

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., Praha 5

**ZNALOST PRVNÍ POMOCI U PRACOVNÍKŮ  
V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**

Bakalářská práce

JAN PECHÁČEK

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: MUDr. Luděk Hejkal

Praha 2016



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Pecháček Jan**  
**3. C ZZ**

**Schválení tématu bakalářské práce**


Na základě Vaší žádosti ze dne 27. 10. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Znalost první pomoci u pracovníků v sociálních službách

*Knowledge of First Aid by Social Service Workers*

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Luděk Hejkal

V Praze dne: 2. 11. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji MUDr. Luďku Hejkalovi za pomoc při zpracování problematiky, za jeho čas a laskavé jednání. Dále bych rád poděkoval všem, co mě při práci pomohli a podpořili v jejím psaní, zvláště pak Ing. Jaroslavě Vinklárkové za pomoc při formátování práce a Mgr. Marii Čmelákové za pomoc se stylistikou.

## ABSTRAKT

PECHÁČEK, Jan. *Znalosti první pomoci u pracovníků v sociálních službách*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Luděk Hejkal, Praha. 2016. 60 s.

Tématem práce je popis problematiky poskytování první pomoci pracovníky v sociálních službách. Teoretická část je rozdělena na několik částí, první rozděluje a popisuje sociální služby. Druhá charakterizuje pobytové zařízení pro seniory a třetí se zabývá vybranými akutními stavy seniorů. Praktická část pomocí kvantitativního výzkumu s použitím strukturovaného dotazníku provádí průzkum znalostí u pracovníků v sociálních službách. Výsledky průzkumu vedou k doporučení pro praxi organizovat školení pracovníků, aby se rozšířily a prohloubily vědomosti o problematice první pomoci.

Klíčová slova:

Sociální služba. Pracovník v sociálních službách. První pomoc. Pobytové zařízení. Domov pro seniory. Domov se zvláštním režimem.

## ABSTRACT

PECHÁČEK, Jan. *Knowledge of First Aid by Social Service Workers*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Luděk Hejkal, Prague. 2016. 60 pages.

The topic of the work is the providing of the first aid by social workers. The theoretical part is divided into several parts, the first part describes the social services and their differences. The second part characterizes the retirement homes and the third part deals with some acute states seniors' health. The practical part provides research of knowledge of workers in social services with the help of questionnaire survey. The survey results lead to advice for the practice.

Keywords:

Social service. Social worker. First aid. Residential facilities. Retirement home. Home with special regime.

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK

## SEZNAM GRAFŮ

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>ÚVOD.....</b>	<b>13</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 ZŘIZOVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 STRUKTURA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 TERMINOLOGIE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....</b>	<b>16</b>
<b>1.4 FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....</b>	<b>17</b>
<b>1.5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY U NÁS A NA SLOVENSKU .....</b>	<b>17</b>
<b>2 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2 PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY ..</b>	<b>19</b>
<b>2.3 PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH .....</b>	<b>20</b>
<b>2.4 REŽIM V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH.....</b>	<b>21</b>
<b>3 ÚVOD DO PRVNÍ POMOCI U SENIORŮ .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 PRVNÍ POMOC .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 NEPOSKYTNUTÍ PRVNÍ POMOCI.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 OBECNÉ ZÁSADY POSKYTNUTÍ PRVNÍ POMOCI LAIKEM .....</b>	<b>23</b>
<b>3.4 TÍSŇOVÁ LINKA 155.....</b>	<b>24</b>
<b>4 VYBRANÉ AKUTNÍ STAVY U SENIORŮ .....</b>	<b>24</b>

<b>4.1</b>	<b>BOLESTI NA HRUDI – AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2</b>	<b>CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY.....</b>	<b>25</b>
<b>4.3</b>	<b>AKUTNÍ STAVY U DIABETES MELLITUS.....</b>	<b>26</b>
<b>4.4</b>	<b>DEPRESE.....</b>	<b>28</b>
<b>4.5</b>	<b>ÚRAZY ZPŮSOBENÉ PÁDEM U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ .....</b>	<b>29</b>
<b>4.6</b>	<b>KRVÁCENÍ U SENIORŮ .....</b>	<b>30</b>
<b>4.7</b>	<b>NÁHLÁ ZÁSTAVA OBĚHU.....</b>	<b>30</b>
<b>5</b>	<b>PRŮZKUM ZNALOSTÍ PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH V POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI. ....</b>	<b>32</b>
<b>5.1</b>	<b>METODA.....</b>	<b>33</b>
<b>5.2</b>	<b>VÝBĚROVÝ SOUBOR.....</b>	<b>34</b>
<b>5.3</b>	<b>INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>34</b>
<b>5.4</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>55</b>
<b>5.5</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>56</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>58</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>59</b>
	<b>PŘÍLOHY</b>	



## SEZNAM TABULEK

Tab. 1	Otázka č. 3 - kategorie věk do 34/nad 35 .....	36
Tab. 2	Otázka č. 3 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let .....	36
Tab. 3	Otázka č. 4 - kategorie věk do 34/nad 35 .....	37
Tab. 4	Otázka č. 4 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let .....	38
Tab. 5	Otázka č. 5 - kategorie věk do 34/nad 35 .....	39
Tab. 6	Otázka č. 5 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let .....	39
Tab. 7	Otázka č. 6 - kategorie věk do 34/nad 35 .....	40
Tab. 8	Otázka č. 6 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let .....	40
Tab. 9	Otázka č. 7 - kategorie věk do 34/nad 35 .....	41
Tab. 10	Otázka č. 7 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let .....	42
Tab. 11	Otázka č. 8 - kategorie věk do 34/nad 35 .....	43
Tab. 12	Otázka č. 8 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let .....	43
Tab. 13	Otázka č. 9 - kategorie věk do 34/nad 35 .....	44
Tab. 14	Otázka č. 9 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let .....	44
Tab. 15	Otázka č. 10 - kategorie věk do 34/nad 35 .....	45
Tab. 16	Otázka č. 10 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let .....	46
Tab. 17	Otázka č. 11 - kategorie věk do 34/nad 35 .....	47
Tab. 18	Otázka č. 11 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let .....	47
Tab. 19	Otázka č. 12 - kategorie věk do 34/nad 35 .....	48
Tab. 20	Otázka č. 12 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let .....	48
Tab. 21	Otázka č. 13 - kategorie věk do 34/nad 35 .....	49
Tab. 22	Otázka č. 13 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let .....	50
Tab. 23	Otázka č. 14 - kategorie věk do 34/nad 35 .....	51
Tab. 24	Otázka č.14 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let .....	51

Tab. 25	Otázka č. 15 - poskytnutí první pomoci.....	52
Tab. 26	Otázka č. 16 - urgentní situace.....	53
Tab. 27	Otázka č. 17 - školení první pomoci.....	53
Tab. 28	Celková úspěšnost respondentů.....	54

## SEZNAM GRAFŮ

<b>Graf č. 1</b>	<b>Zastoupení respondentů .....</b>	<b>35</b>
<b>Graf č. 2</b>	<b>Celkové odpovědi – otázka č. 15 .....</b>	<b>52</b>
<b>Graf č. 3</b>	<b>Zájem o školení .....</b>	<b>54</b>

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**asfyxie** – dušení, nedostatek kyslíku

**hematom** – krevní podlitina

**hypoxie** – snížený obsah kyslíku v tkáních

**intoxikace** - otrava

**intracerebrální** – uvnitř vlastní mozkové tkáně

**nekróza** – odumřelá tkáň

**perfuze** – průtok tekutiny prostředím

**ruptura** – prasklina, roztržení orgánu nebo tkáně

(VOKURKA, 2000)

## ÚVOD

Problematika znalosti první pomoci bude stále aktuální. Práci na téma první pomoci v oblasti sociálních služeb jsem si vybral proto, že souvisí s mým studiem na střední škole, kde jsem studoval pečovatelskou činnost a strávil hodně praxe též v domovech pro seniory. Starší lidé při svých onemocněních jsou náchylnější k akutním stavům a vzhledem ke své horší pohyblivosti k úrazům. Proto orientace pečovatelů v problematice první pomoci je zcela zásadní. Pečovatel – podle zákona pracovník v sociálních službách - je osoba, která je nejbližší a nejčastěji v kontaktu se seniorem. Měl by mít určitý přehled jak urgentní zdravotní situace adekvátně zvládnout. Pečovatelé by měli být v rámci přípravy na svoji práci v této problematice školeni. Reálná situace a připravenost může být zcela jiná, proto jsme se rozhodli jejich znalosti prověřit.

Teoretická část je rozdělena na čtyři úseky. První úsek charakterizuje sociální služby jako celek. Popisuje, za jakých podmínek je zřídit a jakou mají strukturu. Sociální služby jsou velice rozsáhlé. Ve druhém úseku jsou popsána pobytová zařízení, která jsme vybrali právě proto, že zde dochází k největšímu a nejčastějšímu kontaktu mezi pečovatelem a uživatelem sociální služby. Abychom mohli zařadit seniory jako cílovou skupinu naší práce, vybrali jsme právě domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. V posledních částech jsme obecně charakterizovali první pomoc a vybrali několik akutních stavů, které mohou potkat seniora v těchto zařízeních. Akutní stavy jsme stručně zobrazili a popsali jejich základní řešení.

Pro průzkum v praktické části bakalářské práce jsme vybrali dotazníkové šetření. Rozhodli jsme se porovnat znalosti pečovatelů v domovech podle jejich zkušeností (délka praxe v sociálních službách) a podle jejich věku. Tato dvě kritéria nám přišla nejzajímavější, protože postupy první pomoci jsou neustále aktualizovány. Z toho důvodu by se i pečovatelé měli pravidelně vzdělávat. Dalším cílem našeho průzkumu bylo zjistit, jak často se pracovníci v sociálních službách setkávají s první pomocí. Vybrali jsme proto několik akutních stavů a zeptali se respondentů, které z nich museli řešit. Výstupem práce nám přišlo nejvíce přínosné sestavit jednoduchá doporučení a provést seminář pro cílovou skupinu v Domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem ve Vejprnicích.

# 1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

*Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupinu, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství (MATOUŠEK, 2011, s. 9).*

Sociální služby jsou součástí služeb veřejných. Veřejnou službou se rozumí služba, která je poskytována v zájmu veřejnosti. Od služeb komerčních se liší jejich financování. Sociální služby jsou financovány z veřejných rozpočtů a jsou vymezeny zákonem č.108/2006Sb., o sociálních službách. Díky této legislativě je jejich existence odkázána na rozhodování státu, kraje nebo obce. V sociálních službách mohou pracovat jak profesionální pracovníci, tak i dobrovolníci (MATOUŠEK, 2011).

## 1.1 ZŘIZOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

V České republice mohou zřizovat a poskytovat sociální služby v rezortním pojetí obce, kraje a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Obec může zřizovat dva druhy služeb, první jako vlastní organizační složku, která nemá právní subjektivitu nebo příspěvkovou organizaci, která už právní subjektivitu má. Vlastní organizační složka by se využívala v případech nenáročných požadavcích na materiál, personál, prostory a techniku. Kraje mají stejné možnosti jako obce tedy organizační složku nebo příspěvkovou organizaci. Do roku 2002 byly zřizovateli většiny zařízení sociální péče okresy, po roce 2002 to převzaly kraje. Ministerstvo práce má stejné možnosti jako kraje a obce ovšem v současné době má na starosti specializované ústavy které působí na celém území České republiky.

Stát se poskytovatelem sociálních služeb bylo dříve možné jako občasná sdružení nebo obecná prospěšná společnost.

