

První pomoc v domovech pro seniory z pohledu všeobecné sestry

Jitka Hulalová

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jitka Hulalová**
Osobní číslo: **H17470**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **První pomoc v domovech pro seniory z pohledu všeobecné sestry**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti první pomoci.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- Belejová, H. První pomoc: „Kdy jindy než teď, kdo jiný než Ty?“, 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2016. 461 s. ISBN 978-80-263-1043-3.
- Burkholder, T.W., K. Hill, and E. J. Calvello Hynes. Developing emergency care systems: a human rights-based approach. Bull World Health Organ, 2019, vol. 97, no. 9, p. 612-619. DOI:10.2471/BLT.18.226605
- Česká resuscitační rada z. s. Algoritmy doporučených postupů 2015 [online]. Webnia.cz. FN Hradec Králové, 2015, [cit. 2019-09-22]. Dostupné z: <https://www.resuscitace.cz/ke-stazeni>
- Hrozenká, M., a D. Dvořáčková. Sociální péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- Zákony.centrum.cz. Trestní zákoník [online]. Praha 8: economia, 2019, [cit. 2019-09-22]. Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/trestni-zakonik/cast-2-hlava-1-dil-3-paragraf-150?fbclid=IwAR1y4pE3jTEwHM1MjIVcpiPa7hLFkpuhmNZ6B9FSJ8kMX22y4WuMXCQ7M>

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Mgr. Petr Snopek, Ph.D., MBA**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **11. října 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **15. května 2020**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.5.2020

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou první pomoci v domovech pro seniory z pohledu všeobecné sestry. Práce je členěna na dvě části, na část teoretickou a praktickou. Začátek teoretické části je zaměřen na domovy pro seniory, abychom si více přiblížili místo prováděného výzkumu. Dále se v práci vyskytují jednotlivé listiny a zákony týkající se dané problematiky. Druhá polovina teoretické části se zabývá samostatnou první pomocí její historií, významnými osobnostmi, ale i jednotlivými příklady.

Praktická část byla zpracována formou dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření probíhalo v osmi domovech pro seniory v Jihomoravském kraji. Respondenty tvořili všeobecné sestry pracující v jednotlivých zařízeních. Hlavním cílem práce bylo zjistit úroveň znalostí v první pomoci v domovech pro seniory/se zvláštním režimem od všeobecných sester. Zjištěný výsledek hlavního cíle práce není dostačující.

Klíčová slova: domov pro seniory, první pomoc, senior, všeobecná sestra

ABSTRACT

This bachelor work deals with the first aid issue in a retirement home from the general nurse perspective. Work is dividend into therorethical and practical part. Teorethical part first describes a retirement home for the purposes of the reasearch. Further, a regulatory background of this area is described. Rest of the theoretical part focuses on the first aid itself, its history, significant individuals and examples.

Practical part was prepared based on the questionnaire-based research which took place in eight retirement home in Southmoravian region. Responders were general nurses working in the respective homes. Main goal was to identify level of knowledge related to the first aid. The established result of the main objective of the work is not sufficient.

Keywords: general nurse, first aid, retirement homes, senior

Ráda bych poděkovala mému vedoucímu bakalářské práce PhDr. Mgr. Petru Snopkovi, Ph.D. MBA, za odborné vedení práce a cenné rady, které mi pomohly tuto práci zkompletovat. Dále bych chtěla poděkovat všem domovům pro seniory, které mi umožnily u nich provádět výzkum, a za informace, které mi poskytly k mé bakalářské práci. Velké poděkování patří také mé rodině a mým blízkým, kteří mi byli obrovskou podporou.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DOMOVY PRO SENIORY	12
1.1 TYPY A SPECIFIKA DOMOVŮ PRO SENIORY	12
1.2 SENIOR	13
1.2.1 Změny ve stáří	13
2 LIDSKÁ PRÁVA, CHARTA PRÁV SENIORŮ A ETICKÝ KODEX SESTER.....	15
2.1 LIDSKÁ PRÁVA	15
2.2 CHARTA PRÁV SENIORŮ.....	15
2.3 ETICKÝ KODEX SESTER.....	16
2.3.1 Sestry a lidé/občané.....	17
2.3.2 Sestry a jejich práce/praxe	17
2.3.3 Sestry a jejich povolání.....	17
2.3.4 Sestry a jejich spolupracovníci.....	18
3 PRVNÍ POMOC	19
3.1 HISTORIE PRVNÍ POMOCI	19
3.2 TRESTNÍ ZÁKON	21
3.3 PRVNÍ POMOC A SENIOŘI	22
4 PŘÍKLADY POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI	23
4.1 KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE	23
4.2 ASPIRACE	24
4.3 BEZVĚDOMÍ.....	25
4.3.1 Vysvětlení pojmů	25
4.4 INFARKT MYOKARDU	27
4.5 HYPOGLYKEMIE, HYPERGLYKEMIE	27
4.5.1 Hypoglykemie	28
4.5.2 Hyperglykemie	29
4.6 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	29
4.6.1 Diagnostika a příznaky.....	30
4.6.2 FAST test	30
4.7 ÚRAZ.....	31
4.7.1 Krvácení	31
4.8 ZLOMENINY.....	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	34

5	METODIKA ŠETŘENÍ A ORGANIZACE VÝZKUMU	35
5.1	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	35
5.2	SOUBOR RESPONDENTŮ	35
5.3	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	36
5.4	ZPRACOVÁNÍ DAT	36
6	ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	37
	DISKUZE	64
	ZÁVĚR	68
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	70
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	73
	SEZNAM GRAFŮ	74
	SEZNAM TABULEK.....	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože domovy pro seniory jsou mi velmi blízké a první pomoc je a bude stále aktuálním tématem. Práce je zaměřena na všeobecné sestry pracující v domovech pro seniory a v domovech pro seniory se zvláštním režimem. Myslím si, že včasné poskytnutí kvalitní první pomoci od všeobecné sestry v domově je velmi důležité. V zařízení není přítomen lékař společně se sestrou 24 hodin denně, ale pouze pár hodin týdně. Když v nemocnici zavoláme na pomoc lékaře, je k dispozici prakticky okamžitě. Kdežto v domově pro seniory je to obvykle vždy pouze na všeobecné sestře a přivolání lékařské pomoci nebo záchranné služby trvá mnohdy až dvacet minut. Proto veškerá zodpovědnost spadá právě na všeobecnou sestru.

Práce je členěna do dvou částí, na část teoretickou a praktickou. V teoretické části si nejdříve specifikujeme samostatné zařízení, pro přiblížení místa prováděného výzkumu. Dále se v práci vyskytují jednotlivé listiny a zákony týkající se dané problematiky nimiž je například Listina základních práv a svobod, Charta práv seniorů, Etický kodex sester a Trestní zákon, který se vztahuje k poskytnutí první pomoci. Druhá polovina teoretické části se zabývá samostatnou první pomocí, její historií, významnými osobnostmi, a nakonec jednotlivými příklady. Jednotlivé příklady v bakalářské práci jsou zvoleny z toho důvodu, protože mohou být jako jedny z nejběžnějších, se kterými se můžeme v zařízení pro seniory potkat. Nejprve si obecně řekneme něco k resuscitaci, která se dá považovat za základ první pomoci. Dalšími tématy bude aspirace, bezvědomí, infarkt myokardu, hypoglykemie, hyperglykemie a cévní mozková příhoda. Jedno z posledních témat bude úraz, s ním související krvácení a zlomeniny.

Praktická část byla zpracována formou dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření probíhalo v osmi domovech pro seniory v Jihomoravském kraji. Respondenty tvořili všeobecné sestry pracující v jednotlivých zařízeních. Hlavním cílem práce bylo zjistit úroveň znalostí první pomoci v domovech pro seniory/se zvláštním režimem od všeobecných sester. Dílčí cíle práce nám zjišťují rozdíly znalostí mezi sestrami pracující v domově pro seniory a v domově pro seniory se zvláštním režimem. Odlišnost v úrovni znalostí u všeobecných sester pracující ve větším zařízení oproti menšímu zařízení. Zda probíhá v domovech pro seniory/ se zvláštním režimem školení v první pomoci, případně jakou formou školení probíhá a jak často. Poslední otázka je zaměřena na zájem respondentů o danou problematiku a jejich zájem o rozšiřování svých znalostí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DOMOVY PRO SENIORY

Domovy pro seniory spadají pod sociální služby. Sociální práce definuje tři druhy služeb jako je sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dále se dělí podle místa poskytování na terénní služby, ambulantní a pobytové. (Malíková, 2011)

Služby pobytové, jsou poskytovány v zařízeních, kde jedinec dlouhodobě pobývá. Domovy pro seniory jsou určeny pro seniory, kteří by se o sebe nedokázali sami doma postarat. Je to placený pobyt a o seniora je zde postaráno dle jeho aktuálních potřeb. Jedinec ubytovaný v domově pro seniory dostává příspěvek na péči od státu. Výše příspěvku na péči se odvíjí dle jeho zdravotního stavu. Zbytek částky si senior doplácí obvykle ze svého důchodu. Celkový pobyt v domově pro seniory se odvíjí především od klientova zdravotního stavu a jeho soběstačnosti. Klient zde má zajištěnou celodenně stravu a samozřejmě všechny ostatní běžné činnosti jako je hygiena, oblékání, praní prádla i využití volného času. (Malíková, 2011; Dvořáčková, Hrozenská, 2013)

Zařízení pro seniory je tedy určeno fyzické osobě, která dovršila důchodový věk a je závislá na pomoci jiné fyzické osoby, nebo potřebuje poskytování sociálních služeb v tomto zařízení z jiných důvodů. V domovech pro seniory je poskytováno sociální poradenství, rehabilitace, ošetrovatelská péče, stravování, úklid, praní prádla a samotné ubytování. Senioři mají v domovech nastavený určitý řád, který je dodržován a řídí se jím i personál. (Dvořáčková, Hrozenská, s 100, 2013)

1.1 Typy a specifika domovů pro seniory

Existuje mnoho typů zařízení sociálních služeb poskytující péči klientům. Mezi zařízení sociálních služeb patří domovy pro seniory, které rozlišujeme na domovy se zvláštním režimem a klasické domovy pro seniory. Mezi další zařízení sociálních služeb patří například: centra denních služeb, chráněné bydlení, azylové domy, domov pro osob se zdravotním postižením, terapeutické domovy, sociální poradny a další. (Malíková, 2011)

Tahle kapitola popisuje specifika domova pro seniory a domova pro seniory se zvláštním režimem. Klasický domov pro seniory je pobytovou službou poskytující péči klientům dlouhodobě po celý rok, dvacet čtyři hodin denně. Je určen seniorům se sníženou soběstačností. Poskytující pravidelnou komplexní péči. Domov pro seniory se zvláštním režimem na rozdíl od klasického vytváří specifické podmínky, pro seniory se zvláštními

potřebami trpící duševními nemocemi či závislých na návykových látkách. Takový domov má speciální pravidla. (Malíková, 2011)

1.2 Senior

Co to vlastně je stáří a kdo to je senior? Existuje spousta definic stáří. Já chápu stáří, jako období života, kdy člověk dosáhne určitého věku a trpí polymorbiditou. *Haškovcová (1190, s. 58) charakterizuje stáří jako: Přirozené období lidského života, vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku.* (Malíková, 2011, s. 15)

A jak je to s věkem? Kdy se člověk považuje opravdu za starého, hraje věk nějakou roli? Světová zdravotnická organizace (WHO) řadí věk do následujících kategorií:

- 0–14 let dětský věk;
- 15–29 let mladý věk;
- 30–44 let dospělý věk;
- 45–59 let střední věk (zralý věk);
- 60–74 let starší věk (časné stáří);
- 75–89 let starý věk (vlastní stáří);
- 90 let a více dlouhověkost. (Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s. 12–35; Malíková 2011, s. 14–15)

1.2.1 Změny ve stáří

Ve stáří nastává mnoho změn, které mění seniorům život. Jsou to změny tělesné, psychické, ale i sociální. Mezi změny tělesné patří jednak změna vzhledu, kdy člověku přibývá více vrásek, ubývá jeho svalová hmotnost, mění se činnost jeho smyslů, nastávají určité změny v trávicím a vylučovacím systému, ale i změn termoregulace a další. Senioři jsou tedy i více zranitelnější a náchylnější k nemocem. Do psychických změn se řadí emoční labilita, zhoršení paměti, změny vnímání nebo třeba obtížnější osvojování si nového. A na konec i změny sociální. Tyhle změny někteří senioři nesou velmi špatně. S odchodem do penze si přijdou více osamělí, ztrácí své dlouholeté partnery, mohou mít finanční potíže. A především

se jim začíná měnit jejich životní styl. Mnozí senioři se stěhují například do již zmíněných domovů pro seniory. (Malíková, 2011, s. 18-22)

2 LIDSKÁ PRÁVA, CHARTA PRÁV SENIORŮ A ETICKÝ KODEX SESTER

Lidské práva, charta práv seniorů a etický kodex sester, jsou důležité listiny, týkající se tématu bakalářské práce.

Lidské práva obsahují dohromady 30 článku. Kdežto práva seniorů mají pouze 13 specifických kapitol. (OSN: Lidská práva)

Každý jedinec má právo na zdraví a právo na pohotovostní péči. *Právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví se vyvinulo od první zmínky v ústavě Světové zdravotnické organizace (WHO) v roce 1946. O dva roky později se Všeobecná deklarace lidských práv OSN stala první legálně závazná smlouva o zavedení práva na zdraví; uvádí: „Každý má právo na životní úroveň odpovídající zdraví a dobrým životním podmínkám sebe a své rodiny.“* Všechny země, bez ohledu na zdroje a hospodářský rozvoj, musí zajistit splnění základních povinností, týkající se lidského zdraví. (Developing emergency care systems, 2019)

2.1 Lidská práva

Lidská práva jsou ukotvena ve všeobecné deklaraci lidských práv. Je to soubor ucelených norem pro ochranu lidských práv. Smí ho přijmout všechny národy, je to univerzální a mezinárodně uznávaný kodex. Každá osoba bez jakýchkoliv rozdílů jako je věk, rasa, pohlaví se na ně smí odvolávat. Tahle deklarace byla schválena Valným shromážděním organizace spojených národů v roce 1948. Poté byli dokumenty dále rozšiřovány a postupně byla prosazena jejich všeobecná platnost. Jak už jsme výše zmínili obsahují celkem 30 článků, které jsou volně dostupné online na webových stránkách osn.cz. (OSN: Lidská práva)

2.2 Charta práv seniorů

Ve stáří se jednotlivé funkce jako je zrak nebo sluch zhoršují. Zhoršuje se i celkově fyzický stav seniora, hůře se zotavuje z nemoci. Někteří senioři potřebují i mnoho odlišných poskytovaných služeb. Senioři jsou obecně více křehčí a zranitelnější. Je možné, že senior nebude moci vést plnohodnotný a kvalitní život, proto je důležité, aby byla dostupná kvalitní zdravotní a sociální péče. V úvodu charty práv seniorů je zmíněno, koho se listina týká. Dále

jsou zde uvedeny úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany. (Evropská charta práv pacientů seniorů, 2017)

Jednotlivé kapitoly Evropské charty práv seniorů zní:

- Obecné zásady;
- Komunikace a informace;
- Podporou zdraví;
- Léky;
- Transport;
- Zdravotní problémy;
- Nemoc;
- Zotavení a rehabilitace;
- Propuštěním z nemocnice;
- Denní centra;
- Respitní péče;
- Komunitní a sociální služby;
- Změna domova. (Evropská charta práv pacientů seniorů, 2017)

2.3 Etický kodex sester

Etický kodex sester byl přijat Mezinárodní radou sester v roce 1953, poté byl několikrát revidován a znovu schvalován. Jeho poslední revize proběhla v roce 2000. Byl speciálně vyvinut pro profesi sester, jsou to pravidla chování, kterými se sestry řídí. Říká, že ošetrovatelská péče má být poskytnuta všem, bez jakýchkoliv výjimek. Výjimkami je myšlen věk, kulturní vyznání, pohlaví, rasa a další. Etický kodex sester obsahuje čtyři články, které určují normy etického chování. Těmi jsou sestra a spoluobčan, sestry a jejich ošetrovatelská praxe, sestry a profese, sestry a jejich spolupracovníci. Jednotlivé články jsou více přiblíženy v jednotlivých podkapitolách práce. (Malíková, 2011, s. 56)

2.3.1 Sestry a lidé/občané

Sestra má profesní odpovědnost především vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči. Při poskytování péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra se stará o to, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Osobní informace o pacientovi chrání sestra jako důvěrné a tyto informace sděluje dalším lidem pouze po pečlivé úvaze.

Sestra je spolu se společností odpovědná za zahájení a podporu aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2.3.2 Sestry a jejich práce/praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za svou ošetrovatelskou praxi a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným studiem.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra se při poskytování péče stará o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

2.3.3 Sestry a jejich povolání

Sestra hraje rozhodující roli při určování a realizaci přijatelných norem klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování slušných/spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

2.3.4 Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra udržuje vztahy spolupráce se svými spolupracovníky z oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Sestra podnikne odpovídající kroky, aby ochránila občany, když je jejich péče ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou. (Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester)

3 PRVNÍ POMOC

První pomoc je soubor jednoduchých postupů a opatření, které zajistí obnovení nebo udržení adekvátního zdravotního stavu postiženého při náhlém ohrožení do příchodu odborné pomoci a omezí rozsah a důsledky tohoto ohrožení. (Belejová, 2016, s. 12)

Váže se na určitou historii, o které si povíme něco níže. Má svoji terminologii, ale i právní normy, kterými je nutno se řídit. Obecné pravidlo říká, že nejhorší je neudělat nic. (Bydžovský, 2011, s. 13)

Nikdy však nesmíme zapomenout na to, že poskytnutí první pomoci by nás nemělo nijak ohrozit na našem životě. První pomoc je něco, o čem je velmi důležité neustále hovořit a více dostávat do podvědomí lidí. Dobré je učit děti již od mala, určité kroky, kterými by mohly sami sobě nebo někomu z okolí pomoci k záchraně života. Velmi významným krokem je, aby děti znaly číslo na záchrannou službu. Dalším významným krokem je to, aby lidé zachovali chladnou hlavu a nezačali panikařit.

