

ARTYKUŁ ORYGINALNY/ORIGINAL PAPER

Otrzymano/Submitted: 05.12.2014 • Zaakceptowano/Accepted: 17.06.2015

© Akademia Medycyny

Analiza wiedzy pracowników zakładów przemysłowych na temat udzielania pierwszej pomocy**Assessment of first aid knowledge among employees of industrial workplaces****Łukasz Pietrzyk, Grzegorz Witkowski, Marta Denisow, Anna Torres, Ryszard Maciejewski, Kamil Torres**

Pracownia Symulacji Medycznej, Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Streszczenie**

Wstęp. Najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce są choroby układu sercowo-naczyniowego i związane z nimi nagle zatrzymanie krążenia. Do nieszczęśliwych wypadków dochodzi w dużych skupiskach ludzi, w tym zakładach pracy. Świadcami tych wypadków są współpracownicy osoby poszkodowanej, którzy najczęściej nie posiadają wystarczającej wiedzy medycznej dotyczącej udzielania pierwszej pomocy. **Cel.** Celem pracy była analiza wiedzy pracowników przemysłowych zakładów pracy na temat pierwszej pomocy. **Materiał i metody.** W badaniu udział wzięło 115 pracowników różnych zakładów przemysłowych. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz, składający się z pytań zamkniętych i metryczki. **Wyniki.** Poziom wiedzy respondentów na temat udzielania pierwszej pomocy jest dość dobry. Większość ankietowanych zna prawidłowy sposób oceny oddechu oraz schemat resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Ponad połowa badanych uczestniczyła w szkoleniu z pierwszej pomocy, jednakże duża część ankietowanych wyraża chęć udziału w szkoleniu kładącym nacisk na umiejętności praktyczne. Próbę podjęcia resuscytacji krążeniowo-oddechowej deklaruje 69% respondentów, jednak duża grupa badanych czuje obawę przed udzielaniem pomocy, tłumacząc to brakiem umiejętności i lękiem przed zaszkodzeniem poszkodowanemu. **Wnioski.** Konieczne są szkolenia osób w miejscach, gdzie ich skupisko jest duże, czego przykładem mogą być zakłady pracy, w których zostało przeprowadzone badanie. Szkolenie z zakresu pierwszej pomocy, oprócz części teoretycznej, powinno przede wszystkim uczyć praktycznie technik udzielania pierwszej pomocy. Dodatkowo, aby podnieść świadomość społeczeństwa, istnieje konieczność organizowania akcji promujących i uświadamiających ważność podjęcia działania w sytuacji zagrożenia życia drugiej osoby. *Anestezjologia i Ratownictwo 2015; 9: 168-174.*

Słowa kluczowe: pierwsza pomoc, nagłe zatrzymanie krążenia, wypadek, przemysł, zakład pracy

Abstract

Background. Cardiovascular diseases and sudden cardiac arrest are the most common causes of deaths in Poland. Misadventures are typical for places of high people concentration thus victim's coworkers are crucial in these situations if have knowledge concerning the first aid. **Aim.** The aim of the study was to analyze the knowledge of the employees of the industrial workplaces about the first aid. **Material and methods.** The study was carried out among 115 employees of the industrial workplaces. To assess the first aid knowledge the original questionnaire consisting of multiple choice questions and demographics was used. **Results.** Level of respondents' knowledge concerning first aid is satisfactory. Majority of the study group knows the cardio-pulmonary resuscitation sequence. More than half of respondents participated in the first aid course however they wish to refresh their practical

skills. Lack of practical skills and angst of the victim are the most common fears among respondents that stop them to provide first aid. **Conclusion.** First aid courses are necessary, especially in places characterized by high people concentration. Such courses should include theory but mainly should emphasize on practical skills. Additionally the promotional actions are needed to increase the community knowledge and awareness about the importance of the first aid provision in emergency and life-threatening situations. *Anestezjologia i Ratownictwo 2015; 9: 168-174.*

Keywords: first aid, sudden cardiac arrest, accident, industry, workplace

Wstęp

Pierwsza pomoc to zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowia, wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia [1].

Najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce są choroby układu sercowo-naczyniowego i związane z nimi nagle zatrzymanie krążenia (NZK) [2]. Odpowiednie i szybkie rozpoznanie objawów wynikających z zatrzymania krążenia umożliwia wczesne wezwanie pomocy i rozpoczęcie czynności resuscytacyjnych, co skutkuje znacznym zwiększeniem szans poszkodowanego na przeżycie oraz zmniejsza skutki niedotlenienia centralnego układu nerwowego [3].

Nagle zatrzymanie krążenia w warunkach pozaszpitalnych jest jednym z najgroźniejszych stanów zagrażających życiu [4]. W Europie rocznie dochodzi do około 400 000 przypadków NZK, natomiast dane dotyczące populacji polskiej donoszą o około 40 000 przypadków NZK rocznie [5]. Jednym z głównych czynników decydujących o powodzeniu akcji ratunkowej jest czas, w którym dochodzi do przywrócenia efektywnej pracy serca. Czas ten powinien wynosić od 4 do 5 minut, a jego wydłużenie o jedną minutę skutkuje zmniejszeniem szans na powodzenie resuscytacji o 7 do 10% [6]. Pogotowie ratunkowe, od momentu zgłoszenia wezwania, ma na dotarcie do miejsca zdarzenia 8 minut - na terenach miejskich oraz 15 minut - na terenach pozamiejskich. Jednakże na czas dotarcia zespołu ratunkowego do poszkodowanego wpływa wiele czynników, m.in. aktualne warunki pogodowe, czy natężenie ruchu drogowego, niejednokrotnie skutkując jego wydłużeniem [1,3,5-7].

W pierwszych minutach od wystąpienia nagłej sytuacji zagrażającej życiu kluczową rolę odgrywają osoby znajdujące się w bezpośrednim otoczeniu poszkodowanego. Należy w tym miejscu przypomnieć, że oprócz niesienia pomocy drugiemu człowiekowi, wynikającej z naturalnego odruchu, każdy oby-

tel jest do tego zobligowany przepisami prawnymi. Artykuł 162 Kodeksu Karnego mówi nawet o 3 latach pozbawienia wolności osoby, która nie udzieli pomocy osobie znajdującej się w sytuacji bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu [8,9].

Najczęściej do nieszczęśliwych wypadków dochodzi w dużych skupiskach ludzi, w tym w zakładach pracy. Świadcami tych wypadków są współpracownicy osoby poszkodowanej, którzy najczęściej nie posiadają wystarczającej wiedzy medycznej dotyczącej udzielania pierwszej pomocy [10]. W 2013 roku Główny Urząd Statystyczny (GUS) zarejestrował 88 267 wypadków przy pracy, z czego 529 to wypadki o stopniu ciężkim, 87462 o stopniu lekkim i 276 to wypadki śmiertelne. W sektorze przetwórstwa przemysłowego w roku 2013 doszło ogółem do 28 095 wypadków, z czego wypadków o charakterze ciężkim odnotowano 222, a wypadków śmiertelnych 52 [11].

Cel pracy

Celem pracy było poznanie wiedzy pracowników przemysłowych zakładów pracy na temat pierwszej pomocy. Celami szczegółowymi badania była analiza historii szkolenia badanych osób w zakresie udzielania pierwszej pomocy oraz stosunku i gotowości respondentów do niesienia pomocy osobom poszkodowanym.

Materiał i metody

W badaniu udział wzięło 115 pracowników zakładów przemysłowych: Cersanit Krasnystaw, Okręgowej Spółdzielni Mleczarskiej Krasnystaw, Fermentowni Tytoniu Krasnystaw, Kartoneks Krasnystaw i Energoremont Krasnystaw.

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz składający się z 19 pytań zamkniętych i metryczki. Ankieta była przeprowadzona w sposób

anonimowy i dobrowolny. Pierwsza część ankiety zawierała pytania dotyczące wcześniejszego uczestnictwa respondentów w kursach pierwszej pomocy oraz ewentualnej chęci poprawienia swojej wiedzy i umiejętności z zakresu technik ratujących życie. Druga część kwestionariusza dotyczyła aktualnej wiedzy osób badanych na temat udzielania pierwszej pomocy poszkodowanemu nieprzytomnemu, nieoddychającemu i oddychającemu. Kwestionariusz opracowano zgodnie z Wytycznymi Polskiej Rady Resuscytacji z 2010 roku [5].

