

Pierwsza pomoc — ocena stanu poszkodowanego

Konkurs o Zdrowiu „Pod opieką Higieji – wiem, jak dbać o zdrowie” · etap szkolny · Dział IV · edubiologia.pl

KONKURS O ZDROWIU „HIGIEJA” · ETAP SZKOLNY · DZIAŁ IV

Dziesiąte zagadnienie programu to **pierwsza pomoc — ocena stanu poszkodowanego**. Wskazany materiał prowadzi krok po kroku: od sprawdzenia, czy miejsce jest bezpieczne, przez ocenę przytomności i oddechu, po ułożenie w pozycji bocznej. W tym temacie liczą się liczby (10 sekund, 2 oddechy, 30 minut) i kolejność czynności — dlatego wszystko jest tu ponumerowane.

Krok 1. Bezpieczeństwo i wstępna ocena

Gdy widzisz osobę potrzebującą pomocy, **najpierw oceń miejsce zdarzenia** — czy jest bezpieczne dla Ciebie, poszkodowanego i świadków. Dopiero gdy uznasz, że jest bezpiecznie, podchodzisz i wstępnie oceniasz stan poszkodowanego: widoczne urazy (krwotoki, złamania, amputacje, oparzenia), liczbę poszkodowanych, potrzebną pomoc i sprzęt. Jeśli ocenisz, że stan jest poważny, **natychmiast wzywasz pogotowie**, podając dyspozytorowi (osobie odbierającej telefon alarmowy) jak najwięcej informacji, i **zostajesz przy poszkodowanym** do przyjazdu służb. Poradnik bezpieczeństwa dodaje: udzielenie pierwszej pomocy to Twój obowiązek; kiedy pomagasz, nie ponosisz odpowiedzialności za nieumyślne błędy; dzwoń pod **112** albo poproś o to **konkretną osobę** z otoczenia (wskaż ją). Przypomina też, że w czasie kryzysu szpitale będą przeciążone — w sytuacjach, które nie zagrażają życiu, trzeba poradzić sobie samodzielnie; zachęca, by zapisać się na kurs pierwszej pomocy.

Pozycja zastana. Główna zasada ze wskazanego materiału: o ile to możliwe i sytuacja nie wymaga zmiany pozycji, zostawiamy poszkodowanego w pozycji, w jakiej go zastaliśmy (poradnik ujmuje to tak: nie przemieszczaj go, jeśli nie jest to konieczne). Zmiana pozycji jest wymagana, gdy:

- miejsce jest niebezpieczne dla poszkodowanego lub ratującego — w miarę możliwości przenosimy go w bezpieczne miejsce;
- leżącego **twarzą do ziemi**, który **nie reaguje** — obracamy na plecy;
- ma problemy z oddychaniem przez ślinę, krew lub wymiociny w jamie ustnej — układamy go w **pozycji bezpiecznej**;
- ma objawy **wstrząsu** (stanu zagrożenia życia, w którym do narządów dociera za mało krwi), a nie podejrzewamy urazu kręgosłupa — układamy go na plecach i unosimy kończyny (jeśli ruch nie sprawia bólu).

Krok 2. Przytomny czy nieprzytomny?

Utrata przytomności oznacza, że człowiek traci świadomość i nie reaguje na żaden bodziec z zewnątrz — ani na zimno czy gorąco, ani na ból, ani na hałas. Osoba nieprzytomna jest właściwie bezbronna — nawet drobne zagrożenia mogą doprowadzić do śmierci. **Podstawowe zagrożenie to uduszenie** przez zatkanie górnych dróg oddechowych **własnym językiem**; do innych należą m.in.: zachłyśnięcie się śliną albo

wymiocinami, ciało obce z jamy ustnej, które zatyka drogi oddechowe, wychłodzenie albo przegrzanie, a w niebezpiecznym miejscu – urazy mechaniczne. Przyczyny utraty przytomności bywają różne: udar, zatrzymanie funkcji życiowych, uraz głowy, zawał serca, padaczka (słowniczek materiału dodaje m.in. niedotlenienie, zatrucie, prąd elektryczny, wyczerpanie organizmu).