To se změnilo vydáním nového Občanského zákoníku v roce 2012. Ten nám říká, že pokud je taková společnost založena může se změnit na tzv. ústav nebo si nechat starý název a řídit se dřívějšími zákony tedy:

zákon č.248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech,

zákon č.83/1990 Sb., o sdružování občanů

Poslední zřizovatelem jsou církevní právnické osoby. Ty jsou na základě zákona č.3/2002 Sb., o církevních a náboženských společnostech. Tento zákon stanovuje podmínky, kdy může registrovaná církev nebo náboženská společnost podat návrh na zaevidování jako církevní právnická osoba (MATOUŠEK, 2011).

## **1.2 STRUKTURA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

Sociální služby rozdělujeme na tři základní pobytová, ambulantní a terénní. Služba pobytová je taková služba, kdy je klient ubytovaný a služby jsou mu zde poskytovány, klient je tu ubytován celodenně nebo celoročně (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, týdenní stacionáře atd.).

Pokud klient dochází k poskytovateli sociální služby, jedná se o službu ambulantní. Klient může docházet buď sám, nebo s doprovodem (kontaktní centra, krizová pomoc, denní stacionáře atd.).

Terénní služby jsou poskytovány v místě bydliště klienta sociálním pracovníkem nebo zdravotníkem (osobní asistence, pečovatelská služba atd.) (KREJČÍKOVÁ et al., 2013).

Nejvíce zastoupená forma sociálních služeb je pečovatelská činnost. Je poskytována nesoběstačným seniorům a zdravotně postiženým klientům, ve smyslu naplnění jejich základních životních potřeb. Klienti, kteří péči využívají, nejsou schopni sami sobě zajistit soběstačnost (NEŠPOROVÁ, 2008).

## 1.3 TERMINOLOGIE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

### a) Poskytovatel sociálních služeb

Poskytovatel služeb je právnická nebo fyzická osoba, která, má, oprávnění vykonávat takovou činnost podle zákona o sociálních službách. Tento termín se nepoužívá u rodinných příslušníků, kteří se o uvedenou osobu starají.

### b) Uživatel sociálních služeb

Uživatel sociální služby se stává člověk, který uzavřel smlouvu s poskytovatelem sociální služby. Smlouva obsahuje zabezpečení konkrétních činností, které jsou definovány zákonem o sociálních službách.

### c) Nepříznivá sociální situace

Nepříznivou sociální situací procházíme, pokud ztratíme jednu nebo více svých schopností. Situace se musí řešit, aby nedošlo k sociálnímu vyloučení. Člověk by se měl znovu snažit sociálně začlenit.

### d) Zdravotní postižení

Tento pojem se používá, pokud se člověk neobejde bez pomoci druhých lidí. Postižení může mít formu mentální, tělesnou, duševní nebo kombinovanou.

### e) Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Každý nepříznivý stav, který se v závislosti na medicínské vědě nemění a trvá déle než rok a ovlivňuje péči o vlastní osobu.

### f) Sociální začlenění

Pojem, který přišel z Evropské unie, říká, že člověk by se měl snažit začlenit do společnosti a při tom využít své schopnosti a dovednosti. Sociální služba by svoji činností měla jeho kompetence podporovat.

### g) Sociální vyloučení

Znamená, pokud člověk žije způsobem, který není v dané společnosti běžný.



## **h) Přirozené sociální prostředí**

Jedná se o prostředí, ve kterém jedinec žije, je sociálně začleněný do společnosti a má přijatelné podmínky pro svůj rozvoj. Zákon chápe jako takové prostředí domácnost, kde člověk žije, vzdělávací a pracovní instituce, kde naplňuje své sociální potřeby.

## **i) Příspěvek na péči**

Finanční částka, kterou stanovuje zákon. Je poskytována osobám v nepříznivém zdravotní stavu a jsou odkázáni na pomoc druhé osoby. Příspěvek má čtyři stupně podle míry závislosti (MALÍKOVÁ, 2011).

## **1.4 FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

Financování sociálních služeb je systém, který má prvky přímého centrálního řízení. Sociální služby jsou financovány z více zdrojů. Financování je závislé na možnostech zřizovatele a poskytovatele dané sociální služby. Jednu ze součástí financování tvoří dotace, o které může poskytovatel požádat. Jestli poskytovatel dotaci získá, závisí na mnoha faktorech. Jedním z nich je dostupnost a potřeba zařízení v oblasti, ve kterém je provozováno. Sociální službu financují i její uživatelé pomocí platby za její využití, popřípadě díky příspěvku na péči, pokud na něj mají nárok podle zákona o sociálních službách. Neopomíjenou součástí jsou i dary od různých subjektů (HERMAN, 2008).

## **1.5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY U NÁS A NA SLOVENSKU**

Ke zlepšení sociálních služeb v obou státech bylo zrušení jednoho možného poskytovatele – státu, v roce 1990. Od toho roku mohli poskytovat sociální služby sdružení občanů včetně organizací, kterým stát finančně pomohl s výdaji za jejich vedení. V obou státech jsou podobné zákony, u nás je to zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách a na Slovensku zákon č.448/2008 Zb. o sociálních službách. Oba zákony jsou velice podobné a obsahují stejné základní rozdělení na ambulantní, terénní a pobytové.

Přístup obou zemí respektuje Evropské společenství, které stanovuje tři základní zásady při poskytování sociální služby. Dostupnost, kvalita a udržitelnost. Udržitelnost stanovuje dobrou spolupráci mezi sociální a zdravotnickou spoluprací mezi všemi poskytovateli sociálních služeb (KAČEROVÁ et al., 2013).

## 2 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ

Zákon o sociálních službách č108/2006 Sb. nám podle § 35 říká, jaká zařízení se zřizují: *centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněná bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra a zařízení následné péče* (ČESKO, 2006). V naší práci se zaměříme na domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.

### 2.1 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY

Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem jsou podobná zařízení, kde hlavním rozdílem je obsáhlost a způsob poskytované péče.

V domovech pro seniory se poskytuje péče osobám, u kterých vzhledem k jejich věku došlo ke snížení soběstačnosti, a proto jsou odkázáni na pomoc druhé fyzické osoby.

Domovy se zvláštním režimem jsou pro osoby se sníženou soběstačností, na základě svého chronického onemocnění, nebo závislosti na návykových látkách. Mezi taková duševní onemocnění patří různé typy demencí například stařecká nebo Alzheimerova. Z důvodu těchto onemocnění nebo závislosti jsou také odkázáni na pravidelnou pomoc druhé osoby. V domovech se zvláštním režimem je harmonogram přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

V domovech jsou poskytovány služby různého rozsahu, záleží pouze na tom jak je daný klient soběstačný a co vyžaduje od personálu.

Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách nám definuje, co pobytová zařízení obecně poskytují, mezi vybrané služby patří (§35):

- *pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu* – tím se rozumí, že se pracovníci starají o prádlo, o pomoc při oblékání, o dopomoc při přesunech a doprovázejí ho po vnitřním i vnějším prostoru zařízení,
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu* – zahrnuje dopomoc při používání WC, celkovou hygienu a u základní úkony pro úpravu vzhledu,
- *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy* – zajišťuje podávání stravy nesoběstačným klientům,
- *poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,*
- *pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,* jedná se o zajištění různých kulturních akcí,
- *základní sociální poradenství,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím* – informace o vnějším světě pomocí medií,
- *sociálně terapeutické činnosti* – nácvik běžných činností na zlepšení soběstačnosti (ČESKO, 2006).

## **2.2 PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY**

Odbornou činnost v sociálních službách vykonávají pracovníci, o nich se hovoří v citovaném zákoně č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Spolupráce těchto pracovníků tvoří předpoklad pro výkon činnosti v sociálních službách. Zákon zmiňuje tyto pracovníky – sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo tyto služby poskytují. Zákon počítá i s dobrovolnickou činností, kterou upravuje zákonem č.198/2002 Sb., o dobrovolnické službě.

Sociální pracovník má vyšší odbornou kvalifikaci v oblasti sociálních služeb. Je vázán zákonnými normami a vnitřními organizačními předpisy. V sociálním zařízení vede sociální dokumentaci jednotlivých uživatelů. Poskytuje informace všem zájemcům o sociální službu a vede jejich pořadník. V případě potřeby informuje o volných místech. Provádí edukaci nového klienta o domovním řádu a sepisuje s ním všechny potřebné smlouvy, seznamuje jeho rodinné příslušníky se zařízením a s možnostmi, které nový klient může využít. Eviduje potřebné doklady a cenné věci jednotlivých klientů. V rámci chodu celého zařízení spolupracuje s ostatními pracovníky a řeší s nimi aktuální problémy (MALÍKOVÁ, 2011).

### **2.3 PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**

Odbornou způsobilost získá fyzická osoba, která má základní nebo střední vzdělání a absolvuje akreditovaný kurz. Akreditovaný kurz nemusejí absolvovat osoby, které dosáhly vzdělání v oboru ošetrovatel, ergoterapeut, sociální pracovník nebo mají střední vzdělání s maturitní zkouškou v oboru vzdělávání stanovených provádějící právním předpisem č.96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických pracovních.

Náplň práce pracovníka v sociálních službách udává Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách:

*Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb, základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti, pečovatelskou činností v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží*

*pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence, pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (ČESKO, 2006).*

## **2.4 REŽIM V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH**

Jedním z hlavních úkolů je vytvořit prostředí v pobytových zařízeních, aby bylo co nejbližší klientovu domácímu prostředí. Celý režim závisí na třech základních faktorech: individuální požadavky klienta, harmonogramy práce pracovníků a domácí a návštěvní řád. Mezi dosavadním životem a životem klientů před nástupem do zařízení jsou i tak značné rozdíly, proto by klienti měli být dostatečně informováni ještě před nástupem.

Pokud nastoupí nový klient do zařízení, měli by být přítomni: vedoucí zařízení, pracovník v sociálních službách, vrchní sestra, sociální pracovník, fyzioterapeut a ergoterapeut. Všichni tyto pracovníci se seznámí s klientem a informuje ho o náplni své práce. Klient sociálnímu pracovníkovi předá všechny potřebné dokumenty k přijetí a stanoví spolu osobní cíl při sestavování individuálního plánu. Individuální plán vypracovává klíčový pracovník (odborný zaměstnanec v zařízení) se svým klientem o naplňování jeho cíle. Novému klientovi je založena dokumentace, která má několik složek – ošetrovatelskou, zdravotnickou, sociální a ekonomickou.

Každé zařízení má svůj specifický harmonogram dne, musí ale odpovídat službám, které jsou dohodnuty v písemné smlouvě mezi klientem a poskytovatelem sociálních služeb. V harmonogramu jsou zahrnuty ergoterapeutické činnosti, které by měly být zaměřeny na zvládnutí soběstačnosti a rozvoje denních dovedností. Do zařízení dochází praktický, popřípadě specializovaný lékař. Ošetrovatelský personál provádí specializovanou činnost zaměřenou na odborné výkony. Pokud by se u klienta zhoršil zdravotní stav je na místě přivolat ošetřujícího lékaře. Pokud by situace nesnesla odklad, je indikováno volání zdravotnické záchranné služby (MALÍKOVÁ, 2011).

### 3 ÚVOD DO PRVNÍ POMOCI U SENIORŮ

*Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení a periodizace stáří se stávají velmi obtížnými (MÜHLPACHR, 2009, s. 16).*

Starý člověk zažívá řadu ztrát ve všech oblastech života. Důsledkem těchto ztrát může být odloučení od společnosti a následná izolace. Člověk je zbaven svých dřívějších kompetencí a ztrácí svou sociální roli. Stává se závislý na okolí, nejčastěji na svých dětech nebo sociálních zařízeních (MÜHLPACHR, 2009).

#### 3.1 PRVNÍ POMOC

První pomoc je soubor jednoduchých, účelových postupů. Zahrnuje i různá preventivních opatření. První pomoc může být poskytnuta kýmkoliv a kdykoliv jako bezprostřední pomoc při náhlém zhoršení zdraví. První pomoc se může rozdělit na základní a rozšířenou.