První pomoc je dělena na laickou, technickou a odbornou první pomoc, ta je rozlišována dle absolvovaných kurzů. Laická první pomoc je poskytována každou osobou či neprofesionálním zdravotníkem, tím se rozumí proškolený laik. Technická první pomoc je důležitá pro vytvoření adekvátních podmínek pro poskytnutí zdravotnické pomoci. Odborná první pomoc je poskytována profesionálními zdravotníky. (Lejsek, 2013, s. 11-13)

K tomuto tématu neodmyslitelně patří i integrovaný záchranný systém. Je to spolupráce a koordinace záchranných bezpečnostních složek, orgánů státní správy a samosprávy, ale i právnických a fyzických osob. Mezi základní složky patří zdravotnická záchranná služba, hasičský záchranný sbor a policie České republiky. Poté jsou ostatní složky integrovaného záchranného systému a to kynologové, ti pomáhají při vyhledávání zraněných a mrtvých, vodní záchranná služba a český červený kříž. (Belejová, 2016, s. 17-19)

3.1 Historie první pomoci

K historii první pomoci se nám váže válečné období. První, kdo poprvé použil termín první pomoc byl pruský vojenský chirurg Johannes Friederich August von Esmarch (1823-1908). Esmarch učil vojáky, že by měli být schopni pomoci svým raněným kamarádům na bojišti. Tihle vojáci byli zaučeni základům obvazových a dlahových technikám. (Belejová, 2016, s. 4)

Za otce neodkladné přednemocniční péče je považovaný Jean Dominique Larrey (1766-1842). Larrey byl Napoleonův lékař, jako první zavedl pohyblivé obvaziště, to znamenalo, že první akutní ošetření se prováděli již na bojišti a poté byli zranění odváženy do stálých lazaretů. Dále zavádí třídění raněných, na těžce zraněné, kteří potřebují okamžitý transport a první pomoc a na ty kteří jsou natolik zranění, že už jim není pomoci. Mimo jiné zavedl nosítka k transportu raněných. Věděl, že je velmi důležité ránu vyčistit a zastavit krvácení. Nedělal žádné rozdíly mezi raněnými. Poskytoval první pomoc vlastním, ale i nepřátelským raněným. (Belejová, 2016, s. 4-5)

Henri Dunant (1828-1910) je nám známý jako spoluzakladatel Mezinárodního červeného kříže. To je organizace, která může zajistit odbornou pomoc raněným, ale i odbornou přípravu ošetřujících osob. Vznik červeného kříže ovlivnil i vzdělávání ošetřovatelek. K jeho historii se také řadí zlomová bitva u Solferiny v roce 1859. Dunant, zde po bitvě začal organizovat pomoc raněným mezi místními obyvateli. Dostal se až do hlavního stanu, původně s řešením svého obchodního problému k Napoleonu III. Toho poté úspěšně požádal o propuštění rakouských lékařů na pomoc raněným. Henri Dunant napsal knihu o svých zkušenostech, která nese název Vzpomínka na Solferino, vyšla v roce 1862. (Belejová, 2016, s. 7-8; Kutnohorská, 2010, s. 37-50)

Florence Nightingale (1820-1910)

Přezdívána jako „dáma s lampou“, byla velmi významnou osobou v ošetřovatelství. Je považována za zakladatelku ošetřovatelství, řídila se čtyřmi zásady: čistota, dobré a vlídné zacházení, přívětivé slovo a dostatečná výživa.

Florence Nightingale společně s dalšími 38 sestrami vyrazila do Skutari v Turecku pomáhat raněným z krymské války. Zlepšily nehygienické podmínky což vedlo k méně úmrtím.

Florence Nightingale psala zápisky se svými zkušenostmi, ale vedla také statistiky o počtu nemocných a umírajících. Své zápisky potom shrnula v Poznámky o ošetřovatelství, v roce 1860 a Poznámky o nemocnici, v roce 1859. Nakonec se Florence podařilo dát dohromady 125 dobrovolných sester a společně snížily úmrtnost ze 42 % na 2 %. Dáma s lampou se jí přezdívalo, protože v noci obcházela s lampou 8 kilometrů lůžek s raněnými, snažila se jim ulevit od bolesti, vykládala si s nimi a kontrolovala jejich zdravotní stav. Florence pracovala obvykle až 20 hodin denně. Díky Florence také vzniká výtah na jídlo v nemocnicích, speciální požadavky na dietu. Prádelna, aby měli pacienti k dispozici čisté

prádlo. Nechala také nainstalovat signalizační zařízení a rozvést teplou vodu do každého patra nemocnice. Díky Florence Nightingale vzniká první škola zdravotních sester při nemocnici sv. Tomáše v Londýně v r. 1860. (Belejová, 2016, s 5-6; BIOGRAPHY.COM EDITORS, 2020)

3.2 Trestní zákon

Neposkytnutí první pomoci je trestný čin. Poskytnout první pomoc je povinen každý, pokud to jeho zdravotní stav a stav vnějšího okolí umožňuje, s výjimkou zranění neslučující se životem. Za neposkytnutí první pomoci, osoba bude potrestána. Osoba, která první pomoc neposkytne je dle zákona, viz níže, odsouzena odnětím svobody až na dva roky. Jinak tomu je u řidičů dopravního prostředku, který je jako účastník dopravní nehody. Neposkytne osoba první pomoc, bude potrestán odnětí svobody na pět let, nebo zákazem činnosti. Zdravotničtí pracovníci či hasiči, kteří by neposkytli první pomoc budou potrestáni odnětí svobody až na tři léta, nebo zákazem vykonávání činnosti, protože mají vůči svému povolání určitou zodpovědnost v takových situacích. Se zdravotními pracovníky souvisí i další zákon, který se týká těžkého ublížení z nedbalosti. (Česko, 2015)

Vše o neposkytnutí první pomoci se dočteme v trestním zákoníku díle č. 3 Trestné činy ohrožující život nebo zdraví. Nyní si jednotlivé zákony uvedeme.

Zákon č. 40/2009 Sb., §150, odst. 1

„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.“

Zákon č. 40/2009 Sb., §151

„Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na niž 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.“

Zákon č. 40/2009 Sb., §150, odst. 2

„Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného 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.“

Zákon č. 40/2009 Sb., §147, odst. 2

„Odnětím svobody na šest měsíců až čtyři léta nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, způsobí-li z nedbalosti jinému těžkou újmu na zdraví proto, že porušil důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.“ (Česko, 2015)

3.3 První pomoc a senioři

Odlišuje se nějak poskytování první pomoci u seniorů?

Jak už bylo výše zmíněno u seniorů nastávají určité změny spojené se stářím. Tyto změny mohou souviset i s tím, že jsou senioři více zranitelnější. U seniora popisujeme syndrom geriatrické křehkosti.

Tento syndrom nám říká, jaká je u jedince úroveň potenciálu zdraví, a to především zdatnosti, odolnosti a adaptibility. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 31-32)

Při poskytování první pomoci u seniora se dbá na jeho celkový zdravotní stav. Senior může být v paliativní léčbě, která se zaměřuje na komplexní, kvalitní péči o seniora a dbá na jeho důstojnost, v poslední fázi života. V takovém případě může být senior označen pravidlem DNR (do – not – resuscitate), to znamená, že se při náhlé zástavě oběhu nebude zahajovat neodkladná resuscitace. (Bartůněk, a kol., 2016, s. 64)

4 PŘÍKLADY POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI

Kapitola pojednává o zvolených příkladech první pomoci použitých v práci. Jednotlivé příklady jsou uvedeny v podkapitolách.

Tyto příklady volíme, protože nám přijdou jako jedny z nejběžnějších, které nás mohou v zařízení pro seniory potkat. Nejdříve jako základ všeho je popsána kardiopulmonální resuscitace. Dalšími tématy bude aspirace, bezvědomí, infarkt myokardu, hypoglykemie a hyperglykemie, cévní mozková příhoda. Jedno z posledních témat bude úraz s ním související krvácení a zlomeniny.

4.1 Kardiopulmonální resuscitace

Neodkladnou resuscitaci, provádí jakákoliv osoba. Není při ní potřeba žádných pomůcek. Je to jeden z nejdůležitějších základních kroků první pomoci. Nejzákladnější první neodkladná pomoc, budeme-li se bavit o dospělém člověku, je následující: Zkontrolujeme dýchání nemocného, pokud nedýchá normálně začneme stlačením hrudníku 30krát, následně se mohou provést dva vdechy, poté se zakřičí o pomoc a zavolá tísňová linka. V případě přítomnosti druhé osoby ihned po kontrole dechu, požádáme, aby přivolala záchrannou službu. Poté je možné se v průběhu oživování nepřerušovaně střídat. Důležité je držet se správného rytmu, k tomu nám může napomocť písnička rolničky, rolničky a stlačovat hrudník do rytmu, až do příjezdu záchranné služby. (Belejová, 2016, s. 48-51; Dobiáš, 2017, s. 52- 53)

Jak se zachovat najdeme-li osobu v bezvědomí? Prvním a zároveň velmi důležitým krokem je si zkontrolovat okolí, zda nám nehrozí nějaké nebezpečí. Následně posoudíme stav vědomí postiženého. Stav vědomí posuzujeme pohledem na postiženého, promluvením či zatřesením s postiženým. Po zjištění stavu vědomí zjistíme dýchání a zkontrolujeme dutinu ústní. Postiženého máme otočeného na zádech a uvolníme mu dýchací cesty mírným záklonem hlavy. Poté pohledem a poslechem zjistíme, zda dýchá nebo ne. Ke zjištění nám může pomoci zrcátko přiložené k ústům, pokud nemáme po ruce zrcátko přiložíme ucho k ústům postiženého, ruku položíme na jeho hrudník a pozorujeme, zda se zvedá nebo ne. Pozor abychom si nezaměnili normální dýchání s gaspingem, takzvaně lapavými dechy. Jsou velmi mělké a nepravidelné, ustávají do několika minut po náhlé zástavě oběhu. Pokud postižený dýchá uložíme jej do zotavovací polohy, zajistíme protišoková opatření, samozřejmě i nadále kontrolujeme jeho stav. Voláme odbornou zdravotnickou pomoc.

Jestliže zjistíme, že postižený nedýchá, voláme záchrannou službu a zahájíme kardiopulmonální resuscitaci. (Belejová, 2016, s. 48-51; Lejsek, 2013, s. 27-36)

Samostatný postup KPR:

Nejdříve si uvolníme oděv nemocného, poté zahájíme samostatnou KPR, tu provádíme propnutými ruky v loktech. Jedna dlaň ruky je položena na hrudníku a druhá položena na jejím hřbetě, a to v místech mezi prsními bradavky na spodní části hrudní kosti. Hrudní stlačujeme zhruba 5-6 cm hluboko v intervalech 100-120 za minutu. Jako dobrá pomůcka se udává písnička rolničky, rolničky. Dříve se srdeční masáž prováděla stylem třicet stlačení hrudníku, poté následovaly dva vdechy. Nyní se uvádí, že vdechy provádí pouze proškolený záchranář či osoba po prodělaném záchranářském kurzu, jinak se provádí srdeční masáž bez přestávky do příjezdu záchranné sužby, obnovení základních životních funkcí případně do selhání vlastních sil. Resuscitaci bychom ukončili také pokud by se postižený začal probouzet, ale i v případě jeli stále v bezvědomí, ale normálně dýchá. V příloze II. Správné a nesprávné provádění srdeční masáže. (Belejová, 2016, s. 36-52; Česká resuscitační rada z. s., 2015)

4.2 Aspirace

Aspirace může mít dva výrazy plicní aspirace, tím se rozumí vdechnutí cizího tělesa. Aspiraci lze také vyjádřit jako lékařský postup, k odsání či odstranění nežádoucí tekutiny z části lidského těla. (Whitworth, 2019) Nás zajímá ten první pojem, a to vdechnutí cizího tělesa nebo tekutin. Je to život ohrožující stav. Starší lidé mohou mnohdy vdechnout oříšek, ale i rýži. Stává se, že člověk vdechne jen sliny, tekutiny nebo zvratky. Vdechnutí cizího tělesa nám vyvolá u postiženého akutní dušení. Objevuje se kašel, úzkost, změněné dýchání jako je zvýšené dechové úsilí nebo pískavý zvuk. S aspirací se nám pojí pojmy související s první pomocí, jako jako je Heimlichův manévr, Gordonův manévr a stlačení prsty směrem vzhůru na konci hrudní kosti. Nejčastěji se používá manévr Heimlichův, pozor ne však u těhotných žen. V příloze III. Ukázka Gordonův a Heimlichův manévr. (Bydžovský, 2011, s. 23-24 Lejsek a kol.; 2013, s. 107-108)

První pomoc při aspiraci

První pomocí u postiženého při vědomí je kašel, kterým se snaží překážku v dýchacích cestách vykašlat, to je obranný mechanismus člověka. Nedaří se mu to, je nezbytné učinit další opatření k jeho odstranění. Provádíme 5x úder mezi lopatky střídavě s Heimlichovým manévrem. Heimlichův manévr je prudké stlačení nadbřišku sevřenou pěstí při obejmutí zezadu, kdy je postižený mírném předklonu. Heimlichův manévr se neprovádí u extrémně obézních osob nebo u těhotných žen. Pokud se i nadále nedaří cizí těleso vypudit, voláme odbornou pomoc. Kdyby postižený začal upadat do bezvědomí zahájíme KPR. (Bydžovský, 2011, s. 23-24; Lejsek a kol., 2013, s. 107-108)

4.3 Bezvědomí

Je neschopnost organismu reagovat na vnější podněty. Je to stav, kdy si osoba neuvědomuje sama sebe ani své okolí. Bezvědomí je život ohrožující stav.

Příčinou může být více faktorů, jako je například jeden z nejčastějších nadměrný požitok alkoholu. Dále epilepsie, úraz, komplikace cukrovky, cévní mozkové příhody, otrava léky, kolaps – mdloba. U postiženého v bezvědomí zjišťujeme subjektivní i objektivní příznaky. Mezi subjektivní příznaky, bychom zařadili okolí okolo postiženého, zda okolo něj nejsou nějaké léky či alkohol. Dále se snažíme zjistit, jestli příčinou bezvědomí není úraz. Mezi objektivní příznaky nemocného patří nepřirozené zabarvení kůže a sliznic, změněné dýchání, amnézii, a to o jakou poruchu vědomí se jedná. Poruchy vědomí dělíme na kvantitativní a kvalitativní. Kvalitativní porucha vědomí se projevuje jako mdloba, obnubilace, delirium, amence, agonie či obluzené vědomí. Kvantitativní poruchy máme somnolence, sopor, semikóma a kóma, to se dále dělí na povrchové, hluboké a vigilní. (Belejová, 2016, s. 75-78; Bydžovský, 2011, s. 16-17; Dobiáš, 2017, s. 91-118)

4.3.1 Vysvětlení pojmů

Co jednotlivé pojmy znamenají a jak je poznat?

- Mdloba je charakterizována jako krátkodobá ztráta vědomí;
- Obnubilace, při ní postižený jedná automaticky, ale poté si na nic nepamatuje;
- Delirium vzniká v souvislosti s intoxikací, při infekci, mozkové příhodě, či při některých onemocněních například ledvin, jater. Postižený může být dezorientovaný, objevuje se u něj neklid, halucinace nebo agresivita;

- Amence při amenci je postižený v útlumu či vzrušení, projeví se u něj poruchy chování, změny nálady a vnímání;
- Agonie je stav před smrtí, kdy dochází k úbytku projevů životních funkcí;
- Obluzené vědomí se projevuje tím, že je postižený dezorientovaný či úzkostný a jeho emoce jsou celkově narušeny;
- Somnolence neboli zvýšená spavost, je stav, při kterém postižený usíná i vsedě avšak reaguje na oslovení a komunikuje;
- Sopor je naopak od somnolence spánek hluboký. Postižený se již na oslovení neprobudí, ale reaguje pouze na silnější podněty;
- Semikóma je něco mezi soporem a kómatem. Objevují se při něm neúčelné flekční a extenční pohyby končetin;
- Kóma postižený v kómatu nereaguje už ani na silnější podněty. Kóma dělí na povrchové, hluboké a vigilní. U povrchového kómatu jsou obranné reflexy sníženy. U hlubokého nejsou obranné reflexy již vůbec přítomny a je ohroženo spontánní dýchání. Při vigilním kómatu má postižený zachovány projevy bdělosti, nemluví, nehýbe se. Může vzbuzovat dojem vnímání okolí z důvodu otevřených očí. (Belejová, 2016, s. 75-78; Dobiáš, 2017, s. 91-118)

První pomoc při bezvědomí.

Při první pomoci zjišťujeme kromě stavu vědomí také dech a pulz. Pokud postižený dýchá uložíme jej do stabilizované polohy a přivoláme odbornou pomoc. Dále zajišťujeme jeho tepelný komfort, a i na dále kontrolujeme jeho stav. Avšak pokud nedýchá, přivoláme odbornou pomoc a zahájíme kardiopulmonální resuscitaci. Po okolí zjišťujeme přítomnost zvratků či různých obalů například od alkoholu nebo léků, ale zjišťujeme i příčinu vzniku, pokud by se jednalo o úraz zaviněný druhou osobou přivoláme se záchranou odbornou pomocí i policii. (Belejová, 2016, s. 75-78; Bydžovský, 2011, s. 16-17; Dobiáš, 2017, s. 91-118)

4.4 Infarkt myokardu

Akutní infarkt myokardu neboli AIM je jedna z forem ischemické choroby srdeční. AIM vzniká zástavou toku v některých z věnčitých tepen. V důsledku toho dochází k hypoxii – nedostatku kyslíku, k funkčním a morfologickým změnám až k nekróze svalu.

Mezi příznaky se řadí prudká bolest za hrudní kostí vystřelující do levé paže, upocenost, nevolnost až zvracení, slabost, bledost, studené končetiny a pot. Postižený pocítuje obrovský strach ze smrti.

Při selhávání základních životních funkcí okamžitě voláme záchranou službu, případně zahájíme KPR. Pokud je postižený při vědomí je důležité jej uklidnit. Usadíme si ho do polohy v sedě nebo v polosedě a uvolníme mu těsný oděv. Dále zajistíme optimální přívod kyslíku. Pokud jsou k dispozici léky, a to nitráty jako je například Isoket, Cardiket, Nitrosprey a další, podáme je postiženému pod jazyk. Zde se udává jediná výjimka, kdy léky může podat i laik. Samozřejmě přivoláme odbornou pomoc. Nitráty jsou léky zlepšující prokrvení myokardu v důsledku rozšíření věnčitých cév. Sestry v domově, které mají k dispozici EKG mohou natočit EKG u postiženého. Samozřejmě i nadále u postiženého sledujeme vitální funkce. (Jak resuscitovat aneb KPR podle guidelines 2015, 2015; Lejsek a kol., 2013, s. 95-96; Poláková, 2012)

4.5 Hypoglykemie, hyperglykemie

U seniorů se často objevuje onemocnění diabetes mellitus neboli laicky cukrovka. Tohle onemocnění vzniká z nedostatečné produkce či nedostatečného využití hormonu inzulinu. Hormon inzulin umožňuje, aby do buněk vstoupil cukr. S cukrovkou se nám pojí i určité komplikace, které mohou nastat. Jedny z nich jsou hypoglykemie – nízká hladina glukózy neboli cukru v krvi a opakem poté hyperglykemie – vysoká hladina glukózy v krvi. Dle učebnice první pomoci od doktorky Hany Belejové, 2016 se uvádí normální hladina cukru v krvi u zdravého člověka mezi 4 – 6 mmol/l. (Belejová, 2016, s. 362-363)

Další literatura nám uvádí normální hodnotu glykemie nalačno 3,8 – 5,5 mmol/l. Hraniční hodnotu glykemie nám udává v rozmezí 5,6 – 6,9 mmol/l. (Kudlová, 2015, s. 33-34)

Víme ale, jak bychom v případě takové komplikace poskytli první pomoc a jak se nám dané komplikace projevují?

4.5.1 Hypoglykemie

Je stav kdy se hladina cukru v krvi sníží pod 4 mmol/l. Nastává do několika minut až hodin. Co může být příčinou?

Diabetik se nesmí zapomenout po aplikaci inzulínu do třiceti minut dostatečně najíst, nestane se tomu tak, může se u něj rozvinout hypoglykemie. Další příčinou může být aplikace vyšší dávky inzulínu nebo nadměrná fyzická námaha.

Jak se hypoglykemie projevívá?

Postižený pociťuje nevolnost, slabost, nervozitu, pocit hladu. Mnohdy má zhoršené vidění a bolí jej hlava. Může se u něj projevit agresivita, zmatenost, třes rukou. Projevuje se nám jako opilý. Velmi závažnou život ohrožující komplikací je, pokud postižený upadne do bezvědomí. Do takového stavu se dostává při velmi nízkých hladinách glykemie, pod 2 mmol/l.

Jak provedeme první pomoc u postiženého při vědomí?

Pokud máme možnost změříme glykémii glukometrem. V případě nízké hladiny, hypoglykémii je velmi důležitým krokem podání cukru, například lžičku cukru, slazeného nápoje, čokoládu, nebo bonbon. Poté sledujeme základní životní funkce nemocného jako je vědomí, dech a pulz. Dle stavu bychom přivolali záchrannou službu. (Belejová, 2016, s. 362-365; Bydžovský, 2011 s. 62)

U postiženého v bezvědomí se první pomoc liší.