Jeśli poszkodowany **porusza się, krzyczy, płacze, woła o pomoc, patrzy w naszą stronę** – na pewno jest przytomny i oddycha. Gdy rozmawia i logicznie odpowiada, zbieramy krótki **wywiad SAMPLE** (informacje dla zespołu karetki; najlepiej je zapisać, bo poszkodowany może stracić przytomność przed przyjazdem służb). Jeśli jest nieprzytomny, w miarę możliwości pytamy rodzinę lub znajomych i szukamy identyfikatorów medycznych (np. bransoletki z informacją o cukrzycy czy padaczce). Przytomnego, który swobodnie oddycha, staramy się nie przemieszczać – urazy opatrujemy w pozycji zastanej, żeby nie pogłębić ewentualnego urazu kręgosłupa.

Litera	O co pytamy
S – symptomy	co dolega, co boli, co się dzieje
A – alergię	uczulenia, w tym na leki
M – medykamenty	przyjmowane leki
P – przebyte choroby	na co choruje
L – lunch (ostatni posiłek)	kiedy ostatni raz jadł
E – ewentualnie, co się wydarzyło	czy pamięta zdarzenia sprzed wypadku

Ocena przytomności, gdy poszkodowany nie porusza się i nie otwiera oczu: klękamy tak, by cały czas widzieć jego twarz, i używamy **dwóch bodźców – głosu i dotyku**: delikatnie łapiemy go za ramiona i potrząsamy, jednocześnie zadając krótkie pytania i wydając proste polecenia – np. „Otwórz oczy”, „Podnieś rękę”, „Czy mnie słyszysz?”, „Co się stało?”, „Daj znak, że mnie słyszysz”. Poradnik ujmuje to krócej: potrząśnij go za ramię i zapytaj: „Słyszysz mnie?”. **Każda reakcja** (zmiana mimiki, grymas, otwarcie oczu, ruch, nawet nie do końca logiczna odpowiedź) oznacza, że poszkodowany odbiera bodźce. Przytomny = oddycha, ale już teraz oceniamy wstępnie oddech: czy jest spokojny, czy słychać chrapanie lub charczenie, czy przy oddychaniu widać grymas bólu. Czego **nigdy** nie robić przy ocenie stanu: nie klepać po twarzy, nie polewać zimną wodą, nie klaskać nad uchem, nie szczypać (bodziec bólowy) – u osoby, która odzyskuje przytomność lub reaguje na bodźce, grozi to odruchową reakcją obronną. Poradnik dodaje: jeśli nie ma kontaktu z poszkodowanym, od razu **poproś konkretną osobę z otoczenia, żeby przyniosła defibrylator (AED)** – przenośne urządzenie z elektrodami naklejanymi na klatkę piersiową, które samo podpowiada, co robić.

Omdlenie to krótkotrwała utrata przytomności trwająca od kilku do kilkudziesięciu sekund; jego najczęstszą przyczyną jest chwilowe niedotlenienie mózgu. Zwykle nie trzeba wzywać służb, ale osobą, która zemdlała, należy się zaopiekować, uważnie ją obserwować i nie zostawiać jej samej; pomoc to jak najwięcej tlenu – otwarte okno, wyjście z dusznego pomieszczenia. Przedłużająca się utrata przytomności to stan bezpośrednio zagrażający życiu.

