



Praca pogładowa

Edukacja w zakresie pierwszej pomocy uczniów szkół gimnazjalnych, analiza na przykładzie wybranych szkół w Gminie Kalwaria Zebrzydowska

Autor: Tomasz Sala

Promotor: dr Stefan Poździoch

INFORMACJE O ARTYKULE:

Historia:

Data akceptacji Promotora: maj 2016

Data recenzji: czerwiec 2016

Data publikacji: czerwiec 2016

Słowa kluczowe:

Pierwsza pomoc

Ratownictwo medyczne

Edukacja

STRESZCZENIE:

Prawidłowo przeprowadzona pierwsza pomoc znacząco zwiększa szanse pacjenta na przeżycie. Dlatego też, bardzo ważnym jest aby edukację w tym zakresie prowadzić już od najmłodszych lat. Przeprowadzone badania miały na celu sprawdzenie stanu wiedzy z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej u młodzieży w wieku gimnazjalnym. W pracy opisano również podstawowe zasady udzielania pierwszej pomocy w przypadkach m.in. skaleczeń, złamań, oparzeń.

Wstęp

Każdy człowiek powinien znać zasady udzielania pierwszej pomocy. Oczwistym jest fakt, że umiejętności te wykorzystują najczęściej pracownicy służby zdrowia, ale w niespodziewanych sytuacjach, przed przyjazdem karetki pogotowia i przed udzieleniem profesjonalnej pomocy, każdy z nas powinien umieć zaopiekować się osobą chorą czy taką, której życie jest zagrożone. Znajomość zasad pierwszej pomocy zwiększa szanse na uratowanie życia lub zdrowia osoby potrzebującej.

Edukacja w zakresie pierwszej pomocy jest tematem niezmiernie ważnym, aczkolwiek bardzo zaniedbanym i postrzeganym przez wiele osób, jak drugoplanowy. Wyboru tematu pierwszej pomocy przedmedycznej jako tematu pracy licencjackiej dokonano w celu zweryfikowania stanu wiedzy w tym zakresie oferowanym dzieciom, i młodzieży w szkołach. Skupiono się na grupie młodzieży gimnazjalnej. Poruszana problematyka jest tym bardziej ważna, że w szkołach i miejscach do nich przylegających często dochodzi do wypadków i urazów.

Wiedza o pierwszej pomocy powinna być jednak popularyzowana we wszystkich grupach społecznych, wiekowych czy zawodowych. Ważne jest także jest ciągłe przypominanie, odświeżanie, gdyż długo niewykorzystane informacje lubią uciekać z pamięci, a w tym przypadku każda informacja jest na wagę złota.

Celem pracy jest sprawdzenie stanu wiedzy młodzieży gimnazjalnej w zakresie zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w wybranych szkołach w gminie Kalwaria Zebrzydowska.

Niniejsza praca składa się ze wstępu, trzech rozdziałów i zakończenia.

W pierwszym z nich przedstawiono podstawowe pojęcia związane z zagadnieniem pierwszej pomocy oraz scharakteryzowano sposoby postępowania w wybranych przypadkach zagrożenia życia i zdrowia ludzkiego.

Rozdział drugi dotyczy edukacji dzieci i młodzieży w zakresie pierwszej pomocy. W pierwszej kolejności odniesiono się do ustawy o ratownictwie medycznym, jako podstawy wszelkich działań w tym obszarze. Następnie przeanalizowano, co jest celem kształcenia uczniów w zakresie I pomocy oraz, jakimi metodami

się to osiąga. W końcu, próbowano uchwycić, jaka jest rola szkoły, a przede wszystkim nauczycieli w procesie kształcenia dzieci w zakresie I pomocy.

Z kolei w ostatnim, trzecim rozdziale ujęto podstawy metodologiczne badań własnych, czyli w tym przypadku ankiety przeprowadzonej na grupie gimnazjalistów. Podstawę badań stanowiło określenie celu i przedmiotu badań oraz postawienie pytań-problemów badawczych, do których rozwiązania dążono następnie w pracy. Postawiono także hipotezy badawcze. Nakreślono jaką metodą i techniką posłużono się przy zbieraniu materiału badawczego oraz kiedy, gdzie i w jaki sposób tego dokonano. Placówki do badań zostały wybrane spośród wielu innych ze względu na bliskość od miejsca zamieszkania badacza i jego osobiste zaangażowanie w rozpoznanie warunków edukacji osób znanych badaczowi. Ostatnia część rozdziału trzeciego odpowiada celowi badań, czyli ocenie stanu wiedzy młodzieży gimnazjalnej w zakresie zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w wybranych szkołach w gminie Kalwaria Zebrzydowska. W ramach tej części pracy dokonano charakterystyki respondentów, analizy procesu edukacji w zakresie pierwszej pomocy prowadzonego w wybranych szkołach oraz oceny wiedzy gimnazjalistów odnośnie podstaw pierwszej pomocy przedmedycznej.

Wszelkie informacje i niezbędne dane zaczerpnięte zostały z możliwie jak najbardziej aktualnych źródeł. Badania starano się przeprowadzić na dość reprezentatywnej liczbie osób. Odpowiedź na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety nie sprawiły respondentom kłopotu. Ich analiza pozwoliła osiągnąć zakładany cel badawczy.

1. Rozdział I – Istota I pomocy – charakterystyka postępowania w wybranych przypadkach

1.1. Pojęcie I pomocy, charakterystyka postępowania w wybranych przypadkach

Udzielenie pomocy w razie potrzeby jest obowiązkiem każdego człowieka. Powinni się go podejmować wszyscy ludzie, a już szczególnie osoby z wykształceniem medycznym. W sytuacji ratowania życia innego człowieka, lekarze mają obowiązek nie tylko udzielenia pomocy, ale i kierowania innymi osobami uczestniczącymi w akcji reanimacyjnej¹.

Podstawowym działaniem w przypadku każdej akcji ratunkowej jest umiejętność wykonania BLS (*Basic Life Support*)– podstawowych zabiegów resuscytacyjnych– to bezprzypadkowe utrzymanie drożności dróg oddechowych oraz podtrzymanie oddychania i krążenia. Ich opanowanie pozwala na

znaczne zwiększenie potencjału świadków wypadku w kontekście udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej².

Nie każda sytuacja zagrożenia życia drugiego człowieka wymaga jednak konieczności podtrzymania oddychania czy krążenia. Zgodnie z brzmieniem ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym „Pierwsza pomoc to zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 oraz z 2011 r. Nr 102, poz. 586 i Nr 113, poz. 657), oraz produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”³.

Za nieudzielenie takowej pomocy w przypadku, gdy nie jest konieczne narażanie życia i zdrowia własnego ratującego, grozi odpowiedzialność karna-pozbawienie wolności do lat 3. Jednak w przypadku, gdy udzielenie pomocy miało się wiązać z utratą życia lub zdrowia ratującego, nie ponosi on odpowiedzialności karnej za nieudzielenie pomocy⁴. Zatem każdy świadek bądź uczestnik zdarzenia, o ile nie ryzykuje życiem i zdrowiem własnym, powinien podjąć się ratowania życia poszkodowanych, zanim przybędą na miejsce służby ratunkowe.

W prawodawstwie polskim przyjmuje się również, że w przypadku realnego zagrożenia życia pomoc przedszpitalna musi dotrzeć do poszkodowanego, „zgodnie ze standardami europejskimi, w ciągu 8 minut w terenie miejskim, a 15 minut w terenie wiejskim”⁵. Pomoc świadków zdarzenia jest zatem konieczna, gdyż dla życia i stanu zdrowia poszkodowanego liczy się każda sekunda⁶. Występują bowiem choroby, urazy bądź nagłe zmiany stanu zdrowia, jak nagłe zatrzymanie krążenia, w którym

² R. W. Koster, M. A. Baubin, L. L. Bossaert, A. Caballero, P. Cassan, M. Castren, C. Granja, A. Hendley, K. G. Monsieurs, G. D. Perkins, V. Raffay, C. Sandroni, *Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych oraz zastosowanie automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED). Wytyczne Resuscytacji 2010*, Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2010, s. 74–90.

³ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz. U. 2006 nr 191 poz. 1410.

⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.

⁵ L. Brongel, *Złota Godzina. Czas życia, czas śmierci*, [w:] „Złota godzina”- okres przedszpitalny, L. Brongel (red.), Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007, s. 46-47.

⁶ A. Jurczak, Z. Kopański, R. Gajdosz, *Wiedza z zakresu pierwszej pomocy młodzieży ponadgimnazjalnej*, Journal of Clinical Healthcare, 2015, nr 2, s. 29.

¹ *Wytyczne resuscytacji krążeniowo-oddechowej*, J. Andres (red.), Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2005.

decydujące o życiu i stopniu zmian w organizmie ludzkim są już 4 pierwsze minuty po zdarzeniu⁷.

1.2. Wybrane przypadki wymagające udzielenia pierwszej pomocy

1.2.1. Nagłe zatrzymanie krążenia

Nagłe zatrzymanie krążenia (NZK) jest niezmiernie niebezpiecznym i wymagającym natychmiastowej pomocy zdarzeniem, gdyż z tego powodu dochodzi do około 60% zgonów⁸. Jest to stan chorego (pacjenta), w którym jego serce przestaje pracować. Jego przyczyną jest migotanie komór. Migotanie komór polega na szybkich i niemiaryowych skurczach poszczególnych grup włókien mięśnia komór serca, przez co skurcze komór stają się nieskuteczne. Serce nie spełnia wówczas funkcji polegającej na pompowaniu krwi i dostarczaniu tlenu i innych składników odżywczych organizmowi. Na brak tlenu najszybciej reaguje mózg. Gdy brak mu tlenu, krążenie nagle ustaje, poszkodowany traci przytomność i przestaje oddychać. W przypadku nieotrzymania szybkiej pierwszej pomocy, poszkodowany umiera. Do migotania komór może dojść m. in. w przypadku porażenia prądem elektrycznym czy piorunem, a także po przedawkowaniu wybranych leków nasercowych⁹.

Podstawowym działaniem ratującym życie pacjentów, u których doszło do zatrzymania krążenia, jest resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Organem nadzorującym wytyczne tych działań jest Polska Rada Resuscytacji (PRR). Po raz pierwszy takie wytyczne opracowano w roku 1998 i od tamtej pory aktualizuje się je co 4 lata. Wytyczne te służą ciągłej poprawie efektywności podejmowanych działań ratunkowych. PRR stara się przedstawiać w możliwie jak najprostszymi i jak najbardziej zrozumiałymi algorytmami. Dzięki temu, nawet osoby bez wykształcenia medycznego i zmuszone do wykonania resuscytacji krążeniowo-oddechowej, po wcześniejszym zapoznaniu z prostymi instrukcjami są w stanie je łatwiej zapamiętać i prawidłowo wykonać¹⁰.

Resuscytację krążeniowo-oddechową należy rozpocząć niezwłocznie po tym, jak stwierdzi się, że osoba jest nieprzytomna i nieoddychająca. Wykonuje się wówczas masaż serca i sztuczne oddychanie, w stosunku 30 uciśnięć i 2 wentylacji. Czynności te wykonuje się ciągle przez 2 minuty¹¹.

