

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Šárka Skálová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Resuscitace ženy

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Šárka Skálová**
Osobní číslo: **Z21175**
Studijní program: **B0913P360008 Zdravotnické záchranářství**
Téma práce: **Resuscitace ženy**
Téma práce anglicky: **Resuscitation of Women**
Zadávací katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

- Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
- Stanovení cílů a metodiky práce.
- Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
- Analýza a interpretace získaných dat.
- Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jindra Holeková, DiS.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Resuscitace ženy jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne: 27.4 .2025

Šárka Skálová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce, paní Mgr. Jindře Holekové, Dis., za její odborné vedení, cenné rady a podporu, které mi poskytla během psaní této bakalářské práce a po celé délce studia. Její trpělivost a ochota mi byla velkou oporou.

Mé poděkování patří také figurantům a respondentům, kteří se ochotně zúčastnili modelové situace a přispěli tak k praktické části této práce. Bez jejich spolupráce by nebylo možné dosáhnout stanovených cílů.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zaměřuje na porovnání rozdílů a kvalitu poskytování základní neodkladné resuscitace (BLS) laiky u žen. Cílem práce je zjistit, jakou kvalitu má laická resuscitace a zda existují rozdíly v přístupu k pacientovi a v KPR na základě jeho pohlaví. Výzkum byl realizován na vzorku 151 respondentů prostřednictvím praktických modelových situací. Výsledky studie poskytují přehled o aktuálním stavu laické resuscitace u ženy a mohou posloužit jako podklad pro zlepšení veřejnosti v této oblasti.

KLÍČOVÁ SLOVA

BLS, KPR, POSTUPY KPR, GENDEROVÉ ROZDÍLY, ŽENSKÁ RESUSCITAČNÍ FIGURÍNA, POHLAVÍ,

TITLE

Resuscitation of Women

ANNOTATION

This bachelor's thesis focuses on comparing the differences and quality of Basic Life Support (BLS) provided by laypersons to women. The aim of the thesis is to assess the quality of layperson CPR and determine whether there are differences in the approach to the patient and in CPR based on their gender. The research was conducted with a sample of 151 respondents through practical model scenarios. The results of the study provide an overview of the current state of layperson resuscitation and can serve as a foundation for improving public awareness in this area.

KEYWORDS

BLS, CPR, CPR Procedures, Gender Differences, Female Resuscitation Manikin, Gender

OBSAH

Úvod	11
1 Cíle a metody práce	12
1.1 Cíle teoretické části.....	12
1.2 Cíle praktické části.....	12
Teoretická část	13
2 Poskytování basic life support	13
2.1 KPR dle Guidelines 2021	13
2.2 Příčiny náhlé zástavy oběhu	14
2.2.1 Kardiální příčina NZO	14
2.2.2 Nekardiální příčiny NZO	14
2.3 Příznaky náhlé zástavy oběhu.....	15
2.4 Parametry KPR	15
2.4.1 Zahájení KPR.....	15
2.4.2 Nezahájení KPR.....	16
2.4.3 Ukončení KPR	16
2.5 Řetězec přežití a vzorec přežití.....	16
2.6 Diagnostika náhlé srdeční zástavy	16
2.6.1 Algoritmus základní resuscitace dospělých.....	17
2.7 Kdy a jak volat záchranou službu	18
2.7.1 Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace	18
2.8 Legislativa.....	19
2.8.1 Neposkytnutí pomoci.....	19
2.8.2 Neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku	19
2.9 Pohlaví a Gender.....	20
2.9.1 Pohlaví	20
2.1 Genderová identita a postoje v sociálním kontextu	21
2.2 Genderové aspekty kardiopulmonální resuscitace.....	21
2.2.1 První ženská resuscitační figurína jako řešení bariér v KPR.....	22

2.2.2	Využití ženských figurín při nácviku KPR.....	22
3	Výuka první pomoci a kpr v české republice	24
3.1	Výuka první pomoci na školách	24
3.2	První pomoc v autoškolách.....	24
3.3	Celoživotní vzdělávání v první pomoci	25
4	Standard výuky zdravotnického záchranáře s důrazem na praxi a profesní připravenost	26
5	PRŮZKUMNÁ část.....	28
6	Metodika výzkumné části	28
6.1	Průzkumné otázky	28
6.2	Průzkumný soubor, metodika průzkumu	28
6.3	Přímé nezúčastněné pozorování.....	29
6.3.1	Analýza projevů chování respondentů v modelové situaci KPR ženy	29
6.1	Výběr respondentů.....	30
6.2	Popis modelové situace.....	31
6.3	Dotazník.....	32
6.1	Otevřené kódování.....	32
6.1	Zpracování výsledků z dotazníkového šetření.....	33
6.2	Zpracování výsledků z modelových situací.....	33
6.3	Výsledky pozorování	34
6.4	Analýza výsledků dotazníkového šetření	39
7	Diskuze	46
8	Závěr	52
9	Použitá literatura	53
9.1	Monografie	53
9.2	Odborné články.....	53
10	Přílohy.....	57

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Graf Míra nerozhodnosti při krizové situaci	34
Obrázek 2 Graf Projevování studu či zdrženlivosti	35
Obrázek 3 Graf Míra zachování klidu	36
Obrázek 4 Graf Rozvážný postup zachránce při poskytování KPR	37
Obrázek 5 Graf Návaznosti jednotlivých kroků	38
Obrázek 6 Graf Zkušenosti respondentů s ženským resuscitačním modelem.....	39
Obrázek 7 Graf Míra překvapenosti při modelové situaci.....	40
Obrázek 8 Graf Nejčastější chyby při resuscitaci.....	41
Obrázek 9 Graf Rozdílné chování u KPR muže	42
Obrázek 10 Graf Vnímaná obtížnost modelové situace	43
Obrázek 11 Graf Pocity respondentů po resuscitaci ženského modelu	44
Obrázek 12 Graf Postoje respondentů o intenzivnější nácvik KPR u žen.....	45

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AED	Automatizovaný externí defibrilátor
AP	Anteroposteriorní
BMI	Body Mass Index neboli index tělesné hmotnosti
BLS	Basic Life Support (základní neodkladná resuscitace)
ČR	Česká republika
ČRR	Česká resuscitační rada
DC	Dýchací cesty
ERC	European Resuscitation Council
FZS	Fakulta zdravotnických studií
FV	Ventrikulární fibrilace
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
NZO	Náhlá zástava oběhu
PP	První pomoc
ROSC	Restore of Spontaneous Circulation (návrat spontánní cirkulace)
TANR	Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace
ZOS	Operační středisko zdravotnické záchranné služby
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Kardiopulmonální Resuscitace (dále KPR) je klíčovým úkonem při náhlé zástavě oběhu, přičemž i laicky prováděná KPR může výrazně zvýšit šanci na přežití a usnadnit následné zotavení. Zatímco profesionálně prováděná resuscitace je pro přežití pacienta zásadní, laická resuscitace představuje první krok v takzvaném “ řetězci přežití“. Tento krok, i když je prováděn laiky, může významně ovlivnit výsledky, zvláště pokud je resuscitace prováděna správně a bez zbytečných prodlev (Hauzíková,2023).

V posledních letech se začíná zkoumat, jak pohlaví pacienta ovlivňuje ochotu, kvalitu a frekvenci laické resuscitace. Ačkoliv u profesionálních záchranářů je pohlaví pacienta nepodstatné, v případě laiků mohou genderové normy, sociální faktory nebo kulturní zvyklosti hrát roli. Některé výzkumy (Effect of Differences in Thorax Volume and Dimensions on CPR-related Injuries, Untangling sex disparities in cardiac arrest survival: navigating the complex interplay of predictors) poukazují na to, že laici mohou mít odlišný přístup k poskytování pomoci v závislosti na pohlaví pacienta. Tato problematika zůstává nadále aktuálním tématem této doby, zejména s ohledem na zajištění rovného přístupu k první pomoci pro všechny pacienty, bez ohledu na jejich pohlaví.

V evropském kontextu je mimonemocniční náhlá zástava oběhu třetí nejčastější příčinou úmrtí, což poukazuje na závažnost tohoto problému a důležitost efektivního zásahu laiků i profesionálů v terénu (Šín, 2024). Včasná a kvalitní KPR může zvýšit šanci na přežití a minimalizovat následky pro pacienta. Tato bakalářská práce je zaměřena na zjištění, zda se v rámci České republiky vyskytují rozdíly ve kvalitě resuscitace u mužů a žen a jaké faktory tyto rozdíly mohou ovlivňovat.

Práce bude rozdělena do několika částí. V první části bude pozornost zaměřena na teoretické základy kardiopulmonální resuscitace a genderových rozdílů v oblasti první pomoci. Následující kapitoly se zaměří na analýzu studií, které se zabývají vlivem pohlaví na resuscitaci. Na základě získaných výsledků budou navržena doporučení pro praxi a školení laických záchránců.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

Hlavním cílem této bakalářské práce je analyzovat postoje respondentů k poskytování kardiopulmonální resuscitaci ženám a určit faktory, které mohou tyto postoje ovlivňovat. Práce se zaměří na aspekty resuscitace, genderové rozdíly v první pomoci a zpracování dat z průzkumu.

1.1 Cíle teoretické části

- 1) Charakterizovat kardiopulmonální resuscitaci a její význam v rámci laické první pomoci.
- 2) Popsat algoritmus základní resuscitace a její klíčové kroky.
- 3) Přiblížit problematiku genderových rozdílů v poskytování kardiopulmonální resuscitace a jejich možný dopad na ochotu laické veřejnosti zasáhnout.
- 4) Popsat faktory, které mohou ovlivnit rozhodování při poskytování kardiopulmonální resuscitace ženám.

1.2 Cíle praktické části

- 1) Zjistit postoj respondentů k poskytování resuscitace ženám na základě dotazníkového šetření.
- 2) Vyhodnotit, zda existují rozdíly v ochotě poskytovat kardiopulmonální resuscitaci ženám oproti mužům a stanovit hlavní důvody případných rozdílů.
- 3) Analyzovat získaná data a na jejich základě formulovat doporučení pro praxi a vzdělávání v oblasti první pomoci.

TEORETICKÁ ČÁST

2 POSKYTOVÁNÍ BASIC LIFE SUPPORT

2.1 KPR dle Guidelines 2021

Kardiopulmonální resuscitace (dále KPR) je souhrn úkonů, který vychází z doporučených postupů vydaných Evropskou resuscitační radou (dále ERC). Tyto postupy platí pro celou Evropu a představují soubor vědecky podložených doporučení, která jsou pravidelně aktualizována odborníky z oblasti medicíny, a to ve spolupráci s řadou mezinárodních organizací zaměřených na resuscitaci a urgentní medicínu. Tyto organizace jsou součástí International Liaison Committee on Resuscitation, což je síť zaměřená na sjednocení a výměnu znalostí o resuscitaci a první pomoci (Truhlář et al., 2021).

ERC se zaměřuje na vytváření ucelených a praktických návodů pro efektivní záchranu života. Tato doporučení jsou formulována ve formě algoritmů (Příloha č.1), což umožňuje snadné a přehledné používání jak odborníky, tak laickou veřejností. Pokyny ERC 2021 zahrnují jak základní (BLS), tak pokročilou resuscitaci (ALS) a jsou přizpůsobeny specifickým potřebám jednotlivých zemí. V rámci České republiky implementuje tyto mezinárodní směrnice Česká resuscitační rada (ČRR) která se podílí na jejich přizpůsobování místním podmínkám, a rovněž na vzdělávání odborné veřejnosti a laiků (Truhlář et al., 2021).

Algoritmy ERC také zahrnují doporučené postupy pro různé závažné situace. Můžeme zde nalézt doporučení pro resuscitaci novorozenců, kardiopulmonální resuscitaci u dětí až do 18 let, základní resuscitaci dospělých s AED (BLS), pokročilou resuscitaci dospělých. I resuscitaci v nemocničním prostředí a dalších životně ohrožujících situacích (Truhlář et al., 2021).

V oblasti základní resuscitace (BLS) se zaměřují na provedení záchranných kroků k obnovení oběhu u postižených osob. Základním článkem resuscitace jsou komprese hrudníku, které musí být prováděné pravidelně, s dostatečnou hloubkou a rychlostí, aby se zajistil správný průtok krve. Tento postup je prováděn i bez pokročilých technologií, avšak pokud je k dispozici automatizovaný externí defibrilátor (AED), klade se důraz na jeho okamžité použití (Truhlář et al., 2021).

2.2 Příčiny náhlé zástavy oběhu

Náhlá zástava oběhu (dále NZO) je stav při němž dochází k okamžitému selhání kardiovaskulárního systému, což vede k zastavení krevního oběhu a následně k nedostatečnému okysličení životně důležitých orgánů, zejména mozku. Tento stav může mít různé příčiny, které se obvykle dělí na dvě základní skupiny: primární (kardiální), při které vznikají zástavy působením patologického mechanismu přímo v srdci, kdy je z 80 % zástava u dospělého člověka způsobena srdečním onemocněním. Druhá skupina je sekundární (nekardiální) příčina, kdy je stav způsoben jinou než kardiální příčinou, nejčastěji jde o poruchu ventilace. Tento stav je pro mnoho laiků jednodušší a snadněji rozpoznatelný, díky tendenci se postupně zhoršujícímu zdravotnímu stavu postiženého (Haluzíková, 2023).

2.2.1 Kardiální příčina NZO

Kardiální příčiny náhlé zástavy oběhu se u dospělých nejčastěji týkají kardiálních problémů, přičemž největší podíl mají ischemické choroby srdeční. Ty nejčastěji vedou k výskytu ventrikulární fibrilace (FV) nebo komorové bezpulsové tachykardie (pVT), což jsou stavy, které si vyžadují okamžité zahájení kardiopulmonální resuscitace (Šín, 2024).

Kardiální příčiny bývají obvykle provázeny krátkodobou dostatečností kyslíkových zásob pro organismus. V případě náhlé zástavy oběhu člověk ztrácí vědomí do několika sekund, přičemž bez okamžitého zásahu může dojít k trvalému poškození mozku již po jedné až dvou minutách (Šín, 2024).

2.2.2 Nekardiální příčiny NZO

Nekardiální příčiny náhlé zástavy oběhu představují širokou skupinu faktorů, které nejsou přímo spojené s poruchami srdeční činnosti, ale mají závažný vliv na oběhový systém a mohou vést k jeho selhání. Mezi hlavní nekardiální příčiny patří asfyxie a masivní krevní ztráta. Asfyxie, což je stav nedostatku kyslíku v těle, může být způsobena například zablokováním dýchacích cest, vdechnutím toxických látek nebo neschopností plic dostatečně okysličovat krev. Tento stav postupně vede k hypoxii, tedy nedostatku kyslíku ve tkáních, a pokud není okamžitě řešen, může skončit náhlou zástavou oběhu (Šín, 2024).

Další významnou příčinou je masivní ztráta krve, která způsobuje hypovolemický šok a následně selhání oběhu. Tento stav vzniká při závažných poraněních, kdy dojde k výraznému poklesu objemu cirkulující krve, což narušuje zásobování orgánů kyslíkem. U těchto příčin je klíčové rychlé zahájení resuscitace (Šín, 2024).

2.3 Příznaky náhlé zástavy oběhu

Příznaky náhlé zástavy oběhu jsou obvykle velmi rychlé a intenzivní, jelikož stav vede k okamžitému poklesu prokrvení životně důležitých orgánů, včetně mozku a srdce. Nejčastějším znakem je ztráta vědomí, která nastává kvůli nedostatečnému prokrvení mozku. S tímto stavem je často spojený nepravidelný dech nebo jeho úplné zastavení. U některých pacientů se objevuje cyanóza, tedy modravé zabarvení pleti, hlavně na rtech a prstech, což je způsobeno nízkou hladinou kyslíku v krvi. Před zástavou oběhu mohou být také patrné nepravidelnosti srdečního rytmu, jako je zrychlený nebo arytmiický tep (Šín, 2024).

2.4 Parametry KPR

Kvalitní kardiopulmonální resuscitace dospělého pacienta vyžaduje správné provedení hrudních kompresí, které by měly být dostatečně silné, s hloubkou 5-6 cm v rytmu 100 až 120 kompresí za minutu, což odpovídá optimálnímu tempu pro zajištění dostatečné perfuse mozku a dalších životně důležitých orgánů. Každá komprese by měla být následována úplným uvolněním hrudníku. Základní technikou resuscitace je provádění minimálně přerušovaných kompresí, protože časté přerušování vede k výraznému snížení účinnosti celého procesu (Haluzíková, 2023).