Krok 3. Udrożnienie dróg oddechowych

U osoby nieprzytomnej głównym zagrożeniem jest **mechaniczna niedrożność dróg oddechowych**: ciało wiotczeje, a język (który jest mięśniem) traci sprężystość, opada na tylną ścianę gardła i zamyka górne drogi oddechowe. Zadaniem ratującego jest zapewnić drożność: **palce jednej dłoni na żuchwie** (na jej kostnej części – za nisko dociskałyby tkanki miękkie i podduśły poszkodowanego), **druga dłoń na czole**, i **powoli odchylamy głowę maksymalnie do tyłu**. Jeśli czujemy opór, nie pokonujemy go na siłę – grozi to poważnym uszkodzeniem kręgosłupa. Śmierć poszkodowanego z powodu nieudrożnienia dróg oddechowych to tzw. **śmierć do uniknięcia**.

Krok 4. Ocena oddechu – widać, słychać, czuć

Trzymając głowę odchyloną (jedna dłoń na czole, druga na żuchwie), pochylamy się i zbliżamy ucho i policzek do ust poszkodowanego (nie dotykając ich): **widać** – ruchy klatki piersiowej i przepony (mięśnia oddechowego między klatką piersiową a brzuchem – widać, jak brzuch unosi się i opada); **słychać** – wydychane powietrze; **czuć** – oddech na własnym policzku. Klatka piersiowa musi być **odsłonięta** (poradnik: w razie potrzeby rozepnij odzież); długie włosy warto spiąć. W hałasie, na ulicy, w deszczu czy po ciemku ocena wymaga dużego skupienia.

Dorośli w spoczynku oddycha przeciętnie **ok. 12–16 razy na minutę** (niektóre źródła: górna granica normy do 20).

☞ W podręczniku biologii dla klasy 7: dorosły człowiek w spoczynku wykonuje średnio 12 wdechów i wydechów na minutę; w czasie intensywnego wysiłku ta liczba może wzrosnąć ponad trzykrotnie.

Ocena oddechu u nieprzytomnego trwa **10 sekund**; oddech jest prawidłowy, gdy w tym czasie zaobserwujemy **co najmniej 2 oddechy**. **Brak oddechu lub tylko 1 oddech w 10 sekund** oznacza konieczność rozpoczęcia **resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO)** – czyli uciskania klatki piersiowej i wdmuchiwanie powietrza (opis w części „Gdy poszkodowany nie oddycha”). Liczenie w myślach „do dziesięciu” zwykle trwa krócej niż 10 sekund – lepiej poprosić kogoś o odmierzenie czasu albo liczyć „sto dwadzieścia jeden, sto dwadzieścia dwa...” (każda taka liczba to około sekundy). Oddychaniem steruje ośrodek oddechowy w pniu mózgu.

Krok 5. Pozycja boczna bezpieczna

Nieprzytomny z prawidłowym oddechem musi mieć utrzymaną drożność dróg oddechowych – najlepiej ułożyć go w **pozycji bocznej** (inne nazwy: pozycja kątów prostych, boczna ustalona, bezpieczna). Nie ma znaczenia, na którym boku, ale przy długim oczekiwaniu na służby **co 30 minut** obracamy poszkodowanego na drugi bok (zwalnia to ucisk na leżące niżej ramię). Wyjątek: **kobiety w widocznej ciąży zawsze na lewym boku** (wynika to z budowy układu krwionośnego). Przed obróceniem zdejmujemy poszkodowanemu **okulary**.

1. Ukłęknij przy poszkodowanym, wyprostuj jego nogi, ręce ułóż wzdłuż tułowia.
2. Bliższą rękę ułóż pod kątem prostym do tułowia i zegnij w łokciu pod kątem prostym, dłońią do góry.
3. Dalsze ramię przetóż w poprzek klatki piersiowej, grzbiet jego dłoni przytóż pod policzek poszkodowanego.
4. Chwyć dalszą nogę pod kolanem i unieś ją tak, by stopa cały czas została na podłożu – aż kolano zegnije się pod kątem prostym.

5. Jedną ręką chwyć dalsze ramię, drugą dalsze udo i pociągnij do siebie, aż poszkodowany przewróci się na bok.
6. Upewnij się, że pozycja jest stabilna, i odegnij głowę lekko do tyłu, żeby udrożnić drogi oddechowe.

