

Dorota Maciąg, Ewa Kocot, Małgorzata Cichońska, Monika Borek

Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Kierunek Pielęgniarstwo

Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

Poziom wiedzy i umiejętności wybranych formacji mundurowych w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach nagłego zagrożenia życia

Streszczenie

Cel pracy

Celem pracy była ocena wiedzy i deklarowanych umiejętności wybranych formacji mundurowych na temat metod i technik udzielania pierwszej pomocy.

Material

W celu zgromadzenia materiału badawczego, w okresie od VII do XI 2013 roku przeprowadzono badanie ankietowe, w którym uczestniczyło 50 żołnierzy, 25 funkcjonariuszy Policji oraz 25 wolontariuszy Ochotniczej Straży Pożarnej.

Wyniki

Wśród respondentów dominowali mężczyźni - 84%, badani z wykształceniem wyższym stanowili 49% badanej grupy. Najwięcej, bo 46% to badani w wieku 30-40 lat. 67% badanych oceniło swoją wiedzę jako dobrą, 21% słabą, 7% wystarczającą, a 4% bardzo dobrą. Z kształcenia w badanym zakresie najczęściej korzystało Wojsko (32%), Policja (19%), a najrzadziej ochotnicy-strażacy (12%). Według 95% badanych większe szanse na skuteczne udzielenie pierwszej pomocy mają osoby, które posiadają wiedzę i umiejętności praktyczne.

Wiedzę i umiejętności badanych z zakresu udzielania pierwszej pomocy określono jako niewystarczającą.

Wnioski:

1. Deficyt wiedzy badanych dotyczy min. pojęcia resuscytacji, czasu w jakim należy udzielić pomocy, czy sposobu oceny stanu poszkodowanego.
2. Deficyt samooceny umiejętności w zakresie podejmowania czynności ratowniczych może wynikać z teoretycznego charakteru szkoleń. Zdaniem

badanych wiedza teoretyczna powinna zostać poparta nabyciem umiejętności praktycznych.

3. Służby mundurowe powinny okresowo uczestniczyć w szkoleniach teoretyczno-praktycznych z zakresu resuscytacji i reanimacji, co wpłynęłoby na zaktualizowanie wiedzy i ugruntowanie umiejętności.

4. Konsekwencją posiadania niepełnej wiedzy i umiejętności badanych może być zachowanie na miejscu wypadku niekorzystne dla poszkodowanego.

5. Tylko zapewnienie ciągłej edukacji w formie teoretyczno - praktycznej pozwoli żołnierzom, policjantom i wolontariuszom Ochotniczej Straży Pożarnej poczuć się w pełni przygotowanymi na sytuacje, w których zajdzie potrzeba udzielania pierwszej pomocy.

Słowa kluczowe: pierwsza pomoc, ocena wiedzy, służby mundurowe

The level of knowledge of selected uniformed services employees concerning the methods of providing first aid in life - threatening situations

Objectives:

The aim of this study was to assess the knowledge and skills declared of selected uniformed services employees on the methods and techniques of first aid.

Material:

A survey was conducted among a mixed group of soldiers (50 respondents) , police officers (25 respondents) and volunteer firefighters (25 respondents) in order to gather the data. The research was conducted between July and October 2013.

Outcome:

The majority of the respondents were men – 84%, aged 30 – 40, with secondary education. 67% of the respondents estimated their knowledge as good, 21% as poor, 7% as satisfying, only 4% as very good. The education concerning the researched field was mainly used by the soldiers (32%), the police officers (19%), the least frequently by the volunteer firefighters (12%). According to 95% of the respondents, the people with both knowledge and practical skills have a greater chance to provide the first aid. The knowledge of emergency assistance in life-threatening conditions in the study group of the soldiers was evaluated as low, in the group of volunteer firefighters as medium and among the police officers it was evaluated as high .

Conclusions:

1. The lack of knowledge concerns mainly: the concept of resuscitation, the time in which the action should be started and the evaluating method of casualties' health condition.
2. The deficit of self-assessment skills to take emergency action may result from the theoretical nature of the training. According to the respondents theoretical knowledge should be supported by the acquisition of practical skills.
3. The uniformed services ought to take part in trainings on resuscitation and reanimation, which would considerably influence the quality of their knowledge.
4. The consequence of inadequate knowledge and skills may influence the action in the place of an accident and be harmful to the casualties.
5. Only providing continuous education in a theoretical - practical form will allow the soldiers, the police officers and the voluntary firefighters feel fully prepared for situations in which they need to provide casualties with emergency assistance.

Key words: first aid, evaluation of knowledge, uniformed services

Wprowadzenie

Stany nagłego zagrożenia zdrowotnego są sytuacjami nieprzewidywalnymi, których skutki mogą być nieodwracalne (uszkodzenia ciała, a nawet zgon). Stany te mają miejsce w życiu codziennym i powinniśmy liczyć się z możliwością ich wystąpienia. Jakość i szybkość reakcji ze strony osób udzielających pierwszej pomocy ma fundamentalne znaczenie dla przeżycia i zmniejszenia ryzyka wystąpienia skutków ubocznych u osób poszkodowanych. [1] Postępowanie w stanach nagłych wymaga od osób ratujących życie podejmowania szybkich, trudnych decyzji i działań, od których zależy życie i zdrowie poszkodowanych. Udzielanie pierwszej pomocy powinno przebiegać pewnie, sprawnie i być podjęte w jak najkrótszym czasie od momentu zaistnienia zdarzenia, aby zwiększyć szanse przeżycia oraz powrót do zdrowia osoby poszkodowanej (functional recovery). Dlatego ważna jest umiejętność udzielania pierwszej pomocy przez każdego człowieka, a zwłaszcza przez formacje umundurowane, które

najczęściej mogą znaleźć się w miejscach zagrożenia życia, z racji wykonywanego zawodu, tj. funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej lub Ochotniczej Straży Pożarnej oraz żołnierzy Sił Zbrojnych RP. Osoby te powinny być profesjonalistami w swojej dziedzinie, ale także znać zasady udzielania pierwszej pomocy medycznej. Udzielając pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, w obszarze ratownictwa cywilnego, formacje te opierają działania ratownicze o aktualizowane Wytoczne Europejskiej Rady Resuscytacji – 2010 r., według których resuscytacja krążeniowo – oddechowa (RKO) stanowi pierwsze ogniwo łańcucha udzielania doraźnej pomocy osobie ratowanej. [2]

Europejska Rada Resuscytacji (ERC) 15 października 2015 roku opublikowała kolejne - nowe wytyczne postępowania resuscytacyjnego. W Polsce zostały one opublikowane 15 grudnia 2015 r podczas kongresu PRR w Krakowie. Aktualne wytyczne zwracają uwagę na znaczenie roli dyspozytora pogotowia ratunkowego, który odgrywa ważną rolę w rozpoznawaniu zatrzymania krążenia, ale również powinien drogą telefoniczną prowadzić instruktaż prowadzenia RKO, tak aby świadkowie zdarzenia mogli podjąć czynności ratunkowe. Dyspozytor powinien także zadysponować zespół ratowniczy wyposażony w AED.