V takovém případě bychom přivolali záchrannou službu. Jestliže je možnost zjistíme hladinu glykemie. Postiženému je možné aplikovat hormon glukagon, pokud k němu máme přístup a jsme o jeho aplikaci poučeni. Zajistíme protišoková opatření a sledujeme vitální funkce postiženého. (Belejová, 2016, s. 362-365; Bydžovský, 2011 s. 62)

První pomoc u hypoglykemie bychom mohli také rozlišit dle naměřených hodnot na mírnou, středně těžkou a těžkou. Při mírné hypoglykémii s hodnotami 3,0 – 3,9 mmol/l objevují pouze minimální příznaky. V takovém případě bychom postiženému podali zhruba 10-20g rychle vstřebatelných sacharidů a to například 1 – 2 dcl coly, džusu, 1 -2 lžičky sirupu.

Středně těžká hypoglykemie se pohybuje v rozmezí naměřených hodnot 2,0 – 3,0 mmol/l. Postiženému podáme rychle vstřebatelných sacharidů 20 – 40 g a to 4 -8 kostek cukru nebo

3 polévkové lžíce medu. U těžké hypoglykemie, hodnota glykemie pod 2 mmol/l je velmi nutná v první řadě zabránit poranění. Postiženého může provázet porucha nebo ztráta vědomí a hrozí kóma. Zavolá se záchranná služba a do příjezdu je nutné kontrolovat vitální funkce postiženého. Mimo zdravotnické zařízení je možné podat pod kůži nebo do svalu 1 mg glukagonu. (Kudlová, 2015, s. 145 – 146)

4.5.2 Hyperglykemie

Je naopak stav, kdy je hladina cukru v krvi zvýšená. Vzniká při nedostatku inzulínu. Tento stav se obvykle vyvíjí několik dní, a proto jej lze podchytit ještě před vznikem větších komplikací či upadnutí do bezvědomí.

Co nám hyperglykemií způsobuje?

Obvykle bývá příčinou nesprávného dávkování léků, perorálních antidiabetik či inzulínu. Některé kardiální onemocnění, infekce, gastroenteritida či gravidita.

Jaké jsou projevy?

Postižený zaznamenává poruchy vidění, slabost, malátnost, nevolnost, bolesti břicha. Může se objevit i zvracení. Má pocit žízně, suché sliznice může být až dehydratovaný a častěji močit. Pro hyperglykemií je typický acetonový zápach z úst. Hyperventilace a tachypnoe, tachykardie a hypotenze.

První pomoc.

Pokud je možnost změříme hladinu glykemie. Přivoláme záchrannou službu. U postiženého při vědomí podáváme neslazené nápoje. Kontrolujeme základní životní funkce. (Belejová, 2016, s. 362-365; Bydžovský, 2011, s. 62)

4.6 Cévní mozková příhoda

Známo také pod názvem mrtvice, je velmi závažný stav. Cévní mozkovou příhodu dělíme na několik typů jako je: ischemická cévní mozková příhoda, intracerebrální a subarachnoidální krvácení. Jednodušeji řečeno na krvácivou a ischemickou formu.

Příčinou krvácivé formy může být vlivem vysokého krevního tlaku prasklá cévka nebo prasklá cévní výduť. Ischemická forma nejčastěji vzniká na podkladě ischemie nebo embolie. (Šín, Šťourač, Vidunová, 2019, s. 102; Čížek, 2012, s.106-107)

4.6.1 Diagnostika a příznaky

Prvním důležitým krokem je zhodnocení vitálních funkcí. Sledujeme pacientovo chování, výrazu v obličeji, a to především hybnost svalstva, vyplazení jazyku, zorniček a hybnosti očních bulbů. Všimáme si také pacientových reakcí, které můžeme zhodnotit pomocí škály Glasgow Coma Scale. Škála vložena v příloze IV. (Medicinaonline, 2018; Šín, Šťourač, Vidunová, 2019, s. 102)

Mezi příznaky, které může postižený pociťovat bychom zařadili závratě, zhoršené vidění, nevolnost a bolest hlavy. Poté máme příznaky, které můžeme u postiženého zaznamenat. Takový příznak je třeba porucha řeči, osoba se nám může jevit jako by byla pod vlivem alkoholu. Dalším příznakem je zhoršená hybnost mnohdy se objevuje ochrnutí jedné poloviny těla. Tyhle příznaky mohou být pouze přechodné, a proto je možné, že uniknou pozornosti. Těžké stádia cévní mozkové mrtvice navíc mohou způsobit poruchu vědomí až kóma. (Čížek, 2012, s.108-110)

Když se hovoří o cévní mozkové příhodě je důležité také zmínit velmi známý test zvaný FAST. Tento test nám pomáhá rychle rozpoznat varovné příznaky cévní mozkové příhody. Hlavními příznaky testu je vždy něco náhle vzniklé. Může vzniknout hemiparéza nebo monoparéza, centrální léze n. facialis a afázie neboli porucha řeči.

4.6.2 FAST test

F – face/výraz obličeje

Požádáme osobu, aby se na nás usmála a sledujeme výraz obličeje. Může se objevit nerovnoměrnost, ochablost koutku.

A – arms/slabost horní končetiny

Po postižené osobě budeme chtít zvednout obě horní končetiny. Sledujeme slabost končetiny, klesající jednu končetinu, znecitlivění.

S – speech/postižení řeči

Postiženou osobu žádáme, aby po nás zopakovala jednoduchou větu nebo nám něco řekla. Mluvené slovo nemusí dávat smysl, objeví se například koktání nebo neschopnost vyslovení slova.

T – time/čas

Čas hraje velkou roli, při zaznamenání, kteréhokoliv náhle vzniklého příznaku ihned voláme zdravotnickou záchrannou službu. V příloze V: obrázek FAST testu. (Conrad Stöppler, 2016; Fyzioklinika; Šín, Šťourač, Vidunová, 2019, s. 102)

První pomoc u cévní mozkové příhody je tedy včasné rozpoznání příznaků a přivolání záchranné služby. Postiženému je dále možné uvolnit oděv, zajistit přísun vzduchu a kontrolovat základní životní funkce do příjezdu záchranné služby. (Malá, Peřan, 2015, s.65)

4.7 Úraz

Kapitola popisuje nejběžnější úrazy seniorů a obecnou první pomoc.

Úraz je nejčastěji způsoben pádem. V takovém případě se senior může zranit. Rány můžeme rozdělit na odřeniny, tržné rány, řezné, bodné, sečné, střelné, kousné a rány zhmožděné. (Lejsek a kol, 2013, s. 90)

Pokud najdeme zraněnou osobu, je dobré postupovat v následujících třech krocích. V první řadě zhodnotit míru poranění postiženého. Druhým krokem bude následné ošetření poranění dle závažnosti. Důležitost přikládáme k stavům ohrožující život. Posledním krokem je zajistit další pomoc či ošetření, dle potřeby zavolat rychlou záchrannou službu. (AUSTIN, CRAWFORD, ARMSTRONG, 2013, s. 40-41)

Mezi další zásady první pomoc patří, zabránění dalšímu krvácení bez ohledu na původ rány, vyčištění rány, dezinfekce rány, sterilní krytí rány a fixace okolí rány. Další ošetření se odvíjí, jak už jsme si uvedli výše dle stavu a míry poranění. (Lejsek a kol, 2013, s. 91)

4.7.1 Krvácení

S úrazem mimo jiné také souvisí krvácení. Krvácení rovněž dělíme na několik druhů. První pomoc u krvácení se liší v závislosti na jeho druhu.

Vnější krvácení probíhá mimo tělně, vytéká ven z těla. Příčinou je vnější poranění.

Vnitřní krvácení probíhá uvnitř těla. Například následek interních onemocnění, nebo traumatu. Vnitřní krvácení je závažné, protože mnohdy bývá dlouho skryto. U postiženého zaznamenáme rychlý ale slabý pulz, bolest, zrychlené a mělké dýchání, studený pot, studená a bledá kůže, apatie.

Tepenné krvácení je velmi nebezpečné, může nás velmi rychle a snadno ohrozit na životě obrovskou ztrátou krve. Z rány krev pod tlakem stříká a má jasně červenou barvu. Objevuje se zvýšený tlak, snížený pulz, pocit chladu, upocenost, slabost a postupně dochází k rozvoji hemoragického šoku.

Pokud se jedná o žilní krvácení krev má tmavě červenou barvu, a naopak od tepenného z rány volně vytéká. Při žilním krvácení je postižený také bledý, opocení a objevuje se u něj zvýšený krevní tlak.

Vlasečnicové obvykle se jedná o drobnější, povrchové krvácení.

Smíšené v takovém případě jsou současně postiženy žíly i tepny. (Belejová, 2016, s. 112-115; Lejsek a kol, 2013, s. 98-99)

První pomoc při krvácení.

Pokud máme k dispozici ochranné rukavice v případě krvácení neváháme a vždy si je nasadíme.

V případě vnějšího viditelného krvácení, zhodnotíme, o jaký se jedná typ. Dle typu krvácení se bude dále odvíjet postup první pomoci.

Vnitřní krvácení, jak už jsme si uvedli výše je velmi nebezpečné z hlediska pozdějšího odhalení. Při odhalení možného vnitřního krvácení je velmi důležité okamžitě zavolat odbornou pomoc.

Tepenné krvácení je velmi nebezpečné, je to život ohrožující stav. Důležitým a účinným krokem v první pomoci je silné stlačení místa krvácení. Postiženého položíme, pokud je to možné končetinu držíme nad úroveň srdce, přikládáme tlakový obvaz a z rány se nesnažíme nic odstranit. Kontrolujeme fyziologické funkce postiženého v případě jejich selhání zahájíme KPR. Zajistíme protišoková opatření. V případě tepenného krvácení vždy zavoláme záchranou službu.

U žilního krvácení se snažíme také krvácení zastavit. Přiložíme tlakový obvaz, končetinu zdviháme. Kontrolujeme vitální funkce a provádíme protišoková opatření. Postiženého transportujeme k dalšímu ošetření. V případě většího poranění voláme záchranou službu.

Vlasečnicové: krvácení je spíše povrchové, proto obvykle není nutný transport postiženého a dokážeme si se zraněním poradit i sami. Důležité je ránu vyčistit od nečistot a zdezinfikovat. Poté se rána sterilně překryje.

Pokud se jedná o smíšené krvácení, vždy je v první řadě nutné řešit to krvácení, které z rány pod tlakem stříká a má jasně červenou barvu. Dále kontrolujeme vitální funkce, provádíme protišoková opatření, přikládáme tlakový obvaz. V případě nutnosti voláme záchranou službu. (Belejová, 2016, s. 112-115)

4.8 Zlomeniny

Zlomeninu popisujeme, jako porušení kontinuity kosti. Zlomeniny mohou souviset s úrazy, které jsme si uvedli výše, ale také nemusí. To znamená, že jedním typem zlomeniny jsou úrazové a dalším typem budou tedy neúrazové. U starších osob však mnohdy nalzáme i zlomeninu patologickou. Taková zlomenina může být následkem například osteoporózy

nebo metastatických procesů. Obvykle ji předchází bolesti a vzniká na patologicky změněné kosti.

Dalším kritériem, kterým hodnotíme zlomeniny jsou okem viditelné a to, zda je zavřená či otevřená, otevřená zlomenina porušuje kožní kryt. Měli bychom dbát také na komplikace, které mohou nastat. Jedna z nejčastějších bývá krvácení s rozvojem šoku. Krvácení může být, jak jsme si uváděli výše skryté, ale i viditelné například při otevřené zlomenině. Následkem zlomenin dlouhých kostí může být tuková embolie, úlomky kostí nám způsobit poranění orgánů. Hrozí také rozvoj infekce, poranění svalů, šlach i nervů. (Malá, Peřan, 2015, s. 170, Wendsche; Veselý a kol. 2015, s. 41-45)

První pomoc se obvykle rozděluje na první pomoc u zlomenin zavřených a otevřených.

PP u zavřené zlomeniny.

Snažíme se zabránit zbytečnému pohybu, nesundáváme oděv ani obuv – do boty v případě zlomeniny bérce sáhneme, pro zjištění možného krvácení. V případě nutnosti méně závažnou zlomeninu fixujeme. Horní končetinu znehybníme pomocí trojcípého šátku. Dolní končetinu fixujeme pomocí druhé zdravé končetiny. Pozor nikdy se nesnažíme končetinu násilím narovnat. Postiženému zakážeme pít jíst a kouřit, z důvodu možné operace. Transportujeme, či zajistíme transport postiženému. V případě nutnosti voláme rychlou záchrannou službu. (Belejová, 2016, s. 182-186; Malá, Peřan, 2015, s. 170-171)

PP u otevřené zlomeniny.

V případě krvácení, vždy v první řadě řešíme jeho zastavení. V případě masivního krvácení u zlomeniny na dolní končetině je možné použít škrtidlo. Dbáme však na jeho správné umístění. Na dolní končetině jej přiložíme zhruba uprostřed stehna, nikdy ne na bérec, zde se nachází dvě kosti a mezi nimi je schována tepna. U zlomeniny horní končetiny škrtidlo přikládáme mezi loktem a ramenem, nikdy ne na předloktí z již zmíněného důvodu. Ukázka přiložení škrtidla v příloze VI. Krvácí-li rána slabě a nejedná se o masivní, tepenné krvácení postačí nám pouze dostatečná vrstva krytí. V dalším kroku se snažíme zabránit infikování rány, ránu dezinfikujeme a sterilně kryjeme. S postiženým zbytečně nehýbeme. Oděv odstraníme jen v případě viditelného krvácení, a to roztrhnutím nebo rozstřížením. Pokud z rány vyčnívá kost obložíme ji čistou látkou, nebo gázou a místo překryjeme. Provedeme protišoková opatření. Opět stejně jako u rány uzavřené zabráníme postiženému konzumaci jídla a pití. Zavoláme záchrannou službu. (Belejová, 2016, s. 182-186; Malá, Peřan, 2015, s. 170-171)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA ŠETŘENÍ A ORGANIZACE VÝZKUMU

Následující kapitola pojednává o metodách výzkumu, charakteristice vzorku respondentů, stanovených cílech výzkumného šetření, souboru respondentů, metodice výzkumného šetření a zpracování získaných dat.

5.1 Cíle výzkumného šetření

V bakalářské práci jsou stanoveny následující cíle.

HLAVNÍ CÍL:

Zjistit úroveň znalostí v první pomoci v domovech pro seniory/se zvláštním režimem od všeobecných sester

Dílčí cíle:

Cíl 1: Zjistit, zda je rozdíl znalostí v oblasti první pomoci u všeobecné sestry pracujících v domově pro seniory a v domově pro seniory se zvláštním režimem

Cíl 2: Zjistit, zda se liší úroveň znalostí první pomoci u všeobecných sester pracujících ve větším zařízení oproti tomu menšímu

Cíl 3: Zjistit, zda v domovech pro seniory probíhá pravidelné školení v první pomoci pro sestry

Cíl 4: Zjistit, jakou formou probíhá odborné školení v první pomoci všeobecných sester v domovech pro seniory/se zvláštním režimem

Cíl 5: Zjistit, zda by všeobecné sestry chtěly rozšířit své znalosti týkající se první pomoci

5.2 Soubor respondentů

Šetření se zaměřuje na všeobecné sestry pracující v domovech pro seniory a v domovech pro seniory se zvláštním režimem. Dále již domovy. Dotazník byl nakonec rozdělán do osmi domovů. Domovy se nacházejí v Jihomoravském kraji a čtyři z nich v Brně. Dále byli osloveni respondenti z domova pro seniory v Boskovicích v Černé Hoře, Blansku a ve Křtinách. V každém domově pracuje jiný počet zaměstnaných všeobecných sester. Respondenty tvoří všeobecné sestry pracující v jednotlivých domovech. Celkem se výzkumu zúčastnilo 32 respondentů. Jsem si vědoma, nižšího počtu respondentů. V některých zařízeních neměli respondenti zájem vyplnit dotazník online a zaslání vytištěného dotazníku mi nebylo vzhledem k situaci umožněno. V jiných zařízeních mi nebyl výzkum vůbec umožněn.

5.3 Metodika výzkumného šetření

Realizace kvantitativního výzkumu byla provedena dotazníkovým šetřením. Výhodou dotazníkového šetření je jednoznačná formulace otázek bez emocí dotazovaného a možnost hromadného počítačového zpracování. (Kutnohorská, 2009, s 42).

Šetření bylo prováděno pomocí anonymního dotazníku, který byl zprostředkován online. S jednotlivými zařízení byla dohodnuta na druhý týden v březnu schůzka na předání informací týkající se dotazníku, ale i za účelem získání souhlasu k dotazníkovému šetření. V mnoha zařízeních byla schůzka zrušena, kvůli vzniklé situaci týkající se onemocnění Covid 19. V některých zařízeních proběhla komunikace a vyřešení veškerých náležitostí online, avšak se mi i stalo, že spousta zařízení spolupráci odřekla úplně.

Dotazník obsahuje 26 otázek. Otázky byly zpracovány dle stanovených výzkumných cílů.

První tři otázky se zaměřují na samotné pracoviště a to, kde se nachází, jaký je to typ a kolik se v něm nachází lůžek. Další čtyři otázky zjišťují informace zaměřené přímo na respondenta. Otázkami číslo 8-10 jsem zjišťovala informace které se týkali školení první pomoci. Zbytek dotazníku byl zaměřen na samotné příklady první pomoci a zájem respondenta o danou problematiku.

5.4 Zpracování dat

Před samotným zpracováním dat, byla nejdříve provedena kontrola všech vyplněných dotazníků. Dotazník byl rozdán do osmi zařízení pro seniory a zúčastnilo se ho celkem 32 respondentů.

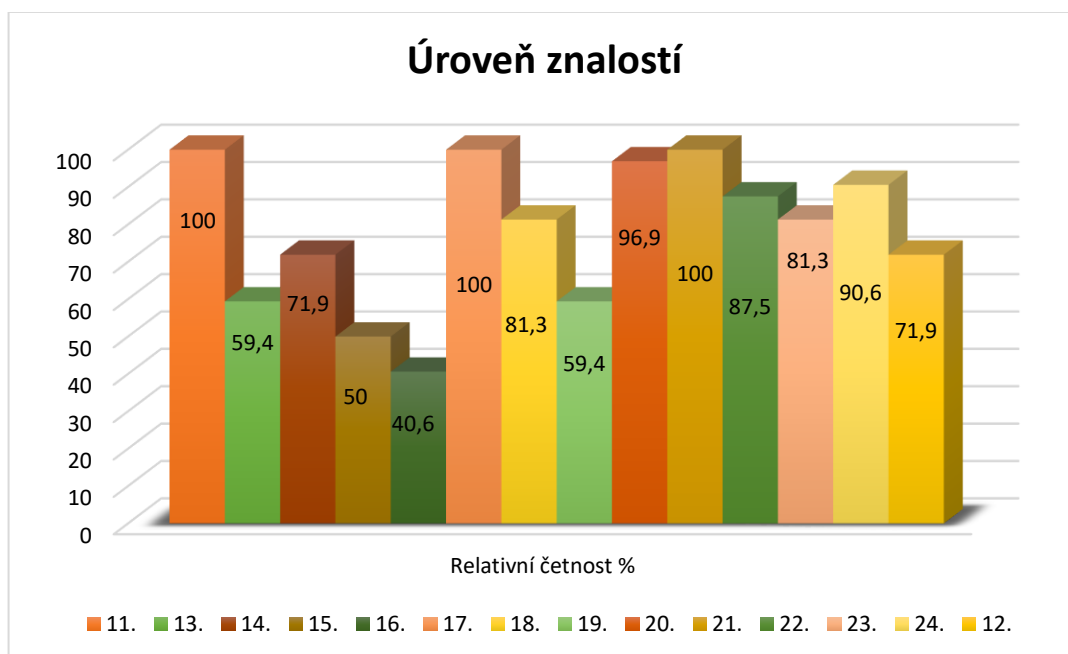
Data získané od respondentů byla dále zpracována pomocí programu Microsoft Word a Microsoft Excel pro lepší přehlednost a přesné sečtení dat. Většina otázek má zpracovanou tabulku s grafem. Pouze tabulka bez grafu se nachází u položek, u kterých byla ve výsledku 100% relativní četnost. Z tabulek vyčteme absolutní a relativní četnost. Absolutní četnost nám ukazuje jednotlivý počet respondentů na odpověď a relativní četnost následně procenta, kdy 100 % tvořilo 32 respondentů. Graf znázorňuje výsledek relativní četnosti.

