

**ČESKÉ VYSOKÉ
UČENÍ TECHNICKÉ
V PRAZE**

**FAKULTA
BIOMEDICÍNSKÉHO
INŽENÝRSTVÍ**



**BAKALÁŘSKÁ
PRÁCE**

2019

**MARKÉTA
MILOTOVÁ**



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

Fakulta biomedicínského inženýrství

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Význam znalostí a dovedností seniorů v první pomoci

The importance of First Aid Knowledge and Skills of Seniors

Bakalářská práce

Studijní program: Zdravotnický záchranář

Studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: Mgr. Monika Donevová

Markéta Milotová

Kladno, květen 2019

Z a d á n í b a k a l á ř s k é p r á c e

Student: **Markéta Milotová**
Obor: Zdravotnický záchranář
Téma: **Význam vědomostí a dovedností seniorů v první pomoci**
Téma anglicky: The Importance of First Aid Knowledge and Skills of Seniors

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Předmětem bakalářské práce bude popsat důležitost významu znalostí a dovedností seniorů v první pomoci. Teoretická část se bude zabývat teorií první pomoci a charakteristikou stavů, které vyžadují její poskytnutí. Také popíše problematiku stárnutí, fyzické a psychické změny spojené se stářím a specifika ve vzdělávání seniorů. Obsahem praktické části bude porovnání zjištěných údajů od vybraných seniorů o poskytování první pomoci na základě polostandardizovaných rozhovorů. Seznámit seniory s nejnovějšími trendy prostřednictvím praktické výuky první pomoci a následného testového šetření znalostí seniorů. Zjištěné výsledky budou prezentovány a interpretovány pomocí tabulek a grafů.

Seznam odborné literatury:

- [1] PETRŽELA, Michal, První pomoc pro každého, ed. 2., dopl., Praha: Grada, 2016, 104 s., ISBN 978-80-247-5556-4
- [2] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ, Sociální gerontologie: úvod do problematiky, ed. 1., Praha: Grada, 2012, 263 s., ISBN 978-80-247-3901-4
- [3] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ., Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika, ed. 1., Praha: Grada, 2015, 232 s., ISBN 978-80-247-5446-8
- [4] ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVICOVÁ., Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd, ed. 1., Praha: Karolinum, 2014, 290 s., ISBN 978-80-246-2628-4

Zadání platné do: 20.09.2019

Vedoucí: Mgr. Monika Donevová

vedoucí katedry / pracoviště

děkan

V Kladně dne 19.02.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Význam znalostí a dovedností seniorů v první pomoci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně dne 16.05.2019

.....
podpis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Monice Donevové za její čas, který věnovala mé práci, za její ochotu, podporu a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat paní Mgr. Lucii Rybyšarové za umožnění realizace praktické části v Centru denních služeb organizace Život 90 a všem zúčastněným seniorům. Poděkování patří i mé rodině a kamarádům za trpělivost a oporu.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá významem znalostí a dovedností seniorů v první pomoci. Teoretická část této práce je rozdělena do dvou částí. První část se zabývá první pomocí, charakteristikou druhů první pomoci a zejména popisem vybraných nejčastějších úrazových i neúrazových stavů, se kterými se v běžném životě můžeme setkat, a které vyžadují poskytnutí první pomoci. Druhá část se nejdříve zaměřuje na proces stárnutí, veškeré změny s ním spojené, na vývoj demografické situace v ČR a postavení seniorů ve společnosti. Poté se věnuje významu vzdělávání seniorů, jeho specifitě, ovlivňujícím faktorům a stanovuje nejdůležitější zásady, které je třeba dodržovat v rámci edukace seniorů. Dále je vyhodnoceno několik možností, jakým způsobem se senioři mohou v ČR zapojit do vzdělávání.

Praktická část nejprve zjišťuje pomocí polostandardizovaných rozhovorů vztah seniorů k tématu poskytování a vzdělávání se v první pomoci. Součástí je také realizace odborné přednášky v Centru denních služeb organizace Život 90, kde byly seniorům předvedeny a vysvětleny hlavní kroky v přivolávání odborné pomoci a první pomoci v život ohrožujících stavech. Zúčastnění senioři obdrželi informační leták s nejdůležitějšími informacemi z přednášky. Všechny zjištěné poznatky jsou sjednoceny a zhodnoceny pomocí SWOT analýzy.

V závěru se vyhodnocuje splnění cíle a dílčího úkolu bakalářské práce. Je zde uveden možný přínos práce pro budoucnost.