Za nagłe zatrzymanie krążenia odpowiada najczęściej:

1. Podejrzenie choroby serca- 82,4%,
2. Etiologia niezwiązana z chorobami serca (czynniki zewnętrzne)- 9,0%,
3. Etiologia niezwiązana z chorobami serca (czynniki wewnętrzne)- 8,6%,
4. Choroby płuc- 4,3%,
5. Urazy- 3,1%.

Wedle innych danych, NZK stwierdza się w Europie u 350 000 do 700 000 osób rocznie, w tym za 25-30% przypadków odpowiada migotanie komór¹².

Objawami mogącymi świadczyć o NZK są: nagła utrata przytomności, nagłe osunięcie się na ziemię, brak wyczuwalnego tętna, wiotkość mięśni szkieletowych, brak oddechu, skóra w kolorze bladym, brak reakcji źrenic na światło, zachowana ciepłota ciała¹³.

Za powodzenie w prowadzonej akcji ratunkowej decyduje w największym stopniu kolejność wykonywanych czynności reanimacyjnych. Nazywa się je „łańcuchem przeżycia”, a obejmuje on:

1. Wczesne i trafne rozpoznanie stanu chorego,
2. Natychmiastowe wezwanie służb ratowniczych,
3. Rozpoczęcie wczesnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
4. Wczesną defibrylację,
5. Szybkie zastosowanie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych.

Wykonanie powyżej opisanych czynności poprawnie i w odpowiedniej kolejności, ma na celu jak najszybsze przywrócenie choremu prawidłowych funkcji życiowych, czyli m. in. funkcji układu krążenia i układu oddechowego oraz zapobiegnięcie niedotlenieniu, i zaburzeniom ośrodkowego układu nerwowego (OUN)¹⁴.

Nagłe zatrzymanie krążenia nie da się przewidzieć i może ono spotkać każdego człowieka, niezależnie od miejsca i czasu. Choć zdarza się ono nawet dzieciom, prawdopodobieństwo jego wystąpienia

⁷ A. Zawadzki, *Medycyna ratunkowa i katastrof*, [w:] *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa*, R. Gajdosz (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 7-8.

⁸ J. Węgielnik, A. Basiński, *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Postępowanie w zadławieniu*, Forum Medycyny Rodzinnej, 2008, t. 2, nr 3, s. 188.

⁹ R. Jastrzębska, A. Kaczor, *Nagłe stany zagrożenia życia. ABC pierwszej pomocy*, Wydawnictwo Szkoły Policji w Słupsku, Słupsk 2007, s. 70.

¹⁰ R. Skowroński, *Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dorosłych*, [w:] M. Wujewicz, B. Kwiecińska (red.), *Pierwsza pomoc i reanimacja krążeniowo-oddechowa*, Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2005.

¹¹ J. Węgielnik, A. Basiński, *Resuscytacja...*, dz. cyt., s. 189.

¹² A. Surowiec, Ł. Wołowicz, K. Kałużny, A. Plaskiewicz, B. Kochański, P. Porzych, A. Krakowska, W. Zukow, W. Hagner, *Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne u pacjenta po nagłym zatrzymaniu krążenia w mechanizmie migotania komór- opis przypadku*, Journal of Health Sciences, 2013, nr 3(14), s. 409.

¹³ R. Jastrzębska, A. Kaczor, *Nagłe...*, s. 73.

¹⁴ R. Skowroński, *Podstawowe...*, dz. cyt.

rośnie z wiekiem i w zestawieniu z występującymi chorobami serca¹⁵.

Co ważne, czynności resuscytacyjne zwiększają szanse na przeżycie, ale nie powodują przywrócenia krążenia. Jest ono możliwe tylko dzięki wykonaniu defibrylacji. Do niedawna oceniano ją, jako zaawansowane narzędzie reanimacyjne. Dzięki nowoczesnym technologiom, powstały defibrylatory o znacznie prostszej i zautomatyzowanej obsłudze- zautomatyzowane defibrylatory zewnętrzne- AED (z ang. *Automated External Defibrillator*). Urządzenia te samodzielnie analizują zapis EKG serca poszkodowanego, oceniają potrzebę wykonania defibrylacji i uruchamiają wyładowanie elektryczne. Urządzenia te umożliwiają ratowanie życia ratownikom niezawodowym, czyli osobom, które przeszły jedynie szkolenie z jego prostej obsługi. Co ważne, defibrylacja nie może być zastosowana u dzieci poniżej 8 roku życia i ważących mniej niż 25 kg¹⁶.

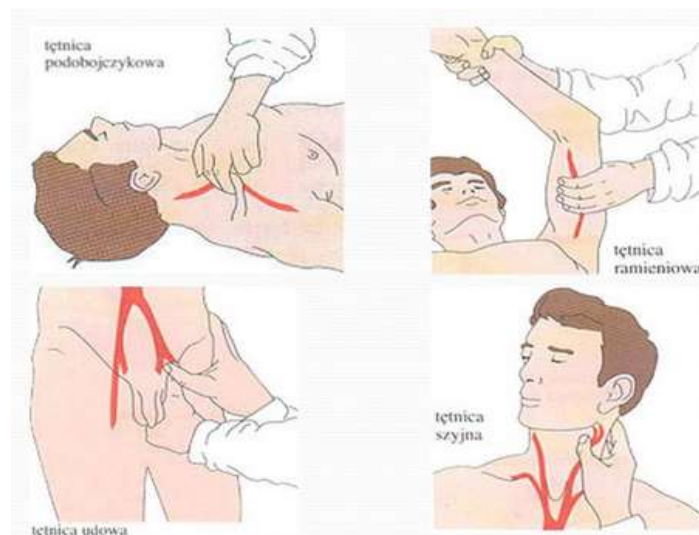
1.2.2. Krwotoki

Krwotokiem nazywa się gwałtowny wypływ krwi, w pełnym jej składzie, poza naczynia krwionośne. Krwawienie może być spowodowane uszkodzeniem żyły lub tętnicy, także obu naczyń jednocześnie. Krwawienie z tętnicy jest znacznie bardziej niebezpieczne dla życia poszkodowanego, bowiem ma ono większe ciśnienie, w związku z tym ubytki krwi są większe w krótkim czasie¹⁷.

Wyróżnia się wiele rodzajów krwotoków. Podstawowy podział obejmuje krwotoki zewnętrzne i wewnętrzne.

W przypadku krwotoku zewnętrznego, pierwsza natychmiastowa pomoc powinna obejmować ucisk bezpośredni rany. Choć może on nasilać ból odczuwany przez poszkodowanego, zazwyczaj wystarcza do zatamowania krwawienia. Wykonuje się go poprzez przyłożenie czystego kompresu (lub innego materiału, np. podkoszulka, chusteczki itd..) do rany, w taki sposób, by cała rana została przykryta. Następnie uciska się opatrunek, a gdy on przemoknie, w żadnym wypadku nie usuwa się go, a nakłada następną warstwę. Warto także unieść obficie krwawiącą kończynę powyżej serca. Gdy krwawienie nieco ustąpi, należy umocować opatrunek bandażem lub innym posiadanym materiałem, np. szalikiem, unieruchamiając go. Węzeł bandaża powinien znajdować się dokładnie nad opatrunkiem, lecz nie powinien uciskać rany zbyt mocno, by nie doprowadzić do niedokrwienia kończyny¹⁸.

Ważna jest także znajomość położenia punktów uciskowych na tętnice, którą stosuje się, gdy nie udaje się powstrzymać krwawienia poprzez bezpośredni ucisk na ranę. Dociśnięcie tętnicy zaopatrującej w krew okolice rany spowoduje odcięcie dopływu krwi. Pomimo ucisku na tętnice, nie rezygnuje się z ucisku miejsca rany i uniesienia kończyny powyżej serca. Rozmieszczenie punktów uciskowych na ciele człowieka zaprezentowano na Rysunku 1.



Rysunek 1. Krwotok tętniczy- miejsca ucisku tętnic

Źródło: Krwotok tętniczy- miejsca ucisku tętnic,
https://akwen.am.gdynia.pl/esmp/bihp_1_rok_6/krwotok_tniczny_miejsca_ucisku_ttnic.html
[data odczytu 22 lutego 2016].

Ostatnią możliwością tamowania krwotoków w przypadku, gdy wcześniej opisane metody nie przyniosły rezultatu, jest użycie opaski uciskowej. Powinno się stosować ją tylko w przypadku realnego zagrożenia życia poszkodowanego. W przypadku ранego z całkowitą lub częściową amputacją kończyny ryzyko jej utraty jej problemem drugorzędym w stosunku do uratowania życia. Zastosowanie opaski uciskowej ma wówczas uzasadnienie. Długość opaski uciskowej powinna wystarczyć na dwukrotne owinięcie kończyny. Powinna być ona zawiązana tuż powyżej krwawiącej rany, na dwa węzły, co zapobiegnie jej rozluźnieniu¹⁹. Oprócz zaopatrzenia ранego w taką pomoc, należy zadbać o to, by w oczekiwaniu na fachową pomoc było mu możliwie jak najwygodniej, ciepło, a także by miał co pić, jeśli jest w stanie przyjmować płyny. Koniecznością jest także stałe monitorowanie stanu chorego, ponieważ może on ulec nagłemu pogorszeniu.

Krwotoki wewnętrzne są zazwyczaj znacznie trudniejsze do rozpoznania. Najczęściej występują u osób, które ucierpiały w wypadkach komunikacyjnych, spadły z dużej wysokości lub też zostały bardzo silnie

¹⁵ R. Jastrzębska, A. Kaczor, *Nagle...*, dz. cyt., s. 70.

¹⁶ Tamże, s. 71.

¹⁷ S. M. Zydło Jr, J. A. Hill, *Podręcznik pierwszej pomocy. Choroby i nagłe wypadki*, przekł. A. Madej, Amber, Warszawa 1997, s. 128.

¹⁸ S. M. Zydło Jr, J. A. Hill, *Podręcznik...*, dz. cyt., s. 130.

¹⁹ S. M. Zydło Jr, J. A. Hill, *Podręcznik...*, dz. cyt., s. 132.

uderzone. Objawami krwotoku wewnętrznego mogą być²⁰:

- wymioty z domieszką krwi lub o treści przypominającej fusy z kawy,
- odkształcanie pienistej wydzieliny, podbarwionej krwią,
- krew w kale lub smolisty, czarny stolec,
- zimna, wilgotna skóra,
- zawroty głowy,
- bladość,
- słabo wyczuwalny, przyspieszony puls,
- wzdęty brzuch,
- niepokój, lęk,
- pragnienie,
- zaburzenia świadomości.

W przypadkach krwotoków wewnętrznych może być konieczne przeprowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Niezbędne jest, oczywiście, wezwanie pomocy lekarskiej. Nie zaleca się podawania poszkodowanemu żadnych płynów.

1.2.3. Oparzenia i odmrożenia

Oparzenie jest uszkodzeniem powłok ciała, rzutującym jednak na stan całego organizmu. Wielkość uszkodzeń wywołanych oparzeniem jest zależna przede wszystkim od następujących czynników²¹:

- rodzaju źródła ciepła,
- temperatury i czasu ekspozycji na energię cieplną.

Do rodzajów źródła ciepła zalicza się przede wszystkim: gorące przedmioty czy płyny, parę, płomienie ognia, promieniowanie czy związki chemiczne.

Głównym celem udzielania pierwszej pomocy osobie poparzonej jest złagodzenie jej bólu, zapobiegnięcie zakażeniu rany oraz zapobiegnięciu wystąpieniu wstrząsu lub jego leczenie. Konieczne jest także zlikwidowanie czynnika powodującego oparzenie, a następnie ochłodzenie rany. Od tego zależny jest stopień uszkodzenia skóry i tkanek podskórnych²².

