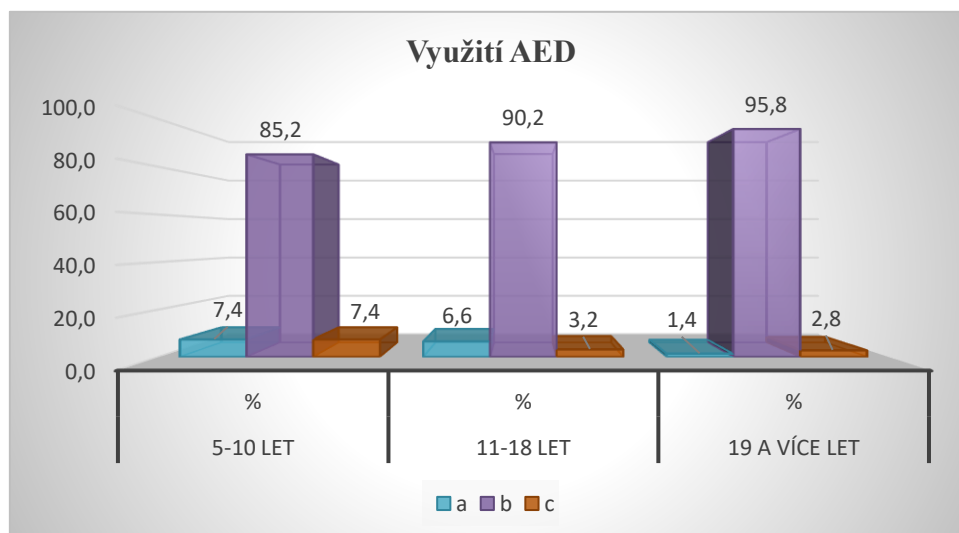
Zdroj: vlastní

Graf 25: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 13 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 26: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 13 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Z grafů 25 a 26 lze vyčíst, že více než 70% respondentů všech věkových kategorií vědělo správnou odpověď na tuto otázku již před proškolením první pomoci. V druhém kole odpovědělo správně dokonce více než 95% respondentů všech kategorií.

Otázka č. 14

Pokud má postižený cizí těleso v dýchacích cestách, jaké kroky jdoucí postupně po sobě zvolíme:

- a) *nabádáme ke kašli, provedeme údery mezi lopatky, provedeme stlačení nadbřišku;*
- b) *provedeme údery mezi lopatky, nabádáme ke kašli, provedeme stlačení nadbřišku;*
- c) *snažíme se o vyndání cizího tělesa improvizovanými pomůckami.*

Tabulka 27: První pomoc při cizím tělesu v dýchacích cestách postiženého (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	9	33,3	29	47,5	17	23,6
B	16	59,3	31	50,8	53	73,6
C	2	7,4	1	1,7	2	2,8
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

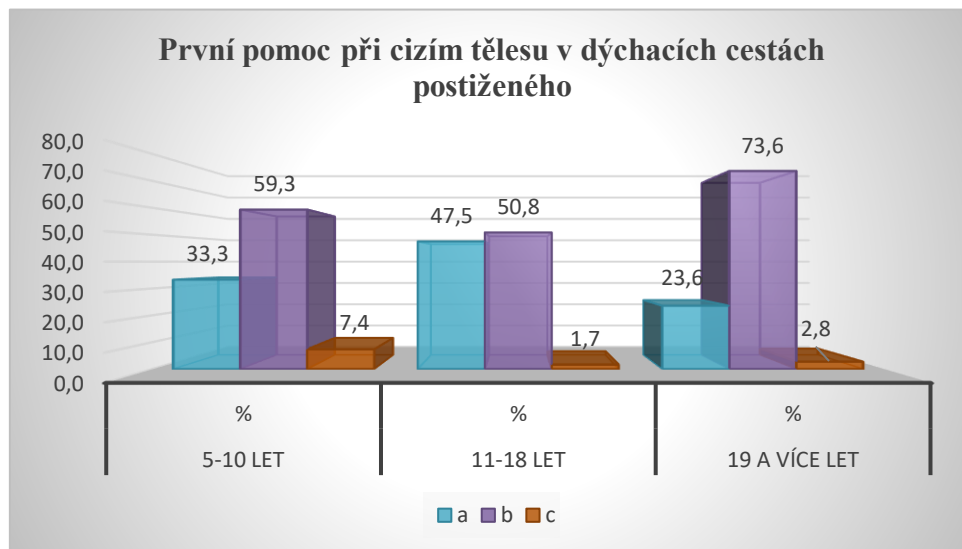
Zdroj: vlastní

Tabulka 28: První pomoc při cizím tělesu v dýchacích cestách postiženého (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	20	74,1	50	82,0	53	73,6
B	5	18,5	11	18,0	18	25,0
C	2	7,4	0	0,0	1	1,4
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

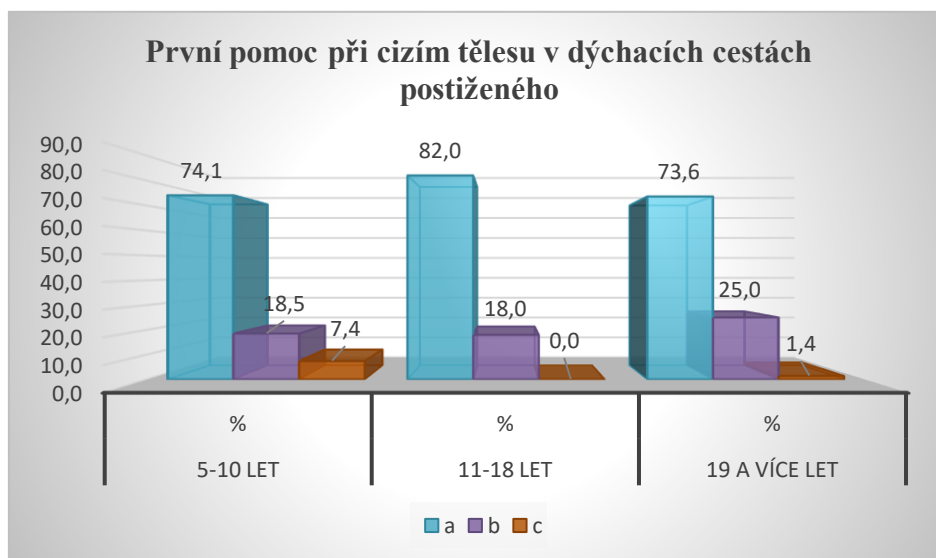
Zdroj: vlastní

Graf 27: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 14 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 28: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 14 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Jak ukazují grafy 27 a 28, na tuto otázku v prvním kole odpovědělo špatně více než 50% respondentů ve všech kategoriích. V kole druhém, po proběhlém proškolení, bylo dosaženo správných odpovědí již u více než 73% respondentů ve všech věkových kategoriích.

Otázka č. 15

Jaká je první pomoc při náhle vzniklém epileptickém záchvatu:

- a) musíme zabránit zranění postiženého způsobené pádem při ztrátě vědomí;
- b) pokusíme se rozevřít ústa a strčit mu tam nějaký předmět, aby se zabránilo pokousání;
- c) pevně ho sevřeme v objetí a počkáme, až křeče ustoupí.

Tabulka 29: První pomoc při epileptickém záchvatu (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	9	33,3	24	47,5	44	23,6
B	11	40,8	15	50,8	13	73,6
C	7	25,9	22	1,7	15	2,8
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

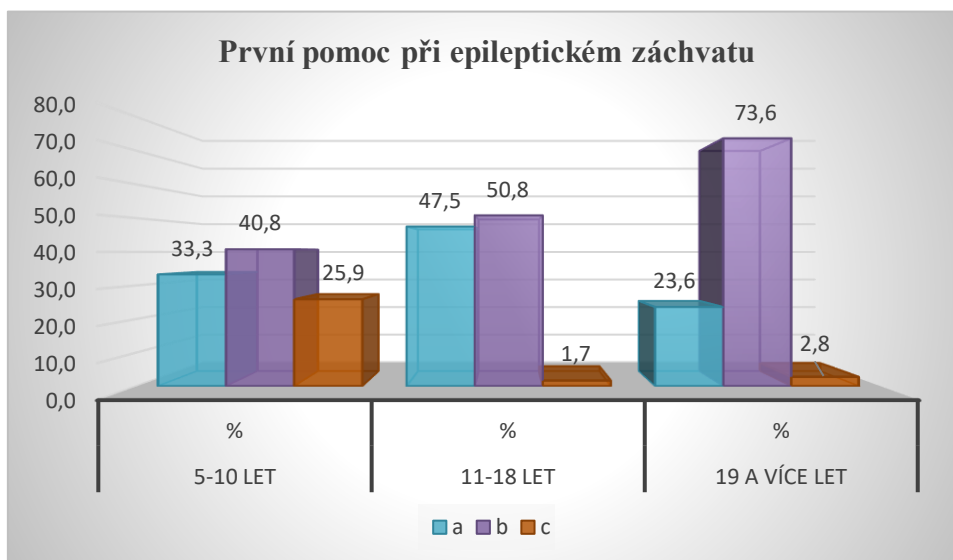
Zdroj: vlastní

Tabulka 30: První pomoc při epileptickém záchvatu (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	17	63,0	54	88,5	66	91,6
B	6	22,2	4	6,6	3	4,2
C	4	14,8	3	4,9	3	4,2
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

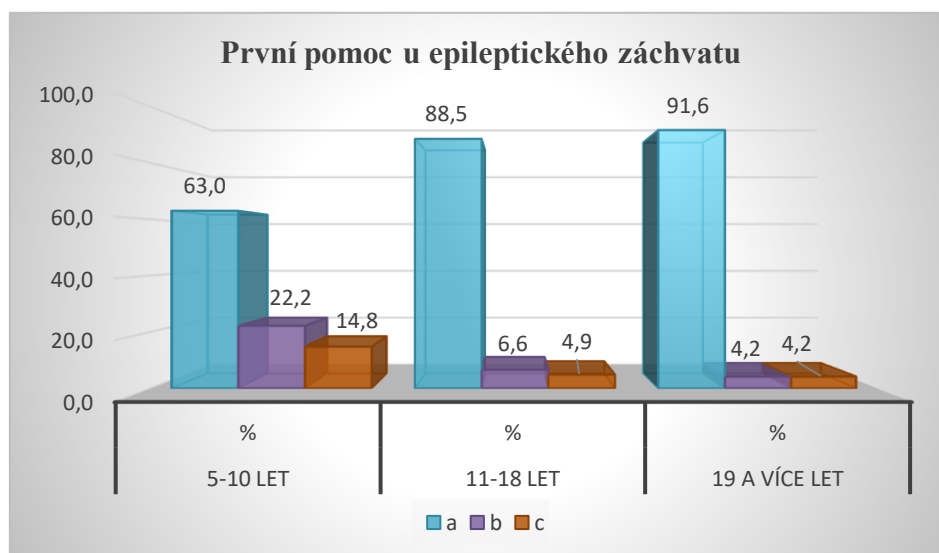
Zdroj: vlastní

Graf 29: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 15 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 30: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 15 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku, jak je vidět z grafů 29 a 30, odpovědělo v prvním kole správně méně než 50% respondentů ze všech věkových kategorií. Po proškolení první pomocí se správné odpovědi vyskytly u kategorie 5 – 10 let v 63%, v ostatních dvou kategoriích v 90%. Respektive u kategorie 11 – 18 let v 89% a v kategorii 19 a více let téměř v 92%.

Otázka č. 16

Podle poraněné cévy dělíme krvácení:

- a) zevní, vnitřní, krvácení z tělních dutin;
- b) tepenné, žilní, vlasečnicové, smíšené;
- c) malé, střední, velké.