Cechy pozycji bocznej bezpiecznej: jest **stabilna, zapewnia drożność dróg oddechowych, chroni przed zachłyśnięciem**. Nieprzytomny ma zniesione odruchy (także połykania), ale nadal wydziela ślinę — na boku się nią nie zachłyśnie. Stan poszkodowanego kontrolujemy **co minutę**, łącznie z 10-sekundową oceną oddechu; pierwszą ocenę robimy zaraz po ułożeniu (najlepiej przykładając grzbiet dłoni do jego ust). Jeśli oddech stanie się nieprawidłowy — przetaczamy na plecy i zaczynamy RKO. Film ze wskazanego materiału streszcza postępowanie w pięciu hasłach: sprawdź bezpieczeństwo otoczenia → sprawdź funkcje życiowe → jeśli oddycha, ułóż w pozycji bezpiecznej → zadzwoń pod 112 → zawiadom kogoś. W filmie uczennica po rozmowie z dyspozytorem okrywa koleżankę swoją kurtką i jeszcze raz sprawdza oddech, zanim zadzwoni do jej domu.

Obracanie z brzucha na plecy (gdy w pozycji zastanej nie da się pewnie ocenić oddechu): nie przetaczamy poszkodowanego przez twarz, zdejmujemy okulary. Wyprostuj nogi, ręce wzdłuż tułowia; dalszą rękę wsuń pod jego biodro; jedną ręką unieś bliższą nogę, drugą rękę włóż między nogi i złap dalsze udo; drugą rękę poszkodowanego zegnij i połóż na plecach, swoją rękę wsuń pod jego łokieć, złap dłoń i spleć palce; pewnym ruchem obróć na plecy. Ta technika pozwala obrócić osobę znacznie większą i cięższą od nas.

Gdy poszkodowany nie oddycha — RKO według poradnika

1. Połóż poszkodowanego na plecach, na twardym i płaskim podłożu; uklęknij obok klatki piersiowej; rozepnij lub rozetnij odzież, by klatka była odsłonięta (także u kobiet).
2. Jedna ręka na czole, druga na podbródku (czyli na żuchwie, jak w Kroku 3) — odchyl głowę do tyłu; otwórz na chwilę usta i usuń widoczne ciała obce.
3. Przez **10 sekund** sprawdź oddech: patrz na klatkę piersiową, nasłuchuj przy nosie, poczekaj na wydechy na policzku.
4. Brak oddechu: jedną dłoń kładziesz **na środku klatki piersiowej**, drugą na niej, łokcie wyprostowane. Uciskasz rytmicznie, mocno i gwałtownie — na **5–6 cm** głębokości, w tempie **2 uciśnięć na sekundę**; po każdym uciśnięciu dłoń unosisz znad mostka (kości pośrodku klatki piersiowej), ale palce nadal dotykają klatki.
5. Co **30 uciśnięć**: jeszcze raz udrożnij drogi oddechowe i wykonaj **2 powolne wdmuchnięcia** powietrza w usta poszkodowanego; kto nie chce wykonywać wdechów, uciska klatkę piersiową bez przerw.
6. Gdy ktoś przyniesie **defibrylator (AED)**, użyj go — urządzenie podpowie, jak działać. AED są w miejscach publicznych: urzędach, galeriach handlowych, na dworcach, lotniskach, stacjach metra (jest też aplikacja pokazująca ich rozmieszczenie).
7. RKO prowadzisz do chwili, gdy przyjadą ratownicy, gdy zobaczysz wyraźne oznaki, że krążenie wróciło (np. oddech, ruch, kaszel), albo gdy dalsza pomoc stanie się dla Ciebie niebezpieczna; zmęczony — wyznaczasz kogoś na zmianę.