Zmienne liczbowe przedstawiono za pomocą średniej arytmetycznej, z podaniem wartości minimalnej i maksymalnej oraz wartości procentowych. Analizę statystyczną danych przeprowadzono przy pomocy programu statystycznego SPSS software version 16.0 oraz arkusza kalkulacyjnego Microsoft Office Excel 2007. Zależności pomiędzy zmiennymi analizowano testem χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 115 pracowników zakładów przemysłowych z terenu powiatu krasnostawskiego. Wśród badanych kobiety stanowiły 16,52% ($n = 19$), a mężczyźni 83,48% ($n = 96$). Średni wiek badanej populacji wynosił 38 lat ($SD = 11,20$ lat) i wahał się w przedziale 20-60 lat.

Wśród osób uczestniczących w badaniu dominowały osoby ze średnim wykształceniem (36%). Osoby z wykształceniem wyższym stanowiły 31% populacji badanej, z wykształceniem zasadniczym

22%, z wykształceniem średnim policealnym 8%, a 3% respondentów zadeklarowało wykształcenie podstawowe. Większość respondentów to mieszkańcy miast (58%), 42% stanowili mieszkańcy wsi.

Udział w szkoleniu z zakresu udzielania pierwszej pomocy zadeklarowało 64% pytanym. Połowa osób z tej grupy wyraziła chęć ponownego szkolenia tylko wtedy, jeżeli szkolenie będzie skierowane na naukę umiejętności praktycznych. Bezwarunkowy udział w szkoleniu wyraziło 40% respondentów, podczas gdy 7% ankietowanych stwierdziło, że ich stan wiedzy jest wystarczający i nie wymagają ponownego szkolenia, a 3% uznało szkolenie dotyczące pierwszej pomocy za niepotrzebne.

36% badanych nigdy nie uczestniczyło w szkoleniu z zakresu pierwszej pomocy. Większość - 90% respondentów - wyraziła chęć zdobycia wiedzy i udziału w kursie z podstawowych technik ratujących życie. Rozkład procentowy był wysoce istotny statystycznie ($p < 0,001$).

Na pytanie o pierwszą czynność resuscytacyjną, jaką zgodnie z algorytmem Podstawowych Zabiegów Resuscytacyjnych (BLS, ang. Basic Life Support) należy wykonać po podejściu do poszkodowanego – sprawdzić jego reakcję, prawidłowo odpowiedziało 86% ankietowanych. 5% pytanym pomoc poszkodowanemu rozpoczęłoby od uciśnięć klatki piersiowej, 8% uczestników badania udroźniłoby najpierw drogi oddechowe, a 1% ankietowanych pomoc poszkodowanemu rozpoczęłaby od 2 oddechów ratowniczych. Rozkład procentowy był wysoce istotny statystycznie ($p < 0,001$).

Kolejne pytanie dotyczyło kolejności postępowania

Tabela I. Odpowiedzi ankietowanych na temat kolejność postępowania z poszkodowanym po sprawdzeniu jego reakcji

Table I. Respondents' answers about the sequence of the first aid sequence after checking victim's responsiveness

Kolejność postępowania	% ankietowanych
Wezwać drugą osobę do pomocy lub poprosić kogoś o pomoc, udroźnić drogi oddechowe, sprawdzać oddech przez 10 s, jeżeli poszkodowany nie oddycha przystąpić do uciskania klatki piersiowej i oddechów ratowniczych	44
Wezwać drugą osobę do pomocy lub poprosić kogoś o pomoc, sprawdzać oddech przez 10 s, jeżeli poszkodowany nie oddycha przystąpić do uciskania klatki piersiowej i oddechów ratowniczych, udroźnić drogi oddechowe	33
Udroźnić drogi oddechowe, wezwać drugą osobę do pomocy lub poprosić kogoś o pomoc, sprawdzać oddech przez 10 s, jeżeli poszkodowany nie oddycha przystąpić do uciskania klatki piersiowej i oddechów ratowniczych	18
Jeżeli poszkodowany nie oddycha przystąpić do uciskania klatki piersiowej i oddechów ratowniczych, udroźnić drogi oddechowe, sprawdzać oddech przez 10 s, wezwać drugą osobę do pomocy lub poprosić kogoś o pomoc	5
p < 0,001	

z poszkodowanym, tuż po sprawdzeniu jego reakcji. Prawidłowo na to pytanie odpowiedziało 44% ankietowanych. Rozkład procentowy był wysoce istotny statystycznie ($p < 0,001$). Udział procentowy odpowiedzi udzielanych przez respondentów na pytanie dotyczące postępowania z chorym po sprawdzeniu przytomności prezentuje tabela I.