Tabulka 31: Dělení krvácení dle poraněné cévy (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	9	33,3	21	34,4	18	25,0
B	11	40,7	32	52,5	41	56,9
C	7	26,0	8	13,1	13	18,1
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

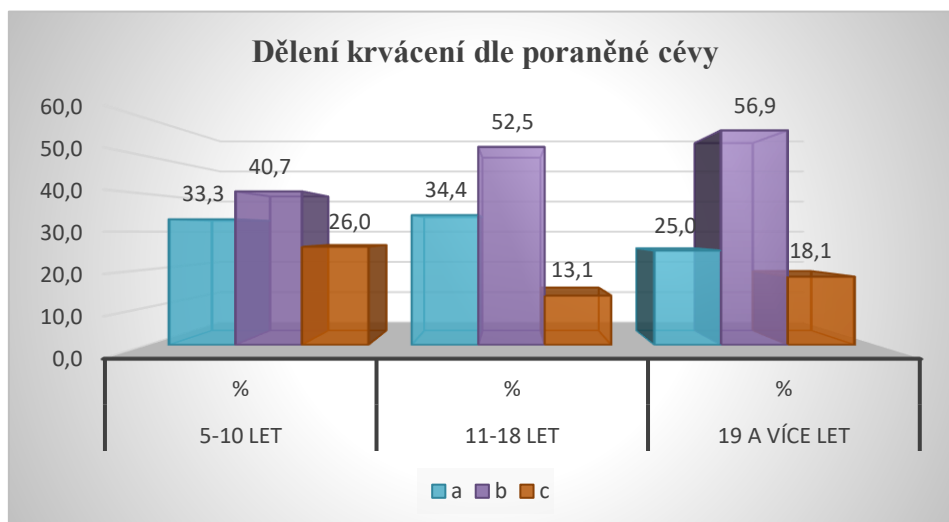
Zdroj: vlastní

Tabulka 32: Dělení krvácení dle poraněné cévy (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	7	25,9	13	21,3	2	2,8
B	14	51,9	43	70,5	65	90,3
C	6	22,2	5	8,2	5	6,9
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

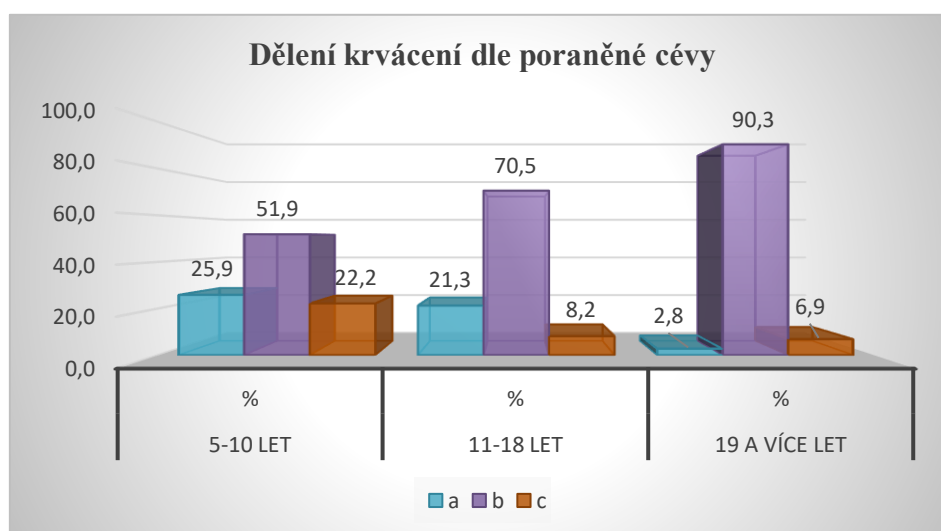
Zdroj: vlastní

Graf 31: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 16 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 32: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 16 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku, jak je vidět z grafů 31 a 32, odpovědělo v prvním kole správně v kategorii 5 – 10 let 41% respondentů, v kategorii 11 – 18 let 53% a v kategorii 19 a více let 57% respondentů. Po proškolení, by dokázalo správně rozdělit krvácení dle poraněné cévy v kategorii 5 – 10 let 52% respondentů, v kategorii 11 – 18 let 71% a v poslední kategorii téměř 91% respondentů.

Otázka č. 17

Krvácející malou tržnou ránu na horní končetině:

- a) přelepíme polštářkovou náplastí;
- b) okolí rány očistíme a kryjeme sterilním obvazem;
- c) okolí rány očistíme a ničím nekryjeme.

Tabulka 33: Správné ošetření malé tržné rány na HK (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	8	29,6	4	6,6	12	16,7
B	14	51,9	35	57,3	40	55,6
C	5	18,5	22	36,1	20	27,7
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

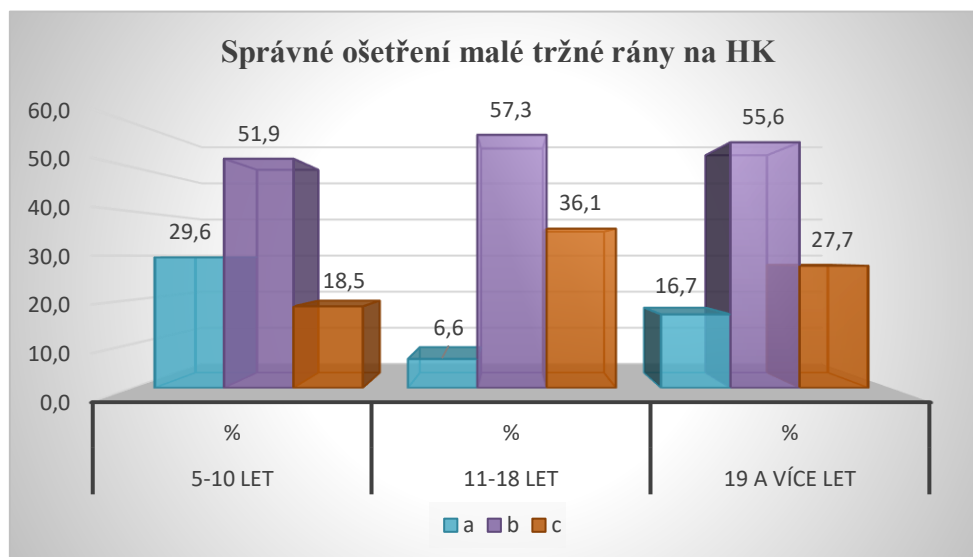
Zdroj: vlastní

Tabulka 34: Správné ošetření malé tržné rány na HK (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	5	18,5	5	8,2	1	1,4
B	19	70,4	38	62,3	51	70,8
C	3	11,1	18	29,5	20	27,8
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

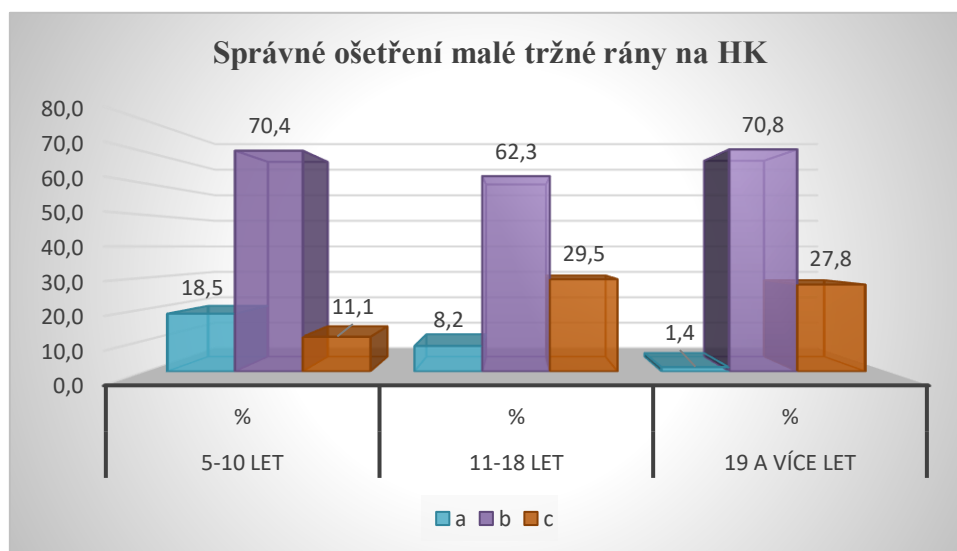
Zdroj: vlastní

Graf 33: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 17 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 34: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 17 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Jak vyplývá z grafů 33 a 34, správné ošetření malé tržné rány by správně provedlo před proškolením více než 50% respondentů ze všech věkových kategorií. Ve druhém kole se správnost odpovědi zvýšila u kategorie 5 – 10 let a 19 a více let na 70%, u kategorie 11 – 18 let na 63%, respektive 62,3%.

Otázka č. 18

Co se děje při tepenném krvácení:

- a) krev z rány střídavě vytéká a vystřikuje bez ohledu na pulsaci;
- b) z rány vytéká tmavá červená krev bez pulsace;
- c) z rány vystřikuje jasně červená krev s pulsací.

Tabulka 35: Situace při tepenném krvácení (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	3	11,1	9	14,8	14	19,4
B	6	22,2	10	16,4	16	22,3
C	18	66,7	42	68,8	42	58,3
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

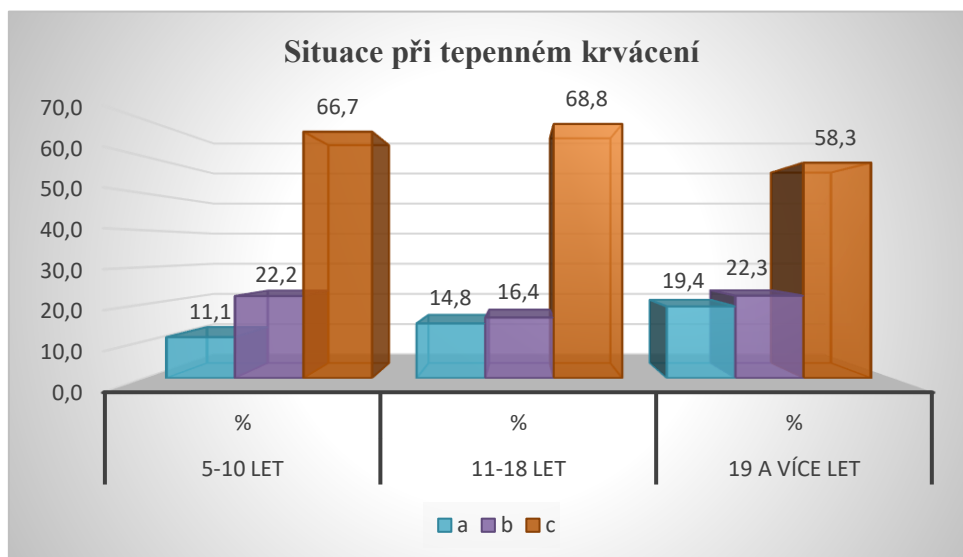
Zdroj: vlastní

Tabulka 36: Situace při tepenném krvácení (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	1	3,7	0	0,0	1	1,4
B	2	7,4	13	21,2	2	2,8
C	24	88,9	48	78,8	69	95,8
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

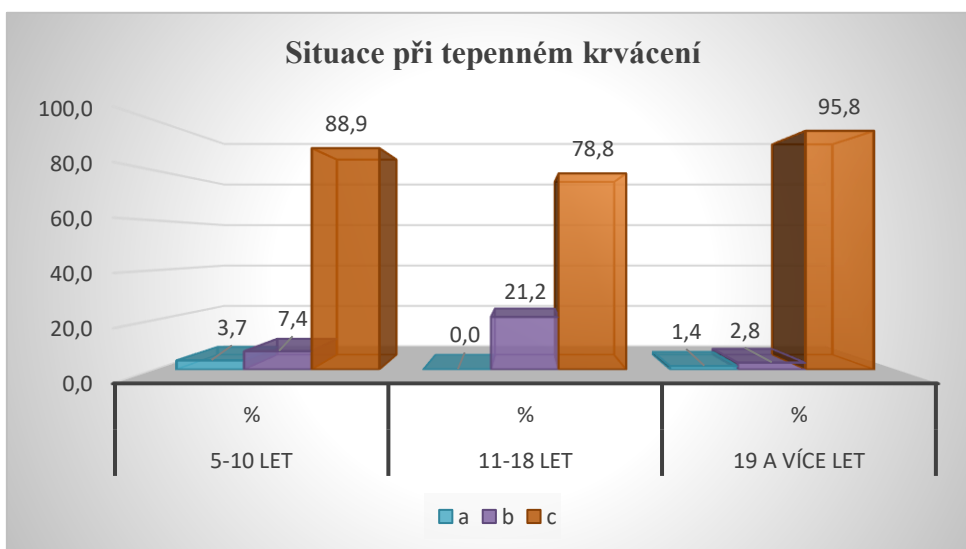
Zdroj: vlastní

Graf 35: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 18 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 36: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 18 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Jak ukazuje graf 35 a 36, na tuto otázku správně odpovědělo více než 70% respondentů ve všech věkových kategoriích, již před výukou první pomoci. Po výuce se znalosti ve všech kategoriích zvýšily. Přesně u kategorie 5 – 10 let na 89%, u kategorie 11 – 18 let na 79% a u kategorie 19 a více let na téměř 96%.