Klíčová slova

První pomoc; senioři v ČR; stáří; výuka první pomoci; vzdělávání seniorů

Abstract

This bachelor thesis presents the importance of knowledge and the ability of senior citizens in terms of first aid. The theoretical part is divided into two parts. The first part deals with first aid – with characteristics of the types of first aid and especially with a description of the chosen most important accidental and non-accidental traumas that we can come in contact to in common life and that require the provision of first aid. First, the second part focuses on the aging process first. It deals with all the changes related to the aging process, with demographic changes in the Czech Republic and on the status of senior citizens in our society. Second, this part presents information about the importance of education of senior citizens, its specifications, the influencing factors and it also establishes the most important rules that are necessary to follow in terms of senior education. Finally, there are presented several ways, how senior citizens can participate in education.

In the practical part, we apply semi-standardized interviews to analyze the relationship between seniors and first-aid education and the provision of first aid. We also present how to call for medical care and provide first aid in a critical situation. There is proposed an informational leaflet for seniors, too. All collected information is analyzed by SWOT.

In conclusion, there is discussed the success of this bachelor thesis and the possible benefits of this thesis for our future.

Keywords

First aid; first aid teaching; education of seniors; senescence; seniors in the Czech Republic

Obsah

1	Úvod.....	10
2	Současný stav	11
2.1	První pomoc	11
2.1.1	Technická první pomoc	11
2.1.2	Zdravotnická laická první pomoc	11
2.1.3	Odborná první pomoc.....	12
2.1.4	Zásady poskytování PP	13
2.1.5	Bariéry při poskytování PP	13
2.1.6	První pomoc v legislativě ČR	14
2.2	Vybrané stavy vyžadující poskytnutí první pomoci.....	16
2.2.1	Náhlá zástava oběhu a kardiopulmonální resuscitace	16
2.2.2	Krvácení.....	18
2.2.3	Poranění kostí a kloubů.....	21
2.2.4	Poranění hlavy	22
2.2.5	Poranění páteře	23
2.2.6	Poruchy vědomí.....	23
2.2.7	Porucha průchodnosti dýchacích cest.....	24
2.2.8	Akutní infarkt myokardu.....	25
2.2.9	Cévní mozková příhoda.....	26
2.2.10	Intoxikace	27
2.2.11	Tepelná poškození chladem	28
2.2.12	Tepelná poškození horkem.....	29
2.2.13	Náhlé stavy při diabetu	31

2.3	Stárnutí	32
2.3.1	Dělení seniorského věku	32
2.3.2	Demografický vývoj a stárnutí v České republice	33
2.3.3	Změny spojené se stářím	34
2.3.4	Sociální význam stáří	35
2.3.5	Postavení seniorů ve společnosti	36
2.3.6	Vzdělávání seniorů	37
3	Cíl práce	49
4	Metodika	50
5	Výsledky	51
5.1	Rozhovory se seniory	51
5.2	Odborná přednáška pro seniory v Centru denních služeb	59
5.2.1	Vyhodnocení přednášky a zpětná vazba	62
5.2.2	SWOT analýza	63
5.2.3	Návrh opatření	67
6	Diskuze	69
7	Závěr	77
8	Seznam použitých zkratk	78
9	Seznam použité literatury	79
10	Seznam použitých obrázků	85
11	Seznamu použitých tabulek	86
12	Seznam Příloh	87

1 ÚVOD

Základní znalosti a dovednosti v oblasti první pomoci by měli ovládat všichni lidé od žáků základních škol po seniory. Každý by si měl být vědom toho, že poskytnutí první pomoci člověku v ohrožení života či zdraví je nejen morální povinností, ale také povinností stanovenou zákonem. Dosažení seniorského věku neznamena, že se člověk stává nemocným, který jen pomoc potřebuje a sám ji nemusí poskytovat.

V současnosti se výuka první pomoci rozšiřuje zejména do základních škol, což považuji za důležité, ale také by se nemělo zapomínat na výuku první pomoci v rámci vzdělávání seniorů, jejichž početní zastoupení se v České republice (dále jen ČR) na rozdíl od narozených dětí výrazně zvyšuje. Zvyšuje se také průměrný věk dožití, mnoho seniorů žije aktivním životem, účastní se společenských a kulturních akcí nebo jsou aktivními řidiči, a tak se i oni mohou dostat do situace, jež bude vyžadovat akutní řešení v podobě poskytnutí první pomoci. Většina z nich pravděpodobně v průběhu života absolvovala nějaké školení o první pomoci (např. v rámci zaměstnání), ale postupy v jejím poskytování se v průběhu let mění a informace, které se lidé dozvídali před desítkami let, již nemusí být aktuální. Proto je důležité si ve svém vlastním zájmu znalosti opakovat a obnovovat, neboť mohou být zásadní nejen pro to, abychom byli schopni pomoci ostatním, ale i sobě.