6 ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Nejprve je uveden výsledek hlavního cíle, týkající se úrovně znalostí všeobecných sester v oblasti první pomoci. Na dílčí cíl č. 1 reaguje položka č. 1. Na cíl č. 2 reaguje položka č. 3. Na 4 cíl reaguje položka číslo 8 a 9. Na poslední cíl č. 5 reaguje poslední položka, č. 26.

Tabulka 1 Úroveň znalostí

Položky	Absolutní četnost	Relativní četnost %
11.	32	100
12.	32	71,9
13.	32	59,4
14.	32	71,9
15.	32	50
16.	32	40,6
17.	32	100
18.	32	81,3
19.	32	59,4
20.	32	96,9
21.	32	100
22.	32	87,5
23.	32	81,3
24.	32	90,6
Celkem	32	77,90



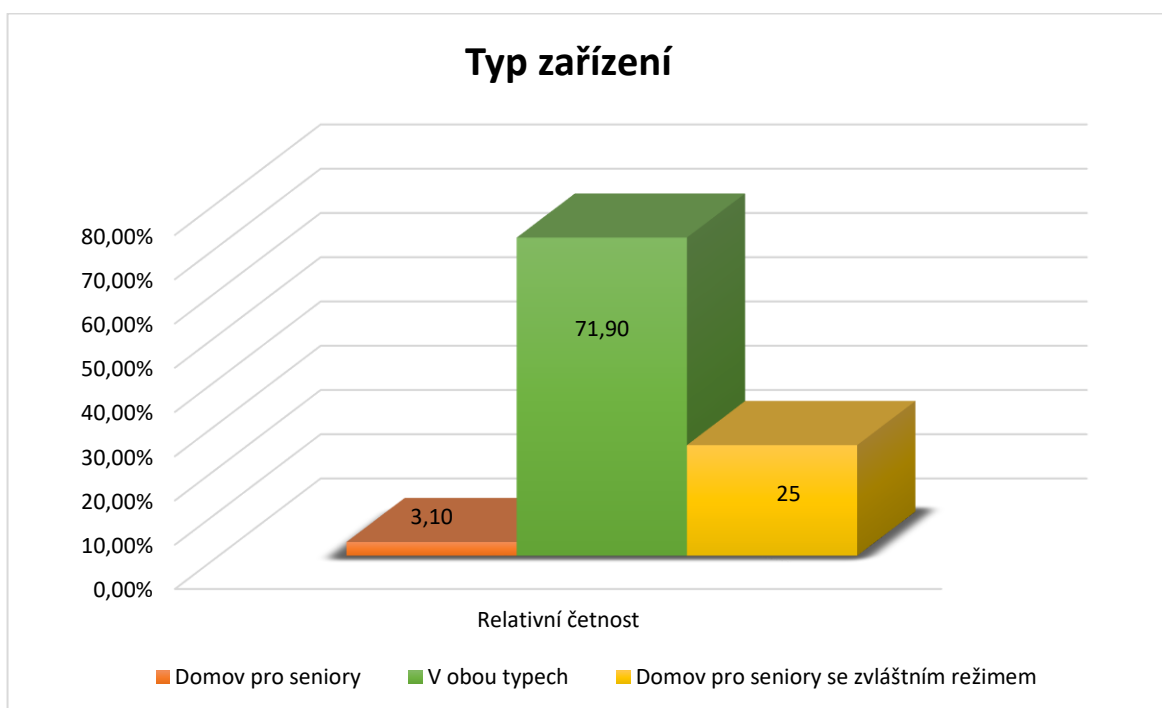
Graf 1 Úroveň znalostí

Komentář: Celková úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti první pomoci vyšla 77,90 %. Výsledek není příliš dostačující.

Položka č. 1: Ve kterém pracujete domově?

Tabulka 2: Typ zařízení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Domov pro seniory	1	3,10
Domov pro seniory se zvláštním režimem	8	25
V obou typech	23	71,90



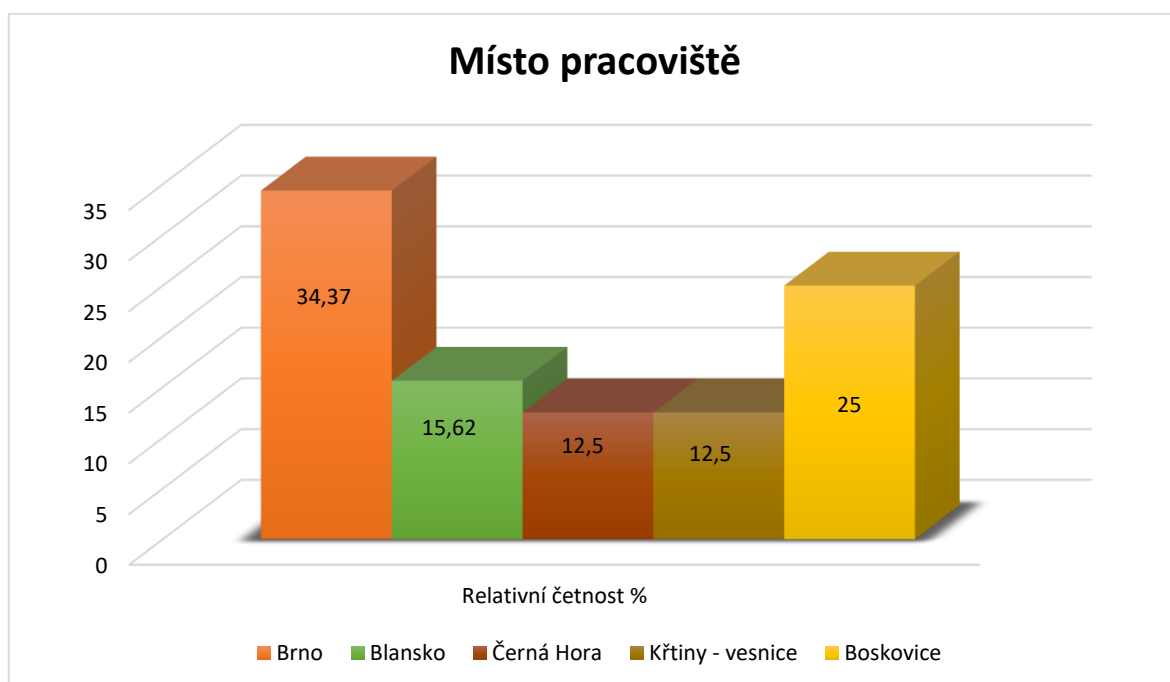
Graf 2: Typ zařízení

Komentář: Výsledek ukázal, že většina zúčastněných 71,90 % pracuje v kombinovaném typu zařízení. 25 % respondentů pracuje pouze v domově pro seniory se zvláštním režimem pracuje 25 % respondentů. V klasickém domově pro seniory pracuje 3,10 %.

Položka č. 2: Kde se domov pro seniory/se zvláštním režimem, ve kterém pracujete nachází?

Tabulka 3: Místo pracoviště

Místo	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Brno	11	34,37
Boskovice	8	25
Blansko	5	15,62
Černá Hora	4	12,50
Křtiny - vesnice	4	12,50



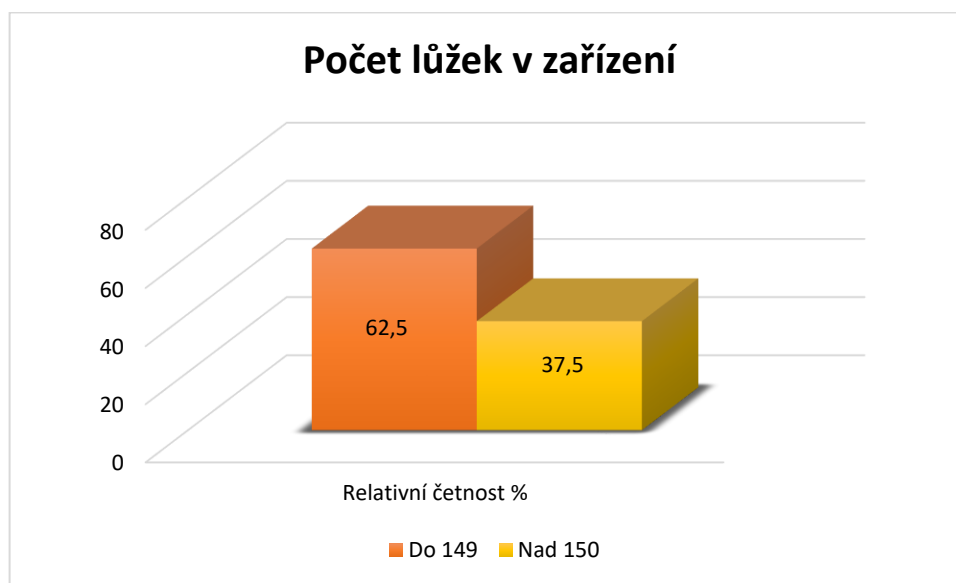
Graf 3: Místo pracoviště

Komentář: Dotazník byl celkem rozdělán do osmi zařízení pro seniory. Všechny se nacházejí v Jihomoravském kraji. Čtyři z nich byli v Brně, dále byli osloveni respondenti z domova pro seniory v Boskovicích v Černé Hoře, Blansku a ve Křtinách. V každém domově pracuje jiný počet zaměstnaných všeobecných sester. V tabulce s grafem vidíme, kolik se celkově zúčastnilo v každém městě, vesnici respondentů. Celkový počet tvořil 32 zúčastněných. Vzhledem k tomu, že v Brně bylo osloveno celkově nejvíce zařízení byl zde počet respondentů největší. Oproti ostatním zařízením nebyl až tak velký, jak bychom mohli očekávat, činil 11 získaných dotazníků. Na druhém místě stojí Domov pro seniory v Boskovicích, kde se výzkumu zúčastnilo celkem 8 respondentů. Na třetí pozici je Domov pro seniory v Blansku s počtem 5 respondentů. A o poslední místo se dělí zařízení v Černé Hoře a ve Křtinách se 4 respondenty.

Položka č. 3: Kolik se nachází lůžek v zařízení, ve kterém pracujete?

Tabulka 4: Počet lůžek v zařízení

Počet míst	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Do 149	20	62,50
Nad 150	12	37,50



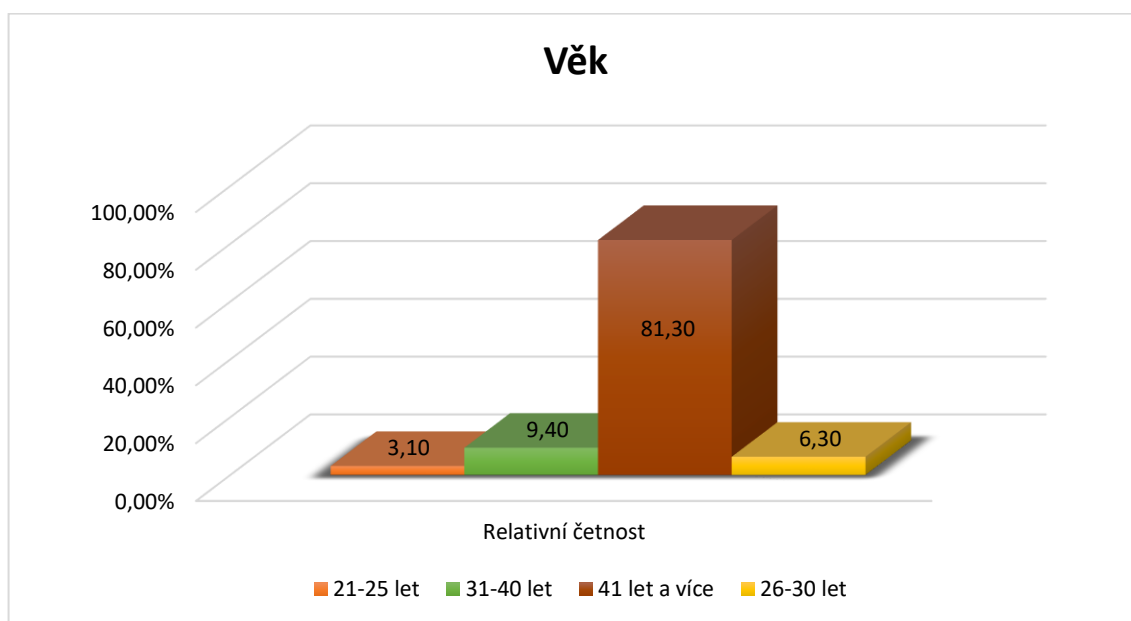
Graf 4: Počet lůžek v zařízení

Komentář: Otázku číslo tři: Kolik se nachází lůžek ve vašem zařízení jsem si rozdělila dle odpovědí respondentů na dvě skupiny. Počet lůžek do 149 a nad 149. Z celkového počtu 32 respondentů dvacet z nich pracuje v zařízení, kde je počet lůžek do 149. Dvanáct z nich potom pracuje ve větším zařízení. Výzkumu se tedy zúčastnilo více těch menších domovů pro seniory/se zvláštním režimem.

Položka č. 4: Kolik je vám let?

Tabulka 5: Věk

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
21-25 let	1	3,10
26-30 let	2	6,30
31-40 let	3	9,40
41 let a více	26	81,30



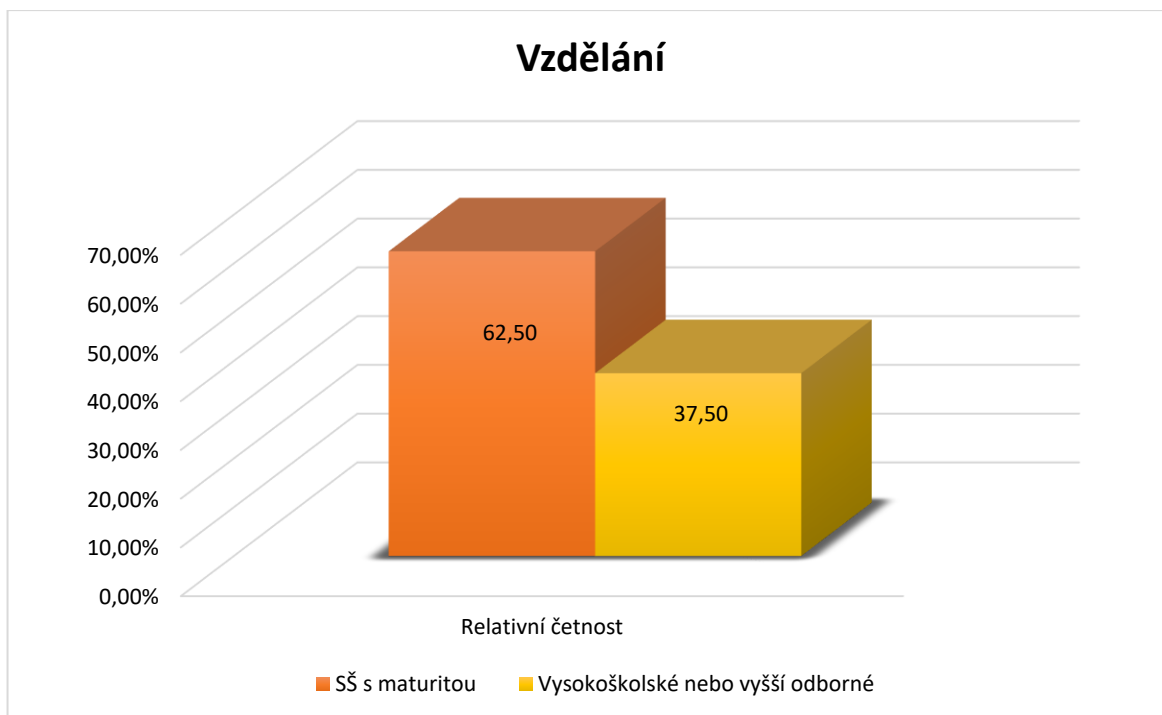
Graf 5: Věk

Komentář: Celkový počet respondentů činí 32. Věk respondentů byl rozdělen do čtyř kategorií. Nejpočetnější skupinou jsou respondenti s věkem 41 let a více, a to celkově 26 respondentů. Nejméně respondentů pak bylo naopak s věkem 21-25 let, pouze jeden. Dva respondenti spadají do věkové kategorie 26-30 let a tři respondenti do kategorie 31-40 let.

Položka č. 5: Jaké je vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

Tabulka 6: Vzdělání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
SŠ s maturitou	20	62,50
Vysokoškolské nebo vyšší odborné	12	37,50



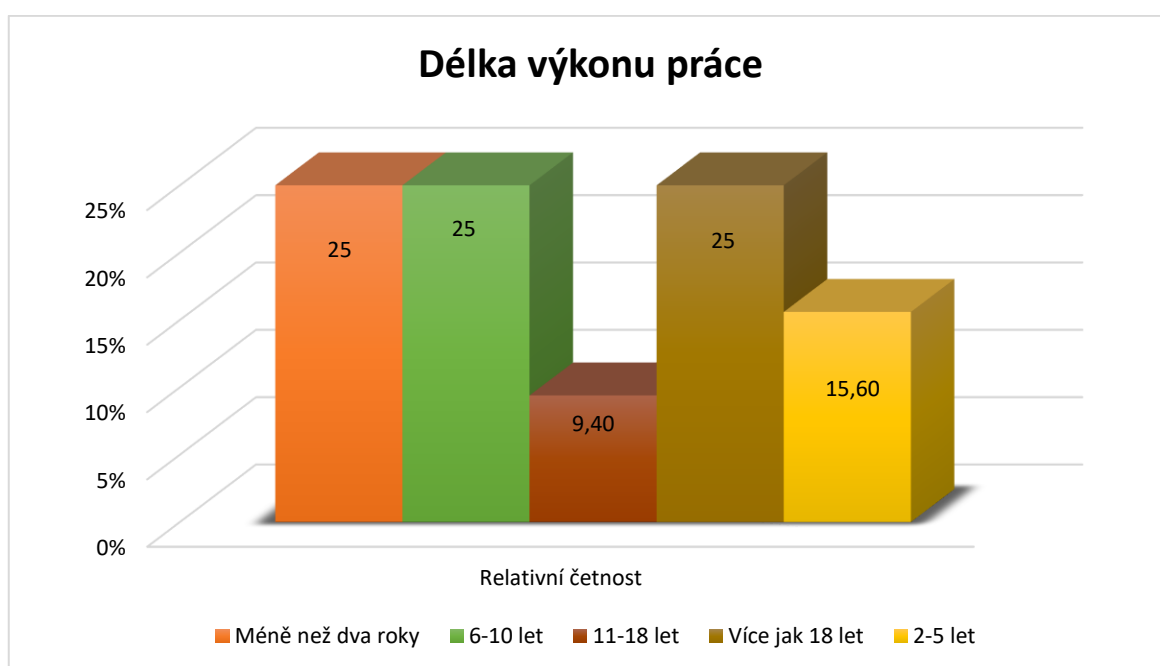
Graf 6: Vzdělání

Komentář: Z 32 respondentů na otázku zjišťující nejvyšší dokončené vzdělání 20 z nich odpovídá, že mají ukončenou střední školu s maturitou. 12 z nich má vysokoškolské nebo vyšší odborné. Výzkumu se dle předchozí otázky zúčastnilo nejvíce respondentů s věkovou kategorií 41 let a více. Dříve stačila sestřím pouze střední škola s maturitou. Zjištěný výsledek tedy odpovídá tomu, že se zúčastnilo více všeobecných sester s vyšší věkovou kategorií.