Otázka č. 19

Jakou první pomoc poskytneme zraněnému, který má otevřenou zlomeninu na dolní končetině:

- a) pouze sterilně překryjeme ránu;
- b) dolní končetinu narovnáme, ránu sterilně kryjeme, končetinu znehybníme;
- c) ránu opatrně sterilně překryjeme a dolní končetinu znehybníme.

Tabulka 37: První pomoc při otevřené zlomenině na DK (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	2	7,4	4	6,6	27	37,5
B	7	25,9	14	23,0	4	5,6
C	18	66,7	43	70,4	41	56,9
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

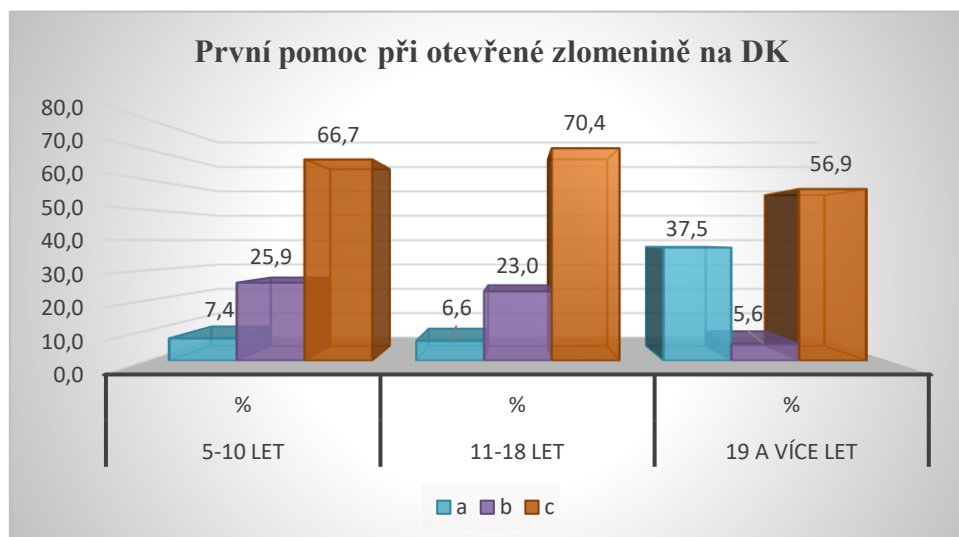
Zdroj: vlastní

Tabulka 38: První pomoc při otevřené zlomenině na DK (1. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
A	8	29,6	7	11,5	8	11,1
B	6	22,2	8	13,1	2	2,8
C	13	48,2	46	75,4	62	86,1
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

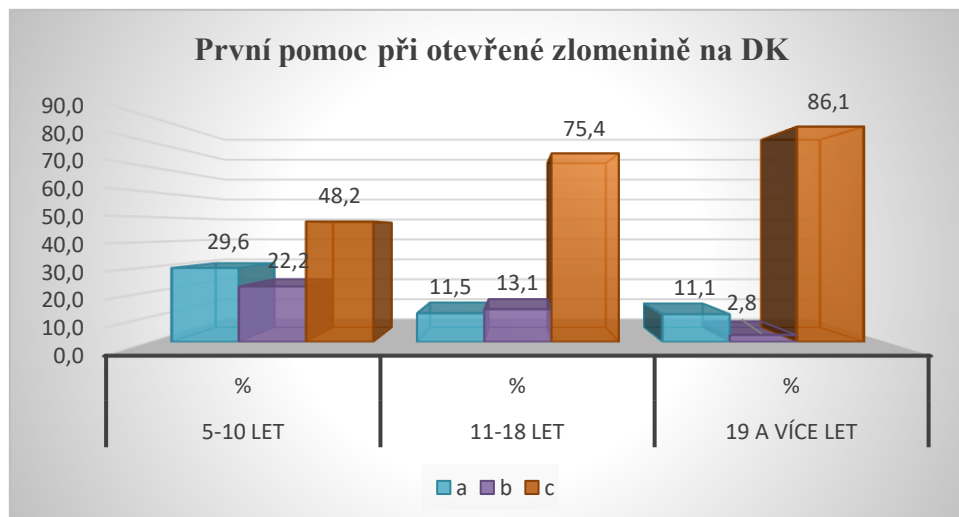
Zdroj: vlastní

Graf 37: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 19 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 38: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 19 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Z grafů 37 a 38 vyplývá, že správnou první pomoc při otevřené zlomenině by umělo poskytnout před proškolením více než 50% respondentů ze všech věkových kategorií. Po proškolení se znalosti u kategorie 5 – 10 let snížily na 48%, ovšem u kategorie 11 – 18 let došlo ke zvýšení na 75% a u kategorie 19 a více let se správné odpovědi objevily u 96% respondentů.

Otázka č. 20

Jaká je první pomoc postiženému, když má vyražený dech:

- a) provedeme 5 úderů mezi lopatky, a pokud to nezabere 5 stlačení nadbřišku;
- b) provádíme pouze masírování bránice nebo lehké údery mezi lopatky, stav se upraví spontánně;
- c) začneme provádět dýchání z úst do úst.

Tabulka 39: První pomoc při vyraženém dechu (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	13	48,1	42	68,9	30	23,6
b	5	18,5	15	24,5	39	73,6
c	9	33,4	4	6,6	3	2,8
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

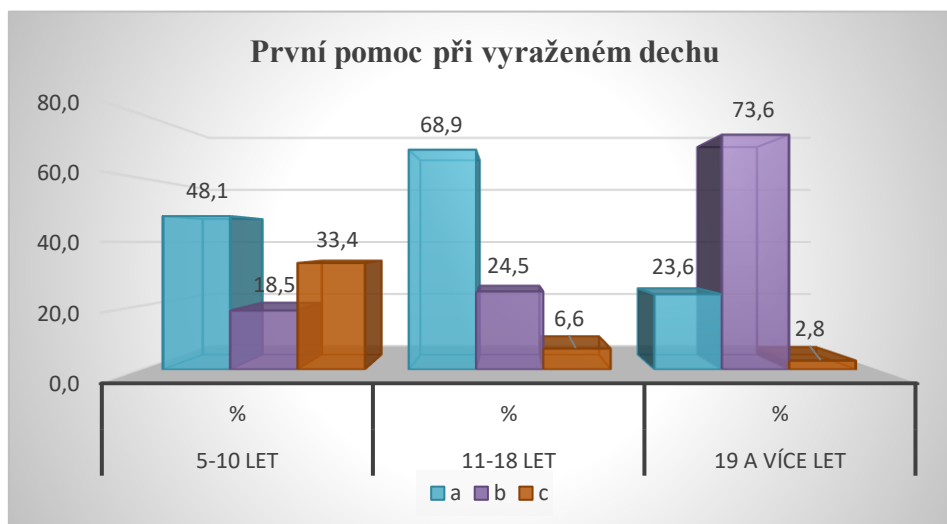
Zdroj: vlastní

Tabulka 40: První pomoc při vyraženém dechu (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	5	18,5	21	34,5	2	2,8
b	19	70,4	39	63,9	66	91,6
c	3	11,1	1	1,6	4	5,6
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

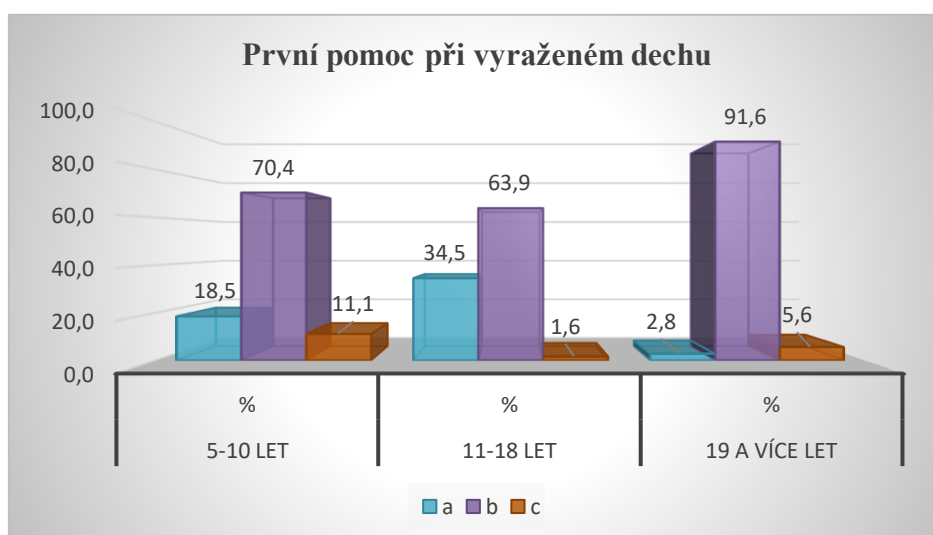
Zdroj: vlastní

Graf 39: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 20 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 40: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 20 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Jak ukazují grafy 39 a 40, tato otázka dělala před proškolením první pomoci problémy zejména v kategoriích 5 – 10 let a 11 – 18 let. V kategorii 19 a více let si z odpovědí nevědělo rady pouze 30% respondentů. V druhém kole správnou odpověď v kategorii 5 – 10 let vědělo již 70% respondentů, v kategorii 11 – 18 let 64% a kategorii poslední téměř 92% respondentů.

Otázka č. 21

Jaký je správný způsob inhalační aplikace léku při astmatickém záchvatu:

- a) nezáleží na tom, jestli se lék aplikuje při nádechu či výdechu postiženého;
- b) na vrcholu maximálního nádechu;
- c) *současný nádech a aplikace léku, poté na chvíli zadržet dech.*

Tabulka 41: Správná aplikace léku inhalačně (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	7	25,9	17	27,9	15	20,8
b	7	25,9	8	13,1	9	12,5
c	13	48,2	36	59,0	48	66,7
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

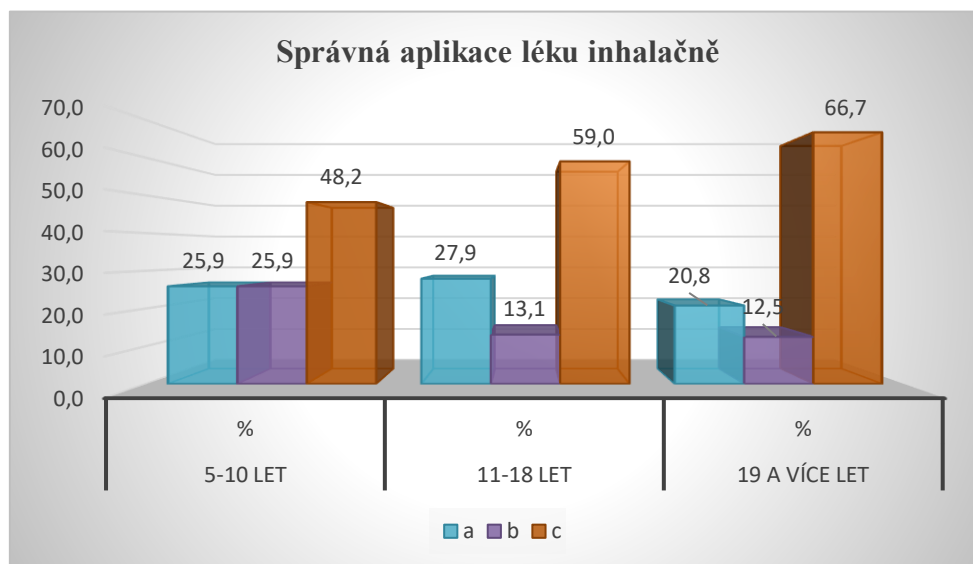
Zdroj: vlastní

Tabulka 42: Správná aplikace léku inhalačně (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	4	14,8	7	11,5	0	0,0
b	6	22,2	9	14,7	17	23,6
c	17	63,0	45	73,8	55	76,4
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

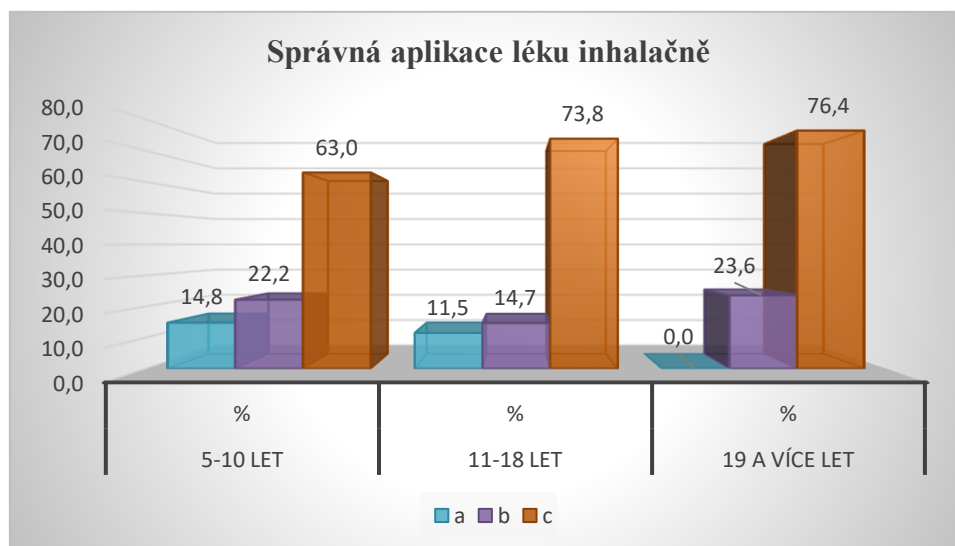
Zdroj: vlastní

Graf 41: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 21 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 42: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 21 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Na grafech 41 a 42 vidíme, že správná odpověď již před proškolením převládala u více než 50% respondentů ve všech kategoriích. V druhém kole se znalosti zvýšily v první kategorii na 63%, v kategorii 11 – 18 let na 74%, v kategorii 19 a více let na téměř 76%.

