

Senior a první pomoc

Markéta ŘEHÁKOVÁ

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta ŘEHÁKOVÁ**
Osobní číslo: **H080326**
Studijní program: **B 5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Senior a první pomoc**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část:

- 1. Charakterizovat stáří a jeho změny.**
- 2. Popsat první pomoc, postupy poskytování základní první pomoci laickou veřejností.**
- 3. Nastínit problematiku vzdělávání seniorů.**

Praktická část:

- 1. Zjistit pomocí dotazníkového šetření informovanost seniorů o první pomoci.**
- 2. Analyzovat data dotazníkového šetření.**
- 3. Interpretovat výsledky výzkumného šetření.**
- 4. Vytvořit podklady a realizovat přednášku pro seniory o poskytování první pomoci s praktickým nácvikem.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KALVACH, Zdeněk, et. al. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6

BYDŽOVSKÝ, Jan. První pomoc. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. 75 s. ISBN 80-247-0680-0

Autorský kolektiv. Zdravotnický instruktor Českého červeného kříže. první. Praha: Úřad Českého červeného kříže, 2002. 252 s.

PETŘKOVÁ, Anna. Aktuální problémy vzdělávání seniorů. první. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 1999. 104 s. ISBN 80-244-0007-3.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Silvie Treterová
Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
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 Zlíně1.6.2011.....

..........

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 nevydělečně 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 vzdělávacího 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). Odpirá-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 užít 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 výtěžku 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 výtěžku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce bylo zjistit u seniorské populace, jaká je úroveň znalostí v poskytování první pomoci a jejich zájem k této problematice.

Teoretická část je rozdělena do několika kapitol. První definuje období stárnutí, stáří a vymezení věkových kategorií u seniorů. Popisuje tělesné a psychické změny, které jsou s tímto obdobím spojeny. Změny v těchto oblastech jsou limitující při poskytování první pomoci. V další části se práce věnuje vymezením pojmů první pomoci, integrovanému záchrannému systému a charakterizuje jednotlivé postupy poskytování první pomoci při úrazech a náhlých příhodách typických pro starší věk. Je zmíněna také právní odpovědnost při neposkytnutí první pomoci. V rámci teoretické části jsou nastíněna specifika vzdělávání u seniorů.

Praktická část se zabývá analýzou získaných dat od seniorské populace z dotazníkového šetření. Na základě zjištěných informací byl vytvořen teoretický podklad k realizaci přednášky pro seniory s ukázkami a možnostmi praktického nácviku.

Klíčová slova:

Senior, stárnutí, stáří, změny ve stáří, první pomoc, vzdělávání seniorů.

ABSTRACT

Aim of this bachelor thesis was to determine the level of knowledge of the senior population in the providers of first aid, their attitude and interest in this issue.

The theoretical part is divided into several chapters. First defines the period of aging, old age and the definition of age categories for the seniors. It describes the physical and psychological changes, that are associated with this period. Changes, in these areas, limiting the provision of first aid. In the next part deals with the definitions of first aid, integrated rescue system and characterizes the various processes for the provision of first aid for injuries and sudden incidents typical of an older age. Mention is also a legal responsibility to provide the first aid. The theoretical part presents specifics of senior education.

The practical part deals with the analysis of data obtained from the senior population of the survey. Based on the information created a theoretical basis for the implementation of lectures for senior citizens with the possibility of demonstrations and practical training.

Keywords:

Senior, aging, old age (senility), changes in senility, first aid, seniors education.

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

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

Chtěla bych tímto způsobem poděkovat Mgr. Silvii Treterové za vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytla v průběhu zpracování mé bakalářské práce. Dále bych také chtěla poděkovat respondentům za jejich čas a ochotu při vyplňování dotazníků.

Velký dík také patří mému manželovi, rodině a blízkým přátelům, kteří mi pomáhali a podporovali mě během celého studia.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	13
1.1 STÁRNUTÍ.....	13
1.2 STÁŘÍ	13
1.2.1 Biologické stáří	14
1.2.2 Sociální stáří.....	14
1.2.3 Kalendářní (chronologické) stáří.....	14
2 ZMĚNY VE STÁŘÍ	16
2.1 TĚLESNÉ ZMĚNY.....	16
2.2 PSYCHICKÉ ZMĚNY	18
3 PRVNÍ POMOC	20
3.1 ROZDĚLENÍ PRVNÍ POMOCI	20
3.2 INTEGROVANÝ ZÁCHRANNÝ SYSTÉM.....	20
3.3 TELEFONNÍ ČÍSLA TÍSŇOVÉHO VOLÁNÍ	21
3.4 PRÁVNÍ ASPEKTY.....	22
4 SENIOR A POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI	23
4.1 KRVÁCENÍ	23
4.1.1 Tepenné krvácení	23
4.1.2 Žilní krvácení	24
4.1.3 Vlasečnicové krvácení	24
4.1.4 Krvácení z nosu (epistaxe)	25
4.2 KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE	25
4.3 ŠOK.....	27
4.4 TEPelná POŠKOZENÍ ORGANISMU	29
4.4.1 Popáleniny, opařeniny	29
4.4.2 Omrzliny	30
4.5 PORANĚNÍ POHYBOVÉHO APARÁTU	31
4.5.1 Poranění kloubů	31
4.5.2 Zlomenina	31
4.6 NEÚRAZOVÉ URGENTNÍ STAVY.....	32
4.6.1 Akutní infarkt myokardu (srdeční mrtvice)	32
4.6.2 Cévní mozková příhoda (mozková mrtvice).....	33
4.6.3 Diabetes mellitus (úplavice cukrová, cukrovka).....	33
4.6.4 Křečové stavy.....	34
4.7 ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ	35
5 SPECIFIKA VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ	37
5.1 PROCES UČENÍ STARŠÍCH LIDÍ.....	37
5.2 VHODNÉ METODY KE SDĚLENÍ NOVÝCH INFORMACÍ.....	38
5.2.1 Monologické metody (přednáška, výklad).....	38
5.2.2 Praktická cvičení	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	40

6	METODIKA PRÁCE.....	41
6.1	STANOVENÉ CÍLE.....	41
6.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	41
6.3	METODA PRÁCE.....	41
6.4	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	42
6.4.1	Charakteristika jednotlivých položek.....	42
6.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	42
6.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	43
7	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	44
7.1	GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKŮ.....	44
8	DISKUZE	70
	ZÁVĚR	75
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	76
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	80
	SEZNAM OBRÁZKŮ	82
	SEZNAM TABULEK.....	83
	SEZNAM PŘÍLOH.....	84

ÚVOD

Motto:

„Náhlé postižení zdraví je neočekávaná příhoda, která se může stát kdykoliv, kdekoliv a komukoliv z nás.“

Pavel Srnský

Kdokoliv z lidí se může kdykoliv dostat do situace, že bude poskytovat první pomoc jednak neznámému člověku při nehodě na ulici, nebo blízké osobě v domácnosti. Je nutné si uvědomit, že každý z nás může být i v roli zraněného, který bude potřebovat pomoc od druhých lidí. A bude záležet právě na okolí, jak se zachová, zda dokáže pomoci. A do těchto situací se může dostat i senior. Proto by měl umět poskytnout první pomoc každý z nás bez rozdílu věku – můžeme tím zachránit lidský život.

V posledních letech došlo k řadě změn v oblasti poskytování první pomoci. Je důležité, aby s nimi byla vhodnou formou seznámena laická populace. Ke změně zažitých pravidel dochází velmi pomalu, ale můžeme se snažit podpořit vystřídat již přežitá prvky tím, že budeme zprostředkovávat nové poznatky a nové zásady doplníme i praktickým nácvikem, při kterém laici získají určitou zručnost. I když v každé situaci mohou hrát hlavní roli emoce, je potřeba nejen vědět, jak můžeme zachránit, ale také mít vždy dobrou vůli pomoci druhému člověku.

Už dlouho se zabývám kurzy první pomoci a opakovaně se setkávám s chybnými prvky při jejím poskytování, nebo mnohdy spíše s neochotou chtít pomoci, a to u všech věkových kategorií, zejména však u seniorů. Seniori často spoléhají na to, že se do této situace nedostanou a nebo, že bude v blízkosti někdo jiný, který první pomoc poskytne za ně.

Ve spolupráci s Českým červeným křížem, jehož jsem členkou, vedu děti od první po devátou třídu k poskytování první pomoci. Několikrát jsem také měla možnost školit širokou veřejnost. Když se objevila nabídka zmíněné organizace věnovat se problematice poskytování první pomoci starší populací, byla to pro mě další výzva. Z těchto důvodů jsem si vybrala toto téma bakalářské práce. Abych využila neobyčejnou možnost ještě více proniknout hlouběji do této problematiky, zjistit, jak seniori vnímají poskytování první pomoci, jaké znalosti z první pomoci mají a kde je prostor pro zprostředkování dalších informací.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

1.1 Stárnutí

Všechno kolem nás stárne, avšak jenom lidé si svoje stárnutí uvědomují. Průběh našeho lidského stárnutí závisí do značné míry na tom, s jakými pocity je očekáváme, jak reagujeme na změny, které nastanou, a jak se s nimi dovedeme vnitřně vyrovnat (Wolf a kol., 1982).

Stárnutí je, vzhledem k lidskému vývoji, jeho závěrečnou fází, a proto je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny. Hamilton (1999) uvádí, že stárnutí je poslední fází vývoje, kterou prožívá každý, i zdravý a úrazů ušetřený jedinec.

„Fyziologické stárnutí a stáří je normální součástí života člověka a je charakterizováno uchováním přiměřené tělesné i duševní aktivity do vysokého věku. Patologické stáří se projevuje jako stáří předčasné nebo nerovnoměrné s řadou fyzických i psychických potíží, které jsou příčinou částečné nebo celkové ztráty soběstačnosti“ (Pacovský a kol., 1988, s. 12).

Všichni také víme, že stárnutí je považováno za symbol zkušenosti a moudrosti (Kalvach a kol., 1997).

Hrůza (1966) ve své knize označuje stárnutí za souhrn procesů probíhajících s časem, které mají zpravidla nevratný charakter a nakonec vedou ke smrti. Pojednává o tom, že nejdůležitější z příznaků stárnutí je pokles životaschopnosti, který nastává s časem a vede k větší pravděpodobnosti zániku jedince.

1.2 Stáří

„Stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázáno, a ztráta soběstačnosti není nezbytným, zákonitým důsledkem stárnutí“ (Kalvach a kol., 1997, s. 9).

Stáří může být znakem klidu a moudrosti; stříbrné hlavy podněcují úctu a zaslouží si díkyvzdání. Stáří je vinobraním života, ale může být také strašlivým protivníkem (Pacovský, Heřmanová, 1981).

Stáří je posledním ontogenetickým vývojovým obdobím v životě jedince, které v sobě nese známky období předcházejících. To znamená, že odpovídá do značné míry stylu života, který člověk žil zejména ve středním věku, ve fázi dospělosti. Je to proces biologický charakterizován tím, že je nevratný a končí smrtí jedince (Gruberová, 1998).

Kalvach (1997) označuje stáří jako pozdní fázi ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o důsledek a projev genetických podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami), a je spojeno s řadou významných změn sociálních (například osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny příčinné i následné změny se vzájemně prolínají. Mnohé změny jsou protichůdné a jednotné vymezení stáří se tak stává velmi obtížným. Obvykle se proto rozlišuje stáří kalendářní, sociální a biologické.

1.2.1 Biologické stáří

Je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn, obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi nemocemi, které se vyskytují s velkou frekvencí ve vyšším věku, jako je například ateroskleróza. Dokonalé vymezení biologického stáří se však nedaří a není ani shoda o tom, co by mělo vyjadřovat. Pokusy o jeho určení, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního jedince, se nezdařily a stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant se nepoužívá. Stále tak zůstává skutečnost, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti (Kalvach a kol., 1997).

1.2.2 Sociální stáří

Zasahuje do proměn sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Upozorňuje na společné zájmy a rizika seniorů, jako je například ztráta životního programu, maladaptace na penzionování se ztrátou společenské prestiže, osamělost, věková segregace a diskriminace, a proto je v tomto smyslu stáří chápáno jako sociální událost. Začátek sociálního stáří je většinou dán nárokem na starobní důchod či skutečné penzionování (Kalvach a kol., 2004).

1.2.3 Kalendářní (chronologické) stáří

Je vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, ale i tato věková hranice se posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací. Uplatňuje se rovněž demografické hledisko – čím více seniorů ve společnosti, tím starší populace a tím vyšší hranice stáří. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost i snadná komparace (Kalvach a kol., 1997).

Stáří určované na základě kalendářního věku je doba, která uplynula od narození jedince (Ďoubal a kol., 1997).

Pozorujeme-li staré lidi, vidíme na první pohled, že různí lidé stejného věku „vypadají“ nebo „nevypadají“ na svůj věk, někdo vypadá starší, jiný mladší. A nejde jen o vzhled a počet vrásek, ale i o různé fyziologické funkce organismu, tělesnou výkonnost, počet chorob, duševní svěžest. Obzvláště v duševní oblasti jsou rozdíly mezi různými stejně starými lidmi velmi nápadné. Na jedné straně apatie, dětinskost, na druhé straně velká duševní aktivita, svěžest a dokonce u duševních pracovníků, umělců nebo vědců, vytvoření významných uměleckých nebo vědeckých děl ve vysokém věku. Co způsobuje tyto rozdíly mezi stejně starými lidmi? Jde především o to, že různí lidé nestárnou stejně rychle, to záleží jednak na jejich genetickém základě, tj. jakou mají dispozici k dlouhověkosti a k různým chorobám, které zdělili po svých předcích, na tom jak žijí a jsou vystaveni příznivým nebo nepříznivým podmínkám. Lidé stejného kalendářního věku mohou mít různý věk biologický - věk podle jejich skutečných schopností (Hrůza, 1966).

„Rozhodně neplatí dříve vnímaný fakt, že pro stáří je normální vznik nesoběstačnosti a závislosti“ (Prehnal, 2000, s. 25).

V literatuře nalezneme celou řadu členění stáří, pro tuto bakalářskou práci je zvoleno jedno z nejčastějších, a tím je rozdělení seniorů dle návrhu Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1980.

Základní klasifikace stáří dle Světové zdravotnické organizace:

- 60 – 74 let se označuje jako rané stáří – senescence
- 75 – 89 let se označuje jako vlastní stáří – senium
- 90 let a výše se označuje jako dlouhověkost – patriarchium

2 ZMĚNY VE STÁŘÍ

2.1 Tělesné změny

„Orgány a systémy každého jedince stárnou nestejně, nevyrovnaně a dokonce můžeme zjistit, že i jednotlivé části a složky téhož orgánu stárnou odlišně“ (Jedlička, 1991, s. 10).

Změny na pohybovém ústrojí – kosti a klouby u starých lidí podléhají významným změnám. Dochází k ubývání kostních trámců, kostní buňky zpomalují svoji činnost, kosti se stávají řídkší, křehčí, zranitelnější, meziobratlové ploténky a kloubní chrupavky se snižují, vlákna kolagenu a kloubní vazy ztrácejí svou délku a pružnost. Svalstvo zmenšuje svůj objem, ztrácí pružnost, sílu a snižuje se schopnost rychlé reakce. Tyto změny jsou způsobeny úbytkem kontraktilních vláken, neschopností regenerace a jejich náhradou vazivem (Jedlička, 1991).

Změny kožní – kůže je orgán, podle jehož stavu se laicky odhaduje stáří člověka, i když je to v řadě případů odhad nepřesný. Všeobecně dochází ke ztenčování pokožky, která sice zachovává schopnost regenerovat, ale životnost buněk je kratší (Gruberová, 1998). Kůže starého člověka se stává vrásčitá, ztrácí svou elasticitu, je suchá a sebemenší pohmoždění způsobí podlitinu. Nejčastější příčinou je úbytek vody, podkožního tuku, změny pojiva. U vlasů dochází k šedivění, k jejich řidnutí nebo vypadávání, zvláště u mužů je to jedna z nejčastějších a nejvýraznějších známek stárnutí. Je nutno dodat, že existují značné individuální rozdíly, což je zřejmě podmíněno dědičností (Jedlička, 1991).

Změny antropometrických údajů – hmotnost se vlivem snížení svalové hmoty a úbytku podkožního tuku fyziologicky snižuje. Neplatí to u těch lidí, kteří si zachovali velkou chuť k jídlu a značně omezili pohyb, u nich dochází k obezitě. Výška se v důsledku změn na lokomočním aparátu, zmenšením svalové hmoty a sníženého napětí svalů zmenšuje (Kalvach a kol., 2004).

Změny smyslových orgánů – u zraku dochází mezi 40. – 50. rokem ke zhoršování. Snižuje se pružnost čočky a schopnost akomodace. Pokles akomodační schopnosti čočky se nazývá presbyopie, která se řadí do příznaku stárnutí. Starý člověk se hůře adaptuje na změny světla, hlavně na tmou, je také zpomaleno zotavení po oslnění (Gruberová, 1998).

Tyto příznaky negativně ovlivňují pocit jistoty a suverenity, zvyšují závislost stárnoucího člověka a někdy vedou k úplné nesoběstačnosti. Velmi časté jsou u starých lidí také poruchy sluchu, které značně omezují možnost komunikace (Topinková, 2005).

„Stařecká nedoslýchavost – presbycusis se týká nejprve vysokých tónů, později se snižuje i schopnost rozumění a chápání mluvené řeči“ (Gruberová, 1998, s. 16).

Pocit hmatu, doteku se začíná oslabovat již po padesátém roce života. Na nohou se projevuje snížená citlivost dříve, než na rukou. Dochází také k úbytku vláken čichového nervu, který modifikuje s postupujícím věkem čich kvantitativně i kvalitativně, a v důsledku úbytku chuťových pohárků dochází někdy k výrazné změně chuti (Jedlička, 1991).

Poruchy rovnováhy – závratě, které se vyskytují ve vyšším věku, mohou pravděpodobně za většinu nešťastných příhod. Jejich původ spočívá nejvíce v degenerativních procesech vnitřního ucha a v poruchách prokrvení mozku (Kalvach a kol., 2004).

Kardiovaskulární systém je ve vyšším věku značně změněn. S postupujícím věkem ubývá srdeční svaloviny jen poměrně málo, ale výrazně se snižuje výkonnost srdce jako pumpy. Je to způsobeno výraznou redukcí srdečního výdeje po 65. roce života. Za hlavní důvod je považován vzestup rezistence arteriálního řečiště s postupujícím věkem. Ve stáří se také poměrně často zjišťuje pružnicková hypertenze v důsledku sklerotických změn velkých cév. Vlivem změn je srdce starého člověka zvláště citlivé na jakoukoli nepřiměřenou námahu a snadno selhává (Jedlička, 1991).

Respirační systém – dochází k involučním změnám projevující se poklesem váhy plic a sníženou plicní funkcí, která se vyjadřuje poklesem vitální kapacity. Staří lidé říkají, že se jim „krátí dech“, zejména při námaze, kdy již dýchací systém následkem poklesu vitální kapacity nestačí uspokojit nároky organismu na kyslík (Gruberová, 1998).

Trávicí systém – kromě výrazného podílu defektního chrupu, paradentózy a nedokonalých zubních protéz se na špatné funkci zažívacího traktu podílí i řada dalších příčin. Jsou to například atrofie sliznic a ochabnutí svaloviny, snížení motility žaludku a peristaltiky střev, kvalitativní a kvantitativní změny v produkci trávicích enzymů a nedostatečné využití minerálních látek. Podle převahy jedné složky nad druhou se u starých lidí objevují poruchy, jako jsou průjemy nebo naopak úporné zácpy (Jedlička, 1991).

Nervový systém – se stárnutím dochází k úbytku mozkových buněk, ke ztrátě pružnosti mozkových cév a ke snížení celkové váhy mozku. *„To vede k postupnému poklesu kapacity paměti především bezprostřední, krátkodobé, v poklesu rychlosti vedení a také k prodloužení doby reakce“ (Jedlička, 1991, s. 8).*

Vylučovací systém – změny na ledvinách, které jsou vyvolané stářím, jsou podobné jako na jiných orgánech. Dochází ke zmenšení velikosti a váhy ledvin v důsledku redukce počtu nefronů a zmenšení jejich velikosti. Snižuje se průtok krve ledvinami a funkční kapacita glomerulů, to má za následek pokles glomerulární filtrace (Gruberová, 1998).

Endokrinní systém – s narůstajícím věkem dochází nejen ke změnám v produkci pohlavních hormonů, ale také ke snížení produkce hormonů hypofýzy a štítné žlázy. Projevuje se to funkčně snížením bazálního metabolismu.

V procesu stárnutí je pravděpodobně nejvýznamnější skutečností neschopnost stárnoucího organismu přizpůsobit se podmínkám stresu ve stejné kvalitě a rozsahu jako v mládí. Adaptace na zátěž a stres u starého jedince je nedokonalá a nedostatečná. To vzniká v důsledku nedokonalé teplotní a tlakové regulace, úpravy pH krve, udržování rovnováhy ve stáří. U starších lidí je všeobecně známa zimomřivost, manifestovaná sníženou schopností tvorby tepla, což lze nepochybně částečně připočíst sníženému metabolismu a poklesu výkonnosti nervové soustavy (Kalvach a kol., 2004).

2.2 Psychické změny

Psychické změny sestupné povahy

S věkem klesá elán, vitalita, vážne schopnost navazovat a později i udržovat kvalitní interpersonální vztahy. Slábne invence, tvůrčí schopnosti jsou omezeny, celkové psychomotorické tempo se zpomaluje, zvyšuje se nedůvěra a snižuje sebedůvěra. U starých lidí klesá sebehodnocení a vzrůstá nejistota. Psychická adaptabilita je ve stáří snižena, dochází k oploštění emotivity a je oslabeno etické, sociální i estetické citění (Jedlička, 1991).

Následkem změn dochází u starých lidí k pomalejší reakci na podněty, zadané úkoly řeší dobře, zejména pokud mohou využít své dosavadní zkušenosti, jen potřebují na řešení dostatek času (Mahoney, 2000).

Typické je snížení výbavnosti a vřtíivosti, kdy staří lidé si nemohou vzpomenout např. na jména známých lidí, mají potíže se zafixováním nových věcí a musí vyvinout daleko větší úsilí, aby se naučili něčemu novému. „*Zhoršená novopaměť kontrastuje s neporušenou pamětí dlouhodobou a snadným vybavováním starých zážitků*“ (Gruberová, 1998, s. 22).

Porucha koncentrace pozornosti je ve stáří častá, souvisí se zvýšenou únavností. Výrazná je zde i „zbytečná“ starostlivost, někdy až úzkostnost. Staří lidé mají častý sklon ke smut-

ku, rozmrzelým náladám, bývají plačtiví, lítostiví, snadno se urazí, jsou vztahovační a na druhé straně bývají zlostně výbušní, egocentričtí, neshášenliví (Jedlička, 1991).

Obecně se říká, že negativní vlastnosti každého člověka se s léty zvýrazňují, že stáří karikuje povahu, například kdo byl v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý.

Psychické změny vzestupné povahy

Patří mezi změny výrazné a v životě člověka hrají důležitou roli. S přibývajícím věkem se obecně zvyšuje vytrvalost, trpělivost a může být i vítaná pracovní či životní stereotypie a monotónnost. Ve stáří je zvýšená tolerance k druhým lidem i k opačným názorům. Taktéž bývá zachována schopnost úsudku, která někdy vede k rozváznému nadhledu. Určitá zdrženlivost a opatrnost bývá někdy hodnocena negativně (jako rigidita), jindy kladně (jako zkušenost nebo tzv. moudrost stáří) (Jedlička, 1991).

Psychické funkce, které se s věkem nemění

Slovní zásoba a jazykové znalosti u starých lidí zůstávají zpravidla zachovány. „*Proto bývají i staří lidé dobrými řečníky a politiky*“ (Gruberová, 1998, s. 22).

Velmi často se uvádí, že intelekt na úrovni dosažené ve zralém věku se nemění. Zachováním intelektuální úroveň nemůže někdy starý člověk projevít a „dokázat světu“, a to právě v důsledku některých poruch a vad. Tento stav se označuje jako „skrytý intelekt“ (Jedlička, 1991).

Sociální změny zde neuvádíme, protože pro potřeby obsahu bakalářské práce nejsou významné. Neovlivňují poskytování první pomoci, tak jako změny tělesné a psychické.

3 PRVNÍ POMOC

„První pomoc je definovaná jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky ohrožení či postižení“ (Bydžovský, 2004, s. 9).

3.1 Rozdělení první pomoci

Technická první pomoc

Je soubor technických opatření, umožňujících provedení laické nebo odborné první pomoci. Spočívá v přerušení a eliminaci příčiny, která poruchu zdraví způsobila např. uhašení požáru, vyproštění postiženého z vraku automobilu, ze závalu, ze zamořeného prostředí, atd. Profesionálně se touto činností zabývá hasičský záchranný sbor (Lebeda, 2004).

Laická (základní) první pomoc

Je soubor účelných jednoduchých úkonů, jejichž cílem je přerušit chorobný děj, zabránit prohloubení poruchy zdraví, zmírnit strádání nemocného, zmenšit následky příhody, případně zachránit ohrožený život. Tato pomoc je poskytována kdekoliv, na místě nehody, může ji poskytnout každý zcela bez pomůcek, případně s jednoduchými základními či improvizovanými prostředky. Nezbytnou součástí laické pomoci je přivolání odborné zdravotnické první pomoci (Srnský, 2002).