Laici ji většinou poskytují bez věcného, odborného a technického vybavení. Hlavním úkolem je přivolání odborné pomoci, poskytnutí jednoduchých a účelných úkonů, popřípadě základní neodkladné resuscitace.

Na laickou první pomoc navazuje pomoc rozšířená, která je poskytována pomocí odborného vybavení, obsluhovaného zdravotnickými pracovníky (ERTLOVÁ et al., 2000).

#### 3.2 NEPOSKYTNUTÍ PRVNÍ POMOCI

Neposkytnutí první pomoci je trestným činem podle trestního zákoníku č.40/2009 Sb. Konkrétní paragraf o první pomoci: § 150 Neposkytnutí první pomoci. Ten zní: *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 (ČESKO, 2009).*

Druhý bod tohoto paragrafu se týká lidí, kteří mají poskytování první pomoci v povaze svého zaměstnání: *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 (ČESKO, 2009).*

Neposkytnutí první pomoci řidiči dopravních prostředků se hodnotí podle § 151: *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 (ČESKO, 2009).*

### **3.3 OBECNÉ ZÁSADY POSKYTNUTÍ PRVNÍ POMOCI LAIKEM**

Zásady poskytnutí první pomoci jsou prvotní a druhotné. V prvotním vyšetření se ověřuje stav základních životních funkcí podle schématu ABC. A (airways) značí volné dýchací cesty, B (breathing) stav dýchání, C (circulation) funkční krevní oběh. Pokud máme ověřené základní životní funkce, můžeme řešit komplikace, které bezprostředně ohrožují život. Mezi takové postupy patří zástava masivního krvácení, uvolnění dýchacích cest a neodkladná resuscitace.

Druhotné vyšetření je zaměřeno na příznaky, které život bezprostředně neohrožují, ale v případě neodhalení, by mohly způsobit komplikace. Důležitá je komunikace s postiženým, představení se a nabídnutí pomoci. Zaměřujeme se na bolest, na podobné události z minulosti, jestli se s něčím neléčí a zda neužívá léky při zhoršení stavu. Pokud postižený nekomunikuje, pokusíme se získat informace od svědků nehody či příhody. Musíme vyhodnotit událost z důvodu mechanismu a také z hlediska bezpečnosti. V případě vyšetření nás zajímá hlava, kde pozorujeme barvu obličeje, pohyb očí, krvácení, přítomnost zvratků, dech (pravidelný x nepravidelný, vedlejší fenomény). Hrudník sledujeme z hlediska pravidelnosti a symetričnosti, popřípadě viditelného poranění. Na břicho pozorujeme známky úrazu, bolestivost, vzednutí nebo nápadné deformace. Na končetinách pohyblivost, viditelné úrazy a krvácení. Můžeme si

zjistit informace o postiženém i pomocí různých identifikačních karet a náramků (např. průkaz diabetika) (FRANĚK, 2015).

### **3.4 TÍSŇOVÁ LINKA 155**

Při tísňovém volání je důležité číslo pro zpětné volání a charakter příchozího volání. První, co operátor potřebuje zjistit, je lokalizace události a její klasifikace. Provede analýzu a popis situace, popřípadě se ujistí o bezpečnosti na místě události. Operátor je vysoce kvalifikovaný odborník odpovídajícího vzdělání, dále zhodnotí potřebu dalších složek integrovaného záchranného systému. Když má základní informace, provede vyhodnocení a indikaci odborné posádky. Předává instrukce k výjezdu, vede, eviduje a ukončuje zásah. Mezi tím poskytuje instrukce volajícímu.

K urychlení lze použít přeskočení jednotlivých kroků aktivací výjezdové skupiny po určení lokalizace (i za cenu předání neúplných informací). Po zjištění dalších informací od volajícího jsou tyto informace předány posádce, která už je na cestě, pomocí radiového nebo datového zařízení ve vozidle (FRANĚK, 2009).

## **4 VYBRANÉ AKUTNÍ STAVY U SENIORŮ**

Stárnutí je specifický biologický proces. Proces, který se neopakuje a je nezvratný. Při stáří dochází k poklesu funkcí v organismu. Z tělesných změn se jedná o změny vzhledu a úbytek svalové hmoty. Zhoršuje se činnost smyslů a dochází ke změnám v orgánových systémech. Senior je nedůvěřivý a problematicky získává nové návyky, zhoršuje se mu paměť a dochází ke změnám při projevech emocí. Z klinického hlediska je nutné rozlišit na rozdíl od mladých lidí, že průběh chorob je odlišný až atypický z důvodu fyziologických změn v orgánech nebo vyčerpáním kompenzačních mechanismů (HROZENSKÁ et al., 2013).



## **4.1 BOLESTI NA HRUDI – AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU**

Bolest na hrudi může být způsobena mnoha příčinami např. ischemickou chorobou srdeční, záněty srdeční svaloviny, poškození aorty, plicní embolie, blokáda zad nebo žeber a jícnové reflexní onemocnění (BYDŽOVSKÝ, 2011).

Infarkt myokardu je akutní formou ischemické choroby srdeční (dále ICHS). ICHS je onemocnění, kdy dochází k nedostatečné perfúzi v srdečních tepnách, nejčastěji na základě aterosklerózy. Ateroskleróza je stav, kdy dochází k ukládání tukových plátů uvnitř tepen, čímž je omezen průtok, a tím se k požadovanému místu nedostane dostatečné množství kyslíku. Nedostatečné zásobení srdeční svaloviny způsobuje nekrózu – infarkt myokardu. Příznakem je klidová bolest, neustupující při změně polohy ani po podání tekutin popřípadě kašláni. Bolest je dlouhotrvající, svíravá až pálivá, popisovaná za hrudní kostí, vystřelující do krku, ramen, mezi lopatky nebo levé horní končetiny. Důležité je si uvědomit že diabetici nemusejí bolest vnímat tak silně jako ostatní. Tzv. bezbolestný infarkt je u nich až ve 40%. Bolest doprovázejí další příznaky, zvracení, opocení a schvácenost (MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ et al., 2009).

První pomoc u takového stavu spočívá v uložení postiženého do polosedu, aktivovat záchranný řetězec pomocí linky 155 a kontrolovat základní životní funkce. Pokud má postižený u sebe nitroglycerinový sprej možno ho použít, dále se může dát rozkousat a zapít tableta (400mg) Aspirinu (Acylpyrin, Anopyrin). Tyto tablety mají protisrážlivý účinek a tím pomohou při terapii akutního infarktu (BYDŽOVSKÝ, 2011).

## **4.2 CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY**

Problém cévních mozkových příhod je ve vyspělých zemích velmi narůstající z důvodu nezdravého životního stylu obyvatel. Prodělaná cévní mozková příhoda ovlivňuje nejen zdravotní ale i sociální a psychický stav člověka. Prodělaná cévní příhoda většinou u pracujícího člověka znamená hledání nového zaměstnání, které je vhodné v závislosti na zdravotním stavu. Lidé jsou poté sociálně izolováni a narůstá riziko deprese nebo jiného psychiatrického onemocnění. Důležité je stejně jako u každého emergenčního stavu včasná detekce problému, reakce a správně zvolené cílené zdravotní zařízení. Klíčové pro úspěšnou léčbu je vzdělávání veřejnosti v této problematice.

Cévní mozkové příhody rozlišujeme na trombotické (80-85%), které jsou způsobené nejčastěji trombotickým uzávěrem tepny a ischemické (15-20%), způsobené rupturou cévy a následným vznikem intracerebrálního hematomu. Mezi hlavní příznaky cévní mozkové příhody patří pravostranná, levostranná slabost končetin, snížená citlivost kůže, zhoršený stav vědomí, porucha koordinace pohybů, závratě a porucha řeči. Při diferenciaci diagnostice je třeba myslet i na kardiologické, metabolické příčiny nebo projev intoxikace. Pro edukaci v české veřejnosti nebo nelékařských posádek slouží hodnocení FAST – Face, Arm, Speech Test. Jedná se o hodnocení mimiky, horní končetiny z hlediska svalové síly a řeči.

V rámci první pomoci by se měl pacient nebo jeho okolí při příznacích okamžitě obrátit na záchranný systém. Největším benefitem zahájení včasné trombolitické léčby je právě nezastupitelná detekce vzniklého stavu společně s časovým faktorem. Pokud bude návaznost péče dostačující, je dosažitelný uspokojitelný stav pacienta při propuštění. Návaznost péče potřebuje správnou identifikaci pacienta na léčbu, neodkladný transport, vhodnou léčbu ve zdravotním zařízení a následnou rehabilitaci včetně rehabilitace psychologické i sociální (KNOR, 2013).

### **4.3 AKUTNÍ STAVY U DIABETES MELLITUS**

Diabetes mellitus neboli cukrovka je onemocnění, kdy tělo člověka nedokáže správně pracovat s glukózou. Glukóza je krevní cukr, bez kterého by život nebyl možný. Všechny části lidského těla neustále glukózu potřebují z důvodu její schopnosti rozkládat energii. Množství glukózy v krvi člověka je stálé a tím dostávají všechny buňky v těle stále stejné množství. Tělo ji přijímá z většiny potravin. Buď putuje rovnou krví k buňkám a nabízí energii, nebo se ukládá v játrech jako zásobní cukr, který nazýváme glykogen. V játrech navíc glukóza vzniká novotvorbou – glukogenezí. Tento proces je využit, pokud nemáme příjem potravin a máme určitou fyzickou námahu.

Hladina glukózy v krvi se nazývá glykemie. Zdravý člověk má hodnotu 3,3 – 5,5 mmol/l. Glykemie může stoupat po jídle, ale do dvou hodin se vrací zpátky k normálním hodnotám. Tělo dokáže vyhodnotit hladinu glykemie a adekvátně na ni reagovat pomocí hormonů. První z nich, inzulin, způsobuje ukládání glukózy do jater, dále pak dává pokyn buňkám k jejímu přijímání. Druhý hormon glukagon způsobuje opačný efekt tedy uvolňování glukózy z jater do krve. Pokud člověk onemocní

diabetem, tato regulace nefunguje a hodnota glykemie stoupá. Vyskytuje se diabetes dvojího typu. První typ je způsobený tím že tělo nedokáže vyrábět inzulín a tím pádem glukóza v krvi stoupá. Jedinou léčbou je pomocí podávání inzulínu. Druhý typ diabetu je způsoben nedostatečnou reakcí na vytvoření inzulínu. Zde se léčí několika způsoby, podávání tablet pro zvýšení vnímavosti inzulínu nebo výrazné zhubnutí, které často vrátí metabolismus do normálu. Diabetes druhého typu je v populaci mnohem více zastoupený než první typ (LEBL et al., 2015).

Akutní nejčastější komplikací u diabetu je hypoglykemie, stav kdy glukóza v krvi má hodnotu pod 3,5 mmol/l. Příčinou je nejčastěji nezměněná aplikace inzulínu v závislosti na jídle a zvýšené fyzické aktivity. Snížená funkce ledvin a požití alkoholu také výrazně ovlivňuje hodnotu glykemie. Tímto stavem jsou častěji ohroženi lidé trpící diabetem prvního typu. Závažnost hypoglykemie se dá rozdělit na situaci, kdy ji pacient zvládne sám a kdy potřebuje pomoc druhé osoby. Mírná hypoglykemie se projeví u pacienta třesem, pocením, tachykardií, únavou, pocitem hladu a nervozitou. Pokud není včas zakročeno, může přejít až do stavu bezvědomí. Zkušený diabetik většinou tyto příznaky zaznamená a zareaguje sám konzumací sacharidů. Množství potřebného množství sacharidů se zvyšuje v závislosti na příznacích a hodnotě glykemie. Každý diabetik by měl být vybaven průkazem s údaji a své nemoci a léčbě. O léčbě rozhodne základní vyšetření pomocí glukometru. Odborná první pomoc je řešena podáním glukózy intravenózně v dávce 40-60ml a síly 20% nebo 40% (KAREN, 2014).