Položka č. 6: Jak dlouho jako všeobecná sestra v daném domově pro seniory/ se zvláštním režimem pracujete?

Tabulka 7: Délka výkonu práce

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Méně než dva roky	8	25
2-5 let	5	15,60
6-10 let	8	25
11-18 let	3	9,40
Více jak 18 let	8	25



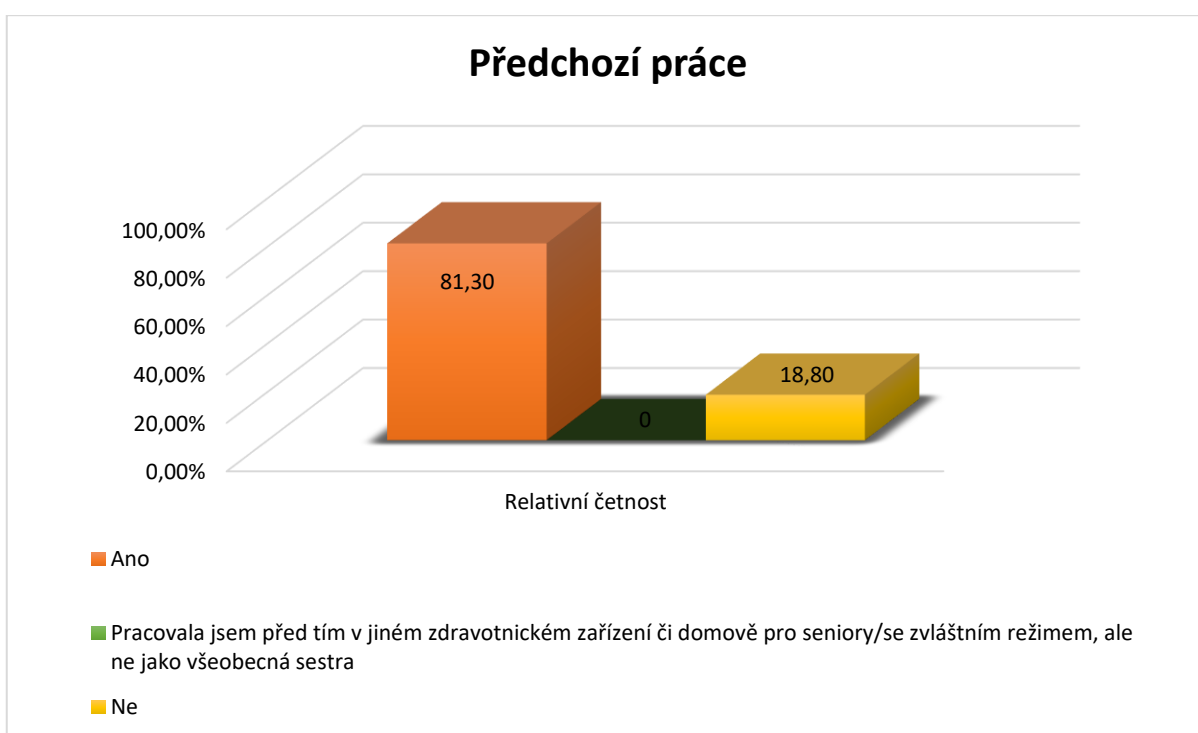
Graf 7: Délka výkonu práce

Komentář: Jak dlouho jako všeobecná sestra v daném domově pro seniory/ se zvláštním režimem pracujete. Byla rozdělena do pěti kategorií Méně než dva roky, 2-5 let, 6-10 let, 11-18 let, více jak 18 let. Výsledek nám ukazuje že, méně, než dva roky pracuje v zařízení z celkového počtu 32 respondentů osm z nich, což činí 25 %, 2-5 let v zařízení pracuje pět respondentů, to je 15,60 %, 6-10 let osm respondentů - 25 %, 11-18 let tři respondenti - 9,40 % a více jak 18 let osm respondentů - 25 %.

Položka č. 7: Pracovala jste před tím v jiném zdravotnickém zařízení, domově pro seniory/se zvláštním režimem jako všeobecná sestra?

Tabulka 8: Předchozí práce

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	26	81,30
Ne	6	18,80
Pracovala jsem před tím v jiném zdravotnickém zařízení či domově pro seniory/se zvláštním režimem, ale ne jako všeobecná sestra	0	0



Graf 8: Předchozí práce

Komentář: Sedmá otázka zjišťovala, zda respondenti pracovali před tím i někde jinde v jiném zdravotnickém zařízení, domově pro seniory/se zvláštním režimem jako všeobecná sestra? Jinde před tím pracovalo 81,30 % respondentů, 18,80 % respondentů nikde jinde před tím nepracovalo jako všeobecná sestra. Nikdo z respondentů nevedl, že by pracoval před tím v jiném zdravotnickém zařízení či domově pro seniory/ se zvláštním režimem, ale ne jako všeobecná sestra,

Položka č. 8: Probíhá u vás v domově, ve kterém pracujete školení první pomoci pro všeobecné sestry?

Tabulka 9: Školení první pomoci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	32	100
Ne	0	0

Komentář: Z 32 respondentů uvedlo 31 z nich, že u nich probíhá pravidelné školení v první pomoci. Jeden z respondentů uvedl, že u nich školení první pomoci neprobíhá. Jedná se však zřejmě o nepozornost a špatně zadanou odpověď, na další otázky spojené se školením první pomoci, určené pouze respondentů, u kterých v zařízení probíhá školení první pomoci respondent dále odpovídal.

Položka č. 9: Jak často u vás na pracovišti takové školení první pomoci pro všeobecné sestry probíhá?

Tabulka 10: Pravidelnost školení

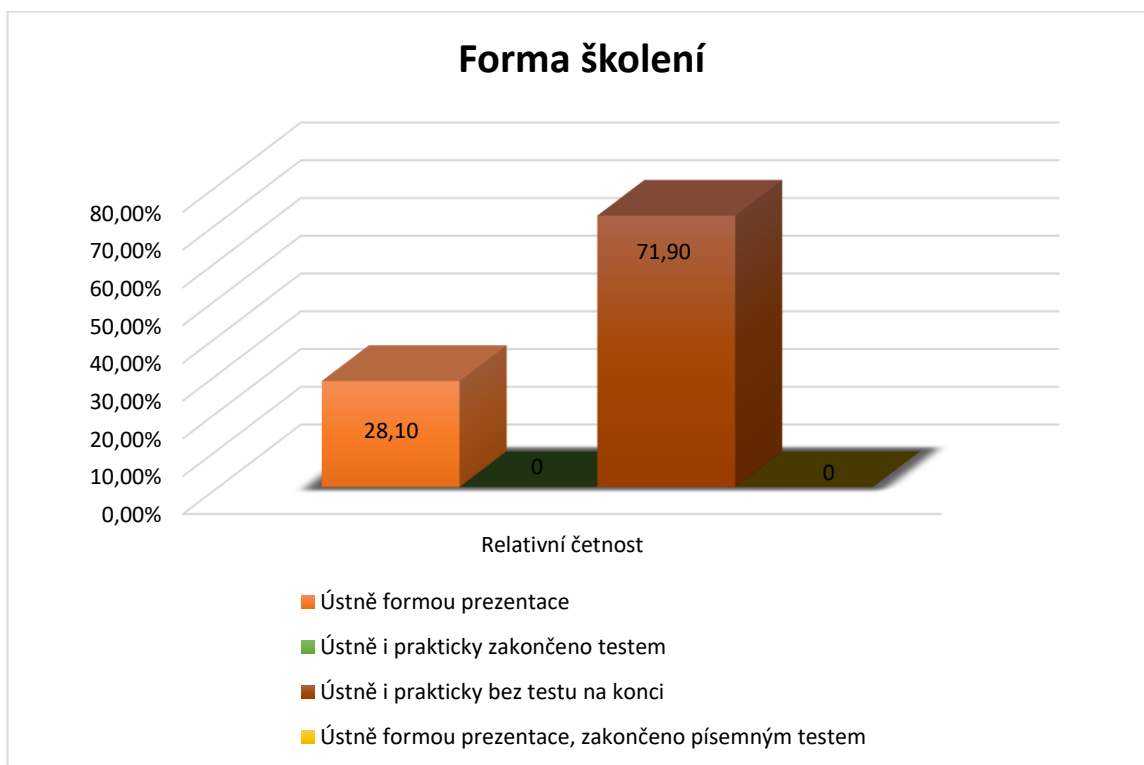
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Jednou za rok	32	100
Dvakrát za rok	0	0
vícekrát za rok	0	0

Komentář: Devátá otázka zjišťovala pravidelnost školení první pomoci pro všeobecné sestry. Všichni respondenti uvedli, že u nich probíhá školení pouze jednou za rok.

Položka č. 10: Jakou formou školení probíhá?

Tabulka 11: Forma školení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ústně formou prezentace	9	28,10
Ústně formou prezentace, zakončeno písemným testem	0	0
Ústně i prakticky zakončeno testem	0	0
Ústně i prakticky bez testu na konci	23	71,90



Graf 9: Forma školení

Komentář: Desátá otázka rovněž odkazovala na školení první pomoci, a to jakou formou školení probíhá. Devět respondentů z celkového počtu zodpovědělo, že školení probíhá ústně formou prezentace. Zbylé z nich uvedli, že školení probíhá ústně i prakticky bez testu na konci.

Položka č. 11: Jak uvolníte dýchací cesty postiženému?

Tabulka 12: Uvolnění dýchacích cest

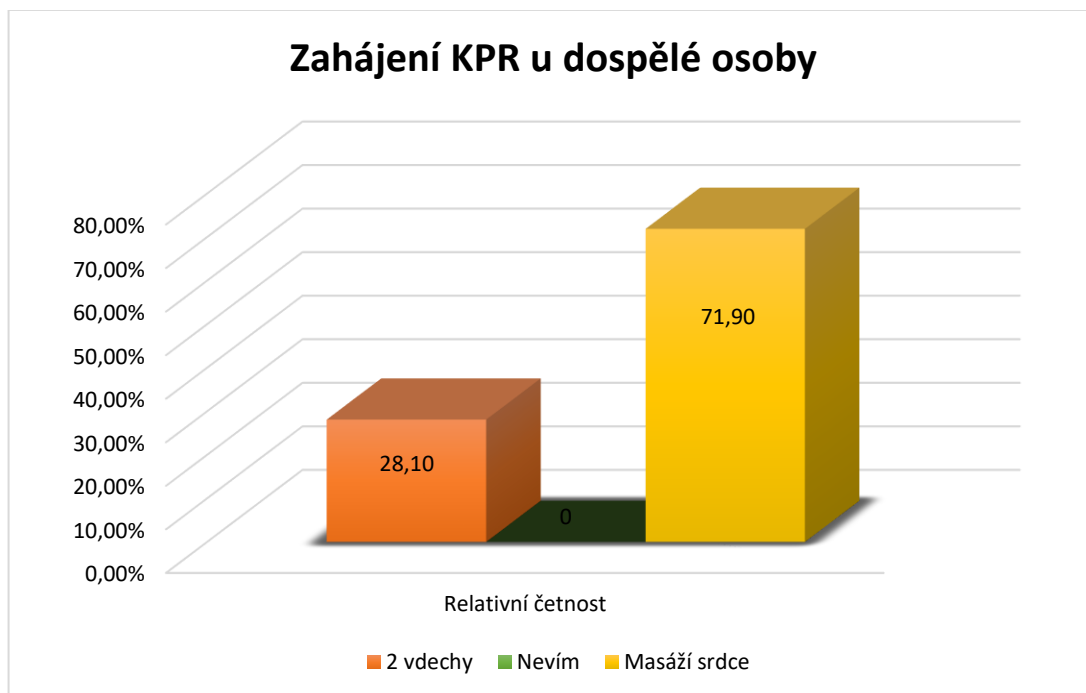
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Otevřu mu ústa a vytáhnu jazyk	0	0
Mírným záklonem hlavy	32	100
Podložením hlavy	0	0

Komentář: Jedenáctá otázka se již zabývá samostatnou první pomocí. Všichni respondenti, to je 100 % na otázku: Jak uvolníte dýchací cesty postiženému odpověděli správně. Všech 32 respondentů by provedlo mírný záklon hlavy.

Položka č. 12: Jak zahájíte kardiopulmonální resuscitaci u dospělé osoby?

Tabulka 13: Zahájení KPR u dospělé osoby

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
2 vdechy	9	28,10
Masáže srdce	23	71,90
Nevím	0	0



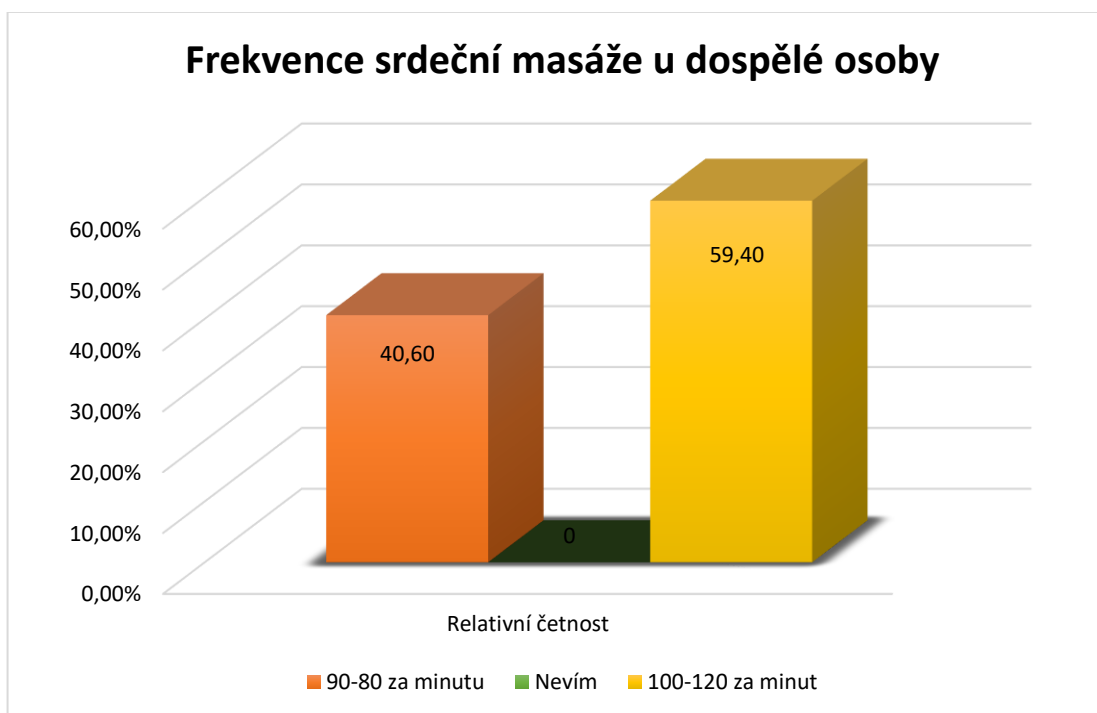
Graf 10: Zahájení KPR u dospělé osoby

Komentář: V této otázce bylo možné zvolit jednu správnou odpověď. Zjišťuje, jak respondenti zahájí kardiopulmonální resuscitaci u dospělé osoby. Z celkového počtu respondentů odpovědělo 23 71,90 % respondentů, že by zahájili masáž srdce tahle odpověď byla správná. Nesprávně pak odpovědělo 9 28,10 % respondentů, kdy by začali dvěma vdechy.

Položka č. 13: Jaká je frekvence srdeční masáže u dospělého člověka?

Tabulka 14: Frekvence srdeční masáže u dospělé osoby

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
90-80 za minutu	13	40,60
100-120 za minut	19	59,40
Nevím	0	0



Graf 11: Frekvence srdeční masáže u dospělé osoby

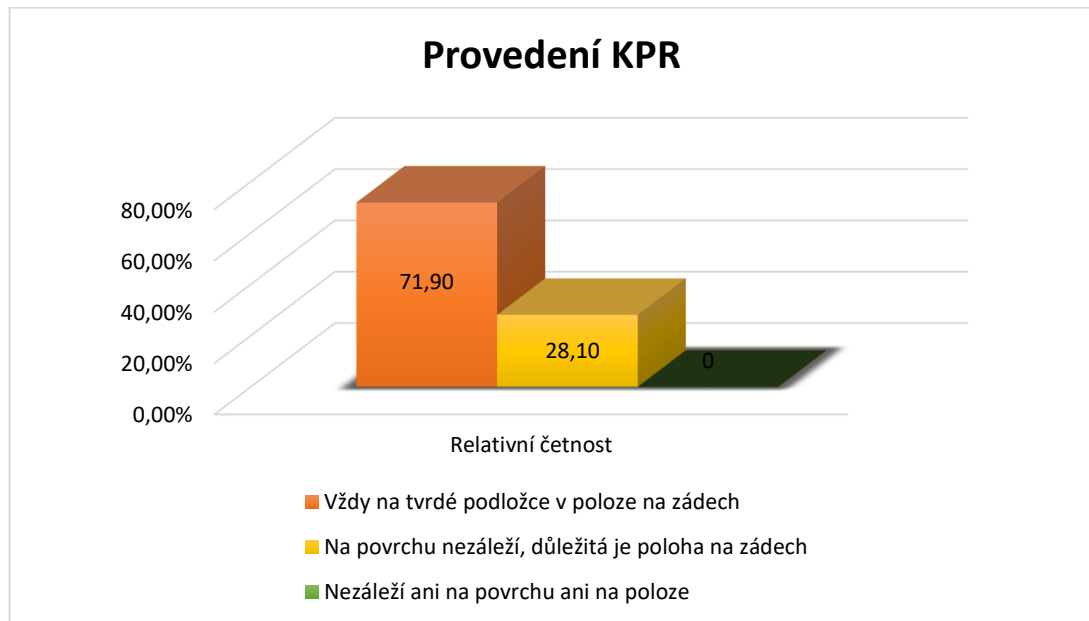
Komentář: Zjišťovali jsme, zda respondenti znají správnou frekvenci srdeční masáže.

Pouze 59,40 % zodpovědělo správně 100-120 za minutu. 90-80 za minutu zvolilo 40,60 % respondentů.

Položka č. 14: Jakby jste prováděl(a) kardiopulmonální resuscitaci?