Odborná zdravotnická první pomoc

Je poskytována specializovaným zdravotnickým personálem – lékaři, záchranáři, všeobecnými sestrami. Zajišťuje podávání léků, injekcí, infuzí a použití přístrojové techniky k diagnostice a léčení. Tuto činnost u nás vykonává Zdravotnická záchranná služba (Lebeda, 2004).

3.2 Integrovaný záchranný systém

Integrovaný záchranný systém (IZS) je efektivní systém vazeb, pravidel spolupráce a koordinace záchranných a bezpečnostních složek, orgánů státní správy a samosprávy, fyzických a právnických osob při společném provádění záchranných a likvidačních prací a přípravě na mimořádné události. Tak aby „nikdo nebyl opomenut, kdo pomoci může a vzájemně si nikdo z nich nepřekážel“ (Integrovaný záchranný systém, 2009, online).

Mezi základní složky IZS patří Zdravotnická záchranná služba (ZZS), Hasičský záchranný sbor České republiky, Policie České republiky, Jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany.

Ostatní složky IZS jsou Obecní policie, Orgány ochrany veřejného zdraví, Havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby, Vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil, Zařízení civilní ochrany, Neziskové organizace a sdružení občanů, která lze využít k záchranným a likvidačním pracím (Integrovaný záchranný systém, 2009, online).

3.3 Telefonní čísla tísňového volání

- 112** Jednotné evropské číslo tísňového volání,
- 155** Zdravotnická záchranná služba,
- 150** Hasičský záchranný sbor ČR,
- 158** Policie ČR,
- 156** Městská policie (Dostálová, 2008).

Přístup k těmto telefonním číslům je tedy zcela bezplatný z pevných telefonních linek, mobilních telefonů i z veřejných telefonních automatů (Integrovaný záchranný systém, 2009, online).

Přivolání odborné pomoci – struktura rozhovoru

- představení: jméno, příjmení volajícího a telefonní číslo, ze kterého je voláno, pro možnost rychlého zpětného kontaktu,
- místo nehody: město, obec, ulice, číslo domu, poschodí, číslo dveří, přístupové cesty, veřejné komunikace, dálnice (orientace podle označení a významných orientačních bodů),
- charakter nehody a čas jejího vzniku: popis úrazu, náhlé příhody,
- sdělení: pohlaví zraněných, přibližný věk, počet poraněných osob, případně zda je potřeba technické pomoci,
- při nepřístupnosti terénu pro vozidlo upozornit na stav povětrnostních podmínek (počasí, vítr, mlha, déšť, viditelnost), domluvit plochu a znamení pro eventuální přistání vrtulníku Letecké záchranné služby,

- je důležité vědět, že nikdy neukončujeme hovor dříve než dispečer (Beránková a kol., 2007; Dostálová, 2008).

3.4 Právní aspekty

„Povinnost poskytnout nebo alespoň přivolat či jinak zajistit první pomoc má každý občan, obzvláště pak zdravotník. Vyplývá to z obecné povinnosti chránit život a zdraví každého člověka“ (Študentová, 2007, s. 12).

Pro Českou republiku platí dvě zákonná ustanovení pro poskytování první pomoci. Prvním stanoveným platným zákonem je Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a druhým zákonem je Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, který nabyl účinnosti 1. ledna 2010 a nahradil zákon č. 140/1961, Trestní zákon.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů stanovuje povinnost v § 9 odst. 2 písm. d), kde je uvedeno:

„V zájmu svého zdraví a zdraví spoluobčanů je každý povinen poskytnout nebo zprostředkovat nezbytnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky závažné poruchy zdraví“ (Zákon o péči o zdraví lidu, 1966, online).

Zákon č. 40/2009, Trestní zákoník stanovuje povinnost v § 150 Neposkytnutí pomoci:

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.“*

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

Zákon č. 40/2009, Trestní zákoník stanovuje povinnost v § 151 Neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku:

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

4 SENIOR A POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI

Vybrána jsou zde taková poranění a příhody, které by mohla seniorská populace využít při poskytování první pomoci s ohledem na jejich různá zdravotní omezení a zároveň je třeba klást důraz na poskytování první pomoci v takové míře, aby senioři neohrozili svoje zdraví a svůj život.

4.1 KRVÁCENÍ

„Velkou krevní ztrátou rozumíme náhlý pokles objemu obíhající krve vyvolávající obranné mechanismy organismu, který může mít za následek nejen hemoragický šok, ale posléze i smrt vykrvácením. Vedle dušení a náhle zástavy krevního oběhu je velká krevní ztráta třetí příčinou náhlé smrti“ (Pokorný et al., 2010, s. 69).

4.1.1 Tepenné krvácení

Při tomto krvácení dochází k vystřikování světle červené krve z rány rytmicky s tepem (barevný odstín krve nemusí být vždy jasně znatelný, je spíše doprovodným ukazatelem k rozlišení, o jaké krvácení se jedná). Při poranění tepen velkého průměru (krční, pažní, stehenní tepna) uniká rychle velké množství krve a raněnému hrozí za 60 až 90 sekund smrt vykrvácením (Petržela, 2007).

Postup první pomoci:

Posadíme nebo položíme zraněného na zem, abychom předešli možnému omdlení a pádu. Zvedneme krvácející ránu (končetinu) nad úroveň srdce, tím se sníží přítok krve k poranění a provedeme tlak na cévu – na tepnu, kde působíme tlakem buď přímo (stisknutím krvácející cévy prsty v ráně), nebo nepřímo (pomocí tlakových bodů). Pro vlastní bezpečnost používáme gumové rukavice. Přiložíme tlakový obvaz, popř. zaškrcovalo. Musíme sledovat, zda obvaz neprosakuje krví, pokud ano, původní vrstvu neodstraňujeme a přidáme novou tlakovou vrstvu, po třetí tlakové vrstvě použijeme zaškrcovadlo. Přivoláme Zdravotnickou záchrannou službu (déle jen ZZS), popř. zajistíme odborné ošetření ve zdravotnickém zařízení (Srnský, 2002).

Tlakový obvaz se skládá ze tří částí. První je vrstva krycí – sterilní, kterou přikládáme přímo na krvácející ránu. Druhá vrstva je tlaková – hlavní funkční část obvazu, svou masivností cévu v ráně stlačuje a zastavuje krvácení. Musí být dostatečně pevná, vysoká (3 – 5cm), nesmí však zraňovat. A třetí je vrstva připevňovací – obinadlem nebo trojčipým šát-

kem pevně připevníme a přitlačíme obvaz k ráně. Rána nesmí být přitažena příliš silně, tak aby byla končetina bledá, nehmatný puls, a ani příliš volně, aby byl obvaz prosáklý krví (Srnský, 2002).

„Zaškrcovadlo je poslední volbou k zastavení masivního zevního krvácení. K jeho použití dochází až po vyčerpání všech ostatních pokusů o zastavení krvácení“ (Petržela, 2007, s. 25).

Zaškrcovadlo se přikládá „nad ránu“, směrem k srdci, co nejvíce do blízkosti rány, ne však do oblasti kloubů. Nikdy se nepřikládá přímo na kůži, vždy se musí podložit nebo přes oděv. Musí být dostatečně široké, nejméně 5 cm. Vždy se musí přiložit časový údaj o zaškrčení se svým jménem. Zaškrčenou končetinu znehybníme a chladíme. Správně zaškrčená končetina je bledá, není hmatný tep na okrajové části končetiny. Přiložené zaškrcovadlo se nepovoluje (Srnský, 2002).

4.1.2 Žilní krvácení

Typickým znakem tohoto krvácení je plynulé vytékání tmavě červené krve z rány. Neošetření může mít za následek vykrvácení (Petržela, 2007).

Postup první pomoci:

Posadíme nebo položíme zraněného a zvedneme poraněnou část těla do výšky. Přiložíme tlakový obvaz na ránu, který je tvořený třemi vrstvami, pro vlastní bezpečnost je dobré použít gumové rukavice. Kontrolujeme prosakování tlakového obvazu, pokud obvaz prosákne, přidáme další, původní vrstvu však neodstraňujeme. Nebezpečnou komplikací může být tzv. vzduchová embolie, kdy dochází k nasátí vzduchu do poraněné žíly (nejčastěji u žil na krku a hrudníku) a jeho vmetení do plicních cév. Proto při poranění žil v této oblasti je potřeba zraněného rychle položit a uzavřít průsvit poškozené cévy stlačením rány. Zajistíme odborné ošetření, popř. zavoláme ZZS (Bydžovský, 2004).

4.1.3 Vlasečnicové krvácení

Je zde porušena souvislost nejjemnějších cévek (vlasečnic), které probíhají v podkoží. Nejčastější příčinou jsou oděrky, drobné řezné a tržné ranky. Toto krvácení není nebezpečné z hlediska krevní ztráty, většinou se zastaví po několika minutách samo (Srnský, 2002).

Postup první pomoci:

Okolí rány zbavíme nečistot a dezinfikujeme, na ránu přiložíme sterilní obvaz dle velikosti zranění, někdy postačí náplast nebo sterilní čtverec, který se fixuje obinadlem. Pokud jsou rány malého rozsahu toto ošetření obvykle postačí a další nejsou zapotřebí (Beránková a kol., 2007).

4.1.4 Krvácení z nosu (epistaxe)

S tímto krvácením se setkáváme poměrně často, ne vždy se jedná o krvácení traumatického původu (zevní násilí, vnitřní poranění sliznice, ...). Existuje mnoho příčin, jako je např. vysoký krevní tlak, poruchy srážení krve, ale i snížení atmosferického tlaku apod. Rozsah a závažnost krvácení se mohou pohybovat od zcela malých, neohrožujících celkový stav zraněného, až po masivní, které často vedou k rozvoji hemoragického šoku. Zvlášť je nebezpečné při poruše vědomí, kde je nebezpečí aspirace (Dostálová, 2008).

Postup první pomoci:

Při zachovalém vědomí zraněného posadíme s mírným předklonem hlavy. Stiskneme nosní křídla u kořene nosu na dobu 3 – 5 minut a přiložíme studený obklad na čelo a do týla. Nos nikdy netamponujeme a ničím nevyplachujeme. Při bezvědomí uložíme do polohy na boku se zvýšenou horní polovinou těla a podložíme odsávací vrstvou. Při silném, obtížně zastavitelném krvácení, v bezvědomí nebo při možném vdechnutí krve voláme ZZS (Beránková a kol., 2007).

4.2 Kardiopulmonální resuscitace

„Základní neodkladná resuscitace je soubor opatření směřujících k obnově oběhu okysličené krve v organismu postiženém náhlým selháním jedné nebo více základních životních funkcí – vědomí, dýchání a krevního oběhu“ (Pokorný et al., 2010, s. 7). Zahrnuje zajištění průchodnosti dýchacích cest, umělé dýchání z plic do plic a podporu krevního oběhu nepřímou srdeční masáží. Záchránce nepoužívá kromě bariérových ochranných prostředků žádné technické vybavení ani oxygenoterapii (Pokorný et al., 2010).

Postup první pomoci:

Kontrola vědomí – oslovíme postiženého, např. „Jste v pořádku? Je vám dobře?“ – mluvíme nahlas a zřetelně. Pokud nereaguje, zatřeseeme jeho rameny a stiskneme paži. Kontrola vědomí trvá pouze pár sekund (Beránková a kol., 2007).

Správná poloha – uložíme do polohy na zádech na pevné podložce.

Průchodnost dýchacích cest – dýchací cesty uvolníme záklonem hlavy tlakem na čelo a zvednutím brady postiženého. Překážkou v průchodnosti dýchacích cest bývá nejčastěji „zapadlý jazyk“ (Beránková a kol., 2007).

Kontrola dýchání (pohledem, poslechem) – pozorujeme, zda se hrudník zvedá a klesá. Posloucháme u úst postiženého dýchací šelesty. Sledujeme, zda cítíme na své tváři proud vydechaného vzduchu. Toto hodnocení dýchání musí trvat maximálně 10 sekund. Musíme také dávat pozor na „lapavé dýchání“, které může přetrvávat i několik minut po zástavě oběhu.

Pokud je dýchání normální, uložíme postiženého do Rautekovy zotavovací polohy. U seniorů v řadě případů není bráno za pochybení, vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, pokud nezvládnou podložení těla pomocí končetin při přetáčení postiženého na bok. Voláme ZZS a pravidelně kontrolujeme dýchání (Pokorný et al., 2010).

Pokud postižený nedýchá / nedýchá normálně

Podle doporučení European Resuscitation Council a American Heart Association z roku 2010:

- přivoláme Zdravotnickou záchrannou službu – tel. číslo 155 (112),
- zahájíme resuscitaci – stlačujeme střed hrudníku a dýcháme z plic do plic v poměru 30 : 2. Frekvence stlačování je nejméně 100x za minutu a hloubka stlačování je 4 – 5 cm. Mezi kompresemi hrudník zcela uvolníme (Guidelines, 2010, online).
- musíme klečít vedle trupu postiženého, strana zde nehraje roli, masírující ruka se bází dlaně přikládá na střed hrudní kosti (orientačně u mužů – spojnice prsních bradavek) a druhá ruka se přikládá na ni – vzájemné propojení prstů. Záchranec dynamicky přenáší váhu svého těla přes natažené lokty.
- při dýchání z plic do plic klečíme u hlavy postiženého a hlavu držíme v mírném záklonu, palcem a ukazovákem ruky, která je položena na čele stiskneme nosní křídla a do postiženého dvakrát vdechneme (objem vdechu je 500 – 650 ml),
- dýchání z úst do nosu je považováno za rovnocennou alternativu,
- je vhodné použít ochranné bariérové pomůcky, např. resuscitační roušku,
- pokud je dostupný defibrilátor (AED) provádíme defibrilaci – vybavenost v České republice je doposud minimální (Základní neodkladná resuscitace, online).

Ukončení resuscitace

- při dosažení úspěchu – postižený začne spontánně dýchat, popř. se objeví další vitální projevy (pohyby, kašel). V mimořádných situacích může dojít i k návratu vědomí.
- po předání jedince do péče ZZS,
- při vyčerpání zachránců (Hasík, 2008).

Změny v jednotlivých úkonech při poskytování kardiopulmonální resuscitace

- *„Laikům se nadále nedoporučuje trojitý Esmarchův hmat ani podkládání pod rameny či úchop šíje dlaní.“*
- *„Revize dutiny ústní a preventivní vyjmutí zubní protézy se nadále nepovažuje za standardní výkon“* (Hasík, 2008, s. 26 - 27).
- *„U dospělých osob nepřímá masáž srdce předchází umělému dýchání.“*
- *„Klade se důraz na ochranné pomůcky a v případě nepřekonatelných zábran (poranění obličeje, zvratky, rizikový jedinec) se připouští nepřímá srdeční masáž bez dýchání.“*
- *„Před zahájením kardiopulmonální resuscitace ani v jejím průběhu se neprovádí kontrola pulsu. Sjednotila se metodika resuscitačních cyklů dětí a dospělých.“*
- *Masáž se provádí ve středu hrudní kosti, nikoli nad jejím dolním koncem“* (Hasík, 2008, s. 28,31).
- pro úspěch je důležité začít včas a nepřetržitě stlačovat hrudník,
- pokud postižený začne reagovat nebo normálně dýchat, přerušíme resuscitaci a kontrolujeme postiženého do příjezdu ZZS,
- pokud se objeví v průběhu resuscitace ojedinělé „lapavé“ nádechy, nepřestáváme resuscitovat,
- pokud ale nádechy trvají, nepřestáváme stlačovat hrudník, není však třeba dýchání z plic do plic (Guidelines, 2010, online).

4.3 ŠOK

„Šok je reakcí organismu na absolutně nebo relativně snížený objem kolující náplně krevního řečiště (hypovolemii). Jde o závažný stav ohrožující na životě, při kterém dochází k selhání krevního oběhu. Je charakterizován hypotenzí a nedokrvením tkání. Je to obranná reakce organismu, která snižuje prokrvení v oblasti břicha a podkoží stažením cév, aby tělo napomohlo centralizaci krevního oběhu, a při které srdce výrazně zvýší svoji činnost –

tento kompenzační mechanismus (zrychlení srdeční akce) funguje pouze omezenou dobu, pak dochází vlivem nedostatečného plnění komor k nedostatečnému výdeji a kolapsu krevního oběhu – dekompenzaci“ (Bydžovský, 2004, s. 21).

Pokud trvá šokový stav delší dobu, postižený umírá v důsledku selhání funkce jednotlivých systémů. Šok provází asi 10 % závažných komplikovaných úrazů (polytraumat) a je stále považován za nejčastější smrtelnou komplikaci (Srnský, 2002).

Rozdělení šoku dle příčiny

Hypovolemický šok může být způsoben krvácením, popáleninami, zvracením, průjmy. Kardiogenní šok bývá u srdečního selhání, infarktu myokardu, embolie do plicnice. Septický šok se nachází u těžké pooperační infekce a rozsáhlých popálenin. Anafylaktický šok je alergická reakce na léky, cizorodé bílkoviny (např. jedy hadů a hmyzu). K rozvoji neurogenní šoku dochází v důsledku oběhového selhání, které je způsobené abnormálním rozšířením cév. Příčinou je porucha centrální nervové soustavy (např. úraz mozku, léková intoxikace). Šok může nastat i tehdy, když je objem krve sice dostatečný, ale srdce ji nedokáže čerpat, např. v důsledku těžké srdeční choroby, při akutním selhání srdce (Šokové stavy, 2005, online).

Postup první pomoci:

- protišoková poloha – poloha na zádech se sníženou horní polovinou těla a podložením dolních končetin alespoň o 30 cm, napomáháme centralizaci krve do životně důležitých orgánů,
- protišoková opatření „5 T“.

Tišení bolesti – spočívá ve správném ošetření základního poranění např. rychlá zástava krvácení, chlazení popálenin, znehybnění zlomenin. Nepodáváme nikdy analgetika.

Teplo – snažíme se o zajištění tepelného komfortu – udržení optimální tělesné teploty, zabránění podchlazení i přehřátí např. v zimě přikryjeme nejen zraněného, ale hlavně dáme podložku pod něj a v létě uložíme ze slunce do stínu.

Tekutiny – snažíme se tlumit pocit žízně např. svlažováním rtů, otíráním obličeje vlhkým kapesníkem. Nikdy nepodáváme tekutiny ústy.

Ticho – zabezpečíme relativní klid v okolí zraněného, psychologicky působíme např. uklidňujeme – vysvětlíme zraněnému, o jaké poranění se jedná, jakou pomoc a proč ji poskytujeme, vždy s ohledem na stav zraněného. Důležitá je komunikace se zraněným!

Transport – doprava zraněného do nemocnice. Povinnost co nejdříve zavolat ZZS a zdůraznit, že se jedná o zraněného v šoku. Zraněného nikdy sami netransportujeme vlastními silami a prostředky – pro nebezpečí zhoršení celkového stavu (Srnský, 2002).

4.4 Tepelná poškození organismu

4.4.1 Popáleniny, opařeniny

„Popálení vzniká krátkým působením extrémně vysokých teplot na kůži (plamen, rozžhavené předměty, pára atd.), ale může vzniknout i delším působením relativně nízkých teplot na povrch těla (např. přiložením termoforu na místa nedostatečně prokrvená nebo politím šatstva horkou vodou). Riziková hranice „úrazové“ teploty je poměrně nízká, pouhých 56 °C.“

„Popáleniny způsobené vlhkým horkem (parou, tekutinami) nazýváme opařeniny“ (Ertlová a kol., 2003, s. 305).

Rozdělení popálenin podle hloubky poškození

První stupeň – zarudnutí – popálenina povrchní. Kůže je červená, mírně oteklá a bolestivá.

Druhý stupeň – puchýř – tvoří se zde puchýře vyplněné tkáňovým mokem, bolestivost.

Třetí stupeň – příškvar – hluboká popálenina, dochází k poškození kůže v celé tloušťce.

Čtvrtý stupeň – zuhelnatění – hluboká popálenina, zasahuje do hloubky a postihuje nejen kůži a podkoží, ale i svaly, klouby a kosti (Petržela, 2007).

Rozsah poškození

Rozsah popálenin odhadujeme pomocí tzv. „*pravidla devíti*“, plocha dlaně poraněného odpovídá 1 % povrchu jeho těla. Poškození povrchu těla u dospělého 15 – 20 % a u malých dětí již od 5 % dochází k rozvoji popáleninového šoku, který vážně ohrožuje poraněného na životě (Petržela, 2007).

Postup první pomoci:

Technická první pomoc

Snažíme se zabránit dalšímu působení tepla a odstraníme postiženého z dosahu horkého předmětu. Hořící oděv uhasíme nejlépe politím vodou nebo zakrytím a udušením ohně příkrývkou – nepoužíváme umělohmotné tkaniny. Snažíme se zabránit postiženému

v běhu. Svlečeme oděv, který může být doutnající, horký, mokrý a odstraníme prstýnky a šperky z popálených ploch a jejich okolí (Srnský, 2002).

Zdravotnická první pomoc

Chladíme tekoucí studenou vodou minimálně 10 – 30 minut (dokud přináší úlevu). Správné chlazení snižuje celkový stupeň poškození tkáně, výrazně snižuje bolest a působí proti šokově. Zasažené větší plochy chladíme vodou o teplotě 20 – 25 °C – dbáme na prevenci podchlazení, ostatní chladíme studenou vodou o teplotě 10 – 15 °C. Pokud jsou zasaženy oči, vyplachujeme je Borovou vodou. Ošetříme popáleniny sterilním krytím rány (první stupeň není třeba krýt), puchýře nepropichujeme a příškvary (např. oděv, dehet, ...) nestrháváme, pouze ve volném okraji můžeme odstříhnout. Nepoužíváme žádné zasypy ani masti! Pokud jsou popáleny ruce je nutné prsty vypodložit záložkami, které si vytvoříme z gázy. Ošetřené části těla znehybníme, u rozsáhlejších popálenin provádíme protišoková opatření a zajistíme přivolání ZZS (Srnský, 2002).

4.4.2 Omrzliny

„Vznikají obvykle na nekrytých částech těla, špatně prokrvených periferních částech končetin nebo místech vystavených tlaku (boty, tísnící oděv). Důležitým faktorem jejich vzniku je také věk (starší lidé omrznou častěji), celkový tělesný stav (vyčerpání) a doba působení chladu. Omrzliny mohou vzniknout i při teplotách kolem nuly působením silného větru nebo promočením oděvu“ (Ertlová a kol., 2003, s. 308).

Postup první pomoci:

Improvizovaně zahříváme ložiska například vlastníma rukama, vložением prstů do podpaží, třísel, atd. Omrzliny nikdy netřeme sněhem ani jiným materiálem a co nejrychleji se snažíme dopravit postiženého do tepla. Zahříváme celkově horkými nápoji, přikrývkami, obklady, popřípadě celkovou lázní, teplota musí být postupně zvyšována z vlažné do teplé – nesmí postiženému působit bolest! Při vyšším stupni omrznutí zajistíme odborné ošetření (Petržela, 2007).

4.5 Poranění pohybového aparátu

4.5.1 Poranění kloubů

„Dochází k poškození vaziva poutajícího k sobě hlavici kosti a kloubní jamku; nejčastěji při sportech a autonehodách. Poranění provází bolestivost, otok a patologická hybnost“ (Bydžovský, 2004, s. 30).

Pohmoždění (contusio, kontuze)

Nezávažné poranění měkkých částí kloubu, které je charakteristické krevním výronem a bolestivostí.

Podvrtnutí (distorsio, distorze)

Hlavice kloubu opustí kloubní jamku, ale vrací se zpět. Dochází k natažení vaziva a porušení cév, které je doprovázeno bolestí, otokem a krevním výronem.

Postup první pomoci:

Přiložíme studený obklad (vždy přes textilii – ne přímo na tělo), znehybníme (fixujeme) kloub elastickým obinadlem a zajistíme odborného ošetření (Srnský, 2002).

Vykloubení (luxatio, luxace)

Kloubní hlavice opustí jamku a zpět se nevrací. Končetina zůstává ve vynucené poloze a při pokusu o změnu polohy klade „pružinový odpor“, vyvolává velkou bolest a vrací se do původní, vynucené polohy.

Postup první pomoci:

Fixujeme končetinu ve vynucené poloze – neměníme polohu končetiny! Horní končetinu znehybníme pomocí velkého šátkového závěsu. Přiložíme studený obklad, vždy přes textilii – ne přímo na tělo. Snažíme se zabránit stavění se na poraněnou končetinu a tzv. „rozcházení“ poranění. Přivoláme ZZS (Bydžovský, 2004).

4.5.2 Zlomenina

Vzniká v důsledku porušení celistvosti kostí vlivem přímého nebo nepřímého násilí, obvykle se dělí na otevřené, kdy dochází k proniknutí kostních úlomků přes svalstvo a kůži navenek, a zavřené, kdy zlomenina zůstává kryta svalstvem a neporušenou kůží. U zlomenin dlouhých končetinových kostí dochází zejména ke krvácení z dřevě poraněné kosti nebo z cév okolních tkání. Při otevřených zlomeninách bývá krvácení nápadné a jen zřídka

se podhodnotí, zatímco u zlomenin zavřených se často krevní ztráty podceňují (Ertlová a kol., 2003).

