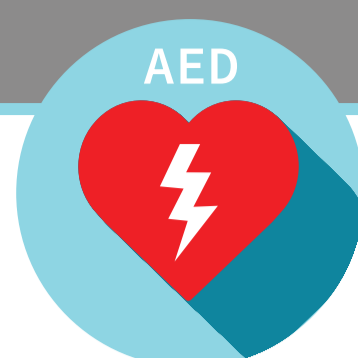


WPŁYW UŻYCIA AED PRZEZ ŚWIADKÓW ZDARZENIA

STATYSTYKI, KTÓRYCH MOŻESZ NIE ZNAĆ



90%

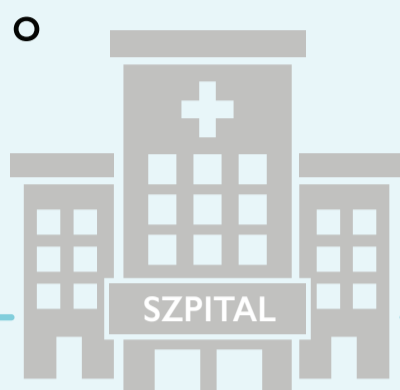
poszkodowanych, których defibrylowano w ciągu pierwszej minuty, **przeżyło¹.**



Szanse na przeżycie maleją o

7–10%

z każdą minutą bez RKO i defibrylacji².



Ofiary mają o

2,7x



większe szanse na przeżycie i wyjście ze szpitala z dobrymi wynikami neurologicznymi po defibrylacji wykonanej przez świadków zdarzenia niż ofiary, które muszą czekać na ratowników medycznych³.

70%

pacjentów z zatrzymaniem krążenia, którzy nie zostali defibrylowani przez świadków zdarzenia, albo nie przeżyją, albo będą żyć z upośledzeniem funkcji mózgu⁵.

pacjentów z zatrzymaniem krążenia, którzy nie zostali defibrylowani

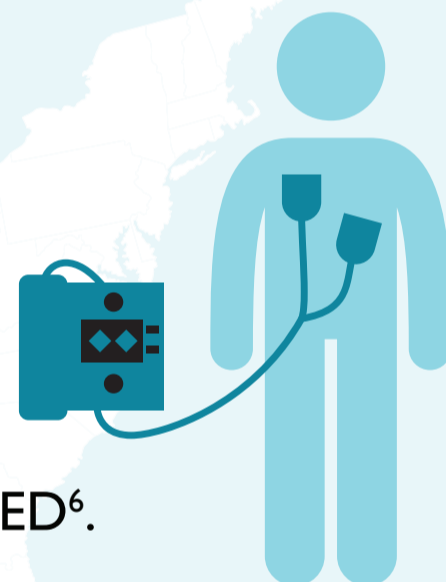
W 60%

przypadków zatrzymania krążenia poza szpitalem występują rytmy nadające się do defibrylacji⁴.



3 459

osób rocznie można uratować (przy zachowaniu funkcji neurologicznych!) tylko w USA, jeśli świadkowie użyją defibrylatora AED⁶.



ALE...

Zaledwie **11%**

ofiar zatrzymania krążenia poza szpitalem jest defibrylowana przez świadków zdarzenia⁷.



63% Amerykanów wskazuje brak pewności siebie w korzystaniu z defibrylatora AED.⁸



Jedno z badań wykazało, że zaledwie

2%

świadków jest gotowych do użycia defibrylatora AED⁹.

Przyczyny obejmują:

- Nieznajomość zasad działania defibrylatora AED
- Strach przed wyrządzeniem krzywdy pacjentowi
- Poczucie dyskomfortu podczas korzystania z defibrylatora AED
- Odpowiedzialność prawną

Umożliwienie świadkom zdarzeń korzystania z defibrylatora AED ma kluczowe znaczenie dla złagodzenia skutków nagłego zatrzymania krążenia. Dzięki najnowszej technologii szkoleniowej uczestnicy szkoleń skuteczniej opanują to krytyczne ogniwo w łańcuchu przetrwania.

Więcej informacji można znaleźć na [Laerdal.com](https://www.laerdal.com)

Źródła:

1. Arkusz informacyjny defibrylatora. (n.d.) Amerykańskie Stowarzyszenie Kardiologiczne. Pobrano z <https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/Training-Programs/AED-Implementation/2023-updates/KJ1683-AED-Program-Checklist.pdf>
2. Wdrażanie programu AED. (2018). Amerykańskie Stowarzyszenie Kardiologiczne. Pobrano z <https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/Training-Programs/AED-Implementation/2022-updates/AED-Guide-1.pdf>
3. Pollack, R. A., Brown, S. P., Rea, T., Aufderheide, T., Barbic, D., Buick, J. E., Christenson, J., Idris, A. H., Jasti, J., Kampp, M., Kudenchuk, P., May, S., Muhr, M., Nichol, G., Ornato, J. P., Sopko, G., Vaillancourt, C., Morrison, L. i Weisfeldt, M. (2018). Impact of bystander automated external defibrillator use on survival and functional outcomes in shockable observed public cardiac arrests. *Circulation*, 137(20), 2104–2113. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.117.030700>
4. Tamże.
5. Study Reports Cardiac Arrest Survival Greatly Increases When Bystanders Use an AED. (2018). *Journal of Emergency Medical Services*. (2018). Pobrano ze strony <https://www.jems.com/news/study-reports-cardiac-arrest-survival-greatly-increases-when-bystanders-use-an-aed/>
6. Pollack, R. A., Brown, S. P., Rea, T., Aufderheide, T., Barbic, D., Buick, J. E., Christenson, J., Idris, A. H., Jasti, J., Kampp, M., Kudenchuk, P., May, S., Muhr, M., Nichol, G., Ornato, J. P., Sopko, G., Vaillancourt, C., Morrison, L. i Weisfeldt, M. (2018). Zob. odnośnik nr 3.
7. CARES Annual Report: 2022. Cardiac Registry to Enhance Survival (CARES). Pobrano z https://mycares.net/sitespages/uploads/2023/2022_flipbook/index.html?page=2
8. Survey Reveals Nearly Two-Thirds of Americans are Not Confident They Know How to Operate an AED. (2019). Sudden Cardiac Arrest Foundation. Pobrano ze strony <https://www.sca-aware.org/sca-news/survey-reveals-nearly-two-thirds-of-americans-are-not-confident-they-know-how-to-operate-an-aed/>
9. Smith, C. M., Lim, Choi Kaung, S. N., Khan, M. O., Arvanitis, T. N., Fothergill, R., Hartley-Sharp, C., Wilson, M. H. i Perkins, G. D. (2017). Barriers and facilitators to public access defibrillation in out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review. *European Heart Journal – Quality of Care and Clinical Outcomes*, 3(4), 264–273. <https://doi.org/10.1093/ehjcco/qcx023>