Zachránce by měl začít resuscitaci vkleče vedle pacienta, což umožňuje efektivní využití vlastní tělesné hmotnosti při provádění kompresí. Ruce se umisťují na střed hrudníku, přímo nad dolní polovinu hrudní kosti. Lokty musí být propnuté, aby byl tlak rovnoměrně přenášen na hrudník pacienta. Pohyb při kompresích by měl vycházet z kyčlí, nikoli z paží, což zajišťuje stabilitu a účinnost každého stlačení (Šín, 2024).

V případě, že zachránce je proškolen v umělém dýchání a je schopen a ochoten jej provádět, používá se poměr 30:2 (30 kompresí: 2 vdechy). Pokud se zachránce rozhodne provádět pouze komprese, je tato možnost stále vysoce účinná. Při přítomnosti více zachránců je doporučeno jejich střídání každé 2 minuty, čímž se předejde únavě a zajistí se optimální kvalita resuscitace po celou dobu (Šín, 2024).

2.4.1 Zahájení KPR

Kardiopulmonální resuscitaci zahajujeme u pacientů, kteří jsou v bezvědomí a nereagují na žádné podněty, jako je oslovení či fyzický kontakt, nebo u těch, u nichž došlo k zastavení dýchání, případně je dýchání nepravidelné či neefektivní. Za normální dýchání nelze považovat ani lapavé dechy, protože nejsou schopné zajistit potřebnou výměnu plynů mezi plicemi a krevním oběhem (Šín, 2024).

2.4.2 Nezahájení KPR

Kardiopulmonální resuscitaci nezahajujeme, pokud by byla ohrožena bezpečnost zachránce, protože v takovém případě by mohl přibýt další postižený a nebyla by poskytnuta účinná pomoc. Dále není potřeba resuscitovat pacienta, který normálně dýchá, protože v tom případě nejde o zástavu a KPR také neprovádíme u osob s poraněními neslučitelnými se životem (Šín, 2024).

2.4.3 Ukončení KPR

Laici mohou ukončit resuscitaci v několika specifických případech, kdy pokračování oživování není bezpečné nebo efektivní, například v důsledku úplného vyčerpání všech zachránců. Dalším důvodem je pokyn záchranných složek, které převzou probíhající resuscitaci, přičemž mezi střídáním by neměla nastat žádná prodleva. Ukončení může také nastat, pokud pacient začne vykazovat známky vědomí, například otevřením očí, pohybem nebo snahou o odpor, což naznačuje obnovení vitálních funkcí (Šín, 2024).

2.5 Řetězec přežití a vzorec přežití

Řetězec přežití představuje soubor klíčových úkonů, jejichž rychlé a precizní provedení zásadně ovlivňuje šance na přežití při náhlé srdeční zástavě. Prvním krokem je včasné rozpoznání situace, kdy je nezbytné identifikovat jak příznaky zástavy, tak i závažné symptomy, které mohou signalizovat blížící se kritický stav, a tím umožnit včasný zásah ještě před vznikem zástavy. Následuje aktivace ZOS, které mobilizuje veškeré potřebné složky. Svědci příhody pak okamžitě zahajují kardiopulmonální resuscitaci, čímž se minimalizuje každá minuta zpoždění. Prodlení o jednu minutu totiž snižuje šance na příznivou prognózu o 7-10 %. Dalším zásadním krokem je rychlá defibrilace, která umožňuje obnovení efektivního srdečního rytmu. Nakonec resuscitaci přebírá tým ZZS, jenž pokračuje v poskytování navazující péče. Tento integrovaný a časově citlivý přístup zdůrazňuje, že každý krok je nezbytně důležitý pro přežití a minimalizování trvalých následků (Drábková, 2020).

2.6 Diagnostika náhlé srdeční zástavy

Diagnostika náhlé srdeční zástavy vychází především z posouzení vědomí a funkce dýchání. U pacienta nejdříve vyhodnotíme stav vědomí tím, že pokud nereaguje na oslovení ani bolestivý podnět, například třením pěstí na hrudní kost nebo štípnutím lalůčku u ucha, jedná se o bezvědomí. Dále pokud neexistuje u pacienta poranění páteře, doporučuje se zaklonit hlavu (bradou nahoru), přiložit ucho ke rtům pacienta a sledovat, zda dochází k pravidelnému pohybu hrudníku. Může se však objevit jen lapavé, abnormální dýchání, tzv. „gasping“, které není

dostačující pro udržení adekvátní ventilace. Před kolapsem může dojít ke krátkodobé ztrátě vědomí, známé jako synkopa, která je způsobena dočasným poklesem mozkové perfuse, přičemž tento stav trvá jen krátce. Pokud však bezvědomí přetrvává, je nutné na danou situaci ihned reagovat (Drábková, 2020).

2.6.1 Algoritmus základní resuscitace dospělých

Kontrola bezpečnosti

Než se přiblížíme ke zraněné osobě, je nutné se ujistit, že místo je bezpečné jak pro nás, tak pro postiženého. Hrozí-li zachránci jakékoliv nebezpečí (např. dopravní nehoda, elektrický proud, požár), musíme nejprve minimalizovat riziko pro sebe a ostatní. Zachránce by sám neměl vstupovat do nebezpečné situace, ale měl by zavolat odbornou pomoc (Truhlář et al., 2021).

Zjištění stavu vědomí

Když jsme si jistí, že nehrozí žádné nebezpečí, přistoupíme k pacientovi a pokusíme se zjistit, zda reaguje. Nejprve ho hlasitě oslovíme a zatřese mu ramenem. Pokud neodpovídá a nevykazuje žádnou reakci, můžeme použít bolestivý podnět, například stisknutí trapézového svalu. Jestliže pacient nereaguje, je pravděpodobné, že se nachází v bezvědomí (Truhlář et al. 2021).

Zahájení neodkladné resuscitace

Při zahájení resuscitace je nezbytné zajistit vhodné podmínky pro její provedení. Pacienta je nutné opatrně položit na záda na pevnou podložku a odhalit hrudník. Zachránce klečí vedle pacienta, položí spojené dlaně na střed hrudní kosti a nataženými pažemi provádí stlačení do hloubky 5-6 cm, a to rychlostí 100-120 stlačení za minutu. Po každých 30 stlačeních následují 2 umělé vdechy, při nichž je nutné sledovat, zda se zvedá hrudník a provádí se tak, že se obemknou ústa postiženého ústy zachránce, stisknou se nosní nozdry a provede se dlouhý vdech do úst pacienta. Pokud není možné nebo bezpečné provádět umělé dýchání, provádí se kontinuální komprese, dokud si KPR nepřevzme záchranná služba, nebo do úplného vyčerpání všech zachránců (Truhlář et al. 2021).

2.7 Kdy a jak volat záchranou službu

Při volání na tísňovou linku by měly být dispečerovi sděleny všechny nezbytné informace, které umožní rychlé a efektivní vyslání pomoci. V první řadě by mělo zaznít kdo volá a podrobně popsat co se stalo – tedy jaký typ události se odehrál (např. dopravní nehoda, bezvědomí, zástava dechu apod).

Dále by mělo být přesně určeno místo události. Pokud je možné, měla by být uvedena konkrétní adresa nebo orientační body v okolí, které mohou napomoci k rychlé orientaci zasahujících složek (Franěk, 2020).

Současně by měly být poskytnuty informace o tom, kolik je postižených osob a v jakém jsou stavu – například zda dýchá, je při vědomí, má krvácivé zranění nebo jiné závažné potíže (Franěk, 2020).

V průběhu hovoru bývá operátorem kladeno několik doplňujících otázek, jejichž cílem je zpřesnění situace. Může být zjišťován věk nebo s čím se pacient léčí. Volající by měl být operátorem naváděn a měl by se řídit jeho pokyny. Hovor by měl být ukončen až po výzvě dispečera (Franěk, 2020).

2.7.1 Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace

Metodika telefonicky asistované neodkladné resuscitace (dále TANR) vychází z aktuálně platných doporučení pro neodkladnou resuscitaci publikovaných Evropskou radou. Tento systém umožňuje okamžité zahájení život zachraňujících úkonů ještě před příjezdem zdravotnické záchranné služby (Truhlář et al., 2021).

Zásadní součástí TANRU je správná identifikace stavu postiženého, kterou operátor provádí na základě informací poskytnutých volajícím. Pokud se potvrdí NZO, operátor instruuje volajícího k provedení nepřímé srdeční masáže. Celý proces je veden tak, aby byl pro laického zachránce co nejjednodušší a zároveň maximálně efektivní (Truhlář et al., 2021).

Pokud během první minuty hovoru nelze spolehlivě určit, zda postižený dýchá, a to i přesto, že se volající nachází přímo u něj, je třeba přistupovat k situaci, jako by se jednalo o náhlou zástavu oběhu (Truhlář et al., 2021).

Úspěšnost TANRU závisí na několika faktorech, mezi které patří schopnost operátora správně vést volajícího, ochota a schopnost volajícího provést resuscitaci a časový interval mezi NZO a zahájením kompresí (Truhlář et al., 2021).

TANR představuje významný krok ke zvýšení šance na přežití pacientů a je nedílnou součástí moderního systému neodkladné péče (Truhlář et al., 2021).

2.8 Legislativa

Profesionální záchranáři musí zahájit ošetřování pacienta co nejdříve, nejpozději však do dvaceti minut od přijetí tísňového volání. Časový interval je klíčový, protože v mnoha případech o přežití rozhodují právě první minuty. Povinnost poskytnout první pomoc je v právním rámci jasně vymezena a vztahuje se především na situace, kdy je ohrožen život nebo zdraví člověka. Nejedná se však o bezvýhradnou povinnost – zákon zohledňuje okolnosti, za nichž by záchránce mohl sám sebe vystavit nebezpečí. Proto je důležité si uvědomit, že k poskytnutí první pomoci nelze nikoho nutit, pokud má obavy o svou vlastní bezpečnost nebo zdraví. Ochrana vlastního života a zdraví je totiž vždy prioritou. V případě dopravní nehody však platí jiná pravidla. Pokud se stanete účastníkem nehody, jste povinni poskytnout první pomoc, bez ohledu na to, zda si myslíte, že pomoc je skutečně nezbytná. Neposkytnutí pomoci je trestné, i kdyby zraněný pomoc nepotřeboval (Boguská et al., 2023).

2.8.1 Neposkytnutí pomoci

„Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.“

Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.“ (Trestní zákoník, 2009, § 150).

2.8.2 Neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku

„Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na pět let nebo zákazem činnosti.“ (Trestní zákoník, 2009, § 151).

2.9 Pohlaví a Gender

V polovině minulého století se do popředí zájmu odborníků dostala myšlenka, že mužské a ženské role nevycházejí pouze z biologických dispozic, ale výrazně je ovlivňují i sociální a kulturní faktory. Jedním z průkopníků tohoto pohledu byl psycholog John Money, který představil pojem „genderové role“ a poukázal na to, že vnímání mužství a ženství se může v různých společnostech výrazně lišit. Zatímco pojem pohlaví obvykle označuje anatomické a genetické charakteristiky jedince, gender se vztahuje k naučeným vzorcům chování, postojů a hodnot, jež jsou jedincům připisovány na základě jejich pohlaví. Tyto odlišnosti mezi pohlavím a genderem mají značný vliv nejen na osobní identitu jednotlivců, ale i na jejich chování v určitých situacích, stejně na to, jak jsou jinými vnímáni či jak reagují na vnější podmínky, jako je poskytování první pomoci. Genderové normy a stereotypy, které vznikají na základě kulturních hodnot a historických zkušeností, mohou mít zásadní dopad na ochotu a schopnost jednotlivců zasáhnout ve chvíli, kdy je potřeba (Favaleová, 2024).

V souvislosti s genderovou problematikou se v této práci zaměříme na to, do jaké míry se prolíná i do odvětví zdravotnictví a jak může být ovlivněna první pomoc, převážně provádění KPR. Diskutuje se o způsobech, jakým společenské stereotypy, týkající se převážně žen, mohou ovlivnit výkon laiků. Různé výzkumy ukazují, že tato nejistota a zdráhání zasahovat se projevují především u mužů. Mnozí se totiž obávají obvinění z nevhodných dotyků nebo z toho, že by situaci mohli špatně vyhodnotit (Favaleová, 2024).

V posledních desetiletích se proto věnuje stále větší pozornost právě genderové problematice v urgentní medicíně, aby bylo možné odhalit a zmírnit sociální bariéry bránící rovné a efektivní péči o všechny pacienty (Favaleová, 2024).

2.9.1 Pohlaví

Pohlaví je biologický termín, který určuje fyzické rozdíly mezi muži a ženami. Je dáno geneticky, konkrétně přítomností chromozomů (XX u žen, XY u mužů), a projevuje se to rozdílnou stavbou těla, reprodukčními orgány a hormonálními procesy (Otová et al., 2021).

2.1 Genderová identita a postoje v sociálním kontextu

Genderová identita a genderové role se utvářejí již od raného dětství, přičemž zásadní vliv mají procesy socializace v rodině, škole mezi vrstevníky i v médiích. Dívky a chlapci jsou vedeni k odlišnému chování, které odpovídá očekáváním společnosti-například dívky jsou vedeny k empatii a péči, chlapci k soutěživosti a nezávislosti. Tyto naučené vzorce se stávají součástí jejich identity a ovlivňují způsob, jakým později komunikují, rozhodují nebo reagují v běžných stresových situacích. V průběhu života se pak jednotlivci setkávají s očekáváním, které souvisejí s jejich genderovou rolí, a často je přejímají jako přirozenou součást sebe sama, aniž by je vědomě zpochybňovali (Pugnerová, 2019).

Na tyto hluboce zakořeněné vzorce navazují postoje – vnitřní hodnotová nastavení, podle kterých jedinec interpretuje svět a řídí své chování. Postoje lze chápat jako určitou „vnitřní mapu“, která ovlivňuje způsob rozhodování, vnímání situací i míru sebedůvěry. Často jsou formovány nevědomě, na základě zkušeností, norem a kulturního prostředí, a promítají se do každodenního fungování člověka. Významným aspektem je, že tyto postoje nejsou neměnné – mohou se postupně vyvíjet v závislosti na nových zkušenostech, vzdělání nebo vnitřní reflexi (Pugnerová, 2019).

2.2 Genderové aspekty kardiopulmonální resuscitace

Genderová problematika v první pomoci, zejména při KPR, je stále častěji předmětem odborné diskuse. Při poskytování KPR ženám se objevují určité bariéry, které mohou negativně ovlivnit jejich šance na přežití. Audrey L. Blewer ve své studii poukazuje na skutečnost, že většina modelů, na nichž se zdravotníci i laici učí provádět resuscitaci, je založena na mužské anatomii (Blewer et al., 2018). Tento fakt přispívá k nižší ochotě poskytovat KPR ženám, a to jak z obavy z nesprávné techniky, tak z možného společenského nebo právního postihu.

Dalším faktorem ovlivňující KPR u žen je vnímání ženského těla. Při poskytování kardiopulmonální resuscitace ženám se často objevují zábrany spojené s dotykem ženského hrudníku, ať už kvůli kulturním normám, nebo obavám z obvinění ze sexuálního obtěžování. Tento problém je umocněn faktem, že ženská prsa jsou vnímána jako citlivá oblast, což může vést k prodlevě při poskytování pomoci, nebo dokonce k jejímu úplnému zastavení. Nedávná studie zaměřená na objem prsní tkáně ukázala, že jeho velikost se mění s indexem tělesné hmotnosti (dále BMI), který hodnotí vztah mezi váhou, výškou a věkem (Quantification of Breast Volume According to age and BMI, 2023). Se zvětšující se hodnotou BMI se zvětšuje i objem prsní tkáně, přičemž rozdíl mezi ženami s nižším a vyšším BMI byl výrazný. Například

u žen s BMI mezi 18–24 se velikost prsou mezi nižší a vyšší skupinou lišila v průměru o 50 ml. Každé zvýšení BMI o jednu jednotku bylo spojeno s nárůstem objemu prsou přibližně o 30 ml. Tyto poznatky naznačují, že modely pro výuku KPR by měly ukazovat rozdíly v tělesné stavbě žen, aby výuka odpovídala realitě (Quantification of Breast Volume According to age and BMI, 2023).