Otázka č. 22

Pokles víčka nebo koutku úst, porucha řeči či porucha pohyblivosti poloviny těla patří mezi příznaky:

- a) cévní mozkové příhody;
- b) blížícího se epileptického záchvatu;
- c) rozvoje šokového stavu.

Tabulka 43: Příznaky hrozícího onemocnění (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	16	59,3	43	70,5	40	55,6
b	4	14,8	14	22,9	16	22,2
c	7	25,9	4	6,6	16	22,2
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

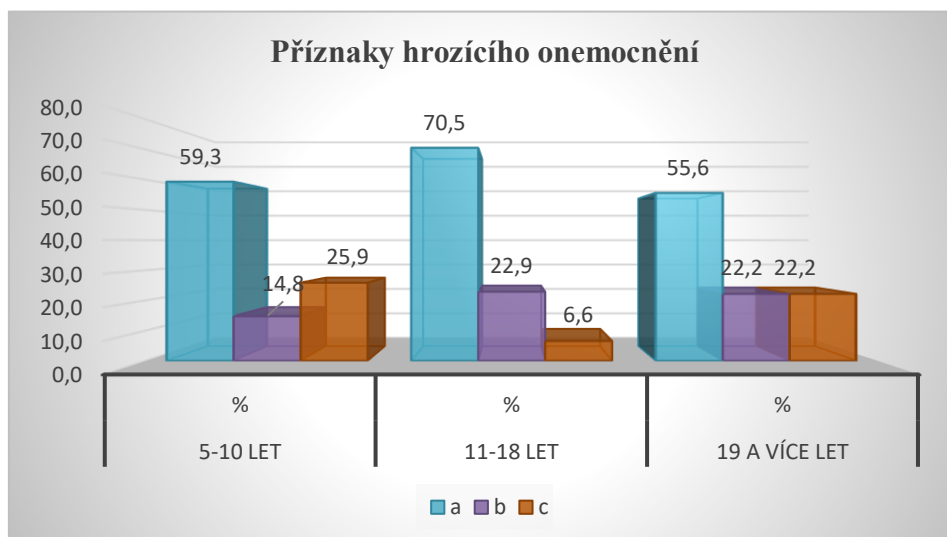
Zdroj: vlastní

Tabulka 44: Příznaky hrozícího onemocnění (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	20	74,1	50	81,9	66	91,6
b	6	22,2	9	14,8	4	5,6
c	1	3,7	2	3,3	2	2,8
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

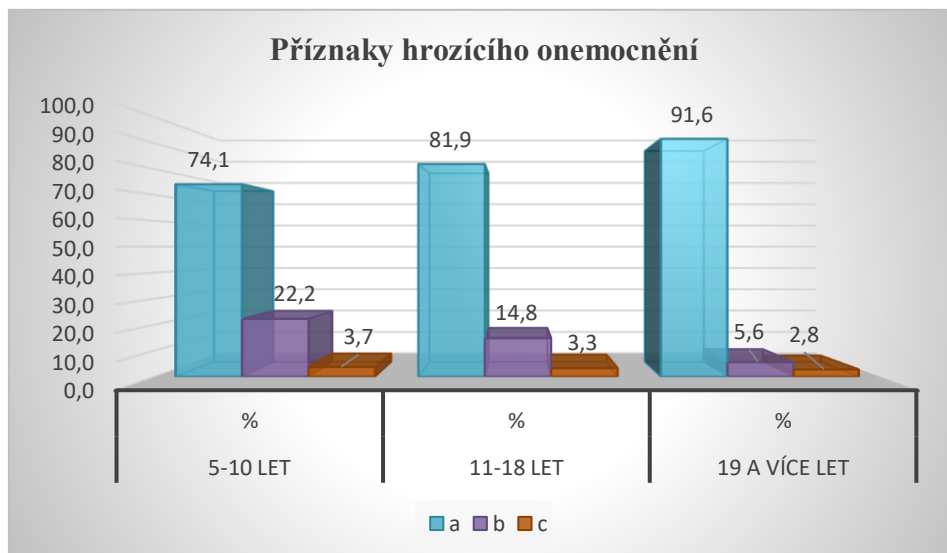
Zdroj: vlastní

Graf 43: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 22 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 44: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 22 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Z grafů 43 a 44 vidíme, že se znalost správné odpovědi zvýšila v druhém kole oproti prvnímu v kategorii 5 – 10 let z 59% na 74%, v kategorii 11 – 18 let z 71% na téměř 82% a v poslední kategorii z 56% dokonce na 92%, respektive 91,6%.

Otázka č. 23

Při volání na zdravotnickou záchrannou službu musíme operátorovi nahlásit:

- a) své jméno, důvod volání, stav postiženého a adresu, kde se nachází postižený;
- b) své jméno, věk a adresu trvalého bydliště;
- c) své jméno, stav postiženého a adresu nejbližšího zdravotnického zařízení.

Tabulka 45: Správné informace podané dispečinku ZZS (1. kolo)

1. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	15	55,6	58	95,1	60	83,3
b	0	0,0	1	1,6	8	11,1
c	12	44,4	2	3,3	4	5,6
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

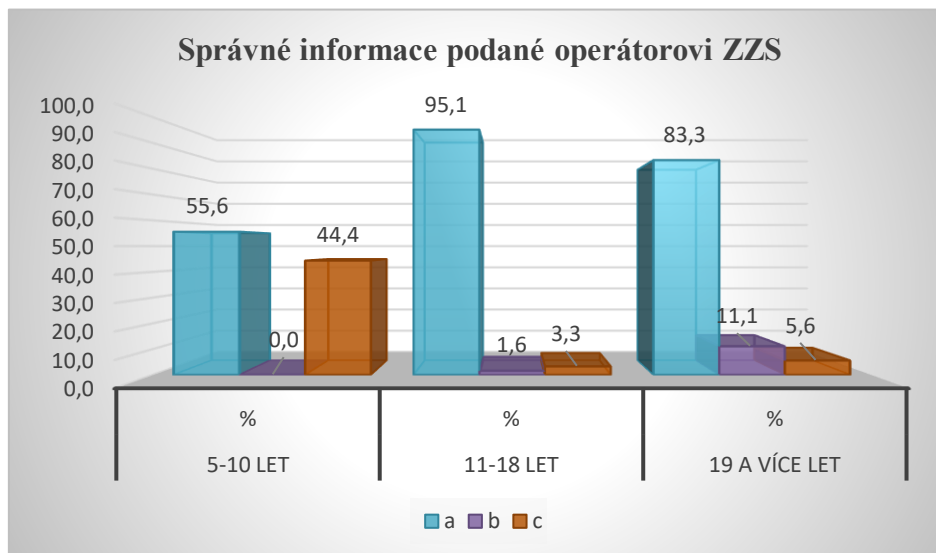
Zdroj: vlastní

Tabulka 46: Správné informace podané dispečinku ZZS (2. kolo)

2. kolo						
Odpovědi	5-10 let		11-18 let		19 a více let	
	n	%	n	%	n	%
a	22	81,5	57	93,5	68	94,4
b	5	18,5	1	1,6	2	2,8
c	0	0,0	3	4,9	2	2,8
Σ	27	100,0	61	100,0	72	100,0

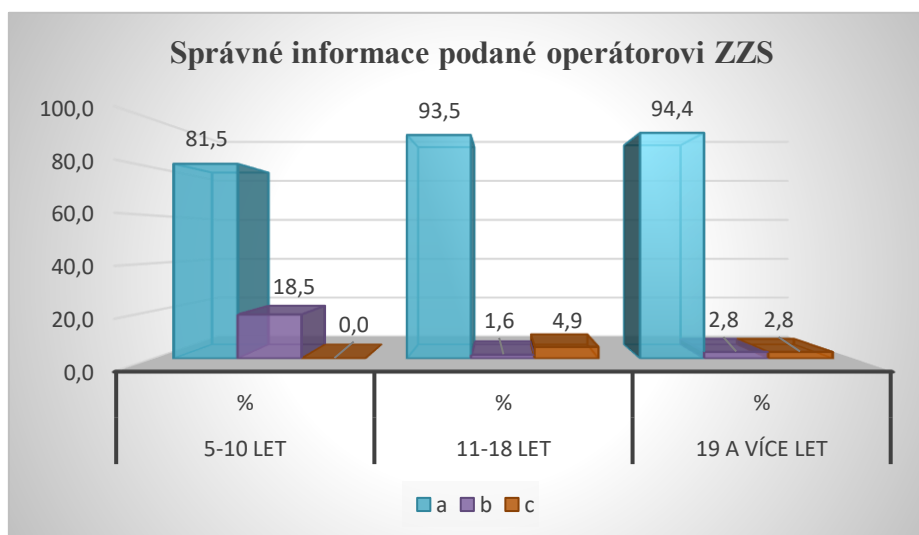
Zdroj: vlastní

Graf 45: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 23 (1. kolo)



Zdroj: vlastní

Graf 46: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 23 (2. kolo)



Zdroj: vlastní

Jak ukazují grafy 45 a 46 s odpovědí na tuto otázku si vědělo rady 50% respondentů ze všech věkových kategorií, již před proškolením první pomoci. V kole druhém, které již bylo po proškolení, se správnost odpovědí zvýšila v kategorii 5 – 10 let na 82%, v kategorii 11 – 18 let na 94% a v kategorii poslední na téměř 95%.

9 DISKUZE

Naše práce pojednává o tématu znalosti a dovednosti první pomoci trenérů a hráčů národní házené. Výzkumné šetření je zaměřeno na hráče dětských kategorií, ve věku 5 – 10 let a 11 – 18 let, na hráče dospělých kategorií a na trenéry družstev různých věkových kategorií. Kvantitativní výzkum proběhl osobním setkáním se všemi respondenty. Hlavními cílem bylo zjistit, jaké mají respondenti znalosti první pomoci před a po provedení proškolení první pomoci.

Při práci na tomto tématu jsem čerpala z literatury, z dostupných elektronických zdrojů představující národní házenou a z vlastní zkušenosti. Dále z odborné literatury, která pojednávala o konkrétních situacích, které vyžadují poskytnutí první pomoci, ze zákonů a z dostupných elektronických zdrojů. Jednotlivé zdroje mi byly poskytnuty z knihovny Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů a ze Studijní vědecké knihovny Plzeňského kraje. V obou knihovnách jsem si nechala vypracovat rešerši na téma První pomoc a národní házená. Součástí přípravy na praktickou část bylo vyhledávání výzkumů, které se také zabývaly problematikou mapování znalostí v oblasti první pomoci.

Pro praktickou část práce byl podkladem provedený kvantitativní výzkum, který byl proveden na podkladě anonymního dotazníkového šetření. Výzkumu se zúčastnilo 160 respondentů v prvním i druhém kole. Příslušnými dotazníky jsem si ověřovala 7 výzkumných předpokladů. Dětské respondenty byly rozděleny na dvě kategorie z důvodu toho, že děti v druhé kategorii (11 – 18 let) by již měly mít urovnané myšlení, měli by mít představu o tíži situací, při které je potřeba postarat se o zraněného a měly by být schopny poskytnout alespoň základní první pomoc v různých situacích. U kategorie dětí 5 – 10 let probíhal výzkum s malou úpravou oproti dalším dvěma kategoriím. Před samotným vyplňováním dotazníku shlédly obrázkovou prezentaci, která byla doprovázena odborným výkladem. Prezentace byla z PC přenášena na velké promítací plátno a obsahovala různá témata první pomoci. Zaměřena byla hlavně na oblasti, na které byly zaměřeny otázky v dotazníku. Bylo to provedeno z toho důvodu, aby si děti udělaly představu o tom, na co budou odpovídat. I přes nízký věk dětí jsem byla příjemně překvapena množstvím správných odpovědí, které vyllynuly z vyhodnocení jejich dotazníků.