Opak hypoglykemie je hyperglykemie, tedy zvýšené množství glukózy v krvi nad 10mmol/litr. Každá hyperglykemie by měla trvat co nejkratší dobu. Léčba spočívá ve zvýšené dávce inzulínu, ta se odvíjí od toho, zda je nemocný před nebo po jídle. Neléčené občasné hyperglykemie vyvolávají zhoršení chronických onemocnění. Nadbytečná glukóza se váže na bílkoviny a mění jejich stavbu z pevných na křehčí a tím přestávají plnit svoje funkce. Nejvíce dochází ke změnám ve stěnách cév. Dochází ke zhoršení pružnosti a ohebnosti a může to ohrozit přesun kyslíku mezi tkáněmi (LEBL et al., 2015).

## 4.4 DEPRESE

Deprese je jedna z nejvíce se vyskytujících duševních poruch a zároveň řadu ostatních doprovází. Mezi hlavní depresivní symptomy patří porucha nálady. Tím rozumíme smutek, pocit bezmoci, úzkosti apod. Nemocný má problém se vztahem k sobě samotnému, dává si pocit viny a klesne sebeúcta a sebevědomí. Mezi somatické symptomy patří porucha spánku, porucha příjmu potravin, různé bolestivé syndromy a snížená sexuální aktivita. Člověk má porušené kognitivní funkce (myšlení, soustředění, pozornost) a vyhýbá se kontaktu s lidmi včetně blízkých přátel. Deprese může mít jasnou příčinu, která je spojena s prožitkem nějaké události, pak se jedná o reaktivní depresi. Nejasná příčina je tzv. multifaktoriální a zahrnuje vliv jak biologický tak psychologický a sociální. Depresivní epizodu, která je charakterizovaná délkou nejméně dvou týdnů může nemocný zažít v různých intenzitách. Mírná epizoda znamená, že člověk má pouze některé příznaky, ale je schopen žít normálním životem. Při střední epizodě člověk zvládá svůj běžný denní program s obtížemi a těžkou epizodou je nemocný výrazně ovlivněn ve všech směrech (PROBSTOVÁ, 2014).

Při získávání informací o postiženém musíme brát v úvahu, že někdy dochází k chybnému označení laickou veřejností člověka, který odborníkem není pokládán za duševně nemocného a naopak. Veřejnost přistupuje k duševně nemocnému člověku v závislosti na společenském hodnocení psychiatrie. Určitý terapeutický potenciál by měl být v každém člověku už podle starých psychiatrů.

Hlavním faktorem první pomoci je všímavost okolí. Laik by měl zareagovat a na chování upozornit právě proto, že duševně nemocného zná jak po osobní a fyzické stránce. Základ spočívá v uvolnění napětí v pouhém pohovoru a vyslechnutí jeho obtíží. Pokud laik provede takovýto zásah, je nutné informovat ošetřujícího lékaře, aby se mohlo hodnotit, jak se poruchy vyvíjí. Informovanost lékaře slouží také k předcházení zatěžujících komplikací. Bez úplných informací od okolí nelze přesně stanovit diagnózu a adekvátní postup terapie (DUŠEK, 2005).

Odborná léčba je pomocí farmakoterapie. Nejčastěji jsou používány antidepresiva, která ovlivňují přenos serotoninu a na nemocném se jejich účinky projeví cca po 2-3 týdnech užívání. V kombinaci s farmakoterapií by měla být psychoterapie, která pracuje se samotným myšlením člověka s depresí (PROBSTOVÁ, 2014).

## 4.5 ÚRAZY ZPŮSOBENÉ PÁDEM U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

Schopnost pohybu rozhoduje o kvalitě života starší populace. Pád seniora ohrožuje jeho soběstačnost a nezávislost. U starého člověka dochází k poklesu funkcí mozkového kmene zodpovědného za rovnováhu. Pádem lze rozumět stav, kdy dojde ke kontaktu těla se zemí, který může být doprovázen úrazem, popřípadě poruchou vědomí nebo kombinací obou. Pád může být způsoben vnějším faktorem při běžných činnostech. Nejrizikovějším místem je koupelna, kde dochází k uklouznutí po mokré podlaze dále pak zakopnutí o práh nebo chůze po schodech. Důležité jak předcházet těmto událostem, je správně zvolené prostředí, v němž se senior pohybuje. Vnitřním faktorem, který zapříčiní pád, bývá nejčastěji onemocnění různých tělesných systémů, kterými senior trpí. Komplikace pádu jsou časně nebo pozdní. Mezi časté komplikace může patřit zlomenina, nejčastěji krčku stehenní kosti a předloktí a poranění měkkých tkání. Pozdní komplikací může být ztráta soběstačnosti, rozvoj imobilizačního syndromu, psychická porucha až úmrtí.

Zabránit pádu nebo zmírnit následnou komplikaci pomůže včasná prevence. Důležitá je úprava prostředí, ve kterém senior tráví čas. Instalace optimálního osvětlení do koupelen a k lůžku, protiskluzové prostředí ve sprchách, na rizikových místech instalovat madla, za která se může senior chytit. Snížené prahy aby nedošlo k zakopnutí. Využití signalizačních zařízení pro přivolání pomoci. Pro zlepšení pohybu používání kompenzačních pomůcek, hole, pevná nebo pojízdná chodítka popřípadě invalidní vozíky. Prevencí se rozumí i rehabilitace, která má udržet určitou svalovou sílu a podporovat soběstačnost (MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, 2015).

Pokud pád nastane, je na místě kontrola a zabezpečení základních životních funkcí, lokalizace případné zlomeniny, její fixace a chlazení. Postiženému zajistíme tepelný komfort, komunikujeme s ním a do příjezdu odborné pomoci ho kontrolujeme (BERNÁTOVÁ., 2014).

## 4.6 KRVÁCENÍ U SENIORŮ

Krvácení je stav, který ohrožuje život. Jednoduchá a správná laická pomoc může postiženému zachránit život. Krvácení podle zdroje je tepenné, žilní a vlásečnicové. Žilní krvácení charakterizuje tmavá krev, která vytéká pod malým tlakem. Tepenné krvácení se projevuje jasně červenou krví vystřikující synchronně s pulzem. Jinak se dělí na vnitřní a vnější. Vnitřní krvácení do tělesných prostorů a orgánů. Patofyziologická odezva organismu záleží na množství ztracené krve. Senior může být ohrožen už při ztrátě malého množství krve (DOBIÁŠ, 2007).

Senioři mají častěji poruchy homeostázy – zástavy krvácení. U starších je tato porucha nejčastěji způsobená následkem dlouhodobého jaterního onemocnění. Lidé, kteří jsou léčeni pomocí warfarinu, jsou tak velmi ohroženi při krvácení, protože organismus nedokáže tak rychle spontánně krvácení zastavit (MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, 2015).

Zásady laické první pomoci při velkém vnějším krvácení jsou včasná zástava krvácení pomocí tlakového obvazu (jeden nerozvinutý obvaz uložit v ráně a druhým silně obtočit aby krvácení přestalo), při jeho prosakování se přiloží další tlakový obraz. Pokud není k dispozici, můžeme improvizovat a při dodržení zásad vlastní bezpečnosti je i tlak rukou v ráně dostatečně účinná první pomoc. Dále pak kontrola vitálních funkcí a zavolání odborné pomoci. Při podezření na vnitřní krvácení (následek úrazu, interního onemocnění atd.) si všímáme příznaků, jako je bledost, nitkovitý puls, bolest v místě, chladná pokožka atd. Zde je na místě kontrola vitálních funkcí a přivolání odborné pomoci (DOBIÁŠ, 2007).

## 4.7 NÁHLÁ ZÁSTAVA OBĚHU

Jedná se o přerušování krevního oběhu u postižené osoby, jejíž stav do vzniku příhody nebudil obavy z náhlé smrti. Při zástavě oběhu selžou všechny základní životní funkce. Příčina může být primární, kdy se jedná o onemocnění srdce (např. ucpání koronární tepny), nebo sekundární vznikají následkem dějů, odehrávající se mimo srdce (krvácení, asfyxie, hypoxie, intoxikace atd.). U osob se zástavou oběhu nejsou přítomny normální dýchací pohyby, ale mohou se objevit tzv. lapavé dechy-gasping. Lapavé dechy jsou často laiky vyhodnoceny jako normální dýchání a není zahájena nepřímá

srdeční masáž. Pokud laik nepřímou masáž nezahájí, výrazně to snižuje šanci na přežití (KLEMENTA, 2011).

Základní neodkladnou resuscitaci by měli umět použít všichni laici, je to resuscitace bez pomůcek (popřípadě s automatickým externím defibrilátorem). K tomu, abychom ji mohli provádět, nám stačí 2 ruce. Základní neodkladnou resuscitaci provádějí i školení zachránci, kteří u sebe nemají žádné pomůcky. Hlavním úkolem neodkladné resuscitace je přivolat pomoc pomocí tísňové linky, správně polohovat postiženého na zádech se zprůchodněnými dýchacími cestami pomocí záklonu hlavy, rozpoznání zástavy oběhu, provádění nepřímé srdeční masáže, umělé dýchání (pouze pokud je zachránce vyškolen a je ochotný v konkrétní situaci ho použít, v takovém případě je prováděno v poměru s kompresemi hrudníku 30:2). Srdeční masáž by měla být jako nejdůležitější výkon resuscitace prováděna alespoň 5 cm hluboko uprostřed hrudníku minimálně 100/minutu (REMEŠ, 2013).

## 5 PRŮZKUM ZNALOSTÍ PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH V POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI.

Pracovník v sociálních službách je v neustálém kontaktu s klientem sociální služby a může se v kterékoliv chvíli setkat s urgentní situací, která bude vyžadovat jeho zásah. Proto by na ni měl umět reagovat a zabránit jejímu rozvoji. Do našeho průzkumu jsme vybrali pracovníky z domovů pro seniory a z domovů se zvláštním režimem, protože zde se nacházejí nejčastěji senioři.

**Téma:** Znalost první pomoci u pracovníků v sociálních službách.

**Problém:** Jaká je úroveň znalostí při poskytování první pomoci pracovníkem v sociálních službách.

### **Cíle průzkumu:**

Hlavní cíl: Zjistit, zda je úroveň znalostí u pracovníků v sociálních službách pro poskytování první pomoci dostatečná.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda je významný statistický rozdíl v úrovni znalostí první pomoci v závislosti na věku pracovníka v sociálních službách.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda je významný statistický rozdíl v úrovni znalostí první pomoci podle délky praxe pracovníka v sociálních službách.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda pracovníci v sociálních službách mají zájem o školení v problematice první pomoci.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda se často setkávají pracovníci v sociálních službách se situací, kdy musí poskytnout první pomoc.

Dílčí cíl 5: Zjistit, jaký je, nejčastější akutní stav, se kterým se pracovníci v sociálních službách setkávají.

### **Průzkumné otázky:**

1. Mají pracovníci v sociálních službách dostatečné znalosti pro poskytnutí první pomoci?
2. Existují statisticky významné rozdíly mezi znalostmi starších a mladších pracovníků v sociálních službách?



3. Existují statisticky významné rozdíly mezi znalostmi pracovníků s delší a kratší praxí v sociálních službách?
4. Mají pracovníci zájem o další školení v problematice první pomoci?
5. Setkávají se často pracovníci v sociálních službách se situací, kdy musí poskytnout první pomoc?
6. S jakým akutním stavem se setkávají nejčastěji?