„Nejčastěji jde o zlomeninu krčku stehenní kosti, Collesovu zlomeninu předloktí či kompresivní zlomeniny obratlů“ (Dvořáčková, 2009, online).

Postup první pomoci:

Znehybníme (fixujeme) zlomenou kost přes dva klouby, např. horní končetinu velkým šátkovým závěsem a dolní končetinu improvizovaně pomocí šátků, přikrývky nebo svázáním dolních končetin k sobě. Nikdy se nesnažíme zlomenou kost napravit! Můžeme přiložit studený obklad. Při otevřené zlomenině dodržujeme maximální sterilitu (infekce kostní tkáně je těžkou komplikací při hojení), při doprovodném masivním krvácení přiložíme zaškrcovadlo. Nikdy však nepřikládáme tlakový obvaz! Zajistíme tepelný komfort (snažíme se omezit ztráty tělesného tepla přiložením přikrývky nad i pod zraněného), provádíme protišoková opatření a zajistíme přivolání ZZS (Srnský, 2002).

4.6 Neúrazové urgentní stavy

Jsou zde popisovány urgentní stavy, se kterými se starší lidé mohou kdekoliv setkat poměrně často.

4.6.1 Akutní infarkt myokardu (srdeční mrtvice)

„Akutní infarkt myokardu je ložisková ischemická nekróza srdeční svaloviny na podkladě poruchy koronární perfúze“ (Pokorný et al., 2010, s. 127).

Vyskytuje se zejména u osob starších 40 let. Riziko infarktu myokardu se zvyšuje kouřením, nadváhou, vyšší hladinou cholesterolu v krvi, vysokým krevním tlakem. Mezi příznaky tohoto akutního onemocnění patří prudká palčivá bolest za hrudní kostí, vystřelující do krku, levé paže, dolní čelisti, zrychlený dech, slabost, pocení, závrať, většinou se tyto potíže objevují z plného zdraví (Bydžovský, 2004).

Postup první pomoci:

Přivoláme ZZS a uložíme postiženého do polohy v polosedě nebo vleže se zvýšenou polohou těla. Uvolníme těsnící oděv a zajistíme přívod čerstvého vzduchu. Snažíme se postiženého zklidnit, trvale sledujeme jeho stav až do příjezdu ZZS. Pokud užívá léky např. Nitroglycerin – podáme mu jej. V případě selhání srdečního oběhu a dýchání zahájíme neodkladně resuscitaci (Šafránková, 2006).

4.6.2 Cévní mozková příhoda (mozková mrtvice)

Cévní mozková příhoda (CMP) neboli mozková mrtvice je druhou nejčastější příčinou smrti ve vyspělých zemích. V České republice každoročně onemocní touto chorobou asi 250 – 300 lidí na 100 000 obyvatel. CMP vzniká na podkladě uzávěru (80 %) nebo prasknutí (20 %) mozkové cévy – mozkové krvácení. Pokud dojde k ischemii mozkové cévy, je přerušeno zásobování určité části mozku krví a dochází k odumření dané části mozkové tkáně, která přestává pracovat. To se projeví nejčastěji poruchou hybnosti nebo trnutím končetin na jedné polovině těla, poruchou řeči, poruchou rozumění řeči, intenzivní závratí se zvracením, dvojitým viděním, poruchou vědomí, přechodnou poruchou zraku (Hlavačková, 2010, online).

Postup první pomoci:

Přivoláme ZZS, pokud je postižený při vědomí, uložíme jej do polohy vleže na zádech s mírně vypodloženou hlavou. Zajistíme tělesný a psychický klid. Nepodáváme žádné léky, jídlo, tekutiny, alkohol a zajistíme přívod čerstvého vzduchu. Pokud se postižený nachází v bezvědomí, zajistíme průchodnost dýchacích cest a neustále sledujeme celkový stav do příjezdu ZZS (Srnský, 2002).

4.6.3 Diabetes mellitus (úplavice cukrová, cukrovka)

„Úplavice cukrová (diabetes mellitus) je civilizační choroba, jejíž podstatou je neschopnost organismu udržet normální hladinu cukru v krvi“ (Srnský, 2002, s. 79). Porucha vylučování hormonu inzulínu z tkáně slinivky břišní může způsobit kolísání hladiny krevního cukru do dvou krajních hodnot – hypoglykémie a hyperglykémie. Oba uvedené stavy, pokud nejsou včas léčeny, mohou způsobit bezvědomí až smrt nemocného (Srnský, 2002).

Hypoglykémie

„Hypoglykémie je pokles hladiny krevního cukru (glukózy) pod dolní hranici normy“ (Šafránková, 2006, s. 59).

Mezi první příznaky, které se rozvíjí velmi rychle, patří například pocení, třes, hlad, celková slabost, závratě, bolesti hlavy, dvojité vidění, zmatenost, agresivita, křeče. Hypoglykémie vzniká na podkladě předávkování inzulínem nebo perorálními antidiabetiky, při dietní chybě, hladovění (Šafránková, 2006).

Postup první pomoci:

Při vědomí podáme postiženému zdroj glukózy (kostku cukru, sladký čaj, Coca – Colu), zajistíme tělesný klid a tepelný komfort. Při bezvědomí – pátráme po průkazu diabetika a přivoláme ZZS, zajistíme průchodnost dýchacích cest a sledujeme celkový stav do příjezdu ZZS (Srnský, 2002).

Hyperglykémie

Hyperglykémie je zvýšení hladiny krevního cukru nad 15 mmol/l. Tento stav se rozvíjí pomaleji (hodiny až několik dnů). Prvními příznaky bývá žízeň, časté močení, nevolnost, zvracení, slabost, suchá kůže, mlhavé vidění, z dechu je cítit aceton. Nejčastější příčinou bývá vynechání nebo nízká dávka inzulínu, stres, porušení diabetické diety, nedostatek pohybu (Šafránková, 2006).

Postup první pomoci:

Přivoláme ZZS, nebo alespoň doprovodíme nemocného k lékařskému vyšetření. Pokud je v bezvědomí – pátráme po průkazu diabetika, zajistíme průchodnost dýchacích cest a sledujeme celkový stav do příjezdu ZZS. Při vědomí, pokud si nejsme jisti, zda se jedná o hyper nebo hypoglykémii, podáme zdroj cukru, tím neohrozíme stav nemocného do příjezdu ZZS (Srnský, 2002).

4.6.4 Křečové stavy

„Jsou projevem dráždění nebo onemocnění centrální nervové soustavy (CNS)“ (Bydžovský, 2004, s. 39).

Z křečových stavů je zde uvedena epilepsie (padoucnice), kde největší problém bývá v poskytování první pomoci u generalizovaného záchvatu tonicko – klonických křečí, tzv. grand – mal (velkém) záchvatu. Ten zpravidla začíná celkovými tonickými křečemi doprovázenými zástavou dechu, někdy i s cyanózou, který trvá 10 až 30 vteřin. Poté následují klonické křeče celého těla trvající 1 až 5 minut. Je možné poranění nebo pokousání jazyka, tvoří se pěna kolem úst a může dojít k pomůčení nebo pokálení. Vždy dochází ke ztrátě vědomí s následným pádem na zem. Záchvatu může předcházet tzv. aura (výskyt zvláštních čichových a chuťových vjemů, různých automatismů – žvýkání, mlaskání apod.), které „zkušené“ upozorní na blížící se záchvat. Po záchvatu přetrvává dezorientace, zmatečnost, někdy bolesti hlavy, velká únava a spavost (Ertlová a kol., 2003).

Status epilepticus (epileptický stav)

Nejnebezpečnější a život ohrožující stav, který je charakterizovaný jako sled velkých záchvatů, mezi nimiž postižený vůbec nenabývá vědomí. Objevují se dechové poruchy, otok mozku a dochází k vyčerpání organismu (Ertlová a kol., 2003).

Postup první pomoci:

Odstraníme předměty, které by mohly způsobit poranění, podložíme hlavu a uvolníme těsnější oděv kolem krku. Nebráníme záškubům ani automatismům, pokud nehrozí nebezpečí z poranění či poškození věcí. Křeče necháme volně proběhnout, ústa nerozevíráme násilím. Po odeznění křečí, pokud přetrvává porucha vědomí, uložíme postiženého do Rautekovy zotavovací polohy, popř. vyčistíme dutinu ústní. Při dezorientaci postiženého slovně uklidníme a fyzicky jej neomezujeme v pohybu, pokud to není nezbytně nutné. Zkontrolujeme, zda nedošlo k poranění během záchvatu zejména hlavy, jazyka, obratlů. Pátráme po průkazu epileptika, pokud jde o léčeného nemocného a nedošlo u něj k žádnému poranění, které by vyžadovalo ošetření a nepřetrvává dezorientace – není nutný transport do nemocnice. Transport je indikován v následujících případech, pokud jde o první záchvat, o kumulaci záchvatů, o status epilepticus, pokud přetrvává dezorientace, následují další záchvaty generalizované, nebo pokud došlo k poranění, které vyžaduje ošetření (První pomoc při epileptickém záchvatu, 2009, online).

4.7 Český červený kříž

Významnou roli zastává, a to nejen v poskytování první pomoci, ale i v její činnosti Český červený kříž, jehož kořeny na území České republiky jsou starší více než 130 let.

Československý červený kříž (ČSČK) byl založen po vzniku samostatné Československé republiky 1. 2. 1919, jeho předsedkyní byla jmenována PhDr. Alice Masaryková.

Činnost ČSČK byla viditelná už v období mezi dvěma světovými válkami (1919 – 1939), kdy v mnoha případech ČSČK nahrazoval nedostatky státní zdravotní správy nebo sociální péče a úspěšně ji doplňoval. Nejenže zprostředkovával styk rodin se zajatci, ale také se zapojoval do asanačních a profylaktických akcí proti epidemiím především v prvních letech po první světové válce. Budoval zdravotní ústavy, zřizoval poradny pro matky a děti, ambulatoria, jesle a jiná zařízení. Organizoval také dopravní zdravotní službu, posílal nemocné do ústavů, pomáhal při živelných pohromách a rozvíjel zdravotnickou osvětu. Po německé okupaci Československa a vytvoření Protektorátu Čechy a Morava byl Českoslo-

venský červený kříž rozpuštěn a veškerý majetek i místní spolky byly zabaveny. Mnoho členů ČSČK bylo zatčeno, vězněno v koncentračních táborech a řada z nich byla i popravena (Švejnoha, 2002).

V prvních letech po druhé světové válce (1945 – 1948) se vrátil Československý červený kříž ke své předválečné činnosti. Obnovil přípravu samaritánů a ošetřovatelek i dopravní zdravotní službu. Přijímal a také rozděloval zahraniční materiální humanitární pomoc.

Únorový politický převrat v Československu v roce 1948 znamenal další významné změny v činnosti ČSČK, kdy ztratil mnoho ze své samostatnosti a nezávislosti. Byl zařazen mezi společenské organizace a řadu svých činností musel odevzdat státní zdravotní správě, například dopravní zdravotní službu. Přes ztížené podmínky stále odváděl mnoho prospěšné práce pro potřebné. Z jeho činnosti sice vymizely některé tradiční charitativní činnosti, ale byly nahrazeny jinými, jako bylo například dobrovolné dárcovství krve. Postupně se také ČSČK úspěšně zapojoval do zajišťování dobrovolných zdravotnických a sociálních služeb, zřizoval stanice první pomoci, vytvářel zdravotnické hlídky, školil dobrovolné sestry a prováděl mnoho dalších jiných činností (Švejnoha, 2002).

V souvislosti s rozdělením Československa zanikl Československý červený kříž a na území České republiky vzniká 1. 1. 1993 Český červený kříž (dále jen ČČK), který působí dodnes. V současné době má ČČK 117 811 členů a dobrovolníků sdružených ve 2 499 místních skupinách a 76 oblastních spolicích.

Český červený kříž se zaměřuje na řadu činností. Jednou z nich je i vzdělávání lidí v poskytování první pomoci. K tomu vydává řadu výukových a propagačních materiálů. Nadále plní úkoly v bezpříspěvkovém dárcovství krve, v sociální oblasti zřizuje střediska sociálních služeb, stravovny pro důchodce a bezdomovce, ošacovací střediska, sociální domy s bezbariérovými byty pro staré a invalidní občany a chráněné dílny pro zdravotně postižené osoby. Pořádá zahraniční ozdravné rekondiční pobyty pro zdravotně postižené děti i klimatické pobyty pro děti z ekologicky ohrožených oblastí České republiky. Organizuje domácí ošetřovatelskou péči, pečovatelskou službu, v některých regionech provozuje opět zdravotní dopravní službu a je vidět i v mnoha dalších činnostech (Švejnoha, 2002).

5 SPECIFIKA VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ

Stadelhofer (1999) uvádí, že vzdělání není již status či privilegium, ale životní nutnost a prostředek k životu. Kdo nemá dostatečné vzdělání, nemůže se již vyznat ve světě.

„Senioři jsou v současné české společnosti nepřehlédnutelnou skupinou, která je vitální a obsahující obrovskou sociální potenci“ (Rabušic in Petřková, 1999, s. 28).

Edukace dospělých představuje proces, v jehož průběhu se dále rozvíjí osobnost a jeho schopnosti integrace do společnosti a schopnost seberealizace (Jesenský, 2000). Stárnutí se v intelektuální oblasti nejvýrazněji projevuje právě v oblasti paměti, kde se setkáváme s konstatováním tzv. „zeslabení paměti“, které se nedostavuje v plné šíři a nepostihuje rovnoměrně vše, co bylo paměti zachyceno. *„Starý člověk zapomíná především nové, nedávno proběhlé události, zatímco např. vzpomínky z mládí zůstávají často uchovány s obdivuhodnou přesností a takto jsou také reprodukovány“ (Livečka, 1979, s. 122).*

Paměť představuje složitý psychický proces, který je nezbytný k osvojení poznatků. Livečka (Livečka, 1979) rozlišuje základní typy paměti v dospělosti na vizuální, optický (náзорný) typ, kde zapamatování věcí a procesů funguje převážně pomocí grafických zobrazení, schémat, přehledných tabulek, atd. Na auditivní typ používá hlasité předříkávání a opakování, aby se určitá látka lépe zapamatovala. Motorický typ je charakterizován známou větou, že „co je černé na bílém, si mohu klidně odnést domů“. K zapamatování je potřeba určité doprovodné motorické operace. Typ komunikativního učení dospělých, probíhá pomocí rozhovoru s někým jiným o problematice, která je obsahem učiva. Dochází zde k výměně informací a jejich objasňováním se dostavuje žádoucí efekt zapamatování.

Nejdůležitější smyslový orgán, kterým přijímáme většinu informací a poznatků, je oko. Přijímáme jím asi 80 % všech přijatých informací. V pozadí s přijímací schopností zůstává ucho (5 – 10 %) a poté ostatní smysly. Přijaté informace se přivádějí do ústředního nervového systému ke zpracování (Trojan, 2004).

5.1 Proces učení starších lidí

Starší lidé si obtížněji osvojují učivo, které postrádá logické uspořádání a strukturu. Snadněji se učí, pokud je prezentovaná látka přehledněji členěna. Značné potíže činí nedostatečně osvojená a cvičná technika učení, lze však vhodnou metodou tento nedostatek odstranit nebo alespoň minimalizovat. Proto je také důležité při procesu učení, praktickém procvičování a upevňování nových poznatků eliminovat časový faktor. Obtížnější učební

výkony nejsou u starších lidí znakem ubývajících schopností učit se, ale jsou spíše projevem nejistoty, kterou mají při reprodukci osvojeného učiva. Výsledek procesu učení ovlivňuje faktor vloh a nadání, důležitou roli hraje také zdravotní faktor. Velký vliv na úspěšnost procesu učení má stupeň aktivity v průběhu učení a motivační faktory.

Starší lidé pro osvojení nového učiva potřebují delší dobu. Ve srovnání s věkovou skupinou 20 – 30letých potřebují 40 - 50letí asi o 10 % a 50 - 60letí o 20 % více času k osvojení stejného rozsahu a druhu učiva (Livečka, 1979).

V procesu výuky je známo, že starší člověk je nejen pomalejší, ale také uvážlivější ve svých odpovědích (Mahoney, 2000).

5.2 Vhodné metody ke sdělení nových informací

Při vzdělávání seniorů je možné využít slovních tzv. monologických metod, jako je přednáška či výklad. Starší lidé potřebují většinou průběžné posilování slovních informací názorností a vizualizací prezentovaných informací. Prezentovaná látka musí být nejen jednoznačně jasná a dostatečně názorná, ale musí být prezentována v takové komplexnosti, aby nebylo u seniora přetíženo vnímání a osvojování nových informací.

Důležitá je také posloupnost prezentovaných informací; po kratších fázích intenzivního učení by měla následovat fáze praktické aplikace s využitím delších přestávek.

Vzdělávací akce by měly být rozvrženy tak, aby se prováděly spíše dopoledne nebo odpoledne, optimální doba je mezi 9.30 – 11.30 h a odpoledne v době mezi 15.30 – 17.00 h. U starších lidí se nedoporučuje vzdělávací aktivita ve večerních hodinách.

Rozsah prezentovaných informací pro starší lidi by neměl být neúměrně velký. Při přednášce by mělo být věnováno 5 – 10 minut vytyčení cíle a vyladění motivačního pole účastníků ke vnímání, žádoucí úrovně jejich pozornosti a docílení optimální úrovně jejich učební aktivity. Pak nastává vlastní sdělovací fáze, v rozsahu 20 – 45 minut (Livečka, 1979).

5.2.1 Monologické metody (přednáška, výklad)

„I když výklad resp. přednáška je převážně monologickou metodou, u níž je relativně nejmenší zpětná vazba, informující lektora o průběhu procesu učení dospělých, ponechává si stále své místo v soustavě metod vzdělávání starších lidí – zvláště v těch případech, když se jedná o bázlivé, plaché, v sociálních kontaktech a komunikacích zdrženlivé lidi, a konečně o ty, kteří prokazují malou schopnost samostatně se prosazovat“ (Livečka, 1979, s. 164).

Starší lidé velmi lehce sklouzávají do pozice pasivních účastníků. Jejich aktivita je však podmíněná několika faktory:

- motivací, osobní disponovaností, sociálně psychickou atmosférou a klimatem,
- obsahovou úrovní výkladu lektora,
- délkou a strukturou členění přednášky, resp. výkladu,
- schopností lektora, prostředky k upoutání pozornosti a udržení zájmu posluchačů,
- uplatněním názorných a reedukačních technik.

V dnešní době se stále více pro vzdělávání používají PowerPoint prezentace a instruktážní videa (Livečka, 1979).

5.2.2 Praktická cvičení

Tato forma vzdělávání se zaměřuje na ovládnutí praktických postupů, dovedností, návyků a zručnosti (Jesenský, 2000).

Při postupech praktického cvičení začínáme instruktáží, která by se měla provádět pomalu. Současně se musí poskytnout možnost, aby si starší lidé mohli ovlivňovat tempo svého učení, osvojování. Množství informací určených k jednorázovému osvojení musí být menší než u mladších dospělých. Názorná ukázka s použitím pomůcek by měla být intenzivně propojována slovním výkladem. Poté by měla následovat kontrolní fáze praktické prováděné činnosti s pomůckami. Neměly bychom nutit starší lidi vykonávat činnost, které ještě dobře nerozumí nebo si ji neosvojili. Mohly bychom u nich posilovat možnost vzniku stresových situací. Chyby, které se projevují při osvojování nových dovedností, je třeba okamžitě a taktně opravovat. Musíme najít vhodné formy k překonání řady dynamických stereotypů, upevňovaných dlouhodobými návyky, které musí být změněny, případně i překonány (Livečka, 1979). V důsledku snížené výkonnosti a vitality seniorů není možné přistupovat ke všem členům skupiny stejně. Je nutné brát v potaz involuční změny organismu, snížení schopností a psychických výkonů, omezenou soběstačnost a změnu životní role (Jesenský, 2000).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA PRÁCE

6.1 Stanovené cíle

Pro bakalářskou práci jsem stanovila 3 cíle:

1. cíl – zjistit, jaké jsou znalosti u seniorské populace v poskytování laické první pomoci.
2. cíl – zjistit, jaký je zájem seniorů o nové poznatky z oblasti poskytování první pomoci.
3. cíl – na základě zpracovaných dat z dotazníkového šetření vytvořit a realizovat přednášky pro seniory o poskytování první pomoci s praktickým nácvikem.

6.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníkovým šetřením jsem oslovila seniorskou populaci, a to ve věku 60 a více let. Nejmladší oslovený respondent měl 60 let a nejstarší byl muž ve věku 93 let. Dotazníkové šetření mělo za úkol získat informace o znalostech seniorů v poskytování první pomoci. Také jsem zjišťovala jejich zájem o oblast první pomoci.

Celkový počet rozdaných dotazníků byl 200 kusů. Návratnost byla pouze 180 kusů (tj. 90 %), z toho 15 kusů jsem musela vyřadit pro neúplnost v odpovědích, použitelných bylo 165 dotazníků (tj. 82,5 %). Pomocí dotazníků byla oslovena seniorská populace zlínského regionu.

6.3 Metoda práce

Pro zpracování dat jsem ve své bakalářské práci použila kvantitativní metodu – dotazníkové šetření. Je to nejrozšířenější metoda, která umožňuje získat informace od velkého počtu respondentů za poměrně krátkou dobu. „*Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek*“ (Bártlová a kol., 2005, s. 46). Nevýhodou je malý kontakt s respondenty, který jsem částečně snížila při setkání s některými na mé prezentaci o první pomoci. Jen malá část respondentů využila nabízenou možnost získat nové informace a prakticky si je vyzkoušet.

Dotazník (viz. příloha P I) byl tvořen 26 položkami na základě stanovených cílů. Dělí se na dvě části, kdy první část je zaměřena na znalosti seniorů v poskytování první pomoci a

druhá část obsahuje informace o respondentovi, jeho zájmu v oblasti poskytování první pomoci.

V úvodu anonymního dotazníku oslovuji respondenta, představuji se mu a popisuji téma a účel dotazníkového šetření. Vysvětluji postup vyplnění dotazníku a na závěr děkuji respondentům za ochotu a čas strávený při jeho vyplňování.

6.4 Charakteristika položek

V dotazníku, který má 26 položek, byly použity otázky uzavřené – polytomické s výběrem jedné alternativní odpovědi, uzavřené – dichotomické (alternativní), polouzavřené a otevřené.

Položky uzavřené – polytomické s výběrem jedné alternativní odpovědi – 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 23.

Položky uzavřené – dichotomické (alternativní) – 18, 24.

Položky polouzavřené – 22, 25, 26.

Položky otevřené – 1, 19.

6.4.1 Charakteristika jednotlivých položek

Položky dotazníku č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 – zjišťují úroveň znalostí dotazovaných respondentů o poskytování laické první pomoci, zaměřené především na poranění a náhlé příhody.

Položky dotazníku č. 18, 19, 20 – zjišťují pohlaví, věk a dosažené vzdělání respondentů.

Položky dotazníku č. 21, 22, 23 – zjišťují, odkud respondenti získávají informace o první pomoci.

Položka dotazníku č. 24 – zjišťuje zájem respondentů o první pomoc.

Položka č. 25 – zjišťuje, zda respondenti někdy poskytovali první pomoc.

Položka č. 26 – zjišťuje členství respondentů v Českém červeném kříži.

6.5 Organizace šetření

Samotnému výzkumnému šetření předcházelo vytvoření dotazníku. Na začátku jsem provedla pilotní studii. Rozdala jsem 10 dotazníků náhodným starším respondentům a na zá-

kladě jejich odpovědí jsem u některých položek provedla jejich přeformulování. Po opravení dotazníku jsem zhotovila a rozdala 200 kusů dotazníků seniorské populaci.

Respondenti, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili, vyplnili dotazník dobrovolně, nepotřebovala jsem žádný písemný souhlas. Výzkumné šetření probíhalo od 25. 1. – 15. 3. 2011 na několika místech Zlínského regionu.

6.6 Zpracování získaných dat

Získaná data od respondentů jsem zpracovala, vložila do tabulek četností a graficky znázornila pomocí programu Microsoft Excel. Dané položky jsem sečetla, vypočítala procentuálně a zaokrouhlila na dvě desetinná místa. U položky č. 22 jsem odpovědi sečetla a vyjádřila pouze absolutní četnost, z důvodu více odpovědí na tuto položku. K těmto takto zpracovaným položkám jsem vložila slovní komentář.

Absolutní četnost (n_i) – udává v tabulce počet dotazovaných respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

Relativní četnost (f_i) – je udávána v % a podává informace o poměru mezi absolutní četností a celkovým počtem respondentů násobených 100.