Předpoklad č. 1: Hráči dětských kategorií budou mít v jednotlivých oblastech poskytování první pomoci v 1. kole znalosti nižší než 50%, po proškolení vyšší než 70%.

K tomuto předpokladu náleží otázky 4 – 23, které jsou vědomostního charakteru, měří míru znalostí v oblasti první pomoci. V kategorii 5 – 10 let byl předpoklad potvrzen u otázek 5,7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 20 a 21. V kategorii 11 – 18 let u otázek 5, 11, 12, 14, 15 a 20.

Zajímavé výsledky se objevily u otázky č. 11, která je zaměřena na správný postup při KPR dospělých. Z vyhodnocení dotazníků vyplývá, že u kategorie dětí nižšího věku na tuto otázku před proškolením odpovídalo dobře 14 respondentů, ovšem po proškolení pouze 13. Došlo tedy ke snížení správných odpovědí. Na rozdíl od kategorie dětí vyššího věku. Zde odpovědělo správně před proškolením 23 respondentů, ale po proškolení se správné odpovědi objevily u 53 dotázaných z celkových 61.

Předpoklad č. 2: Nejvíce problematická oblast první pomoci pro hráče dětských kategorií bude znalost v oblasti kardiopulmonální resuscitace dětí.

K tomuto předpokladu se směřuje otázka č. 9. Tento předpoklad byl u věkové kategorie dětí 5 – 10 let vyvrácen. U těchto respondentů byl největší problém správně odpovědět na otázku, jaká je první pomoc u vyraženého dechu. U situace, která je při provozování kontaktního sportu, jakým je národní házená, velice častá. U věkové kategorie dětí 11 - 18 let byl předpoklad potvrzen. Nízký počet správně odpovídajících respondentů jasně odpovídá závažnosti situace.

Předpoklad č. 3: Nejméně problematická oblast první pomoci pro hráče dětských kategorií bude znalost telefonních čísel na zdravotnickou záchrannou službu.

K tomuto předpokladu se vztahuje otázka č. 6, a u obou věkových kategorií dětí byl potvrzen. Tato otázka nedělala problém nikomu z dotázaných dětských respondentů.

Předpoklad č. 4: Trenéři a hráči dospělých kategorií, budou mít v jednotlivých oblastech poskytování první pomoci před proškolením znalosti větší než 80%, po proškolení dokonce 100%.

K tomuto předpokladu náleží opět otázky 4 – 23, které jsou vědomostního charakteru a měří míru znalostí v oblasti první pomoci. Bohužel musím říct, že tento předpoklad byl vyvrácen téměř u všech otázek. Potvrdil se pouze u otázky č. 6, která obsahuje znalost telefonního čísla na zdravotnickou záchrannou službu. K 100% správných odpovědí ve druhém kole bylo přiblíženo u otázky č. 5 (94,4%), u otázky č. 8 (96,0), u otázky č. 12 (97,2%), u otázky č. 13 (95,8), u otázky č. 18 (95,8%) a u otázky č. 23 (94,4%). Počet správných odpovědí v mém výzkumu u otázky KPR dospělých se zhruba shoduje s počty ve výzkumu Jana Beránka, který provedl v rámci své bakalářské práce

na téma „*Sportovní úrazy v hokeji a jejich ošetření v PNP*“. V jeho práci jsou popisovány nejen nejčastější úrazy způsobené při hraní ledního hokeje, ale také se zde zabývá poskytováním PNP (přednemocniční péče), problematikou záchranné služby a jejího fungování. Jeho věkové kategorie byly 9 – 15 let, 16 – 20 let a 20 a více let. V jeho šetření u otázky, jaká je hloubka stlačení hrudníku při nepřímé srdeční masáži odpovědělo správně 43,5% z celkového počtu respondentů, na otázku jaká je frekvence těchto kompresí uvedlo správnou odpověď 38,4% dotázaných. V mém šetření byla položena otázka správného provedení celého průběhu KPR a odpověděl na ni správně téměř stejný vzorek respondentů, přesněji řečeno 60,1% dotázaných. Dále bych srovnala výsledky u otázky správného ošetření otevřené zlomeniny. Zde se naše výsledky také téměř shodují. Správné odpovědi byly u 85,1% z celkového počtu jeho respondentů, v mém šetření byly správné odpovědi u 86,6% respondentů. Na jeho další otázku, zda se již někdy respondent dostal do situace, kdy musel poskytovat první pomoc, odpovědělo „ano“ 32,9% a „ne“ 67,1% respondentů. V mém šetření byly odpovědi „ano“ u 17,25% a odpověď „ne“ u 76,25% dotázaných. V otázce poskytování první pomoci postiženému s epileptickým záchvatem v mém výzkumu odpovědělo správně 60% respondentů, přesně 61,1%. Bylo to téměř stejně jako ve výzkumu Magdalény Kolářové, který provedla v bakalářské práci na téma „*Problematika školení první pomoci trenérů florbalu*“. V její práci uvedlo správnou odpověď 63% trenérů z kategorie A, B, C a 61,3% trenérů s licencií D. Tato práce popisuje tento sport, trenérství, prevenci úrazů, ale je také zaměřena na zjištění teoretických znalostí v první pomoci u trenérů s různě dosaženým vzděláním. Kategorie byly rozděleny na trenéry s licencií A, B, C, kteří se při jejím získávání setkali se školením první pomoci a na trenéry s licencií D, kteří tu možnost neměly. Jedná se také opět pouze o dospělé respondenty, jako v bakalářské práci Petráka.

Z úplného vyvrácení tohoto předpokladu jsem překvapena. Je pro mě vcelku nepochopitelné, že dospělí lidé, někteří z řad trenérů dětských kategorií mají tak nízkou míru znalostí o první pomoci. Zároveň je dle tohoto vyhodnocení vidět, že výuka laické veřejnosti o první pomoci by bylo opravdu potřeba.

Předpoklad č. 5: Nejvíce problematická oblast první pomoci pro trenéry a hráče dospělé kategorie bude znalost v oblasti kardiopulmonální resuscitace dětí.

Tento předpoklad zobrazuje otázka č. 9. Předpoklad u této věkové kategorie potvrzen nebyl. Nejméně správných odpovědí a tudíž nejvíce problematická oblast první pomoci pro tuto kategorii byla zahrnuta v otázce, jaký je správný postup u postiženého,

pokud má cizí těleso v dýchacích cestách. Na tuto otázku odpovědělo správně pouze 17 respondentů z celkových 72.

Předpoklad č. 6: Nejméně problematická oblast první pomoci pro trenéry a hráče dospělé kategorie bude znalost v oblasti první pomoci u krvácení.

K tomuto předpokladu se vztahuje otázka č. 17. Tento předpoklad potvrzen nebyl. Nejméně problematickou oblastí pro tuto kategorii byla znalost telefonního čísla na zdravotnickou záchrannou službu a správný způsob ověření, že postižený dýchá.

Předpoklad č. 7: Znalosti a dovednosti se u trenérů a hráčů různých věkových kategorií v oblastech poskytování první pomoci po provedení edukačního školenílepší.

K tomuto předpokladu se vztahují otázky 6 – 23, které jsou vědomostního charakteru a měří opět míru znalostí v oblasti první pomoci, ovšem po provedeném proškolení první pomoci, tedy po provedení 2. kola dotazníkového šetření. Z výsledků, jsem velice příjemně překvapena. I když abych po pravdě řekla, doufala jsem, že odezva na moje proškolení, která bude mít podobu zvýšení správných odpovědí, bude mít tento pozitivní směr. Po proškolení byl u dětské kategorie předpoklad vyvrácen pouze u otázky č. 6, 11 a 19. U kategorie 11 – 18 let pouze u otázky č. 6 a 23. Nejvyšší míra zlepšení se projevila v poslední kategorii a to v kategorii 19 let a více. Zde se předpoklad nepotvrdil pouze u otázky č. 7.

Otázky č. 1 - 5 nebyly součástí žádného výzkumného předpokladu. Pomocí otázek č. 1 a č. 2 se respondenti rozdělili do věkových kategorií a informovali nás o tom, zda působí dotazovaný respondent v oddíle národní házené TJ Přeštice jako hráč, trenér (vedoucí družstva) nebo obojí. V otázka č. 3 – 5 se již objevilo slovní spojení první pomoc, šlo ale pouze o význam slova, rozdělení a zkušenosti s poskytováním první pomoci. Nebyly zde zahrnuty teoretické znalosti z různých oblastí poskytování.

9.1 Návrh k řešení nedostatků zjištěných během dotazníkového šetření

Na základě výsledků zjištěných po proběhlém dotazníkovém šetření a po podrobné analýze získaných dat jsem zjistila, že znalosti laické veřejnosti o poskytování první pomoci, nejsou na příliš vysoké úrovni, přesněji řečeno jsou na úrovni spíše nízké. Vzhledem k velké závažnosti zkoumaného problému si myslíme, že by se mezi laiky mělo dostat více možností se zúčastnit školení nebo absolvovat kurzy první pomoci. Školení a kurzy bychom zaměřily na nácvik kardiopulmonální resuscitace dětí a dospělých,

ošetřování ran, stavění krvácení a na další závažné situace, při kterých je poskytnutí přednemocniční první pomoci velice důležité pro přežití postiženého. Nejdříve by proběhla teoretická příprava dle aktuálních postupů a poté by následovaly praktické nácviky.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na zjištění znalostí první pomoci u trenérů a hráčů národní házené a je rozdělena na dvě hlavní části.

V teoretické části práce jsou nejdříve kapitoly popisující kontaktní míčový sport, jakým národní házená bezesporu je. Je zde popsána bohatá historie sportu, princip hry a současná pravidla. Poté následují kapitoly, které se věnují první pomoci, konkrétně jejímu dělení, legislativě a zásadám poskytování laické první pomoci podle současných doporučených postupů.

Praktická část práce je věnována podrobné interpretaci výsledků výzkumného šetření. Toto šetření bylo zaměřeno na zjištění teoretických znalostí o poskytování první pomoci před a po provedení proškolení první pomoci. Pro obě kola byly použity dotazníky s totožnými otázkami a cílem bylo zjistit, zda se počet správných odpovědí po proškolení zvýší. Výsledky otázek jednotlivých kol jsou pro přehlednost zpracovány do tabulek a grafů. Pro srovnání toho, zda proškolení první pomoci vedlo k prohloubení znalostí, jsou u každé otázky dvě tabulky a dva grafy, které jsou podrobně rozebrány v diskuzi. Hlavní cíl i dílčí cíle této práce, které byly na začátku stanovené, byly splněny.

V bakalářské práci byl nastíněn problém, který je podle našeho názoru vcelku zásadní. Z výsledků průzkumného šetření je zřejmé, že povědomost laické veřejnosti o poskytování první pomoci, není veliká. Nejen v dětských kategoriích, u kterých se předpokládá, že během vývoje dozrají, jak tělesně, tak názorově, byly teoretické znalosti před proškolením nižší, než jsem předpokládala, ale slabé znalosti byly bohužel i v kategoriích hráčů dospělých kategorií a trenérů. Předpokládá se, že dospělý člověk již má představu o tom, co to první pomoc je a jaké jsou správné zásady jejího poskytování. Hlavně je na ně také jinak nahlíženo, pokud by došlo k neposkytnutí první pomoci, ohledně naší legislativy. Znalosti trenérů a vedoucích družstev jsme se rozhodly zmapovat zvláště kvůli tomu, že rodiče, kteří svěří svoje dítě do jejich rukou, ať už v rámci tréninkové jednotky či mistrovského utkání, předpokládají, že je o jejich syna či dceru postaráno na 100%. Nikdo nepřemýšlí o tom, že by mělo dojít k úrazu zrovna u jeho potomka, ale pokud by k této situaci došlo, že se jejich potomkovi dostane správně poskytnuté první pomoci. Myslíme si, že povinností každého trenéra, kterému je svěřeno cizí dítě, je mít jasno v otázkách poskytování první pomoci v situacích, ke kterým nejen při provozování národní házené může dojít.