W następnej kolejności ankietowani zostali zapytani o sposób wykonania manewru udrożnienia dróg oddechowych. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 39% respondentów. 22% respondentów za prawidłowy manewr uznało samo położenie palców na brodzie i odchylenie głowy do tyłu, podczas gdy 23% badanych jako prawidłowe oceniło samo położenie ręki na czole poszkodowanego i odchylenie jego głowy do tyłu. Położenie ręki na czole poszkodowanego, jako prawidłowe w celu udrożnienia dróg oddechowych, zostało uznane przez 11% badanych, a 5% ankietowanych od razu rozpoczęłoby wdmuchiwanie powietrza przez usta poszkodowanego. Rozkład procentowy był wysoce istotny statystycznie ($p < 0,001$).

Kolejną umiejętnością, jaka była sprawdzana w drugiej części kwestionariusza, była prawidłowa ocena oddechu poszkodowanego. 65% badanych za prawidłowe postępowanie uznało oczekiwanie na 2-3 oddechy - kontrolowane przez 10 sekund zmysłami wzroku, słuchu i czucia. 16% respondentów prowadziło obserwację oddechów przez 5 sekund, oczekując 5 prawidłowych oddechów, 11% przez 30 sekund oczeki-

kiwałoby 10 prawidłowych oddechów, podczas gdy 8% ankietowanych zmysłem wzroku i słuchu przez 60 sekund oczekiwałoby 25 prawidłowych oddechów. Rozkład procentowy był wysoce istotny statystycznie ($p < 0,001$).

Ankietowani, pytani o prawidłową pozycję poszkodowanego podczas wykonywania resuscytacji krążeniowo-oddechowej, w większości (68%) uznali, że poszkodowany powinien leżeć na plecach. 21% badanych jako prawidłową wskazało pozycję na plecach z uniesieniem nóg poszkodowanego. Dla 9% respondentów odpowiednią do prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej była pozycja na boku, a 2% ankietowanych uznało, że poszkodowanego powinno się ułożyć na łóżku. Rozkład procentowy był wysoce istotny statystycznie ($p < 0,001$).

Większość ankietowanych udzieliła prawidłowej odpowiedzi dotyczącej stosunku uciśnień klatki piersiowej do oddechów ratowniczych, wskazując stosunek 30:2. Rozkład procentowy był wysoce istotny statystycznie ($p < 0,001$).

Procentowy udział odpowiedzi badanych, dotyczący prawidłowego schematu wykonywania uciśnień klatki piersiowej i oddechów ratowniczych, zaprezentowano w tabeli II.

Wiedzę respondentów dotyczącą postępowania z poszkodowanym nieprzytomnym, oddychającym przedstawiono w tabeli III. Rozkład procentowy był wysoce istotny statystycznie ($p < 0,001$).

Tabela II. Znajomość schematu stosunku uciśnień klatki piersiowej do oddechów ratowniczych
Table II. Knowledge about the chest compressions to breathes ratio

Stwierdzenie	% ankietowanych
Stosunek uciśnień klatki piersiowej do oddechów ratowniczych 30:2	72
Stosunek uciśnień klatki piersiowej do oddechów ratowniczych 10:2	20
Stosunek uciśnień klatki piersiowej do oddechów ratowniczych 60:4	8
p < 0,001	

Tabela III. Znajomość zasad postępowania z poszkodowanym nieprzytomnym oddychającym
Table III. Knowledge about placing and helping unconscious but breathing victim

Stwierdzenie	% ankietowanych
Układam poszkodowanego w pozycji bezpiecznej, kontroluje czynności życiowe i czekam na wykwalifikowaną pomoc medyczną	77
Pozostawiam poszkodowanego w pozycji zastanej i czekam na pomoc	22
Układam poszkodowanego na plecach i odchodzę od miejsca zdarzenia	1
Układam poszkodowanego na brzuchu i czekam na wykwalifikowaną pomoc medyczną	0
p < 0,001	