Dalším důležitým aspektem je vizuální prezentace první pomoci v médiích a vzdělávacích materiálech. Reklamní kampaně, informační plakáty či ilustrace v odborných příručkách často zobrazují modely mužů, což může podvědomě vést k vnímání KPR jako úkonu primárně spojeného s mužským tělem. Tento jednostranný přístup vede k prohlubování genderových rozdílů v poskytování KPR ženám (Blewer et al., 2018).

Feministické postupy zdůrazňují, že zdravotnické postupy jsou historicky utvářeny z mužské perspektivy, což vede k přehlížení specifických potřeb žen. Feminismus v tomto kontextu znamená snahu o rovnost pohlaví a zohledňování ženských specifík v medicíně i dalších oblastech veřejného života. Tento systémový sklon k upřednostňování mužského modelu se projevuje i v první pomoci, kde jsou ženy méně často resuscitovány na veřejnosti než muži. To zanechalo důsledek zakořeněných genderových stereotypů, které ženy vnímají jako křehčí a méně pravděpodobné kandidáty na srdeční zástavu (Blewer et al., 2018).

2.2.1 První ženská resuscitační figurína jako řešení bariér v KPR

Americká reklamní agentura JOAN navrhla v roce 2019 doplněk WoManikin, který umožňuje přeměnit běžnou resuscitační figurínu s mužskými rysy na ženskou. Tento produkt vznikl v reakci na výzkum doktorky Audrey Blewer, který ukázal, že ženy mají o 27 % nižší pravděpodobnost získání KPR na veřejnosti než muži (Národní kontaktní centrum – gender a věda, 2019).

2.2.2 Využití ženských figurín při nácviku KPR

V oblasti zdravotnického vzdělávání hrají realistické simulátory důležitou roli, zejména pokud jde o trénink specifických postupů, jako je kardiopulmonální resuscitace. Ženské figuríny umožňují nejen nácvik samotné resuscitace, ale i pochopení anatomických rozdílů, které mohou ovlivnit způsob poskytování péče a překonat možné obavy z neznámého. Využívají se převážně k výuce studentů a zdravotnických pracovníků v oblasti porodnictví, akutní medicíny a urgentní péče. Níže jsou uvedeny vybrané výukové figuríny a simulátory, které umožňují nácvik KPR a zároveň ukazují ženskou anatomii (Helago, 2024).

- **Porodnický simulátor Lucina** je pokročilý výukový nástroj určený k realistickému nácviku předporodní, porodní i poporodní péči. Umožňuje provádění různých klinických zásahů, včetně zajištění dýchacích cest, ventilace, a především resuscitace v rámci život ohrožujících stavů. Je vybaven fyziologickým modelem matky i plodu. Díky integrovanému modulu může být Lucina využita i mimo porodnický kontext jako simulátor pro trénink akutních stavů u negavidní pacientky, včetně KPR. Tento všestranný přístup dělá z Luciny jeden z nejuniverzálnějších modelů na trhu (Medim, 2024).
- **Simulátor Victoria S2200** je výukový model ženy, který nabízí velmi věrné zpracování lidské anatomie v kombinaci s vysoce sofistikovanou technologií. Ačkoliv je primárně určen k nácviku porodnických situací, jeho funkce dalece přesahují rámec porodnictví a umožňuje také komplexní trénink kardiopulmonální resuscitace a zvládnání akutních stavů. Victorie podporuje napojení na reálná klinická zařízení – jako je EKG, defibrilátor, pulzní oxymetr, kapnograf nebo NIBP monitor, což umožňuje studentům a odbornému personálu cvičit s vybavením, která se používá v praxi. Výhodou je vestavěný systém senzorů, který v reálném čase vyhodnocuje správnost resuscitačních technik včetně hloubky a frekvence kompresí, což zvyšuje efektivitu výuky (Helago, 2024).
- **Ženská figurína PRESTAN Professional Female** byla vyvinuta s cílem přispět k překonávání bariér a genderových stereotypů, které mohou ovlivnit ochotu veřejnosti provádět kardiopulmonální resuscitaci u žen. Figurína je vizuálně i na dotek realistická a odpovídá anatomii ženského těla, čímž napomáhá snížit nejistotu a ostych spojený s poskytováním první pomoci u této skupiny pacientek. Součástí figuríny je systém zpětné vazby, jenž umožňuje průběžně sledovat techniku provádění KPR a tím zvyšuje kvalitu nácviku. Model je plně v souladu s aktuálními doporučeními odborných společností včetně standardů American Heart Association a umožňuje výuku dle moderních výukových postupů. Tato figurína je dostupná v různých barevných provedeních kůže a lze ji kombinovat s dalšími modely řady Prestan, což podporuje různorodost výuky a přístup k simulaci bez předsudků (Helago, 2024).
- Mezi další figuríny, které jsou dostupné pro výuku KPR u žen, patří například **SimMom** od společnosti Leardal nebo **Lucy**, základní porodní simulátor (Laerdal, 2025), (Medim, 2025).

3 VÝUKA PRVNÍ POMOCI A KPR V ČESKÉ REPUBLICE

Výuka první pomoci a kardiopulmonální resuscitace je v České republice nedílnou součástí vzdělávání. Lidé se s ní setkávají v různých etapách svého života, počínaje základní školou, přes střední a vysoké školy, až po celoživotní vzdělávání veřejnosti (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2021).

3.1 Výuka první pomoci na školách

První kontakt s první pomocí mají děti již na základní škole. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) podporuje začlenění výuky první pomoci do školních vzdělávacích programů. V rámci vzdělávacího programu pro základní vzdělávání, který byl novelizován v roce 2013, je první pomoc zařazena do předmětů jako je výchova ke zdraví nebo tělesná výchova. V některých školách je první pomoc součástí integrované výuky v rámci jiných předmětů, například biologie (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2021).

Vedle povinné výuky existují i dobrovolné školní programy, které se zaměřují na praktický nácvik základních resuscitačních technik. Programy jako „První pomoc prožitkem“ nebo „Zachraň život“ učí děti základy resuscitace formou interaktivních her a praktických simulací. Každoročně se do těchto projektů zapojují stovky škol a tisíce žáků. Odborné organizace, například Český červený kříž nebo zdravotnické záchranné služby, pravidelně docházejí do škol. Kde dětem ukazují správné postupy první pomoci a umožňují jim praktické nácviky na modelech (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2021).

3.2 První pomoc v autoškolách

Důležitou roli ve výuce první pomoci hraje také příprava v autoškolách. Podle zákona č. 361/2000 Sb., o silničním provozu, musí každý uchazeč o řidičský průkaz absolvovat teoretickou i praktickou výuku první pomoci. V praxi to znamená minimálně čtyři hodiny školení, při nichž se budoucí řidiči učí rozpoznávat příznaky život ohrožujících stavů a správně reagovat při dopravních nehodách.

Výuka první pomoci v autoškolách se zaměřuje na resuscitaci, zástavu krvácení, polohování zraněného a správné vyhodnocení situace na místě nehody. Nedostatečné znalosti v této oblasti mohou být jedním z faktorů zhoršujících prognóz obětí dopravních nehod (Trestní zákoník, 2000, § 361).

3.3 Celoživotní vzdělávání v první pomoci

Mimo školní systém existují různé organizace nabízející kurzy první pomoci pro veřejnost. Mezi nejvýznamnější patří Český červený kříž, zdravotnické záchranné služby a další neziskové organizace, které pořádají školení pro jednotlivce, firmy i školy. Tyto kurzy zahrnují nejen KPR, ale i ošetření běžných zranění, zvládnání život ohrožujících stavů nebo použití automatizovaného externího defibrilátoru (Český červený kříž, online).

Kromě samotné výuky organizace pravidelně pořádají i Dny otevřených dveří, během nichž si veřejnost může vyzkoušet poskytování první pomoci pod dohledem odborníků. Takové akce organizují jak Český červený kříž, tak zdravotnické záchranné služby jednotlivých krajů. Důležitou součástí vzdělávání jsou také různé osvětové kampaně a distribuované materiály, jako jsou plakáty, letáky nebo informační brožury, které pomáhají zvyšovat povědomí o první pomoci. Například aplikace Záchranka, spuštěná v roce 2016, se stala významným digitálním nástrojem v oblasti vzdělávání veřejnosti a krizové komunikace (Český červený kříž, online).

4 STANDARD VÝUKY ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE S DŮRAZEM NA PRAXI A PROFESNÍ PŘIPRAVENOST

Vzdělávání v oboru zdravotnického záchranářství je vymezeno prostřednictvím kvalifikačního standartu, který byl vytvořen Ministerstvem zdravotnictví České republiky ve spolupráci s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Tento dokument slouží jako metodický nástroj pro vysoké školy a stanovuje rámec pro obsahovou náplň, rozsah a organizaci bakalářského studijního programu v této profesi. Standard vychází ze zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, a jeho cílem je zajistit, aby absolventi studia disponovali potřebnými teoretickými znalostmi i praktickými dovednostmi nezbytnými pro výkon odborné činnosti v oblasti urgentní medicíny a přednemocniční neodkladné péči (Ministerstvo zdravotnictví ČR & Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR., 2019).

Studijní program je koncipován jako tříleté bakalářské studium v prezenční nebo kombinované formě. Výuka je systematicky rozdělena do šesti semestrů a zahrnuje jak teoretické bloky, tak i praktické. Praktická složka tvoří nejméně 1800 hodin, což představuje přibližně 60 % celkové časové dotace studia. Tato praxe má klíčový význam pro rozvoj profesních kompetencí studentů. Jednotlivé praktické bloky jsou koncipovány jako návazné a podmíněné, čímž se zajišťuje postupné zvládnutí úrovně (Ministerstvo zdravotnictví ČR & Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR., 2019).

Praktická výuka se uskutečňuje na akreditovaných zdravotnických pracovištích, která mají uzavřenou smlouvu s příslušnou školou a splňují požadavky na odborné vedení studentů. Klinická práce je rovnoměrně rozložena napříč různými typy zdravotnických zařízení tak, aby zajišťovala komplexnost odborné přípravy a odpovídala reálnému prostředí, ve kterém zdravotnický záchranář působí. Studenti během studia vykonávají praxi například:

- na výjezdových stanovištích zdravotnické záchranné služby a v jejich operačních střediscích,
- na odděleních urgentního příjmu,
- na jednotkách intenzivní péče (JIP, ARO),
- na chirurgických odděleních,
- na interních odděleních,
- na odborných ambulancích,

- na operačních sálech v rámci spolupráce s anesteziologickým týmem

(Ministerstvo zdravotnictví ČR & Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR., 2019).

5 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část této bakalářské práce se zaměřuje na postoje respondentů k resuscitaci ženy a na možné rozdíly v přístupu k resuscitaci mužů a žen. Cílem je zjistit, zda a jak se liší vnímání a provedení KPR v závislosti na pohlaví pacienta.

Pro zkoumání této problematiky byly použity dvě hlavní metody – pozorování modelové situace resuscitace ženy a dotazníkové šetření.

6 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

6.1 Průzkumné otázky

1. Jaké budou respondenti udávat rozdíly v provádění KPR u žen a mužů?
2. Jak budou respondenti seznámeni s KPR ženy před kurzem PP?
3. Jaké pocity bude KPR ženy vyvolávat u respondentů?
4. Jakou míru jistoty budou respondenti projevovat při KPR ženy?

6.2 Průzkumný soubor, metodika průzkumu

Průzkumné šetření probíhá od roku 2020 vždy v září na Kurzu první pomoci pro studenty 1. ročníku studijního programu Zdravotnické záchranářství. Šetření je primárně zaměřeno na rozdíly v poskytování BLS u žen a mužů. Hlavní průzkumnou metodou je přímé nezúčastněné pozorování a analýza dat z QCPR modelu. Avšak tato práce se zaměřuje na názory, postoje a projevy studentů při resuscitaci modelu ženy.

Výsledky v této práci jsou za čtyřleté období 2021-2024. Vždy na začátku zimního semestru probíhá kurz první pomoci. Tento kurz absolvují všichni studenti prvního semestru studijního programu Zdravotnické záchranářství na nejmenované univerzitě.

Během tohoto kurzu probíhá teoretická příprava a několik nácviků BLS na „klasické“ resuscitační figuríně, aby došlo ke sjednocení postupu resuscitace, jelikož se předchozí zkušenosti s první pomocí u jednotlivých studentů mohly lišit v závislosti na jejich středoškolském vzdělání a zájmových aktivitách.

Na konci kurzu se uskutečnily modelové situace, kde jednou z nich byla právě KPR ženy. Jednalo se o neohodnocenou modelovou situaci, na což byli studenti předem upozorněni. Každý student plnil scénář sám. Po ukončení modelové situace každý respondent vyplnil dotazník zaměřený na postoje, názory a sebehodnocení po resuscitaci modelu ženy.

Záměrem tohoto výzkumu bylo zjistit, jak respondenti reagovali na modelovou situaci resuscitace ženy a jakým způsobem byly prováděny jednotlivé kroky KPR. Po vyplnění dotazníků byly odpovědi shromážděny a analyzovány.

6.3 Přímé nezúčastněné pozorování

Tato část výzkumu představuje kvalitativní metodu sběru dat, při níž pozorovatel sleduje průběh modelové situace bez jakéhokoliv zásahu či ovlivňování respondentů. Jeho úkolem je detailně zaznamenávat projevy chování a reakce jednotlivců v reálném čase (Dvořák J. et al, 2015).

Pozorování se provádělo pomocí hodnotící tabulky (viz příloha 5), kde kromě tvrdých dat o KPR jako takové byly hodnoceny i verbální a nonverbální projevy respondentů.

Hodnocení bylo rozděleno do několika klíčových parametrů. V rámci prvotního přístupu a samotné resuscitace byly sledovány konkrétní technické prvky, jako například kontrola vědomí, obnažení hrudníku či správné umístění rukou na hrudní kosti. Dále byly hodnoceny netechnické A, mezi které patřilo zachování klidu, celkový rozvážený přístup, plynulost prováděných úkonů a logická návaznost. V rámci netechnických dovedností B byly sledovány projevy studu, zdráhavé nebo nejisté jednání, které by mohlo ovlivnit rozhodnost a kvalitu prováděné KPR.

Následně byly veškeré zaznamenané údaje vyhodnoceny a výsledky byly graficky zpracovány pro potřebnou analýzu.

6.3.1 Analýza projevů chování respondentů v modelové situaci KPR ženy

V rámci výzkumné části této bakalářské práce jsem se zaměřila na sledování a hodnocení chování respondentů při modelové situaci, která simulovala poskytování kardiopulmonální resuscitace ženě. Cílem bylo analyzovat, jak se jednotlivci staví k situaci vyžadující neodkladný zásah, přičemž pozornost byla věnována zejména aspektům, jako jsou zdráhavé jednání, projevy studu či zdrženlivost, schopnost zachovat klid, rozvaha a návaznost jednotlivých kroků.

Za **zdráhavé jednání** bylo považováno, že respondent vykazoval znatelné prodlení mezi identifikací stavu a reakcí, případně jednal pomalu, s váhavostí a nejistotou. Typickými projevy byly pomalé a nejasné pohyby, nerozhodné přibližování se k figuríně, dlouhé pauzy před zahájením úkonu nebo momenty, kdy respondent opakovaně sledoval okolí a nečinil žádné kroky ke zhodnocení stavu nebo zahájení pomoci (Honzák, 2020).

Projevy studu či zdrženlivosti byly pozorovatelné v situacích, kdy bylo nutné navázat přímý kontakt s hrudníkem – například při snaze odkrýt hrudní část figuríny nebo při fyzickém zásahu v oblasti hrudníku v rámci zevní srdeční masáže, bylo možné u některých jedinců pozorovat projevy nejistoty. Ty se projevovaly odvrácením pohledu, rozpačitým výrazem či verbálními komentáři, které měly omluvný nejistý charakter. Tyto reakce byly interpretovány jako indikátory vnitřního napětí a sociálně podmíněné zdrženlivosti, která mohla ovlivnit rozhodnost a plynulost poskytnuté pomoci (Honzák, 2020).

Zachování klidu bylo hodnoceno dle celkového vystupování respondenta – zda jednal soustředěně, bez známek výrazného stresu a zbrklých reakcí. Mezi projevy zvýšeného napětí, které jsem zaznamenala, patřil například viditelný třes rukou nebo zrudnutí obličeje spojené s nadměrným pocením. Naopak klidné a vyrovnané chování, provázené stabilním hlasovým projevem a plynulými pohyby, bylo vnímáno jako známka psychické odolnosti a schopnosti zvládat efektivně náročnou situaci (Honzák, 2020).