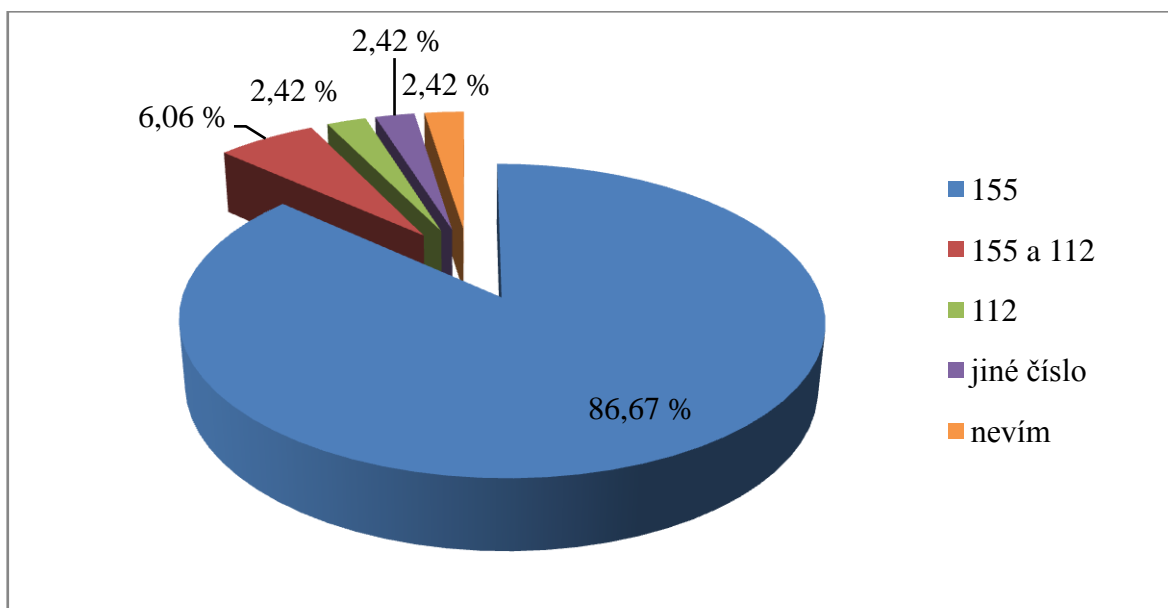
7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

7.1 Grafické zpracování dotazníků

Položka č. 1: Které telefonní číslo vytočíme v případě potřeby Zdravotnické záchranné služby?

Tabulka č. 1 Telefonní číslo Zdravotnické záchranné služby

Telefonní číslo Zdravotnické záchranné služby	Absolutní četnost	Relativní četnost
155	143	86,67 %
155 a 112	10	6,06 %
112	4	2,42 %
jiné číslo	4	2,42 %
nevím	4	2,42 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 1 Telefonní číslo Zdravotnické záchranné služby

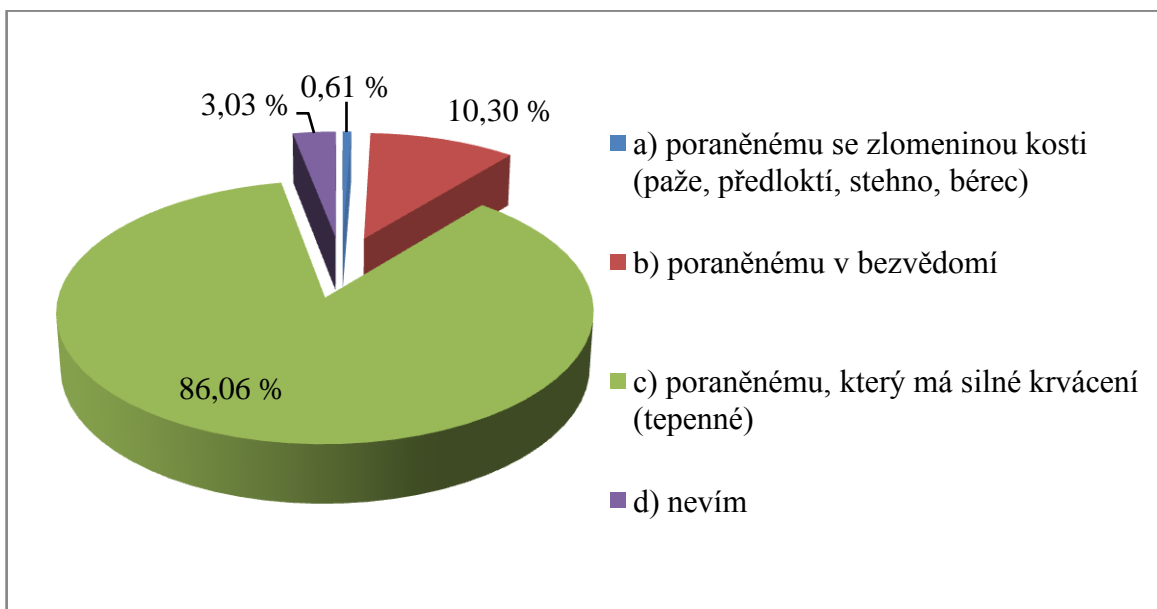
Komentář:

Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) uvedlo telefonní číslo 155 celkem 143 respondentů (86,67 %), 4 respondenti (2,42 %) uvedli číslo 112 a 10 respondentů uvedlo obě dvě čísla současně (6,06 %). Jiné telefonní číslo uvedli 4 respondenti (2,42 %). Stejně množství respondentů na položku nevědělo odpověď. Z grafu vyplývá, že respondenti znají telefonní čísla, kterými lze přivolat první pomoc.

Položka č. 2: Při dopravní nehodě, kde je velké množství zraněných, poskytujeme pomoc jako první:

Tabulka č. 2 Postup první pomoci při velkém množství zraněných

Postup první pomoci při velkém množství zraněných	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) poraněnému se zlomeninou kosti (paže, předloktí, stehno, bérce)	1	0,61 %
b) poraněnému v bezvědomí	17	10,30 %
c) poraněnému, který má silné krvácení (tepenné)	142	86,06 %
d) nevím	5	3,03 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 2 Postup první pomoci při velkém množství zraněných

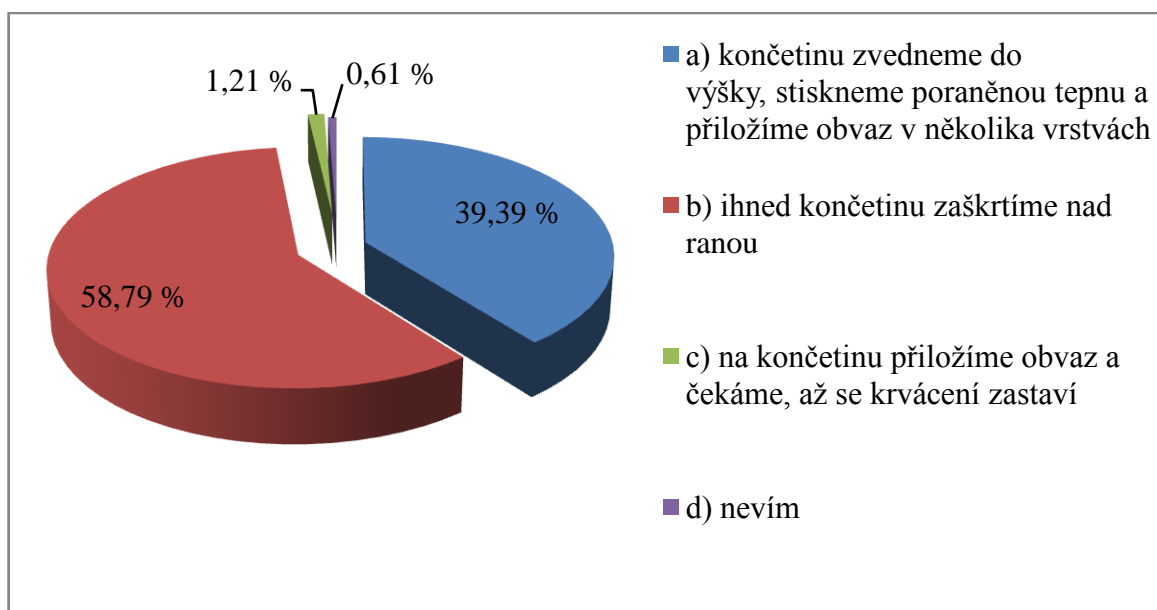
Komentář:

Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolil možnost a) pouze 1 respondent (0,61 %), možnost b) 17 respondentů (10,30 %). Správnou možnost c) *poraněnému, který má silné krvácení (tepenné)* označilo 142 respondentů (86,06 %). 5 respondentů (3,03 %) neznalo odpověď.

Položka č. 3: Poraněný při chůzi zakopl a upadl na ostrý předmět. Způsobil si ránu na předloktí, která silně krvácí, při úrazu došlo k poranění tepny. Jako první provedeme:

Tabulka č. 3 První pomoc při tepenném krvácení

První pomoc při tepenném krvácení	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) končetinu zvedneme do výšky, stiskneme poraněnou tepnu a přiložíme obvaz v několika vrstvách	65	39,39 %
b) ihned končetinu zaškrtneme nad ranou	97	58,79 %
c) na končetinu přiložíme obvaz a čekáme, až se krvácení zastaví	2	1,21 %
d) nevím	1	0,61 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 3 První pomoc při tepenné krvácení

Komentář:

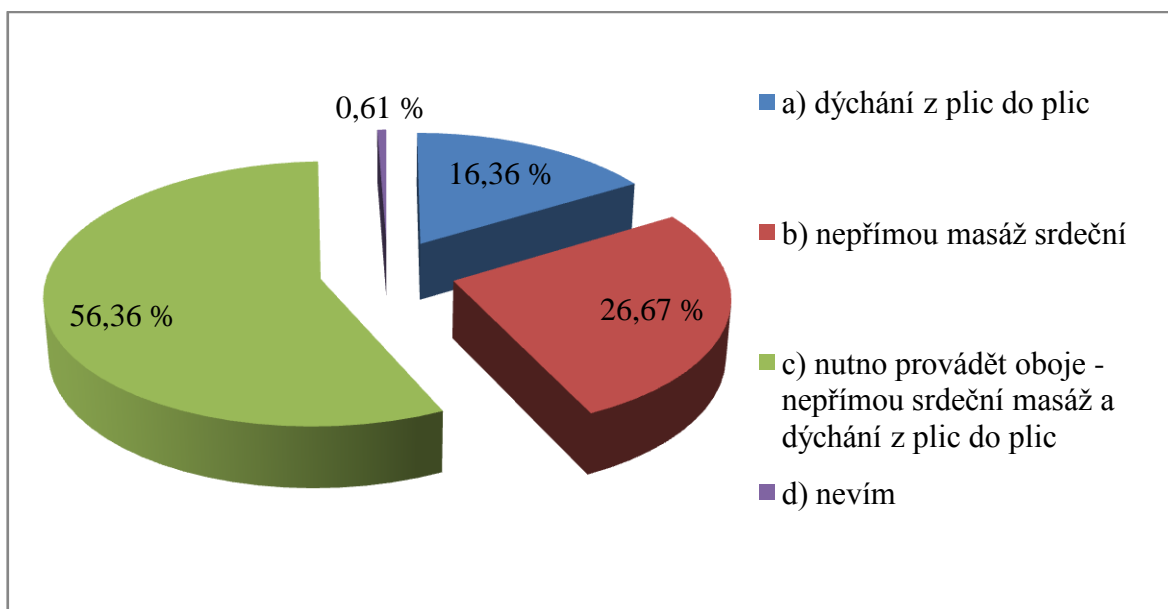
Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost a) *končetinu zvedneme do výšky, stiskneme poraněnou tepnu a přiložíme obvaz v několika vrstvách* 65 respondentů (39,39 %). Chybnou možnost b) zvolilo 97 respondentů (58,79 %) a možnost c) 2 respondenti (1,21 %). 1 respondent (0,61 %) neznal odpověď.

Z grafu vyplývá, že respondenti mají nedostatečné informace o poskytování první pomoci při tepenném krvácení, končetinu by zaškrtili, aniž by využili dalších prostředků.

Položka č. 4: Podle nejnovějších doporučení (rok 2010) pro poskytování první pomoci - při laické resuscitaci (oživování) je doporučeno provádět alespoň:

Tabulka č. 4 Laická resuscitace podle nových doporučení

Laická resuscitace podle nových doporučení	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) dýchání z plic do plic	27	16,36 %
b) nepřímou masáž srdeční	44	26,67 %
c) nutno provádět oboje - nepřímou srdeční masáž a dýchání z plic do plic	93	56,36 %
d) nevím	1	0,61 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 4 Laická resuscitace podle nových doporučení

Komentář:

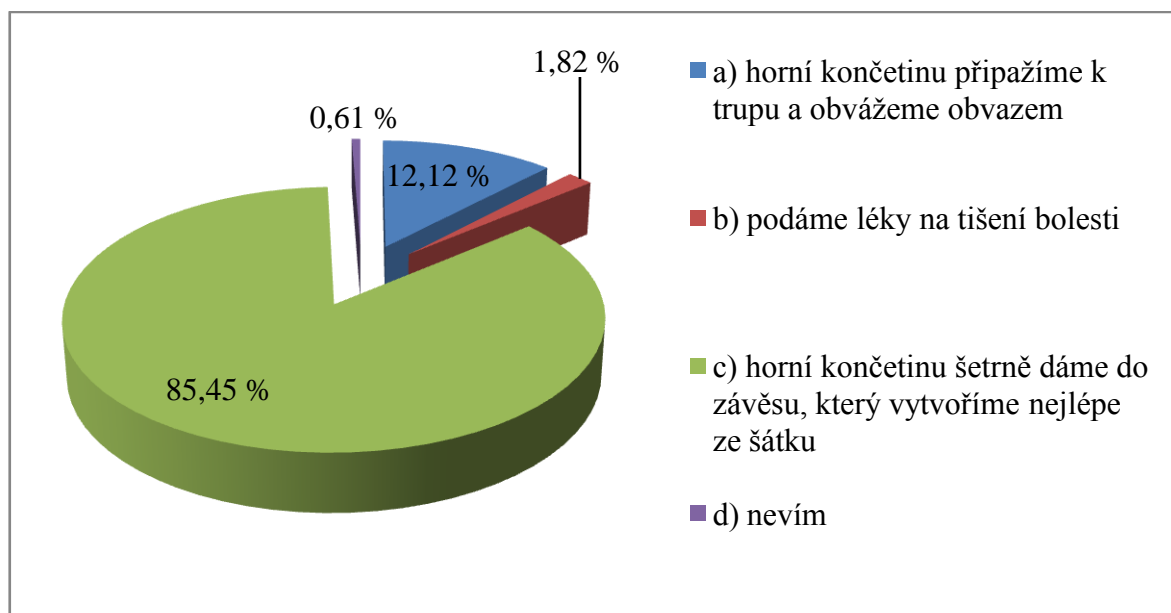
Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost b) *nepřímou srdeční masáž* pouze 44 respondentů (26,67 %). Chybnou možnost a) zvolilo 27 respondentů (16,36 %). Nejvíce respondentů – 93 zvolilo chybnou odpověď c) (56,36 %). Jeden respondent (0,61 %) nevěděl odpověď na položenou otázku.

Graf ukazuje, že respondenti nejsou dostatečně seznámeni s novými postupy podle Guidelines 2010.

Položka č. 5: Osoba upadla, stěžuje si na velkou bolest zápěstí a předloktí, poraněné místo je oteklé a nelze provádět pohyb. V rámci první pomoci:

Tabulka č. 5 První pomoc při zlomenině horní končetiny

První pomoc při zlomenině horní končetiny	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) horní končetinu připevníme k trupu a obvážeme obvazem	20	12,12 %
b) podáme léky na tišení bolesti	3	1,82 %
c) horní končetinu šetrně dáme do závěsu, který vytvoříme nejlépe ze šátku	141	85,45 %
d) nevím	1	0,61 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 5 První pomoc při zlomenině horní končetiny

Komentář:

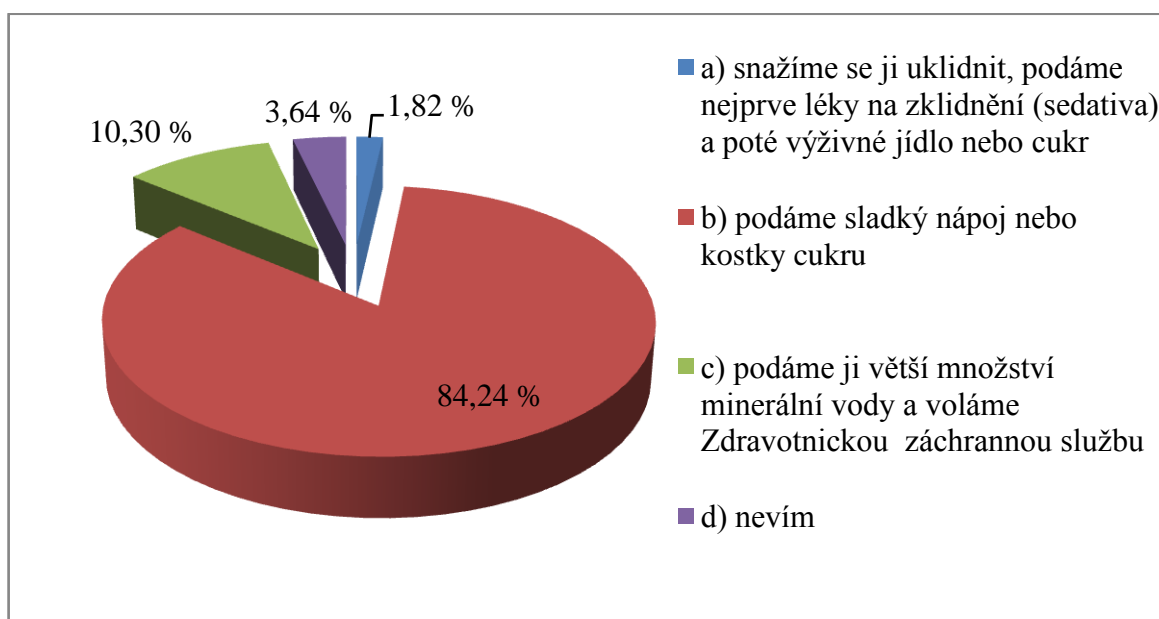
Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost c) *horní končetinu šetrně dáme do závěsu, který vytvoříme nejlépe ze šátku* 141 respondentů (85,45 %). Možnost a) zvolilo 20 respondentů (12,12 %), možnost b) 3 respondenti (1,82 %). Jeden respondent (0,61 %) nedokázal odpovědět vůbec.

Z grafu vyplývá, že převážná většina respondentů zná postup první pomoci při zlomenině horní končetiny.

Položka č. 6: Nalezneme opocenou, bledou osobu, která obtížně komunikuje, chová se zmateně až agresivně. V kapse jejího saka nalezneme průkaz diabetika. V rámci první pomoci:

Tabulka č. 6 První pomoc při hypoglykémii

První pomoc při hypoglykémii	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) snažíme se ji uklidnit, podáme nejprve léky na zklidnění (sedativa) a poté výživné jídlo nebo cukr	3	1,82 %
b) podáme sladký nápoj nebo kostky cukru	139	84,24 %
c) podáme ji větší množství minerální vody a voláme Zdravotnickou záchrannou službu	17	10,30 %
d) nevím	6	3,64 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 6 První pomoc při hypoglykémii

Komentář:

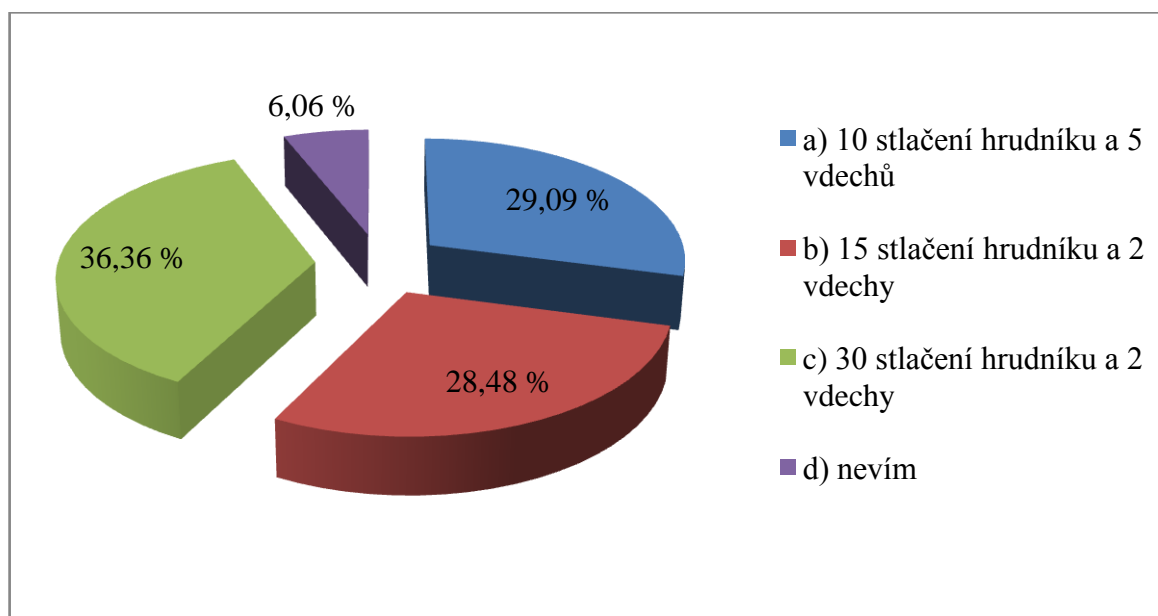
Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost b) *podáme sladký nápoj nebo kostky cukru* 139 respondentů (84,24 %). Možnost a) zvolili 3 respondenti (1,82 %), možnost c) 17 respondentů (10,30 %). 6 respondentů (3,64 %) neznalo odpověď.

Je pozitivním zjištěním, že velká část respondentů ví, jak pomoci postiženému při hypoglykémii.

Položka č. 7: V rámci laické resuscitace (oživování) u dospělého člověka provádíme nepřímou masáž srdeční a dýchání z plic do plic v poměru:

Tabulka č. 7 Laická resuscitace – poměr nepřímé masáže srdeční a dýchání z plic do plic

Laická resuscitace – poměr nepřímé masáže srdeční a dýchání z plic do plic	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 10 stlačení hrudníku a 5 vdechů	48	29,09 %
b) 15 stlačení hrudníku a 2 vdechy	47	28,48 %
c) 30 stlačení hrudníku a 2 vdechy	60	36,36 %
d) nevím	10	6,06 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 7 Laická resuscitace – poměr nepřímé masáže srdeční a dýchání z plic do plic

Komentář:

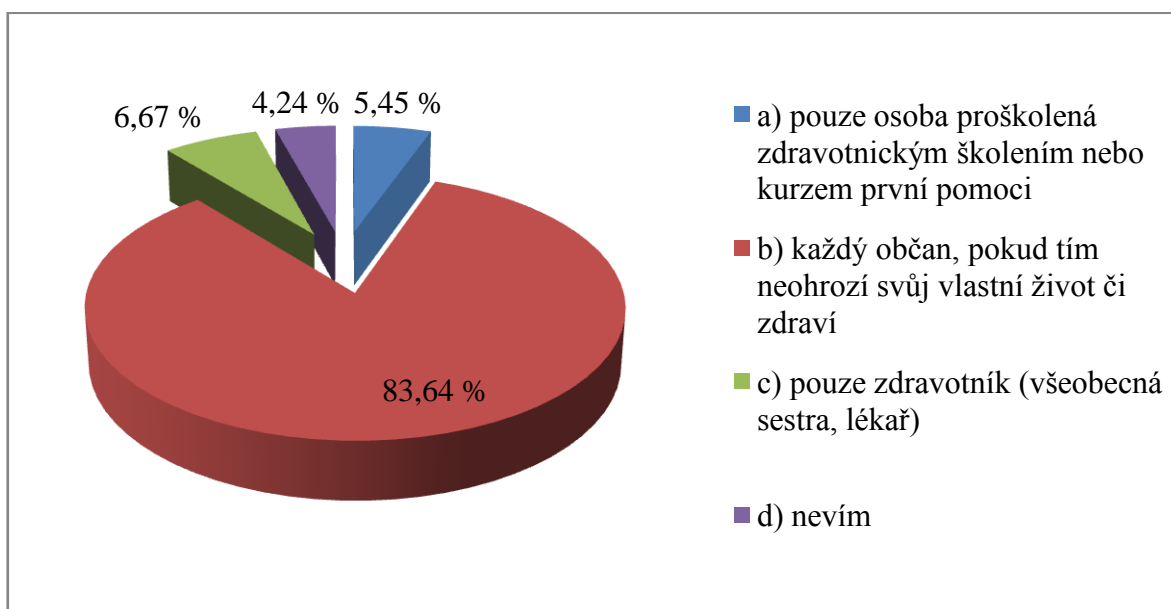
Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost c) *30 stlačení hrudníku a 2 vdechy* 60 respondentů (36,36 %). Možnost a) zvolilo 48 respondentů (29,09 %), možnost b) 47 respondentů (28,48 %). Celkem 10 respondentů (6,06 %) nedokázalo odpovědět vůbec.

Z grafu vyplývá, že jen malá část dotazovaných respondentů by dokázala provádět ve správném poměru základní laickou resuscitaci.