Oparzenia dzieli się na 3 stopnie: I stopień jest najmniej niebezpieczny dla człowieka, natomiast III-najgroźniejszy. Do poparzenia I stopnia dochodzi zazwyczaj na słońcu, w kontakcie z gorącą wodą, rozgrzanym przedmiotem lub parą. Objawia się ono zaczerwienieniem, niewielkim obrzękiem i bólem, nie występują natomiast bąble podskórne. W przypadku poparzenia I stopnia należy niezwłocznie schłodzić oparzone miejsce, za pomocą strumienia zimnej wody lub chłodnego kompresu, a następnie okryć je czystą

gazą sterylną lub innym (byłe nie włóchatym) materiałem. Nie zaleca się stosowania żadnych leków bez porozumienia z lekarzem²³.

W przypadku poparzenia II stopnia, dochodzi do uszkodzenia warstwy podskórnej. Jest ono spowodowane, podobnie jak w poprzednim przypadku, działaniem słońca i gorących płynów, a także otwartym płomieniem ognia. Oprócz zaczerwienienia, objawia się ono plamowatymi śladami w miejscu poparzenia, bąblami, kilkudniowym obrzękiem, sączeniem się płynu z rany oraz silnym bólem. Pierwszą pomocą w przypadku oparzenia II stopnia powinno być schłodzenie i wysuszenie rany, okrycie go sterylnym opatrunkiem, uniesienie oparzonego miejsca (np. ręki czy nogi) oraz niezwłoczne wezwanie pogotowia ratunkowego. Pod żadnym pozorem nie wolno przekłuwać bąbli i nie zaleca się stosowania przypadkowych, posiadanych w domu leków. Za wymagające szybkiej pomocy lekarskiej, uznaje się poparzenia przekraczające 15% powierzchni ciała u dorosłego i 10% u dziecka. Za 1% powierzchni odpowiada natomiast powierzchnia dłoni dorosłego człowieka²⁴.

Przy poparzeniu III stopnia dochodzi do uszkodzenia wszystkich warstw skóry. Dochodzi do nich w długotrwałej styczności z działaniem gorących substancji oraz poprzez porażenie prądem elektrycznym. Oparzone tego typu jest najczęściej rozległe, a jego miejsce ma kolor biały lub nawet zwęglony. Poszkodowany może nie odczuwać zbyt wielkiego bólu z tego powodu, gdyż uszkodzeniu mogą ulec, oprócz warstw skórnych także zakończenia nerwowe. W żadnym wypadku nie wolno zdejmować z osoby poparzonej ubrania, które przywarło do rany. Nie zaleca się okładania rany lodem ani polewania lodowatą wodą, gdyż działanie to może spotęgować objawy wstrząsu. Jeśli poszkodowany znajduje się w płomieniach ognia, należy próbować go stamtąd zabrać i ugasić jego płonąca odzież. Rozległe poparzenie, szczególnie okolic ust i nosa, może wywołać problemy z oddychaniem. Należy zatem sprawdzić, czy poszkodowany oddycha, a jeśli nie-rozpocząć wykonywanie sztucznego oddychania. Można próbować ochładzać miejsca oparzeń na twarzy, dłoniach i stopach chłodnym, ale nie zimnym kawałkiem tkaniny. Następnie warto położyć na poparzone miejsca gładką, czystą tkaninę. Konieczne należy wezwać lekarza; nawet do lekkiego poparzenia III stopnia²⁵.

Odmrożeniu, poprzez znaczne oziębienie ciała, może ulec całe ciało lub jego część. Najbardziej narażonymi na odmrożenie częściami ciała są palce u rąk i nóg oraz uszy i nos. W trakcie odmrożenia partii

²⁰ Tamże, s. 134-135.

²¹ M. Chomonic, *Pierwsza pomoc*, Wydawnictwo Naukowe PWSZ w Nowym Sączu, Nowy Sącz 2012, s. 40.

²² S. M. Zydło Jr, J. A. Hill, *Podręcznik...*, dz. cyt., s. 146.

²³ Tamże, s. 147.

²⁴ S. M. Zydło Jr, J. A. Hill, *Podręcznik...*, dz. cyt., s. 148.

²⁵ Tamże, s. 149-150.

ciała dochodzi do tworzenia się kryształków lodu z płynów, które wypełniają komórki i tkanki²⁶.

Innym urazem termicznym, spowodowanym zimnem, a nie, jak dotychczas, gorącem, jest odmrożenie. Objawy odmrożenia pojawiają się stopniowo. Początkowo, zmarznęte miejsce staje się czerwone i obolałe. Następnie skóra staje się biała lub woskowato żółta, drętwieje i wychładza się. Po pewnym czasie na odmrożonej części ciała nie czuć już bólu, a nierzadko pojawia się w tym miejscu pęcherze²⁷.

Pierwszą pomocą w przypadku odmrożenia jest nakrycie poszkodowanej osoby dodatkową sztuką odzieży lub innego okrycia. Nie wskazane jest pocieranie tą częścią ciała o jakikolwiek inny materiał czy przedmiot. Odmrożone miejsce powinno się możliwie jak najszybciej znaleźć w ciepłej (36°C), ale nie gorącej wodzie. Niewskazane jest ogrzewanie się przy piecu czy kaloryferze, gdyż miejsca pozbawione czucia mogą wówczas ulec poparzeniu. Absolutnie nie należy również przekłuwać powstałych pęcherzy (jeśli takie się pojawiły). Gdy powróci czucie, a skóra odzyska swój pierwotny kolor, można przerwać ogrzewanie poszkodowanego. W międzyczasie, do chorego należy wezwać lekarza. Dalsza opieka może obejmować podanie poszkodowanemu ciepłego napoju, tj. herbaty, kawy czy zupy; nie alkoholu. Wykonując inne czynności przy chorym, warto zalecić mu uniesienie odmrożonych kończyn²⁸.

1.2.4. Zadławienia i zatrucia

Zadławienia dotyczą w równym stopniu zarówno osób dorosłych, jak i dzieci. U dorosłych powodem jest najczęściej jedzenie, u dzieci także drobne zabawki, cukierki czy monety. Choć stosunkowo niewiele zadławień kończy się tragicznie, niezmiennie ważna w tych przypadkach jest pierwsza pomoc, a jeszcze wcześniej, właściwe rozpoznanie problemu. Zadławienie może bowiem przypominać zawał, drgawki, omdlenie i inne schorzenia²⁹.

Rozróżnia się zadławienia lekkie i ciężkie. Rodzaj zadławienia jest zależny od stopnia drożności dróg oddechowych i stanu przytomności poszkodowanego. Gdy osoba poszkodowana jest przytomna i reaguje, mówimy o zadławieniu lekkim. Pierwszym wskazaniem w takim wypadku jest zalecenie jej wymuszenia kaszlu³⁰.

Gdy występują objawy niedrożności dróg oddechowych, ale poszkodowany jest przytomny, zaleca się wykonanie naprzemiennie 5 uderzeń w okolicę międzyłopatkową (poszkodowany powinien

się przy tym lekko pochylić), a następnie 5 uciśnieć nadbrzusza. Dzięki tym działaniom powinno powstać w drogach oddechowych na tyle duże ciśnienie, które pozwoliłoby wyrzucić ciało obce. Po każdej z tych czynności należy sprawdzić efekty działań ratunkowych. Zaprześcić tych czynności można dopiero wówczas, gdy zauważymy, że ciało obce zostało usunięte. Gdy niedrożność dróg oddechowych jest na tyle poważna, że poszkodowany stracił przytomność, niezwłocznie należy wezwać pomoc i podjąć czynności resuscytacyjne³¹. Pomoc zadławionemu dziecku (do 1 roku życia) jest inna niż w przypadku dorosłego tylko pod względem zastosowania 5 uciśnieć mostka (dwoma palcami), zamiast uciśnieć nadbrzusza³².

Zatrucie jest natomiast zbiorem różnych objawów, ze strony różnych układów, spowodowanych dostaniem się (wniknięciem) do organizmu trującej toksyny czy substancji chemicznych. Do substancji tych zaliczyć można również leki. Rozpoznanie zatrucia jest w większości przypadków dość trudne, gdyż jego objawy są nieswoiste. Objawami zatrucia z poszczególnych układów mogą być:

- z układu pokarmowego: wymioty, nudności, ból brzucha, biegunka,
- z układu oddechowego: spłycenie oddechu, trudności podczas oddychania,
- ze skóry lub błon śluzowych: zaczerwienienie, pęcherze, oparzenie,
- z układu nerwowego: zbyt zwężone lub zbyt poszerzone źrenice, zaburzenia lub utrata świadomości, drgawki, ból głowy.

Przed dokonaniem wyboru metody pierwszej pomocy ratujący musi wiedzieć, jakim rodzajem trucizny zatrut się poszkodowany, jaka była jego dawka (w przybliżeniu) oraz jak dawno doszło do zatrucia. Pomocne może okazać się podanie choremu wody lub mleka, by trucizna uległa rozcieńczeniu. W wybranych przypadkach lekarz pogotowia, przy jego telefonicznym wzywaniu, może zalecić sprowokowanie wymiotów u poszkodowanego. W ten sposób trucizna może zostać wydalona z organizmu, zanim wniknie do krwi. Należy podawać płynów i wywoływać wymiotów u chorego nieprzytomnego oraz takiego, który zatrut się kwasami (np. środki do sanitariatów, płyn do naczyń) lub produktami naftowymi. Ich zwymiotowanie mogłoby spowodować chemiczne oparzenia przełyku lub chemiczne zapalenie płuc. Głowę chorego wymiotującego należy skierować ku dołowi, tak aby nie zachłysnął się treścią

²⁶ Tamże, s. 112.

²⁷ Tamże, s. 112.

²⁸ S. M. Zydło Jr, J. A. Hill, *Podręcznik...*, dz. cyt., s. 113.

²⁹ J. Węgielnik, A. Basiński, *Resuscytacja...*, dz. cyt., s. 194.

³⁰ Tamże, s. 194.

³¹ Tamże, s. 194-195.

³² J. Andres, *Wytyczne...*, dz. cyt.

żołądkową; treść natomiast powinno się zachować do badania laboratoryjnego³³.

Szczególnie groźne są zatrucia gazami, dymem lub oparami chemicznymi. W związku z tym, że istnieje duże ryzyko utraty zdrowia i życia ratującego, w miarę możliwości, należy poszukać do pomocy innej osoby, a przed wejściem do skażonego pomieszczenia należy wziąć 3 głębokie wdechy powietrza, a następnie nabrać go i zatrzymać w płucach. Przed rozpoczęciem czynności ratunkowych należy przenieść poszkodowanego w bezpieczne miejsce. Jeśli chory nie oddycha lub nie jest wyczuwalne tętno, należy natychmiast rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową³⁴.