#### **Průzkumné tvrzení:**

1. Předpokládáme, že průměrná úspěšnost v dotazníkovém šetření přesáhne 70 %. Takovou hodnotu považujeme za dostatečnou.
2. Předpokládáme, že lepších výsledků dosáhnou starší pracovníci v sociálních službách.
3. Předpokládáme, že pracovníci, kteří mají delší praxi v sociálních službách, budou mít lepší výsledky v dotazníkovém šetření.
4. Předpokládáme, že více jak 90% respondentů má zájem se školit v problematice první pomoci.
5. Předpokládáme, že více jak 80% respondentů se setkala se situací, kdy muselo poskytnout první pomoc.
6. Předpokládáme, že nejčastějším akutním stavem, se kterým se pracovníci v sociálních službách setkali, je úraz.

## **5.1 METODA**

Data k průzkumu jsme získali pomocí kvantitativního dotazníkového šetření. Dotazník byl anonymní, byl určen pouze pro pracovníky v sociálních službách (dále jen pracovník) a skládal se ze 17 otázek. Otázky 1 až 2 slouží pro identifikaci pracovníka pro následné rozřazení do skupin. Tyto skupiny následně pomohou určit odpovědi na průzkumné otázky. Otázky 3 až 14 zjišťují vědomosti pracovníků z první pomoci. Otázky 15 a 16 zjišťují, zda se pracovníci setkali s případem, kdy museli poskytnout první pomoc a o jaký akutní stav se jednalo. Cílem poslední otázky bylo zjistit, jestli mají pracovníci zájem se dále vzdělávat v problematice první pomoci. Struktura dotazníku je součástí přílohy C.

Rozdáno bylo celkem 120 dotazníků. Vrátilo se nám jich 117 dotazníků, z nichž 2 nebyly vyplněny podle instrukcí, a tedy do průzkumu naší práce nebyly zahrnuty. Vyhodnoceno bylo 115 dotazníků. Návratnost byla 97 %, což můžeme hodnotit jako velice úspěšnou. Domníváme se, že se to tak stalo díky konzultaci s respondenty o charakteristice naší práce.

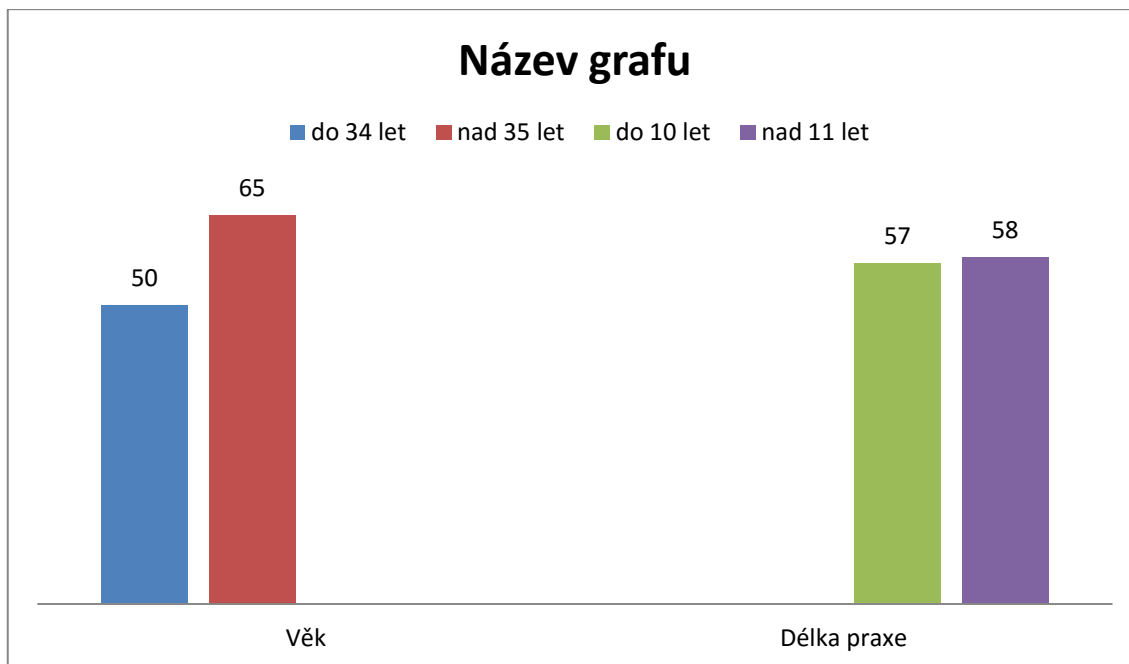
## **5.2 VÝBĚROVÝ SOUBOR**

Výběrový soubor tvořili pracovníci v sociálních službách, kteří pracují v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Dotazníky byly rozdány ve dvou zařízeních v Plzeňském kraji. Dotazníky byly dále elektronicky poslány bývalým spolužákům autora práce ze střední odborné školy se zaměřením na sociální péči, kteří v současné době pracují v různých institucích sociálních služeb ČR.

## **5.3 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ**

Z celkového počtu navracených dotazníků jsme respondenty rozdělili na dvě hlavní skupiny, kde prvním kritériem byl věk respondentů, druhým kritériem byla délka praxe v sociálních službách. Respondentů do 34 let věku se dotazníkového šetření zúčastnilo 50, respondentů nad 35 let věku 65. Počet respondentů s praxí do 10 let byl 57, nad 11 let se rovnal 58. Zmíněné rozřazení respondentů je znázorněno v grafu č. 1, z něhož vyplývá, že zastoupení v jednotlivých skupinách je velmi podobné.

Graf č. 1 Zastoupení respondentů



Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Následuje interpretace otázek č. 3 až č. 14, které zjišťují znalosti první pomoci respondentů. Správná odpověď je zvýrazněná tučnou barvou a analýza odpovědí je provedená s využitím chí kvadrát testu. Výsledné odpovědi na jednotlivé otázky jsou doplněny o dvě tabulky. První tabulka ukazuje kategorii věku a druhá kategorii délky praxe. Tabulky jsou doplněny popiskem s výsledky testu nezávislosti. Jednotlivé výsledky jsme ověřili pomocí aplikace Milana Chábrta, který je dostupný na webových stránkách: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>. Zde jsme vypočítali skutečnou četnost a porovnali ji s četností očekávanou, kritická hodnota nám vyšla **3,841**. Číslo vyšší než kritická hodnota potvrzuje, že mezi testovanými znaky je určitá závislost. V popisku tabulek je statisticky významná hodnota zvýrazněná červenou barvou.

Otázka č. 3. Kdo musí poskytnout první pomoc?

- a. Každý, kdo prošel nějakým zdravotním kurzem.
- b. Každý, kdo by nevystavil nebezpečí sebe ani ostatní.**
- c. Každý, kdo absolvoval zdravotnické vzdělání.

Tab. 1 Otázka č. 3 - kategorie věk do 34/nad 35

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 34 let	35	40,7 %	15	51,7 %	50	43,5 %
Nad 35 let	51	59,3 %	14	48,3 %	65	56,5 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100 %</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 34 let	37,4	43,5 %	12,6	43,4 %	50	43,5 %
Nad 35 let	48,6	56,5 %	16,4	56,6 %	65	56,5 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100 %</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Tab. 2 Otázka č. 3 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 10 let praxe	41	47,7 %	16	55,2 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	45	52,3 %	13	44,8 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100 %</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 10 let praxe	42,6	49,5 %	14,4	49,7 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	43,4	50,5 %	14,6	50,3 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100 %</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Na otázku č. 3 odpovědělo správně 86 (74,8 %) respondentů, špatně 29 (25,2 %). V kategorii věku do 34 let/nad 35 let byla chí kvadrát testem stanovena hodnota 1.072, v druhé kategorii byla hodnota 0.049. Z uvedených výsledků konstatujeme, že zde nejsou statisticky významné rozdíly v jednotlivých kategoriích.

Otázka č. 4. Zdravotnickou záchrannou službu přivoláme na telefonním čísle?

- a. 155
- b. 150
- c. 112

Tab. 3 Otázka č. 4 - kategorie věk do 34/nad 35

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 34 let	48	42,5 %	2	100 %	50	43,5 %
Nad 35 let	65	57,5 %	0	0 %	65	56,5 %
<b>Celkem</b>	<b>113</b>	<b>100 %</b>	<b>2</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 34 let	49,1	43,5	0,9	45 %	50	43,5 %
Nad 35 let	63,9	56,5	1,1	55 %	65	56,5 %
<b>Celkem</b>	<b>113</b>	<b>100 %</b>	<b>2</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Tab. 4 Otázka č. 4 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 10 let praxe	55	48,7 %	2	100%	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	58	51,3 %	0	0 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>113</b>	<b>100 %</b>	<b>2</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 10 let praxe	56	49,6 %	1	50 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	57	50,4 %	1	50 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>113</b>	<b>100 %</b>	<b>2</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Na otázku č. 4 odpovědělo správně 113 (98,3 %) respondentů, špatně 2 (1,7 %). V kategorii věku do 34 let/nad 35 let byla chí kvadrát testem stanovena hodnota 2.644, v druhé kategorii byla hodnota 2.077. Z uvedených výsledků konstatujeme, že zde nejsou statisticky významné rozdíly v jednotlivých kategoriích.

Otázka č. 5. Co nepatří mezi základní životní funkce?

- a. Vědomí
- b. Dýchání
- c. Srdeční akce
- d. Termoregulace**

Tab. 5 Otázka č. 5 - kategorie věk do 34/nad 35

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 34 let	30	41,1 %	20	47,6 %	50	43,5 %
Nad 35 let	43	58,9 %	22	52,4 %	65	57,5 %
Celkem	73	100 %	42	100 %	115	100 %
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 34 let	31,7	43,4 %	18,3	43,6 %	50	43,5 %
Nad 35 let	41,3	56,6 %	23,7	56,4 %	65	57,5 %
Celkem	73	100 %	42	100 %	115	100 %

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Tab. 6 Otázka č. 5 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 10 let praxe	25	34,2 %	32	76,2 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	48	65,8 %	10	23,8 %	58	50,4 %
Celkem	73	100 %	42	100 %	115	100 %
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 10 let praxe	36,2	49,6 %	20,8	49,5 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	36,8	50,4 %	21,2	50,5 %	58	50,4 %
Celkem	73	100 %	42	100 %	115	100 %

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Na otázku č. 5 odpovědělo správně 73 (63,5 %) respondentů, špatně 42 (36,5 %). V kategorii věku do 34 let/nad 35 let byla chí kvadrát testem stanovena hodnota 0.462, v druhé kategorii byla hodnota 18.754. Z uvedených výsledků konstatujeme, že v druhé kategorii je statisticky významná hodnota, která ukazuje na závislost jednotlivých znaků.

Otázka č. 6. Co je pro kardiopulmonální resuscitaci u dospělého nejdůležitější?

- a. Dodržovat správný poměr masáží/dýchání – 30:2.
- b. Minimálně přerušovaná, kvalitní nepřímá srdeční masáž.**
- c. Provádět kvalitní umělé vdechy.

Tab. 7 Otázka č. 6 - kategorie věk do 34/nad 35

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 34 let	27	32,5 %	23	71,8 %	50	43,5 %
Nad 35 let	56	67,5 %	9	28,2 %	65	56,5 %
<b>Celkem</b>	<b>83</b>	<b>100 %</b>	<b>32</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 34 let	36,1	43,5 %	13,9	43,5 %	50	43,5 %
Nad 35 let	46,9	56,5 %	18,1	56,5 %	65	56,5 %
<b>Celkem</b>	<b>83</b>	<b>100 %</b>	<b>32</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Tab. 8 Otázka č. 6 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 10 let praxe	46	55,4 %	11	34,4 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	37	44,6 %	21	65,6 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>83</b>	<b>100 %</b>	<b>32</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 10 let praxe	41,1	49,5 %	15,9	49,7 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	41,9	50,5 %	16,1	50,3 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>83</b>	<b>100 %</b>	<b>32</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016



Na otázku č. 6 odpovědělo správně 83 (72,2 %) respondentů, špatně 32 (27,8 %). V kategorii věku do 34 let/nad 35 let byla chí kvadrát testem stanovena hodnota 14.559, v druhé kategorii byla hodnota 4.091. Z uvedených výsledků konstatujeme, že v obou kategoriích je statisticky významná hodnota, která ukazuje na závislost jednotlivých znaků.