Eksperti ERC podkreślają, że „osoby prowadzące RKO powinny zapewnić uciśnięcia klatki piersiowej o odpowiedniej głębokości (około 5 cm, ale nie większej niż 6 cm u przeciętnego dorosłego) oraz częstości 100-120 uciśnień na minutę.” W przypadku prowadzenia wentylacji rekomendowany jest stosunek 30 uciśnień klatki piersiowej, 2 oddechy ratownicze oraz zwrócenie uwagi, aby przerwy w uciskaniu klatki piersiowej nie były dłuższe niż 10 sekund. ERC zwraca uwagę na rozwój programów publicznego dostępu do AED. Wykonanie wczesnej defibrylacji, w przeciągu 3-5 minut od zatrzymania krążenia przyczynia się do wzrostu przeżywalności na poziomie 50-70%.

W zakresie prowadzenia ALS „Wytyczne ERC” zalecają także stosowanie samoprzylepnych elektrod do defibrylacji, co przyczynia się do minimalizowania czasu trwania przerw przed defibrylacją jak to ma miejsce przy używaniu tradycyjnych łyżek.

W wytycznych dodano rozdział dotyczący stosowania kapnografii do oceny położenia rurki dotchawiczej oraz jako metody oceny jakości prowadzonej RKO i wczesnych objawów powrotu spontanicznego krążenia. Jeśli chodzi o dobór metod zabezpieczenia drożności dróg oddechowych, eksperci ERC

zalecają branie pod uwagę czynników wynikających ze stanu pacjenta oraz umiejętności ratownika. W zakresie stosowania mechanicznego uciskania klatki piersiowej zaleca się stosowanie ich w sytuacjach, gdy nie można uzyskać wysokiej jakości uciśnień manualnych. Nie dokonano zmian w zestawie leków stosowanych podczas RKO. Pozostałe zmiany w wytycznych odnoszą się do udzielania pomocy w szczególnych sytuacjach klinicznych i prowadzenia postępowania ratunkowego przez wykwalifikowane służby medyczne. [3]

Osoby realizujące zadania zawodowe w jednostkach Państwowego Ratownictwa Medycznego powinny rozróżniać dwa znaczeniowo różne pojęcia: resuscytacja i reanimacja.

Resuscytacja pochodzi od słowa łacińskiego *resuscitatio* i oznacza tyle, co pobudzić, wskrziesić, ożywić. W wyniku czynności resuscytacyjnych następuje przywrócenie bądź zachowanie podstawowych funkcji życiowych, jak krążenie i/lub oddychanie. Z kolei reanimacja (*łac. reanimatio – powrót duszy*) to przywrócenie krążenia, oddychania oraz świadomości poszkodowanego. [4] Należy jednak zdawać sobie sprawę z faktu, że nie zawsze człowiek poddany zabiegom resuscytacyjnym odzyska wszystkie czynności życiowe czyli krążenie, oddech i co najistotniejsze - świadomość. Tym samym nie każdego poszkodowanego będzie można nazwać pacjentem zreanimowanym.

Ważnym terminem związanym z udzielaniem pierwszej pomocy jest *stan nagłego zagrożenia zdrowotnego* rozumiany jako: „stan polegający na nagłym lub nieprzewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia”. [5] Kolejny ważny termin to *pierwsza pomoc*, określana jako „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 udostępnionych do powszechnego obrotu wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych”. [5] Pomoc ta nazwana została pomocą przedlekarską i każdy powinien umieć takiej pomocy udzielić. Wspominając terminologię nie można zapomnieć o BLS (*Basic Life Support*) – podstawowych zabiegach resuscytacyjnych, które są czynnościami mechanicznymi, pozwalającymi czasowo wspomóc nieczynne lub

niewydolne serce i płuca, bez konieczności użycia specjalistycznego sprzętu i leków. Celem tych zabiegów jest utrzymanie wystarczającego krążenia krwi i wentylacji płuc do momentu wdrożenia ALS (*Advanced Life Support*) – zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych, których celem jest postępowanie ratownicze u poszkodowanych w stanach nagłych pochodzenia sercowo–naczyniowego i oddechowego, z zastosowaniem technik inwazyjnych, takich jak przyrządowe udrożnienie dróg oddechowych, intubacja i farmakoterapia. [6]

Osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wymaga natychmiastowego podjęcia czynności ratunkowych, w momencie gdy tylko zostanie rozpoznane zagrożenie. W środowisku cywilnym, w większości stanów zagrożenia życia, nagłe pogorszenie się stanu ogólnego zdrowia nie jest wynikiem następstw doznanego urazu, lecz występuje z powodu współistniejących lub nagle rozwijających się chorób bądź powikłań.

Wśród stanów stanowiących nagłe zagrożenie zdrowotne wymienić należy również masywne krwotoki, najczęściej pourazowe, zarówno zewnętrzne jak i wewnętrzne. Kolejnym najczęściej występującym stanem zagrożenia życia w środowisku cywilnym jest ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, spowodowane zamknięciem zaopatrującego je naczynia wieńcowego. Na skutek zamknięcia tętnicy wieńcowej dochodzi do upośledzenia ukrwienia i niedotlenienia ściany mięśnia sercowego, co powoduje jego martwicę. Martwica może występować w ścianie lewej komory, w przegrodzie międzykomorowej, niekiedy w ścianie prawej komory i mięśniu przedsionków. Zawał mięśnia sercowego może być powikłany obrzękiem płuc, zaburzeniami rytmu serca oraz nagłym zatrzymaniem krążenia. [7]

Niedrożność dróg oddechowych jest stanem zagrożenia życia, który wymaga szybkiej oceny poszkodowanego z równoczesnym udzieleniem pomocy, tak aby zapewnić wystarczającą wentylację i utlenowanie. Niewydolność oddechowa to stan, w którym poprzez zaburzenia czynności układu oddechowego dochodzi do upośledzenia wymiany gazowej w płucach, prowadząc do hipoksji i hiperkapnii. [8]

Przyczyną utraty przytomności mogą być zatrucia. Zatrucie ma miejsce wtedy, gdy substancje toksyczne lub ich metabolity działają bezpośrednio na ośrodkowy układ nerwowy bądź pośrednio upośledzają pracę innych narządów, wywołując zaburzenia metaboliczne. Wśród objawów zaburzeń metabolicznych należy wymienić śpiączkę mocznicową (skutek uszkodzenia nerek), śpiączkę wątrobową (uszkodzenie wątroby), śpiączkę ketonową,

śpiączkę hiperosmolarną i hipoglikemiczną oraz śpiączki: tyreotoksyczną i hipotyreotoksyczną. [7,8].