Tabulka 15: Provedení KPR

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vždy na tvrdé podložce v poloze na zádech	23	71,90
Na povrchu nezáleží, důležitá je poloha na zádech	9	28,10
Nezáleží ani na povrchu ani na poloze	0	0



Graf 12: Provedení KPR

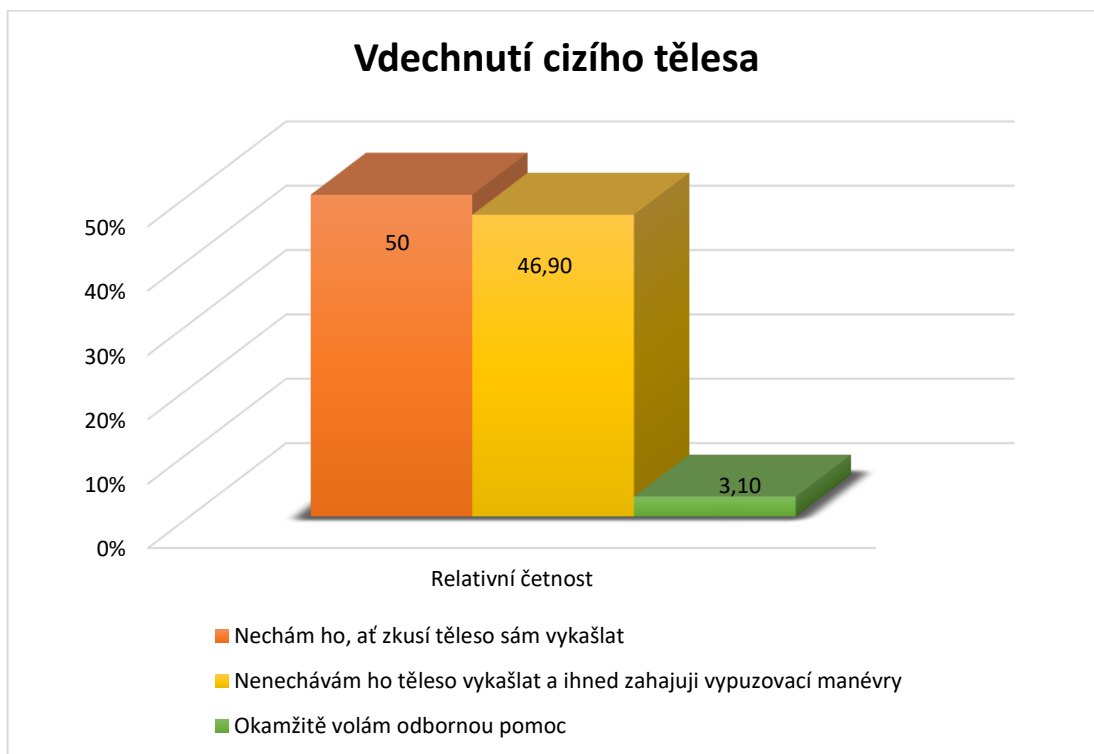
Komentář: Poslední otázka týkající se kardiopulmonální resuscitace zjišťuje, jak by ji prováděli. Na výběr bylo z možností: Vždy na tvrdé podložce v poloze na zádech, na povrchu nezáleží, důležitá je poloha na zádech, nezáleží ani na povrchu ani na poloze.

Z celkového počtu 32 respondentů 23 respondentů (71,90 %) by zvolilo správnou možnost, vždy na tvrdé podložce v poloze na zádech. Nezáleží na povrchu pouze na poloze na zádech zvolilo 28,10 % - 9 respondentů zvolilo

Položka č. 15: Jak se zachováte, pokud postižený vdechnul cizí těleso a aktivně kašle?

Tabulka 16: Vdechnutí cizího tělesa

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Nechám ho, ať zkusí těleso sám vykašlat	16	50
Nenechávám ho těleso vykašlat a ihned zahajuji vypuzovací manévry	15	46,90
Okamžitě volám odbornou pomoc	1	3,10



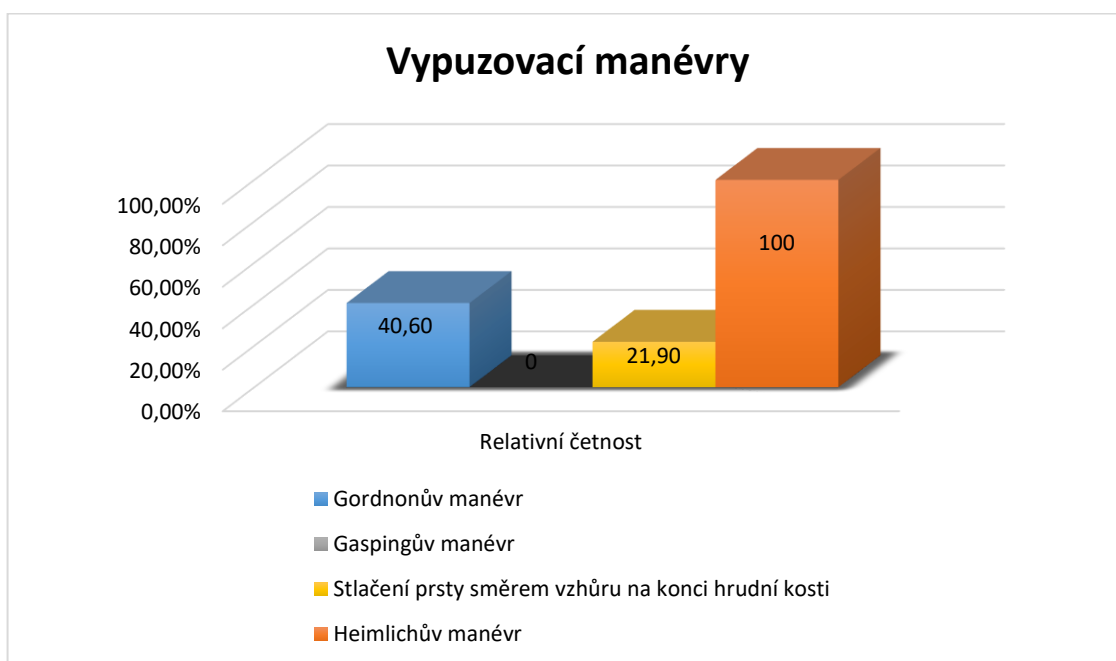
Graf 13: Vdechnutí cizího tělesa

Komentář: Otázka číslo 15 zní: Jak se zachováte, pokud postižený vdechnul cizí těleso a aktivně kašle? Na výběr bylo z možností: Nechám ho, ať zkusí těleso sám vykašlat, nenechávám ho těleso vykašlat a ihned zahajuji vypuzovací manévry, okamžitě volám odbornou pomoc. Správně bychom měli postiženého, pokud aktivně kašle nechat ho, ať jej sám vykašle. Tuhle možnost zvolilo 50 % - 16 respondentů, 46,90 % - 15 respondentů by ihned zahájili vypuzovací manévry a jeden z respondentů by okamžitě zavolal odbornou pomoc.

Položka č. 16: Jaké máme vypuzovací manévry u vdechnutí cizího tělesa u dospělé osoby?

Tabulka 17: Vypuzovací manévry

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Gordnonův manévr	13	40,60
Heimlichův manévr	32	100
Gaspingův manévr	0	0
Stlačení prsty směrem vzhůru na konci hrudní kosti	7	21,90



Graf 14: Vypuzovací manévry

Komentář: U této otázky bylo na výběr z více možností. Zjišťovali jsme, zda respondenti ví, jaké máme vypuzovací manévry u vdechnutí cizího tělesa u dospělé osoby. Na výběr bylo z možností: Gordnonův manévr, Heimlichův manévr, Gaspingův manévr a stlačení prsty směrem vzhůru na konci hrudní kosti. Správně měli respondenti zvolit Gordonův a Heimlichův manévr. Heimlichův manévr zná 100 % - 32 respondentů, ale pouze 40,60 % 13 z nich zná i další manévr Gordonův. 21,90 % - 7 respondentů uvedlo i možnost stlačení prsty směrem vzhůru na konci hrudní kosti. Tenhle postup se provádí pouze u dětí.

Položka č. 17: Příznaky jako jsou bolest za hrudní kostí, strach ze smrti, schvácenost a další se nám projeví předpokládaný?

Tabulka 18: Příznaky

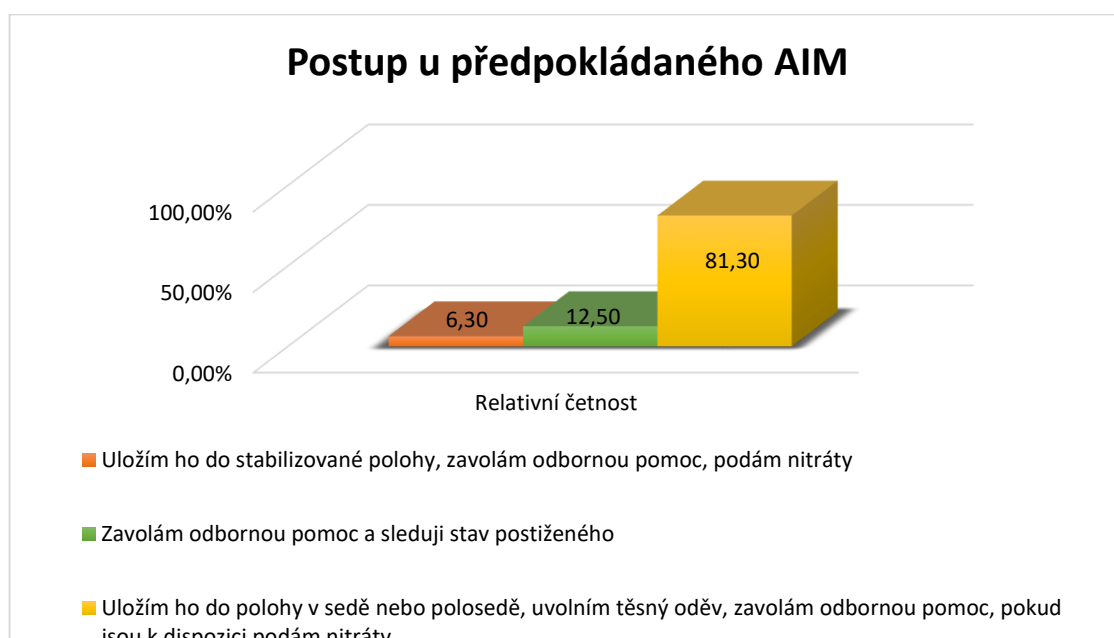
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Akutní infarkt myokardu – AIM	32	100
Plicní embolie	0	0
Cévní mozková příhoda – CMP	0	0

Komentář: Všichni dotazovaní respondenti odpověděli správně a znají příznaky, které nám mohou ukazovat předpokládaný infarkt myokardu.

Položka č. 18: Jak budete postupovat, pokud u postiženého předpokládáte, že se jedná o AIM a je při vědomí?

Tabulka 19: Postup u předpokládaného AIM

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Uložím ho do stabilizované polohy, zavolám odbornou pomoc, podám nitráty	2	6,30
Uložím ho do polohy v sedě nebo polosedě, uvolním těsný oděv, zavolám odbornou pomoc, pokud jsou k dispozici podám nitráty	26	81,30
Zavolám odbornou pomoc a sleduji stav postiženého	4	12,50



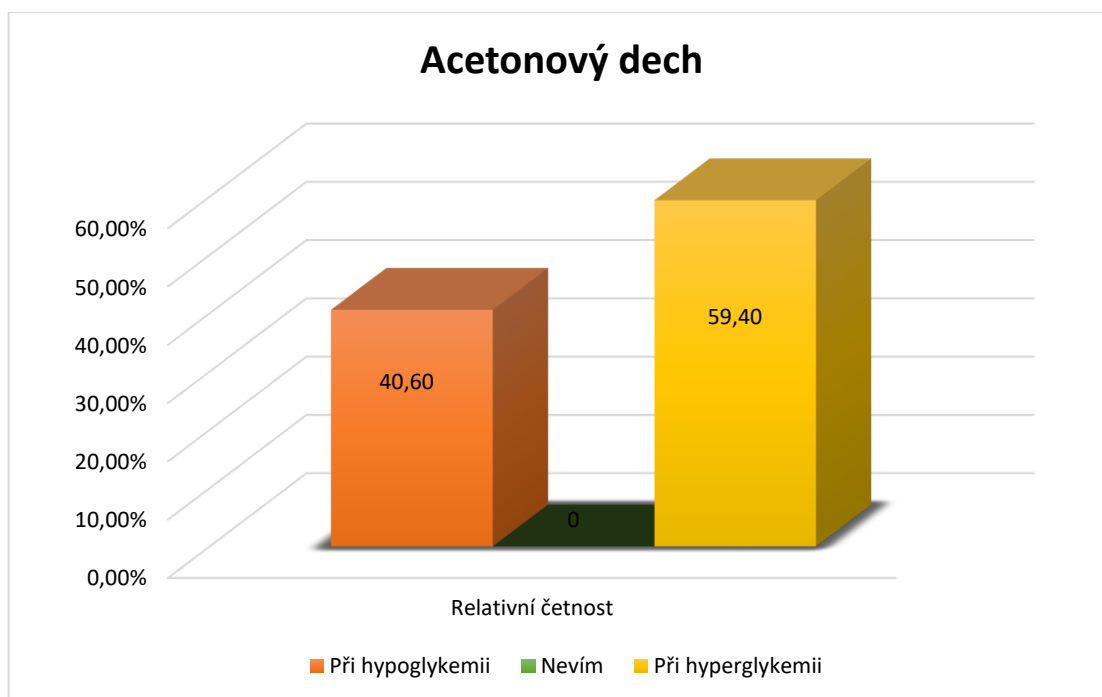
Graf 15: Postup u předpokládaného AIM

Komentář: Otázka číslo 18 zjišťovala, jak se respondenti zachovají u předpokládaného AIM – akutního infarktu myokardu. Na výběr bylo z možností: uložím ho do stabilizované polohy, zavolám odbornou pomoc, podám nitráty, uložím ho do polohy v sedě nebo polosedě, uvolním těsný oděv, zavolám odbornou pomoc, pokud jsou k dispozici podám nitráty, nebo zavolám odbornou pomoc a sleduji stav postiženého. Správnou možnost zvolilo 81,30 % - 26 respondentů, a to: uložím ho do polohy v sedě nebo polosedě, uvolním těsný oděv, zavolám odbornou pomoc, pokud jsou k dispozici podám nitráty. Odbornou pomoc by zavolalo 12,50 % - 4 respondenti. A 6,30 % - 2 respondenti by postiženého uložili do stabilizované polohy, zavolali odbornou pomoc a podali nitráty.

Položka č. 19: Kdy je možné, že ucítíte acetonový dech?

Tabulka 20: Acetonový dech?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Při hypoglykémii	13	40,60
Při hyperglykémii	19	59,40
Nevím	0	0



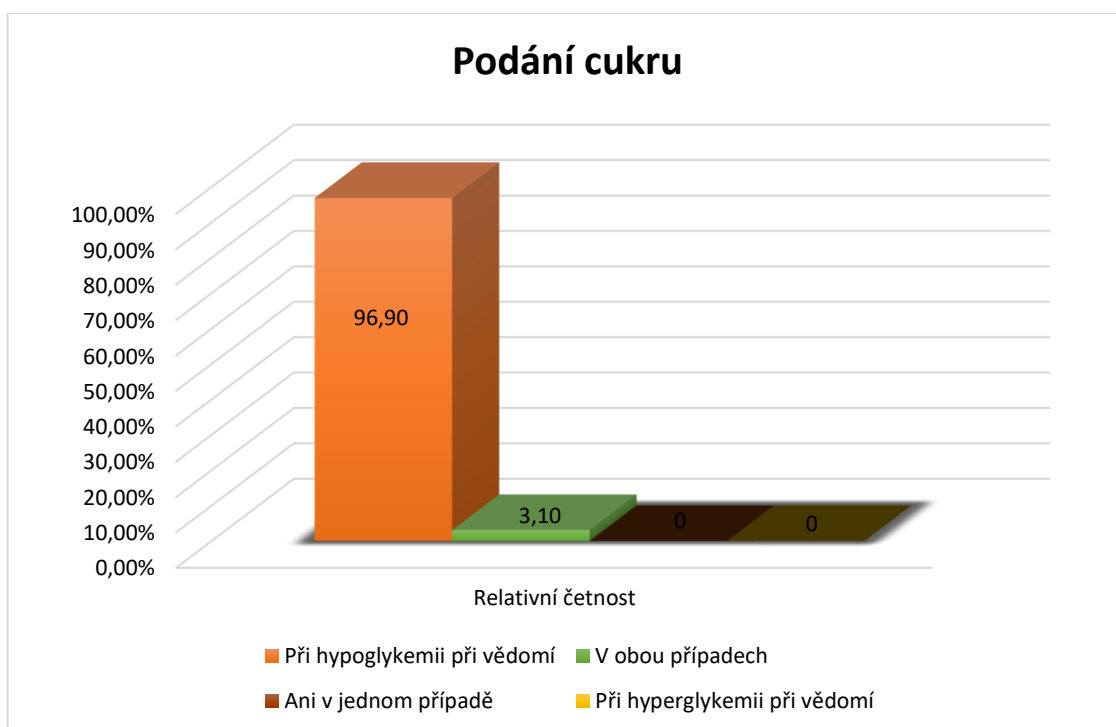
Graf 16: Acetonový dech

Komentář: Když jsme od respondentů zjišťovali, zda ví, kdy je možné, že ucítí acetonový dech 59,40 % - 19 respondentů zodpovědělo správně u hyperglykémie. Nesprávně odpovědělo u hypoglykémie 40,60 % - 13 respondentů.

Položka č. 20: Cukr nemocnému podáte, při již diagnostikované?

Tabulka 21: Podání cukru

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Při hypoglykémii při vědomí	31	96,90
Při hyperglykémii při vědomí	0	0
V obou případech	1	3,10
Ani v jednom případě	0	0



Graf 17: Podání cukru

Komentář: V další otázce jsme se ptali, kdy nemocnému podáte cukr, při již diagnostikované? Na výběr bylo z možností: Při hypoglykémii při vědomí, při hyperglykémii při vědomí, v obou případech, ani v jednom případě. Správně zodpovědělo 96,90 % - 31 respondentů při hypoglykémii při vědomí. Jeden z respondentů odpověděl, že by cukr podal v obou případech.

Položka č. 21: Fast test neboli face, arms, speech a time (obličej, paže, řeč/mluvený projev, čas) je charakteristické pro jaké onemocnění?

Tabulka 22: Fast test

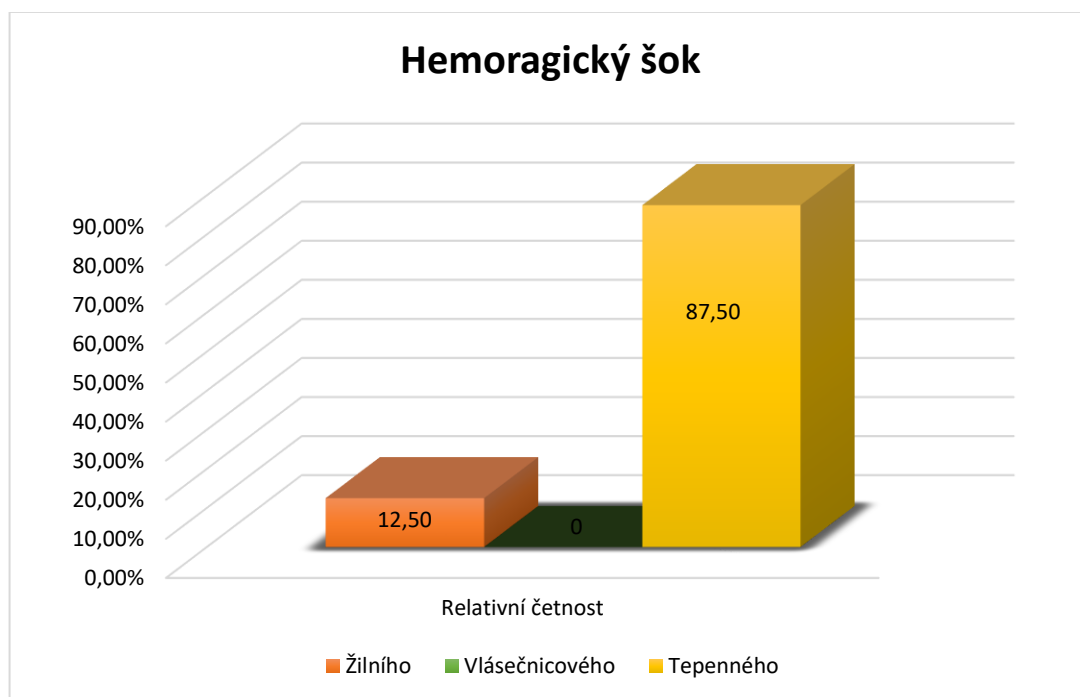
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
CMP – cévní mozková příhoda	32	100
Akutní infarkt myokardu	0	0
Šok	0	0

Komentář: Fast test neboli face, arms, speech a time (obličej, paže, řeč/mluvený projev, čas) znají všichni respondenti a ví, že je charakteristické pro CMP – cévní mozkovou příhodu.