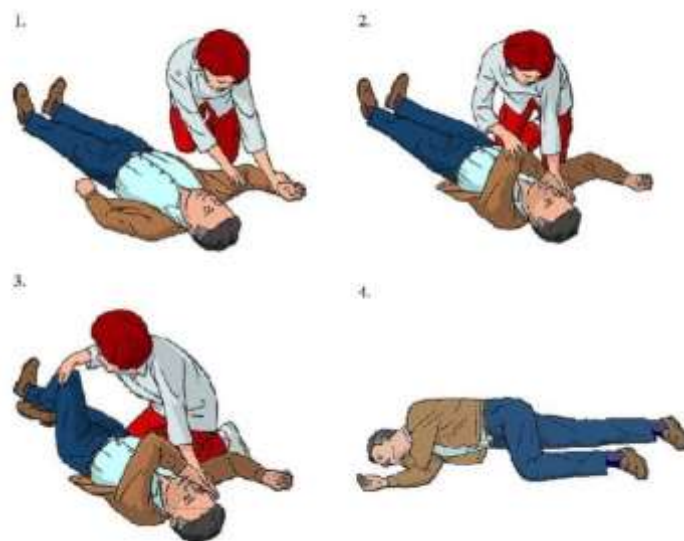
Nie mniej poważne są zatrucia pokarmowe, w tym szczególnie zatrucia jadem kiełbasianym lub grzybami. Zatrucie jadem kiełbasianym daje objawy dopiero po 12-36 godzinach od spożycia zatrutego pokarmu. Świadczyć o nim mogą: zawroty lub ból głowy, trudności z przełykaniem, oddychaniem lub mówieniem, podwójne widzenie oraz osłabienie mięśni. Natychmiastową pomocą powinno być wezwanie pogotowia lub samodzielne przetransportowanie chorego do szpitala³⁵. Im szybciej chory dotrze do szpitala, tym lepiej, gdyż zatrucie jadem kiełbasianym jest bardzo niebezpieczne i może nawet doprowadzić do śmierci zatrutego.

Najcięższe zatrucie grzybem wywołuje muchomor sromotnikowy. Do podstawowych objawów zatrucia nim należą: ból brzucha, biegunka i wymioty (z domieszką krwi), pocenie, ślinotok, trudności z oddychaniem, zawroty głowy, łzawienie. Objawy te pojawiają się najczęściej po kilku lub kilkunastu godzinach od spożycia grzyba, w zależności od jego gatunku. Pierwszą pomocą dla zatrutej grzybami osoby powinno być wezwanie pogotowia i zastosowanie się do instrukcji postępowania podanej przez telefon. Gdy chory nie wymiotuje, należy wywołać wymioty. Jak już wspomniano, należy pochylić głowę chorego, by zapobiec zachłyśnięciu³⁶.

1.2.5. Pozycja boczna ustalona

Nie ma jednej idealnej pozycji dla wszystkich poszkodowanych, jednak pozycja boczna ma najwięcej zalet i nadaje się do zastosowania w większości przypadków medycznych. Zaleca się jej zastosowanie przede wszystkim wobec osób nieprzytomnych, ale oddychających i bez urazów, czyli takich, które nie wymagają reanimacji. Pozwala ona utrzymać drożność dróg oddechowych, zapobiega zapadaniu się języka ku

tyłowi gardła oraz dostaniu się do układu oddechowego krwi, wymiocin czy ciał obcych. Przeciwwskazaniami do zastosowania pozycji bezpiecznej- bocznej ustalonej są wszelkie urazy kręgosłupa, kości czaszki, klatki piersiowej i brzucha oraz złamania kończyn oraz miednicy³⁷. Sposób, w który najłatwiej ułożyć poszkodowanego w pozycji bezpiecznej przedstawiono na Rysunku 2, poniżej.



Rysunek 2. Pozycja boczna ustalona

Źródło: Pozycja boczna,

http://chocianow.osp.org.pl/?page_id=2272

[data odczytu 25 lutego 2016]

Warto zapamiętać!

Gdy akcja ratunkowa zostanie podjęta przez przypadkowych świadków zdarzenia i przeprowadzona prawidłowo, a następnie w miarę szybko będzie kontynuowana przez fachowe służby medyczne, przynajmniej 30% zgonów uda się uniknąć³⁸. Osoba ratująca musi jednak mieć świadomość zagrożenia własnego zdrowia i życia. Przedstawione w powyższym rozdziale zasady udzielania pierwszej pomocy mają na celu ograniczenie ilości dodatkowych ofiar w postaci nieostrożnych ratowników, którzy zapominają o środkach ostrożności, czyli o swoim bezpieczeństwie. Najprostszymi środkami ochrony własnej są przede wszystkim lateksowe rękawiczki i maski na twarz.

W rozdziale pierwszym dokonano przedstawienia podstawowych umocowań prawnych związanych z udzielaniem pierwszej pomocy przez świadków zdarzenia, nie medyków. Wskazano także na sposoby radzenia sobie w najbardziej niebezpiecznych i najczęściej przydarzających się poszkodowanym przypadkach, czyli m. in. przy nagłym zatrzymaniu krążenia, krwotokach, zatruciach czy poparzeniach.

³³ S. M. Zydło Jr, J. A. Hill, *Podręcznik...*, dz. cyt., s. 272-273.

³⁴ Tamże, s. 277-278.

³⁵ S. M. Zydło Jr, J. A. Hill, *Podręcznik...*, dz. cyt., s. 280.

³⁶ Tamże, s. 281-282.

³⁷ G. Bartuszek, *Pozycja bezpieczna*, <http://www.policja.pl/pol/profilaktyka/pierwsza-pomoc/10314,Pozycja-bezpieczna.html> [data odczytu 25 lutego 2016]

³⁸ *Medycyna Intensywna i Ratunkowa*, t. VI, 2003, nr 3.

Rozróżniono sposoby postępowania na te, które można zastosować u dorosłych i te dla dzieci. Dokładne opisy postępowania wzbogacono o ilustracje, pokazujące przykłady postępowania w wybranych sytuacjach.

2. Rozdział II – Istota edukacji dzieci i młodzieży w zakresie pierwszej pomocy

2.1. Kwestia pierwszej pomocy w Ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym

Ustawa o ratownictwie medycznym określa zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu oraz zasady zapewnienia edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Rozróżnia się w niej rodzaje pierwszej pomocy, jak³⁹:

- kwalifikowana pierwsza pomoc, czyli czynności podejmowane w sytuacji zagrożenia życia przez ratownika medycznego,
- pierwsza pomoc- czynności podejmowane w celu ratowania życia osoby, znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia przez jakąkolwiek osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, z wykorzystaniem lub bez wykorzystania wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych.

W Artykule 4 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym ustalono, że każdy, kto widzi osobę znajdującą się w stanie nagłego zagrożenia życia, ma obowiązek, w miarę posiadanych możliwości, podjęcia działań zmierzających do powiadomienia o tym fakcie osób powołanych do niesienia pomocy osobom, których życie jest zagrożone. Każdemu, kto udziela pierwszej pomocy (zarówno ratownika, jak i przypadkowych świadków zdarzenia) przysługuje ochrona przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych, w ustawie z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny. Nie popełnia jednak przestępstwa ten, kto, jak mówi § 2 tego artykułu, nie udziela pomocy, do której niezbędne byłoby poddanie się zabiegowi lekarskiemu czy, do którego wymaga się specjalnych warunków lub niezwłocznej pomocy ze strony instytucji/osoby do tego powołanej⁴⁰. Art. 6 URM traktuje zaś o tym, że osobom, które w wyniku wykonywania czynności ratujących życie poniosły szkodę na mieniu przysługuje możliwość roszczenia o naprawę tej szkody do Skarbu Państwa, którego w tym przypadku reprezentuje odpowiedni wojewoda.

Do edukacji w zakresie pierwszej pomocy odnosi się natomiast art. 8 tejże ustawy, odnosząc się do art. 22 pkt 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie

oświaty⁴¹. Według art. 8 URM zajęcia z zakresu zasad udzielania pierwszej pomocy odbywać się powinny z udziałem lekarzy systemu, pielęgniarek systemu lub ratowników medycznych, za odpowiednim wynagrodzeniem. Mogą je prowadzić także nauczyciele, posiadający do tego właściwe przygotowanie.

2.2. Cele kształcenia dzieci i młodzieży w zakresie pierwszej pomocy

Umiejętność udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej powinna być jedną z najbardziej podstawowych umiejętności każdego człowieka. Choć to pracownicy służby zdrowia, w tym ratownicy medyczni, spotykają się z koniecznością wykorzystania tej umiejętności niemal każdego dnia, każdy dorosły i każdy uczeń czy student powinien tę umiejętność posiadać, bo nigdy nie wie, kiedy będzie zmuszony z niej skorzystać. Zajęcia z pierwszej pomocy i ciągłe uzupełnianie czy odświeżanie tej wiedzy to ważny element rozwoju społeczeństwa obywatelskiego. Znajomość podstawowych zasad pierwszej pomocy zwiększa szanse na właściwą reakcję w sytuacji zagrożenia życia drugiego człowieka, a jak wiadomo, niewłaściwa reakcja lub brak jakiegokolwiek reakcji może kosztować najwyższą cenę.

Z danych epidemiologicznych wynika, że szkoła jest częstym miejscem różnych wypadków i ich liczba stale rośnie. Co roku w polskich szkołach dochodzi do 43 wypadków śmiertelnych i 340 ciężkich. W latach 2008-2011 wypadkom na lekcjach wychowania fizycznego uległo ok. 120 tys. dzieci. Około 1/3 urazów powstałych w szkole stanowią złamania, 28% zwichnięcia lub skręcenia, co szóste zdarzenie to stłuczenie lub zmiążdżenie. 1,5% wypadków jest wynikiem pobicia. Wzrasta również liczba drobnych urazów. Dochodzi do nich głównie na boiskach szkolnych lub salach gimnastycznych (60%), a także na korytarzach szkolnych. Ofiarami wypadków w polskich szkołach są najczęściej uczniowie klas I-III szkoły podstawowej oraz gimnazjów (82%). Zanedbania, przez które dochodzi do wypadków w szkołach spowodowane są głównie brakiem pieniędzy na zlikwidowanie uchybień i lekceważeniem przepisów bhp. Pośrednio wypadki spowodowane są także nieuwagą uczniów. Jak wynika z doniesień Państwowej Inspekcji Pracy (PIP), w ok. 40% kontrolowanych szkół stwierdzono fatalny stan podłóg i ciągów komunikacyjnych, rażące niedociągnięcia dotyczyły także zabezpieczeń schodów. Ponadto, pracownicy szkół byli słabo przygotowani technicznie do wykonywania swojej pracy, nie zawsze byli poddawani szkoleniom wstępnym, profilaktycznym i

³⁹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowej Ratownictwie Medycznym, Dz. U. 2006 Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.

⁴⁰ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.

⁴¹ Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.).

okresowym z zakresu bhp. Co warto podkreślić, ofiarami wypadków nie są tylko dzieci, a również nauczyciele. Najczęstszym powodem wypadków z ich udziałem są poślizgnięcia i upadki⁴².

Dlatego też upowszechnianie tej wiedzy i zasad z nią związanych musi być realizowane wielokierunkowo, w różnych grupach społecznych⁴³, w tym na różnych poziomach edukacji. Edukacja do pierwszej pomocy nie może być procesem wybiórczym i jednorazowym. Nie wystarczy poznać zasady pierwszej pomocy raz w życiu i następnie przez wiele lat bazować na tych informacjach, nie sięga się bowiem do nich na co dzień, a nieodświeżane informacje lubią „uciekać” z pamięci. Często bowiem zdarza się, że osoby dorosłe, które miały styczność z pierwszą pomocą w dzieciństwie lub młodości (np. przy robieniu prawa jazdy), po latach nie wiedzą lub zapominają, jak się zachować w sytuacji zagrożenia czyjegoś życia. Tylko długotrwałe uczenie się i ciągłe doskonalenie nabytych umiejętności pozwoli w przyszłości przynieść wymierne efekty⁴⁴. Młody człowiek będąc świadkiem lub uczestnikiem niebezpiecznego zdarzenia, zarówno w szkole, jak i poza nią, musi umieć prawidłowo udzielić pierwszej pomocy przedmedycznej.