W celu zapewnienia organizacyjno – prawnych zasad pomocy medycznej ludziom w stanach zagrożenia życia lub zdrowia, w 2006 roku przez Ministra Zdrowia został powołany Zespół ds. Ratownictwa Medycznego. Jednocześnie na mocy Ustawy z dnia 8 września 2006 roku (z późniejszymi zmianami Ustawa z dnia 22 października 2010), zgodnie z obowiązującym stanem wiedzy organizacyjno – medycznej, powstał System Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM), który jest integralną częścią systemu bezpieczeństwa publicznego. System ten tworzą współpracujące ze sobą podmioty ratownictwa medycznego, a ich działanie i współdziałanie opiera się na zasadach określonych ustawą. [5,9] W systemie tym biorą udział jednostki, takie jak: zespoły ratownictwa medycznego - ZRM (w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego), szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) oraz centra powiadamiania ratunkowego (CPR), jak również specjalistyczne oddziały współpracujące z tymi jednostkami. System ten ma zapewnić każdemu człowiekowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego należyłą pomoc.

Organizator Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego tworzy powiatowe bądź międzypowiatowe Centra Powiadamiania Ratunkowego, jak również wojewódzkie i krajowe Centra Koordynacji Ratownictwa Medycznego. W porozumieniu z lekarzem koordynatorem Centrum Powiadamiania Ratunkowego, dyspozytor PRM dysponuje podmiotami ratownictwa przedszpitalnego i wysyła je z miejsc ich stacjonowania do działań, w zależności od rodzaju i skali nagłego zagrożenia. Kierownicy podmiotów ratownictwa medycznego zobowiązani są do udziału w opracowywaniu powiatowych i wojewódzkich planów ratowniczych. [10]

Ministerstwo Zdrowia natomiast organizuje całodobowe centrum informacyjne, które zajmuje się udzielaniem informacji o rozpoznawaniu, leczeniu i rehabilitacji osób, które odniosły obrażenia wskutek działania środków chemicznych, skażeń biologicznych oraz promieniowania. W przypadku, gdy dojdzie do zdarzeń masowych, do działań angażuje się siły oraz środki ratownictwa medycznego z sąsiednich obszarów (powiatów, województw), na uprzednio uzgodnionych zasadach działania. [5,9]

Organizatorem Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, a zarazem jego organem kierowniczym i nadzorczym na obszarze Rzeczypospolitej jest Prezes Rady Ministrów, zaś w obszarze województwa

– wojewoda. System ten obejmuje nadzorem w szczególności: ratownictwo przedszpitalne i działania prowadzone w szpitalnych oddziałach ratunkowych, systematyczną analizę poziomu wyszkolenia i wyposażenia podmiotów ratownictwa medycznego, ocenę zdolności funkcjonowania poszczególnych podmiotów ratownictwa medycznego zgodnie z ustawą, oraz analizę dokumentacji przeprowadzonych działań ratowniczych.

W skład Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego wchodzi Centra Powiadamiania Ratunkowego oraz podmioty współpracujące z systemem, takie jak: zakłady opieki zdrowotnej, formacje oraz służby, które działają na rzecz bezpieczeństwa i porządku publicznego, placówki naukowo – badawcze, jak również stowarzyszenia, organizacje oraz inne podmioty, które są zobowiązane do realizowania zadań ratownictwa medycznego zgodnie z ustawowymi lub statutowymi zadaniami. [5,9]

Warunkiem włączenia podmiotu do PRM jest jego podległość tylko jednemu kierownictwu, jak również zdolność do wykonywania zadań w ramach systemu, zachowania spójności i ciągłości procedur medycznych, podejmowanie działań w koordynacji z innymi podmiotami ratownictwa, zachowania standaryzacji procedur ratowniczych i wyposażenia sprzętu ratowniczego, zapewnienia prowadzenia właściwej dokumentacji i rzetelnej oceny jakości, zapewnienia przestrzegania norm i zasad etyki, zapewnienia dyspozycyjności zgodnie z wymogami Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. [5]

W codziennej rzeczywistości najczęściej mamy do czynienia z sytuacjami zagrożeń, które nie noszą znamion kryzysu (w tym klęski żywiołowej), lecz wymagającymi podejmowania szeregu działań natury organizacyjnej, prewencyjnej i ratowniczej z zakresu ochrony ludności. Działania te wykonują odpowiednio Państwowa Straż Pożarna i inne jednostki ochrony przeciwpożarowej, Policja, Centra Powiadamiania Ratunkowego, jednostki PRM oraz inne służby ratownicze (techniczne, chemiczne, ekologiczne). Każdy z tych podmiotów działa zgodnie z własnymi kompetencjami, które określają odpowiednie akty prawne, a za rezultaty działań bezpośrednio odpowiadają kierownicy poszczególnych jednostek organizacyjnych. Jednostki te znajdują się w działach określonych ministrów i są im podległe lub przez nich nadzorowane. [10]

Siły Zbrojne RP, są formacją przeznaczoną do wykonywania specyficznych zadań, a ich głównym celem jest reagowanie na zewnętrzne zagrożenia militarne. Do realizacji tych zadań dysponują odpowiednim

potencjałem, jakim nie dysponuje żadna inna instytucja w państwie. Dlatego też w określonych sytuacjach użycie pododdziałów wojska na obszarze kraju jest ściśle określone przez odpowiednie regulacje prawne zawarte w Konstytucji, Ustawie o stanie klęski żywiołowej, Ustawie o powszechnym obowiązku obrony RP, Ustawie o stanie wyjątkowym oraz Ustawie o stanie wojennym oraz kompetencjach Naczelnego Dowódcy Sił Zbrojnych i zasadach jego podległości konstytucyjnym organom Rzeczypospolitej Polskiej.

Zgodnie z wymienionymi aktami prawnymi cały ciężar reagowania na zagrożenia niemilitarne na obszarze kraju spada na podmioty cywilne, np. Policja, PSP, OSP, GOPR i inne, natomiast jednostki wojskowe podejmują te działania w drugiej kolejności. Działaniami medycznymi w Siłach Zbrojnych RP kieruje Departament Wojskowej Służby Zdrowia, a w jednostkach wojskowych coraz częściej lekarzy zastępują ratownicy medyczni, ponieważ jednym z najważniejszych elementów zabezpieczenia medycznego działań bojowych, na etapie przedszpitalnym, jest Taktyczno-Bojowa Opieka nad Poszkodowanym. Poza szkoleniem z zakresu medycyny taktycznej, dodatkowe wyszkolenie ratowników w jednostkach wojskowych z zakresu ratownictwa cywilnego jest bardzo zasadne, ponieważ także podczas codziennej działalności służbowej w wojsku mogą wystąpić sytuacje nagłego zagrożenia życia. Wynika to nie tylko ze specyfiki procesu szkolenia żołnierzy, w trakcie którego wykorzystywane są środki bojowe bądź materiały niebezpieczne, ale również możliwości wystąpienia nagłych stanów chorobowych wśród kadry wojskowej i pracowników JW, wymagających zastosowania procedur resuscytacyjnych. W związku z tym od kilku lat w Siłach Zbrojnych RP trwają istotne zmiany, które polegają nie tylko na zmianach w sferze uzbrojenia, ale również na wprowadzeniu programu szkoleń żołnierzy zawodowych z zakresu udzielania pierwszej pomocy.