Jsem velice ráda, že jsem mohla uskutečnit svůj výstup do praxe, a to školení první pomoci. Z výsledků je poznat, že proškolení vedlo k zlepšení znalostí u všech jednotlivých kategorií vybraných respondentů. Myslím si, že by bylo vhodné zvýšit počet takovýchto školení, jak u dětí, tak i dospělých. Ať už v rámci školního vzdělávání, zájmových kroužků či vzdělávání zaměstnanců. Myslím si, že obohacení vědomostí z oblasti první pomoci u laické veřejnosti by bylo jen ku prospěchu. Spoustu laiků má totiž obavy z toho, že se dostanou do situace, kdy budou muset první pomoc poskytnout a zda bude jejich poskytovaná pomoc správná. Umět poskytnout první pomoc patří mezi dovednost, která může u postiženého dítěte nebo dospělého člověka rozhodovat o životě.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BERÁNEK, Jan. *Sportovní úrazy v hokeji a jejich ošetření v PNP*. Plzeň, 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.
- BERNÁTOVÁ, Eva. *Příručka první pomoci pro celou rodinu*. Praha: Mladá fronta a.s., 2014. ISBN 978-80-204-3396-1.
- BYDŽOVSKÝ, Jan. *Předlékařská první pomoc*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2334-1.
- Česká resuscitační rada. *Řetězec přežití*. [online] [cit. 2018-02-19] Dostupné z: <http://www.resuscitace.cz/?p=1192>.
- ČESKO. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/hledani?text=40%2F2009>.
- ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
- DOBIÁŠ, Viliam a kol. *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin: Osveta spol. s.r.o., 2012. ISBN 978-80-8063-387-5.
- European Resuscitation Council. *2015 Guidelines*. [online] [cit. 2018-02-19] Dostupné z <https://cprguidelines.eu>.
- FRANĚK, Ondřej. O resuscitaci [online]. 2015 [cit. 2018-01-13]Dostupné z <https://www.zachrannasluzba.cz/prvniplomoc/resuscitace.html>.
- FRANĚK, Ondřej a Pavla TRČKOVÁ. *Příručka první pomoci (část A: Základy první pomoci - Náhlá onemocnění)*. Praha: Paf Group s.r.o., 2012. ISBN 978-80-260-2672-3.
- FRANĚK, Ondřej a Pavla TRČKOVÁ. *Příručka první pomoci (část B: Základy první pomoci - Úrazy)*. Praha: Paf Group s.r.o., 2012. ISBN 978-80-260-2672-3.
- FREI, Jiří et al. *Akutní stavy pro nelékaře*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, vydavatelství, 2015. ISBN 978-80-254-5911-9.
- HASÍK, Juljo. *Standardy první pomoci*. Praha 6: Český červený kříž, 2016. ISBN 978-80-87729-17-5.

- JANOTA, Tomáš. *Šok a kardiopulmonální resuscitace*. Praha 10 : Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-486-5.
- KELNAROVÁ, J., TOUFAROVÁ, J., SEDLÁČKOVÁ, J., ČÍKOVÁ Z. *První pomoc I pro studenty zdravotnických oborů*. Praha : Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4199-4.
- KOJZAR, Petr. *Cesta ke sportu: manuál (nejen) pro rodiče: který sport je ideální?*. Praha: Nakladatelství Futura, 2017. ISBN 978-80-88035-12-1.
- KOLÁŘOVÁ, Magdalena. *Problematika školení první pomoci trenérů florbalu*. Plzeň, 2017. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.
- MALEŇÁK, Filip. *Aplikace Záchranka Rozšíření funkcí 2017*. Manuál. Brno: 2017. Dostupné také z: <http://www.zachrankaapp.cz/>.
- PETRÁK, Ondřej Bc. *Znalost první pomoci trenérů dětí a mládeže rychlostní kanoistiky v České republice*. Plzeň, 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.
- Preventivní buňka centra traumatologie FN Brno. *Prevence úrazů*. [online] [Cit. 20.01.2018] Dostupné z: <http://www.detibezurazu.cz/prevence-urazu/sportovni-urazy/>.
- REMEŠ, Roman; Silvia TRNOVSKÁ a kol. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.
- SLEPIČKA Pavel; HOŠEK Václav a Běla HÁTLOVÁ. *Psychologie sportu*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1602-5.
- SVAZ NÁRODNÍ HÁZENÉ. *Historie národní házené*. [online] [cit. 2017-11-20] Dostupné z: <http://www.svaznarodnihazene.cz/18-historie-nh>.
- SVAZ NÁRODNÍ HÁZENÉ. *Princip hry a základní pravidla*. [online] [cit. 2017-11-20] Dostupné z: <http://www.svaznarodnihazene.cz/20-princip-hry-a-zakladni-pravidla>.
- ŠAFAŘÍKOVÁ Jana a František TÁBORSKÝ. *Malá škola házené*. Praha : Olympia, 1986. ABC sportu.
- ZÁCHRANNÁ SLUŽBA. *Neodkladná resuscitace*. [online] [cit. 2018-02-19] Dostupné z: <https://www.zachrannaslužba.cz/prvnipomoc/resuscitace.html>.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AED	Automatický externí defibrilátor
ERC	European Resuscitation Council (Evropská resuscitační rada)
IZS	Integrovaný záchranný systém
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
NH	Národní házená
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pozice v oddíle národní házené TJ Přeštice (1. kolo).....	50
Tabulka 2: Pozice v oddíle národní házené TJ Přeštice (2. kolo).....	50
Tabulka 3: Věková hranice respondentů (1. kolo)	52
Tabulka 4: Věková hranice respondentů (2. kolo)	52
Tabulka 5: Poskytnutí první pomoci v minulosti (1. kolo).....	54
Tabulka 6: Poskytnutí první pomoci v minulosti (2. kolo).....	54
Tabulka 7: Definice první pomoci (1. kolo)	56
Tabulka 8: Definice první pomoci (2. kolo)	56
Tabulka 9: Základní druhy první pomoci (1. kolo)	58
Tabulka 10: Základní druhy první pomoci (2. kolo)	58
Tabulka 11: Telefonní číslo na ZZS (1. kolo)	60
Tabulka 12: Telefonní číslo na ZZS (2. kolo)	60
Tabulka 13: Správný postup u postiženého v bezvědomí, který dýchá (1. kolo).....	62
Tabulka 14: Správný postup u postiženého v bezvědomí, který dýchá (2. kolo).....	62
Tabulka 15: Zotavovací poloha (1. kolo)	64
Tabulka 16: Zotavovací poloha (2. kolo)	64
Tabulka 17: Správný postup u KPR dítěte (1. kolo).....	66
Tabulka 18: Správný postup u KPR dítěte (2. kolo).....	66
Tabulka 19: Nejčastější příčina zástavy srdce u dospělých (1. kolo).....	68
Tabulka 20: Nejčastější příčina zástavy srdce u dospělých (2. kolo).....	68
Tabulka 21: Kardiopulmonální resuscitace u dospělých (1. kolo)	70
Tabulka 22: Kardiopulmonální resuscitace u dospělých (2. kolo)	70
Tabulka 23: Správný způsob ověření dýchání u postiženého (1. kolo).....	72
Tabulka 24: Správný způsob ověření dýchání u postiženého (2. kolo).....	72
Tabulka 25: Využití AED (1. kolo)	74
Tabulka 26: Využití AED (2. kolo)	74
Tabulka 27: První pomoc při cizím tělesu v dýchacích cestách postiženého (1. kolo).....	76
Tabulka 28: První pomoc při cizím tělesu v dýchacích cestách postiženého (2. kolo).....	76
Tabulka 29: První pomoc při epileptickém záchvatu (1. kolo)	78
Tabulka 30: První pomoc při epileptickém záchvatu (2. kolo)	78
Tabulka 31: Dělení krvácení dle poraněné cévy (1. kolo).....	80

Tabulka 32: Dělení krvácení dle poraněné cévy (2. kolo).....	80
Tabulka 33: Správné ošetření malé tržné rány na HK (1. kolo)	82
Tabulka 34: Správné ošetření malé tržné rány na HK (2. kolo)	82
Tabulka 35: Situace při tepenném krvácení (1. kolo).....	84
Tabulka 36: Situace při tepenném krvácení (2. kolo).....	84
Tabulka 37: První pomoc při otevřené zlomenině na DK (1. kolo)	86
Tabulka 38: První pomoc při otevřené zlomenině na DK (1. kolo)	86
Tabulka 39: První pomoc při vyraženém dechu (1. kolo)	88
Tabulka 40: První pomoc při vyraženém dechu (2. kolo)	88
Tabulka 41: Správná aplikace léku inhalačně (1. kolo).....	90
Tabulka 42: Správná aplikace léku inhalačně (2. kolo).....	90
Tabulka 43: Příznaky hrozícího onemocnění (1. kolo)	92
Tabulka 44: Příznaky hrozícího onemocnění (2. kolo)	92
Tabulka 45: Správné informace podané dispečinku ZZS (1. kolo).....	94
Tabulka 46: Správné informace podané dispečinku ZZS (2. kolo).....	94

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Procentuální vyjádření odpovědí v otázce č. 1 (1. kolo).....	51
Graf 2: Procentuální vyjádření odpovědí v otázce č. 1 (2. kolo).....	51
Graf 3: Procentuální vyjádření odpovědí v otázce č. 2 (1. kolo).....	53
Graf 4: Procentuální vyjádření odpovědí v otázce č. 2 (2. kolo).....	53
Graf 5: Procentuální vyjádření odpovědí v otázce č. 3 (1. kolo).....	55
Graf 6: Procentuální vyjádření odpovědí v otázce č. 3 (2. kolo).....	55
Graf 7: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 4 (1. kolo)	57
Graf 8: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 4 (2. kolo)	57
Graf 9: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 5 (1. kolo)	59
Graf 10: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 5 (2. kolo) ...	59
Graf 11: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 6 (1. kolo) ...	61
Graf 12: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 6 (2. kolo) ...	61
Graf 13: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 7 (1. kolo) ...	63
Graf 14: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 7 (2. kolo) ...	63
Graf 15: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 8 (1. kolo) ...	65
Graf 16: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 8 (2. kolo) ...	65
Graf 17: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 9 (1. kolo) ...	67
Graf 18: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 9 (2. kolo) ...	67
Graf 19: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 10 (1. kolo) .	69
Graf 20: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 10 (2. kolo) .	69
Graf 21: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 11 (1. kolo) .	71
Graf 22: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 11 (2. kolo) .	71
Graf 23: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 12 (1. kolo) .	73
Graf 24: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 12 (2. kolo) .	73
Graf 25: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 13 (1. kolo) .	75
Graf 26: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 13 (2. kolo) .	75
Graf 27: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 14 (1. kolo) .	77
Graf 28: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 14 (2. kolo) .	77
Graf 29: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 15 (1. kolo) .	79
Graf 30: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 15 (2. kolo) .	79
Graf 31: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 16 (1. kolo) .	81

Graf 32: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 16 (2. kolo) .	81
Graf 33: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 17 (1. kolo) .	83
Graf 34: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 17 (2. kolo) .	83
Graf 35: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 18 (1. kolo) .	85
Graf 36: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 18 (2. kolo) .	85
Graf 37: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 19 (1. kolo) .	87
Graf 38: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 19 (2. kolo) .	87
Graf 39: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 20 (1. kolo) .	89
Graf 40: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 20 (2. kolo) .	89
Graf 41: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 21 (1. kolo) .	91
Graf 42: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 21 (2. kolo) .	91
Graf 43: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 22 (1. kolo) .	93
Graf 44: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 22 (2. kolo) .	93
Graf 45: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 23 (1. kolo) .	95
Graf 46: Procentuální vyjádření špatných a správných odpovědí v otázce č. 23 (2. kolo) .	95

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Nákres hrací plochy	17
Obrázek 2: Řetězec přežití.....	30
Obrázek 3: Základní neodkladná resuscitace pro laiky podle Guidelines 2015.....	112
Obrázek 4: Základní neodkladná resuscitace dospělých pro zdravotníky a školené zachránce podle Guidelines 2015	113
Obrázek 5: Základní neodkladná resuscitace dětí pro zdravotníky a školené zachránce podle Guidelines 2015	114