Otázka č. 7. Co je to gasping?

- a. Tzv. lapavé dechy – příznak zástavy oběhu.
- b. Rychlé a pravidelné dýchání u fyzické zátěže.
- c. Přístroj na měření dechové aktivity.

Tab. 9 Otázka č. 7 - kategorie věk do 34/nad 35

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 34 let	15	21,1 %	35	79,5 %	50	43,5 %
Nad 35 let	56	78,9 %	9	20,5 %	65	56,5 %
Celkem	71	100 %	44	100 %	115	100 %
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 34 let	30,9	43,5 %	19,1	43,4 %	55	43,5 %
Nad 35 let	40,1	56,5 %	24,9	56,6 %	65	56,5 %
Celkem	71	100 %	44	100 %	115	100 %

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Tab. 10 Otázka č. 7 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 10 let praxe	21	29,6 %	36	81,8 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	50	70,4 %	8	18,2 %	58	50,4 %
Celkem	71	100 %	44	100 %	115	100 %
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 10 let praxe	35,2	49,6 %	21,8	49,5 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	35,8	50,4 %	22,2	50,5 %	58	50,4 %
Celkem	71	100 %	44	100 %	115	100 %

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Na otázku č. 7 odpovědělo správně 71 (61,7 %) respondentů, špatně 44 (38,3 %). V kategorii věku do 34 let/nad 35 let byla chí kvadrát testem stanovena hodnota **37.727**, v druhé kategorii byla hodnota **29.651**. Z uvedených výsledků konstatujeme, že v obou kategoriích je statisticky významná hodnota, která ukazuje na závislost jednotlivých znaků.

Otázka č. 8. Nepřímá srdeční masáž se provádí u dospělého? (1,262), (0,002)

- a. Asi 2 cm nad mečovitým výběžkem hrudní kosti
- b. Uprostřed hrudníku**
- c. Dolní 1/3 hrudní kosti

Tab. 11 Otázka č. 8 - kategorie věk do 34/nad 35

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 34 let	40	41,2 %	10	55,6 %	50	43,5 %
Nad 35 let	57	58,8 %	8	44,4 %	65	56,5 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>	<b>18</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 34 let	42,2	43,5 %	7,8	43,3 %	50	43,5 %
Nad 35 let	54,8	56,5 %	10,2	56,7 %	65	56,5 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>	<b>18</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Tab. 12 Otázka č. 8 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 10 let praxe	48	49,5%	9	50 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	49	50,5 %	9	50 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>	<b>18</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 10 let praxe	48,1	49,6 %	8,9	49,4 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	48,9	50,4 %	9,1	50,6 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>	<b>18</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Na otázku č. 8 odpovědělo správně 97 (84,3 %) respondentů, špatně 18 (15,7 %). V kategorii věku do 34 let/nad 35 let byla chí kvadrát testem stanovena hodnota 1.262, v druhé kategorii byla hodnota 0.002. Z uvedených výsledků konstatujeme, že zde nejsou statisticky významné rozdíly v jednotlivých kategoriích.

Otázka č. 9. Hlavním příznakem akutního infarktu myokardu je

- a. Bolest za hrudní kostí nezávislá na fyzické námaze.
- b. Bolest za hrudní kostí vznikající při fyzické námaze.
- c. Otoky na dolních končetinách.

Tab. 13 Otázka č. 9 - kategorie věk do 34/nad 35

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 34 let	48	42,9 %	2	66,7 %	50	43,5 %
Nad 35 let	64	57,1 %	1	33,3 %	65	56,5 %
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100 %</b>	<b>3</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 34 let	48,7	43,5 %	1,3	43,3 %	50	43,5 %
Nad 35 let	63,3	56,5 %	1,7	56,7 %	65	56,5 %
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100 %</b>	<b>3</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Tab. 14 Otázka č. 9 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 10 let praxe	54	48,2 %	3	100%	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	58	51,8 %	0	0 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100 %</b>	<b>3</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 10 let praxe	55,5	49,6 %	1,5	49,7 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	56,5	50,4 %	1,5	50,3 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100 %</b>	<b>3</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Na otázku č. 9 odpovědělo správně 112 (97,4 %) respondentů, špatně 3 (2,6 %). V kategorii věku do 34 let/nad 35 let byla chí kvadrát testem stanovena hodnota 0.683, v druhé kategorii byla hodnota 3.122. Z uvedených výsledků konstatujeme, že zde nejsou statisticky významné rozdíly v jednotlivých kategoriích.

Otázka č 10. Největším benefitem pro léčbu cévní mozkové příhody je (0,586), (1,932)

- a. Pokud postižený už v minulosti cévní mozkovou příhodu prodělal.
- b. Laická první pomoc.
- c. **Čas od prvních příznaků do přijetí do zdravotnického zařízení.**

Tab. 15 Otázka č. 10 - kategorie věk do 34/nad 35

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 34 let	47	42,7 %	3	60 %	50	43,5 %
Nad 35 let	63	57,3 %	2	40 %	65	56,5 %
Celkem	110	100 %	5	100 %	115	100 %
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 34 let	47,8	43,5 %	2,2	44 %	50	43,5 %
Nad 35 let	62,2	56,5 %	2,8	56 %	65	56,5 %
Celkem	110	100 %	5	100 %	115	100 %

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Tab. 16 Otázka č. 10 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 10 let praxe	53	48,2	4	80 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	57	51,8 %	1	20 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>110</b>	<b>100 %</b>	<b>5</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 10 let praxe	54,5	49,5 %	2,5	50 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	55,5	50,5 %	2,5	50 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>110</b>	<b>100 %</b>	<b>5</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Na otázku č. 9 odpovědělo správně 110 (95,7 %) respondentů, špatně 5 (4,3 %). V kategorii věku do 34 let/nad 35 let byla chí kvadrát testem stanovena hodnota 0.586, v druhé kategorii byla hodnota 1.932. Z uvedených výsledků konstatujeme, že zde nejsou statisticky významné rozdíly v jednotlivých kategoriích.

Otázka č 11. Diabetikům měříme cukr v krvi pomocí (0)

- a. Glukometru
- b. Tonometru
- c. Kardiografu

Tab. 17 Otázka č. 11 - kategorie věk do 34/nad 35

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 34 let	50	43,5 %	0	0 %	50	43,5 %
Nad 35 let	65	56,5 %	0	0 %	65	56,5 %
Celkem	115	100 %	0	0 %	115	100 %
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 34 let	50	43,5 %	0	0 %	50	43,5 %
Nad 35 let	65	56,5 %	0	0 %	65	56,5 %
Celkem	115	100 %	0	0 %	115	100 %

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Tab. 18 Otázka č. 11 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 10 let praxe	57	0	0	0	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	58	0	0	0	58	50,4 %
Celkem	115	100 %	0	0 %	115	100 %
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 10 let praxe	57	49,6 %	0	0 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	58	50,4 %	0	0 %	58	50,4 %
Celkem	115	100 %	0	0 %	115	100 %

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Na otázku č. 11 odpovědělo správně 100% respondentů. Test nezávislosti proto měl nulovou hodnotu a konstatujeme nezávislost jednotlivých znaků.

Otázka č. 12. Akutní komplikací diabetu – hypoglykemie - je stav kdy hodnota cukru v krvi je?

- a. Nad 7,5mmol/l
- b. Pod 5mmol/l
- c. **Pod 3,5mmol/l**

Tab. 19 Otázka č. 12 - kategorie věk do 34/nad 35

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 34 let	46	42,2 %	4	66,7 %	50	43,5 %
Nad 35 let	63	57,8 %	2	33,3 %	65	56,5 %
<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>100 %</b>	<b>6</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 34 let	47,4	43,5 %	2,6	43,3 %	50	43,5 %
Nad 35 let	61,6	56,5 %	3,4	56,7 %	65	56,5 %
<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>100 %</b>	<b>6</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Tab. 20 Otázka č. 12 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 10 let praxe	54	49,5 %	3	50 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	55	50,5 %	3	50 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>100 %</b>	<b>6</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 10 let praxe	54	49,5 %	3	50 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	55	50,5 %	3	50 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>100 %</b>	<b>6</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016



Na otázku č. 12 odpovědělo správně 109 (94,8 %) respondentů, špatně 6 (5,2 %). V kategorii věku do 34 let/nad 35 let byla chí kvadrát testem stanovena hodnota 1.382, v druhé kategorii byla hodnota 0.001. Z uvedených výsledků konstatujeme, že zde nejsou statisticky významné rozdíly v jednotlivých kategoriích.

Otázka č. 13. Při otevřené zlomenině?

- a. Přikládáme pouze dlahu.
- b. Snažíme se vrátit kosti do původní pozice a sterilně překrýt.
- c. **Zlomeninu sterilně obložíme a kryjeme vhodným materiálem.**

Tab. 21 Otázka č. 13 - kategorie věk do 34/nad 35

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 34 let	46	42,6 %	4	57,1 %	50	43,5 %
Nad 35 let	62	57,4 %	3	42,9 %	65	56,5 %
<b>Celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>	<b>7</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 34 let	47	43,5 %	3	42,9 %	50	43,5 %
Nad 35 let	61	56,5 %	4	57,1 %	65	56,5 %
<b>Celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>	<b>7</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Tab. 22 Otázka č. 13 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 10 let praxe	55	50,9 %	2	28,6 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	53	49,1 %	5	71,4 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>	<b>7</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 10 let praxe	53,5	49,5 %	3,5	50 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	54,5	50,5 %	3,5	50 %	58	50,4 %
<b>Celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>	<b>7</b>	<b>100 %</b>	<b>115</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Na otázku č. 13 odpovědělo správně 108 (93,9 %) respondentů, špatně 7 (6,1 %). V kategorii věku do 34 let/nad 35 let byla chí kvadrát testem stanovena hodnota 0.571, v druhé kategorii byla hodnota 1.315. Z uvedených výsledků konstatujeme, že zde nejsou statisticky významné rozdíly v jednotlivých kategoriích.

Otázka č. 14. Co nejvíce postiženého ohrožuje při úrazu hlavy?

- a. Dehydratace
- b. Následné bezvědomí**
- c. Zlomenina lebeční kosti

Tab. 23 Otázka č. 14 - kategorie věk do 34/nad 35

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 34 let	40	41,7 %	10	52,6 %	50	43,5 %
Nad 35 let	56	58,3 %	9	47,4 %	65	56,5 %
Celkem	96	100 %	19	100 %	115	100 %
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 34 let	41,7	43,4 %	8,3	43,7 %	50	43,5 %
Nad 35 let	54,3	56,6 %	10,7	56,3 %	65	56,5 %
Celkem	96	100 %	19	100 %	115	100 %

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Tab. 24 Otázka č.14 - kategorie praxe do 10 let/nad 11 let

	Správná odpověď		Špatná odpověď		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
<b>Skutečná četnost</b>						
Do 10 let praxe	45	46,9 %	12	63,2 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	51	53,1 %	7	36,8 %	58	50,4 %
Celkem	96	100 %	19	100 %	115	100 %
<b>Očekávaná četnost</b>						
Do 10 let praxe	47,6	49,6 %	9,4	49,5 %	57	49,6 %
Nad 11 let praxe	48,4	50,4 %	9,6	50,5 %	58	50,4 %
Celkem	96	100 %	19	100 %	115	100 %

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Na otázku č. 14 odpovědělo správně 96 (83,5 %) respondentů, špatně 19 (16,5 %). V kategorii věku do 34 let/nad 35 let byla chí kvadrát testem stanovena hodnota 0.777, v druhé kategorii byla hodnota 1.679. Z uvedených výsledků konstatujeme, že zde nejsou statisticky významné rozdíly v jednotlivých kategoriích.