Policja jest umundurowaną i uzbrojoną formacją, która służy społeczeństwu i przeznaczona jest do ochrony bezpieczeństwa ludności oraz do utrzymywania bezpieczeństwa wewnętrznego państwa i porządku publicznego (Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. 1990 nr 30, poz. 179). Do podstawowych zadań Policji zalicza się nadzorowanie przestrzegania prawa, ściganie przestępców, ochronę życia i zdrowia ludzi, nadzorowanie przestrzegania przepisów w ruchu drogowym i wodnym.

W razie potrzeby Policja może też nadzorować służby ratownicze na poziomie operacyjnym.

Ochotnicza Straż Pożarna to umundurowana formacja, która wyposażona jest w specjalistyczny sprzęt przeznaczony do walki z pożarami, klęskami żywiołowymi i innymi miejscowymi zagrożeniami. Do jej podstawowych zadań należy rozpoznawanie zagrożeń pożarowych i innych miejscowych zagrożeń, organizowanie i prowadzenie akcji ratowniczych zarówno w czasie pożarów, jak i klęsk żywiołowych, likwidacja innych miejscowych zagrożeń, wykonywanie pomocniczych i specjalistycznych czynności ratowniczych w czasie klęsk żywiołowych, współdziałanie ze służbami ratowniczymi PRM.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wiedzy i deklarowanych umiejętności żołnierzy SZ RP, funkcjonariuszy Policji i wolontariuszy Ochotniczej Straży Pożarnej na temat metod i technik udzielania pierwszej pomocy.

Metoda

Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji, który składał się z 34 pytań zamkniętych. Każde pytanie zawierało kafeterię, z której badani dokonywali wyboru, ich zdaniem prawidłowej odpowiedzi. Kwestionariusz pytań został podzielony na trzy części, które dotyczyły danych socjodemograficznych respondentów oraz dotychczasowego uczestnictwa w kursach pierwszej pomocy, deklaracji umiejętności i chęci udzielania pierwszej pomocy, znajomości podstawowych i zaawansowanych zabiegów reanimacyjnych. Pytania do kwestionariusza ankiety zostały ułożone na podstawie obowiązujących w 2013 roku Wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacyjnej 2010.

Badanie przeprowadzono w okresie od lipca do listopada 2013 na terenie województwa podkarpackiego, wzięły w nim udział dwie wybrane jednostki mundurowe: Policja i OSP w Tarnobrzegu. Ponadto, w badaniu wzięła udział wybrana jednostka wojskowa z Krosna Odrzańskiego.

Wymagania etyczne

Każdy z respondentów wyraził zgodę na udział w badaniu jak również został poinformowany o celu badań, ich wykorzystaniu i pełnej anonimowości oraz o możliwości rezygnacji z uczestnictwa w badaniu na każdym jego etapie. Na przeprowadzenie badań pozyskano zgodę Komendantów, kierujących jednostkami, w których prowadzono ankietyzację.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 100 osób, tj. 50 wojskowych, 25 policjantów i 25 wolontariuszy OSP. Zdecydowaną większość badanych stanowili mężczyźni - 86%, pozostałe 14% to kobiety. Najlicniejszą grupę ankietowanych - 46% stanowiły osoby w przedziale wiekowym 30 – 40 lat, 17% to badani w wieku 20 – 30 lat, natomiast 10% stanowiła grupa w wieku powyżej 50 r. ż.

Wśród ankietowanych 48 posiadała wykształcenie wyższe - 28% badanych ukończyło studia wyższe, zaś 20% respondentów studia licencjackie. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym - 11%. Miejscem pracy respondentów była siedziba Miejskiej Komendy Policji w Tarnobrzegu oraz 5 oddziałów OSP na terenie Powiatu Tarnobrzieskiego (Wielowieś, Ocice, Sobów, Mokrzeszów, Nagnajów) włączone do KSRG. Staż pracy badanych kształtował się następująco: w Policji najlicniejszą grupę - 68% - stanowili badani ze stażem pracy 1-10 lat, w OSP najliczniej reprezentowani byli wolontariusze zrzeszeni przez okres 1-10lat – 40% grupy badanej, natomiast w wojsku najlicniejszą grupą byli żołnierze pełniący służbę powyżej 20 lat – 60%. Ankietowani w czasie pełnienia służby uczestniczyli w szkoleniach z zakresu udzielania pierwszej pomocy, odpowiedzi takiej udzieliło 82% badanej grupy, w tym 40% stanowili wojskowi i po 21 % policjanci i wolontariusze OSP).

Wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy w różnych sytuacjach zagrażających zdrowiu i życiu powinien posiadać każdy obywatel, dlatego też od wielu lat przekazywana jest w trakcie edukacji szkolnej różnego szczebla oraz przy okazji odbywania szkoleń dotyczących np. bezpieczeństwa i higieny pracy czy też podczas kursu prawa jazdy.

Poziom wiedzy i umiejętności wybranych formacji mundurowych w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach nagłego zagrożenia życia

W trakcie badania starano się ustalić, czy badani kiedykolwiek odbyli zajęcia z zakresu udzielania pierwszej pomocy przed podjęciem aktywności zawodowej.

Tabela I. Udział badanych w szkoleniach z zakresu pierwszej pomocy przed podjęciem pracy w służbach mundurowych

Table I. The participation of respondents in first aid training before working in uniformed services

Uczestnictwo w szkoleniach z pierwszej pomocy przed rozpoczęciem pracy	Policja	Wojsko	OSP	Razem
Tak	19 %	32%	12%	63%
Nie	6%	8%	13%	27%
Brak odpowiedzi	0%	10%	0%	10%
Razem	25%	50%	50%	100%
Miejsce szkolenia				
Szkoła zawodowa/średnia	1%	15%	4%	20%
Szkoła wyższa	24%	6%	8%	38%
Kurs prawa jazdy/inne	0%	29%	0%	29%
Brak odpowiedzi	0%	0%	13%	13%
Razem	25%	25%	25%	100%

W badanej grupie blisko 63% respondentów odbyło kursy z zakresu pierwszej pomocy przed podjęciem aktywności zawodowej w badanych służbach. Zdecydowana większość badanych 58% zdobyła podstawowe informacje w trakcie nauki w szkołach różnego szczebla. 29% wojskowych wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy pozyskało podczas kursu prawa jazdy. Niepokojącym wydaje się być fakt, iż 27% badanych z wybranych służb mundurowych nie uczestniczyło w zajęciach dotyczących pierwszej pomocy przed podjęciem pracy zawodowej.