2.3. Metody kształcenia dzieci i młodzieży w zakresie pierwszej pomocy

Materiał konieczny do opanowania przez uczniów z zakresu pierwszej pomocy można realizować w oparciu o realizację różnych celów. Cele wynikają z tego, że niechęć do udzielenia pierwszej pomocy wynika z wielu pobudek i każdą z nich powinno się przepracować. Niechęć może wynikać choćby z⁴⁵:

- strachu przed udzieleniem pomocy, przed zrobieniem krzywdy poszkodowanemu,
- nieposiadania umiejętności udzielenia pierwszej pomocy,

- obojętności, która narasta, gdy człowiek znajduje się w tłumie gapiów i wówczas ocenia, że już ktoś inny podjął pomoc,
- ze skomplikowania danej sytuacji, która przerasta możliwości danej osoby.

Co do metod i technik kształcenia dzieci, i młodzieży w zakresie pierwszej pomocy, cytowany M. Rudnicki zaproponował technikę „Świata w oczach osoby poszkodowanej”, której podstawowym celem jest poznanie, jakie obawy mają uczniowie, w związku z tą czynnością. Zajęcia skierowane na cel przełamania barier, pomagają uczniom przełamać własne lęki, nie tylko te o umiejętności udzielenia pierwszej pomocy, a także pozwalają im być bardziej pewnymi siebie, i swoich umiejętności w wielu innych sytuacjach życiowych.

Kolejnym sposobem na przybliżenie dzieciom i młodzieży zasad pierwszej pomocy może być zlecenie im przygotowania referatów lub innych materiałów pomocniczych, do wykorzystania na zajęciach szkolnych. Tematy referatów mogą być dowolne, od systemu ratownictwa w Polsce, przez uwarunkowania funkcjonowania instytucji ratowniczych w miejscowości zamieszkania ucznia, aż do jego osobistych doświadczeń z ratowaniem życia ludzkiego. Wbrew pozorom, przygotowanie takiego referatu nie polega tylko na odnalezieniu i zaprezentowaniu, mniej lub bardziej, wiarygodnych informacji teoretycznych z Internetu. W trakcie przygotowywania projektu uczeń zbiera i analizuje informacje, przyswajając je w międzyczasie. Może być także konieczne odwiedzenie lokalnej jednostki ratowniczej. Interesujący projekt i jego ciekawe zaprezentowanie będzie także doskonałą podstawą do dyskusji na forum klasy. Ostatecznie, ze wszystkich materiałów zaprezentowanych przez uczniów, może powstać gazetka o zasadach pierwszej pomocy lub wystawa na ten temat.

Zajęcia z pierwszej pomocy mogą przybierać także formy: burzy mózgów, pracy w grupach, ćwiczeń praktycznych, pokazu działań przez specjalistę-ratownika, inscenizacji, metod aktywizujących, filmu, objaśniania, symulacji i wielu innych. Szczegółowymi tematami zajęć mogą być natomiast zawartość apteczki, pozycja boczna ustalona, numery telefonów alarmowych czy dowolna wąska dziedzina pierwszej pomocy (np. zadławienia czy poparzenia).

Przełamanie wszelkich barier powinno być zawsze pierwszym krokiem do poznania zasad właściwego i bezpiecznego udzielania pierwszej pomocy. Opanowanie i pewność siebie, wynikająca z solidnych umiejętności, i przetrenowania sytuacji pomocy „na sucho”, spowoduje, że ratujący będzie umiał podejść do sytuacji bez strachu. Nauczyciel powinien wytłumaczyć uczniom także to, w jakiej kolejności dokonywać czynności ratowniczych i jakie

⁴² T. Zalewski, *W szkole jest bardziej niebezpiecznie niż w kopalni*, <http://serwis.gazetaprawna.pl/edukacja/artykuly/619012,w-szkole-jest-bardziej-niebezpiecznie-niz-w-kopalni.html>, [data odczytu 07 kwietnia 2016]

⁴³ A. Jurczak, Z. Kopański, R. Gajdosz, *Wiedza...*, dz. cyt., s. 29.

⁴⁴ E. Sobańska, J. Turkowska, *Autorski program udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej dla klas I-III*, http://sp.bobolice.pl/dokumentacja/program_ratownictwo_przedmedyczne_12.pdf, [data odczytu 09 kwietnia 2016]

⁴⁵ M. Rudnicki, *Edukacja w zakresie pierwszej pomocy jako element edukacji dla bezpieczeństwa. Nowa podstawa programowa*, <http://www.bc.ore.edu.pl/Content/142/Edukacja+w+zakresie+pierwszej+pomocy+jako+element+edukacji+dla+bezpieczestwa+-+Marcin+Rudnicki.pdf>, [data odczytu 08 kwietnia 2016].

czynnikami ocenić przed przystąpieniem do udzielania pierwszej pomocy.

Nieocenioną pomocą przy przekazywaniu uczniom wiedzy o zasadach pierwszej pomocy, jest korzystanie z zasobów i doświadczenia instytucji zajmujących się ratownictwem. Może to być np. najbliższa jednostka państwowej straży pożarnej (PSP) lub szpitalny oddział ratunkowy (SOR). Pogadanki lub ćwiczenia z osobami na co dzień doświadczającymi kruchości życia ludzkiego mogą umocnić u uczniów poczucie ważności tego zagadnienia.

Realizacja rozmaitych programów nauczania zasad pierwszej pomocy umożliwia kształcenie u dzieci bezpiecznych zachowań, prospołecznych postaw, umiejętności właściwego zachowania w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia oraz nabycie cennych umiejętności w tym zakresie.

2.4. Rola nauczyciela i szkoły w edukacji młodzieży odnośnie pierwszej pomocy

W związku z tym, że jak już wspomniano placówki oświatowe są miejscami szczególnego narażenia na zdarzenia zagrażające życiu i zdrowiu ludzkiemu (dzieci i dorośli), osoby w nich pracujące powinny być odpowiednio przeszkolone do udzielania pierwszej pomocy potrzebującym. Wszyscy nauczyciele, dyrektor i inni pracownicy szkoły, a nie tylko nauczyciele przedmiotów pro-obronnych czy pro-sportowych, muszą posiadać umiejętności związane z udzieleniem pomocy przedmedycznej.

Poza tymi umiejętnościami, szkoła powinna krzewić zainteresowanie tą tematyką także na inne sposoby, np. poprzez konkursy, zajęcia praktyczne, rozgrywki międzyszkolne. Upowszechnianie uczestnictwa uczniów i pracowników szkoły w umacnianiu bezpieczeństwa na terenie tej placówki jest szczególnie ważnym, i pożytecznym zadaniem.

W związku z ilością godzin, jaką uczniowie są zmuszeni spędzić w szkole, jest to instytucja, która silnie wpływa na ich postawy i zachowania, więc to od umiejętności metodycznych kadry nauczycielskiej i jej postaw wobec problemu pierwszej pomocy zależy, z jaką skutecznością i czy w ogóle uczniowie zechcą tę cenną wiedzę przyswoić. Także obecność w czasie szkolenia odpowiednich rekwizytów (koce termiczne, chusty trójkątne, apteczki) i popieranie wywodów przykładami, np. w postaci filmików czy scenek obrazkowych może uatrakcyjnić dzieciom przyswajanie wiedzy o pierwszej pomocy oraz ukierunkować je na podejmowanie w przyszłości właściwych reakcji. M. Rudnicki wspomina o 5 głównych zasadach, które powinny być stałym elementem edukacji w zakresie pierwszej pomocy,

niezależnie od grupy docelowej szkolenia czy wieku słuchaczy. Są to⁴⁶:

1. Zabezpieczenie miejsca zdarzenia,
2. Zapewnienie sobie wsparcia poprzez wezwanie fachowej pomocy,
3. Udzielenie pierwszej pomocy poszkodowanemu,
4. Zapewnienie mu wsparcia psychicznego, do czasu przybycia służb ratowniczych,
5. Zapewnienie mu komfortu termicznego.

Uczniowie powinni mieć wpojone zasady pierwszej pomocy do tego stopnia, by nie bać się ich wykorzystać zarówno na terenie szkoły, ale i, może przede wszystkim, poza nią. Ale to dopiero konkretna sytuacja, „oko w oko” z poszkodowanym zweryfikuje, jakie umiejętności posiadają przypadkowi ratownicy.

GUS oszacował, że każdego roku w wypadkach ginie ok. 30 000 osób, a na zawał umiera ok. 29 000. Gdy pierwsza pomoc nadchodziła szybciej i była właściwie przeprowadzana, z pewnością sporej części tych zgonów udało by się uniknąć. Niestety, jak wskazują badania, przygodni świadkowie podejmują się czynności ratujących życie i zdrowie w mniej niż 20% przypadków⁴⁷. Choć poziom gotowości do niesienia pomocy w naszym społeczeństwie stale rośnie, to mimo możliwości nauki zasad pierwszej pomocy (kursy, szkolenia, projekty), w dalszym ciągu jest na zaskakująco niskim poziomie⁴⁸.

Na świecie podejmuje się z powodzeniem próby nauczania zasad pierwszej pomocy już najmłodszych. Dzieci bowiem również mogą nieść pomoc w nagłych wypadkach, choćby dzwoniąc na numery alarmowe, gdy coś dzieje się np. ich rodzicom. Swoim zaangażowaniem w naukę tych zasad mogą także mobilizować swoich rodziców.

W rozdziale drugim opisano, jak pierwsza pomoc ujęta jest w Ustawie o ratownictwie medycznym. Wskazano, kto jest zobowiązany do jej udzielenia, jakie przywileje przysługują udzielającym pomocy, a co grozi za jej nieudzielenie. Wskazano również, wedle jakich procedur realizowany jest proces edukacji z zakresu pierwszej pomocy. W następnej kolejności opisano, jakie są cele kształcenia dzieci i młodzieży. Cele te są ważne w realizacji ponieważ okazuje się, że polskie szkoły są w większości w złym stanie technicznym, nie spełniają wymaganych norm i dlatego dochodzi w nich do coraz większej ilości

⁴⁶ M. Rudnicki, *Edukacja...*, dz. cyt.

⁴⁷ K. Strzyżewska, W. Mędrzycka- Dąbrowska, S. Dąbrowski, A. Basiński, *Ocena poziomu wiedzy studentów aglomeracji trójmiejskiej z zakresu udzielania pierwszej pomocy*, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2012, nr 6, s. 41-52.