Položka č. 8: První předlékařskou pomoc je povinen poskytnout:

Tabulka č. 8 Povinnost poskytnutí první pomoci

Povinnost poskytnutí první pomoci	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) pouze osoba proškolená zdravotnickým školením nebo kurzem první pomoci	9	5,45 %
b) každý občan, pokud tím neohrozí svůj vlastní život či zdraví	138	83,64 %
c) pouze zdravotník (všeobecná sestra, lékař)	11	6,67 %
d) nevím	7	4,24 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 8 Povinnost poskytnutí první pomoci

Komentář:

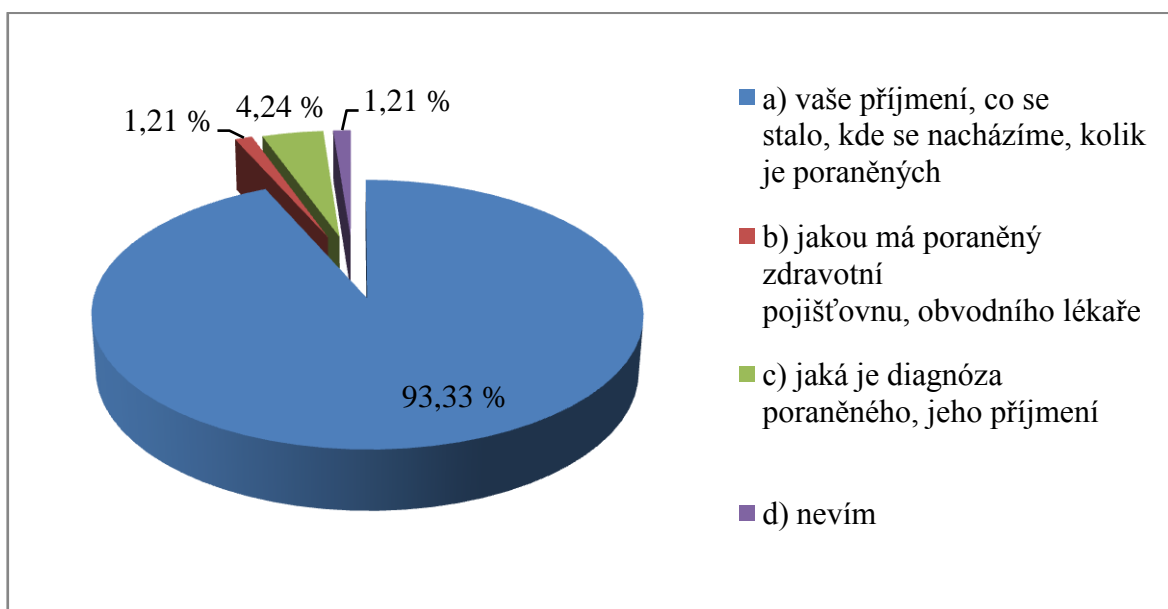
Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost b) *každý občan, pokud tím neohrozí svůj vlastní život či zdraví*, vysoký počet respondentů – 138 (83,64 %). Možnost a) zvolilo 9 respondentů (5,45 %), možnost c) 11 respondentů (6,67 %). 7 respondentů (4,24 %) neznalo odpověď.

Je pozitivním zjištěním, že většina oslovených respondentů ví, že každý člověk je povinen poskytnout první pomoc, nikoliv jen zdravotník nebo proškolená osoba.

Položka č. 9: Které informace sdělujeme do telefonu záchranné službě jako první:

Tabulka č. 9 Informace pro Zdravotnickou záchrannou službu

Informace pro Zdravotnickou záchrannou službu	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) vaše příjmení, co se stalo, kde se nacházíme, kolik je poraněných	154	93,33 %
b) jakou má poraněný zdravotní pojišťovnu, obvodního lékaře	2	1,21 %
c) jaká je diagnóza poraněného, jeho příjmení	7	4,24 %
d) nevím	2	1,21 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 9 Informace pro Zdravotnickou záchrannou službu

Komentář:

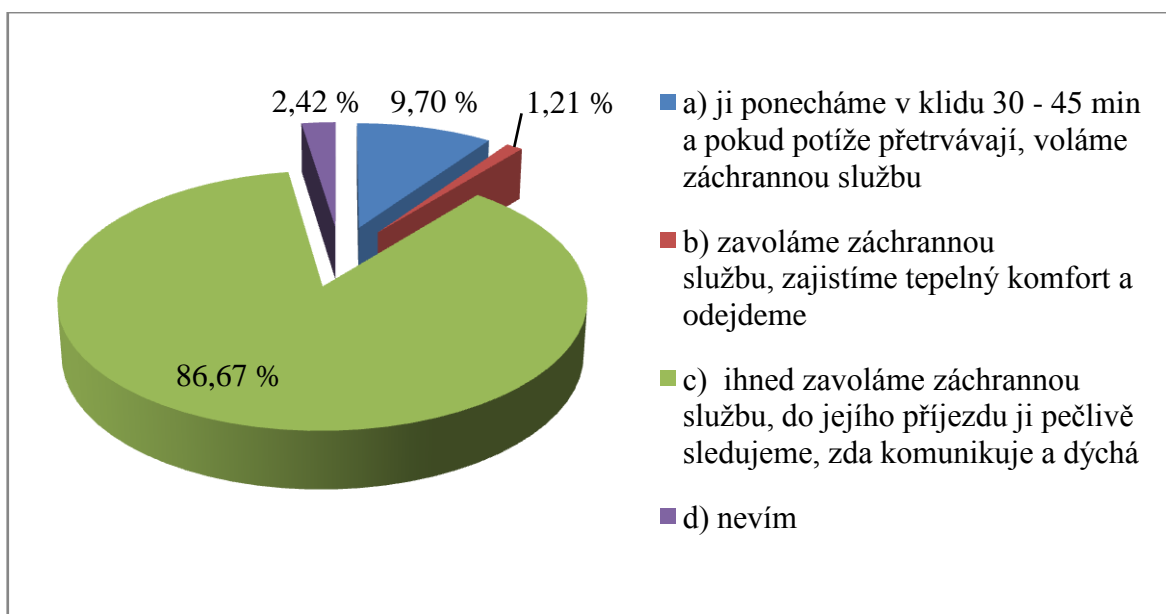
Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost a) *vaše příjmení, co se stalo, kde se nacházíme, kolik je poraněných*, vysoký počet 154 respondentů (93,33 %). Možnost b) zvolili pouze 2 respondenti (1,21 %), možnost c) 7 respondentů (4,24 %). 2 respondenti (1,21 %) nevěděli odpověď.

Z grafu vyplývá, že respondenti vědí, které důležité informace mají sdělit dispečerce do telefonu.

Položka č. 10: Osoba po hádce si stěžuje na svíravou, pálivou bolest za hrudní kostí, opotila se a špatně se jí dýchá. Jako svědek této příhody:

Tabulka č. 10 První pomoc při infarktu myokardu

První pomoc při infarktu myokardu	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ji ponecháme v klidu 30 - 45 min a pokud potíže přetrvávají, voláme záchrannou službu	16	9,70 %
b) zavoláme záchrannou službu, zajistíme tepelný komfort a odejdeme	2	1,21 %
c) ihned zavoláme záchrannou službu, do jejího příjezdu ji pečlivě sledujeme, zda komunikuje a dýchá	143	86,67 %
d) nevím	4	2,42 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 10 První pomoc při infarktu myokardu

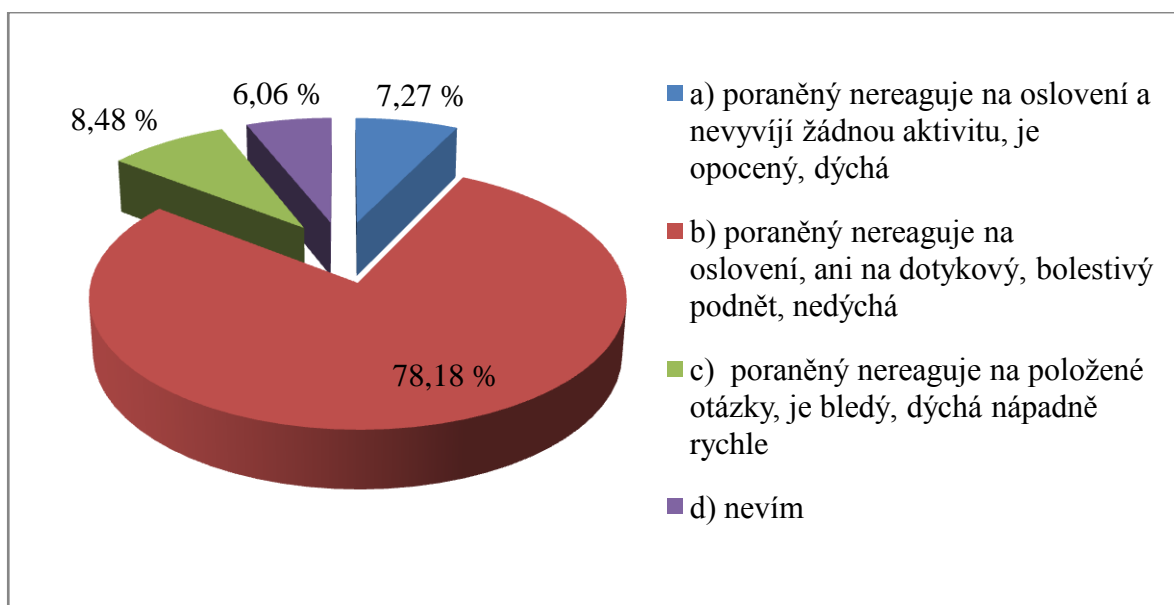
Komentář:

Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost c) *ihned zavoláme záchrannou službu, do jejího příjezdu ji pečlivě sledujeme, zda komunikuje a dýchá*, relativně vysoký počet 143 respondentů (86,67 %). Možnost a) zvolilo 16 respondentů (9,70 %), možnost b) pouze 2 respondenti (1,21 %). 4 respondenti (2,42 %) neví, jak poskytnout první pomoc při infarktu myokardu. Graf ukazuje, že velká část respondentů je dobře informována o poskytnutí první pomoci při akutní příhodě, jako je infarkt myokardu.

Položka č. 11: Základní laickou resuscitací (nepřímá masáž srdeční a dýchání z plic do plic) zahajujeme tehdy, pokud:

Tabulka č. 11 Laickou resuscitací zahajujeme

Laickou resuscitací zahajujeme	absolutní četnost	relativní četnost
a) poraněný nereaguje na oslovení a nevyvíjí žádnou aktivitu, je opocený, dýchá	12	7,27 %
b) poraněný nereaguje na oslovení, ani na dotykový, bolestivý podnět, nedýchá	129	78,18 %
c) poraněný nereaguje na položené otázky, je bledý, dýchá nápadně rychle	14	8,48 %
d) nevím	10	6,06 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 11 Laickou resuscitací zahajujeme

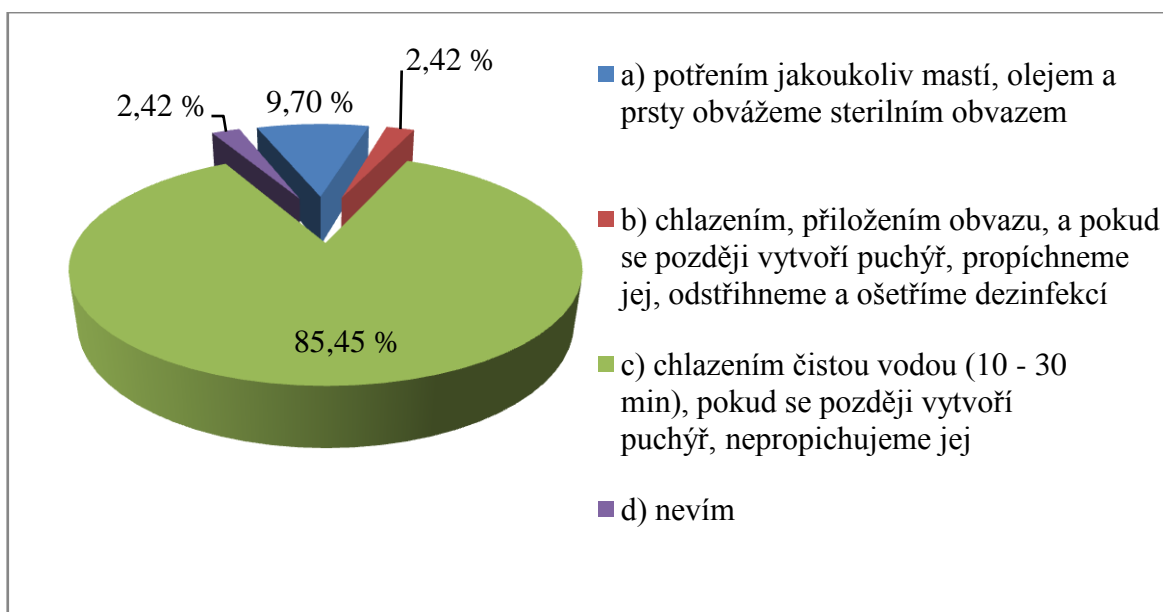
Komentář:

Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost b) *poraněný nereaguje na oslovení, ani na dotykový, bolestivý podnět, nedýchá* 129 respondentů (78,18 %). Možnost a) zvolilo 12 respondentů (7,27 %), možnost c) 14 respondentů (8,48 %). 10 respondentů (6,06 %) nedokázalo odpovědět vůbec.

Položka č. 12: Poraněný má popálené prsty o horká kamna. V rámci první pomoci ošetříme popáleninu:

Tabulka č. 12 První pomoc u popálenin

První pomoc u popálenin	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) potřením jakoukoliv mastí, olejem a prsty obvážeme sterilním obvazem	16	9,70 %
b) chlazením, přiložením obvazu, a pokud se později vytvoří puchýř, propíchneme jej, odstříháme a ošetříme dezinfekcí	4	2,42 %
c) chlazením čistou vodou (10 - 30 min), pokud se později vytvoří puchýř, nepropichujeme jej	141	85,45 %
d) nevím	4	2,42 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 12 První pomoc u popálenin

Komentář:

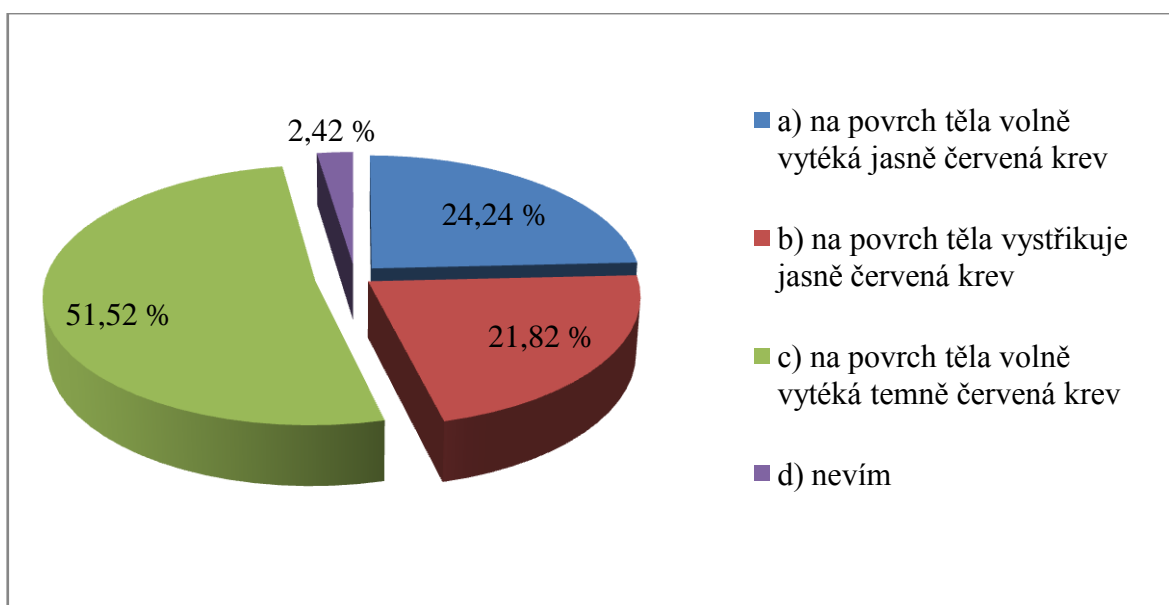
Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost c) *chlazením čistou vodou (10 - 30 min), pokud se později vytvoří puchýř, nepropichujeme jej* 141 respondentů (85,45 %). Možnost a) zvolilo 16 respondentů (9,70 %), možnost b) 4 respondenti (2,42 %) a 4 respondenti (2,42 %) nevěděli odpověď.

Z grafu vyplývá, že velká část respondentů by správně poskytla první pomoc při popáleninách proudem studené vody a nepoužila by masti a oleje.

Položka č. 13: Jak poznáme žilní krvácení:

Tabulka č. 13 Žilní krvácení

Žilní krvácení	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) na povrch těla volně vytéká jasně červená krev	40	24,24 %
b) na povrch těla vystřikuje jasně červená krev	36	21,82 %
c) na povrch těla volně vytéká temně červená krev	85	51,52 %
d) nevím	4	2,42 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 13 Žilní krvácení

Komentář:

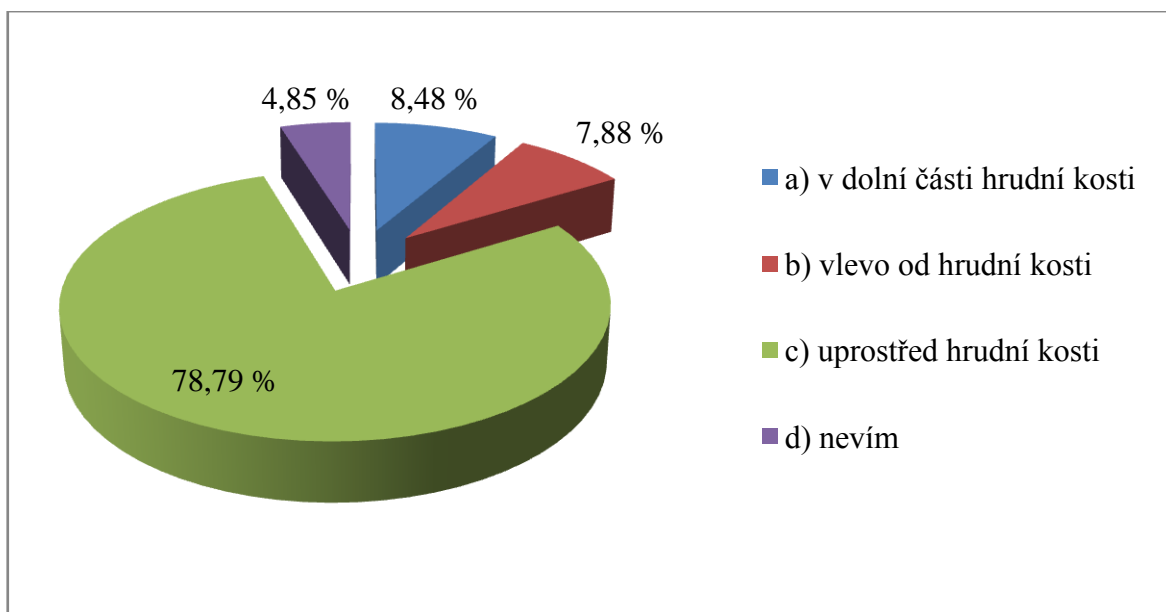
Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost c) *na povrch těla volně vytéká temně červená krev* 85 respondentů (51,52 %). Možnost a) zvolilo 40 respondentů (24,24 %), možnost b) 36 respondentů (21,82 %). 4 respondenti (2,42 %) neznají odpověď.

Z grafu vyplývá, že respondenti nemají zcela jasné informace o žilním krvácení.

Položka č. 14: Při nepřímé masáži srdeční stlačujeme hrudní stěnu:

Tabulka č. 14 Nepřímá masáž srdce

Nepřímá masáž srdce	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) v dolní části hrudní kosti	14	8,48 %
b) vlevo od hrudní kosti	13	7,88 %
c) uprostřed hrudní kosti	130	78,79 %
d) nevím	8	4,85 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 14 Nepřímá masáž srdce

Komentář:

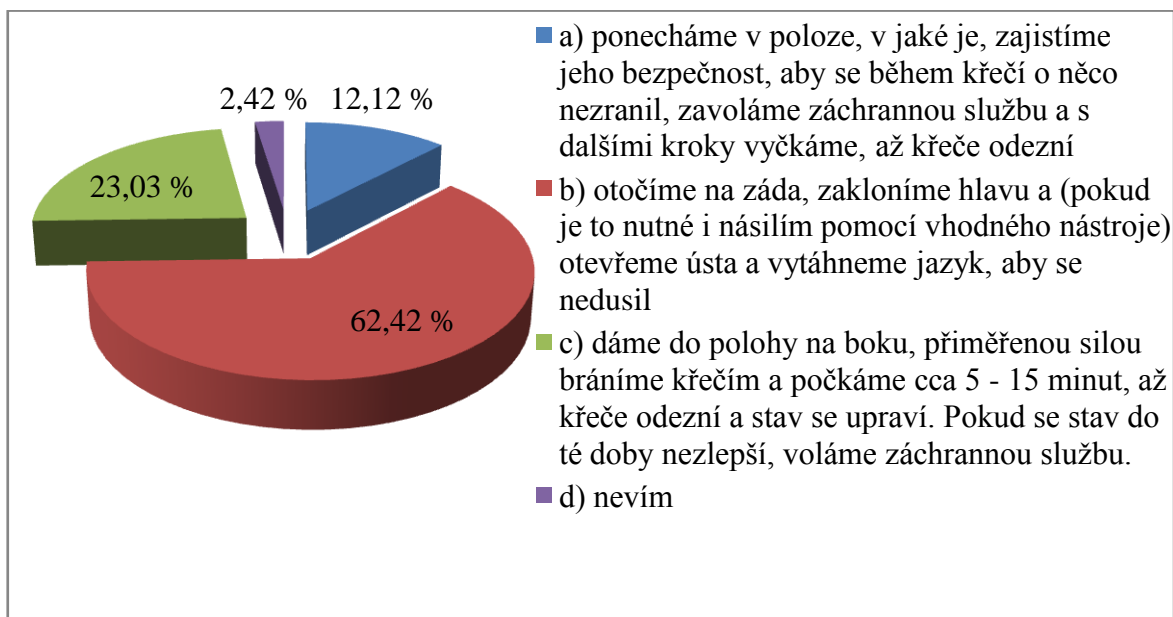
Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost c) *uprostřed hrudní kosti* 130 respondentů (78,79 %). Možnost a) zvolilo 14 respondentů (8,48 %), možnost b) 13 respondentů (7,88 %) a 8 respondentů (4,85 %) nedokázalo odpovědět vůbec.

Graf ukazuje, že většina respondentů by dokázala provádět nepřímou srdeční masáž na správném místě.

Položka č. 15: Mladý muž na ulici zkolaboval, má křeče (záškuby) celého těla, nedýchá, modrá, nereaguje na oslovení. Dotyčného:

Tabulka č. 15 První pomoc u epileptického záchvatu

První pomoc u epileptického záchvatu	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ponecháme v poloze, v jaké je, zajistíme jeho bezpečnost, aby se během křečí o něco nezranil, zavoláme záchrannou službu a s dalšími kroky vyčkáme, až křeče odezní	20	12,12 %
b) otočíme na záda, zakloníme hlavu a (pokud je to nutné i násilím pomocí vhodného nástroje) otevřeme ústa a vytáhneme jazyk, aby se nedusil	103	62,42 %
c) dáme do polohy na boku, přiměřenou silou bráníme křečím a počkáme cca 5 - 15 minut, až křeče odezní a stav se upraví. Pokud se stav do té doby nezlepší, voláme záchrannou službu.	38	23,03 %
d) nevím	4	2,42 %
Celkem	165	100,00 %



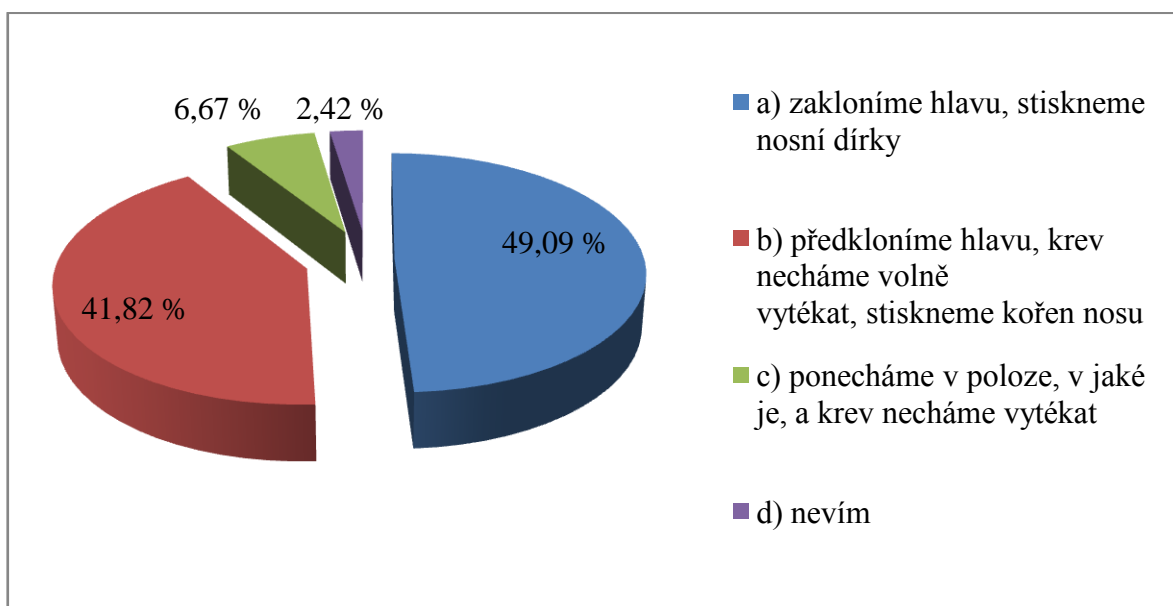
Graf č. 15 První pomoc u epileptického záchvatu

Komentář: Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost a) *ponecháme v poloze, v jaké je, zajistíme jeho bezpečnost, aby se během křečí o něco nezranil, zavoláme záchrannou službu a s dalšími kroky vyčkáme, až křeče odezní*, pouze 20 respondentů (12,12 %). Možnost b) zvolilo 103 respondentů (62,42 %), možnost c) 38 respondentů (23,03 %) a 4 respondenti (2,42 %) nevěděli vůbec.