Za **rozvážný postup** byl považován takový přístup, při němž respondent jednal s promyšleností a logickou návazností jednotlivých kroků – např. provedl kontrolu vědomí a dýchání, přivolal pomoc a zahájil resuscitaci bez zbytečných odkladů. Hodnotila jsem nejen to, zda byly jednotlivé kroky správně vykonány, ale také jejich celkové uspořádání, plynulost a schopnost samostatného rozhodování (Honzák, 2020).

Návaznost jednotlivých kroků byla důležitým kritériem pro posouzení, zda respondent postupoval podle zavedeného algoritmu základní resuscitace. V rámci hodnocení jsem sledovala, zda na kontrolu stavu navazovalo přivolání odborné pomoci, následné zahájení resuscitace a udržení výkonu po dobu stanovenou zadáním. Nesystematický nebo přerušovaný průběh výkonu byl klasifikován jako nedostatečně strukturovaný přístup.

Výsledky tohoto pozorování byly průběžně zapisovány a analyzovány s cílem identifikovat faktory, které mohou ovlivnit ochotu a způsob provedení resuscitace u žen (Honzák, 2020).

6.1 Výběr respondentů

Výběr respondentů byl záměrný a zahrnoval celkem 151 studentů prvního ročníku studijního programu Zdravotnické záchranářství na Fakultě zdravotnických studií jedné z českých vysokých škol v období od roku 2021 do roku 2024. Všichni účastníci absolvovali modelovou situaci v rámci kurzu první pomoci, který byl součástí jejich studijního programu. Výzkum byl vždy realizován v první polovině září, tedy na začátku akademického roku, což umožnilo

sledovat jejich reakce před získáním hlubších teoretických a praktických znalostí z oblasti neodkladné péče.

6.2 Popis modelové situace

Modelová situace byla realizována jako součást průzkumu zaměřeného na analýzu rozdílů v poskytování základní neodkladné resuscitaci u mužů a žen. Výzkum probíhal v rámci kurzu první pomoci, kterého se zúčastnili studenti prvního ročníku. Celkem bylo do výzkumu zapojeno 151 respondentů, kteří byli považováni za laiky v oblasti první pomoci, jelikož měli minimální praktické zkušenosti s resuscitací. Každý účastník absolvoval modelovou situaci individuálně, aby bylo dosaženo objektivního měření a eliminován vliv skupinového chování. Simulace probíhala v uzavřeném prostoru, což zajišťovalo, že respondenti neměli předem informace o jejím průběhu a jejich reakce byly spontánní.

Scénář modelové situace byl předem podrobně vysvětlen. Respondenti si měli představit, že se nacházejí ve veřejném prostoru, kde narazí na osobu ležící na zemi, která se nehýbe. Po vstupu do místnosti našli figurantku v poloze na břiše, přičemž jejich úkolem bylo postupovat podle vlastního uvážení a poskytnout adekvátní první pomoc. Jakmile respondenti otočili figurantku a rozpoznali pravděpodobnou zástavu oběhu, měli rozhodnout o zahájení KPR.

Do tohoto momentu byl model schován, aby respondentům nebylo předem nic prozrazeno. V tomto momentě byla figurantka nahrazena speciálně upravenou ženskou figurínou, která byla konstruována tak, aby co nejrealističtěji simulovala lidskou anatomii (Příloha č. 3). Po výměně figurantky za model mohli respondenti automaticky pokračovat. Po celou dobu první části (resuscitace ženy) jsem byla jako řešitelka průzkumu osobně přítomna a dohlížela jsem na průběh situace s cílem zachovat objektivitu a jednotnost podmínek. Respondenti byli sledováni a hodnoceni z hlediska správnosti jednotlivých kroků-kontroly vědomí, kontroly dechu a samotného provedení kompresí hrudníku.

Po ukončení resuscitace proběhlo krátké zhodnocení, v němž respondenti popisovali své pocity. Následně byla provedena druhá část výzkumu, při níž respondenti prováděli kardiopulmonální resuscitaci na mužské figuríně (viz Příloha č. 2). Tato část se zaměřovala na čistě technické provedení resuscitace a nezahrnovala úvodní modelovou situaci. Délka celé modelové situace, zahrnující resuscitaci na ženské i mužské figuríně, činila přibližně 10 minut. Během nich byla zaznamenávána správnost provedených úkonů i spontánní reakce respondentů.

Pro zajištění objektivit byl k této fázi přizván pozorovatel, který byl předem poučen o správném postupu, způsobu sledování výkonu respondentů a zaznamenávání případných nesrovnalostí.

Po skončení praktické části všichni respondenti vyplnili dotazník obsahující sedm otázek zaměřených na jejich subjektivní vnímání modelové situace se ženskou figurínou. Dotazník se soustředil na emoční reakce, případné rozdíly a chyby při resuscitaci žen a mužů a celkovou analýzu toho, jak situaci zvládli. Pro zajištění důvěrnosti byl dotazník anonymní a respondenti byli předem informováni o tom, že jejich odpovědi budou využity výhradně pro účely výzkumu.

6.3 Dotazník

Po dokončení modelové situace, ve které probíhala kardiopulmonální resuscitace ženy, byl respondentům předložen anonymní dotazník označen „Dotazník KPR ženy“ (viz Příloha č. 4). Tento dotazník sloužil k získání zpětné vazby a hlubšího porozumění jejich vnímání resuscitace ženy.

Dotazník byl vyplňován v papírové formě, respondenti na vyplnění měli 6 minut. Rozdáno bylo 151 dotazníků, návratnost byla 100 %.

Dotazník obsahoval 7 otázek a zaměřoval se na několik klíčových aspektů, včetně osobních pocitů při resuscitaci, identifikovaných bariér, vnímání genderových rozdílů v první pomoci a faktorů, které mohou ovlivnit ochotu zahájit KPR.

Vyplněné dotazníky následně analyzoval hlavní průzkumník, který zpracoval všechny odpovědi. Dotazník obsahoval výhradně otevřené otázky, což umožnilo respondentům volně vyjádřit své názory.

Pro vyhodnocení odpovědí byla využita metoda otevřeného kódování, při které byly jednotlivé reakce rozděleny do několika významových kategorií. Tyto kategorie následně umožnily systematické třídění dat.

6.1 Otevřené kódování

Otevřené otázky byly vyhodnoceny pomocí otevřeného kódování, které umožňuje přehledně zpracovat textové odpovědi respondentů. U každé otázky byly nejprve na základě obsahu odpovědi vytvořeny významové kategorie, které vystihovaly hlavní myšlenky. Poté byly jednotlivé odpovědi roztrženy do těchto kategorií podle toho, k jakému tématu se vztahovaly. Tento způsob analýzy slouží k tomu, abychom v textu rozpoznali opakující se témata a mohli jim přidat odpovídající označení. (Hendl, 2016, str 251, 252). Samotné kódování probíhalo

formou metody „tužka – papír“, kdy byly ke každé vytvořené kategorii ručně zaznamenávány jednotlivé odpovědi formou čárek. Po zpracování všech odpovědí byly všechny čárky v kategoriích sečteny, což umožnilo vyjádřit četnost jednotlivých témat. Ukázka kategorií a způsob značení je uveden v Příloze č. 6.

6.1 Zpracování výsledků z dotazníkového šetření

Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření byly nejprve zpracována do přehledných tabulek, které sloužily jako podklad pro následnou tvorbu výsečových grafů. Tyto grafy byly vytvořeny s využitím dostupných funkcí softwarových nástrojů Microsoft Excel a Microsoft Word. Tato forma grafického zobrazení byla zvolena pro svou přehlednost a schopnost znázornit procentuální rozložení odpovědí v jednotlivých položkách. Ke každému z grafů je připojen komentář, který slouží k interpretaci získaných dat a upozorňuje na případné významné tendence či souvislosti v odpovědích respondentů.

Je důležité poznamenat, že u některých otázek v dotazníku se respondenti rozepsali na vícečetné odpovědi, což znamená, že jeden respondent uvedl více než jednu odpověď. Tato skutečnost vedla k tomu, že celkový počet zaznamenaných odpovědí může převyšovat počet respondentů, kterých bylo 151. Každá jednotlivá odpověď byla však evidována samostatně a přiřazena k příslušné kategorii. Přehledné zpracování těchto dat naleznete v Příloze č. 7.

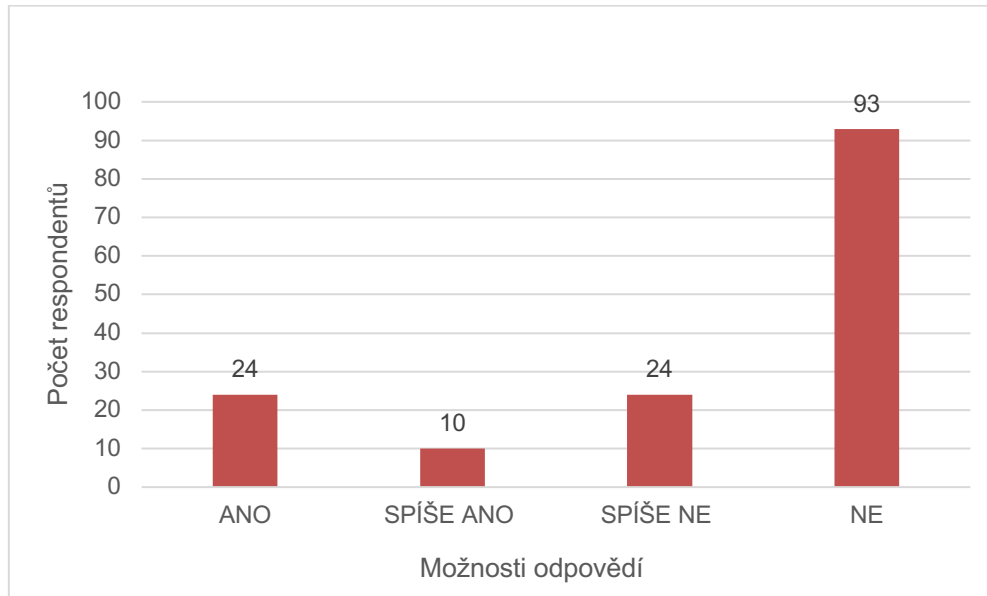
6.2 Zpracování výsledků z modelových situací

Poznatky získané z modelové situace byly zpracovány do sloupcových grafů, které byly vytvořeny v programech Microsoft Excel a Microsoft Word. Grafy zobrazují četnost jednotlivých projevů chování respondentů během simulace. Každý graf je doplněn krátkým komentářem, který stručně interpretuje pozorované výsledky.

6.3 Výsledky pozorování

Tato kapitola se věnuje analýze a interpretaci získaných dat z modelové situace. Výsledky byly zpracovány do grafické podoby.

Hodnocené kritérium: Zdráhavé jednání



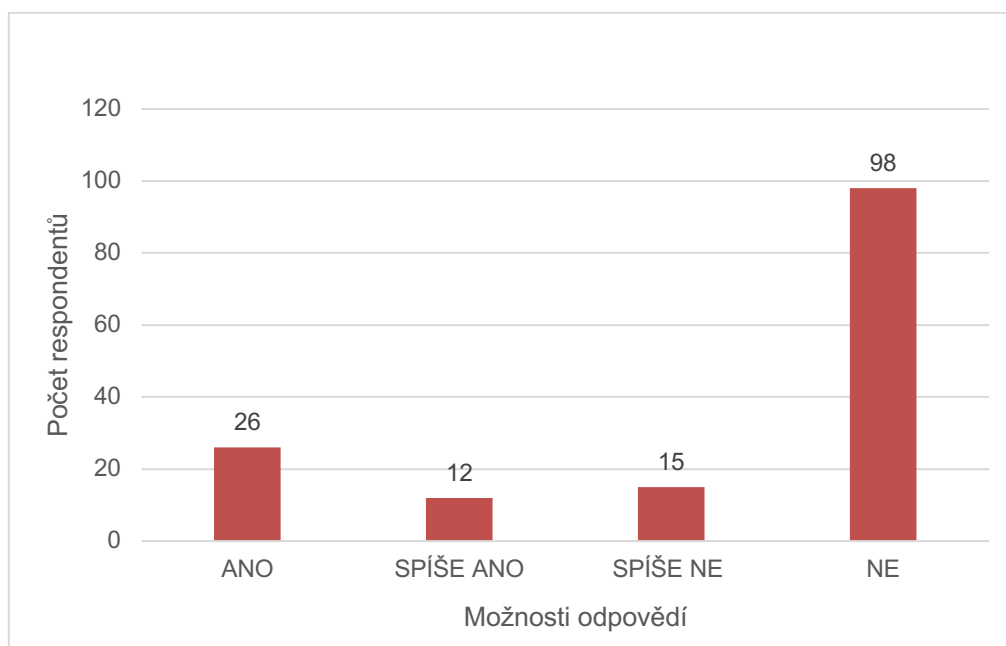
Obrázek 1 Graf Míra nerozhodnosti při krizové situaci

Obrázek č 1. znázorňuje sloupcový graf, který vychází z hodnocení respondentů během situace a znázorňuje míru zdráhání při určitém jednání. Největší podíl odpovědí, celkem 93 respondentů (62 %), spadá do kategorie „NE“, což znamená, že tito respondenti neprojevili žádné známky váhání. Tento výsledek naznačuje, že většina účastníků situaci zvládla bez váhání.

Naopak do kategorie „SPÍŠE ANO“ bylo zařazeno 10 respondentů (7 %), u nichž se vyskytly mírné projevy zdráhání, avšak bez výrazného dopadu na celkový průběh jejich jednání.

Odpovědi „ANO“ a „SPÍŠE NE“ byly zastoupeny shodně, každá u 24 respondentů (16 %), jejichž chování vykazovalo jisté známky nerozhodnosti.

Hodnocené kritérium: Projevy studu, či zdrženlivosti



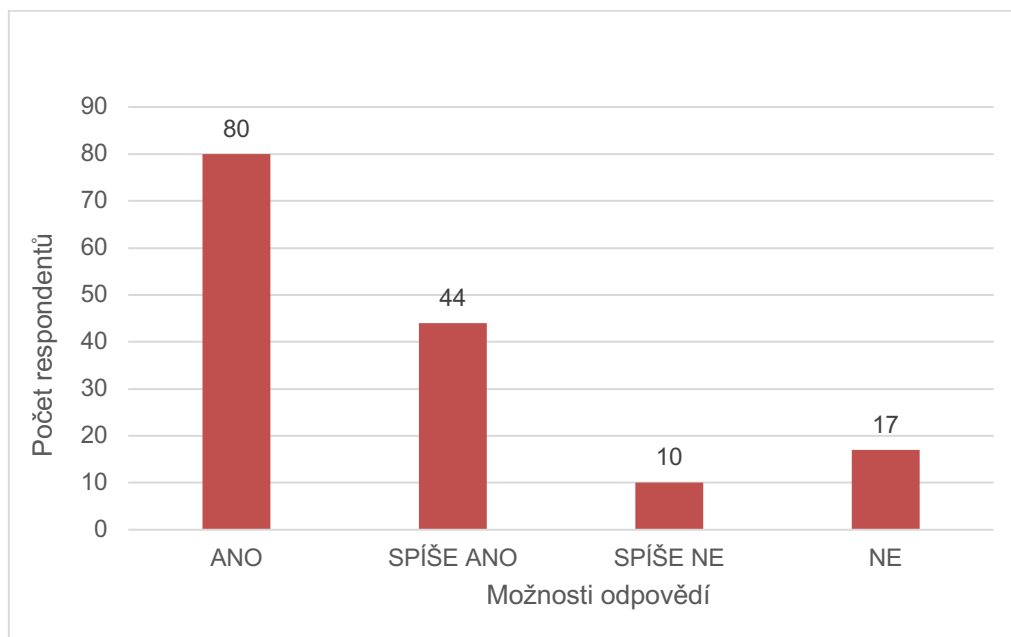
Obrázek 2 Graf Projevování studu či zdrženlivosti

Na Obrázku č. 2 je vidět sloupcový graf, který znázorňuje výsledky hodnocení modelové situace. Největší skupinu tvořilo 98 respondentů (65 %), kteří při řešení situace neprojevovali žádný stud či zdrženlivost, byli tedy zařazeni do kategorie „NE“.