⁴⁸ J. Wiśniewski, W. D. Majewski, *Ocena poziomu wiedzy nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych w zachodniopomorskiem na temat pierwszej pomocy medycznej*, *Annales Academiae Medicae Stetinensis*, 2007, nr 53, s. 114-123.

wypadków. Dlatego też dzieci i młodzież powinni mieć szerokie umiejętności w zakresie pierwszej pomocy, by móc prawidłowo reagować na tego typu wypadki. Przybliżono więc, w kolejnym podrozdziale, w jaki sposób można dzieciom tę wiedzę przekazywać, z jakich metod w tym celu korzystać. Dużą rolę w tym procesie odgrywa nauczyciel, m. in. z tego powodu, że dzieci i młodzież spędzają w szkole znaczną część swojego czasu, a także z uwagi na to, że nauczyciele są dla nich pewnym autorytetem. Szkoła powinna, pośród innych dobrych praktyk, jakie czyni, krzewić w młodzieży zainteresowanie tą tematyką i zachęcać do przyjmowania wobec innych ludzi postaw altruistycznych i otwartych na współpracę czy pomoc.

3. Rozdział III – Podstawy metodologiczne badań własnych

3.1. Cel i przedmiot badań

Celem badań była ocena wiedzy i umiejętności uczniów szkół gimnazjalnych, związanych z udzielaniem pierwszej pomocy.

Przedmiotem badań była pierwsza pomoc.

3.2. Problemy i hipotezy badawcze

Problemy badawcze to pytania, na które badacz poszukuje odpowiedzi w toku badań naukowych. Przedmiotem analizy są następujące zagadnienia:

1. Jak badani oceniają szkolenia z pierwszej pomocy? Czy są według nich potrzebne i interesujące? Jaka część badanych brała w nich udział?
2. Czy i w jakim stopniu badani posiadają wiedzę na temat podstaw resuscytacji krążeniowo-oddechowej u poszkodowanych dorosłych i dzieci?
3. Czy i w jakim stopniu badani posiadają wiedzę na temat oceny oddechu i przytomności poszkodowanych?
4. Czy i w jakim stopniu badani posiadają wiedzę o tym, co o udzielaniu pierwszej pomocy mówią przepisy prawne?
5. Jaka część badanych wie jak udzielić pierwszej pomocy i zna europejski numer alarmowy?
6. Jaka część badanych wzywała pomoc do poszkodowanego, a jaka udzielała pierwszej pomocy?

Na podstawie postawionych pytań badawczych sformułowano hipotezy badawcze:

1. Zakłada się, że większość badanych brała udział w szkoleniach pierwszej pomocy i ocenia je jako potrzebne, ale nieinteresujące.
2. Zakłada się, że większość badanych zna podstawy resuscytacji poszkodowanych osób dorosłych, ale nie zna tych podstaw dla dzieci.

3. Zakłada się, że większość badanych zna właściwe sposoby na dokonanie oceny oddechu i przytomności poszkodowanych.
4. Zakłada się, że większość badanych wie, co o udzielaniu pierwszej pomocy mówią przepisy prawne.
5. Zakłada się, że większość badanych wie, jak udzielić pierwszej pomocy, a wszyscy badani znają europejski numer alarmowy.
6. Zakłada się, że wzywała pomoc do poszkodowanego około 1/3 badanych, a udzielać pomocy miał okazję około 1/10 badanych.

3.3. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Metodą badawczą wykorzystaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Spośród technik przypisanych tej metodzie wybrano technikę ankiety. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz badań zawierający 17 pytań, podzielonych na 3 kategorie: Szkolenie, Wiedza, Umiejętności. Pytania były w zdecydowanej większości zamknięte, z możliwością wskazania jednej lub kilku właściwych odpowiedzi. Kwestionariusz ankiety stanowi Aneks 1, na końcu pracy.

3.4. Organizacja i teren badań

Badanie przeprowadzono w kwietniu 2016 roku w trzech gimnazjach, w miejscowościach: Leńcze, Przytkowice i Zebrzydowice. Próbkę stanowiło 60 osób, po 20 z każdej szkoły. Wybór respondentów był losowy, a udział w badaniach dobrowolny.

3.5. Ocena poziomu wiedzy w zakresie udzielania pierwszej pomocy wśród uczniów szkół gimnazjalnych- analiza wyników badań własnych

Wszyscy badani byli w wieku 16 lat. Wśród badanych były 33 uczennice i 26 uczniów. Uwzględniając podział na konkretne gimnazja, rozkład płci wyglądał następująco:

- Uczennice- 13 Leńcze, 11 Przytkowice, 9 Zebrzydowice,
- Uczniowie- 7 Leńcze, 9 Przytkowice, 11 Zebrzydowice.

Szkolenie

Pierwszym analizowanym aspektem był stosunek młodzieży do szkoleń z pierwszej pomocy. Kategoria ta zawierała 5 pytań, które kolejno przeanalizowano poniżej.

Pytanie 1 dotyczyło brania udziału w szkoleniu z pierwszej pomocy. Wszyscy respondenci przyznali, że przynajmniej raz uczestniczyli w takim szkoleniu.

W **pytaniu 2** ankietowani mieli wskazać, kto prowadził szkolenie z pierwszej pomocy, w którym uczestniczyli. Rozkład odpowiedzi respondentów zaprezentowano w Tabeli 1

Tabela 1.

Kto prowadził szkolenie z pierwszej pomocy? (%)

Szkoła	Inny nauczyciel	Strażak OSP	Ogółem
Leńcze	75	25	100
Przytkowice	85	15	100
Zebrzydowice	90	10	100
Ogółem	83	17	100

Źródło: opracowanie własne

Z powyższego wynika, że był to zazwyczaj inny nauczyciel (83%), czyli nauczyciel gimnazjalistów inny niż wychowawca, lub rzadziej strażak (17%). Zatem to głównie nauczyciele odpowiadają za przybliżenie gimnazjalistom tematyki pierwszej pomocy.

Pytanie 3 odnosiło się do zainteresowania ankietowanych tematyką szkolenia. Rozkład odpowiedzi respondentów zaprezentowano w Tabeli 2.

Tabela 2.

Jaka część badanych była zainteresowana tematyką pierwszej pomocy? (%)

Szkoła	Tak	Nie	Ogółem
Leńcze	90	10	100
Przytkowice	70	30	100
Zebrzydowice	70	30	100
Ogółem	77	23	100

Źródło: opracowanie własne

Z przedstawionej powyższej tabeli wynika, że większość respondentów okazała się być zainteresowana tematyką szkolenia z pierwszej pomocy (77%). Najwięcej zainteresowanych było w

gimnazjum w miejscowości Leńcze. Może to stanowić dobrą podstawę do uzupełniania i doskonalenia tej wiedzy w przyszłości.

W **pytaniu 4** ankietowani mieli ocenić, czy szkolenie było prowadzone w sposób zrozumiały dla jego uczestników. Wszyscy respondenci ocenili szkolenie jako zrozumiałe.

Ostatnie, **5. pytanie** dotyczyło oceny potrzeby upowszechniania wiedzy z zakresu pierwszej pomocy wśród uczniów. Wszyscy respondenci ocenili, że rozpowszechnianie tej wiedzy jest potrzebne.

Wiedza

W kategorii wiedzy znajdowało się 8 pytań dotyczących głównie resuscytacji, oceny oddechu poszkodowanego i prawnego umocowania problemu pierwszej pomocy.

Pytanie 1 dotyczyło wskazania znaczenia skrótu ABC resuscytacji. Rozkład odpowiedzi respondentów przedstawiono w Tabeli 3. Tabela powyżej świadczy, że prawidłowej odpowiedzi (czyli: udrożnienie dróg oddechowych, sztuczne oddychanie, masaż serca) udzieliło ogółem tylko 38% ankietowanych, w tym najmniej ze szkoły w miejscowości Leńcze. Respondenci mają słabą wiedzę o czynnościach, które wchodzi w skład ABC resuscytacji.

Pytanie 2 odnosiło się do wiedzy na temat sprawdzenia stanu przytomności poszkodowanego. Rozkład odpowiedzi ankietowanych przedstawiono w Tabeli 4.

Z powyższego wynika, że prawidłowej odpowiedzi, czyli „podchodząc blisko, głośno zapytać czy słyszy, potrząsnąć za rękę” udzieliło 28% osób. Najczęściej prawidłowej odpowiedzi udzielali gimnazjaliści z miejscowości Leńcze. Wiedza gimnazjalistów w zakresie oceny stanu przytomności poszkodowanego jest niedostateczna.

W **pytaniu 3** proszono o wskazanie momentu, w którym powinno się rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową u nieprzytomnej osoby. Rozkład odpowiedzi poszkodowanych przedstawiono w Tabeli 5.

Powyższa tabela przedstawia, że prawidłowe odpowiedzi, czyli „gdy nie oddycha i po stwierdzeniu braku tętna na tętnicy szyjnej” i „gdy przestanie oddychać” wskazało łącznie 82%, w tym pierwszą odpowiedź tylko 15% osób. Najczęściej prawidłowe odpowiedzi wskazywali gimnazjaliści z miejscowości Leńcze i Przytkowice.

Tabela 3.

Jaka część respondentów zna znaczenie skrótu ABC resuscytacji (%)

Szkoła	Szybkie rozpoznanie, wezwanie pomocy, udzielenie pomocy	Udrożnienie dróg oddechowych, sztuczne oddychanie, masaż serca	Zapewnienie bezpieczeństwa, sprawdzenie przytomności (reakcji), wezwania pomocy	Zapewnienie bezpieczeństwa i osób do pomocy	Ogółem
Leńcze	10	25	65	0	100
Przytkowice	5	45	50	0	100
Zebrzydowice	5	45	50	0	100
Ogółem	7	38	55	0	100

Źródło: opracowanie własne

Tabela 4.

Jaką wiedzę o sprawdzaniu stanu przytomności poszkodowanych posiadają ankietowani? (%)

Szkoła	Obserwując czy się nie rusza	Podchodząc blisko, głośno zapytać czy słyszy, potrząsnąć za rękę	Obserwując czy otwiera oczy	Sprawdzając czy odpowie na pytanie	Ogółem
Leńcze	25	70	5	0	100
Przytkowice	5	0	80	15	100
Zebrzydowice	15	15	70	0	100
Ogółem	15	28	52	5	100

Źródło: opracowanie własne

Tabela 5.

Jaką wiedzę mają gimnazjaliści o momencie rozpoczęcia resuscytacji krążeniowo-oddechowej? (%)

Szkoła	Gdy przestanie oddychać	Gdy nie wyczuwamy tętna na tętnicy promieniowej	Gdy nie oddycha i po stwierdzeniu braku tętna na tętnicy szyjnej	Już, gdy oddech jest słaby, niewydolny	Ogółem
Leńcze	75	5	15	5	100
Przytkowice	65	5	25	5	100
Zebrzydowice	60	5	10	25	100
Ogółem	67	5	16	12	100

Źródło: opracowanie własne

Pytanie 4 dotyczyło oceny oddechu poszkodowanego. Rozkład odpowiedzi respondentów zaprezentowano w Tabeli 6.

Z powyższego wynika, że na prawidłową odpowiedź, czyli wykorzystanie metody „patrzę, słyszę, czuję”- przez 10 sekund, wskazało ogółem 63% badanych. Najczęściej na prawidłową odpowiedź wskazywali gimnazjaliści z miejscowości Leńcze i Zebrzydowice. Wiedza gimnazjalistów na temat oceny odszkodowanego jest zadowalająca.

W **pytaniu 5** proszono o wskazanie, jaka jest sekwencja uciśnień klatki piersiowej do oddechów podczas ratowania dorosłego poszkodowanego. Wszyscy respondenci wskazali prawidłową odpowiedź, czyli 30:2.