Položka č. 16: Při krvácení z nosu jako první krok provedeme:

Tabulka č. 16 První pomoc při krvácení z nosu

První pomoc při krvácení z nosu	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) zakloníme hlavu, stiskneme nosní dírky	81	49,09 %
b) předkloníme hlavu, krev necháme volně vytékat, stiskneme kořen nosu	69	41,82 %
c) ponecháme v poloze, v jaké je, a krev necháme vytékat	11	6,67 %
d) nevím	4	2,42 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 16 První pomoc při krvácení z nosu

Komentář:

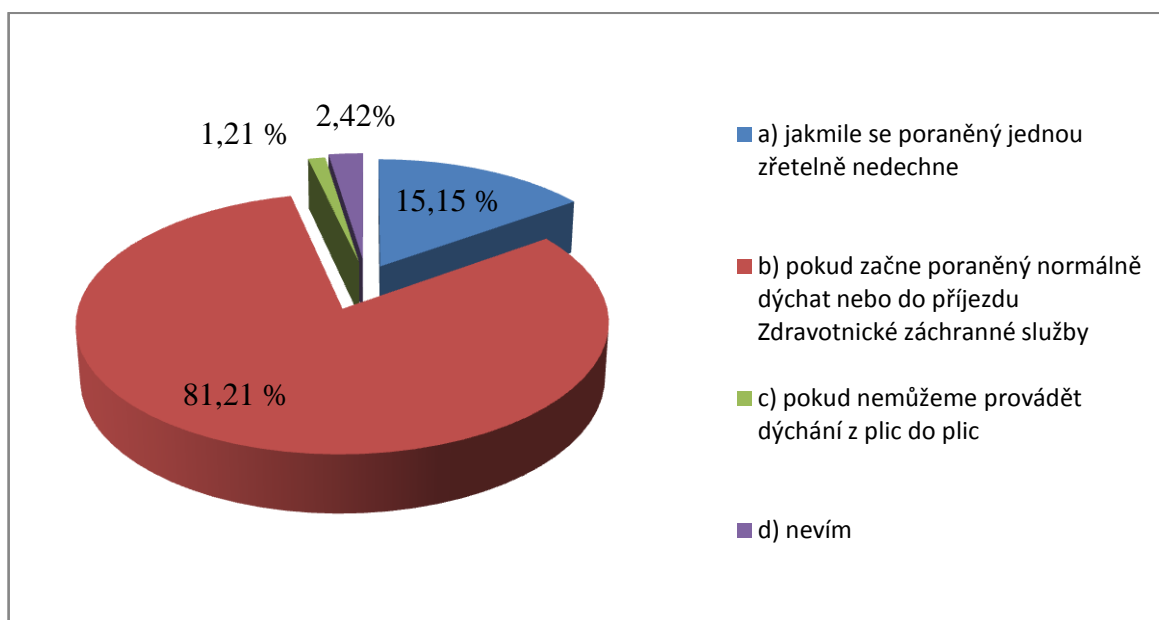
Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost b) *předkloníme hlavu, krev necháme volně vytékat, stiskneme kořen nosu* 69 respondentů (41,82 %). Možnost a) zvolilo 81 respondentů (49,09 %), možnost c) 11 respondentů (6,67 %) a 4 respondenti (2,42 %) neznali odpověď.

Z grafu vyplývá, že respondenti mají stále zažitá pravidla, která se doporučovala dříve.

Položka č. 17: Laickou resuscitací ukončíme:

Tabulka č. 17 Ukončení laické resuscitace

Ukončení laické resuscitace	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) jakmile se poraněný jednou zřetelně nadechne	25	15,15 %
b) pokud začne poraněný normálně dýchat nebo do příjezdu Zdravotnické záchranné služby	134	81,21 %
c) pokud nemůžeme provádět dýchání z plic do plic	2	1,21 %
d) nevím	4	2,42 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 17 Ukončení laické resuscitace

Komentář:

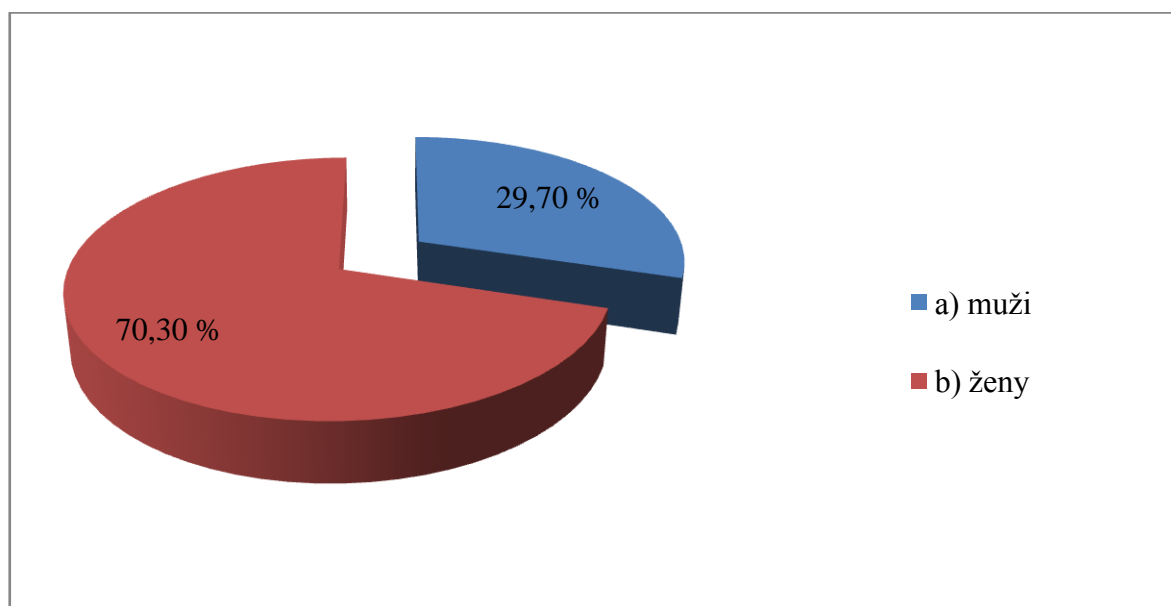
Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) zvolilo správnou možnost b) *pokud začne poraněný normálně dýchat nebo do příjezdu Zdravotnické záchranné služby* 134 respondentů (81,21 %). Možnost a) zvolilo 25 respondentů (15,15 %), možnost c) pouze 2 respondenti (1,21 %) a 4 respondenti (2,42 %) nevěděli vůbec.

Graf ukazuje, že většina respondentů buď zná, nebo náhodně zvolila správnou odpověď z nabízených možností, kdy se má ukončit laická resuscitace.

Položka č. 18: Jakého jste pohlaví?

Tabulka č. 18 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) muži	49	29,70 %
b) ženy	116	70,30 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 18 Pohlaví respondentů

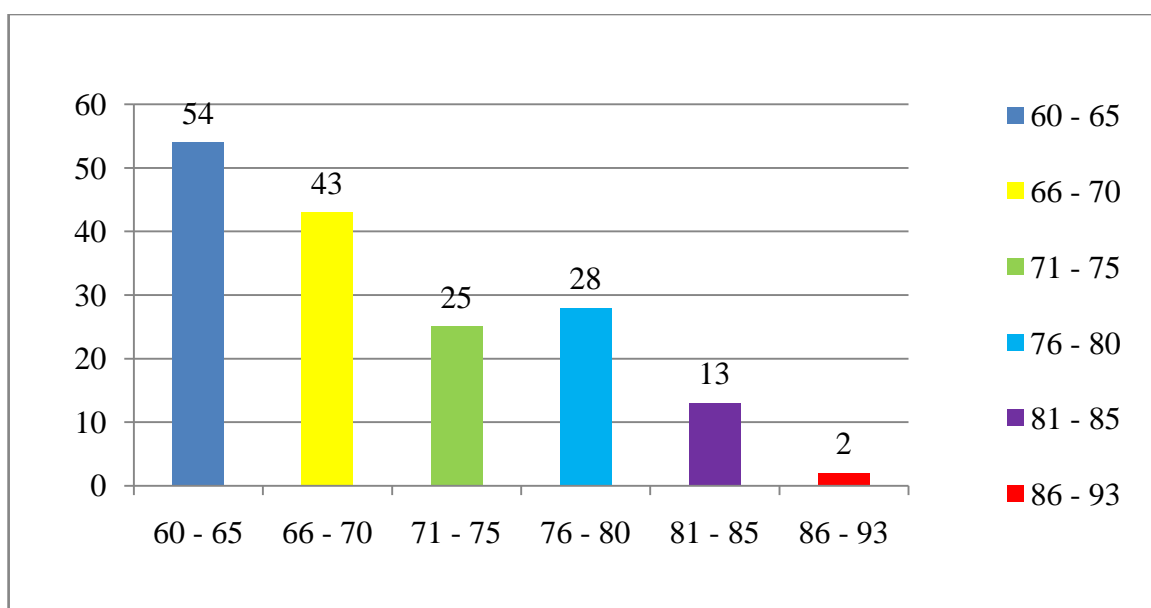
Komentář:

Z tohoto dotazníkového šetření vyplývá, že mezi respondenty měly větší zastoupení ženy. Z celkového počtu 165 respondentů bylo 116 žen (70,30 %) a 49 mužů (29,70 %).

Položka č. 19: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 19 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
60 – 65	54	32,73 %
66 – 70	43	26,06 %
71 – 75	25	15,15 %
76 – 80	28	16,97 %
81 – 85	13	7,88 %
86 – 93	2	1,21 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 19 Věk respondentů

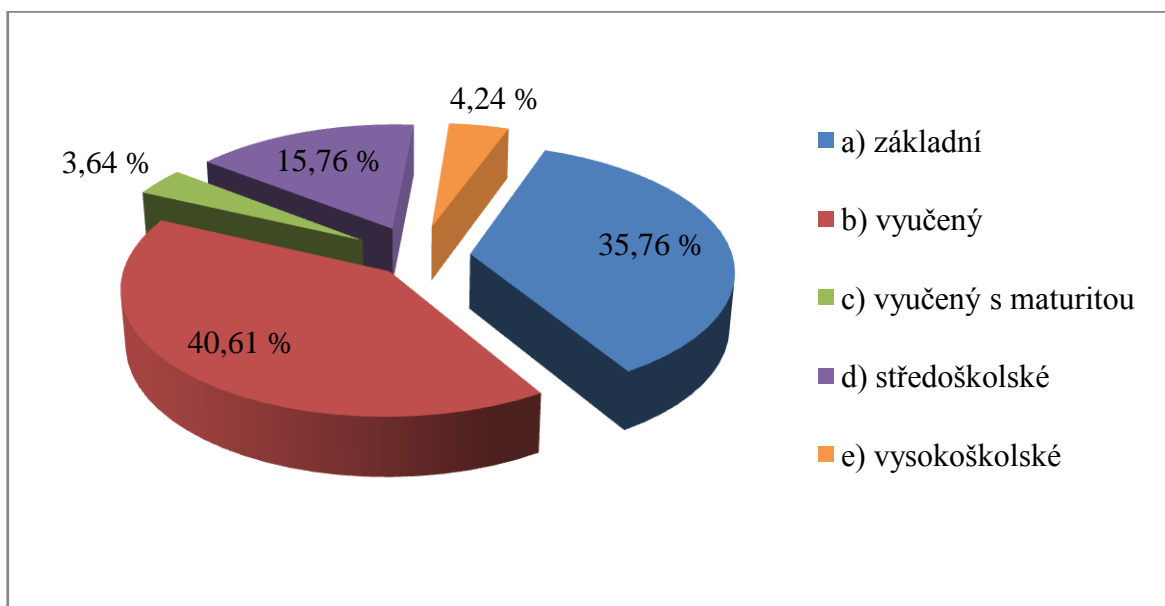
Komentář:

Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 60 let až 93 let. Průměrný věk byl 70,73 let. V rámci rozdělení respondentů do věkových skupin byla nejpočetnější skupina respondentů ve věku 60 – 65 let (32,73 %). Druhou nejpočetnější byla skupina 66 – 70 let (26,06 %). Významné zastoupení měly i věkové skupiny 76 – 80 (16,97 %) a 71 – 75 let (15,15 %). Z důvodů rozdělení respondentů do více věkových skupin jsem zde použila sloupcový typ grafu.

Položka č. 20: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 20 Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) základní	59	35,76 %
b) vyučený	67	40,61 %
c) vyučený s maturitou	6	3,64 %
d) středoškolské	26	15,76 %
e) vysokoškolské	7	4,24 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 20 Vzdělání respondentů

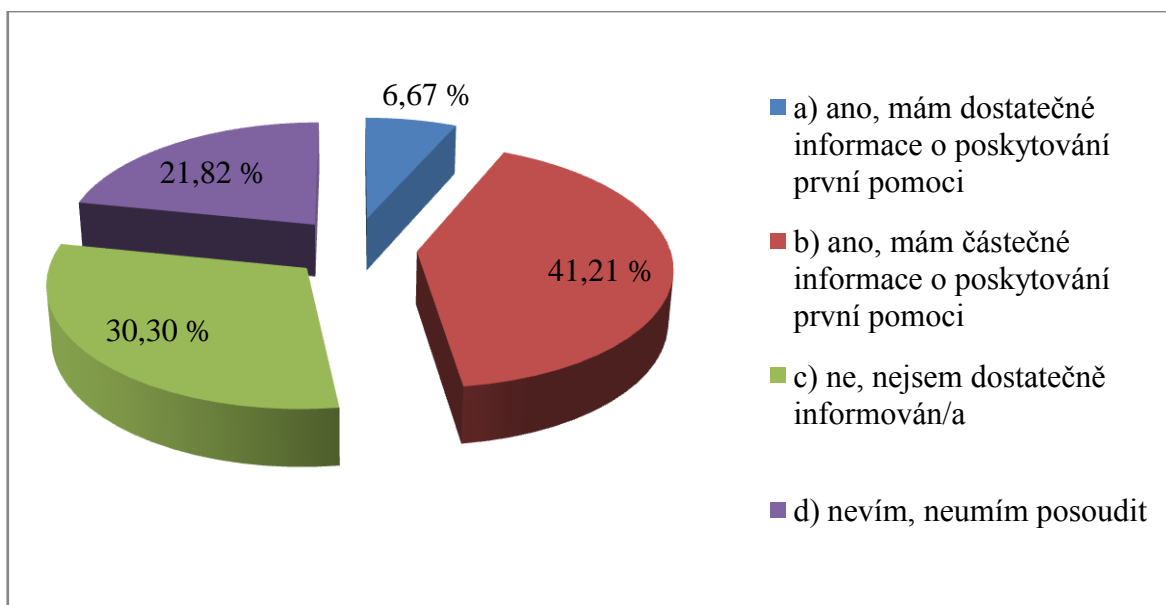
Komentář:

Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) odpovědělo 59 osob (35,76 %), že má základní vzdělání, 67 osob (40,61 %) uvedlo, že je vyučeno a pouze 6 osob (3,64 %) je vyučeno s maturitou. 26 osob (15,76 %) uvedlo, že dosáhlo středoškolského vzdělání. Zastoupení vysokoškoláků bylo nízké jen 7 osob (4,24 %).

Položka č. 21: Myslíte si, že máte dostatečné informace o první pomoci?

Tabulka č. 21 Informovanost respondentů o první pomoci

Informovanost respondentů o první pomoci	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, mám dostatečné informace o poskytování první pomoci	11	6,67 %
b) ano, mám částečné informace o poskytování první pomoci	68	41,21 %
c) ne, nejsem dostatečně informován/a	50	30,30 %
d) nevím, neumím posoudit	36	21,82 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 21 Informovanost respondentů o první pomoci

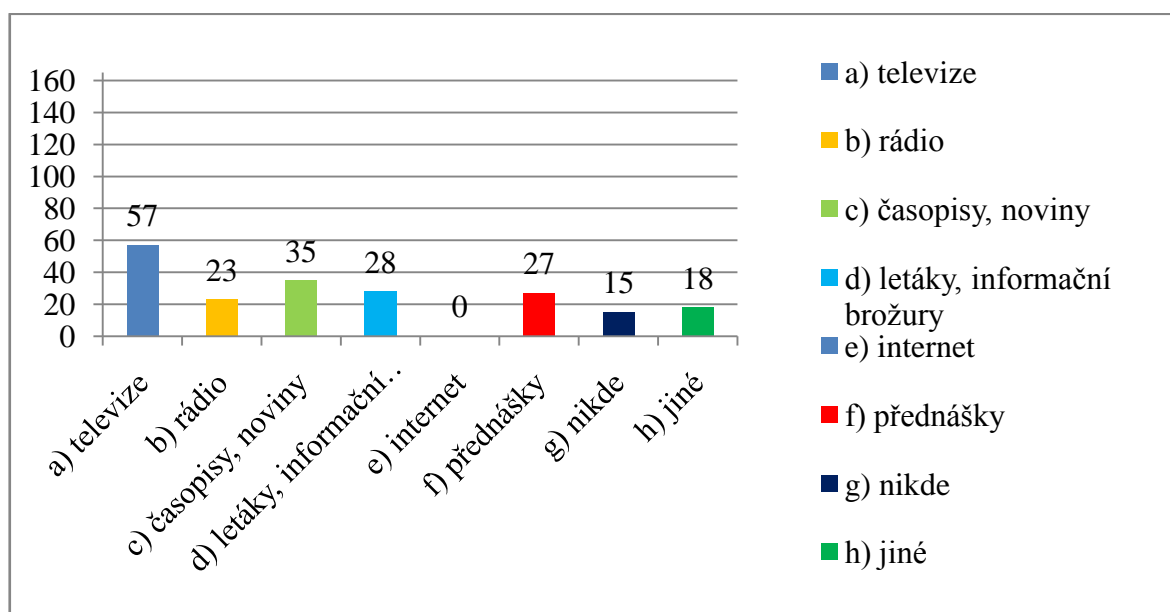
Komentář:

Z celkového množství 165 respondentů (100 %) si myslí pouze 11 respondentů (6,67 %), že má dostatečné informace o poskytnutí první pomoci a 68 respondentů (41,21 %) si myslí, že má informace částečné. 50 respondentů (30,30 %) uvádí, že není dostatečně informováno a 36 respondentů (21,82 %), tuto skutečnost nedokáže posoudit.

Položka č. 22: Odkud získáváte informace o první pomoci?

Tabulka č. 22 Zdroje informací o první pomoci

Zdroje informací o první pomoci	Absolutní četnost
a) televize	57
b) rádio	23
c) časopisy, noviny	35
d) letáky, informační brožury	28
e) internet	0
f) přednášky (pořádané městským úřadem, klubem seniorů, Českým červeným křížem, Besipem,...)	27
g) nikde	15
h) jiné	18



Graf č. 22 Zdroje informací o první pomoci

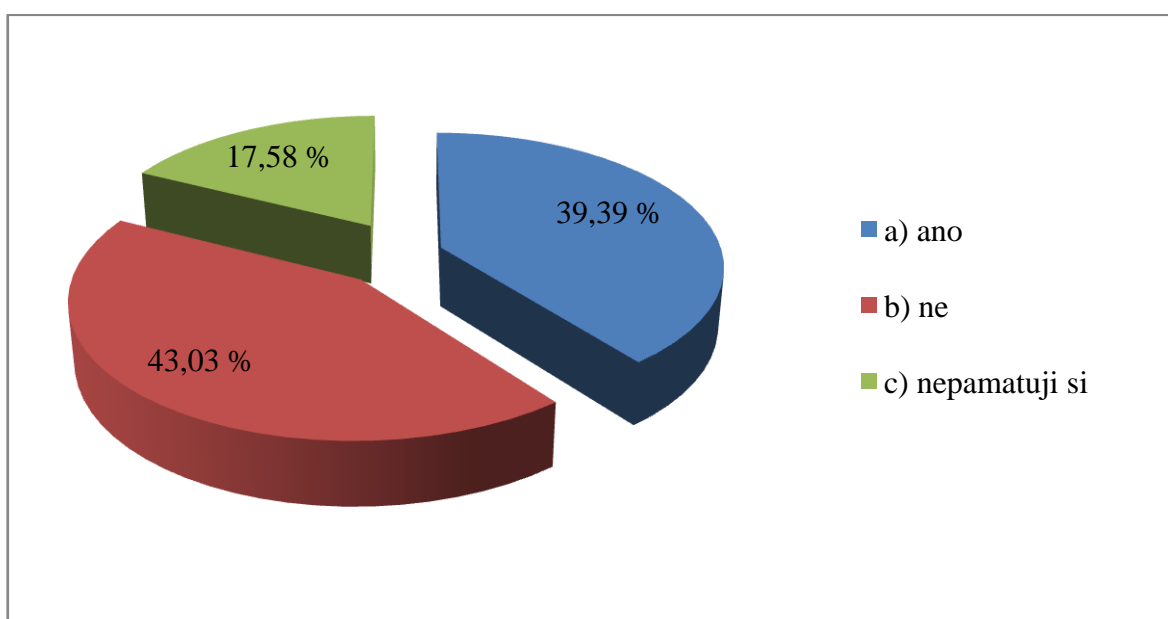
Komentář:

Výsledky šetření ukazují, že jako nejčastěji používaný zdroj informací slouží televize, následovaná časopisy a novinami. Přibližně stejné množství respondentů využívá rádio, letáky a přednášky. Ani jeden z respondentů nevyužívá pro vyhledávání informací internet. Z výše uvedených odpovědí vyplývá, že senioři důvěřují etablovaným masmédiím. 15 dotázaných uvedlo, že informace nevyhledává vůbec.

Položka č. 23: Absolvoval/a jste kurz nebo přednášku o poskytování první pomoci?

Tabulka č. 23 Absolvování kurzu – přednášky první pomoci

Absolvování kurzu – přednášky první pomoci	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	65	39,39 %
b) ne	71	43,03 %
c) nepamatuji si	29	17,58 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 23 Absolvování kurzu – přednášky první pomoci

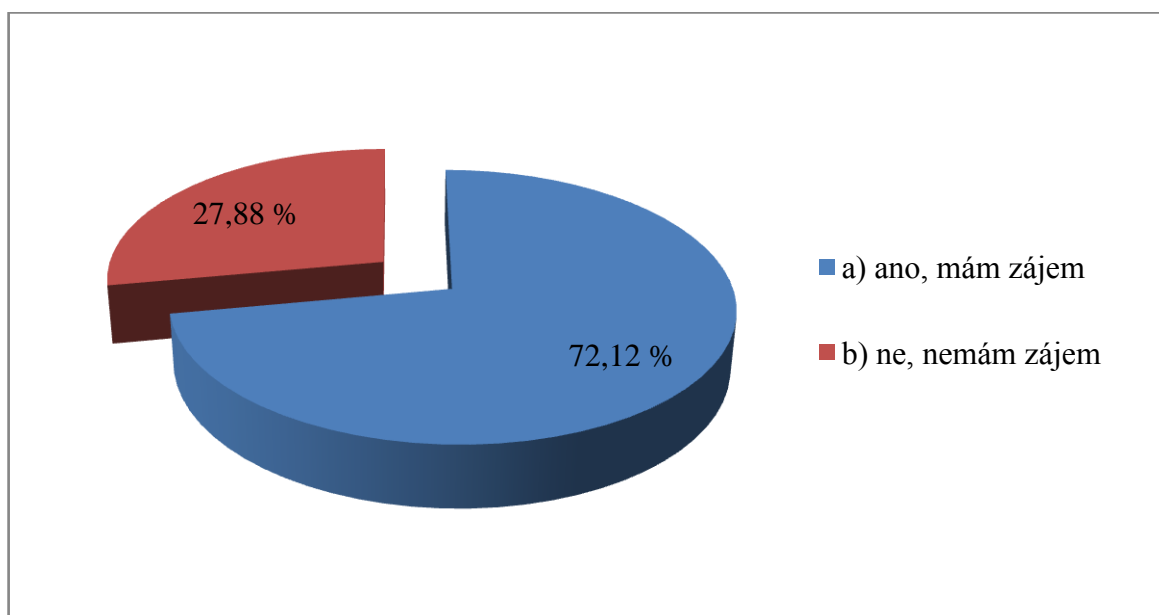
Komentář:

Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) absolvovalo kurz nebo přednášku o poskytování první pomoci 65 osob (39,39 %). Obdobné množství 71 osob (43,03 %) nikdy takový kurz ani přednášku neabsolvovalo a 29 osob (17,58 %) si nevzpomíná.

Položka č. 24: Měl/a byste zájem se dozvědět více informací o první pomoci?