Aby móc w sposób prawidłowy rozpoznać stan nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz udzielić właściwej i skutecznej pomocy należy cyklicznie uczestniczyć w szkoleniach, które powinny mieć formę nie tylko teoretyczną ale także posiadać wymiar praktyczny, np. ćwiczenia na fantomach lub w pracowniach symulacyjnych. Tylko połączenie rzetelnej wiedzy z opanowaniem umiejętności praktycznych pozwala na zdobycie gruntownego przygotowania, pewności i wiary we własne kompetencje, a tym samym umożliwia skuteczne udzielanie pomocy poszkodowanym.

Obowiązek szkolenia służb mundurowych włączonych do systemu PRM (Państwowe Ratownictwo Medyczne) z zakresu pierwszej pomocy reguluje

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. 229, poz. 1778).

Tabela II. Uczestnictwo oraz ocena szkoleń z zakresu pierwszej pomocy
Table II. The participation and the evaluation of first aid training

Organizowanie szkoleń z pierwszej pomocy w miejscu pracy	Policja	Wojsko	OSP	Razem
Tak	21%	40%	21%	82%
Nie	3%	9%	4%	16%
Brak odpowiedzi	1%	1%	0%	2%
Razem	25%	50%	25%	100%
Formy dydaktyczne szkoleń z zakresu pierwszej pomocy				
Wykład	15%	32%	15%	63%
Zajęcia praktyczne	10%	18%	10%	37%
Razem	25%	50%	25%	100%
Opinia dotycząca obowiązku uczestnictwa w kursie z zakresu pierwszej pomocy				
Tak powinny dotyczyć wszystkich	22%	34%	21%	77%
Powinny dotyczyć wybranych pracowników	2%	9%	2%	13%
Nie ma potrzeby organizowania takich kursów	1%	7%	2%	10%
Razem	25%	50%	25%	100%
Opinia badanych na temat preferowanych form szkolenia z zakresu pierwszej pomocy				
Wykład	1%	8%	2%	11%
Zajęcia praktyczne z fantomem	2%	4%	4%	10%
Wykład i część praktyczna z fantomem	22%	38%	19%	79%
Razem	25%	50%	25%	100%
Samoocena poziomu wiedzy i umiejętności zdobytych podczas szkoleń z zakresu pierwszej pomocy				
Bardzo dobry	2%	2%	1%	5%
Dobry	19%	28%	18%	65%
Słaby	4%	15%	3%	22%
Niewystarczający	0%	5%	3%	8%
Razem	25%	50%	25%	100%

Z analizy zebranego materiału badawczego wynika, iż 82% respondentów uczestniczyło w szkoleniach dotyczących udzielania pierwszej pomocy organizowanych przez zwierzchników w miejscu pracy. W opinii 63% badanych, szkolenia te miały wyłącznie charakter wykładu, natomiast 79% badanych zgodnie twierdzi, że szkolenia takie powinny mieć charakter teoretyczny połączony z wykonywaniem ćwiczeń na fantomach. Według ankietowanych większe szanse na prawidłowe udzielenie pierwszej

Poziom wiedzy i umiejętności wybranych formacji mundurowych w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach nagłego zagrożenia życia

pomocy mają osoby, które posiadają wiedzę popartą ćwiczeniami praktycznymi, takiego zdania jest 95% ogółu badanych. Ankietowani dokonali także samooceny wiedzy i umiejętności zdobytych podczas szkoleń. Z analizy wynika, że tylko 5% określiło poziom zdobytej wiedzy jako bardzo dobry, 65% twierdzi, iż posiada dobry stopień przygotowania do udzielania pierwszej pomocy. Pozostali badani – 30% określają swoje przygotowanie jako słabe i niewystarczające.

Zdarza się, że pomimo posiadanej wiedzy i umiejętności praktycznych boimy się udzielić pierwszej pomocy osobie poszkodowanej. Czasem jest to spowodowane strachem lub brakiem pewności siebie. W trakcie badania ankietowani dokonali samooceny stanu swojego przygotowania do omawianych czynności oraz wskazali emocje towarzyszące ratowaniu życia i zdrowia.

Tabela III. Samoocena umiejętności zdobytych podczas szkoleń oraz emocje odczuwane w trakcie udzielania pierwszej pomocy

Table III. Self-assessment of skills gained during the training and the emotions felt while giving first aid

Odczuwanie lęku i obaw przed podjęciem czynności ratunkowych	Policja	Wojsko	OSP	Razem
Tak	3%	18%	5%	26%
Nie	22%	32%	20%	74%
Razem	25%	50%	25%	100%
Udzielenie pierwszej pomocy mimo wątpliwości i niepewności dotyczących kompetencji				
Tak	25%	32%	23%	80%
Nie	0%	18%	2%	20%
Razem	25%	50%	25%	100%
Samoocena umiejętności wykorzystania wiedzy zdobytej podczas szkolenia w sytuacji rzeczywistej				
Tak potrafiłem w pełni pomóc	16%	15%	20%	51%
Nie byłem w pełni pewien jak należy postąpić	0%	7%	2%	9%
Nie miałem pojęcia co powinienem zrobić	0%	3%	2%	5%
Wiedziałam co należy zrobić ale bałem się	0%	22%	1%	23%
Brak odpowiedzi	9%	3%	0%	12%
Razem	25%	50%	25%	100%

Około 74% ankietowanych osób twierdziło, że nie odczuwa obawy przed udzieleniem pierwszej pomocy osobie poszkodowanej – 32% wojsko, 22% Policja i 20% OSP. Aż 26% respondentów wykazuje obawy przed udzieleniem pierwszej pomocy osobie poszkodowanej.

Analizując wyniki dotyczące chęci udzielenia pierwszej pomocy zaobserwowano, że mimo obaw i wątpliwości 80% grupy badanej twierdzi, iż jest w stanie pokonać niepewność i podjąć działania ratunkowe. Postawę taką deklarowało 32% wojskowych, 25% policjantów i 23% wolontariuszy OSP, natomiast 20% badanych określiło, iż nie jest w stanie pokonać oporów emocjonalnych. Zgodnie z posiadaną wiedzą 51% ankietowanych potrafiło w pełni pomóc osobie poszkodowanej, 9% brakowało pewności siebie pomimo posiadanej wiedzy, 23% stwierdziło, że wiedzieli co zrobić ale bali się. Pozostali badani nie wiedzieli, jak powinni się zachować lub nie udzielili odpowiedzi, co pozwala domniemywać, iż nie posiadali właściwego przygotowania.