Otázka č. 15. Musel/a jste někdy ve své práci poskytnout první pomoc?

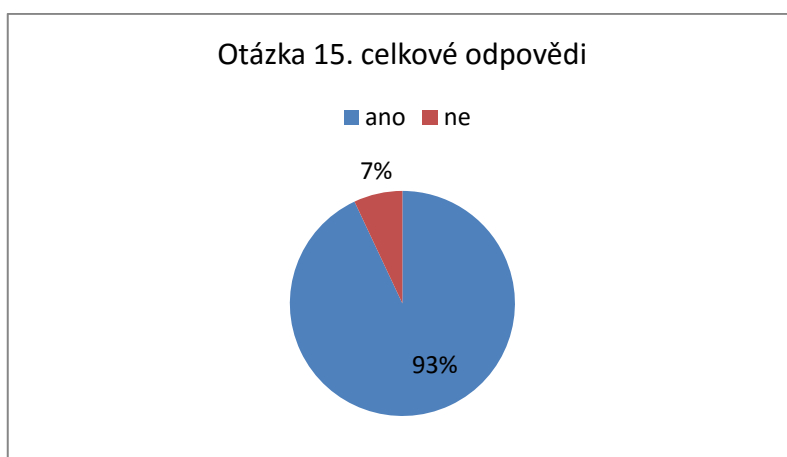
- a. Ano
- b. Ne

Tab. 25 Otázka č. 15 - poskytnutí první pomoci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	107	93 %
Ne	8	7 %
Celkem	115	100 %

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Graf č. 2 Celkové odpovědi – otázka č. 15



Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Na otázku č. 15 odpovědělo 93 % respondentů, že už muselo poskytovat první pomoc, 7 % respondentů první pomoc zatím neposkytovalo.

Otázka č. 16. Jaké urgentní situace se to týkalo?

- a. Úraz
- b. Resuscitace
- c. Kardiální problematika
- d. Cévní mozková příhoda
- e. Diabetické komplikace
- f. Jiné:.....

Tab. 26 Otázka č. 16 - urgentní situace

Kategorie	Relativní četnost	Absolutní četnost
úraz	100%	107
resuscitace	42,1 %	45
kardiální problematika	70,1 %	75
cévní mozková příhoda	92,5 %	99
diabetické komplikace	98,1 %	105
Jiné	-	-

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Otázka č. 16 byla určena pro pracovníky v sociálních službách, kteří se setkali se situací, kdy museli poskytnout první pomoc. Nejčastěji byl zastoupený úraz (100 %) a nejméně resuscitace (42,1 %).

Otázka č. 17. Uvítali byste více školení v problematice poskytování první pomoci ve Vašem zařízení?

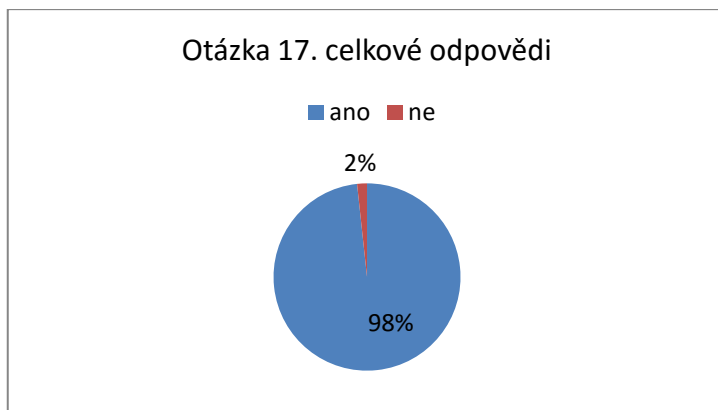
- a. Ano
- b. Ne

Tab. 27 Otázka č. 17 - školení první pomoci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	113	98,3 %
Ne	2	1,7 %
Celkem	115	100 %

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Graf č. 3 Zájem o školení



Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Otázkou č. 17 jsme chtěli zjistit, zda dotázaní pracovníci mají zájem o školení v problematice první pomoci ve svém zařízení. Jak vyplývá z grafu č. 16, naprostá většina (98,3 %) odpověděla na tuto otázku kladně.

Tab. 28 Celková úspěšnost respondentů

Otázka	Úspěšnost respondentů
Otázka č. 3	74,8 %
Otázka č. 4	98,3 %
Otázka č. 5	63,5%
Otázka č. 6	72,2 %
Otázka č. 7	61,7 %
Otázka č. 8	84,3%
Otázka č. 9	97,4%
Otázka č. 10	95,7%
Otázka č. 11	100 %
Otázka č. 12	94,8 %
Otázka č. 13	93,9 %
Otázka č. 14	83,5 %
<b>Aritmetický průměr 12 otázek</b>	<b>85 %</b>

Zdroj: vlastní průzkum, 2016

Poslední tabulka ukazuje přehled úspěšností u otázek 3 až 14 a zároveň stanovuje průměrnou úspěšnost pracovníků v sociálních službách dohromady.

## 5.4 DISKUZE

Průzkumná otázka č. 1. Hlavním tématem práce bylo zhodnotit, jaká je úroveň znalostí pracovníků v sociálních službách, a to pomocí otázek č. 3 až 14 o první pomoci. Podle celkové úspěšnosti (Tab. 28) můžeme znalosti pokládat za dostatečné. Průzkumné tvrzení, že celková úspěšnost bude přesahovat 70 %, bylo potvrzeno, a to hodnotou 85 %. Pracovníci tak dosáhli velice dobrého výsledku.

Průzkumná otázka č. 2 zjišťovala, jestli je významný rozdíl v úrovni znalostí první pomoci v závislosti na věku pracovníka. Věk pracovníka hrál roly pouze v otázkách č. 6 a 7. Lze tedy odpovědět na průzkumnou otázku, že věk pracovníka nemá vliv na jeho znalosti v problematice první pomoci.

Průzkumná otázka č. 3 zjišťovala, zdali je významný rozdíl v úrovni poskytování první pomoci v závislosti na délce praxe pracovníků v sociálních službách. Délka praxe měla statisticky významný rozdíl v otázkách č. 5 až 7. Zjištěná fakta odpověděla na průzkumnou otázku tak, že délka praxe pracovníků v sociálních službách nemá vliv na kvalitu poskytované první pomoci u jejich klientů.

Průzkumná otázka č. 4 nám měla poskytnout odpověď, zda mají pracovníci zájem se nadále vzdělávat v problematice poskytování první pomoci. Z celkového počtu 115 odpovědělo 113 respondentů kladně. Procentuálně vyjádřeno 98 % proti 2 % (Tab. 27). Lze tedy konstatovat, že pracovníci mají zájem prohlubovat své znalosti v této problematice, v průzkumném tvrzení jsme uváděli 90 % a tato hranice byla překonána.

Průzkumné otázka č. 5 a 6 měly za cíl zjistit, jestli se pracovníci už setkali se situací, kdy museli poskytnout první pomoc a jakých stavů se to týkalo. Z celkového počtu 115 respondentů první pomoc už poskytovalo 107. Procentuálně tedy první pomoc poskytlo 93 % dotázaných. V průzkumném tvrzení jsme stanovili hodnotu 80 %. Můžeme tedy konstatovat, že se pracovníci se situací, kdy musejí poskytnout první pomoc, setkávají. Nejčastějším stavem, je úraz (uvedlo všech 107 respondentů). Průzkumné tvrzení, že nejčastějším stavem bude úraz, se nám potvrdilo.

Nejvíce chyb se objevilo v odpovědích na otázku č. 6 a 7. Tyto dvě otázky se týkaly kardiopulmonální resuscitace. Otázka č. 6 měla zjistit, jestli pracovníci mají aktuální informace z resuscitačních doporučení, kdy se podle nových postupů upřednostňuje kvalitní masáž oproti umělému dýchání. Zde byly velice rozdílné odpovědi v kategoriích, které jsme vybrali. Test nezávislosti nám to potvrdil (viz. Tab. 7 a Tab. 8). Z těchto hodnot lze vyzorovat, jak je důležité provádět časté školení v zařízeních na základě aktuálních doporučení Evropské resuscitační rady. Otázka č. 7 se týkala znalosti gaspingu, který je pro rozpoznání zástavy oběhu právě důvodem k chybnému nezahájení kardiopulmonální resuscitace. Gasping je pojem a zároveň stav, se kterým by pracovníci měli být v rámci své přípravy a školení seznámeni. Zde vyšly najevo také významné statistické rozdíly (viz. Tab. 9 a Tab. 10). Starší a zkušenější pracovníci měli větší úspěšnost. Myslíme si, že se projevily právě jejich bohatou zkušeností. I tak je pro pracovníky školení v oblasti kardiopulmonální resuscitace zcela zásadní.

## 5.5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z výsledků našeho průzkumu jsme sestavili následné doporučení pro praxi. Celková úspěšnost v našem dotazníku dosáhla uspokojivé úrovně a významné rozdíly mezi věkem a délkou praxe pracovníků nebyly zaznamenávány. Proto naše doporučení je určeno všem pracovníkům bez rozdílu.

### Doporučení pro organizace sociálních služeb

- Sledovat vývoj doporučených postupů kardiopulmonální resuscitace ([www.resuscitace.cz](http://www.resuscitace.cz)).
- Provádět odborná školení pro své zaměstnance, která povedou pracovníci s dostatečnou kvalifikací, včetně praktických nácviků jednotlivých situací.
- Instalovat u svých klientů pomůcky (např. signalizační zařízení – příloha D, které přivolají pomoc)
- Vytvářet a udržovat aktuální standardy pro poskytnutí první pomoci pro pracovníky.



### Doporučení pro pracovníky

- Sledovat vývoj doporučených postupů kardiopulmonální resuscitace ([www.resuscitace.cz](http://www.resuscitace.cz)).
- Účastnit se školení v problematice první pomoci, která pořádá zaměstnavatel.
- Seznámit se s prostředky, které organizace má pro prevenci a řešení vzniklých akutních situací svých klientů.
- Obrazově se seznámit s rizikovým onemocněním u svých klientů.

Jako výstup bakalářské práce jsme uspořádali seminář v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem. Semináře se zúčastnili pracovníci v sociálních službách. Na základě výsledků průzkumu a aktuálních změn v doporučeních Evropské resuscitační rady Guidelines 2015 hodnotíme uspořádání semináře za velice přínosné. Tématem semináře byla základní neodkladná resuscitace, cévní mozkové příhody, infarkt myokardu, diabetes mellitus a úrazy u seniorů. Seminář probíhal formou diskuze s pracovníky. Potvrzení o semináři je v příloze F.

## ZÁVĚR

Problematika akutních stavů u seniorů je dnes velice aktuální. Sociální služby nabízejí se o takové klienty postarat v rámci možností, které upravuje současná legislativa. Bakalářská práce si dala za úkol pomoci kvantitativního průzkumu zjistit úroveň znalostí u pracovníků v sociálních službách. Jsou to právě tito pracovníci, kteří jsou s klientem 24 hodin denně v kontaktu při poskytování specifické služby. Podle výsledků našeho průzkumu lze říci, že znalost první pomoci u těchto pracovníků není špatná. Jejich vzdělávání obsahuje kapitolu první pomoci, otázkou je ale v jaké kvalitě. V současné době je v celé České republice mnoho organizací, které poskytují vzdělávací program na získání této kvalifikace.