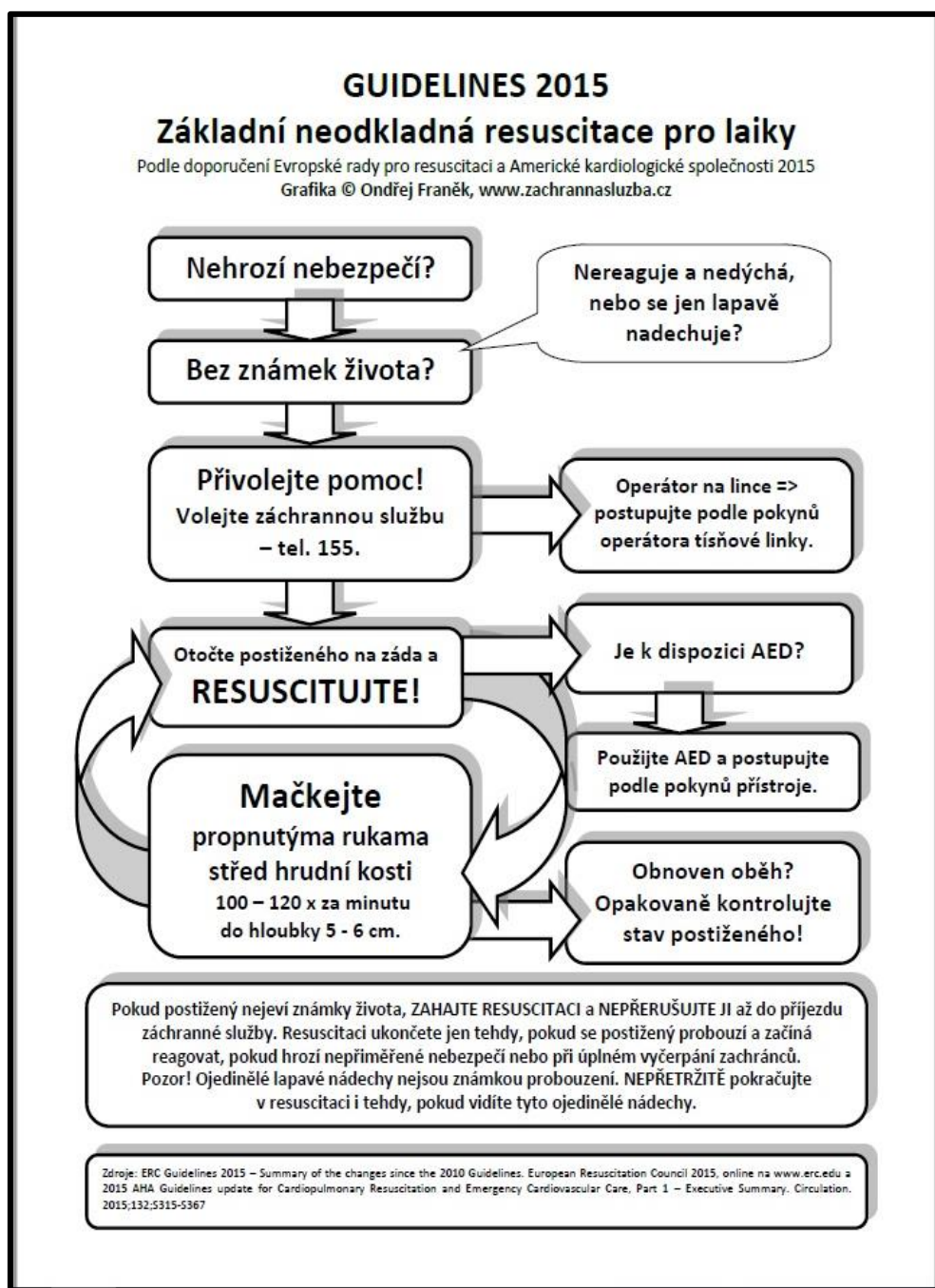
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Schéma Guidelines 2015 Základní neodkladná resuscitace pro laiky	112
Příloha B: Schéma Guidelines 2015 Základní neodkladná resuscitace dospělých pro zdravotníky a školené záchránce	113
Příloha C: Schéma Guidelines 2015 Základní neodkladná resuscitace dětí pro zdravotníky a školené záchránce	114
Příloha D: Informovaný souhlas pro předsedu oddílu národní házené TJ Přeštice.....	115
Příloha E: Informovaný souhlas pro rodiče dětí, hrajících v oddílu národní házené TJ Přeštice.....	117
Příloha F: Dotazník.....	119
Příloha G: Rešerše SVKPK	123
Příloha H: Rešerše NCO NZO.....	124

PŘÍLOHY

Příloha A: Schéma Guidelines 2015 Základní neodkladná resuscitace pro laiky

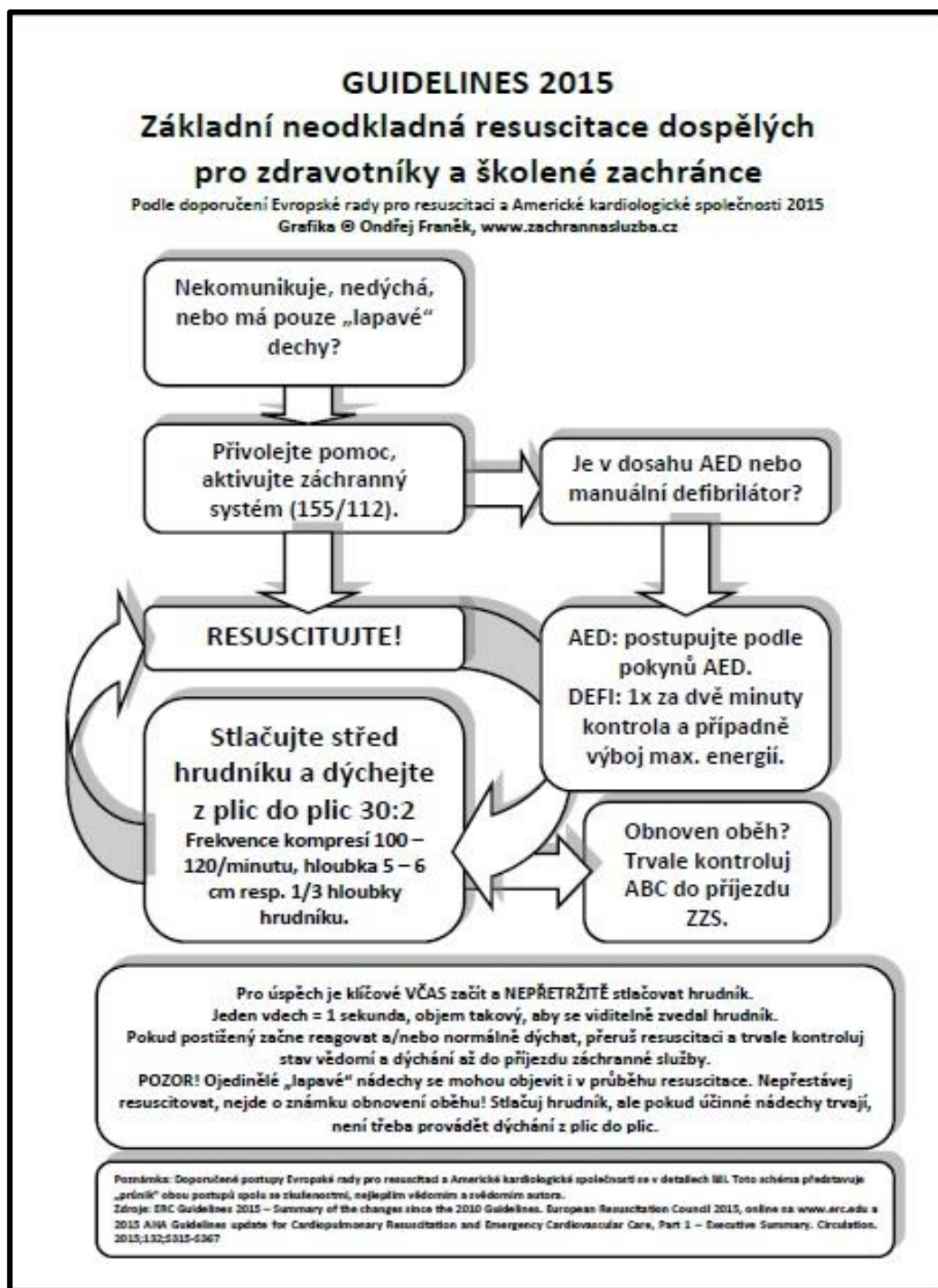
Obrázek 3: Základní neodkladná resuscitace pro laiky podle Guidelines 2015



Zdroj: <https://www.zachrannaslužba.cz/>

Příloha B: Schéma Guidelines 2015 Základní neodkladná resuscitace dospělých pro zdravotníky a školené záchránce

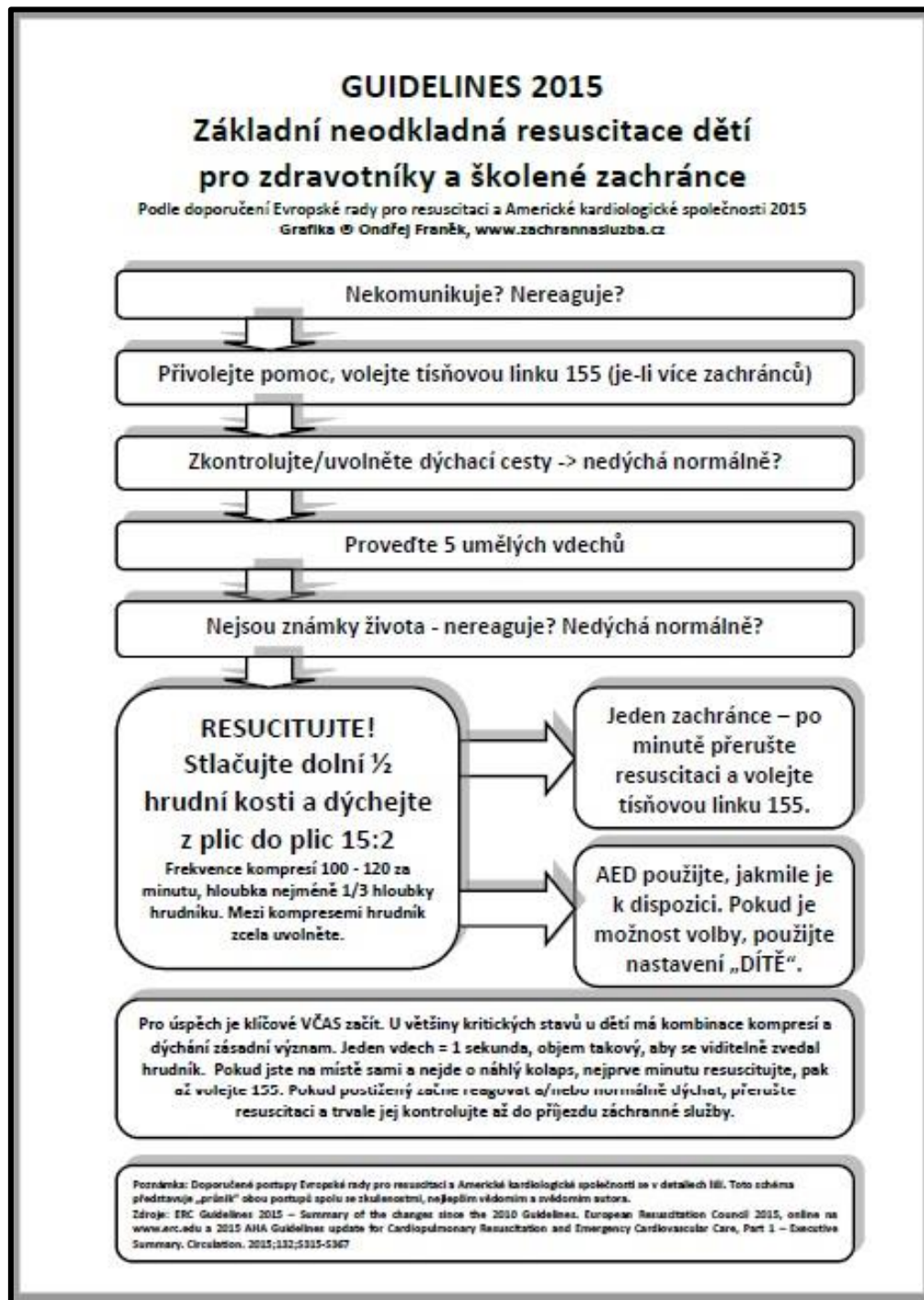
Obrázek 4: Základní neodkladná resuscitace dospělých pro zdravotníky a školené záchránce podle Guidelines 2015



Zdroj: <https://www.zachrannaslužba.cz/>

Příloha C: Schéma Guidelines 2015 Základní neodkladná resuscitace dětí pro zdravotníky a školené záchránce

Obrázek 5: Základní neodkladná resuscitace dětí pro zdravotníky a školené záchránce podle Guidelines 2015



Zdroj: <https://www.zachrannasluzba.cz/>

Příloha D: Informovaný souhlas pro předsedu oddílu národní házené TJ
Přeštice

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Úroveň znalostí a dovedností 1. pomoci u trenérů a žáků národní házené v Plzeňském kraji

STUDENT

Petra Kripnerová, DiS.