Wytyczne Krajowej Rady Resuscytacji z 2010 r. w jasny sposób określają sekwencję czynności ratunkowych, które zapewniają bezpieczeństwo zarówno osobom udzielającym pomocy jak i poszkodowanym, a przede wszystkim dają szansę udzielenia poszkodowanemu szybkiej i skutecznej pomocy. [2]

Zgodnie z wytycznymi KRR należy przede wszystkim zadbać o bezpieczeństwo poszkodowanego i osoby udzielającej pomocy, następnie ocenić stan świadomości poszkodowanego, udrożnić drogi oddechowe, sprawdzić czy poszkodowany oddycha i czy ma wyczuwalne tętno na dużych tętnicach. Osoby nie posiadające wykształcenia medycznego oceniają potencjalne oznaki krążenia, takie jak: oddech, zabarwienie skóry, ruch czy wydawane dźwięki. W sytuacji, gdy nie stwierdza się obecności potencjalnych oznak krążenia, należy podjąć zewnętrzny masaż serca oraz wezwać profesjonalną pomoc.

W trakcie badania starano się ustalić poziom wiedzy badanych na temat wymienionych powyżej podstawowych czynności ratunkowych określanych mianem *BLS*.

Poziom wiedzy i umiejętności wybranych formacji mundurowych w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach nagłego zagrożenia życia

Tabela IV. Samoocena posiadania wybranych umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy

Table IV. Self-assessment of selected first aid skills

Umiejętność oceny stanu przytomności	Policja	Wojsko	OSP	Razem
Tak	25%	48%	25%	98%
Nie	0%	1%	0%	1%
Brak odpowiedzi	0%	1%	0%	1%
Razem	25%	50%	25%	100%
Umiejętność oceny oddechu				
Tak	19%	23%	8%	50%
Nie	6%	27%	17%	50%
Razem	25%	50%	25%	100%
Umiejętność udrożnienia dróg				
Tak	21%	42%	22%	85%
Nie	4%	8%	3%	15%
Razem	25%	50%	25%	100%
Znajomość miejsc i umiejętność badania tętna				
Tętnica szyjna	23%	23%	18%	64%
Tętnica udowa	0%	3%	2%	5%
Tętnica ramienna	0%	23%	1%	24%
Wewnętrzna strona nadgarstka	2%	1%	4%	7%
Razem	25%	50%	25%	100%
Umiejętność przyłożenia dłoni i wykonywania pośredniego masażu serca				
Na środku mostka uszkodowanego	3%	22%	7%	32%
Na 1/3 górnej części mostka	1%	2%	14%	17%
Na 1/3 dolnej części mostka	11%	18%	1%	30%
Brak odpowiedzi	0%	8%	3%	11%
Razem	25%	50 %	25%	100%
Wiedza dotycząca proporcji między ilością uciśnień klatki piersiowej a ilością oddechów w trakcie resuscytacji				Razem
5 uciśnień /1 oddech	0%	1%	0%	1%
5 uciśnień /2 oddechy	0%	0%	0%	0%
15 uciśnień /2 oddechy	0%	4%	1%	5%
30 uciśnień /2 oddechy	25%	45%	24%	94%
Razem	25%	50%	25%	100%

Analiza umiejętności respondentów wykazała, że 98% potrafiło ocenić stan świadomości osoby poszkodowanej. Według ankietowanych osób najwłaściwszym bodźcem używanym do oceny przytomności u osoby poszkodowanej jest głos, odpowiedzi takiej udzieliło 67% badanych, dotykiem posłużyłoby się 21% ogółu, 11% oceniłoby przytomność za pomocą bodźca bólowego, pozostałe 7% respondentów nie potrafiło ocenić stanu świadomości. Zdaniem 96% respondentów do osoby nieprzytomnej zawsze niezbędne jest wezwanie zespołu Pogotowia Ratunkowego.

Dyskusja

Z przeprowadzonych badań wynika, iż 63% badanych uczestniczyło w szkoleniach pierwszej pomocy przed rozpoczęciem aktywności zawodowej, pozostali badani nie brali udziału w tego typu szkoleniach.

W badaniu przeprowadzonym w 2011 r. przez Woźniak i wsp. [12], wśród nauczycieli wychowania przedszkolnego, 84% badanych brało udział w szkoleniach z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Zdecydowanie największy odsetek uczestnictwa ankietowanych w szkoleniach pierwszej pomocy - 94% odnotowali Bilewicz-Wyrozumska i wsp. [13] w 2012r, badając stopień znajomości zasad udzielania pierwszej pomocy wśród nauczycieli różnych typów szkół w Siemianowicach Śląskich.

W badaniu własnym najwięcej (38%) badanych uczestniczyło w szkoleniach z pierwszej pomocy podczas studiów, 29% w ramach kursów prawa jazdy, natomiast 20% w trakcie nauki w szkole średniej. Nieco niższe wyniki dotyczące miejsca odbywania szkolenia z pierwszej pomocy 18% w trakcie kursu prawa jazdy i 14% w czasie nauki w szkole średniej, uzyskali Wiśniewski i Majewski [14] w 2007r, badając poziom wiedzy nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych w województwie zachodniopomorskim. W badaniu przeprowadzonym przez lekarzy w Wojskowej Akademii Medycznej, Miros i wsp. [15] ankietowani jako miejsce szkolenia z pierwszej pomocy wskazywali: szkołę (68%), zakład pracy (55%) wojsko (31%) i uczelnię (10%).

Niezwykle ważnym elementem szkoleń z zakresu pierwszej pomocy jest połączenie wiedzy teoretycznej z nabyciem umiejętności praktycznych. W przeprowadzonym badaniu aż 63% badanych odpowiedziało, że szkolenia w których uczestniczyli miało charakter teoretyczny, a blisko 80% wyraziło opinię, iż szkolenie powinno przebiegać w formie zajęć teoretyczno-praktycznych. Podobne wyniki uzyskali Woźniak i wsp. [12], gdzie 88% badanych nauczycieli uważało, że kurs udzielania pierwszej pomocy powinien odbywać się w formie teoretyczno-praktycznej. Znakomita część badanych (96%) przyznała, że osoby, które przyswoiły wiedzę teoretyczną i poparły ją ćwiczeniami praktycznymi posiadają większe umiejętności w udzielaniu pierwszej pomocy. Uzyskane wyniki badań własnych korespondują z wynikami Bilewicz-Wyrozumskiej i wsp. [13], gdzie zdecydowana większość badanych nauczycieli (87%) wskazywała, że prowadzenie szkoleń w formie teoretyczno-praktycznej umożliwia nabycie

rzetelnego przygotowania do udzielania pierwszej pomocy. Większą efektywność teoretyczno-praktycznych szkoleń wykazali także Chemporek i wsp. [16] w badaniu uczniów szkół w Lublinie i Lubartowie.