Odpověď „ANO“, která značí výrazný pocit studu či zdrženlivosti, se vyskytla u 26 respondentů (17 %).

Do odpovědi „SPÍŠE NE“ spadlo 15 respondentů (10 %), a do kategorie „SPÍŠE ANO“ pak 12 respondentů (8 %). Tyto skupiny představují mírně váhavé či nejednoznačné projevy.

Hodnocené kritérium: Zachování klidu



Obrázek 3 Graf Míra zachování klidu

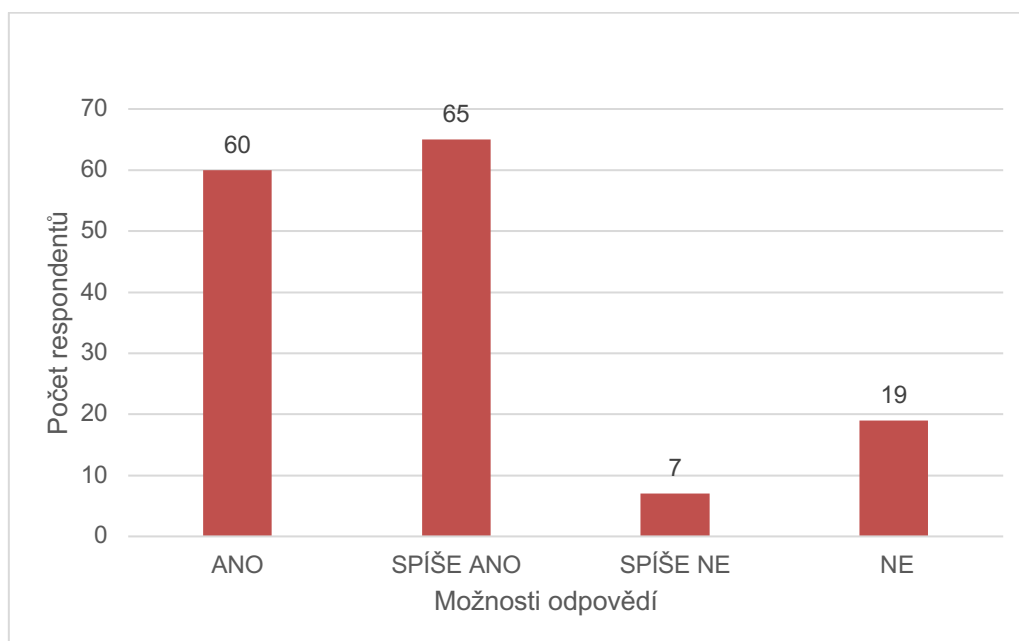
Na Obrázku č. 3 je zachycen výsledek sledování, které je zaměřeno na to, jak dobře respondenti dokázali zachovat klid během modelové situace. Celkem 80 respondentů (53 %) zvládlo situaci s výraznou jistotou a bez známek výrazného stresu či roztěkanosti, což svědčí o tom, že se dokázali dobře soustředit.

Poměrně velké množství sledovaných osob, přesněji 44 respondentů (29 %) sice vykazovalo menší nejistotu, nicméně stále působili relativně vyrovnaně.

17 respondentů (11 %) vykazovalo znatelnou nervozitu nebo roztěkanost, která mohla ovlivnit plynulost jejich postupu.

Nejmenší skupinu tvořilo 10 osob (7 %), u nichž byla pozorována výrazná nejistota a zřetelný problém udržet klid a soustředění v průběhu celé modelové situace.

Hodnocené kritérium: Rozvážný postup



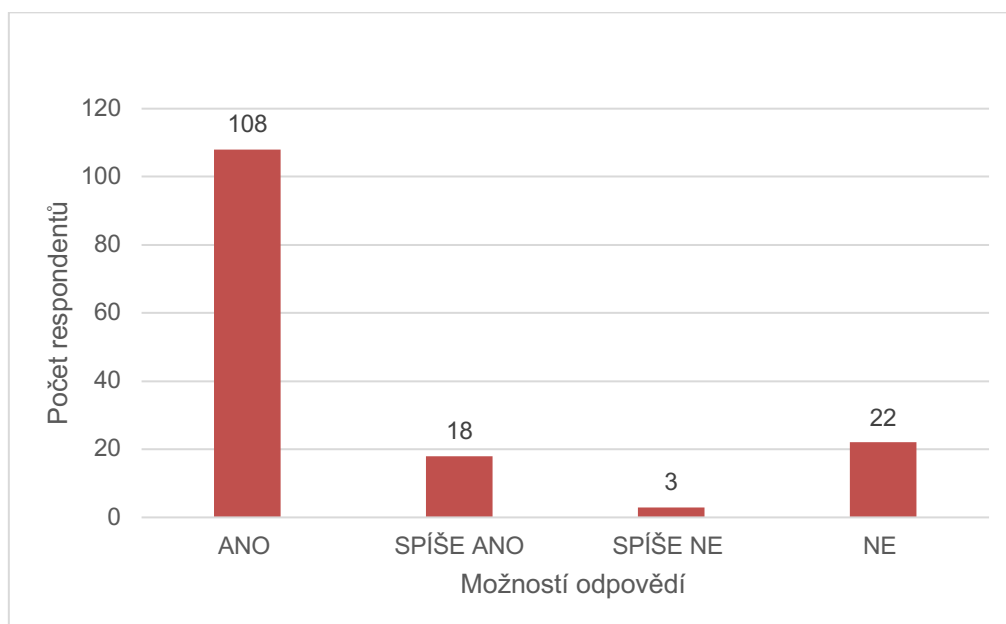
Obrázek 4 Graf Rozvážný postup záchránce při poskytování KPR

Na Obrázku č. 4 jsou zobrazeny výsledky pozorování, které se zaměřovalo na míru rozvážnosti jednotlivých respondentů při řešení modelové simulace. Nejpočetnější skupinu tvořilo 65 respondentů (41 %), u nichž byl pozorován převážně klidný a promyšlený přístup. Jejich reakce odpovídaly kategorii „SPÍŠE ANO“, přičemž v některých případech byly patrné drobné známky nejistoty či zaváhání.

Druhou nejčastější skupinou byli respondenti (60 osob, 38 %), kteří prokazovali jasný, rozhodný a systematický postup. Tito byli zařazeni do kategorie „ANO“. Jejich chování působilo sebejistě a promyšleně, často vykazovali známky automatizace.

Do kategorie „NE“ a „SPÍŠE NE“ bylo zařazeno celkem 26 respondentů (16 %), jejichž postup se vyznačoval nejistotou, zdráhavostí či chybami v pořadí jednotlivých kroků.

Hodnocené kritérium: Návaznost jednotlivých kroků



Obrázek 5 Graf Návaznosti jednotlivých kroků

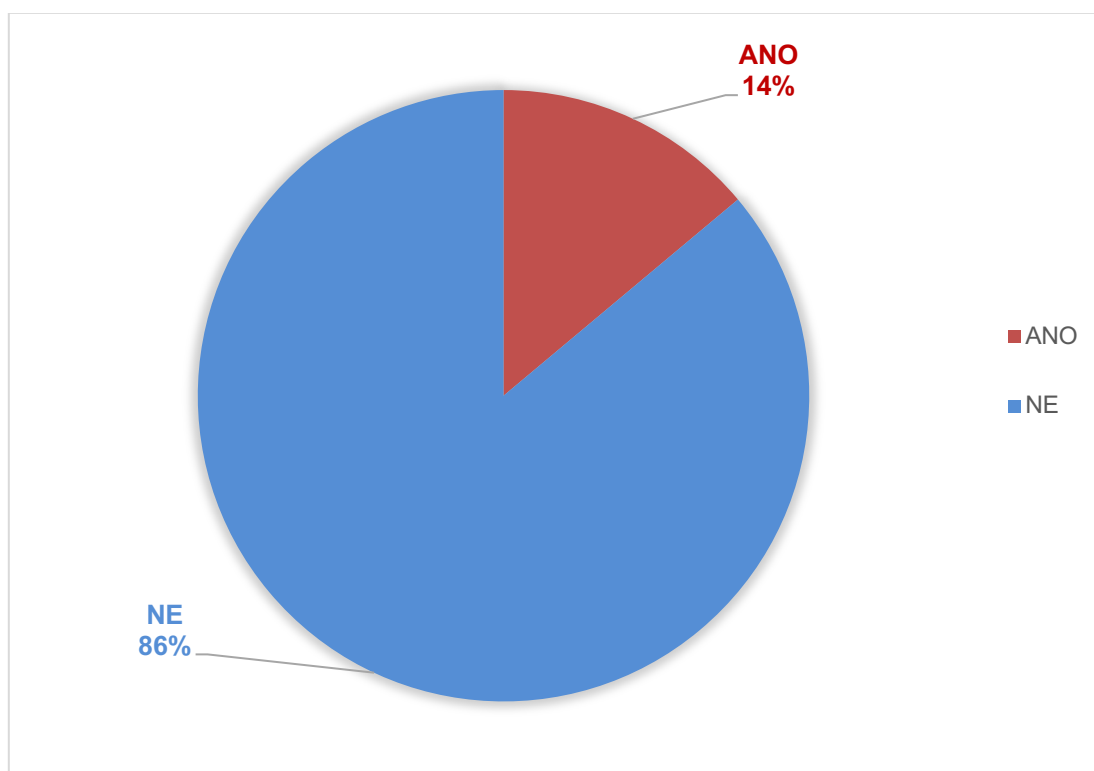
Na Obrázku č. 5 jsou zachyceny výsledky sledování návaznosti jednotlivých kroků při řešení modelové situace. Celkem 108 respondentů (68 %) postupovalo správně a v logickém sledu, což svědčí o dobrém osvojení algoritmů.

Dalších 22 respondentů (14 %) vykazovalo chyby v pořadí jednotlivých kroků nebo některé kroky zcela vynechalo, což může naznačovat nejistotu či nedostatečně zautomatizovaný postup. Odpověď „SPÍŠE ANO“ zvolilo 18 respondentů (11 %), u nichž byl postup většinou správný. Nejnižší podíl tvořili respondenti, u kterých byl pozorován nejistý nebo nelogický postup – do této kategorie byly zařazeny 3 osoby (2 %).

6.4 Analýza výsledků dotazníkového šetření

Tato část se zaměřuje na grafické znázornění a analýzu výsledků dotazníkového šetření. Grafy poskytují přehledné zobrazení odpovědí a usnadňují posouzení postojů respondentů k modelové situaci. Každý graf odpovídá konkrétní otázce z dotazníku a přináší ucelený pohled na získaná data. Pro vyhodnocení otevřených otázek byla využita metoda otevřeného kódování. Na základě získaných dat byly následně vytvořeny grafické výstupy, které vizualizují četnost jednotlivých témat. Analýza těchto grafických výstupů pomůže lépe porozumět tomu, jak respondenti vnímali modelovou situaci a jaké faktory mohly ovlivnit rozhodování během resuscitace.

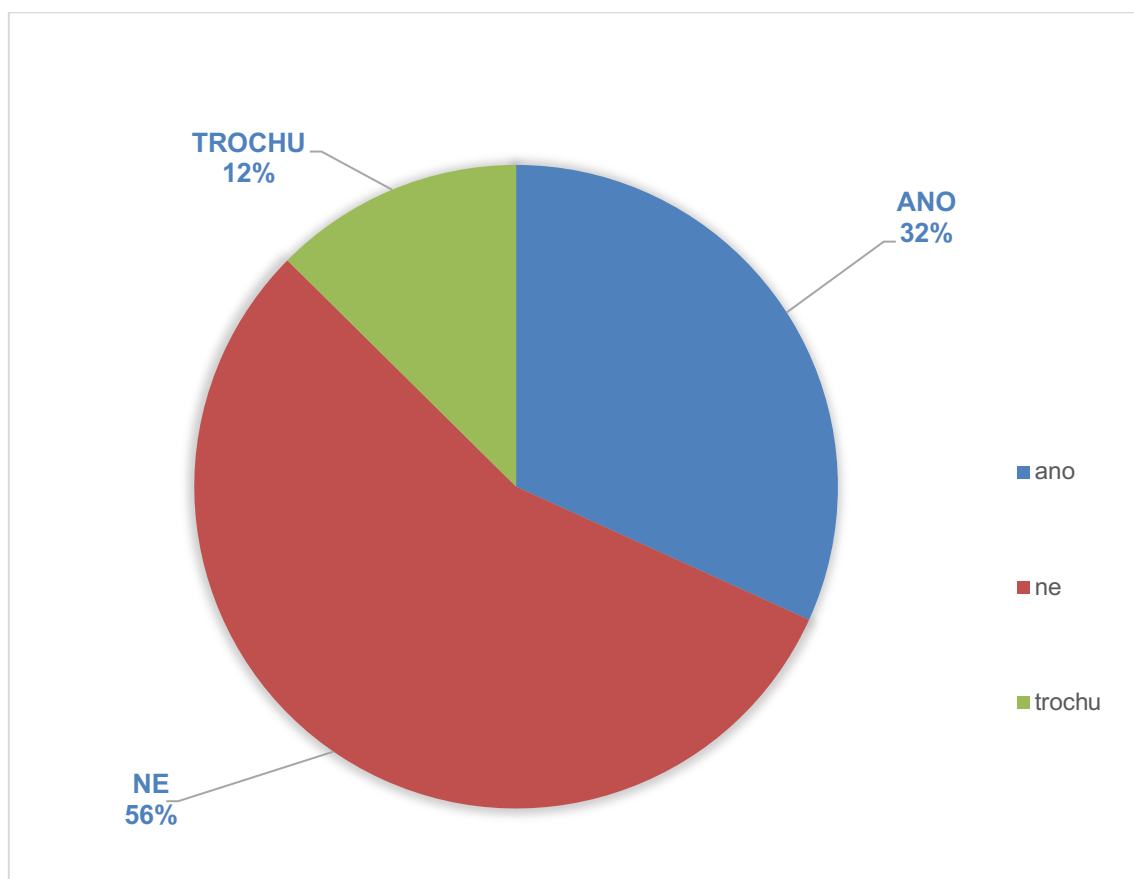
- Setkal/a jste se již s ženským modelem?



Obrázek 6 Graf Zkušenosti respondentů s ženským resuscitačním modelem

Na Obrázku číslo 6 je znázorněno, že 130 (86 %) respondentů se nikdy nesetkalo se ženským resuscitačním modelem, zatímco pouze 14 (21 %) uvedlo opačnou zkušenost. Tento výsledek ukazuje, že většina nemá praktickou zkušenost s resuscitací na ženském modelu, což může ovlivnit jejich jistotu při poskytování KPR.

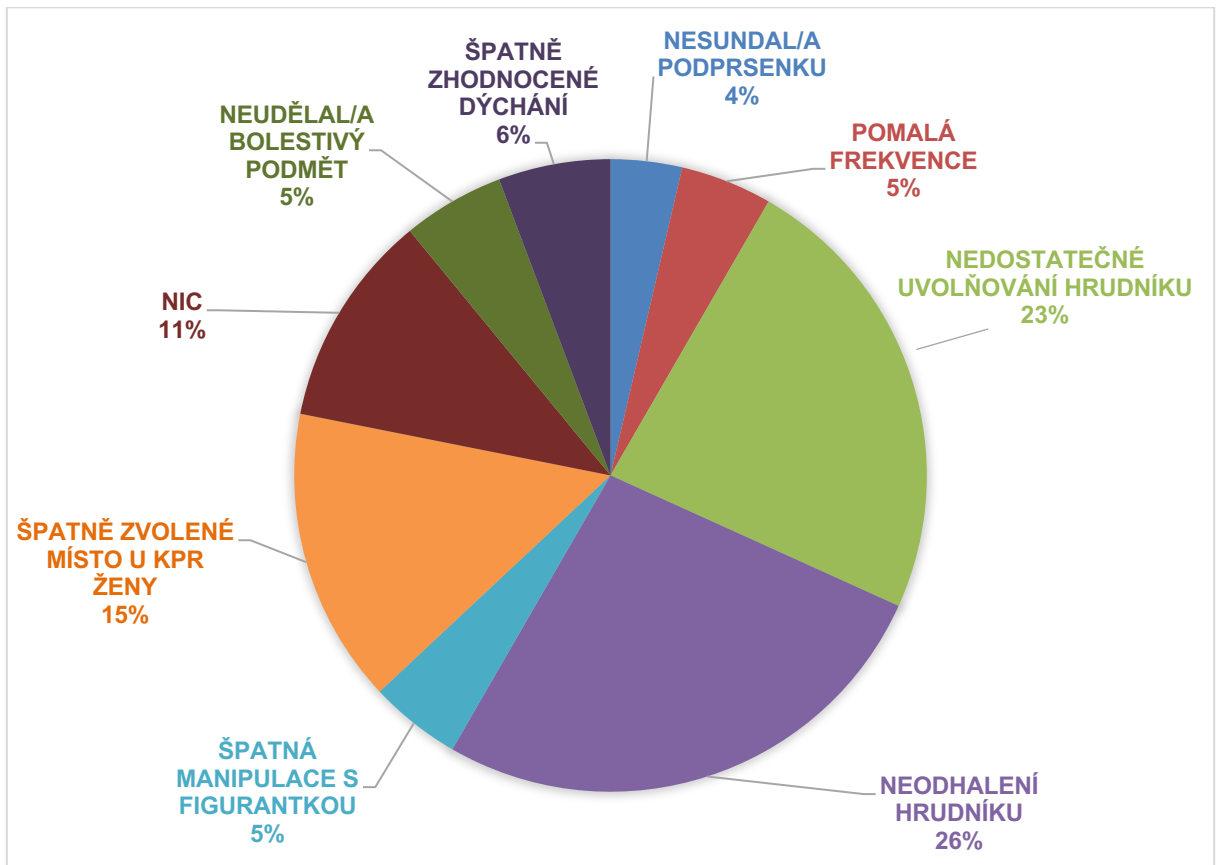
- Překvapila Vás tato situace?