Gotowość do udzielenia pierwszej pomocy w wymagającej tego sytuacji zadeklarowało 69% respondentów. Jednakże duża część badanych wyraziła obawę przed podjęciem czynności ratujących życie. 35% ankietowanych uznało, że ich umiejętności praktyczne mogą być niewystarczające lub ich działania mogłyby zaszkodzić poszkodowanemu. Lęk przed udzieleniem pierwszej pomocy zadeklarowało 15% ankietowanych. 8% badanych wykazało obawę przed zakażeniem chorobą przewlekłą, 6% jako powód nieudzielenia pierwszej pomocy wskazało brak wiedzy z zakresu jej udzielania a tylko 1% respondentów wyznał niechęć przed poszkodowanym i kontaktem z nim jako przyczynę biernej postawy. Rozkład procentowy był wysoce istotny statystycznie ($p < 0,001$).

Dyskusja

W badaniu analizowana była wiedza i postawa pracowników przemysłowych zakładów pracy wobec udzielania pierwszej pomocy. Wiedzę na temat udzielania pierwszej pomocy można nabyć podczas szkoleń lub kursów, które zazwyczaj mają charakter nieobowiązkowy. Grupami, które obowiązkowo odbywają szkolenie poświęcone zagadnieniom pierwszej pomocy są uczniowie, uczestniczący w szkoleniu podczas realizacji programu nauki, oraz kierowcy kategorii B, odbywający w czasie kursu prawa jazdy czterogodzinne szkolenie, zgodnie z art. 44 ustawy Prawo o ruchu drogowym [7,12]. Wyniki badania własnego świadczą, że 36% ankietowanych nie uczestniczyło nigdy w szkoleniu z zakresu udzielania pierwszej pomocy. W badaniu Szpringer i wsp. 20% badanych nie uczestniczyło w szkoleniu z zakresu pierwszej pomocy, a w badaniu przeprowadzonym przez Patryna i wsp. odsetek ten wyniósł 19% [13,14]. Obie grupy badaczy przeprowadziły analizy wśród kierowców, odpowiednio miasta Kielce i województwa lubelskiego. Liczba osób nieuczestniczących w szkoleniu, w porównaniu do przytoczonych wyników, jest prawie dwukrotnie większa. Jednakże należy pamiętać, że w zakładach przemysłowych, w których nasza analiza została przeprowadzona, nie ma obowiązku szkolenia z zakresu pierwszej pomocy. Zgodnie z Kodeksem Pracy oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej, przepisy ogólne o bezpieczeństwie i higienie pracy (BHP), pracodawca musi zapewnić jedynie miejsce, w którym znajdzie się sprzęt do udzielania pierwszej pomocy oraz instrukcję, jak takiej pomocy udzielić

[15,16]. Z drugiej strony, 64% ankietowanych w przeprowadzonym przez nas badaniu podało, że brało udział w szkoleniu z udzielania pierwszej pomocy. Dane te są optymistyczne, w porównaniu do wyników uzyskanych przez Grześkowiak i wsp. [10]. Autorzy oceniali wiedzę na temat resuscytacji badając 144-osobową grupę składającą się z nauczycieli, uczniów, pracowników administracji i pracowników technicznych z województwa wielkopolskiego. Otrzymane wyniki świadczą, że tylko 34% uczestników badania brało udział w szkoleniu z udzielania pierwszej pomocy.

Sprawdzenie reakcji poszkodowanego jest pierwszą czynnością, jaką należy wykonać po podejściu do osoby poszkodowanej. Wyniki uzyskane w badaniu własnym świadczą, że ta zasada jest znana 86% respondentów, a 44% badanych wie, jakie są kolejne etapy postępowania po wykonaniu pierwszej czynności według algorytmu udzielania pierwszej pomocy. Manewr prawidłowego udrożnienia dróg oddechowych zna 39% ankietowanych, natomiast 65% badanych prawidłowo ocenia oddech poszkodowanego, stosując zasadę *patrz, słuchaj, czuj* przez 10 sekund. Odsetek osób prawidłowo oceniających oddech poszkodowanego w przeprowadzonym przez nas badaniu jest wyższy w porównaniu do odsetka osób ankietowanych przez Szpringer i wsp., wynoszącego 50,49% [13]. Jednakże w doniesieniach innych autorów można zauważyć, że odsetek osób znających prawidłowy sposób oceny oddechu osoby poszkodowanej wynosi 80%, a nawet 99% [7,14].