Tabulka č. 24 Zájem respondentů o první pomoc

Zájem respondentů o první pomoc	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, mám zájem	119	72,12 %
b) ne, nemám zájem	46	27,88 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 24 Zájem respondentů o první pomoc

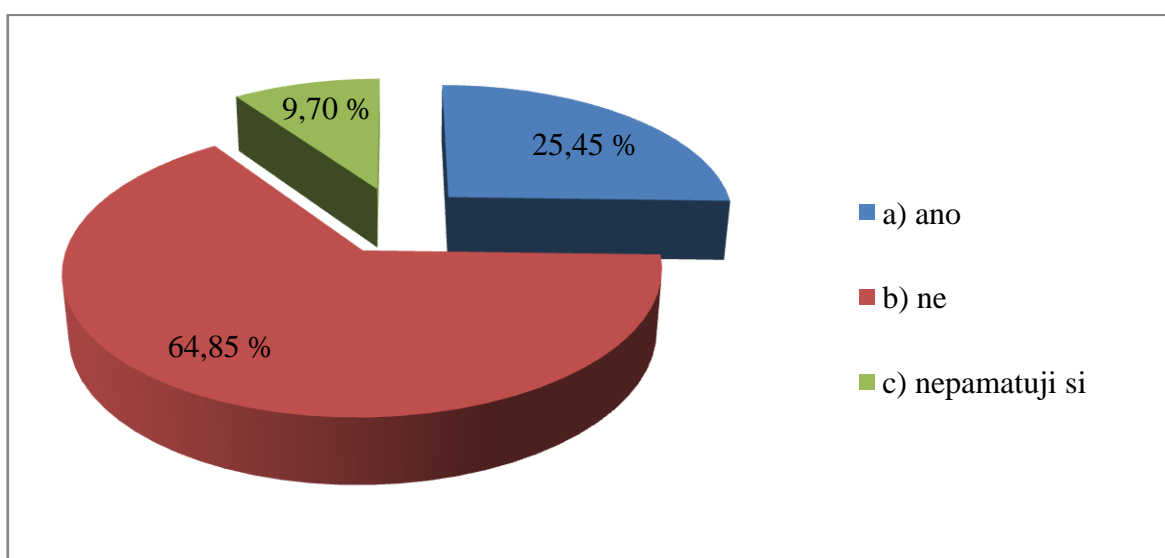
Komentář:

Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) má zájem se dozvědět více informací o první pomoci 119 respondentů (72,12 %). 46 osob (27,88 %) zájem nemá.

Položka č. 25: Poskytoval/a jste někdy první pomoc?

Tabulka č. 25 Poskytování první pomoci respondentem

Poskytování první pomoci respondentem	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	42	25,45 %
b) ne	107	64,85 %
c) nepamatuji si	16	9,70 %
Celkem	165	100,00 %



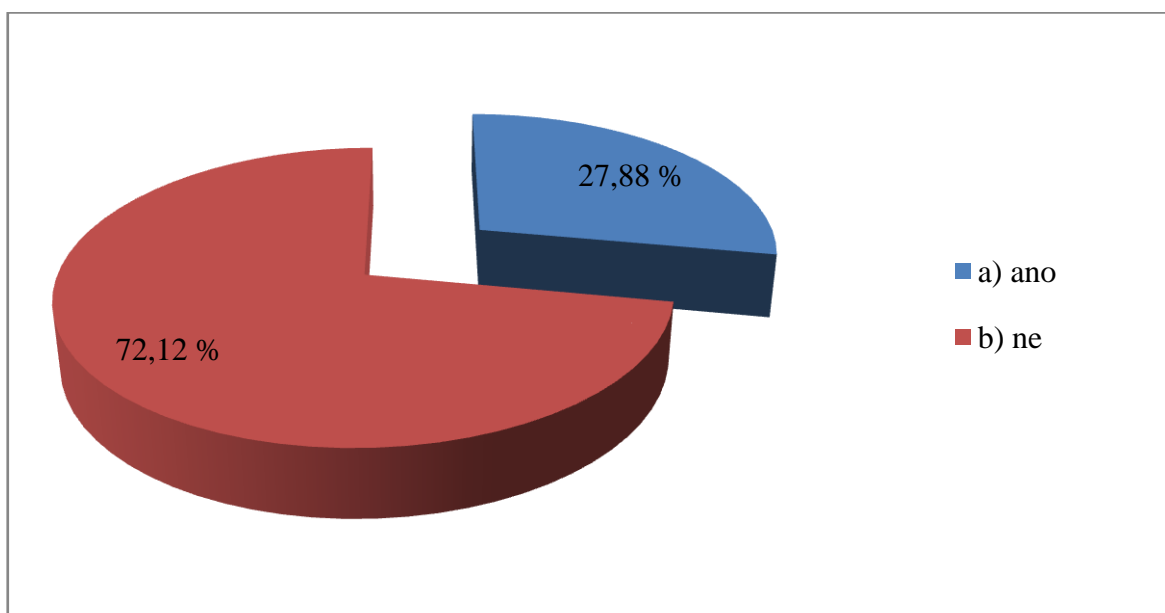
Graf č. 25 Poskytování první pomoci respondentem

Komentář: Ze 165 respondentů (100 %) někdy poskytovalo první pomoc 42 (25,45 %). 107 respondentů (64,85 %) první pomoc nikdy neposkytovalo a 16 dotázaných si nevzpomíná, že by někdy poskytovali první pomoc. Nejčastější zkušenosti mužů s poskytováním první pomoci jsou u dopravních nehod. Ostatní muži, kteří odpověděli kladně, uvedli, že poskytovali první pomoc při pádu, krvácení z nosu, epileptickém záchvatu, srdečním infarktu, hypoglykemickém šoku, úrazu elektrickým proudem, vykloubeném ramenu a při krvácení na zápěstí. Ženy uvedly, že měly zkušenost s poskytováním první pomoci při autonehodě, popáleninách, useknutém prstu, v bezvědomí, po pádu, zástavě dechu při vysokých teplotách u dítěte, ošetření dětí, přeseknuté žíle a nervů na ruce, zlomenině nohy, tepenném krvácení, zasažení elektrickým proudem, epileptickém záchvatu, domácích úrazech, mozkové příhodě. Zkušenosti s poskytováním první pomoci při autonehodách, epileptickém záchvatu, v bezvědomí a při ošetření dětí uvádělo více žen.

Položka č. 26: Byl/a nebo jste členem Českého červeného kříže?

Tabulka č. 26 Členství v ČČK

Členství v Českém červeném kříži	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	46	27,88 %
b) ne	119	72,12 %
Celkem	165	100,00 %



Graf č. 26 Členství v ČČK

Komentář:

Z celkového počtu 165 respondentů (100 %) odpovědělo na položku kladně 46 respondentů (27,88 %). Členem Českého červeného kříže oproti tomu nebylo 119 respondentů (72,12 %).

Časové období členství v Českém červeném kříži

Ze 46 respondentů, kteří byli členy, z šetření vyplývá, že se jednalo pouze o ženy, odpovědělo pouze 25 na doplňující otázku, ke kterému období se jejich členství vztahuje. Členství 4 osob se vztahuje k létům padesátým, členství 8 osob se vztahuje k šedesátým létům, členství 9 osob k létům sedmdesátým, členství 3 osob k létům osmdesátým. Jeden respondent je členem až od roku 2000.

8 DISKUZE

Mým cílem č. 1 bylo zjistit, jaké jsou znalosti u seniorské populace v poskytování laické první pomoci.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že úroveň znalostí v poskytování první pomoci seniorskou populací je lehce nadprůměrná, tj. 67,42 % správných odpovědí z nabízených možností. Někteří senioři měli správně 95 % vědomostní části dotazníku, jiní na tom byli podstatně hůře a se svými asi 35 % správných odpovědí snižovali celkový dobrý průměr informovanosti seniorů. Je pozitivní, že 86,67 % seniorů zná správné telefonní číslo na Zdravotnickou záchrannou službu, 2,42 % seniorů uvedlo i Jednotné Evropské číslo tísňového volání a 6,06 % napsalo obě telefonní čísla. Z toho vyplývá, že senioři v 95,15 % ze 165 dotazovaných vědí, na jakém telefonním čísle se dovolají první pomoci. Což řadí tuto položku na první místo z nejlépe zodpovězených položek. Neméně znalostí projevili také u položky č. 9 (viz. Tabulka č. 9 a Graf č. 9) o informacích, které musí sdělit dispečerovi Zdravotnické záchranné služby. Zde 154 respondentů (93,33 %) odpovídalo správně. Senioři jsou si také vědomi, že poskytnout první pomoc musí každý občan, pokud tím neohrozí svůj vlastní život či zdraví, nikoliv pouze zdravotník či osoba proškolená kurzem první pomoci, což plyne z grafu č. 8, kde 83,64 % dotazovaných odpovědělo správně.

Mezi další položky s dobrou úrovní znalostí patří položka č. 10, kde si senioři v 86,67 % dokázali poradit při infarktu myokardu a také položka č. 2, kde 86,06 % seniorů ví, jak postupovat při velkém množství zraněných. Senioři dokázali z nabídnutých možností vybrat, že první pomoc poskytnou nejdříve poraněnému s masivním krvácením. Dále na dobré úrovni znalostí byly ve stejném procentním zastoupení, tj. 85,45 %, položky č. 5 a č. 12 (viz. Tabulka 5, 12, Graf č. 5, 12), kdy u 5. položky převážná většina seniorů má v podvědomí, jak ošetřit v rámci první pomoci zlomeninu horní končetiny a je výborným zjištěním u položky č. 12, že většina seniorů by popáleninu nejdříve chladila čistou vodou a nepoužívala by masti a oleje, jak se s tím stále někdy setkáváme. Znalosti prokazují senioři i u položky č. 6, kterou se zjišťovala informovanost dnešních seniorů o poskytnutí první pomoci u komplikace dnes velmi častého onemocnění „cukrovky“. Respondenti věděli v 84,24 %, jak si poradit s poklesem krevního cukru a jak takto postiženému pomoci. Neméně důležitým tématem je kardiopulmonální resuscitace, kterou jsem rozebrala v pěti dotazníkových položkách. Ve čtvrté položce, která se zabývá laickou resuscitací podle nových doporučení, graf č. 4 ukazuje, že senioři ještě nejsou dostatečně seznámeni s novými po-

stupy podle Guidelines 2010. Pouze 44 seniorů ze 165 dotazovaných ví, že postačí provádět pouze srdeční masáž a 93 seniorů má stále zafixováno, že musí provádět i dýchání z plic do plic. Sedmá položka zjišťuje, v jakém poměru se laická resuscitace provádí. Zde je vidět, že je seniorská populace málo informována. Správnost poměru resuscitace zná pouze 36,36 %. V jedenácté položce jsem se dotazovala seniorů, kdy by zahájili resuscitaci, a z nabízených možností většina volila správnou variantu b) poraněný nereaguje na oslovení, ani na dotykový, bolestivý podnět, nedýchá (viz. Tabulka č. 11 a Graf č. 11) v 78,18 %. Pokud by stejné procento seniorů tuto položku vědělo i bez nabízených variant, byla by tato položka brána za velmi uspokojivou. Z grafu č. 14 vyplývá, že senioři v 78,79 % znají místo, kde by prováděli nepřímou masáž srdce. Poslední položkou zabývající se resuscitací je č. 17, která se dotazuje na ukončení laické resuscitace. 134 seniorů odpovědělo překvapivě správnou variantou, ale našlo se i 25 seniorů, kteří by ji ukončili hned po prvním nádechu.

Problematická místa u seniorů při poskytování první pomoci se projevuje neznalostí postupů nejen při zástavě tepenného krvácení, jak vyplývá z grafu č. 3, ale i při rozpoznání žilního krvácení, což plyne z položky č. 13. Také krvácení z nosu řeší stále dosti respondentů již nevhodnými postupy první pomoci, jak vyplývá z tabulky a grafu č. 16. Senioři mají stále zažitá dříve doporučená pravidla. Až 49,09 % seniorů volilo nesprávnou možnost, tj. záklon hlavy. Jen 41,82 % dokázalo správně odpovědět na položku. Alarmující jsou odpovědi u položky č. 15, kdy jen 20 seniorů tj. 12,12 % by dokázalo poskytnout správně první pomoc při epileptickém záchvatu. A při tom řada z nich se s touto situací již setkala (viz. Tabulka č. 25 a Graf č. 25).

Nelze konstatovat, že by oslovení senioři byli zcela bez informací, jak poskytovat první pomoc u různých akutních stavů nebo úrazů, naopak řada seniorů je velmi dobře orientovaná. Z dotazníkového šetření vyplynula problémová místa informovanosti při zajišťování první pomoci, a proto je důležité seniory seznamovat s novými doporučeními první pomoci a motivovat je k odstranění jejich nedostatků a tím zvýšit procento úspěšnosti při záchraně lidského života.

Mým cílem č. 2 bylo zjistit, jaký je zájem seniorů o poznatky z oblasti poskytování první pomoci.

Dotazníkové šetření probíhalo jak u mužů, tak u žen. Velké zastoupení však mělo ženské pohlaví, tj. 70,30 % = 116 žen. Mužů bylo podstatně méně, tj. 29,70 % = 49 mužů. Co se týká věkových kategorií, bylo zde zastoupeno několik skupin (viz. Graf č. 19), kdy nejmladší byla žena ve věku 60 let a nejstarší byl muž, 93 let. Pozitivní bylo zjištění, že ani 90letí občané se nebránili a rádi vyplnili obdržovaný dotazník. Z grafu č. 20 je zřejmé, že velká část seniorů, kteří odpovídali na toto dotazníkové šetření, je vzdělání základního nebo je vyučeno v oboru, z čeho plyne, že tito lidé nebyli zvyklí na celoživotní vzdělávání a ani tyto příležitosti se jim nenabízeli. Proto u některých dodnes přetrvává, že nemají potřebu získávat nové informace a dále se vzdělávat; nepovažují to za důležité. Velmi mne proto potěšilo, když v položce č. 24 uvedlo 119 seniorů, že mají zájem o nové poznatky v oblasti poskytování první pomoci. Na toto jsem reagovala vytvořením přednášky a dala těmto seniorům možnost dozvědět se nové poznatky nebo si oživit informace dávno zapomenuté. Souběžně s tím mě také zajímala informace, jestli senioři jsou informováni, eventuálně jakým způsobem se informují o poskytování první pomoci. V grafu a tabulce č. 21 vidíme, že 79 seniorů (47,88 %) si myslí, že má dostatek informací k poskytování první pomoci. 50 respondentů napsalo, že není dostatečně informováno a 36 to nedokáže posoudit. Ze zdrojů informací o první pomoci, které senioři uvedli, byla nejvíce zastoupená televize, následovaná časopisy a novinami, dále letáky, informační brožury, přednášky a poslech rádia. Zajímavým zjištěním bylo, že ani jeden senior nevyhledává informace na internetu. 15 dotazovaných nevyhledává informace vůbec. Je zářející, že jako zdroj informovanosti uvedlo 27 seniorů přednášky o první pomoci. Ovšem následující položka č. 23 týkající se dotazu, zda absolvovali kurz nebo přednášku o první pomoci, odpověděli respondenti v 65 případech ano, což se značně rozchází.

Dále mě také zajímalo, jestli senioři, kteří mají anebo nemají zájem o nové poznatky z oblasti první pomoci, někdy také poskytovali první pomoc. Pokud vezmeme v úvahu jakákoliv zranění, i drobná, je zářející, že 107 seniorů uvedlo, že pomoc nikdy neposkytovalo a 16 si vůbec nevzpomíná. Pouze 42 dotazovaných seniorů uvedlo, že někdy poskytovalo první pomoc. V podotázce jsem se snažila zjistit, v jakých situacích ji poskytovali, zda se jednalo o úrazy nebo akutní stavy. Nejčastější zkušenosti mužů s poskytováním první pomoci bylo u dopravních nehod, při pádu, krvácení z nosu, epileptickém záchvatu, srdečním infarktu, hypoglykemickém šoku, úrazu elektrickým proudem, vykloubeném

ramenu a tepenném krvácení na zápěstí. Ženy uváděly svoji zkušenost s poskytováním první pomoci při autonehodě, popáleninách, useknutém prstu, v bezvědomí, po pádu z výšky, zástavě dechu a vysokých teplotách u dítěte. Také při poranění žíly a nervů na ruce, zlomenině bérce, tepenném krvácení, úrazu elektrickým proudem, epileptickém záchvatu, cévní mozkové příhodě a při ošetřování dětí.

Zájem o nové poznatky z oblasti první pomoci může být také ovlivněn tím, zda lidé byli nebo ještě stále jsou členy Českého červeného kříže. Proto jsem na závěr dotazníkového šetření vložila položku č. 26 o členství v ČČK. 46 seniorů odpovědělo, že členy jsou či v minulosti byli. Z šetření vyplývá, že se jedná pouze o ženy. Na doplňkovou otázku, ke kterému období se jejich členství vztahuje, odpovídalo už jen 25 těchto žen. 4 se hlásili k létům padesátým, 8 k šedesátým, 9 osob k létům sedmdesátým a členství 3 osob zasahovalo do osmdesátých let. Jeden respondent uvádí, že je členem až od roku 2000.

Protože jsem sama členkou ČČK vím, že i v našem oblastním spolku ČČK máme stále aktivní seniorky, které se rády zapojují a účastní akcí pořádaných ČČK.

Mým cílem č. 3 bylo na základě zpracovaných dat z dotazníkového šetření vytvořit a realizovat přednášky pro seniory o poskytování první pomoci s praktickým nácvikem.

Na základě získaných dat z dotazníkového šetření jsem vytvořila přednášku v programu PowerPoint o poskytování první pomoci. Při přípravě přednášky jsem se snažila brát v úvahu mnohé nemoci, tělesné a psychické změny, které stáří přináší, a téhle skupině se přizpůsobit. Do prezentace (viz. příloha P III) jsem vybrala taková poranění a příhody, se kterými se mohou senioři kdekoliv a kdykoliv setkat. Předem jsem seniory informovala o přednášce vytvořeným plakátem (viz. příloha P II), na kterém se mohli dozvědět, kdy, kde a v kolik hodin se uskuteční přednáška na téma: „Naučte se i Vy poskytovat první pomoc“. Realizovala jsem dvě přednášky, které proběhly 22. 3. 2011 v Lidečku a 24. 3. 2011 ve Střelné. Bohužel jsem z časových důvodů nestihla realizovat další tři přednášky, které jsou odloženy na podzim tohoto roku.

Přednášky byly zahájeny v 16.00 h představením nejen mým, ale i daného tématu. Následovala prezentace, která trvala 45 minut. Daná témata jsem se snažila prokládat příklady. Poté se konala 15 minutová přestávka, kde se mohli senioři občerstvit, pohovořit či případně zeptat na nejasnosti v oblasti první pomoci. Po přestávce proběhly ukázky, jak poskytovat první pomoc např. při krvácení, zlomeninách či zástavě oběhu. Názorně jsem předvedla

celý postup kardiopulmonální resuscitace. Pak následoval praktický nácvik, který trval 20 minut. Senioři v něm mohli využít pomůcek, které zapůjčil ČČK. Vytvořila jsem tři stanoviště a hned na prvním si mohli vyzkoušet ošetřit krvácení. Na druhém je čekala obvazová technika, kde si mohli ověřit, zda správně umí ošetřit například zlomeninu horní končetiny. Třetí stanoviště se věnovalo laické kardiopulmonální resuscitaci. Připravila jsem pro ně dva dýchací modely, na kterých si mohli vyzkoušet buď celkovou resuscitaci, nebo jenom nepřímou srdeční masáž a případně se zeptat na nejasnosti. Senioři na to reagovali a zajímali se o problematiku kardiopulmonální resuscitace, hlavně na nepřímou masáž srdce bez dýchání z plic do plic. Mnozí senioři si kardiopulmonální resuscitaci vyzkoušeli a tento úkon zvládli. Našli se však i jedinci, kteří takto složitý úkon kvůli svému zdravotnímu stavu nezvládli. S praktickým nácvikem na těchto stanovištích mi pomáhaly pod mým vedením tři členky ČČK.

Jelikož seniorům činí potíže zapamatovat si velké množství nových informací, zpracovala jsem pro ně na podkladě prezentace brožuru (viz. příloha P V) o poskytování první pomoci při úrazech a náhlých příhodách.

ZÁVĚR

Senioři jsou specifickou skupinou populace. Toto období provází spousta změn a nejedná se pouze o změny fyzické, psychické a sociální, ale musíme také přihlížet ke změnám kognitivních funkcí. Především klesá schopnost zapamatovat si nové věci, ovšem prožité vzpomínky, události si vybavují velmi dobře. To platí i v oblasti první pomoci, kdy mají zažitá pravidla, které lze hůře nahradit novými. Záleží však na osobnosti, charakteru každého člověka. Někdo má zájem dovědět se něco nového, vzdělávat se, a proto navštěvuje přednášky, kurzy první pomoci, pozastavuje se nad novinkami v televizi, v časopisech. Jiní jsou k téhle problematice pasivní a tvrdí, že jsou už staří, že se jich to netýká, že to nepotřebují.

Ve své bakalářské práci jsem chtěla zjistit znalosti seniorské populace v poskytování první pomoci a jejich zájem o tuto oblast. Teoretickou část jsem zaměřila na období stáří a poukázala na změny, které mohou zatěžovat seniory při poskytování první pomoci. Dále jsem se věnovala poraněním a náhlým příhodám, se kterými se může senior kdykoliv a kdekoliv běžně setkat a měl by vědět, jak postiženému pomoci.

Dotazníkovým šetřením jsem získala řadu informací a podnětů, které jsem využila při zpracování přednášky v PowerPoint prezentaci na téma: „Naučte se i Vy poskytovat první pomoc“ a následně realizovala přednášky pro seniory.

Stárnutí lidské populace se stává celosvětovým problémem, a to nejen ve vyspělých zemích, ale i v České republice. Věková hranice se posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací. Uplatňuje se rovněž demografické hledisko, které ukazuje, že v příštích desetiletích se výrazně zvýší počet seniorské populace. Proto bych chtěla do budoucna přispět a snažit se zapojit více ochotných lidí z Českého červeného kříže do vzdělávání seniorů o první pomoci. Motivovat seniory ke vzdělání v této oblasti, ale aby to nebrali jako nutnost, naopak výhodu sami pro sebe, že budou schopni pomoci někomu jinému při nejrůznějších úrazech a akutních stavech.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**Monografie:**

BÁRTLOVÁ, Sylva; SADÍLEK, Petr; TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.

BERÁNKOVÁ, Monika; FLEKOVÁ, Anna; HOLZHAUSEROVÁ, Blanka. *První pomoc : pro střední zdravotnické školy*. 2., aktual. vyd. Praha : Informatorium, spol. s.r.o., 2007. 204 s. ISBN 978-80-7333-054-5.

BYDŽOVSKÝ, Jan. *První pomoc*. 2., přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2004. 76 s. ISBN 80-247-0680-6.

DOSTÁLOVÁ, Jitka; ZEMANOVÁ, Jitka. *První pomoc I.* 2., přeprac. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. 130 s. ISBN 978-80-7368-603-1.

ĎOUBAL, Stanislav, a kol. *Teoretická gerontologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum - nakladatelství Univerzity Karlovy, 1997. 104 s. ISBN 80-7184-481-0.

ERTLOVÁ, Františka; MUCHA, Josef. a kol. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2., přeprac. vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 368 s. ISBN 80-7013-379-1.

GRUBEROVÁ, Božena. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice : JU ZF České Budějovice, 1998. 86 s. ISBN 80-7040-286-5.

HAMILTON, Ian Stuart. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha : Portál, s.r.o., 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.

HASÍK, Juljo. *Kardiopulmonální resuscitace v první pomoci*. 2., rozšíř. vyd. Praha : Úřad Českého červeného kříže, 2008. 50 s. ISBN 978-80-254-3162-7.

HRŮZA, Zdeněk. *Věda o stárnutí*. 1. vyd. Praha : Československá akademie věd, 1966. 122 s.

JEDLIČKA, Václav, a kol. *Praktická gerontologie*. 2., přeprac. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s. ISBN 80-7013-109-8.

JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2000. 354 s. ISBN 80-7184-823-9.

KALVACH, Zdeněk, a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk, a kol. *Úvod do gerontologie a geriatric : 1.díl Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha : Karolinum - nakladatelství Univerzity Karlovy, 1997. 194 s. ISBN 80-7184-366-0.

LEBEDA, Pavel. *První pomoc v domácnosti*. 1. vyd. Praha : Úřad Českého červeného kříže, 2004. 52 s.

MAHONEY, David; RESTAK, Richard. *Moderní příručka dlouhověkosti*. 1. vyd. Academia : Akademie věd České republiky, 2000. 186 s. ISBN 80-200-0260-X.

PACOVSKÝ, Vladimír, a kol. *Gerontologické minimum*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1988. 60 s.

PACOVSKÝ, Vladimír; HEŘMANOVÁ, Hana. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1981. 304 s.

PETRŽELA, Michal. *První pomoc pro každého*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. 80 s. ISBN 978-80-247-2246-7.

POKORNÝ, Jan, et al. *Lékařská první pomoc*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha : Galén, 2010. 474 s. ISBN 978-80-7262-322-8.

PSENNEROVÁ, Sabina. *Praktická cvičení z první pomoci*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 72 s. ISBN 978-80-7368-463-1.