Obrázek 7 Graf Míra překvapenosti při modelové situaci

Na Obrázku číslo 7 je znázorněno, jak respondenti odpovídali na otázku, zda je modelová situace překvapila. Největší část respondentů (56 %, tedy 84) uvedla, že je situace nepřekvapila, zatímco 48 (32 %) odpovědělo „ano“, což znamená, že situace je výrazně zaskočila. Pouze 19 respondentů (12 %) uvedlo, že byli překvapeni jen částečně. Tento výsledek naznačuje, že většina účastníků nečekala průběh modelové situace.

- Udělal/a jste při KPR nějakou chybu?



Obrázek 8 Graf Nejčastější chyby při resuscitaci

Obrázek číslo 8 zaznamenává chyby, kterých si účastníci byli vědomi po řešení modelové situace. Nejčastěji uváděným pochybením bylo neodhalení hrudníku, které zmínilo 51 osob (26 %). Druhou nejčastější chybou bylo nedostatečné uvolňování hrudníku mezi jednotlivými stlačeními, na které poukázalo 45 dotazovaných (23 %).

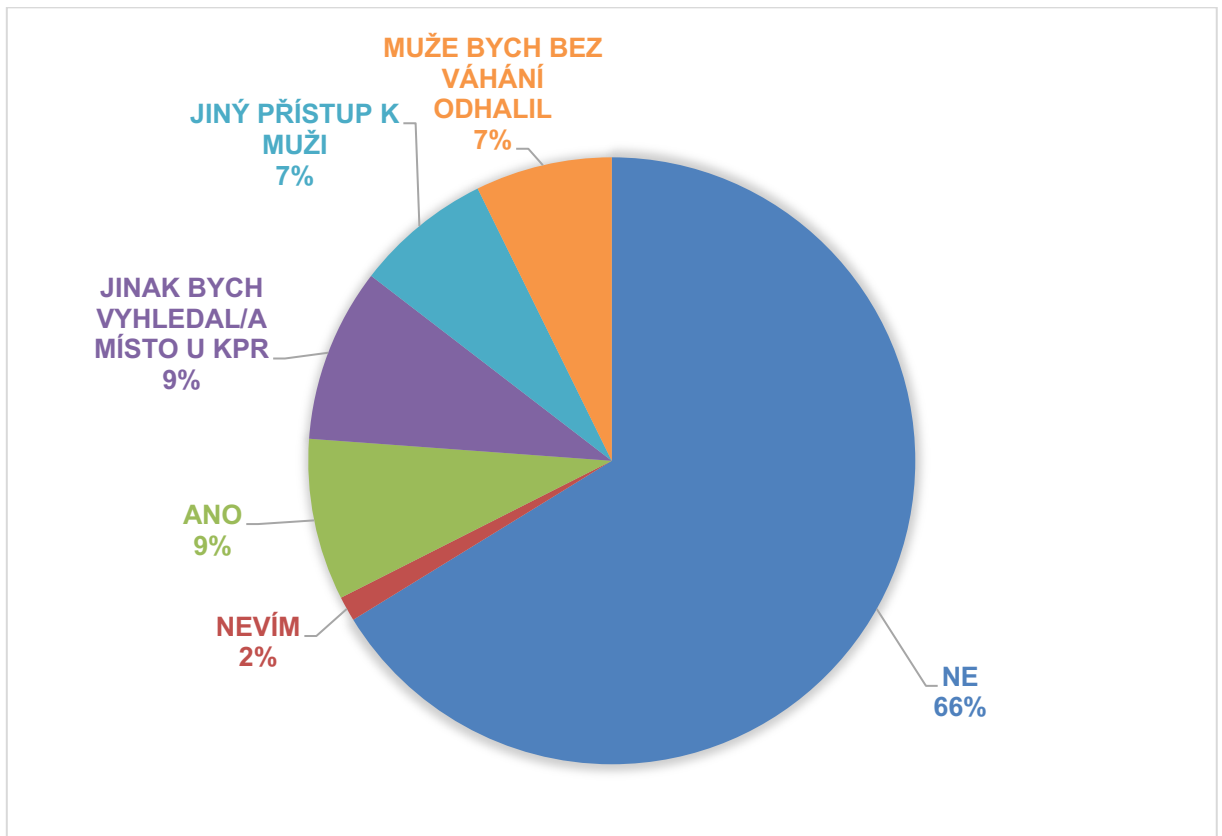
Dalšími uvedenými nedostatky bylo nesprávné zhodnocení dýchání, které zaznamenalo 11 účastníků (6 %), a opomenutí sundání podprsenky, což uvedlo 7 z nich (5 %). Stejný podíl, tedy 5 %, přiznal, že stlačoval hrudník příliš pomalu, nesprávně manipuloval s figurantkou nebo neprovedl bolestivý podnět. Nesprávně zvolené místo pro provádění kompresí zvolilo 29 zúčastněných (15 %).

Naopak 21 jednotlivců (11 %) uvedlo, že během modelové situace žádnou chybu neudělali a byli si svým postupem jisti. Níže uvádím několik vybraných odpovědí:

„Neodhalení hrudníku, které vedlo k nesprávnému umístění plochy stlačování hrudníku.“

„Málo jsem uvolňovala hrudník.“

- Zachoval/a byste se u KPR muže jinak?



Obrázek 9 Graf Rozdílné chování u KPR muže

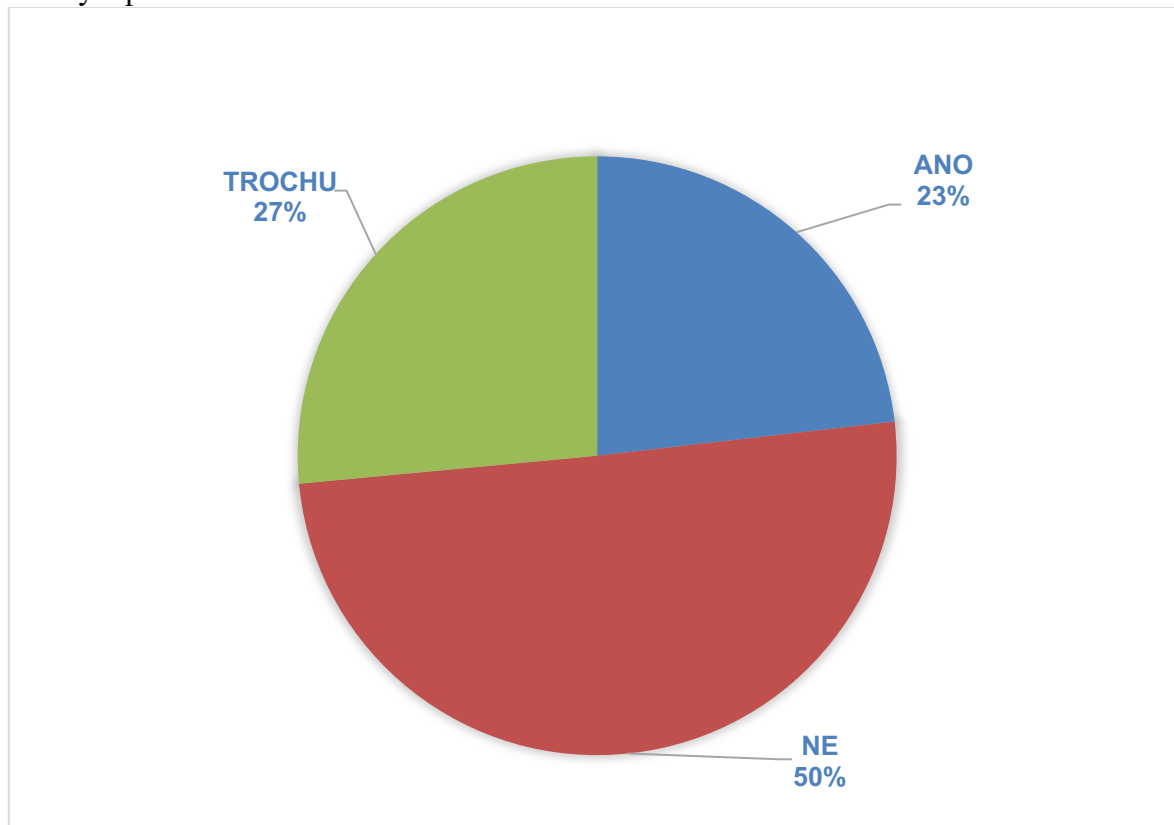
Na Obrázku číslo 9 je znázorněno rozložení odpovědí respondentů na danou otázku. Největší část, konkrétně 66 % (100 respondentů) odpověděla „NE“, což znamená, že většina respondentů nezměnila svůj přístup k resuscitaci na základě pohlaví pacienta. Odpověď „ANO“ zvolilo 13 (9 %) účastníků, což naznačuje, že někteří přiznávají rozdíl v přístupu k resuscitaci žen. Stejný podíl 9 % (14) respondentů uvedl, že by v případě KPR volili jiné místo pro provedení úkonu, což může ukazovat na určitou váhavost nebo větší diskrétnost.

Odpovědi „Jiný přístup k mužům“ (7 %, 11 odpovědí) a „Muže bych bez váhání odhalil“ (7 %- neboli 11 odpovědí) ukazují na zajímavé srovnání. Zatímco stejný podíl respondentů připouští, že by k mužům přistupoval jinak, stejná část zároveň uvádí, že by u mužského pacienta neměla problém s odhalením hrudníku, což naznačuje větší ochotu jednat bez obav. Nejmenší zastoupení měla odpověď „NEVÍM“, kterou zvolila pouze 2 % respondentů (tudíž 2 odpovědi), což ukazuje, že většina účastníků má v této otázce jasný názor.

Zde uvádím několik konkrétních odpovědí k této otázce.

- „V realitě by mi ženy bylo líto, kdybych musela odhalit ženu na veřejnosti.“
- „U muže se lépe hledá sternum než u ženy.“

- Byla pro Vás daná situace obtížná?



Obrázek 10 Graf Vnímaná obtížnost modelové situace

Na Obrázku číslo 10 jsou graficky znázorněny odpovědi respondentů na otázku, zda pro ně byla modelová situace obtížná. 76 účastníků (50 %) odpověděla „NE“, což znamená, že si myslí, že situaci zvládli bez větších obtíží. Naopak 35 respondentů (23 %) uvedlo, že pro ně byla náročná, zatímco 27 % (40 respondentů) odpovědělo „TROCHU“, což naznačuje, že s ní měli určité menší obtíže.

Celkové výsledky ukazují, že většina respondentů uváděla, že se s modelovou situací vypořádali bez větších problémů, ale přibližně každému čtvrtému účastníkovi připadala náročná. Pro lepší ilustraci uvádím několik konkrétních odpovědí od respondentů:

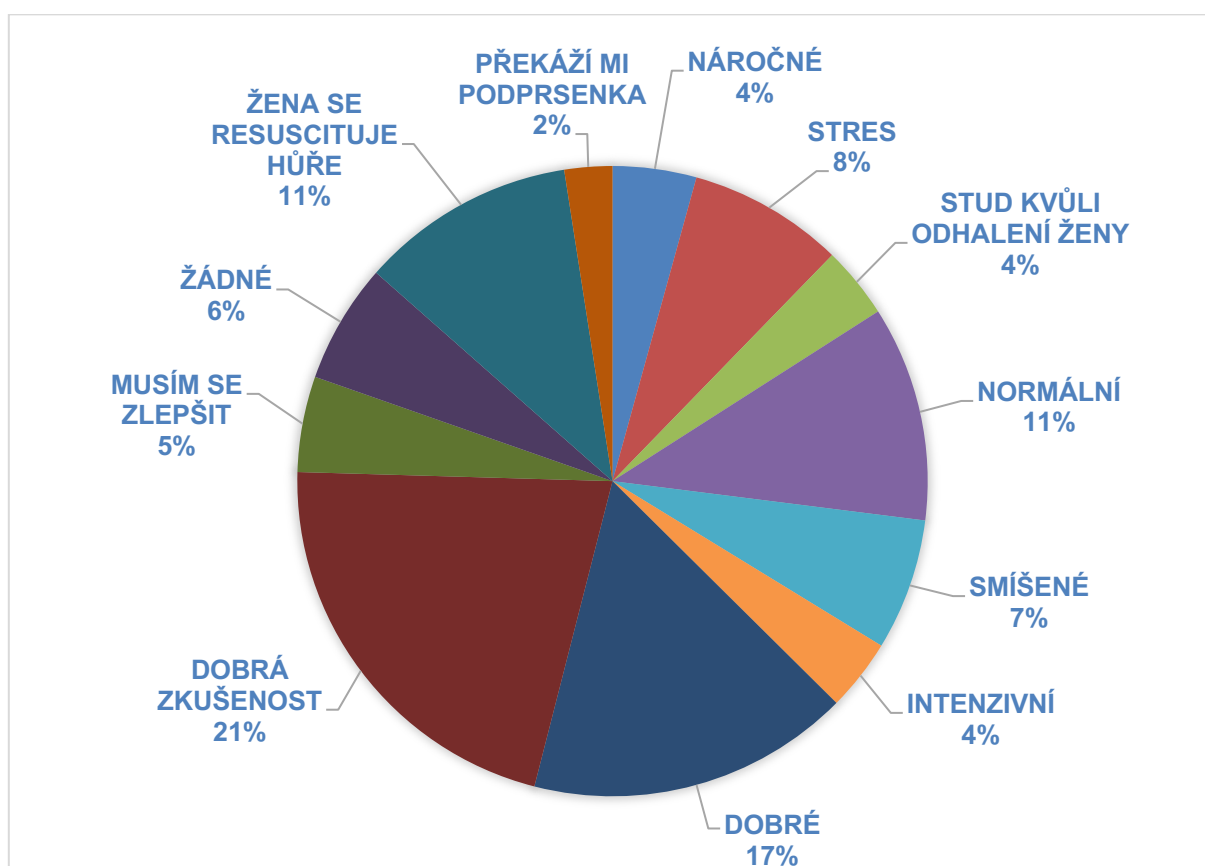
„Jen trochu, vzhledem k pohlaví.“

„Středně, ale byla velmi užitečná, jelikož se to netrénuje.“

„Bylo pro mě obtížné zůstat v rytmu resuscitace.“

„Celkem ano, jelikož to nemám moc zažité.“

- Jaké ve Vás zanechala pocity?



Obrázek 11 Graf Pocity respondentů po resuscitaci ženského modelu

Obrázek číslo 11 zachycuje pocity respondentů z modelové situace resuscitace ženy. Největší část, 21 % odpovídajících (35 respondentů), uvedla, že byli rádi, že si tuto situaci mohli vyzkoušet. Dalších 27 (17 %) označilo svůj pocit jako dobrý.

18 respondentů (11 %) vnímalo, že ženy se resuscitují hůře. Stres jako významný faktor uvedlo 8 % odpovídajících (tedy 13 respondentů). 7 % (11) popsalo své pocity jako smíšené a 4 % (6) jako intenzivní.