Podczas wykonywania resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) stosuje się schemat 30 uciśnień klatki piersiowej, po czym wykonuje się 2 oddechy ratownicze [4,5]. Schemat ten jako prawidłowy podało 72% badanych przez nas osób. Jest to wynik zbliżony do odsetka opisanego w pracy Chemperek i wsp., w której przebadano 500 studentów uczelni wyższych oraz uczniów szkół ponadgimnazjalnych [17]. Należy podkreślić, że w badaniu własnym odsetek osób znających prawidłowy schemat RKO jest wyższy w stosunku do wyników opisanych przez Grześkowiak i wsp. oraz Patryna i wsp., wynoszących odpowiednio 66% oraz 49% [10,14]. Wyniki badania własnego sugerują również, że wyższy odsetek respondentów posiada prawidłową wiedzę na temat schematu RKO niż odsetek osób w społeczeństwie polskim.

W badaniu Adamczyka i wsp. odsetek ten wyniósł 52,5%, podczas gdy w badaniu Apczyńskiej i wsp. był niższy i wyniósł 37% [18,19].

Aby łańcuch przeżycia mógł zadziałać prawidłowo, niezbędna jest świadomość osób udzielających pomocy, ale przede wszystkim ich gotowość do podjęcia działania w sytuacji zagrożenia życia innej osoby. W badaniu własnym chęć i gotowość niesienia pomocy zadeklarowało 69% ankietowanych. Jest to wynik pośredni pomiędzy danymi opisywanymi w innych pracach, w których odsetek ten wahał się w przedziale 59-81% [10,17]. Analizując obawy ankietowanych można zauważyć, że głównym czynnikiem braku udzielenia pomocy jest obawa o niewystarczające umiejętności praktyczne i wynikające z tego zagrożenie dla osoby poszkodowanej. Taka przyczyna została podana przez 35% badanych. Z kolei na drugim miejscu uplasowało się uczucie lęku (15%) oraz obawa przed zakażeniem chorobą przewlekłą (8%). Przyczyny bierniej postawy respondentów w sytuacji wymagającej udzielenia pierwszej pomocy są zbliżone do obaw opisanych przez Patryna i wsp., w której 32% badanych podało paraliżujący stres, 24% ankietowanych - brak wiedzy, a 20% - obawę przed zaskazaniem osobie poszkodowanej [14]. Czynnikiem, który pojawił się zarówno w badaniu własnym, jak i wspomnianych autorów jest obawa przed chorobą, która mogłaby zostać przeniesiona z poszkodowanego na osobę udzielającą pomocy. Taką przyczynę podaje 4% badanych [14]. Zazwyczaj do sytuacji zagrażającej życiu dochodzi w miejscach, gdzie skupienie ludzi jest duże. Najczęstszą myślą pojawiającą się wśród świadków zdarzenia jest przeświadczenie, że ktoś inny podejmie próbę pomocy, co w konsekwencji skutkuje mniejszą szansą udzielenie pomocy [20]. Potwierdza to badanie mówiące, że tylko 20% świadków zdarzenia decyduje się na podjęcie działań ratunkowych [20]. Jednakże przytoczone powyżej czynniki podlegają modyfikacji, poprzez udział w szkoleniu z naciskiem na umiejętności praktycznego wykonywania czynności ratujących życie oraz podnoszenie świadomości społeczeństwa przez akcje propagujące obowiązek niesienia pomocy [21].

Wnioski

1. Poziom wiedzy respondentów na temat udzielania pierwszej pomocy jest dość dobry. Większość ankietowanych zna prawidłowy sposób oceny oddechu oraz schemat resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
2. Ponad połowa badanych uczestniczyła w szkoleniu z pierwszej pomocy, jednakże duża część ankietowanych wyraża chęć udziału w szkoleniu kładącym nacisk na umiejętności praktyczne.
3. Próbę podjęcia resuscytacji krążeniowo-oddechowej deklaruje 69% respondentów, jednak duża grupa badanych czuje obawę przed udzielaniem pomocy, tłumacząc to brakiem umiejętności i lękiem przed zaskazaniem poszkodowanemu.
4. Konieczne są szkolenia osób w miejscach, gdzie ich skupisko jest duże, czego przykładem mogą być zakłady pracy, w których zostało przeprowadzone badanie. Szkolenie z zakresu pierwszej pomocy, oprócz części teoretycznej, powinno przede wszystkim zawierać ćwiczenia praktyczne z wykorzystywania technik udzielania pierwszej pomocy. Dodatkowo, aby podnieść świadomość społeczeństwa, istnieje konieczność organizowania akcji promujących i uświadamiających ważność podjęcia działania w sytuacji zagrożenia życia drugiej osoby.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Łukasz Pietrzyk

Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ul. K. Jaczewskiego 4; 20-094 Lublin

☎ (+48 81) 448 60 20

✉ lukasz.pietrzyk@wp.pl

Piśmiennictwo

1. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dn. z dnia 8 września 2006 r. Dz. U. 2006 nr 191 poz. 1410.
2. Barziej I, Michałek O, Hasij J, Sosada K, Bucior J. Sprawdzenie poziomu wiedzy mieszkańców powiatu nyskiego z zakresu pierwszej pomocy. Zdr Publ 2008;118:176-81.
3. Rasmus A, Balcerzyk-Barzdo E, Sikorski T, Kołodziejczyk-Wojtczak D. Gotowość i umiejętność Polaków w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Med Intens Rat 2004;7:125-32.

4. Jankowski D. Nagłe zatrzymanie krążenia poza szpitalem w populacji dorosłych miasta Szczecina w latach 2002-2003. *Ann Acad Med Stetin* 2007;53:33-42.
5. Wytyczne Polskiej Rady Resuscytacji, Kraków 2010. <http://prc.kraków.pl> dostęp 25.11.2014.
6. Dziedzic A. Nie bój się ratować życia innym. *Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka* 2009;1:26-7.
7. Skitek I, Witt M, Goniewicz M. Ocena znajomości zagadnień z pierwszej pomocy wśród studentów uczelni uniwersyteckich miasta Poznania. *Now Lek* 2012;81:641-6.
8. Art. 164 §1 Kodeksu Karnego.
9. Cooper JA, Cooper JD, Cooper JM. Cardiopulmonary resuscitation. History, current practice and future direction. *Circulation* 2006;114:2839-49.
10. Grześkowiak M, Pytliński A, Frydrysiak K. Wiedza społeczeństwa wielkopolski na temat resuscytacji. *Now Lek* 2008;77:19-24.
11. Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy. Wypadki przy pracy w 2013 r. Warszawa, marzec 2014. <http://old.stat.gov.pl> dostęp 25.11.2014.
12. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym. Dz. U. z 2005 r. nr 108, poz. 908 z późn. zm.
13. Szpringer M, Komendacka O, Kosecka J, Sobczyk B. Ocena wiedzy kierowców na temat zasad udzielania pierwszej pomocy. *Med Og Nauk Zdr* 2014;20:260-4.
14. Patryn R, Żyśko M, Sobczyńska M. Analiza poziomu wiedzy i znajomości prawa dotyczącego zasad udzielania pierwszej pomocy wśród grupy aktywnych kierowców województwa lubelskiego. *Med Og Nauk Zdr* 2012;18:324-9.
15. Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. nr 21, poz. 94, z późn. zm.); Art. 209¹. § 1.
16. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy; § 44. 1.
17. Chemperek E, Goniewicz M, Włoszczak-Szubda A, Wac-Górczyńska M, Nowicki G, Mikuła-Mazurkiewicz A. Poziom wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych i studentów w zakresie pierwszej pomocy. *Med Og Nauk Zdr* 2011;17:174-9.
18. Adamczyk K, Lorenowicz R, Trawka H. Znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy osobom poszkodowanym w wypadkach. *Zdr Pub* 2003;113:337-40.
19. Apczyńska A, Cichańska M, Markowski A, Paciorek P, Pawlikowska-Cichy J. Znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy wśród społeczeństwa. W: Kusztełak A. (red.). *Edukacja dla społeczeństwa: życia, nauki, pracy*. Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa; 2005. str. 103-11.
20. Wiśniewski J, Majewski W. Ocena poziomu wiedzy nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych w zachodniopomorskiem na temat pierwszej pomocy medycznej. *Ann Acad Med Stetin* 2007;53:114-23.
21. Strzyżewska K, Mędrzycka-Dąbrowska W, Dąbrowski S, Basiński A. Ocena poziomu wiedzy studentów aglomeracji trójmiejskiej z zakresu udzielania pierwszej pomocy. *Anest Ratow* 2012;6:41-52.