Položka č. 22: Hemoragický šok bývá nejčastěji příčinou, u kterého krvácení?

Tabulka 23: Hemoragický šok

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Žilního	4	12,50
Tepenného	28	87,50
Vlásečnicového	0	0



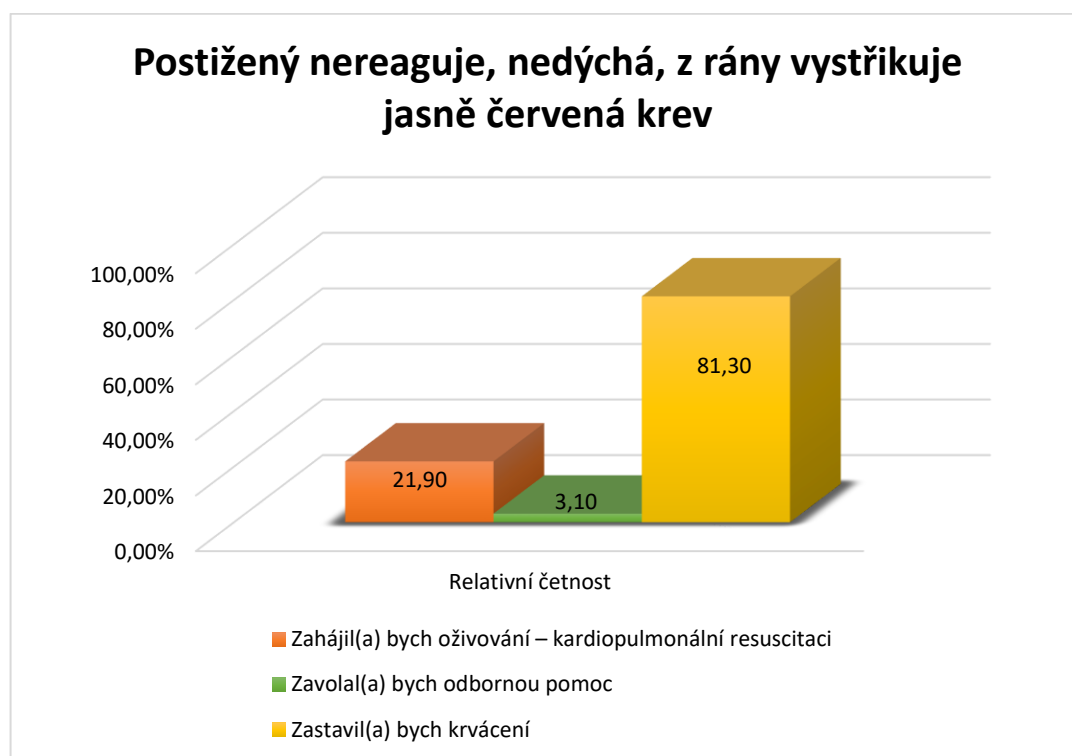
Graf 18: Hemoragický šok

Komentář: Hemoragický šok bývá příčinou tepenného krvácení v 87,50 % - 28 respondentů. U žilního krvácení si myslí 12,50 % - 4 respondenti.

Položka č. 23: Jakby jste postupoval(a) v případě poskytnutí první pomoci osobě, která nereaguje, nedýchá a zároveň jí z rány vystřikuje jasně červená krev?

Tabulka 24: Postižený nereaguje, nedýchá, z rány vystřikuje jasně červená krev

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Zahájil(a) bych ožívování – kardiopulmonální resuscitaci	7	21,90
Zastavil(a) bych krvácení	26	81,30
Zavolal(a) bych odbornou pomoc	1	3,10



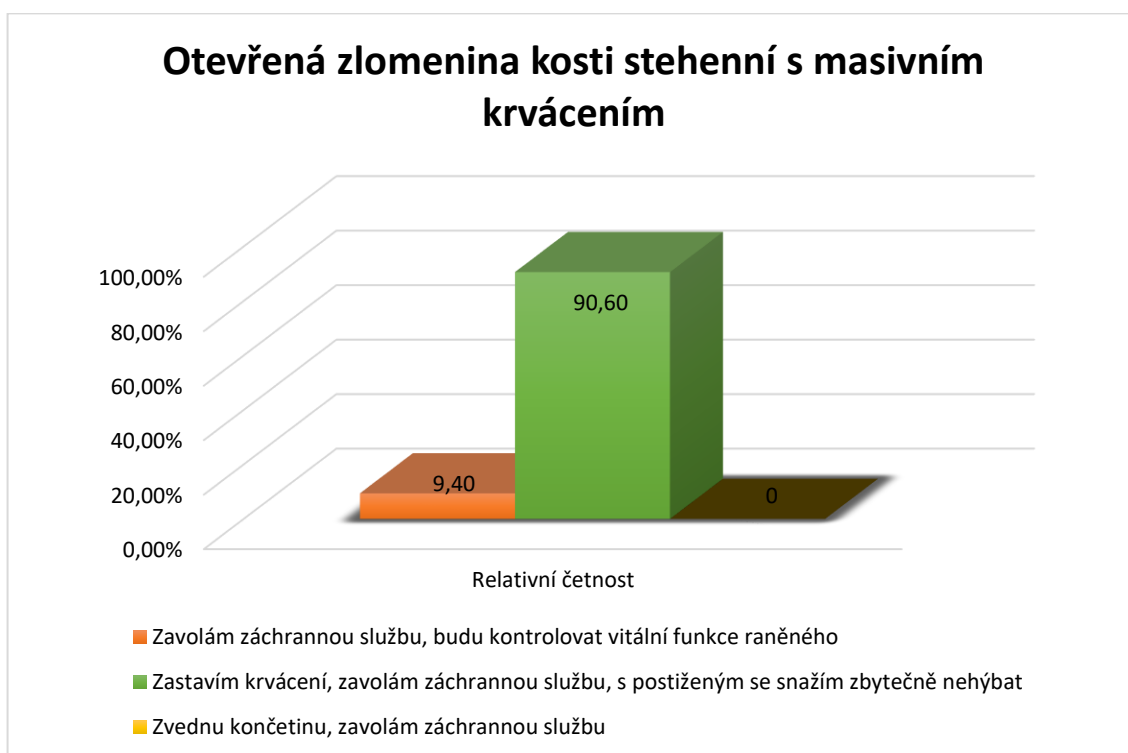
Graf 19: Postižený nereaguje, nedýchá, z rány vystřikuje jasně červená krev

Komentář: Otázkou číslo 23 jsme se ptali: Jakby jste postupoval(a) v případě poskytnutí první pomoci osobě, která nereaguje, nedýchá a zároveň jí z rány vystřikuje jasně červená krev? Na výběr bylo z možností: Zahájil(a) bych ožívování – kardiopulmonální resuscitaci, zastavil(a) bych krvácení, nebo zavolal(a) bych odbornou pomoc. 81,30 % - 26 respondentů by postupovalo správně a nejdříve by zastavili krvácení. 21,90 % - 7 respondentů by zahájilo ožívování – kardiopulmonální resuscitaci. A jeden z respondentů by nejprve zavolal odbornou pomoc.

Položka č. 24: Jak poskytnete první pomoc u postiženého s otevřenou zlomeninou kosti stehenní s masivním krvácením?

Tabulka 25: Otevřená zlomenina kosti stehenní s masivním krvácením

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Zavolám záchrannou službu, budu kontrolovat vitální funkce raněného	3	9,40
Zvednu končetinu, zavolám záchrannou službu	0	0
Zastavím krvácení, zavolám záchrannou službu, s postiženým se snažím zbytečně nehýbat	29	90,60 %



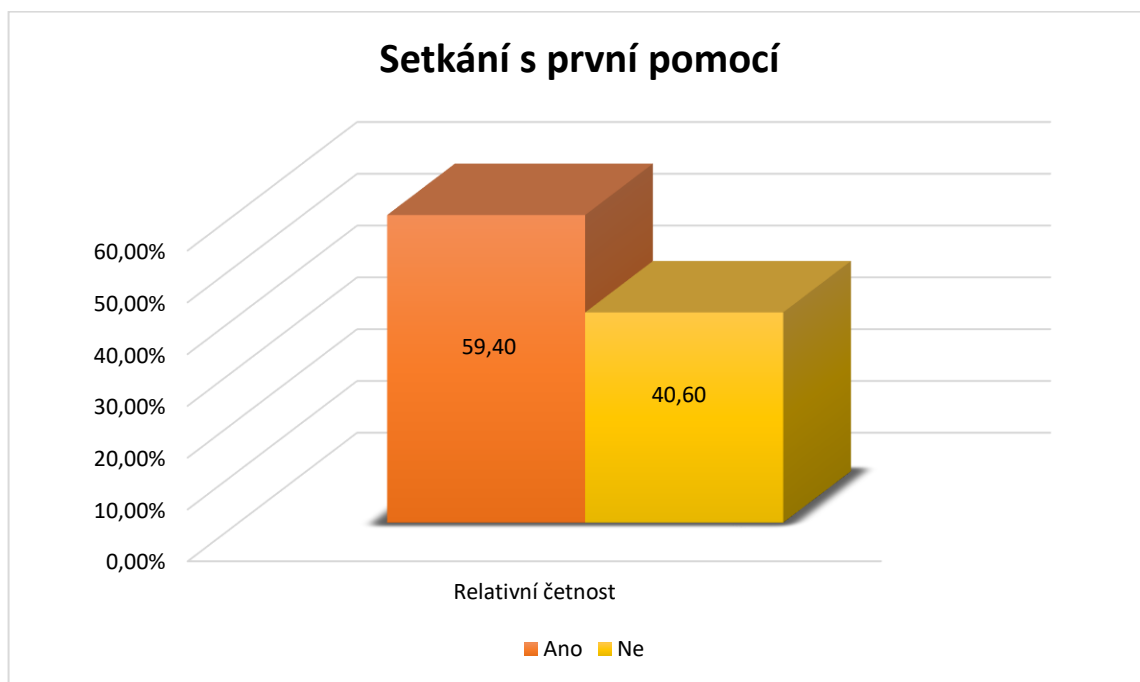
Graf 20: Otevřená zlomenina kosti stehenní s masivním krvácením

Komentář: V případě poskytnutí první pomoc u postiženého s otevřenou zlomeninou kosti stehenní s masivním krvácením by 90,60 % - 29 respondentů postupovalo správně. Zastavili by krvácení, zavolali záchrannou službu, a s postiženým se snažily zbytečně nehýbat. Záchrannou službu by zavolali a kontrolovali vitální funkce raněného 3 respondenti 9,40 %.

Položka č. 25: Poskytoval(a) jste už někdy první pomoc?

Tabulka 26: Setkání s první pomocí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	19	59,40
Ne	13	40,60



Graf 21: Setkání s první pomocí

Komentář: První pomoc již někdy poskytovalo 59,40 % - 19 respondentů. Ještě nikdy ji neposkytovalo 40,60 % - 13 respondentů.

Položka č. 26: Máte zájem rozšiřovat své vědomosti v oblasti první pomoci?

Tabulka 27: Rozšíření vědomostí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	32	100
Ne	0	0
Není potřeba, ovládám ji	0	0

Komentář: Všichni zúčastnění respondenti, 32 respondentů - 100 % má zájem o rozšiřování svých znalostí v oblasti první pomoci.

DISKUZE

Hlavním cílem práce bylo zjistit úroveň znalostí v první pomoci v domovech pro seniory/se zvláštním režimem od všeobecných sester. Celková úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti první pomoci vyšla 77,90. Výsledek není příliš dostačující. V roce 2012 byla na danou problematiku napsána podobná práce. Práce se zabývala první pomocí v domovech pro seniory v Kraji Vysočina. Na základě výzkumné práce rovněž vyšlo, že sestry i přes probíhající pravidelné školení nemají 100 % znalosti první pomoci. Celý dotazník v dané bakalářské práci bezchybně odpověděli pouze 3 (2,9 %) respondenti. V mé práci nikdo z respondentů nezodpověděl správně na všechny otázky. (Poláková, 2012)

Jednotlivé otázky zaměřené na první pomoc:

Na otázku číslo 11 jak uvolníte dýchací cesty postiženému zodpověděli všichni respondenti správně a provedli by mírný záklon hlavy. U otázky číslo 12 byla již úspěšnost nižší. Otázka zjišťuje, jak by respondenti zahájili kardiopulmonální resuscitaci. Z celkového počtu 32 respondentů by správně začali masáží srdce 23 (71,90 %) respondentů, zbylých 9 (28,10 %) respondentů by začalo 2 vdechy. V podobné práci se rovněž zjišťovalo, jak by byla zahájena nepřímá srdeční masáž u dospělého člověka, zde správně uvedlo masáží srdce 67 (65 %) respondentů. Dalších 34 (33 %) respondentů by začalo srdeční masáž 2 hlubokými vdechy a 1 (1 %) by začal 5 pomalými vdechy. V mé práci více respondentů na otázku odpovědělo správně. (Poláková, 2012)

Otázka číslo 12 zjišťovala, zda respondenti ví, jaká je frekvence u srdeční masáže u dospělého člověka. Pouze 19 (59,40 %) respondentů odpovědělo správně 100-120 za minutu. Frekvenci 90-80 za minutu uvedlo 13 (40,60 %) respondentů. V porovnání s druhou prací, kde správný poměr stlačení hrudníku a frekvenci kompresí u srdeční masáže odpovědělo 68 (66 %) z dotazovaných respondentů, v mé práci bylo více chybných odpovědí. (Poláková, 2012)

V otázce zjišťující jakby respondenti prováděli KPR 71,90 % respondentů zvolilo správnou možnost, a to vždy na tvrdé podložce v poloze na zádech. V porovnání s druhou prací je výsledek horší, tam by správně postupovalo 92 % respondentů. (Poláková, 2012)

Velmi překvapivý byl výsledek u otázky číslo 15 - jak se zachováte, pokud postižený vdechnul cizí těleso a aktivně kašle? Pouze 50 % respondentů by postupovalo správně a nechali postiženého, ať zkusí těleso sám vykašlat. Rovněž překvapivý byl i výsledek na otázku zjišťující, zda respondenti znají vypuzovací manévry u vdechnutí cizího tělesa u

dospělé osoby. Na výběr bylo z možností: Gordonův manévr, Heimlichův manévr, Gaspingův manévr a stlačení prsty směrem vzhůru na konci hrudní kosti. Správně měli respondenti zvolit Gordonův a Heimlichův manévr. Výsledek je následující: Heimlichův manévr znají všichni respondenti (100 %), ale pouze 13 (40,60 %) z nich zná i další manévr Gordonův. Možnost stlačení prsty směrem vzhůru na konci hrudní kosti uvedlo 7 (21,90 %) respondentů. Tenhle postup se provádí pouze u dětí.

Na otázku číslo 17 odpověděli všichni respondenti správně a znají příznaky, které nám mohou ukazovat předpokládaný infarkt myokardu. Otázka číslo 18 zjišťovala, jak se respondenti zachovají u předpokládaného AIM – akutního infarktu myokardu. Na výběr bylo ze třech možností, kdy jedna z nich je správná. Správnou možnost zodpovědělo 26 (81,30 %) respondentů, a to: uložím ho do polohy v sedě nebo polosedě, uvolním těsný oděv, zavolám odbornou pomoc, pokud jsou k dispozici podám nitráty. Odbornou pomoc by zavolali 4 (12,50 %) respondenti. Postiženého by uložili do stabilizované polohy, zavolali odbornou pomoc a podali nitráty 2 (6,30 %) respondenti.

Otázka číslo 19 zjišťovala od respondentů, zda ví, v jakém případě ucítí acetonový dech. Správně u hyperglykemie zodpovědělo 19 (59,40 %) respondentů. Nesprávně uvedlo, že u hypoglykemie 13 (40,60 %) respondentů. Dvacátá otázka vyšla lépe 31 (96,90 %) respondentů by správně cukr nemocnému podali, při již diagnostikované hypoglykémii. Pouze jeden z nich by cukr podal v obou případech. V podobné práci by se zachovalo správně 95 % respondentů. (Poláková, 2012)

Další otázka vyšla rovněž dobře a ukazuje nám, že Fast test neboli face, arms, speech a time (obličej, paže, řeč/mluvený projev, čas) znají všichni respondenti a ví, že je charakteristické pro CMP – cévní mozkovou příhodu. Na otázku číslo 22 - hemoragický šok bývá nejčastěji příčinou, u kterého krvácení. Odpovědělo 28 (87,50 %) respondentů správně a ví, že hemoragický šok bývá příčinou tepenného krvácení. Že se objevuje u žilního krvácení si myslí 4 (12,50 %) respondenti.

Otázka číslo 23 byla poslední otázkou týkající se samotné první pomoci. Otázka zní – jakby jste postupoval(a) v případě poskytnutí první pomoci osobě, která nereaguje, nedýchá a zároveň jí z rány vystřikuje jasně červená krev? Na výběr bylo z možností: Zahájil(a) bych ožívování – kardiopulmonální resuscitaci, zastavil(a) bych krvácení, nebo zavolal(a) bych odbornou pomoc. Správně by postupovalo 26 (81,30 %) respondentů a nejdříve by zastavili krvácení. Ožívování – kardiopulmonální resuscitaci by zahájilo 7 (21,90 %) respondentů. A jeden z respondentů by nejprve zavolal odbornou pomoc. Mé výsledky ve srovnání

s podobnou prací na otázku vyšli hůře. V podobné práci by 100 % respondentů postupovalo správně. (Poláková, 2012)

Dílčí cíle bakalářské práce:

Cíl 1: Zjistit, zda je rozdíl znalostí v oblasti první pomoci u všeobecné sestry pracujících v domově pro seniory X v domově pro seniory se zvláštním režimem.

Zjištěné informace k cíli nám ukazují následující:

Jeden respondent uvedl, že pracuje čistě v domově pro seniory 3,1%

Osm respondentů pracuje pouze v domově pro seniory se zvláštním režimem. 25%

Dvacet tři respondentů pracuje v obou typech zařízení. 71,9%

Většina dotazovaných respondentů pracuje v obou typech zařízení. Cíl č. 1 je tedy nezjistitelný, výsledek by byl nerelevantní.

Cíl 2: Zjistit, zda se liší úroveň znalostí první pomoci u všeobecných sester pracujících ve větším zařízení oproti menšímu zařízení.

Tento cíl odkazuje na otázku dotazníku číslo 3 - kolik se nachází lůžek ve vašem zařízení. Otázka byla rozdělena dle odpovědí respondentů na dvě skupiny. Zařízení s počtem lůžek do 149 a nad 149. Z celkového počtu 32 respondentů dvacet pracuje v zařízení, kde je počet lůžek do 149. Dvanáct z nich pracuje ve větším zařízení. Výzkumu se tedy zúčastnilo více menších domovů pro seniory/se zvláštním režimem. Vzhledem k tomu, že se nezúčastnil z většího a menšího zařízení stejný počet respondentů tento cíl nelze zjistit. Výsledek by byl nerelevantní.

Cíl 3: Zjistit, zda v domovech pro seniory probíhá pravidelné školení v první pomoci pro sestry.

Všichni respondenti, uvedli že u nich probíhá pravidelné školení první pomoci, a to jednou za rok. Jeden respondent zřejmě překlepem odpověděl, že u nich školení neprobíhá. V dalších otázkách týkající se školení první pomoci respondent odpovídal. Byl tedy zařazen k odpovědím ANO probíhá.

Cíl 4: Zjistit, jakou formou probíhá odborné školení první pomoci všeobecných sester v domovech pro seniory/se zvláštním režimem.

Ústní formu školení pomocí prezentace uvedlo 9 (28,1 %) respondentů. Školení ústní i praktickou formou bez testu na konci uvedlo 23 (71,9 %) respondentů.