Pytanie 6 także dotyczyło czynności resuscytacyjnych, z tym, że u małego dziecka. Wedle Wytycznych Resuscytacji z 2010, osoby ratujące, nie będące ratownikami medycznymi, powinny stosować sekwencję 30:2, z tym, że 2 palcami lub jedną ręką. Rozkład odpowiedzi respondentów zaprezentowano w Tabeli 7.

Z powyższego wynika, że prawidłowej odpowiedzi udzieliło ogółem 48% badanych. Najczęściej na prawidłową odpowiedź wskazywali gimnazjaliści z Przytkowic. Wiedza respondentów o ratowaniu dziecka okazała się niewystarczająca.

W **pytaniu 7** zapytano respondentów, kiedy według nich ratujący może przerwać resuscytację. Rozkład odpowiedzi respondentów zaprezentowano w Tabeli 8.

Powyższe zestawienie informuje, że właściwą odpowiedź, czyli „gdy pojawi się oddech” wskazało 83% osób. 12% ankietowanych wskazało odpowiedź bardzo zbliżoną do poprawnej, albowiem według nich można przerwać resuscytację, gdy zauważy się przybycie wykwalifikowanych służb; nie kiedy zauważy się ich przybycie, a kiedy służby przejmą od ratującego wykonywanie czynności ratowniczych. Najczęściej na prawidłową odpowiedź wskazywali gimnazjaliści z Przytkowic.

Pytanie 8, ostatnie w kategorii Wiedza, dotyczyło wskazania, do kogo należy prawny obowiązek udzielenia pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia. Poprawną odpowiedź o każdym świadku takiego zdarzenia wskazali wszyscy respondenci.

Umiejętności

W kategorii Umiejętności znajdowały się 4 pytania o doświadczenia ankietowanych z udzielaniem pierwszej pomocy.

Pytanie 1 dotyczyło umiejętności ankietowanych do udzielenia pierwszej pomocy w sytuacji zagrożenia.

Rozkład odpowiedzi respondentów przedstawiono w Tabeli 9.

Z powyższego wynika, że zdecydowana większość z respondentów (90%) posiada umiejętności udzielania pierwszej pomocy. Jest to bardzo wysoki wynik. Można stwierdzić, że respondenci mają większe umiejętności praktyczne niż wiedzę, na temat pierwszej pomocy.

W **pytaniu 2** próbowano się dowiedzieć, czy młodzież miała okazję wykorzystać swoje umiejętności i udzielić pierwszej pomocy poszkodowanemu. Rozkład odpowiedzi respondentów przedstawiono w Tabeli 10.

Z powyższego wynika, że pierwszej pomocy udzielało ogółem 8% ankietowanych. Najczęściej udzielali pomocy gimnazjaliści z Przytkowic. Można stwierdzić, że respondenci mają znikome doświadczenia z pierwszą pomocą w praktyce.

Pytanie 3 polegało na wskazaniu europejskiego numeru alarmowego. Wszyscy respondenci wskazali go prawidłowo.

W ostatnim, **4. pytaniu**, respondenci mieli wskazać, czy kiedykolwiek wzywali pomoc do poszkodowanego. Rozkład odpowiedzi respondentów przedstawiono w Tabeli 11.

Podobnie, jak przy pytaniu o udzielanie pomocy, wzywało ją 8% ankietowanych. Najczęściej wzywali pomoc do poszkodowanych gimnazjaliści z Przytkowic i Zebrzydowic. Respondenci nie mają w kwestii wzywania pomocy do poszkodowanych zbyt wielkiego doświadczenia.

Tabela 6.

Jaką wiedzę mają respondenci o ocenie oddechu poszkodowanego? (%)

Szkoła	Obserwując czy i w jaki sposób porusza się klatka piersiowa	Licząc ilość oddechów przez pełną minutę	Przysuwając lusterko do jego ust...	wykorzystując metodę „patrzę, słyszę, czuję”...	Ogółem
Leńcze	20	15	0	65	100
Przytkowice	15	5	20	60	100
Zebrzydowice	15	10	10	65	100
Ogółem	17	10	10	63	100

Źródło: opracowanie własne

Tabela 7.

Jaką wiedzę posiadają respondenci o sekwencji uciśnień do oddechów u dziecka? (%)

Szkoła	stosujesz sekwencję 30:2, jedna dłoń lub dwa palce do masażu	zaczynasz od 5 oddechów a potem jak u dorosłych sekwencja 30:2...	zależy czy działasz sam czy z kimś. Sam sekwencja 15:2 a dwie osoby 5:1	w zależności od wieku dziecka...	Ogółem
Leńcze	35	60	0	5	100
Przytkowice	60	20	0	20	100
Zebrzydowice	50	25	0	25	100
Ogółem	48	35	0	17	100

Źródło: opracowanie własne

Tabela 8.

Jaka jest wiedza respondentów o momencie, w którym można przerwać resuscytację poszkodowanego? (%)

Szkoła	Gdy zauważysz przybycie wykwalifikowanych służb	Gdy pojawi się oddech	Gdy od początku resuscytacji minie więcej niż 15 min	Gdy od początku resuscytacji minie więcej niż 60 min	Ogółem
Leńcze	10	90	0	0	100
Przytkowice	0	95	5	0	100
Zebrzydowice	25	65	10	0	100
Ogółem	12	83	5	0	100

Źródło: opracowanie własne

Tabela 9.

Czy respondenci posiadają umiejętności związane z udzielaniem pierwszej pomocy? (%)

Szkoła	Tak	Nie	Ogółem
Leńcze	95	5	100
Przytkowice	90	10	100
Zebrzydowice	85	15	100
Ogółem	90	10	100

Źródło: opracowanie własne

Tabela 10.

Czy respondenci kiedykolwiek udzielali pierwszej pomocy?

Szkoła	Tak	Nie	Ogółem
Leńcze	5	95	100
Przytkowice	15	85	100
Zebrzydowice	5	95	100
Ogółem	8	92	100

Źródło: opracowanie własne

Tabela 11.

Czy respondenci kiedykolwiek wzywali pomoc do poszkodowanego? (%)

Szkoła	Tak	Nie	Ogółem
Leńcze	15	85	100
Przytkowice	5	95	100
Zebrzydowice	5	95	100
Ogółem	8	92	100

Źródło: opracowanie własne

Podsumowując, znalezienie się w sytuacji, w której ktoś wymaga od nas udzielenia pierwszej pomocy poszkodowanemu, jest wysoce stresujące. Stres może potęgować także fakt, że nie do końca lub w ogóle nie wie się, jak tej pomocy udzielić. Sprawdzono zatem, w jakim stopniu badana młodzież gimnazjalna jest przygotowana do udzielenia pierwszej pomocy potrzebującym, jakie ma doświadczenia z pierwszą pomocą i czy uważa wiedzę o pierwszej pomocy za potrzebną. W tym celu odniesiono się do postawionych hipotez.

W hipotezie pierwszej zakładano, że większość badanych brała udział w szkoleniach pierwszej pomocy i oceniała je jako potrzebne, ale nieinteresujące. Hipoteza sprawdziła się w 2/3, gdyż młodzież w większości brała udział w szkoleniach, oceniała je jako potrzebne, ale także jako interesujące.

W hipotezie drugiej zakładano, że większość badanych zna podstawy resuscytacji poszkodowanych osób dorosłych, ale nie zna tych podstaw dla dzieci. Hipoteza ta nie sprawdziła się. Badani bowiem słabo znają podstawy resuscytacji dorosłych; wiedzą kiedy ją rozpocząć i skończyć, ale nie znają jej bardziej szczegółowych uwarunkowań. Co do resuscytacji dzieci, jej wytyczne zna ok. połowa badanych.

W hipotezie trzeciej zakładano, że większość badanych zna właściwe sposoby na dokonanie oceny oddechu i przytomności poszkodowanych. Hipoteza sprawdziła się w połowie, gdyż większość badanych potrafi ocenić oddech poszkodowanych, ale tylko nieco mniej niż 1/3 badanych wie, jak ocenić stan przytomności badanych.

W hipotezie czwartej zakładano, że większość badanych wie, co o udzielaniu pierwszej pomocy mówią przepisy prawne. Hipoteza sprawdziła się.

W hipotezie piątej zakładano, że większość badanych wie, jak udzielić pierwszej pomocy, a wszyscy badani znają europejski numer alarmowy. Hipoteza piąta sprawdziła się.

W hipotezie szóstej zakładano, że wzywała pomoc do poszkodowanego około 1/3 badanych, a udzielać pomocy miał okazję około 1/10 badanych. Można powiedzieć, że hipoteza sprawdziła się w połowie; udzielać pomocy i wzywać pomoc do poszkodowanego miała bowiem okazję ok. 1/12 osób.

Można stwierdzić, że wiedza gimnazjalistów na temat zasad udzielania pierwszej pomocy jest stosunkowo słaba. Młodzież zna jej absolutne podstawy, a wiedza nieco bardziej skomplikowana jest u nich szczątkowa. Można jednak stwierdzić, że młodzież jest otwarta na uzupełnianie tej wiedzy, skoro twierdzi, że jest ona potrzebna i chętnie uczestniczy w tego typu szkoleniach. Wiedza teoretyczna młodzieży była zadowalająca, praktyczna już nieco mniej.

Co do rywalizacji między szkołami wydaje się, że największą wiedzę posiada młodzież z gimnazjum w

Przytkowicach, podobną w miejscowości Leńcze, ale już nieco słabszą w Zebrzydowicach. Wszyscy respondenci powinni jednak uzupełnić swą wiedzę, przede wszystkim w obszarze metod resuscytacji dzieci oraz oceny przytomności poszkodowanego.

4. Podsumowanie

Wiedza z zakresu pierwszej pomocy jest wiedzą popularną, szeroko dostępną, aczkolwiek rzadko przypominaną uczniom. Podobnie kampanie społeczne, robi się o nich głośno dopiero wtedy, gdy stanie się jakaś tragedia lub, gdy z badań opinii społecznej wyniknie, że poziom tej wiedzy jest bardzo niski.

Wiedza publikowana w Wytycznych Resuscytacji, przedmiotowych ustawach i innych dokumentach jest co jakiś czas aktualizowana. Nie zmienia się w nich wiele, gdyż podstawy czynności ratowniczych i im pokrewnych są właściwie takie same, zmieniają się tylko szczegóły, których wprowadzenie postuluje się na podstawie przeprowadzonych badań naukowych i oceny ich zasadności. Dzieci i młodzież nie muszą oczywiście znać wszystkich wytycznych na pamięć, dobrze jednak, gdyby byli zapoznani z podstawami postępowania w sytuacjach zagrożenia życia ludzkiego, dla bezpieczeństwa swego, najbliższych i innych ludzi wokół. Wiedza gimnazjalistów na temat pierwszej pomocy powinna być w szkołach systematycznie uzupełniana, ale i sprawdzana czy oceniana. Choć nie jest to wiedza obligatoryjna, to młodzież powinna być świadoma swych niedostatków w tym zakresie. Szkoła nie powinna doprowadzać zaś do sytuacji zapomnienia tych ważnych informacji, choćby poprzez ujęcie ich w programach nauczania na każdy rok.

Jak nietrudno się domyślić, młodzież ma zapewne wiele znacznie ciekawszych zajęć, niż studiowanie wiedzy z zakresu pierwszej pomocy, dlatego też to w gestii rodziców i nauczycieli, ewentualnie lokalnych policjantów, strażaków i przedstawicieli innych służb, powinno być krzewienie tej, jakże ważnej, wiedzy.