Stud kvůli odhalení ženy uvedlo 6 (4 %) respondentů, zatímco 4 (2 %) zaznamenali problém s podprsenkou při resuscitaci. 10 respondentů (6 %) odpovědělo, že necítili žádné potíže, a 5 % (tedy 8 odpovídacích) mělo pocit, že se musí zlepšit. Celkové výsledky ukazují rozmanitost.

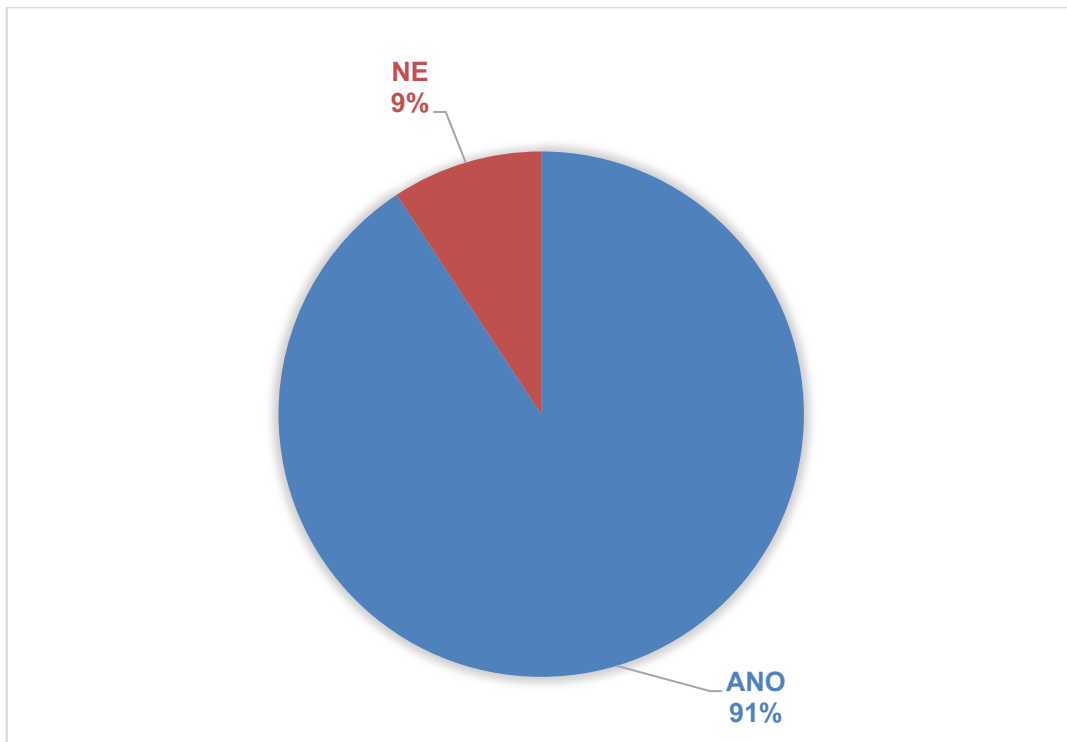
Zde jsou uvedeny některé konkrétní odpovědi respondentů, které přibližují jejich vnímání této situace:

1. „Je skvělý, že si člověk může zkusit jiný model než jen mužský.“

2. „Cítil jsem se lehce trapně a ostýchavě.“

3. Poučila jsem se o umístění rukou u KPR.

- Uvítal/a byste častější zařazení nácviku KPR na ženské figuríně do výuky?



Obrázek 12 Graf Postoje respondentů o intenzivnější nácvik KPR u žen

Obrázek číslo 12 poskytuje přehled odpovědí na otázku, zda by si respondenti přáli častější zařazení nácviku KPR na ženské figuríně do výuky. Z odpovědí vyplývá, že výrazná většina, konkrétně 137 respondentů (91 %), se vyslovila pro tuto možnost. Pouze 14 respondentů (9 %) uvedlo, že častější tréninky na ženské figuríně nepovažují za potřebný.

7 DISKUZE

V této části bakalářské práce jsou získaná data porovnáвана s předchozími průzkumy a odbornou literaturou.

Průzkumná otázka číslo 1:

Jaké budou respondenti udávat rozdíly v provádění KPR u žen a mužů?

Tato průzkumná otázka byla analyzována na základě dotazníkové otázky č.4 (viz Příloha č 4), jejíž výsledky jsou znázorněny v obrázku č 9., Respondenti se v ní vyjadřovali, zda by v případě, že by resuscitovali muže, postupovali jinak než u ženy. Výsledky byly dále podpořeny pozorováním modelových situací a porovnány se závěry zahraniční literatury.

Obrázek č. 9 ukazuje, že z celkového počtu 151 respondentů uvedlo 100 osob (66 %), že by přístup ke KPR neměnili. Přesto však 33 osob (21 %) uvedlo, že by u muže jednali jinak a 18 respondentů (12 %) odpovědělo neurčitě nebo uvedlo „nevím“. Z odpovědí respondentů vyplývá, že u mužského pacienta mají často větší jistotu v umístění rukou, nevnímají takovou míru intimity při odhalení hrudníku a přístup je pro ně „snazší“ a „přirozenější“. Odpověď typu „V realitě by mi ženy bylo líto, kdybych musela odhalit ženu na veřejnosti.“ se opakovala v různých obměnách.

Zajímavé je i srovnání výsledků mého výzkumu s bakalářskou prací Stránského z roku 2021, který se rovněž zabýval vlivem pohlaví pacienta na ochotu laiků zahájit kardiopulmonální resuscitaci. I když jeho šetření bylo provedeno o čtyři roky dříve, byly zjištěny velmi podobné tendence. V jeho studii si 78 % respondentů zvolilo k resuscitaci mužskou figurínu, zatímco ženskou pouze 22 %. U respondentů, kteří preferovali mužský model, byly zaznamenány obavy z nevhodného dotyku, ostych i nejistota při manipulaci s ženským tělem. Podobné důvody byly uvedeny také v mém výzkumu, kde 21 % účastníků přiznalo, že by jejich přístup k resuscitaci závisel na pohlaví postiženého. Zjištění obou výzkumů tak ukazují, že se i přes časový posun nezměnila základní psychologická bariéra, která může v případě ženy negativně ovlivnit rychlost i kvalitu poskytnuté pomoci. Tento fakt je v rozporu s doporučeními European Resuscitation Council, podle nichž by měl být přístup k resuscitaci rovný a nestranný bez ohledu na pohlaví pacienta.

Tato zjištění z průzkumů korespondují i se závěry švédské studie autorů Hansen & Torp-Pedersen (2024), která byla publikována v odborném časopise EP Europace. Studie analyzovala

více než 26 000 případů náhlé srdeční zástavy mimo nemocnici a zaměřila se na přežití v závislosti na pohlaví pacienta. Z výsledků vyplynulo, že ženy měly o 8 % nižší šanci na přežití než muži, a to i po zohlednění dalších faktorů, jako je věk, přítomnost svědků nebo použití AED.

Autoři studie konstatovali, že tyto rozdíly nejsou vysvětlitelné pouze biologicky. Naopak poukazují na vliv společenských a kulturních norem, které mohou ovlivňovat ochotu veřejnosti zasáhnout. Ženy podle výsledků studie méně často obdrží KPR od přítomných osob na veřejnosti, a pokud ji obdrží, bývá často opožděná. Jedním z klíčových vysvětlení je nejistota zachránců při kontaktu s ženským tělem, zvláště pokud jde o manipulaci v oblasti hrudníku, svlékání oděvu nebo riziko špatného zásahu.

Pozorováním modelových situací v rámci průzkumu tato zjištění dále podpořila. U ženské figuríny respondenti častěji váhali, měli nejisté pohyby rukou při odhalování hrudníku a delší prodlevy při zahájení kompresí. Naopak u mužské figuríny tyto projevy zaznamenány nebyly nebo byly výrazně mírnější. Netechnické dovednosti, jako rozhodnost, schopnost zvládat ostych či stres, se ukazují jako rozhodující prvek pro efektivní zásah (Obrázek č. 2, Obrázek č. 3).

Výsledky švédské studie *Untangling sex disparities in cardiac arrest survival: navigating the complex interplay of predictors*. navíc potvrzují, že rozdíly v přežití nelze přičítat pouze fyziologickým rozdílům mezi pohlavími, a že rozdíly v poskytování KPR mužům a ženám skutečně existují, ať už jsou dělány vědomě, nebo se projevují nevědomě v chování zachránce.

Průzkumná otázka číslo 2:

Jak budou respondenti seznámeni s KPR ženy před kurzem PP?

K zodpovězení této otázky byly využity výsledky z dotazníkových otázek č. 1, č.5, č 7, jejichž data jsou znázorněna v Obrázcích č.6, 10 a 12. Výsledky byly dále doplněny o poznatky z modelových situací a porovnány se zahraničními odbornými studii.

Graf č. 6 se zaměřuje na otázku č. 1, která zjišťovala, zda se respondenti již někdy setkali s výukou KPR na ženské figuríně. Z celkového počtu 151 respondentů uvedlo 130 osob, že nikdy necvičili KPR na ženském modelu, a pouze 14 osob uvedlo, že takovou zkušenost mají. Tato zjištění naznačují, že výuka KPR je ve většině případů realizována bez zohlednění pohlaví pacienta.

Tento nedostatek výuky je dále reflektován v odpovědích na otázku č. 7 (Obrázek č.12), kde respondenti odpovídali, zda by uvítali častější nácvik KPR na ženské figuríně. Výsledky ukazují, že 134 respondentů odpovědělo kladně, což svědčí o vysoké míře zájmu o vyrovnanější výukový přístup.

Tyto poznatky se projevily i při sledování modelové situace, kde byli respondenti postaveni před resuscitací ženské figuríny, kde výrazně častěji než u mužského modelu, docházelo k váhání při obnažení hrudníku. Ze záznamů mého pozorování vyplynulo, že z celkového počtu 151 respondentů hrudník ženy neodhalilo 67 respondentů.

Tuto nejistotu potvrzuje i Graf č. 10. na otázku č. 5 o obtížnosti modelové situace odpověděla značná část respondentů, že situaci vnímali jako „náročnou“ nebo psychicky „zvláštní“, často právě kvůli faktu, že model představoval ženu. Tato zpětná vazba ukazuje na nezbytnost přípravy studentů nejen z hlediska technického, ale i psychologického a etického.

Podobný závěr vyplývá i ze studie Rebecy Szabo z Royal Womens Hospital v Melbourne (2024), která analyzovala CPR výukové figuríny napříč australskými zdravotnickými školami. Výsledky ukázaly, že z 20 typů figurín pouze jedna měla možnost přidání prsního nástavce, a z toho vyplývá, že nedostatečné zastoupení ženské anatomie ve výuce CPR může vést k implicitním předsudkům, nejistotě a opožděnému zásahu při zástavě oběhu u žen.

Podobně i studie od Kimy Ryana et al. (2023), která testovala dopad přidání prsního nástavce u CPR figurín, zjistila, že respondenti trénující na realistickém modelu ženy vykazovaly při následném tréninku na živém simulovaném pacientovi nižší úroveň stresu a větší přesnost v umístění rukou. Studie doporučuje standardizovat používání ženských figurín jako běžnou součást výuky a tím přispět k odbourání nejistoty spojené s fyzickým dotykem ženského těla.

V kontextu těchto studií je zřejmé, že nejen anatomické rozdíly, ale také nedostatečné zastoupení žen v tréninku a scénářích, zásadně ovlivňují kvalitu budoucích zásahů v praxi. Respondenti v tomto průzkumu si uvědomují, že by častější používání ženského modelu mohlo snížit stres, zvýšit profesionalitu a odstranit ostych. Současně by tím vzrostla i rovnost v přístupu k poskytování první pomoci bez ohledu na pohlaví pacienta.

Průzkumná otázka číslo 3:

Jaké pocity bude KPR ženy vyvolávat u respondentů?

Tato průzkumná otázka byla analyzována primárně na základě dotazníkové otázky č.6 (Obrázek č. 11) a doplněna o výsledky pozorování modelové situace. Pro hlubší porozumění emocím a chování respondentů byly dále využity odpovědi z Grafů č. 1,2,3 a 4, které se zaměřují na nonverbální komunikaci: stud, zdrženlivost, klid a rozvahu v krizových situacích.

Graf č. 11 ukázal, že resuscitace ženy vyvolala ve skupině respondentů široké spektrum emocí. Největší část 21 % uvedla, že byli rádi za tuto zkušenost, 17 % ji popsalo jako dobrou, ale zároveň 11 % respondentů uvedlo, že ženy se resuscitují hůře, další část ji označilo jako stresující. Odpovědi typu „Cítil jsem se lehce trapně a ostýchavě.“ nebo „Byl jsem nervózní.“ byly časté a reflektují vnitřní napětí respondentů.

Za zmínku stojí i výsledky z Grafu č. 1, který reflektuje míru nerozhodnosti respondentů v krizové situaci. Přestože většina studentů měla své chování rozhodné, u části z nich se objevila mírná až výrazná nerozhodnost, což je v kontextu resuscitace ženy obzvlášť důležité. Pozorování z modelových situací ukázalo, že právě u ženské figuríny byla nejistota častěji přítomná. To naznačuje, že vnitřní rozpaky a vnější očekávání mohou významně ovlivnit průběh zásahu, a tedy i jeho úspěšnost.

Výsledky spojené se zdrženlivostí, jak naznačuje Graf č. 2, ukazují, že značná část respondentů se během resuscitace ženy potýkala s určitým ostychem. Tento stud byl nejčastěji spojován s dotykem hrudníku, obnažení těla nebo celkovým vnímáním intimity situace. Takové pocity mohou negativně ovlivnit rychlost pomoci i technickou přesnost provedení. Je proto zřejmé, že výuka by měla zahrnovat nejen praktický výcvik, ale i otevřenou diskusi o společenských normách a psychickém komfortu při pomoci ženám v krizových situacích.

Grafy č. 3 a č. 4 odhalily, že i když část respondentů zachovala během resuscitace ženy klid a postupovala rozvážně, jiní reagovali nejistě či chaoticky. Zvláště při práci s ženskou figurínou bylo patrné, že stres a obava z chyby narušují schopnost jednat systematicky. Emoční zážitek tak může ovlivnit kvalitu zásahu víc než samotné technické dovednosti.

Zajímavý pohled nabízí i studie Hokenek & Erdogan (2021), která zkoumala výskyt poranění vzniklých při KPR pomocí CT vyšetření hrudníku u pacientů po zástavě oběhu. Zjistila, že větší AP rozměry a objem hrudníku zvyšují riziko zlomenin žeber či hrudní kosti, zatímco pohlaví pacienta nebylo významným faktorem. Přesto tato data naznačují, že obava z možného

poranění, zejména u žen, může u zachránců vyvolat zdržení či nadměrnou opatrnost. Taková nejistota pak snižuje efektivitu zásahu a ukazuje na potřebu lepší anatomické přípravy a praktického nácviku.

Dále lze zmínit Favaleovou (2024), která popisuje společenské důsledky resuscitace ženy a vliv kulturních stereotypů na rozhodování zachránců. Zejména muži často váhají kvůli obavám z obvinění z nevhodného dotyku. I když se jedná o krizovou situaci, vnímané riziko „společenské chyby“ mnohdy převažuje nad profesní povinností.

Z hlediska psychologie pak Honzák (2020) upozorňuje, že rozhodování v zátěži není jen věcí znalostí, ale i schopnosti pracovat se stresem, emocemi a očekáváním okolí. V našem průzkumu se tyto faktory jednoznačně projevily při KPR ženy, a to jak v odpovědích, tak v reálném chování během modelové situace.

Průzkumná otázka číslo 4:

Jakou míru jistoty budou respondenti projevovat při KPR ženy?

Tato otázka poukazuje na významný aspekt praxe první pomoci – tedy sebedůvěru zachránce ve vlastní schopnosti, konkrétně při resuscitaci ženy. Ačkoliv se část respondentů jevila jako jistá a rozhodná, pozorování ukázalo, že významná část studentů projevovala v průběhu situace známky nejistoty, a to jak v chování, tak v celkovém projevu během modelové situace.

Tyto závěry vycházejí především z Grafu č. 3, který se zaměřil na míru zachování klidu, a z Grafu č. 4, hodnotícího rozvážnost a systematickosti postupu. Pouze 53 % respondentů působilo klidně a vyrovnaně, zatímco zbytek projevoval různé formy nejistoty – od mírné roztržitosti až po zjevné projevy stresu. Rozvážný postup zachránce byl zaznamenán pouze u 38 % respondentů, zbytek vykazoval váhavost.