Ve většině zařízení probíhá tedy školení první pomoci ústní i praktickou formou bez testu na konci.

Cíl 5: Zjistit, zda by všeobecné sestry chtěly rozšířit své znalosti týkající se první pomoci.

Všichni respondenti to je 32 (100 %), dotazovaných zodpověděli, že mají zájem rozšiřovat své znalosti v oblasti první pomoci.

Doporučení pro praxi:

Provádění školení teoretickou i praktickou formou ve všech zařízení. Zvýšení pravidelnosti školení. Proškolení první pomoci by bylo vhodné zkontrolovat závěrečným testem. Test může být zařazen na konec školení, mohla by se tím zvýšit pozornost sester v průběhu školení.

Pohled všeobecných sester na první pomoc z prací vyplívá, jako něco, o co jeví zájem a zároveň je vnímána jako povinností. Všichni respondenti mají o danou problematiku zájem a chtěli by rozšiřovat své znalosti.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá první pomocí v domovech pro seniory z pohledu všeobecné sestry. Hlavním cílem bylo zjistit úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti první pomoci.

Teoretická část práce je rozdělena na čtyři hlavní kapitoly. První kapitola nám přibližuje domovy pro seniory a samotné seniory. Druhá kapitola se zabývá lidskými právy, chartou práv seniorů a etickým kodexem sester. Ve třetí kapitole je stručně popsána první pomoc její historie – známé osobnosti, trestní zákon a první pomoc spojená se seniory. V kapitole čtvrté jsou jednotlivé příklady poskytování první pomoci.

Praktická část zahrnuje dotazníkové šetření. Dotazník byl rozdán celkem do osmi zařízení v Jihomoravském kraji. Čtyři z nich se nacházejí v Brně. Další respondenti byli z domova pro seniory v Boskovicích v Černé Hoře, Blansku a ve Křtinách. V každém domově pracuje jiný počet zaměstnaných všeobecných sester. Celkově a anonymní dotazník vyplnilo 32 respondentů. V některých zařízeních byl problém s online metodou dotazníkového šetření. Bohužel kvůli onemocnění Covid 19 a vyhlášení nouzového stavu, zákazu návštěv nebyla jiná možnost a výzkum v zařízeních nebylo možné jinak realizovat. Některé zařízení mi i samotnou spolupráci zcela odmítli i přesto, že se vše řešilo online.

Celkově jsem s výsledky práce překvapena. Obvykle se dost chybovalo u otázek, u kterých bychom to až tak neočekávali. Úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti první pomoci vyšla 77,90. Výsledek není příliš dostačující.

Myslím si, že je důležité, aby všeobecné sestry věděly, jak správně postupovat při poskytování první pomoci. Měly by být pravidelně proškoleny, protože postupy se neustále mění dle nových směrnic, neboli guideline. Poskytnout adekvátní první pomoci by měly umět nejen klientům zařízení, ale také zaměstnancům a kolegyním/kolegům. Včasné poskytnutí kvalitní první pomoci od všeobecné sestry v domově pro seniory je velmi důležité. V domově pro seniory spolu se sestrou není 24 hodin denně lékař jak v nemocnici, ale pouze pár hodin týdně. Když si v nemocnici zavoláme na pomoc lékaře, je k dispozici prakticky okamžitě. Kdežto v domově pro seniory je to obvykle vždy pouze na všeobecné sestře a přivolání lékařské pomoci-záchranné služby trvá mnohdy až dvacet minut. Veškerá zodpovědnost spadá tedy právě na všeobecnou sestru. První pomoc by měly tedy ovládat nejlépe na 100 % teoreticky, ale i prakticky. Vzhledem k tomu, že výsledky nebyly stoprocentní a všichni respondenti mají zájem o rozšiřování svých znalostí určitě by nebylo

na škodu školení provádět vícekrát za rok. Doufám, že má bakalářská práce bude pro vedení domovů pro seniory motivující.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AUSTIN, Margaret, Rudy CRAWFORD a Vivien J. ARMSTRONG. *Prvá pomoc: příručka*. Bratislava: Priroda, 2013, 288 s. ISBN 9788007021532.

BARTŮNĚK, Petr et al., ed., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.

BELEJOVÁ, Hana. *První pomoc: "kdy jindy než teď, kdo jiný než Ty?"*. Brno: Tribun EU, 2016, 461 s. Knihovnicka.cz. ISBN 9788026310433.

BIOGRAPHY.COM EDITORS, 2020. The Biography.com website: Florence Nightingale Biography. The Biography.com website: Florence Nightingale Biography [online]. A&E Television Networks: A&E Television Networks [cit. 2020-05-09]. Dostupné z: <https://www.biography.com/scientist/florence-nightingale>

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Předlékařská první pomoc*. Praha: Grada, 2011, 117 s. Zdraví & životní styl. ISBN 9788024723341.

CONRAD STÖPPLER, Melissa, 2016. 14 *Stroke Early Warning Signs and Symptoms*. <https://www.medicinenet.com> [online]. San Clemente: medicinenet [cit. 2020-05-09]. Dostupné z: https://www.medicinenet.com/stroke_pictures_slideshow/article.htm

Česká resuscitační rada z. s., *Algoritmy doporučených postupů 2015* [online]. Webnia.cz. FN Hradec Králové, 2015, [cit. 2019-09-22]. Dostupné z: <https://www.resuscitace.cz/kestazeni>

ČESKO, 2009. *Trestní zákoník: § 151 Neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku*. In: 40/2009 Sb. Dostupné také z: <http://zakony.centrum.cz/trestni-zakonik/cast-2-hlava-1-dil-3-paragraf-151?full=1>

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 9788024739014

ČÍŽEK, Vladimír. *Průvodce cévními chorobami pro pacienty*. Praha: Maxdorf, c2012, 218 s. ISBN 9788073452971

Developing emergency care systems, 2019. *Bull World Health Organ* [online]. 612-619 [cit. 2020-05-09]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6705504/>

DOBIÁŠ, Viliam, 2017. *5P - prvá pomoc pre pokročilých poskytovateľov: pre tých, čo chcú vedieť viac*. Bratislava: Dixit. ISBN 978-80-89662-24-1.

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, <https://www.cnna.cz/>: *Česká asociace sester* [online]. Praha 2: Česká asociace sester [cit. 2020-05-09]. Dostupné z: <https://www.cnna.cz/icn-eticky-kodex/>

Evropská charta práv pacientů seniorů, 2017. Homolka.cz: *Evropská charta práv pacientů seniorů* [online]. Praha 5: Nemocnice Na Homolce [cit. 2020-05-16]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/o-nemocnici/kvalita-a-bezpecnost/bezpecna-pece-pro-pacienty/eticke-kodexy/evropska-charta-prav-pacientu-senioru/>

Fyzioklinika: Cévní mozková příhoda, In: Fyzioklinika: *Cévní mozková příhoda (CMP)* [online]. Praha 4: FYZIOklinika fyzioterapie s.r.o., Praha [cit. 2020-05-17]. Dostupné z: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/cevni-mozkova-prihoda-cmp>

Hrozenská, M., a D. Dvořáčková. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. 192s. ISBN 978-80-247-4139-0

Jak resuscitovat aneb KPR podle guidelines 2015, 2015. <https://www.prpom.cz/>: *Jak resuscitovat aneb KPR podle guidelines 2015* [online]. Praha 9: PrPom [cit. 2020-05-09]. Dostupné z: <https://www.prpom.cz/jak-resuscitovat-kpr-guidelines-2015/>

KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing, 2015, 204 s., Sestra. ISBN 9788024753676

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3224-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 9788024727134.

LEJSEK, Jan a Kolektiv, 2013. *První pomoc*. II. Praha: Karolinum. ISBN 9788024620909.

MALÁ, Lucie a David PEŘAN. *První pomoc pro všechny situace: v souladu s evropskými doporučeními 2015*. Praha: Vyšehrad, 2016, 182 s. ISBN 9788074296932

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024731483.

Medicinaonline: Glasgow Coma Scale, 2018. In: Medicinaonline: *Glasgow Coma Scale* [online]. medicina online [cit. 2020-05-17]. Dostupné z: <https://medicinaonline.co/2018/02/14/glasgow-coma-scale-per-la-classificazione-del-coma/>

OSN: Lidská práva, Osn.cz: *Lidská práva* [online]. Praha 1: Informační centrum OSN [cit. 2020-04-10]. Dostupné z: <https://www.osn.cz/osn/hlavni-temata/lidska-prava/>

POLÁKOVÁ, Jana, 2012. *Poskytování první pomoci v domovech pro seniory*. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava

ŠÍN, Robin, Petr ŠTOURACĚ a Jana VIDUNOVÁ. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén, [2019], 388 s. ISBN 978-80-7492-433-0

WENDSCHE, Peter a Radek VESELÝ. *Traumatologie*. Praha: Galén, [2015], xvi, 344 s. ISBN 9788074922114.

WHITWORTH, Gerhard, 2019. *What is aspiration?* Medicalnewstoday [online]. Brighton: medicalnewstoday [cit. 2020-05-09]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/324611>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIM Akutní infarkt myokardu

CMP Cévní mozková příhoda

DNR (do – not – resuscitate) – Nezahajovat neodkladnou resuscitaci

KPR Kardiopulmonální resuscitace

OSN Organizace světových národů

PP První pomoc

SŠ Střední škola

Sv. Svatý

v.r. V roce

WHO Světová zdravotnická organizace

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Úroveň znalostí.....	37
Graf 2: Typ zařízení.....	38
Graf 3: Místo pracoviště.....	39
Graf 4: Počet lůžek v zařízení.....	40
Graf 5: Věk.....	41
Graf 6: Vzdělání.....	42
Graf 7: Délka výkonu práce.....	43
Graf 8: Předchozí práce.....	44
Graf 9: Forma školení.....	47
Graf 10: Zahájení KPR u dospělé osoby.....	49
Graf 11: Frekvence srdeční masáže u dospělé osoby.....	50
Graf 12: Provedení KPR.....	51
Graf 13: Vdechnutí cizího tělesa.....	52
Graf 14: Vypuzovací manévry.....	53
Graf 15: Postup u předpokládaného AIM.....	55
Graf 16: Acetonový dech.....	56
Graf 17: Podání cukru.....	57
Graf 18: Hemoragický šok.....	59
Graf 19: Postižený nereaguje, nedýchá, z rány vystřikuje jasně červená krev.....	60
Graf 20: Otevřená zlomenina kosti stehenní s masivním krvácením.....	61
Graf 21: Setkání s první pomocí.....	62

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Úroveň znalostí.....	37
Tabulka 2: Typ zařízení	38
Tabulka 3: Místo pracoviště	39
Tabulka 4: Počet lůžek v zařízení	40
Tabulka 5: Věk.....	41
Tabulka 6: Vzdělání.....	42
Tabulka 7: Délka výkonu práce	43
Tabulka 8: Předchozí práce.....	44
Tabulka 9: Školení první pomoci.....	45
Tabulka 10: Pravidelnost školení.....	46
Tabulka 11: Forma školení	47
Tabulka 12: Uvolnění dýchacích cest.....	48
Tabulka 13: Zahájení KPR u dospělé osoby.....	49
Tabulka 14: Frekvence srdeční masáže u dospělé osoby	50
Tabulka 15: Provedení KPR	51
Tabulka 16: Vdechnutí cizího tělesa.....	52
Tabulka 17: Vypuzovací manévry	53
Tabulka 18: Příznaky	54
Tabulka 19: Postup u předpokládaného AIM	55
Tabulka 20: Acetonový dech?	56
Tabulka 21: Podání cukru	57
Tabulka 22: Fast test	58
Tabulka 23: Hemoragický šok.....	59
Tabulka 24: Postižený nereaguje, nedýchá, z rány vystřikuje jasně červená krev	60
Tabulka 25: Otevřená zlomenina kosti stehenní s masivním krvácením.....	61
Tabulka 26: Setkání s první pomocí	62
Tabulka 27: Rozšíření vědomostí	63

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1: Dotazník.....	77
Příloha P 2: Srdeční masáž	81
Příloha P 3: Heimlichův a Gordonův manévr.....	82
Příloha P 4: Škála Glasgow Coma Scale	83
Příloha P 5: FAST Test.....	84
Příloha P 6: Přikládání škrtidla	85

PŘÍLOHA P 1: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Hulalová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „První pomoc v domovech pro seniory z pohledu všeobecné sestry“.

Součástí výzkumné části je dotazník, a proto bych Vás touto cestou chtěla požádat o jeho vyplnění. Dotazník je zcela **anonymní**.

Pokud v dotazníku není uvedeno jinak, zaškrtněte pouze jednu odpověď. Předem Vám děkuji za spolupráci a ochotu.

1) Ve kterém pracujete domově?

- a) Domov pro seniory
- b) Domov pro seniory se zvláštním režimem
- c) V obou typech

2) Kde se domov pro seniory/se zvláštním režimem, ve kterém pracujete nachází?

a) (Napište místo, pokud jich je více vypište všechny.)

.....

3) Kolik se nachází lůžek v zařízení, ve kterém pracujete?

b) (Napište číslo, pracujete-li ve více domovech vypište všechny.)

.....

4) Kolik je vám let?

- a) 21–25 let
- b) 26-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41 let a více

5) Jaké je vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- a) SŠ s maturitou
- b) Vysokoškolské nebo vyšší odborné

6) Jak dlouho jako všeobecná sestra v daném domově pro seniory/ se zvláštním režimem pracujete?

- a) Méně než dva roky
- b) 2-5 let

- c) 6-10 let
 - d) 11-18 let
 - e) Více jak 18 let
- 7) Pracovala jste před tím v jiném zdravotnickém zařízení, domově pro seniory/se zvláštním režimem jako všeobecná sestra?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Pracovala jsem před tím v jiném zdravotnickém zařízení či domově pro seniory/se zvláštním režimem, ale ne jako všeobecná sestra
- 8) Probíhá u vás v domově, ve kterém pracujete školení první pomoci pro všeobecné sestry?
- a) Ano
 - b) Ne
- 9) Jak často u vás na pracovišti takové školení první pomoci pro všeobecné sestry probíhá?
- c) Odpovídejte, pokud jste v otázce číslo pět zodpověděl(a) ano.
- a) Jednou za rok
 - b) Dvakrát za rok
 - c) Vícekrát za rok
 - d) Méně často, než je uvedeno
- 10) Jakou formou školení probíhá?
- a) Ústně formou prezentace
 - b) Ústně formou prezentace, zakončeno písemným testem
 - c) Ústně i prakticky zakončeno testem
 - d) Ústně i prakticky bez testu na konci
- 11) Jak uvolníte dýchací cesty postiženému?
- a) Otevřu mu ústa a vytáhnu jazyk
 - b) Mírným záklonem hlavy
 - c) Podložením hlavy
- 12) Jak zahájíte kardiopulmonální resuscitaci u dospělé osoby?
- a) 2 vdechy
 - b) Masáží srdce
 - c) Nevím

- 13) Jaká je frekvence srdeční masáže u dospělého člověka?
- a) 90-80 za minutu
 - b) 100-120 za minutu
 - c) Nevím
- 14) Jakby jste prováděl(a) kardiopulmonální resuscitaci?
- a) Vždy na tvrdé podložce v poloze na zádech
 - b) Na povrchu nezáleží, důležitá je poloha na zádech
 - c) Nezáleží ani na povrchu ani na poloze
- 15) Jak se zachováte, pokud postižený vdechnul cizí těleso a aktivně kašle?
- a) Nechám ho, ať zkusí těleso sám vykašlat
 - b) Nenechávám ho těleso vykašlat a ihned zahajuji vypuzovací manévry
 - c) Okamžitě volám odbornou pomoc
- 16) Jaké máme vypuzovací manévry u vdechnutí cizího tělesa u dospělé osoby? (Je možnost více odpovědí)
- a) Gordonův manévr
 - b) Heimlichův manévr
 - c) Gaspingův manévr
 - d) Stlačení prsty směrem vzhůru na konci hrudní kosti.
- 17) Příznaky jako jsou bolest za hrudní kostí, strach ze smrti, schvácenost a další se nám projeví předpokládáný?
- a) Akutní infarkt myokardu – AIM
 - b) Plicní embolie
 - c) Cévní mozková příhoda – CMP
- 18) Jak budete postupovat, pokud u postiženého předpokládáte, že se jedná o AIM a je při vědomí?
- a) Uložím ho do stabilizované polohy, zavolám odbornou pomoc, podám nitráty
 - b) Uložím ho do polohy v sedě nebo polosedě, uvolním těsný oděv, zavolám odbornou pomoc, pokud jsou k dispozici podám nitráty
 - c) Zavolám odbornou pomoc a sleduji stav postiženého
- 19) Kdy je možné, že ucítíte acetonový dech?
- a) Při hypoglykémii
 - b) Při hyperglykémii
 - c) Nevím

- 20) Cukr nemocnému podáte, při již diagnostikované:
- Hypoglykémii při vědomí
 - Při hyperglykémii při vědomí
 - V obou případech
 - Ani v jednom případě
- 21) Fast test neboli face, arms, speech a time (obličej, paže, řeč/mluvený projev, čas) je charakteristické pro jaké onemocnění?
- CMP – cévní mozková příhoda
 - Akutní infarkt myokardu
 - Šok
- 22) Hemoragický šok bývá nejčastěji příčinou, u kterého krvácení?
- Žilního
 - Tepenného
 - Vlásečnicového
- 23) Jakby jste postupoval(a) v případě poskytnutí první pomoci osobě, která nereaguje, nedýchá a zároveň jí z rány vystřikuje jasně červená krev?
- Zahájil(a) bych ožívování – kardiopulmonální resuscitaci
 - Zastavil(a) bych krvácení
 - Zavolal(a) bych odbornou pomoc
- 24) Jak poskytnete první pomoc u postiženého s otevřenou zlomeninou kosti stehenní s masivním krvácením?
- Zavolám záchrannou službu, budu kontrolovat vitální funkce raněného
 - Zvednu končetinu, zavolám záchrannou službu
 - Zastavím krvácení, zavolám záchrannou službu, s postiženým se snažím zbytečně nehýbat
- 25) Poskytoval(a) jste už někdy první pomoc?
- Ano
 - Ne
 - d)
- 26) Máte zájem rozšiřovat své vědomosti v oblasti první pomoci?
- Ano
 - Ne
 - Není potřeba, ovládám ji

PŘÍLOHA P 2: SRDEČNÍ MASÁŽ



Správné provádění srdeční masáže (Zdroj: vlastní)



Nesprávné provádění srdeční masáže (Zdroj: vlastní)

PŘÍLOHA P 3: HEIMLICHŮV A GORDONŮV MANÉVR



Heimlichův manévr (Zdroj: vlastní)






Gordonův manévr (Zdroj: vlastní)

PŘÍLOHA P 4: ŠKÁLA GLASGOW COMA SCALE

MEDICINA ONLINE

Glasgow Coma Scale

EYE OPENING		VERBAL RESPONSE		MOTOR RESPONSE	
					
Spontaneous >	4	Orientated >	5	Obey commands >	6
To sound >	3	Confused >	4	Localising >	5
To pressure >	2	Words >	3	Normal flexion >	4
None >	1	Sounds >	2	Abnormal flexion >	3
		None >	1	Extension >	2
				None >	1
GLASGOW COMA SCALE SCORE					
Mild 13-15		Moderate 9-12		Severe 3-8	

Glasgow Coma Scale (Medicinaonline)

PŘÍLOHA P 5: FAST TEST



Face
obličej



Arm
paže



Speech
řeč



Time
čas

FAST test (Fyzioklinika)

PŘÍLOHA P 6: PŘIKLÁDÁNÍ ŠKRTIDLA



Přiložení škrtdla na paži (Zdroj: vlastní)



Přiložení škrtdla na stehnu (Zdroj: vlastní)