W trakcie badania poproszono ankietowanych o dokonanie samooceny wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie szkoleń z zakresu pierwszej pomocy. Ponad połowa badanych (65%) odpowiedziało, że ich wiedza i umiejętności są na dobrym poziomie. Tylko 5% badanych poziom swojej wiedzy oceniło jako bardzo dobry, jako słaby i niewystarczający odpowiednio 22% i 8%. W badaniu prowadzonym przez Woźniak i wsp. [12] nauczyciele wychowania przedszkolnego oceniali swój stan wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy w skali od 1 (najgorzej) do 5 (najlepiej), a średni poziom wiedzy wynosił 2,98. Uzyskany poziom można interpretować jako słaby i niewystarczający. Badanie samooceny poziomu wiedzy z zakresu pierwszej pomocy wśród studentów uczelni wyższych w Poznaniu prowadzili Sitek i wsp. [17]. Autorzy stwierdzili, że poziom wiedzy koresponduje z typem uczelni i tak: najlepiej wypadło 68% studentów Uniwersytetu Medycznego, oceniając poziom swojej wiedzy jako bardzo dobry i dobry, natomiast ponad 30% jako niewystarczający. Odmienne poziom swojej wiedzy określili studenci Uniwersytetu Ekonomicznego, gdzie na ocenę dobrą wskazało tylko 19% badanych, pozostali (69%) wskazali na poziom niewystarczający, zaś 12% przyznało, że nie zna zagadnień związanych z udzielaniem pierwszej pomocy. Równie niskie wyniki uzyskano wśród studentów pozostałych uczelni niemedycejskich: studenci Uniwersytetu A. Mickiewicza, Uniwersytetu Przyrodniczego i Politechniki Poznańskiej w 53-59% ocenili swoją wiedzę jako niewystarczającą, 32-36% jako dobrą, pozostałe 9-11% jako znikomą. Przytoczone powyżej wyniki badań pozwalają na wysnucie wniosku, że przygotowanie polskiego społeczeństwa do udzielania pierwszej pomocy pozostaje na miernym poziomie i nie służy budowaniu poczucia bezpieczeństwa, iż w sytuacji zagrożenia w pobliżu znajdzie się osoba potrafiąca udzielić pomocy przedmedycznej.

Czas wykonywanych czynności podczas udzielania pierwszej pomocy jest ważnym miernikiem skuteczności podejmowanych działań, gdyż od niego właśnie zależy ludzkie życie – na ocenę prawidłowego oddechu przeznaczono 10 sekund. Według 50% respondentów czas trwania oceny oddechu u osoby poszkodowanej powinien wynosić 10 sekund, pozostałe 50% ankietowanych udzieliło błędnych odpowiedzi. 72% ankietowanych

potrafiło podać zgodny z Wytycznymi KRR sposób oceny oddechu u osoby poszkodowanej, z wykorzystaniem algorytmu: patrz, słuchaj, czuj. Podobny poziom wiedzy (74%) dotyczącej sprawdzania oddechu u osoby poszkodowanej stwierdzono wśród nauczycieli w Szczecinie [14]. Znacznie lepiej w tym zakresie wypadli studenci poznańskich uczelni wyższych, gdzie odsetek właściwych odpowiedzi sięgał od 80% do 96% w zależności od rodzaju uczelni [17].

Aby oddechy ratownicze były skuteczne, należy sprawdzić drożność dróg oddechowych. Metodę prawidłowego udrożnienia dróg oddechowych osoby poszkodowanej – nieprzytomnej potrafiło podać 85% badanych, w tym 42% wojskowych, 22% wolontariuszy OSP i 21% policjantów.

Bardzo istotnym etapem *BLS* jest badanie tętna na dużych naczyniach tętnicznych, np. tętnicy szyjnej lub udowej (umiejętność ta nie jest wymagana od osób nieposiadających wykształcenia medycznego, chyba że osoby te ukończyły szkolenie z zakresu Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy). Mimo to zapytano badanych, czy posiadają wiedzę dotyczącą miejsc badania tętna. Najczęściej wskazywanym miejscem oceny tętna była tętnica szyjna, odpowiedziało tak 66% respondentów. Nieco gorsze wyniki dotyczące miejsca badania tętna na tętnicy szyjnej uzyskano w badaniu nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych Szczecina i Gryfic (52% i 50%) [14].

W sytuacji braku tętna na dużych naczyniach, należy natychmiast wezwać pomoc i rozpocząć zewnątrz masaż serca, przykładając dłonie na środku klatki piersiowej poszkodowanego z wyprostowanymi ramionami i stawami łokciowymi ustawionymi prostopadle do mostka i uciskać klatkę piersiową na głębokość ok. 5-6 cm z częstotliwością ok. 100 razy na minutę (maksymalnie 120 uciśnieć na minutę – wytyczne KRR 2010). Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 32% badanych, pozostałe 68% jako miejsce przyłożenia dłoni do mostka poszkodowanego podało 1/3 górnej lub dolnej części mostka. Znacznie gorsze wyniki uzyskano w badaniu studentów poznańskich uczelni, gdzie prawidłowej odpowiedzi udzieliło mniej niż 15% studentów uczelni niemedycznych, natomiast zdecydowanie lepiej wypadli w tym badaniu studenci Uniwersytetu Medycznego, gdzie 60% ankietowanych znało prawidłową częstość uciskania klatki piersiowej [17]. W badaniu prowadzonym przez Wiśniewskiego i Majewskiego [14] prawidłowe miejsce ułożenia rąk do masażu serca potrafiło wskazać tylko 14% badanych ze Szczecina i 24% z Gryfic.

Osoby podejmujące czynności resuscytacyjne muszą wiedzieć, że należy je prowadzić aż do momentu przywrócenia czynności życiowych, przekazania osoby poszkodowanej ZRM lub fizycznego wyczerpania. Prawidłową wiedzę w tym zakresie wykazało 75% badanych.

AED (*Automated External Defibrillator*) jest urządzeniem, które wspiera osobę udzielającą pierwszej pomocy podczas wykonywania czynności resuscytacyjnych. W zestawie AED znajdują się dwie elektrody służące do oceny rytmu pracy serca, posiadają one funkcję defibrylacji. Zautomatyzowany defibrylator zewnętrzny (AED) wyposażony jest w moduł umożliwiający rozpoznawanie i analizę zaburzeń rytmu serca (wykrycie rytmu kwalifikującego się do defibrylacji) oraz w tryb podpowiedzi sekwencji postępowania. Aparat posiada funkcję wydawania poleceń głosowych, które ułatwiają wykonywanie poszczególnych czynności na każdym etapie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Udzielając pomocy poszkodowanemu należy ściśle stosować się do komend podawanych przez urządzenie. Wśród ankietowanych 56% posiadało wiedzę dotyczącą zastosowania i współpracy z AED. [18] Nieco lepsze wyniki dotyczące umiejętności obsługi AED (60%) uzyskali studenci Uniwersytetu Medycznego z Poznania. [17]

Większość osób uważa, że defibrylację można wykonać tylko trzykrotnie podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Nie jest to prawdą, resuscytację krążeniowo-oddechową prowadzimy w oparciu o przyczynę zatrzymania krążenia i korzystamy z AED tyle razy, ile jest to konieczne.