Druhou důležitou poznámkou je, zda organizace odborné znalosti svých zaměstnanců udržuje pomocí kvalitního pravidelného školení. Takové školení by měl provádět odborník v dané problematice. Vedení organizace by mělo sledovat aktuální postoj odborných společenství k tématu a na základě vydaných změn v doporučeních informovat své zaměstnance v seminářích. Dle výsledku našeho průzkumu, mají pracovníci o taková školení nadále zájem. Z celkového počtu 115 respondentů odpovědělo kladně 113. Jak je uvedeno v diskuzi, nejvíce chybné otázky se týkaly kardiopulmonální resuscitace, a proto v domově proběhlo školení, které bylo zaměřené zejména na toto téma. Školení bylo o to více přínosné, neboť v nedávné době byly uvedeny Evropskou resuscitační radou (ERC Guidelines 2015) nové postupy.

Ubytovací zařízení pro seniory by se mělo snažit napodobit domácí prostředí, ve kterém před nástupem do domova doposud žili. Takové prostředí lze vytvářet pouze za plné spolupráce všech lidí, kteří se podílí na fungování těchto domovů.

Můžeme říci, že péče o zdraví klienta je jeden z hlavních pilířů sociálních služeb. Proto by příprava zaměstnanců, aby byli schopni adekvátně reagovat, měla být na vysoké úrovni.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BERNATOVÁ, Eva. *Příručka první pomoci pro celou rodinu: úskalí diagnostiky a terapie*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 123 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3396-1.
- BYDŽOVSKÝ, Jan. *Předlékařská první pomoc*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 117 s. Zdraví. ISBN 978-80-247-2334-1.
- DOBIÁŠ, Viliam. *Urgentná zdravotná starostlivosť*. 2. doplnené vydanie. Martin: Osveta, 2007, 178 s. ISBN 978-80-8063-244-1.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *První pomoc v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 170 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0197-9.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar a Ivana TREZNEROVÁ. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- ERTLOVÁ, Františka a Josef MUCHA. *Přednemocniční neodkladná péče*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000, 340 s. ISBN 80-701-3300-7.
- FRANĚK, Ondřej. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. 1. vyd. Česko: O. Franěk, 2009, 236 s. ISBN 978-80-254-5910-2.
- HERMAN, Jiří. *Základy managementu sociálních služeb*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 159 s. ISBN 978-80-7013-477-1.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 191 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4139-0.
- KÁČEROVÁ, Marcela, Jozef Mládek MLÁDEK a Jana ONDAČKOVÁ. *Sociálne služby pre seniorov, typy, veľkosť a priestorová diferencovanosť – komparácia Českej republiky a Slovenskej republiky* [online]. 2013, 51-66 [cit. 2016-01-14]. Dostupné z: [http://www.humannageografia.sk/clanky/Kacerova\\_Ondackova\\_MLadek\\_RegionalniStudia.pdf](http://www.humannageografia.sk/clanky/Kacerova_Ondackova_MLadek_RegionalniStudia.pdf)
- KAREN, Igor a Štěpán SVAČINA. *Diabetes mellitus v primární péči*. 2., rozš. vyd. Praha: Axonite CZ, 2014, 264 s. Asclepius. ISBN 978-80-904899-8-1.
- KLEMENTA, Bronislav. *Resuscitace ve světle nových guidelines*. Olomouc: Solen, 2011, 61 s. ISBN 978-80-87327-79-1.
- KREJČÍŘOVÁ, Olga a Ivana TREZNEROVÁ. *Sociální služby*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 105 s. ISBN 978-80-244-3692-0.
- KUBEŠOVÁ, Hana. *Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie*. Praha: Mladá fronta, c2015, 215 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3394-7.

LEBL, Jan, Štěpánka PRŮHOVÁ a Zdeněk ŠUMNÍK. *Abeceda diabetu*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2015, 286 stran. ISBN 978-80-7345-438-8.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana. *Akutní stavy v geriatrii*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009, x, 233 s. Zdraví. ISBN 978-80-7262-620-5.

MATOUŠEK, Oldřich a Ivana TREZNEROVÁ. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

NEŠPOROVÁ, Olga, Kamila SVOBODOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2008, 85s. ISBN 978-80-87007-96-9.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 246 s. Asclepius. ISBN 978-80-262-0731-3.

*Příručka první pomoci* [online]. Praha: Ondřej Franěk, 2015, 2015 [cit. 2015-11-28]. Dostupné z: <http://www.zachrannasluzba.cz/prvnipomoc/prirucka/3.html>

REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 400 s., xvi s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4434-6.

*Trestní zákon: Předpis č. 40/2009 Sb.* [online]. Česko: Sběrka zákonů ČR, 2009, 14.12.2015 [cit. 2015-12-14]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

VOKURKA, Martin. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-859-1238-4.

*Zákon o sociálních službách: Předpis č. 108/2006 Sb.* [online]. Česko: Sběrka zákonů ČR, 2006, 14.12.2015 [cit. 2015-12-14]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

# PŘÍLOHY

Příloha A - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce A	I
Příloha B - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce B	II
Příloha C – Dotazník, který sloužil pro průzkumné šetření.	III
Příloha D – Rešerše	V
Příloha E – Fotografie – Signalizační zařízení	VI
Příloha F – Potvrzení o semináři První pomoci	VII

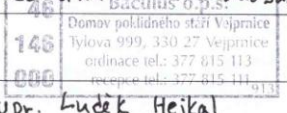
Příloha A - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce A

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO  
ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Pecháček Jan	
Studijní obor	Zdravotnický záchranář	Ročník 3.
Téma práce	Znalost první pomoci u pracovníků v soc. službách	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů		
Jméno vedoucího práce	MUDr. Luděk Hejkal	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

v Vejprnice ..... dne 17. 12. 2015

  
.....  
podpis studenta


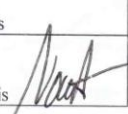
Příloha B - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce B

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5




**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO  
ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Pecháček Jan	
Studijní obor	Zdravotnický záchranář	Ročník 3.
Téma práce	Znalost první pomoci v pracovníku vlniv se službách právní organizace: Lili organizace	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů		
Jméno vedoucího práce	MUDr. Luděk Hejkal	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis  podpis 

V Liblíne ..... dne 20.12.2015

  
podpis studenta

## Příloha C – Dotazník, který sloužil pro průzkumné šetření.

Dobrý den,

Jmenuji se Jan Pecháček a jsem studentem oboru Zdravotnický záchranář na Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze. Má bakalářská práce má název: Znalost první pomoci u pracovníků v sociálních službách. Prosím vás o vyplnění následujícího dotazníku, který je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro účely mého průzkumu. Všechny otázky mají vždy jednu správnou odpověď až na otázku číslo 16, která má libovolný počet odpovědí.

Děkuji za pomoc

1. Váš věk?
  - a. 18-24 let
  - b. 25-34 let
  - c. 35-44 let
  - d. 45 let a více
  
2. Jak dlouho pracujete v sociálních službách?
  - a. 0-5 let
  - b. 6-10 let
  - c. 11 let a více
  
3. Kdo musí poskytnout první pomoc?
  - a. Každý, kdo prošel nějakým zdravotním kurzem.
  - b. Každý, kdo by nevystavil nebezpečí sebe ani ostatní.
  - c. Každý, kdo absolvoval zdravotnické vzdělání.
  
4. Zdravotnickou záchranou službu přivoláme na telefonním čísle?
  - a. 155
  - b. 150
  - c. 112
  
5. Co nepatří mezi základní životní funkce?
  - a. Vědomí
  - b. Dýchání
  - c. Srdeční akce
  - d. Termoregulace
  
6. Co je pro kardiopulmonální resuscitaci u dospělého nejdůležitější?
  - a. Dodržovat správný poměr masáž/dýchání – 30:2.
  - b. Minimálně přerušovaná, kvalitní nepřímá srdeční masáž.
  - c. Provádět kvalitní umělé vdechy.
  
7. Co je to gasping?
  - a. Tzv. lapavé dechy – příznak zástavy oběhu.
  - b. Rychlé a pravidelné dýchání u fyzické zátěže.
  - c. Přístroj na měření dechové aktivity.



8. Nepřímá srdeční masáž se provádí u dospělého?
  - a. Asi 2 cm nad mečovitým výběžkem hrudní kosti
  - b. Uprostřed hrudníku
  - c. Dolní 1/3 hrudní kosti
  
9. Hlavním příznakem akutního infarktu myokardu je
  - a. Bolest za hrudní kostí nezávislá na fyzické námaze.
  - b. Bolest za hrudní kostí vznikající při fyzické námaze.
  - c. Otoky na dolních končetinách.
  
10. Největším benefitem pro léčbu cévní mozkové příhody je
  - a. Pokud postižený už v minulosti cévní mozkovou příhodu prodělal.
  - b. Laická první pomoc.
  - c. Čas od prvních příznaků do přijetí do zdravotnického zařízení
  
11. Diabetikům měříme cukr v krvi pomocí
  - a. Glukometru
  - b. Tonometru
  - c. Kardiografu
  
12. Akutní komplikací diabetu – hypoglykemie - je stav kdy hodnota cukru v krvi je?
  - a. Nad 7,5mmol/l
  - b. Pod 5mmol/l
  - c. Pod 3,5mmol/l
  
13. Při otevřené zlomenině?
  - a. Přikládáme pouze dlahu.
  - b. Snažíme se vrátit kosti do původní pozice a sterilně překrýt.
  - c. Zlomeninu sterilně obložíme a kryjeme vhodným materiálem.
  
14. Co nejvíce postiženého ohrožuje při úrazu hlavy?
  - a. Dehydratace
  - b. Následné bezvědomí
  - c. Zlomenina lebeční kosti
  
15. Musel/a jste někdy ve své práci poskytnout první pomoc? (pokud NE přejděte k otázce č. 17)
  - a. Ano
  - b. Ne
  
16. Jaké urgentní situace se to týkalo?
  - a. Úraz
  - b. Resuscitace
  - c. Kardiální problematika
  - d. Cévní mozková příhoda
  - e. Diabetické komplikace
  - f. Jiné:.....
  
17. Uvítali byste více školení v problematice poskytování první pomoci ve Vašem zařízení?
  - a. Ano
  - b. Ne

## **Znalost první pomoci u pracovníků v sociálních službách**

Jan Pecháček

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: sociální služba – social service, pracovník v sociálních službách – social worker, první pomoc – first aid, pobytové zařízení – residential institution, domov pro seniory – retirement home, domov se zvláštním režimem – special retirement home

Časové vymezení: 2005-2015

Druh dokumentů: knihy, články, monografie

Počet záznamů: 84 (knihy: 49, články: 20, monografie: 15)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: katalog Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje ([www.svkpl.cz](http://www.svkpl.cz))

katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))

## Příloha E – Fotografie – Signalizační zařízení

Signalizační zařízení na fotografii se skládá ze dvou částí, první část vlevo má u sebe pracovník v sociálních službách, a druhou část vpravo má u sebe klient. Pomocí stisku červeného tlačítka odešle informaci do přijímacího zařízení vlevo.



Zdroj: Autor práce, 2016

## Příloha F – Potvrzení o semináři První pomoci



Domov poklidného stáří Vejprnice  
Baculus o.p.s., IČ: 26997355  
Tylova 999, Vejprnice, PSČ 330 27  
Tel.: 377 815 111, E-mail: [info@baculus.cz](mailto:info@baculus.cz); [www.baculus.cz](http://www.baculus.cz)

Ve Vejprnicích dne 15.3.2016

### Věc: Potvrzení

Potvrzujeme, že student Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., se sídlem Duškova 7, 150 00 Praha 5 Jan Pecháček uspořádal pro naše pracovníky v přímé péči v Domově poklidného stáří Vejprnice, Baculus, o.p.s. dne 4. 3. 2016 seminář 1. pomoci se zaměřením na novinky v resuscitaci v roce 2015 a na akutní stavy u seniorů.

Baculus o.p.s.  
Domov poklidného stáří Vejprnice  
Tylova 999, 330 27 Vejprnice  
IČ: 269 97 355  
tel.: 377 815 111-4

.....  
Mgr. Markéta Zahálková, vedoucí Domova/sociální pracovnice