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: jerriss@seznam.c

VEDOUCÍ BP

Mgr. Stanislava Reichertová

Katedra záchranářství

Fakulta zdravotnických studií ZČU

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit, na jaké úrovni jsou znalosti laické veřejnosti o První pomoci, v tomto případě hráčů dětských a dospělých kategorií oddílu národní házené TJ Přeštice. Teoretická část bude věnována tématu „Národní házená“ a „1. pomoc“. Praktická část bude mít za úkol pomocí kvantitativního výzkumu metodou dotazníkové šetření zjistit, na jaké úrovni jsou jejich znalosti o poskytování první pomoci. S Vaším svolením bude provedeno na dvě části. První část bude probíhat v rámci výcvikového tábora, který se koná v termínu 4. - 11. 8. 2017, druhá část v rámci tréninkových jednotek podzimní sezony 2017. Vyplněné dotazníky budou zcela anonymní, identita dětí a trenérů nebude nijak zmíněna či ohrožena, a nebudou sdíleny nikým jiným, než studentem a vedoucím bakalářské práce. Zároveň je informovaný souhlas rozeslán i rodičům dětí Vašich žákovských kategorií. Po vyhodnocení budou dotazníky znehodnoceny.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já, Rudolf Lang, předseda oddílu národní házené TJ Přeštice, souhlasím s účastí našeho oddílu ve výzkumné studii. Souhlasím s formou kvantitativního výzkumu

provedeného metodou dotazníkové šetření. Zároveň respektuji rozhodnutí rodičů dětí našich žákovských kategorií, kteří vyjádří nesouhlas se zařazením svého dítěte do výzkumu.

Podpis předsedy oddílu TJ Přeštice

Datum:

Podpis studenta

Datum:

Příloha E: Informovaný souhlas pro rodiče dětí, hrajících v oddílu národní házené TJ Přeštice

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Úroveň znalostí a dovedností 1. pomoci u trenérů a žáků národní házené v Plzeňském kraji

STUDENT

Petra Kripnerová, DiS.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: jerriss@seznam.cz

VEDOUCÍ BP

Mgr. Stanislava Reichertová

Katedra záchranářství

Fakulta zdravotnických studií ZČU

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit, na jaké úrovni jsou znalosti laické veřejnosti o První pomoci, v tomto případě hráčů dětských a dospělých kategorií oddílu národní házené TJ Přeštice. Teoretická část bude věnována tématu „Národní házená“ a „První pomoc“. Praktická část bude mít za úkol pomocí kvantitativního výzkumu metodou dotazníkové šetření zjistit, na jaké úrovni jsou jejich znalosti o 1. pomoci. S Vaším svolením a svolením předsedy oddílu TJ Přeštice, bude provedeno v rámci výcvikového tábora, který se koná v termínu 4. - 11. 8. 2017 v Rožmitále pod Třemšínem, dotazníkové šetření s Vaším synem/dcerou. Vyplněné dotazníky budou zcela anonymní a nebudou sdíleny nikým jiným, než studentem a vedoucím bakalářské práce. Identita Vašeho syna/dcery nebude nijak zmíněna či ohrožena. Zároveň je informovaný souhlas zaslán i předsedovi oddílu TJ Přeštice. Po vyhodnocení budou dotazníky znehodnoceny.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Souhlasím/ nesouhlasím s účastí syna/dcery ve výzkumné studii. Svůj souhlas/ nesouhlas sdělím v den odjezdu na výcvikový tábor trenérovi družstva, souběžně s předáním kartičky zdravotního pojištění (tj. těsně před odjezdem).

Podpis studenta

Datum:

Příloha F: Dotazník

Vážení trenéři, vážení hráči,

jmenuji se Petra Kripnerová a studuji 3. ročník oboru Ošetrovatelství na ZČU v Plzni. Prosím Vás o vyplnění dotazníku k mému šetření v rámci mé bakalářské práce, ve které se zabývám úrovní teoretických znalostí a dovedností první pomoci. Vyplnění dotazníku je anonymní.

Prosím o pečlivé přečtení. Poté zakroužkujte 1 správnou odpověď z nabízených možností.

1. **V oddíle národní házené TJ Přeštice působíte jako:**

- a) hráč
- b) trenér (či vedoucí družstva)
- c) obojí

2. **V jaké se nacházíte věkové hranici:**

- a) 5 – 10 let
- b) 11 – 18 let
- c) 19 let a více

3. **Poskytovali jste již někomu první pomoc:**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

4. **Co je to první pomoc:**

- a) soubor jednoduchých postupů, které při ohrožení nebo postižení zdraví či života omezují rozsah a důsledky ohrožení či postižení
- b) kontaktování zdravotnické záchranné služby
- c) pomoc, která se člověku poskytne ihned po narození

5. **Jaké máme základní druhy první pomoci:**

- a) základní a rozšířenou první pomoc
- b) neodbornou a odbornou první pomoc
- c) technickou a zdravotnickou, která se dále dělí na laickou a odbornou první pomoc

6. **Zdravotnickou záchrannou službu přivoláme pomocí telefonního čísla:**
- 150
 - 122
 - 155
7. **Jak se zachováme, je-li postižený v bezvědomí, ale dýchá:**
- necháme postiženého ležet, vůbec s ním nehýbáme a vyčkáme příjezdu ZZS
 - postiženého uložíme do zotavovací (stabilizované) polohy
 - postiženého necháme ležet na zádech a podložíme mu hlavu (např. mikinou,...)
8. **Zotavovací (stabilizovaná) poloha je poloha:**
- poloha na zádech s podloženými dolními končetinami
 - poloha na boku, spodní dolní končetina je pokrčená, vrchní natažená, hlava zakloněná a podložená dlaní ruky, spodní horní končetina je zapažená
 - poloha, ve které se postižený cítí dobře
9. **Správný postup při kardiopulmonální resuscitaci u dítěte (tzn. věk 0 – 19 let) je:**
- zavolat 155, provádět KPR 15:2 až do příjezdu ZZS
 - 5 počátečních vdechů, KPR 15:2 trvajících nejméně 1 minutu, volat 155
 - provádět KPR 15:2, a pokud se do 10 minut neobnoví spontánní dýchání a srdeční akce, volat 155
10. **Nejčastější příčinou zástavy srdce u dospělých je:**
- kardiální příčina
 - dušení, vdechnutí cizího tělesa
 - cévní mozková příhoda
11. **Při správném provádění kardiopulmonální resuscitace u dospělých:**
- používají se 2 ruce, hloubka stlačení asi do hloubky 1/3 hrudníku, frekvence stlačení je 100/min
 - používají se 2 ruce, na hloubce stlačení nezáleží, frekvence srdeční masáže je 100-120/min
 - používají se 2 ruce, hloubka stlačení je 5-6 cm, frekvence srdeční masáže je 100 - 120/min

12. **Jaký je správný způsob ověření, že postižený dýchá:**
- a) pohledem, poslechem, přiložením tváře před ústa
 - b) použitím zrcátka
 - c) použijeme ruku, kterou dáme před obličej postiženého a zjistíme, jestli nám na ní dýchá
13. **K čemu slouží automatický externí defibrilátor:**
- a) k probuzení postiženého ze stavu bezvědomí
 - b) k obnovení pravidelné činnosti srdce pomocí elektrického výboje
 - c) k obnovení spontánního dýchání
14. **Pokud má postižený cizí těleso v dýchacích cestách, jaké kroky jdoucí postupně po sobě zvolíme:**
- a) nabádáme ke kašli, provedeme údery mezi lopatky, provedeme stlačení nadbřišku
 - b) provedeme údery mezi lopatky, nabádáme ke kašli, provedeme stlačení nadbřišku
 - c) snažíme se o vyndání cizího tělesa improvizovanými pomůckami
15. **Jaká je první pomoc při náhle vzniklém epileptickém záchvatu:**
- a) musíme zabránit zranění postiženého způsobené pádem při ztrátě vědomí
 - b) pokusíme se rozevřít ústa a strčit mu tam nějaký předmět, aby se zabránilo pokousání
 - c) pevně ho sevřeme v objetí a počkáme, až křeče ustoupí
16. **Podle poraněné cévy dělíme krváčení:**
- a) zevní, vnitřní, krváčení z tělních dutin
 - b) tepenné, žilní, vlasečnicové, smíšené
 - c) malé, střední, velké
17. **Krvácející malou tržnou ránu na horní končetině:**
- a) přelepíme polštářkovou náplastí
 - b) okolí rány očistíme a kryjeme sterilním obvazem
 - c) okolí rány očistíme a ničím nekryjeme
18. **Co se děje při tepenném krváčení:**
- a) krev z rány střídavě vytéká a vystřikuje bez ohledu na pulsaci
 - b) z rány vytéká tmavá červená krev bez pulsace
 - c) z rány vystřikuje jasně červená krev s pulsací

19. **Jakou první pomoc poskytneme zraněnému, který má otevřenou zlomeninu na dolní končetině:**
- a) pouze sterilně překryjeme ránu
 - b) dolní končetinu narovnáme, ránu sterilně kryjeme, končetinu znehybníme
 - c) ránu opatrně sterilně překryjeme a dolní končetinu znehybníme
20. **Jaká je první pomoc postiženému, když má vyražený dech:**
- a) provedeme 5 úderů mezi lopatky, a pokud to nezabere 5 stlačení nadbříšku
 - b) provádíme pouze masírování bránice nebo lehké údery mezi lopatky, stav se upraví spontánně
 - c) začneme provádět dýchání z úst do úst
21. **Jaký je správný způsob inhalační aplikace léku při astmatickém záchvatu:**
- a) nezáleží na tom, jestli se lék aplikuje při nádechu či výdechu postiženého
 - b) na vrcholu maximálního nádechu
 - c) současný nádech a aplikace léku, poté na chvíli zadržet dech
22. **Pokles víčka nebo koutku úst, porucha řeči či porucha pohyblivosti poloviny těla patří mezi příznaky:**
- a) cévní mozkové příhody
 - b) blížícího se epileptického záchvatu
 - c) rozvoje šokového stavu
23. **Při volání na ZZS musíme operátorovi nahlásit:**
- a) své jméno, důvod volání, stav postiženého a adresu, kde se nachází postižený
 - b) své jméno, věk a adresu trvalého bydliště
 - c) své jméno, stav postiženého a adresu nejbližšího zdravotnického zařízení

Příloha G: Rešerše SVKPK

BITTNER, Václav. *První pomoc - principy, techniky, edukace: inovace výuky tělesné výchovy a sportu na fakultách TUL v rámci konceptu aktivního životního stylu*. Vyd. 1. Liberec: TUL, 2014. 96 s. ISBN 978-80-7494-109-2.

KUBÍKOVÁ, Zdeňka a kol. *První pomoc a jak ji učit*. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií, 2009. 46 s. ISBN 978-80-210-4823-2.

DOBIÁŠ, Viliam, BULÍKOVÁ, Táňa a HERMAN, Peter. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2., dopl. a preprac. vyd. Martin: Osveta, 2012. 740 s. ISBN 978-80-8063-387-5.

MARTINKOVÁ, Jana. *Sportovní úrazy a přetížení pohybového aparátu sportem: praktický průvodce pro zdravotníky i laiky*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 71 s. Sestra. ISBN 978-80-204-2454-9.

FOŘT, Jaroslav. *50 let národní házené v Přešticích: 1928-1978*. Přeštice: TJ Přeštice, 1978. 80 s.

TJ Přeštice 1928-1988: *60 let národní házené v Přešticích*. Přeštice: Oddíl národní házené, [1988]. 48 s.

www.medvik.cz – lékařské články

Příloha H: Rešerše NCO NZO

BERNATOVÁ, Eva. *Příručka první pomoci pro celou rodinu*. Ilustroval Jakub POŽÁR. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3396-1.

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Předlékařská první pomoc*. Praha: Grada, 2011. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2334-1

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Tabulky pro medicínu prvního kontaktu: záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem*. Praha: Triton, 2010. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-351-6.

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

FRANĚK, Ondřej a Pavla TRČKOVÁ. *Příručka první pomoci*. Tábor: Mimoni, 2012. ISBN 978-80-260-2672-3

JANOVA, Tomáš. *Šok a kardiopulmonální resuscitace*. Praha: Triton, 2011. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-486-5

KELNAROVÁ, Jarmila. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4200-7.

KELNAROVÁ, Jarmila. *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4199-4.

PETRŽELA, Michal. *První pomoc pro každého*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5556-4