ROSLAWSKI, Adam. *Jak zůstat fit ve stáří*. 1. vyd. Brno : Computer Press, a.s., 2005. 71 s. ISBN 80-251-0774-4.

STOLÍNOVÁ, Jitka; MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha : Galén, 2010. 313 s. ISBN 978-80-7262-686-1.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. 280 s. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. 212 s. ISBN 978-80-247-1777-7.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TROJAN, Stanislav, a kol. *Lékařská fyziologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2004. 772 s. ISBN 80-247-0512-5.

WOLF, Josef, a kol. *Umění žít a stárnout*. 1. vyd. Praha : Svoboda, 1982. 368 s.

Sborníky:

RABUŠIC, Ladislav. O postavení seniorů v české společnosti: nemoc, osamělost a chudoba?. In PETŘKOVÁ, Anna. *Aktuální problémy vzdělávání seniorů : Sborník příspěvků z odborného semináře se zahraniční účastí dne 29. 4. 1999*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 1999. s. 17 – 30. 104s. ISBN 80-244-0007-3.

SRNSKÝ, Pavel. První pomoc. In Autorský kolektiv. *Zdravotnický instruktor Českého červeného kříže*. 1. vyd. Praha : Úřad Českého červeného kříže, 2002. s. 7 - 90. 252 s.

STADELHOFER, Carmen. Internet jako šance pro další vzdělávání? : K užitečnosti pedagogických koncepcí ve věku nových médií. In PETŘKOVÁ, Anna. *Aktuální problémy vzdělávání seniorů : Sborník příspěvků z odborného semináře se zahraniční účastí dne 29. 4. 1999*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 1999. s. 31 – 38. 104s. ISBN 80-244-0007-3.

ŠVEJNOHA, Josef. Československý a Český červený kříž. In Autorský kolektiv. *Zdravotnický instruktor Českého červeného kříže*. 1. vyd. Praha : Úřad Českého červeného kříže, 2002. s. 221 -225. 252s.

Periodika, časopisy:

KALVACH, Zdeněk. Zdravotnické aspekty stárnutí populace. *Zdravotnické noviny*. 2007, roč. 56, č. 10, s. 12-14. ISSN 0044-1996.

PETRŽELA, Michal. První pomoc : Je její znalost důležitou součástí života každého člověka?. *Rescue report*. 2006, roč. 9, č. 2, s. 36. ISSN 1212-0456.

PREHNAL, Jan. Česká gerontologie a geriatrie na přelomu tisíciletí. *Geriatrics*. 2000, roč. 6, č. 1, s. 25-29. ISSN 1335-1850.

ŠTUDENTOVÁ, Milada. Trestněprávní aspekty neposkytnutí pomoci. *Zdravotnictví a právo*. 2007, roč. 11, č. 9, s. 12-14. ISSN 1211-6432.

TOPINKOVÁ, Eva. Diferenciální diagnostika kognitivních poruch ve vyšším věku. *Geriatrics*. 2000, roč. 6, č. 4, s. 5-15. ISSN 1335-1850.

Elektronické zdroje:

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Úrazy seniorů v domácím prostředí. *Zdravotnické noviny : Sestra* [online]. 9. 12. 2009, 2009, 12, [cit. 2010-12-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/urazy-senioru-v-domacim-prostredi-448650>>.

HLAVAČKOVÁ, Magdaléna. Cévní mozková příhoda. *Neurologická ambulance – Uher-ský Brod* [online]. 2010 [cit. 2011-04-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.neurologie-ub.cz/cevni-mozkova-prihoda>>.

Integrovaný záchranný systém. *Hasičský záchranný sbor České republiky*. [online]. 2009 [cit. 2011-03-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.hzscr.cz/clanek/integrovaný-zachranny-system.aspx>>.

O resuscitaci – GUIDELINES 2010. *Zachrannaslužba.cz* [online]. 2010, 31. 1. 2011 [cit. 2011-02-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.zachrannaslužba.cz/prvni-pomoc/resuscitace.html>>.

PROSECKÁ, Hana. *Senior a první pomoc* [online]. 2009 [cit. 2009-04-05]. 156 s. Magisterská diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Hana Pinkavová. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/259003/lf_m/>.

První pomoc při epileptickém záchvatu. *Epistop.cz* [online]. 18. 6. 2009 [cit. 2011-04-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.epistop.cz/index.php/prvni-pomoc-pi-epileptickem-zachvatu>>.

Šokové stavy. *První-pomoc.com*. [online]. 2005 [cit. 2011-04-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.prvni-pomoc.com/view.php?navezclanku=sokove-stavy&cislocclanku=2005110002>>.

Trestní zákoník. *Zákony ČR onLine*. [online]. 2009 [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.zakonycr.cz/seznamy/040-2009-Sb-zakon-trestni-zakonik.html>>.

Základní neodkladná resuscitace. *Česká resuscitační rada* [online]. [cit. 2011-03-24]. Dostupné z WWW: <http://www.resuscitace.cz/?page_id=42>.

Zákon o péči o zdraví lidu. *Sbírka zákonů* [online]. 1966 [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1966/sb07-66.pdf>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	procenta
°C	stupeň Celsia
AED	Automatický elektrický defibrilátor
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
cca	přibližně
cm	centimetr
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervová soustava
č.	číslo
ČČK	Český červený kříž
ČR	Česká republika
et al.	kolektiv autorů
f_i	relativní četnost
h	hodina
IZS	Integrovaný záchranný systém
kol.	kolektiv
Mgr.	magistr
min	minuta
ml	mililitry
mmol/l	minimol na litr
např.	například
n_i	absolutní četnost
odst.	odstavec
PC	Personal computer (osobní počítač)

PhDr.	doktor filozofie
písm.	písmeno
popř.	popřípadě
resp.	respektive
s.	strana
Sb.	sbírka
tab.	tabulka
tel.	telefon
tj.	to je
tzv.	tak zvané
viz.	vizuálně
WHO	Světová zdravotnická organizace
x	násobení
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1 Telefonní číslo Zdravotnické záchranné služby	44
Graf č. 2 Postup první pomoci při velkém množství zraněných	45
Graf č. 3 První pomoc při tepenném krvácení	46
Graf č. 4 Laická resuscitace podle nových doporučení	47
Graf č. 5 První pomoc při zlomenině horní končetiny	48
Graf č. 6 První pomoc při hypoglykémii	49
Graf č. 7 Laická resuscitace – poměr nepřímé masáže srdeční a dýchání z plic do plic	50
Graf č. 8 Povinnost poskytnutí první pomoci	51
Graf č. 9 Informace pro Zdravotnickou záchrannou službu	52
Graf č. 10 První pomoc při infarktu myokardu	53
Graf č. 11 Laickou resuscitaci zahajujeme	54
Graf č. 12 První pomoc u popálenin	55
Graf č. 13 Žilní krvácení	56
Graf č. 14 Nepřímá masáž srdce	57
Graf č. 15 První pomoc u epileptického záchvatu	58
Graf č. 16 První pomoc při krvácení z nosu	59
Graf č. 17 Ukončení laické resuscitace	60
Graf č. 18 Pohlaví respondentů	61
Graf č. 19 Věk respondentů	62
Graf č. 20 Vzdělání respondentů	63
Graf č. 21 Informovanost respondentů o první pomoci	64
Graf č. 22 Zdroje informací o první pomoci	65
Graf č. 23 Absolvování kurzu – přednášky první pomoci	66
Graf č. 24 Zájem respondentů o první pomoc	67
Graf č. 25 Poskytování první pomoci respondentem	68
Graf č. 26 Členství v ČČK	69

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Telefonní číslo Zdravotnické záchranné služby	44
Tabulka č. 2 Postup první pomoci při velkém množství zraněných	45
Tabulka č. 3 První pomoc při tepenném krvácení	46
Tabulka č. 4 Laická resuscitace podle nových doporučení	47
Tabulka č. 5 První pomoc při zlomenině horní končetiny	48
Tabulka č. 6 První pomoc při hypoglykémii	49
Tabulka č. 7 Laická resuscitace – poměr nepřímé masáže srdeční a dýchání z plic do plic ..	50
Tabulka č. 8 Povinnost poskytnutí první pomoci	51
Tabulka č. 9 Informace pro Zdravotnickou záchrannou službu	52
Tabulka č. 10 První pomoc při infarktu myokardu	53
Tabulka č. 11 Laickou resuscitaci zahajujeme	54
Tabulka č. 12 První pomoc u popálenin	55
Tabulka č. 13 Žilní krvácení	56
Tabulka č. 14 Nepřímá masáž srdce	57
Tabulka č. 15 První pomoc u epileptického záchvatu	58
Tabulka č. 16 První pomoc při krvácení z nosu	59
Tabulka č. 17 Ukončení laické resuscitace	60
Tabulka č. 18 Pohlaví respondentů	61
Tabulka č. 19 Věk respondentů	62
Tabulka č. 20 Vzdělání respondentů	63
Tabulka č. 21 Informovanost respondentů o první pomoci	64
Tabulka č. 22 Zdroje informací o první pomoci	65
Tabulka č. 23 Absolvování kurzu – přednášky první pomoci	66
Tabulka č. 24 Zájem respondentů o první pomoc	67
Tabulka č. 25 Poskytování první pomoci respondentem	68
Tabulka č. 26 Členství v ČČK	69

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Plakát

Příloha P III: Prezentace „Naučte se i Vy poskytovat první pomoc.“

Příloha P IV: Fotodokumentace z přednášek

Příloha P V: Brožura pro seniory

Příloha P VI: Guidelines 2010

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Markéta Řeháková, jsem studentkou bakalářského studia, oboru ošetrovatelství na fakultě humanitních studií ve Zlíně a ráda bych Vás touto cestou poprosila o spolupráci.

Dostává se Vám do rukou dotazník, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Senior a první pomoc“. Pomocí něhož bych chtěla zjistit, jaká je informovanost seniorů o poskytování základní laické první pomoci. Na základě výsledků bude vytvořena a realizována přednáška „První pomoci“, která se uskuteční v průběhu jara 2011.

Tento dotazník je anonymní a údaje z něj získané budou použity pouze v mé závěrečné práci.

Předem děkuji za spolupráci.

Postup při vyplňování dotazníku:

Prosím Vás, označte u každé otázky pouze jednu z možností nebo vyplňte správnou odpověď. Pokud budete chtít odpověď změnit, přeškrtněte původní kroužek a novým označte další odpověď.

1. Které telefonní číslo vytočíme v případě potřeby Zdravotnické záchranné služby?

.....

2. Při dopravní nehodě, kde je velké množství zraněných, poskytujeme pomoc jako první:

- a) poraněnému se zlomeninou kosti (paže, předloktí, stehno, bérce)
- b) poraněnému v bezvědomí
- c) poraněnému, který má silné krvácení (tepenné)
- d) nevím

3. Poraněný při chůzi zakopl a upadl na ostrý předmět. Způsobil si ránu na předloktí, která silně krvácí, při úrazu došlo k poranění tepny. Jako první provedeme:

- a) končetinu zvedneme do výšky, stiskneme poraněnou tepnu a přiložíme obvaz v několika vrstvách
- b) ihned končetinu zaškrtneme nad ranou
- c) na končetinu přiložíme obvaz a čekáme, až se krvácení zastaví
- d) nevím

- 4. Podle nejnovějších doporučení (rok 2010) pro poskytování první pomoci – při laické resuscitaci (oživování) je doporučeno provádět alespoň:**
- a) dýchání z plic do plic
 - b) nepřímou masáž srdeční
 - c) nutno provádět oboje – nepřímou srdeční masáž a dýchání z plic do plic
 - d) nevím
- 5. Osoba upadla, stěžuje si na velkou bolest zápěstí a předloktí, poraněné místo je oteklé a nelze provádět pohyb. V rámci první pomoci:**
- a) horní končetinu připevníme k trupu a obvážeme obvazem
 - b) podáme léky na tišení bolesti
 - c) horní končetinu šetrně dáme do závěsu, který vytvoříme nejlépe z šátku
 - d) nevím
- 6. Nalezneme opocenou, bledou osobu, která obtížně komunikuje, chová se zmateně až agresivně. V kapse jejího saka nalezneme průkaz diabetika. V rámci první pomoci:**
- a) snažíme se ji uklidnit, podáme nejprve léky na zklidnění (sedativa) a poté výživné jídlo nebo cukr
 - b) podáme sladký nápoj nebo kostky cukru
 - c) podáme jí větší množství minerální vody a voláme Zdravotnickou záchrannou službu
 - d) nevím
- 7. V rámci laické resuscitaci (oživování) u dospělého člověka provádíme nepřímou masáž srdeční a dýchání z plic do plic v poměru:**
- a) 10 stlačení hrudníku a 5 vdechů
 - b) 15 stlačení hrudníku a 2 vdechy
 - c) 30 stlačení hrudníku a 2 vdechy
 - d) nevím
- 8. První předlékařskou pomoc je povinen poskytnout:**
- a) pouze osoba proškolená zdravotnickým školením nebo kurzem první pomoci
 - b) každý občan, pokud tím neohrozí svůj vlastní život či zdraví
 - c) pouze zdravotník (všeobecná sestra, lékař)
 - d) nevím
- 9. Které informace sdělujeme do telefonu záchranné službě jako první:**
- a) vaše příjmení, co se stalo, kde se nacházíme, kolik je poraněných
 - b) jakou má poraněný zdravotní pojišťovnu, obvodního lékaře
 - c) jaká je diagnóza poraněného, jeho příjmení
 - d) nevím

10. Osoba po hádce si stěžuje na svíravou, pálivou bolest za hrudní kostí, opotila se a špatně se jí dýchá. Jako svědek této příhody:

- a) ji ponecháme v klidu 30 – 45 min a pokud potíže přetrvávají, voláme záchrannou službu
- b) zavoláme záchrannou službu, zajistíme tepelný komfort a odejdeme
- c) ihned zavoláme záchrannou službu, do jejího příjezdu ji pečlivě sledujeme, zda komunikuje a dýchá
- d) nevím

11. Základní laickou resuscitaci (nepřímá masáž srdeční a dýchání z plic do plic) zahájíme tehdy, pokud:

- a) poraněný nereaguje na oslovení a nevyvíjí žádnou aktivitu, je opocený, dýchá
- b) poraněný nereaguje na oslovení, ani na dotykový, bolestivý podmět, nedýchá
- c) poraněný nereaguje na položené otázky, je bledý, dýchá nápadně rychle
- d) nevím

12. Poraněný má popálené prsty o horká kamna. V rámci první pomoci ošetříme popáleninu:

- a) potřením jakoukoliv mastí, olejem a prsty obvážeme sterilním obvazem
- b) chlazením, přiložením obvazu, a pokud se později vytvoří puchýř, propíchneme jej, odstříháme a ošetříme dezinfekcí
- c) chlazením čistou vodou (10 – 30 min), pokud se později vytvoří puchýř, nepropíchneme jej
- d) nevím

13. Jak poznáme žilní krvácení:

- a) na povrch těla volně vytéká jasně červená krev
- b) na povrch těla vystřikuje jasně červená krev
- c) na povrch těla volně vytéká temně červená krev
- d) nevím

14. Při nepřímé masáži srdeční tlačujeme hrudní stěnu:

- a) v dolní části hrudní kosti
- b) vlevo od hrudní kosti
- c) uprostřed hrudní kosti
- d) nevím

15. Mladý muž na ulici zkolaboval, má křeče (záškuby) celého těla, nedýchá, modrá, nereaguje na oslovení. Dotyčného:

- a) ponecháme v poloze, v jaké je, zajistíme jeho bezpečnost, aby se během křečí o něco nezranil, zavoláme záchrannou službu a s dalšími kroky vyčkáme, až křeče odezní
- b) otočíme na záda, zakloníme hlavu a (pokud je to nutné i násilím pomocí vhodného nástroje) otevřeme ústa a vytáhneme jazyk, aby se nedusil
- c) dáme do polohy na boku, přiměřenou silou bráníme křečím a počkáme cca 5 - 15 minut, až křeče odezní a stav se upraví. Pokud se stav do té doby nezlepší, voláme záchrannou službu.
- d) nevím

16. Při krvácení z nosu jako první krok provedeme:

- a) zakloníme hlavu, stiskneme nosní dírky
- b) předkloníme hlavu, krev necháme volně vytékat, stiskneme kořen nosu
- c) ponecháme v poloze, v jaké je, a krev necháme vytékat
- d) nevím

17. Laickou resuscitaci ukončíme:

- a) jakmile se poraněný jednou zřetelně nadechne
- b) pokud začne poraněný normálně dýchat nebo do příjezdu Zdravotnické záchranné služby
- c) pokud nemůžeme provádět dýchání z plic do plic
- d) nevím

18. Jakého jste pohlaví?

- a) muž
- b) žena

19. Kolik je Vám let?

20. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) vyučený
- c) vyučený s maturitou
- d) středoškolské
- e) vysokoškolské

21. Myslíte si, že máte dostatečné informace o první pomoci?

- a) ano, mám dostatečné informace o poskytování první pomoci

- b) ano, mám částečné informace o poskytování první pomoci
- c) ne, nejsem dostatečně informován/a
- d) nevím, neumím posoudit

22. Odkud získáváte informace o první pomoci?

- a) televize
- b) rádio
- c) časopisy, noviny
- d) letáky, informační brožury
- e) internet
- f) přednášky (pořádané městským úřadem, klubem seniorů, Českým červeným křížem, Besipem,...)
- g) nikde
- h) jiné,

23. Absolvoval/a jste kurz nebo přednášku o poskytování první pomoci?

- a) ano, (pokud můžete uvést rok, budeme rádi).....
- b) ne
- c) nepamatuji si

24. Měl/a byste zájem se dozvědět více informací o první pomoci?

- a) ano, mám zájem
- b) ne, nemám zájem

25. Poskytoval/a jste někdy první pomoc?

- a) ano
- b) ne
- c) nepamatuji si

Pokud ano, prosím popište v jaké situaci:

.....

.....

.....

26. Byl/a nebo jste členem Českého červeného kříže?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, prosím vyplňte, kdy jste byl/a členem (rok, nebo časové období)

.....

Děkuji Vám za ochotu a čas, který jste si udělali pro vyplnění tohoto dotazníku.

PŘÍLOHA P II: PLAKÁT - LIDEČKO

Někdy o životě a smrti rozhodují minuty

„Naučte se i Vy poskytovat první pomoc“

Tímto chci pozvat všechny, kteří mají zájem se něco dozvědět,

převážně seniory na

přednášku o první pomoci

kteřá se koná dne

22. března 2011

v 16.00h

v kulturním domě v Lidečku

Přednášku povede paní Markéta Řeháková



Všichni jste srdečně zváni

PLAKÁT – STŘELNÁ

Někdy o životě a smrti rozhodují minuty

„Naučte se i Vy poskytovat první pomoc“

Tímto chci pozvat všechny, kteří mají zájem se něco dozvědět,

převážně seniory na

přednášku o první pomoci

kteřá se koná dne

24. března 2011

v 16.00h

v zasedací místnosti OÚ ve Střelné

Přednášku povede paní Markéta Řeháková



Všichni jste srdečně zváni

PŘÍLOHA P III: PREZENTACE

Prezentace z přednášky pro seniory na téma „Naučte se i Vy poskytovat první pomoc“, která proběhla 24. 3. 2011.

PŘÍLOHA P IV: FOTODOKUMENTACE





PŘÍLOHA P V: BROŽURA PRO SENIORY

Informační brožura pro seniory je vložena volně v bakalářské práci.

Příručka první pomoci

„Někdy o životě i smrti rozhodují minuty.“



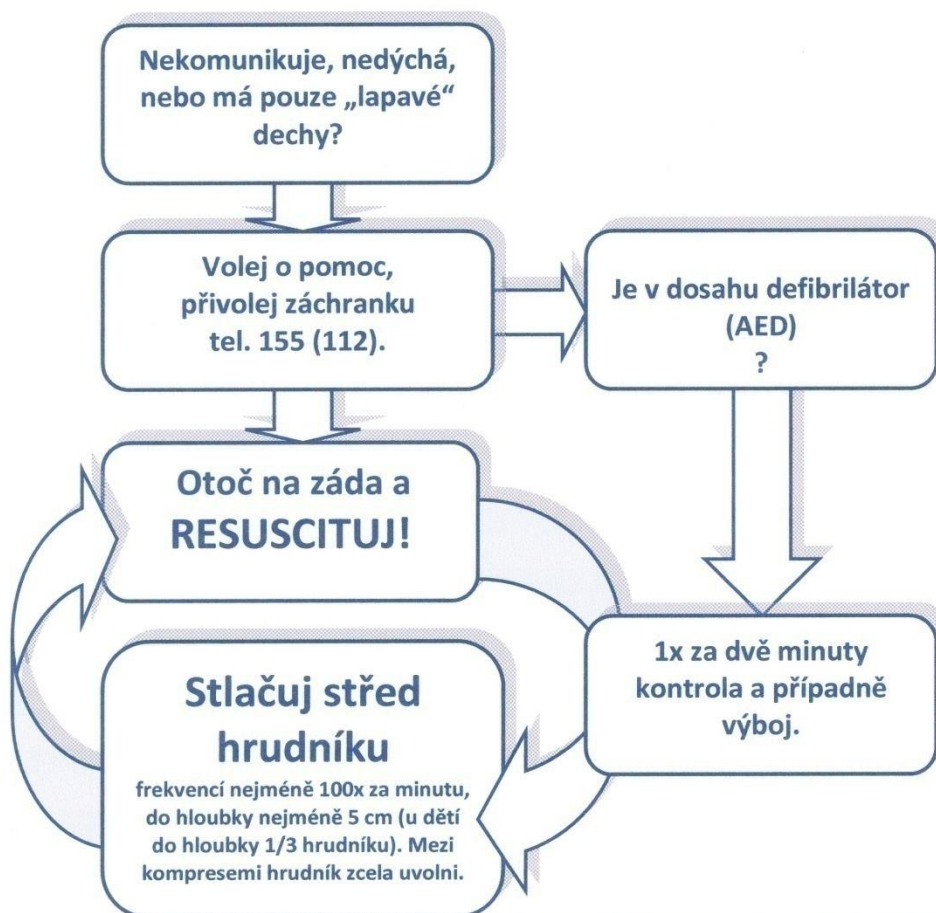
*Vypracovala: Markéta ŘEHÁKOVÁ
Březen 2011*

Příručka je součástí bakalářské práce na téma „Senior a první pomoc“

PŘÍLOHA P VI: GUIDELINES 2010

GUIDELINES 2010 Základní neodkladná resuscitace dospělých i dětí pro laické záchránce

Podle doporučení European Resuscitation Council a American Heart Association 2010
© Ondřej Franěk, www.zachrannaslužba.cz



Pro úspěch je klíčové VČAS začít a NEPŘETRŽITĚ stlačovat hrudník. Pokud postižený začne reagovat a/nebo normálně dýchat, přeruš resuscitaci a trvale jej kontroluj až do příjezdu záchranné služby.
POZOR! Ojedinělé „lapavé“ nádechy se mohou objevit i v průběhu resuscitace. Nepřestávej resuscitovat, nejde o známku obnovení oběhu!

Poznámka: Doporučené postupy Evropské rady pro resuscitaci a Americké kardiologické společnosti se v detailech liší. Toto schéma představuje „průnik“ obou postupů spolu se zkušenostmi, nejlepším vědomím a svědomím autora.
Zdroje: Nolan JP, Soar J, Zideman DA et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Resuscitation 81(2010) 1219-1451.
American Heart Association: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science. Circulation. 2010;122:5639
Aktualizace: 28.10.2010



Základní neodkladná resuscitace & automatizovaná externí defibrilace



Zkontrolujte vědomí

Jemně postiženým zatřeste
Hlasitě jej oslovte: „Jste v pořádku?“



Pokud nereaguje

Zprůchodněte dýchací cesty a zkontrolujte dýchání

**Pokud nedýchá normálně
nebo nedýchá vůbec**

Volejte 155 & přineste AED
(pokud je k dispozici)

Pokud normálně dýchá



Okamžitě zahajte resuscitaci

Položte svoje ruce na střed hrudníku

- provedte 30 stlačení hrudníku:
 - Hrudník stlačujte do hloubky alespoň 5 cm
 - frekvencí nejméně 100/min
- Obemkněte svými rty ústa postiženého
- Plynule do nich vdechujte, dokud se nezvedne hrudník
- Jakmile hrudník klesne, vdech zopakujte
- Pokračujte v resuscitaci



KPR 30:2

*** Otočte postiženého do
zotavovací polohy na boku**

- Volejte 155
- Neustále kontrolujte, zda normálně dýchá



Zapněte AED & nalepte elektrody

Postupujte neprodleně podle hlasových pokynů přístroje

Nalepte jednu elektrodu pod levé podpaží

Nalepte druhou elektrodu pod pravou klíční kost, vpravo od hrudní kosti

Pokud je na místě více záchránců, nepřerušujte KPR během nalepování elektrod



Odstupte & provedte defibrilaci

Postiženého by se nikdo neměl dotýkat:

- během analýzy srdečního rytmu
- při defibrilačním výboji

Resuscitaci ukončete, pokud se postižený začne probouzet (hýbe se, otevírá oči a normálně dýchá).
Pokud zůstává v bezvědomí a normálně dýchá, otočte jej do zotavovací polohy*.