Posiadanie tej wiedzy i umiejętność jej wykorzystania jest obowiązkiem każdego z nas, bowiem nigdy nie wiemy, kiedy i gdzie mogą się przydać. Taka potrzeba może zająć w domu, w szkole, na podwórku, gdy będziemy sami z poszkodowanym i nie będziemy mieli możliwości prosić nikogo o pomoc. Właśnie wtedy posiadane umiejętności są najważniejsze, bo tylko od nas zależy czyjeś życie i zdrowie.

Na podstawie przeprowadzonych badań udało się zrealizować cel, którym była ocena stanu wiedzy młodzieży gimnazjalnej w zakresie zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w wybranych szkołach w gminie Kalwaria Zebrzydowska. Ustalono, że wiedza ta jest ogólnie niewystarczająca; na

poziomie średnim w zakresie podstawowych informacji, jak numery alarmowe, ilość uciśnień w stosunku do oddechów itd., natomiast szczątkowa, gdy idzie o ocenę oddechu poszkodowanego, jego przytomności czy resuscytację dziecka. Zaleca się, by w badanych szkołach przeprowadzać cykliczne szkolenia z zakresu pierwszej pomocy i oceniać młodzież za posiadanych zakres wiedzy na ten temat. Tylko wtedy będzie ona świadoma swych niedostatków i zmotywowana do uzupełnienia tych braków. Braki w tym zakresie mogą bowiem kosztować ludzkie życie.

5. Piśmiennictwo

Książki

1. Brongel L., *Złota Godzina. Czas życia, czas śmierci*, [w:] „Złota godzina”- okres przedszpitalny, L. Brongel (red.), Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007.
2. Chomoncik M., *Pierwsza pomoc*, Wydawnictwo Naukowe PWSZ w Nowym Sączu, Nowy Sącz 2012.
3. Jastrzębska R., Kaczor A., *Nagłe stany zagrożenia życia. ABC pierwszej pomocy*, Wydawnictwo Szkoły Policji w Słupsku, Słupsk 2007.
4. Koster R. W., Baubin M. A., Bossaert L. L., Caballero A., Cassan P., Castren M., Granja C., Hendley A., Monsieurs K. G., Perkins G. D., Raffay V., Sandroni C., *Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych oraz zastosowanie automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED). Wytyczne Resuscytacji 2010*, Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2010.
5. Skowroński R., *Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dorosłych*, [w:] M. Wujewicz, B. Kwiecińska (red.), *Pierwsza pomoc i reanimacja krążeniowo-oddechowa*, Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2005.
6. Zawadzki A., *Medycyna ratunkowa i katastrof*, [w:] *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa*, R. Gajdosz (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
7. Zydło Jr S. M., Hill J. A., *Podręcznik pierwszej pomocy. Choroby i nagłe wypadki*, przekł. A. Madej, Amber, Warszawa 1997.

Czasopisma

1. Jurczak A., Kopański Z., Gajdosz R., *Wiedza z zakresu pierwszej pomocy młodzieży ponadgimnazjalnej*, Journal of Clinical Healthcare, 2015, nr 2.
2. *Medycyna Intensywna i Ratunkowa*, t. VI, 2003, nr 3.
3. Strzyżewska K., Mędrzycka- Dąbrowska W., Dąbrowski S., Basiński A., *Ocena poziomu wiedzy studentów aglomeracji trójmiejskiej z zakresu udzielania pierwszej pomocy*, Anestezjologia i Ratownictwo, 2012, nr 6.
4. Surowiec A., Wołowicz Ł., Kałużny K., Plaskiewicz A., Kochański B., Porzych P., Krakowska A., Zukow W., Hagner W., *Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne u pacjenta po nagłym zatrzymaniu krążenia w mechanizmie migotania komór- opis przypadku*, Journal of Health Sciences, 2013, nr 3(14).
5. Węgielnik J., Basiński A., *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Postępowanie w zadławieniu*, Forum Medycyny Rodzinnej, 2008, t. 2, nr 3.
6. Wiśniewski J., Majewski W. D., *Ocena poziomu wiedzy nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych w zachodniopomorskiem na temat pierwszej pomocy medycznej*, Annales Academiae Medicae Stetinensis, 2007, nr 53.

Akty prawne

1. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.
2. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz. U. 2006 nr 191 poz. 1410.

Źródła internetowe

1. G. Bartuszek, *Pozycja bezpieczna*, <http://www.policja.pl/pol/profilaktyka/pierwsza-pomoc/10314,Pozycja-bezpieczna.html>
2. Krwotok tętniczy- miejsca ucisku tętnic, https://akwen.am.gdynia.pl/esmp/bihp_1_rok_6/krwotok_ttniczny_miejsca_ucisku_ttnic.html
3. Pozycja boczna, http://chocianow.osp.org.pl/?page_id=2272
4. M. Rudnicki, *Edukacja w zakresie pierwszej pomocy jako element edukacji dla bezpieczeństwa. Nowa podstawa programowa*, <http://www.bc.ore.edu.pl/Content/142/Edukacja+w+zakresie+pierwszej+pomocy+jako+element+edukacji+dla+bezpiecze%C5%84stwa+-+Marcin+Rudnicki.pdf>
5. E. Sobańska, J. Turkowska, *Autorski program udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej dla klas I-III*, http://sp.bobolice.pl/dokumentacja/program_ratownictwo_przedmedyczne_12.pdf
6. T. Zalewski, *W szkole jest bardziej niebezpiecznie niż w kopalni*, <http://serwis.gazetaprawna.pl/edukacja/artykuly/619012,w-szkole-jest-bardziej-niebezpiecznie-niz-w-kopalni.html>,

Pozostałe materiały

1. *Wytyczne resuscytacji krążeniowo-oddechowej*, J. Andres (red.), Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2005.

Kwestionariusz ankiety

Witam serdecznie! Nazywam się Tomasz Sala i prowadzę aktualnie badania na potrzeby pracy licencjackiej. Kwestionariusz ankiety zawiera pytania o zagadnienie pierwszej pomocy i szkolenia z tego zakresu. Proszę o przemyślane i wyczerpujące odpowiedzi, zgodne ze stanem faktycznym. Proszę o zaznaczenie jednej lub kilku właściwych odpowiedzi znakiem „x”, o ile nie wskazano inaczej.

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna	Wiek: _____	Szkoła: _____ _____
--	---------------------------	--

Cz. I. Szkolenie

1. Czy kiedykolwiek brałeś/-łaś udział w szkoleniu z pierwszej pomocy? Jeśli odpowiedziałeś/-łaś nie przejdź do pytania nr 5.
 - ☐ tak
 - ☐ nie
2. Kto prowadził to szkolenie?
 - ☐ pedagog szkolny
 - ☐ wychowawca
 - ☐ inny nauczyciel
 - ☐ ratownik medyczny
 - ☐ inna osoba, jaka? _____
3. Czy tematyka szkolenia zainteresowała Cię?
 - ☐ tak
 - ☐ nie
4. Czy szkolenie było prowadzone w zrozumiały sposób?
 - ☐ tak
 - ☐ nie
5. Czy Twoim zdaniem upowszechnianie wiedzy z zakresu pierwszej pomocy wśród uczniów jest:
 - ☐ potrzebne
 - ☐ niepotrzebne

Cz. II. Wiedza⁴⁹

1. Podstawowe czynności ratownicze, tzw. ABC resuscytacji to:
 - ☐ szybkie rozpoznanie, wezwanie pomocy, udzielenie pomocy
 - ☐ udrożnienie dróg oddechowych, sztuczne oddychanie, masaż serca
 - ☐ zapewnienie bezpieczeństwa, sprawdzenie przytomności (reakcji), wezwania pomocy
 - ☐ zapewnienie bezpieczeństwa i osób do pomocy
2. Jak sprawdzisz stan przytomności poszkodowanego?
 - ☐ obserwując czy się nie rusza
 - ☐ podchodząc blisko, głośno zapytać czy słyszy, potrząsnąć za rękę
 - ☐ obserwując czy otwiera oczy
 - ☐ sprawdzając czy odpowie na pytanie
3. Kiedy należy rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową (RKO) u nieprzytomnego człowieka?
 - ☐ gdy przestanie oddychać
 - ☐ gdy nie wyczuwamy tętna na tętnicy promieniowej
 - ☐ gdy nie oddycha i po stwierdzeniu braku tętna na tętnicy szyjnej,

⁴⁹ Pytania na podstawie: K. Strzyżewska, W. Mędrzycka- Dąbrowska, S. Dąbrowski, A. Basiński, *Ocena...*, dz. cyt., s. 49-51.

- ☐ już, gdy oddech jest słaby, niewydolny
- 4. W jaki sposób ocenisz oddech poszkodowanego?
 - ☐ obserwując czy i w jaki sposób porusza się klatka piersiowa
 - ☐ licząc ilość oddechów przez pełną minutę
 - ☐ przysuwając lusterko do jego ust (czy widoczne osadzanie pary)
 - ☐ wykorzystując metodę „ patrzę, słyszę, czuję”, maksymalnie przez 10 sekund
- 5. Prawidłowa sekwencja uciśnień klatki piersiowej do oddechów podczas postępowania ratowniczego u dorosłego człowieka – to:
 - ☐ 15:2
 - ☐ 5:1
 - ☐ 15:1
 - ☐ 30:2
- 6. Prowadząc resuscytację małego dziecka:
 - ☐ stosujesz sekwencję 30:2, jedna dłoń lub dwa palce do masażu
 - ☐ zaczynasz od 5 oddechów a potem jak u dorosłych sekwencja 30:2 zmniejszając siłę i sposób ucisku oraz objętość oddechu
 - ☐ zależy czy działasz sam czy z kimś. Sam sekwencja 15:2 a dwie osoby 5:1
 - ☐ w zależności od wieku dziecka używasz 2 palców lub dłoni jednej ręki do masażu, z mniejszą siłą ucisku oraz oddechu, w sekwencji - zawsze 15:2
- 7. W jakiej sytuacji możesz przerwać resuscytację?
 - ☐ gdy zauważysz przybycie wykwalifikowanych służb
 - ☐ gdy pojawi się pojedynczy oddech
 - ☐ gdy od początku resuscytacji minie więcej niż 15 min.
 - ☐ gdy wyczerpiesz już swoje siły
- 8. Do kogo należy obowiązek prawny udzielenia pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia (wypadku)?
 - ☐ do osób posiadających odpowiednie przeszkolenie
 - ☐ do wykwalifikowanych służb ratowniczych
 - ☐ do każdego świadka takiego zdarzenia
 - ☐ wyłącznie do „medyków” (lekarzy, pielęgniarek, ratowników etc....)

Cz. III. Umiejętności

- 1. Czy w sytuacji zagrożenia życia umiałbyś/-abyś udzielić pierwszej pomocy?
 - ☐ tak
 - ☐ nie
- 2. Czy kiedykolwiek udzielałeś/-łaś pierwszej pomocy?
 - ☐ tak
 - ☐ nie
- 3. Czy znasz europejski numer alarmowy. Jeśli tak to wpisz obok _____
- 4. Czy kiedykolwiek wzywałeś pomoc do chorego lub poszkodowanego?
 - ☐ tak
 - ☐ nie

Basic Life Support education for students in Junior High School, the analysis made on the example of selected schools in the municipality of Kalwaria Zebrzydowska.