V modelových situacích byla tato nejistota patrná zejména kvůli kontaktu se ženským modelem. Někteří respondenti ztráceli jistotu během kroků: např. při obnažení hrudníku a umístění rukou. U části z nich bylo pozorováno i opakované ujištění, že u figurantky mohou vyšetřovat stav i vědomí. Tyto projevy naznačují, že míra sebedůvěry je ovlivněna sociálním kontextem situace.

Na tuto nejistotu však neupozorňuje pouze samotné chování, ale i souvislosti s jinými otázkami. Většina studentů v předchozích odpovědích uvedla, že nikdy netrénovali KPR na ženské figuríně (Graf č. 6) a zároveň by uvítali častější možnost takového nácviku (Graf č.12). Tyto dvě zjištění potvrzují, že chybějící praktická zkušenost s různorodostí modelů je významným faktorem ovlivňujícím míru jistoty.

Z hlediska odborné literatury se tato témata promítají do širšího rámce psychologické připravenosti. Pugnerová (2019) zdůrazňuje, že jistota v krizových situacích je důsledkem opakovaného nácviku a konkrétní zkušenosti. Honzák (2020) pak upozorňuje na to, že stres a kulturně naučené zábrany mohou zásadně ovlivnit výkon u jedince, který je technicky dobře připraven. Sebedůvěra tedy není automatickým výsledkem znalosti algoritmu-je to schopnost zvládnout tlak, jednat efektivně a být si vědom kontextu situace.

8 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zhodnotit postoje respondentů při poskytování kardiopulmonální resuscitace ženám a zjistit, zda hraje pohlaví pacienta roli v rozhodovacím procesu a provádění samotné první pomoci. Hlavní výzkumné otázky se soustředily na to, zda se přístup k ženám při resuscitaci liší, jaké faktory mohou tento přístup ovlivnit a jak se tyto postoje projevují nejen v názorech, ale i v praktickém chování.

Pro dosažení těchto cílů byla zvolena kombinace metod – dotazníkové šetření a přímé nezúčastněné pozorování modelové situace. Tato metodika se ukázala jako přínosná, neboť umožnila zachytit nejen subjektivní postoje respondentů, ale i jejich reálné projevy během simulované krizové situace. Výsledky byly analyzovány kvantitativně prostřednictvím grafů, tak i pomocí slovních výpovědí a pozorovacích záznamů.

Závěry práce ukazují, že ačkoliv studenti deklarovali rovnost v přístupu k mužům a ženám při KPR, v praxi často docházelo k určité váhavosti, zdrženlivosti či psychickému nepohodlí při resuscitaci ženské figuríny. Nejistota se výrazněji projevovala zejména u těch respondentů, kteří neměli žádnou zkušenost s nácvikem KPR na ženském modelu. Výsledky tak poukázaly na určitou mezeru ve výuce, která by mohla být cíleně doplněna.

Výzkum naplnil stanovené cíle a rozšířil stávající poznání o málo zmapovaný aspekt v oblasti první pomoci – tedy vnímání pohlaví resuscitované osoby. Z práce vyplynula praktická doporučení, která mohou sloužit jako inspirace při doplnění vzdělávacích programů. Významným návrhem je zařazení výukových figurín se ženskou anatomickou stavbou do běžné výuky a větší důraz na psychologickou přípravu studentů na krizové situace.

Vzhledem k aktuálnosti a citlivosti tématu lze předpokládat, že oblast poskytování KPR ženám bude i nadále předmětem odborné diskuse. Průzkum může sloužit jako základ pro další šíření, zaměřené např. na zkušené zdravotníky, laickou veřejnost nebo srovnání s jinými zeměmi. Možné je i sledování dopadu úprav výuky na změnu postojů studentů v čase.

V návaznosti na zjištěné skutečnosti byl rovněž navržen edukační leták (Příloha č. 8) zaměřený na podporu KPR u žen. Tento praktický výstup by mohl přispět ke zvýšení povědomí o tématu a podpořit jistotu záchránců v reálné praxi.

9 POUŽITÁ LITERATURA

9.1 Monografie

BOGUSKÁ, Danka; HUDÁK, Michal; ŽIFČÁK, Marek; VITKOVÁ, Martina; ZAZULA, Roman et al., 2023 *Záchranářské techniky a postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3388-8.

DVOŘÁK, Jan; EMMERT František; FABIČOVICOVÁ, Alena; HADAMČÍK Lukáš a HAVELKOVÁ Petra, 2015. *Odmaturuj! Ze společenských věd*. Druhé, přepracované vydání. Brno: Didaktis. ISBN 978-80-7358-243-2.

HALUZÍKOVÁ, Jana. ,2023. *Základy první pomoci a přednemocniční péče pro nelékařské obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1739-0.

HENDL, Jan. 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.

HONZÁK, Radkin. 2020. *Emoce od A do P*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-492-7.

PALEČKOVÁ, Jana. *Odpovědnost laika za poškození zdraví při první pomoci. Kde jsou hranice povinnosti poskytnout první pomoc pro laika?* Florence. 2020, 16(5), 35. ISSN 1801-464X.

PUGNEROVÁ, Michaela. 2019. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Praha: úGrada. ISBN 978-80-271-0532-8.

ŠÍN, Robin a ŠTOURAC, Petr. 2024. *Urgentní medicína*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-706-5.

9.2 Odborné články

ČESKO, Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40/zneni-20250211>.

ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ. Oficiální webové stránky [online]. Dostupné z: <https://www.cervenykriz.eu>

DRÁBKOVÁ, Jarmila. OHCA, laická KPR u dospělých, současná situace a pokroky. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Supplementum 1/2020 - Současné novinky KPR tematiky v přípravě nových metodických doporučení. 2020, 67(1), 52-

56. ISSN 1212-3048. Dostupné také z: <https://nlk.cz/zdroje/publikace-nlk/anesteziologie-resuscitace-a-intenzivni-medicina/>

ESTLER, Arne; ZANDERIGO, Eloisa; WESSLING, Daniel; GRÖZINGER, Gerd; STEINMACHER, Sahra et al. Quantification of Breast Volume According to age and BMI: A Three-Dimensional MRI Analysis of 400 Women. Online. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2023, roč. 47, č. 5, s. 1713-1724. ISSN 0364-216X. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00266-022-03167-0>

FRANĚK, Ondřej. Záchránná služba: Jak volat ZZS [online]. Praha: vsFish, 2020 [cit. 2020-10-22]. Dostupné z: <https://zachrannasluzba.cz/kdy-a-jak-volat-zzs/>

HANSEN, C. M. a TORP-PEDERSEN, C. Untangling sex disparities in cardiac arrest survival: navigating the complex interplay of predictors. Online. *Europace: European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology : journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology*. 2024, roč. 26, č. 5. ISSN 15322092. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/europace/eaue125>

HELAGO. PRESTAN Professional Female – ženská figurína pro nácvik KPR [online]. 2024. Dostupné z: <https://www.helago-cz.cz/eshop-prestan-kpr-aed-zenska-figurina-dospeleho-cloveka-s-kpr-monitorem-baleni-4-ks.html>

HELAGO. Victoria – simulátor matky a dítěte S2200 [online]. 2024. Dostupné z: <https://www.helago-cz.cz/eshop-s2200-victoria-simulator-matky-a-ditete-159347.html>

HOKENEK, N. M. a ERDOGAN, M. O. Effect of Differences in Thorax Volume and Dimensions on CPR-related Injuries. Online. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP*. 2021, roč. 31, č. 3, s. 267-272. ISSN 16817168. Dostupné z: <https://doi.org/10.29271/jcpsp.2021.03.267>

KIM, Ryan T. et al. Implementation of a Brest Adjunct for CPR Training Manikins Increased Reported Comfort in Performing in CPR on Women. *JEMS* [online]. 2023 [cit. 25.4.2025]. Dostupné z: <https://www.jems.com/ems-training/implementation-breast-adjunct-cpr-training-manikins/>

LAERDAL. SimMom – simulátor těhotné ženy [online]. [cit. 27. 3. 2025]. Dostupné z: <https://www.laerdal.cz/simmom/>

Národní kontaktní centrum – gender a věda: newsletter [online]. 2019 [cit. 2021-02-06]. Dostupné z : https://genderaveda.cz/wp-content/uploads/2020/03/news_cerven2019_fin_korek.pdf.

MEDIM. Porodnický simulátor Lucina [online]. 2024 [cit. 1. 4. 2025]. Dostupné z: <https://www.medim.info/katalog/vyukove-simulatory/pacientske-simulatory/porodnicky-simulator-mfs-detail>

MEDIM. Lucy – kompletní porodní a novorozenecký simulátor [online]. [cit. 27. 3. 2025]. Dostupné z: <https://www.medim.info/katalog/vyukove-modely-a-trenazery/tehotenstvi-a-porod-1/tehotenstvi-a-porod/lucy-kompletni-porodni-a-novorozenecky-simulator-detail>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (n.d.). Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Dostupné z <https://www.msmt.cz>

Ministerstvo zdravotnictví ČR & Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. (2019). Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání Zdravotnický záchranář. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/16928/36813/STANDARD%20ZDRAVOTNICKÝ%20ZÁCHRANÁŘ-OK.pdf>

OTOVÁ, Berta, Romana MIHALOVÁ a Klára BOBKOVÁ. *Základy biologie a genetiky člověka*. Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4583-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/zaklady-biologie-a-genetiky-cloveka-7906/>

PALEČKOVÁ, Jana. Jak to má běžný občan s povinností poskytnout první pomoc? Florence. 2023, 19(3), 46. ISSN 1801464X. Dostupné také z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/>

STRÁNSKÝ, Jakub. Genderová problematika při provádění Basic Life Support [online]. Jindřichův Hradec, 2021 [cit. 2025-04-26]. Dostupné z: https://portal.upce.cz/portal/studium/prohlizeni.html?pc_pagenavigationalstate=AAAAAQAFMTIwNDMTAQAAAAEACHN0YXRIS2V5AAAAQAULTkyMjMzIwMzY4NTQ3NzQ5NzMAAAAA#prohlizeniSearchResult

Szabo, R. (2024). Learning CPR on manikins without breasts puts women's lives at risk, study finds. The Guardian.

Dostupné online: <https://www.theguardian.com/australia-news/2024/nov/21/learning-cpr-on-manikins-without-breasts-puts-womens-lives-at-risk-study-finds>

TRUHLÁŘ, Anatolij; ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, Renata; DIZON, Jose; DJAKOW, Jana; DRÁBKOVÁ, Jarmila et al. 2021. *Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2021: souhrn doporučení*. Olomouc: Solen. ISBN 978-80-7471-358-3.

10 PŘÍLOHY

Příloha 1 - Algoritmus základní resuscitace s použitím AED (Truhlář et al., s18)	58
Příloha 2- Figurína muže	59
Příloha 3 - Figurína ženy	60
Příloha 4 - Dotazník KPR ženy	61
Příloha 5 - Hodnotící tabulka.....	62
Příloha 6 - Ukázka otevřeného kódování.....	63
Příloha 7- Tabulka výsledků z dotazníkového šetření	64
Příloha 8- Edukační plakát o KPR ženy	65

KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE



Příloha 2- Figurína muže



Příloha 3 - Figurína ženy



Příloha 4 - Dotazník KPR ženy

1. Setkal/a jste se již s ženským resuscitačním modelem?

.....

2. Překvapila Vás tato situace?

.....

3. Udělal/a jste při KPR nějakou chybu? Jakou a jak byste ji napravil/a?

.....

4. Zachoval/a byste se u KPR muže jinak?

.....

5. Byla pro Vás tato modelová situace obtížná?

.....

6. Jaké ve Vás zanechala pocity?

.....

7. Uvítal/a byste častější zařazení nácviku KPR na ženské figuríně do výuky?

.....

Příloha 5 - Hodnotící tabulka

zachránce
Muž/Žena

	správný postup	Hodnocení			
		ANO (100 %)	Spíše ANO (75 %)	Spíše NE (25 %)	NE (0 %)
Prvotní přístup	zhodnocení situace				
	pokus o navázání kontaktu				
	kontrola vědomí				
	přetočení na záda				
	kontrola dýchání				
KPR	přivolání pomoci, ZZS				
	zprůchodnění DC (záklon hlavy, přesunutí spodní čelisti)				
	obnažení hrudníku				
Netechnické dovednosti A	uvolňování hrudníku po stlačení				
	stlačování na hrudní kosti na spojnici prsních bradavek				
	zachránce je klidný				
Netechnické dovednosti B	zachránce postupuje rozvážně				
	návaznost a posloupnost jednotlivých kroků				
	Vegetativní projevy (třes, zčervenání...)				
Netechnické dovednosti B	Váhavé, zdráhavé jednání				
	projevy studu, zdrženlivosti				

	Frekvence stlačování	Uvolňování hrudníku	procentuální úspěšnost	hloubka stlačování		
Ženský model				malá	správná	velká
Mužský model				malá	správná	velká

Poznámky pozorovatele:

Příloha 6 - Ukázka otevřeného kódování

ZACHOVALI A BÝSTE
SE U KPR JINAK?
(MUŽE)

NE = ##### = 50
= 50 > 100

NEVÍM = # = 2

JINÝ PŘÍSTUP K MUŽI = ##### = 11

ANO = ##### = 13

JINAK SE VYHLEDÁVÁ MÍSTO = ##### = 14

MUŽE BÝCH BEZ VÁHÁNÍ ODHALIL/A = ##### = 11

NE = 100 ODPOVĚDÍ

NEVÍM = 2 ODPOVĚDÍ

JINÝ PŘÍSTUP K MUŽI = 11 ODPOVĚDÍ

ANO = 13 ODPOVĚDÍ

JINAK SE VYHLEDÁVÁ MÍSTO = 14 ODPOVĚDÍ

MUŽE BÝCH BEZ VÁHÁNÍ ODHALIL/A = 11 ODPOVĚDÍ

Celkově 151 ODPOVĚDÍ

Příloha 7- Tabulka výsledků z dotazníkového šetření

Setkal/a jste se již s ženským resuscitačním modelem ?		Byla pro Vás daná modelová situace obtížná ?		Uvítal/a byste častější zařazení nácviku KPR na ženské figuríně do výuky ?		Jaké ve Vás zanechala pocity?		Zachoval/a byste se u KPR muže jinak?		Překvapila Vás tato situace?		Udělal/a jste při KPR nějakou chybu ?	
ANO	21	ANO	35	ANO	137	NÁROČNÉ	7	NE	100	ANO	48	NESUNDAL/A PODPRSENKU	7
NE	130	NE	76	NE	14	STRES	13	NEVÍM	2	NE	84	POMALÁ FREKVENCE	9
		TROCHU	40			STUD KVŮLI ODHALENÍ ŽENY	6	ANO	13	TROCHU	19	NEDOSTATEČNÉ UVOLŇOVÁNÍ HRUDNÍKU	45
						NORMÁLNÍ	18	JINAK BYCH VYHLEDAL/A MÍSTO U KPR	14			NEODHALENÍ HRUDNÍKU	51
						SMÍŠENÉ	11	JINÝ PŘÍSTUP K MUŽI	11			ŠPATNÁ MANIPULACE S FIGURANTKOU	9
						INTENZIVNÍ	6	MUŽE BYCH BEZ VÁHÁNÍ ODHALIL	11			ŠPATNÉ ZVOLENÉ MÍSTO U KPR ŽENY	29
						DOBŘE	27					NIC	21
						DOBŘÁ ZKUŠENOST	35					NEUDĚLAL/A BOLESTIVÝ PODMĚT	10
						MUSÍM SE ZLEPŠIT	8					Špatně zhodnocené dýchání	11
						ŽÁDNÉ	10						
						ŽENA SE RESUSCITUJE HŮŘE	18						
						PŘEKÁŽÍ MI PODPRSENKA	4						

KPR ŽENY

**1 NEREAGUJE
A NEDÝCHÁ NEBO
NEDÝCHÁ
NORMÁLNĚ**



**2 ZAVOLEJTE
155**



**3 ODHALTE HRUDNÍK
A KLEKNĚTE SI
BOKEM KE
HRUDNÍKU**



**4 PROPNĚTE
RUCE, POLOŽTE
NA STŘED
HRUDNÍKU**

PROVÁDĚJTE KPR 30:2