W badaniu własnym 26% badanych odczuwa lęk i obawę przed podjęciem czynności ratunkowych, ale mimo odczuwania wątpliwości i niepewności co do swoich umiejętności, aż 80% w sytuacji zagrożenia udzieliłoby pierwszej pomocy osobie poszkodowanej. Ponad połowa badanych (51%) stwierdza, że jest w stanie w pełni wykorzystać zdobytą podczas szkoleń wiedzę i umiejętności w sytuacji rzeczywistej. Lęk przed udzieleniem pierwszej pomocy odczuwają także nauczyciele zachodniopomorskich szkół, wskazując jako powód brak umiejętności (66% i 78%). Nauczyciele wskazywali także na obawy przed zwiększeniem obrażeń poszkodowanego w sytuacji podjęcia nieprawidłowych działań. [13]

Szybkie udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia ma ogromny wpływ na przeżywalność osoby poszkodowanej. Przywrócenie osobie poszkodowanej z np. nagłym zatrzymaniem krążenia - oddechu i świadomości, bądź też tylko oddechu/krążenia, zależne jest od jakości oraz

sprawności przeprowadzonych podstawowych lub zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych.

Umiejętne udzielanie pierwszej pomocy przez każdego z nas jest bardzo ważne, a w szczególności dotyczy to osób, które z racji wykonywanego zawodu mogą częściej znaleźć się w miejscach, gdzie zdrowie i życie ludzkie jest zagrożone – dotyczy to nie tylko zawodów medycznych. Należy więc dołożyć wszelkich starań, aby pracownicy jednostek wcielonych do Państwowego Ratownictwa Medycznego posiadali gruntowne przygotowanie teoretyczne, poparte umiejętnościami praktycznymi z zakresu udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia.

W ciągu 4-5 minut od zatrzymania krążenia może dojść do zajścia nieodwracalnych zmian w układzie nerwowym spowodowanych niedokrwieniem. Podjęcie czynności ratunkowych w tym czasie daje szansę na przeżycie choremu lub poszkodowanemu, o ile na miejscu zdarzenia znajdzie się osoba potrafiąca udzielić pomocy, a osobą tą może być policjant, żołnierz lub wolontariusz ochotniczej straży pożarnej.

Wnioski

1. Deficyt wiedzy badanych dotyczą głównie znajomości pojęcia resuscytacji, czasu w jakim należy udzielić pomocy czy sposobu oceny stanu poszkodowanego.
2. Deficyt samooceny umiejętności w zakresie podejmowania czynności ratowniczych może wynikać z teoretycznego charakteru szkoleń. Zdaniem badanych wiedza teoretyczna powinna zostać poparta nabyciem umiejętności praktycznych.
3. Służby mundurowe powinny okresowo uczestniczyć w szkoleniach teoretyczno-praktycznych z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej, co wpłynęłoby korzystnie na zaktualizowanie wiedzy, ugruntowanie umiejętności oraz nabranie pewności siebie.
4. Konsekwencją posiadania niepełnej wiedzy i umiejętności badanych może być tragiczne w skutkach dla poszkodowanego, zachowanie na miejscu wypadku.
5. Tylko zapewnienie ciągłej edukacji w formie teoretyczno-praktycznej pozwoli żołnierzom, policjantom i strażakom poczuć się w pełni przygotowanym na sytuacje, w których zajdzie potrzeba udzielania pierwszej pomocy.

Piśmiennictwo

1. Gaszyński W.: Intensywna terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej, Repetytorium, Wyd. PZWL, Warszawa 2010.
2. Europejska Rada Resuscytacji 2010, Polska Rada Resuscytacji, Resuscytacja krążeniowo–oddechowa i automatyczna defibrylacja zewnętrzna, Podręcznik do kursu, Wyd. wg wytycznych ERC, Kraków 2010.
3. Andres J., Krawczyk P., drab E., Dembkowska M.: Podsumowanie kluczowych zmian w Wytycznych resuscytacji 2015 ERC. www.prc.krakow.pl , data dostępu 07.01.2016.
4. Goniewicz M.: Pierwsza pomoc, podręcznik dla studentów, Wyd. PZWL, Warszawa 2011.
5. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym (DZ. U. 2006, nr 191,poz. 1410 z póź. zm.).
6. Colquhoun M.C., Handley A.J., Evans T.R.: ABC resuscytacji, (red.): Jakubaszko J.: Wyd. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2012.
7. Mazurkiewicz A., Arendarczyk M.: Postępowanie z poszkodowanym podczas nagłego zatrzymania krążenia w warunkach przedszpitalnych, [w]: Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi, wybrane zagadnienia, t.4, (red.) Steciwko A., Wojtal M., Żurawicka D., Wyd. Continuo, Wrocław 2011.
8. Seffrin P., Schua R.: Postępowanie w nagłych przypadkach medycznych, Edra Urban & Partner, Wrocław 2014.
9. Skoczylas J. J.: Prawo ratownicze, Wyd. LexisNexis, Kraków 2011.
10. Goniewicz M.: Medycyna katastrof. Problemy organizacyjno – diagnostyczne, Wyższa Szkoła Ekonomii i Prawa im. Prof. Edwarda Lipińskiego, Kielce 2012.
11. Chapleau W.: Ratownictwo - Kwalifikowana pierwsza pomoc, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2013.
12. Woźniak J., Nowicki G., Goniewicz M. i wsp.: Analiza przygotowania nauczycieli wychowania przedszkolnego do udzielania pierwszej pomocy, Przegl. Epidemiol. 2011; 65.
13. Bilewicz-Wyrozumska T., Rybarczyk J., Lar K. i wsp.: Znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy wśród nauczycieli, rozdział I, Zdrowie i Dobrostan I/2014.
14. Wiśniewski J., Majewski W.D.: Ocena poziomu wiedzy nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych w zachodniopomorskim na temat udzielania pierwszej pomocy.
15. Miros E., Maj E., Ramus A., Mazurkiewicz A.: sprawdzian wiedzy społeczeństwa polskiego w zakresie udzielania pomocy ratującej życie. Pielęg. 2000, 1998,5 (40).
16. Chemporek E., Korecka R., Żołnierczuk-Kieliszek D.: Efektywność nauczania pierwszej pomocy w szkołach. Med Intens Ratunk 2004;7;4.

17. Sitek I., Wit M., Goniewicz M.: Ocena znajomości zagadnień pierwszej pomocy wśród studentów uczelni uniwersyteckich miasta Poznania. *Nowiny Lekarskie* 2012, 81,6.
18. Wranicz J., Kaczmarek K., Gaszyński W.: Zautomatyzowana defibrylacja zewnętrzna, Wyd. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2012.

Tekst złożony w redakcji: 25.11.2015 r.

Przyjęto do druku: 18.12.2015 r.