Obfity krwotok — poradnik ostrzega, że już po kilku minutach grozi śmiercią, więc liczy się szybkość: załóż opatrunek uciskowy (opatrunek mocno dociśnięty do rany i przymocowany, np. bandażem, materiałem, chustą); gdy mimo to krew z kończyny nadal płynie — **powyżej rany** (na ramieniu albo udzie)

zakładasz **opaskę do tamowania krwotoków** i **notujesz godzinę** jej założenia; jeśli nie możesz założyć ani opaski, ani opatrunku — uciskaj ranę bezpośrednio dłońią lub tkaniną aż do zatrzymania krwotoku lub przybycia ratowników; bladego i spoconego poszkodowanego ułóż z nogami uniesionymi na ok. **30 cm**; okryj go (po urazie organizm szybciej się wychładza); monitoruj jego stan do przybycia ratowników.

To najważniejsze!

- Kolejność: **bezpieczeństwo miejsca** → wstępna ocena (gdy stan jest poważny — od razu pogotowie, 112) → **przytomność** (głos + dotyk; brak kontaktu — poproś kogoś o AED) → **udrożnienie** dróg oddechowych (czoło + żuchwa, głowa do tyłu) → **oddech** „widać-słyszać-czuć” przez **10 s** → oddycha: **pozycja boczna**; nie oddycha (0–1 oddech/10 s): **RKO**.
- Nieprzytomny = nie reaguje na bodźce; największe zagrożenie: **język zamykający drogi oddechowe** i zachłyśnięcie. Przytomny = na pewno oddycha.
- Dorosły w spoczynku: przeciętnie **ok. 12–16 oddechów/min** (wg niektórych źródeł górna granica normy to 20); prawidłowo **≥ 2 oddechy w 10 s**. Wywiad **SAMPLE** z przytomnym.
- Pozycja boczna: stabilna, drożne drogi oddechowe, chroni przed zachłyśnięciem; zdjąć okulary; kontrola **co minutę**; obrót na drugi bok **co 30 min**; ciężarna — **lewy bok**.
- RKO: uciski **5–6 cm, 2/s, 30 : 2**; AED, gdy dostępny. **Omdlenie** = krótkotrwała utrata przytomności (od kilku do kilkudziesięciu sekund), najczęściej z chwilowego niedotlenienia mózgu — w większości przypadków bez wzywania służb, ale trzeba otoczyć osobę opieką, obserwować, nie zostawiać samej i dać dostęp do tlenu.

Uważaj:

- Pozycja zastana to zasada główna — wskazany materiał wymienia cztery sytuacje, w których zmiana pozycji jest wymagana (niebezpieczne miejsce, twarzą w dół bez reakcji, problem z oddychaniem przez wydzielinę, wstrząs, gdy nie podejrzewamy urazu kręgosłupa). Osobno: nieprzytomnego z oddechem układamy w pozycji bocznej, nieoddychającego — na plecach do RKO.
- Przytomność sprawdzamy **dwoma** bodźcami (głos i dotyk), nigdy klepaniem, polewaniem wodą, klaskaniem ani szczypaniem.
- Przy odchylaniu głowy palce leżą na **kostnej części żuchwy**; opór — nie na siłę (kręgosłup).
- Osobę nieprzytomną układamy na **dowolnym** boku (nie „tylko na prawym”); tylko ciężarną zawsze na lewym.
- Jeden oddech w 10 sekund to **za mało** — zaczynamy RKO, nie pozycję boczną.

Zagadnienie 10 programu etapu szkolnego. Materiał wskazany przez kuratorium: [„Ocena stanu poszkodowanego”](#) (zpe.gov.pl) — bezpieczeństwo, pozycja zastana, przytomność, SAMPLE, udrożnienie, ocena oddechu, pozycja boczna, obracanie z brzucha, omdlenie. Część o AED, RKO i krwotoku pochodzi z rozdziału „Pierwsza pomoc” (s. 41–44) [„Poradnika bezpieczeństwa”](#) (gov.pl) — materiału wskazanego do zagadnienia 11.