Toto téma jsem si vybrala, protože se již několik let věnuji výuce první pomoci na kurzech pro zdravotníky zotavovacích akcí. Ze strany mladých lidí vidím velký zájem se v tomto oboru vzdělávat, ale otázkou zůstává: Mají takový zájem i senioři? V případě, že se ukáže, že senioři mají o zlepšování svých znalostí a dovedností v první pomoci zájem, mohla by být tato práce motivací tento zájem naplnit.

2 SOUČASNÝ STAV

2.1 První pomoc

První pomoc (dále jen PP) je definována jako soubor na sebe navazujících jednoduchých a účelných opatření, která vedou k záchraně života a zdraví jedince, postiženého jejich náhlým ohrožením nebo ztrátou. Cílem PP je odvrácení smrti nebo dalšího zhoršení stavu. Přímo se podílí na úspěchu, zkrácení doby léčby a rozsahu trvalých následků. Je poskytována laiky i zdravotníky bez ohledu na dostupnost speciálního vybavení, často jsou využívány jednoduché nebo improvizované pomůcky. PP by měla být poskytnuta rychle a účelně, ne ale za cenu ohrožení života zachránce. PP lze v praxi rozdělit na technickou a zdravotnickou, kterou z hlediska poskytovatele pomoci ještě dělíme na laickou a odbornou [1, 2].

2.1.1 Technická první pomoc

Technická první pomoc (dále jen TPP) spočívá v odstranění zevních příčin, které způsobily poruchu zdraví nebo stav postiženého zhoršují. Její součástí je zhodnocení situace zachránce tak, aby nevystavoval nebezpečí život ani zdraví svoje, postiženého, ostatních záchranářů ani přihlížejících. Příkladem může být dopravní nehoda, kdy je nutné na ni včas upozornit projíždějící vozidla a zvýšit bezpečnost použitím osvětlení a reflexních vest. Dalšími příklady bezpečnostních opatření je vypnutí zdroje elektrického proudu, uhašení ohně nebo uzavření přívodu unikajícího plynu. Úkolem TPP je také zajištění podmínek pro poskytnutí zdravotnické první pomoci, tzn. vyproštění raněného na bezpečné místo. Tato pomoc je často poskytována hasičským záchranným sborem, horskou službou či báňskou záchrannou službou [1].

2.1.2 Zdravotnická laická první pomoc

Takto označujeme pomoc laikem osobě s náhlým postižením zdraví v době od vzniku poruchy zdraví do předání k odborné pomoci zdravotnickému

pracovníkovi. Systém profesionální přednemocniční pomoci se neobejde bez občanů – laiků, kteří jsou svědky náhlé poruchy zdraví, jsou schopni zahájit záchrannou akci, a spojit ji s poskytnutím kvalitní PP. Je ověřenou zkušeností, že poskytnutí pohotovému a správné PP znamená pro pacienta mnohem větší šanci na záchranu a uzdravení, než u pacienta, kterému první pomoc poskytnuta nebyla [1,3].

Součástí laické zdravotnické PP je i svépomoc, kdy se postižený ošetřuje sám, vzájemná pomoc, kdy se postižení ošetřují navzájem a pomoc vyškolených laiků – neprofesionálních zdravotníků [1].

Zdravotnická laická PP zahrnuje zejména provedení život zachraňujících úkonů, zajištění navazující odborné pomoci, poskytnutí úlevy od bolesti, snížení rizika komplikací, zajištění vhodných podmínek pro transport, uklidnění a setrvání u pacienta do příjezdu zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) [1,3].

Zdravotnická laická PP je téměř vždy omezena jak vědomostmi a dovednostmi, tak materiálním vybavením. Dovednosti je nutné zlepšovat teoretickým studiem i praktickým nácvikem. Jejich význam by neměl být podceňován, postiženým se kdykoli může stát každý z nás či náš rodinný příslušník. Materiální vybavení účinnost první pomoci zvyšuje, proto by lékárnička s nejnutnějšími pomůckami měla být součástí každé domácnosti, stejně jako je autolékárnička, jejíž obsah stanovuje vyhláška ministerstva dopravy, součástí každého vozidla [3].

2.1.3 Odborná první pomoc

Odborná PP zahrnuje neodkladnou péči poskytovanou výjezdovými skupinami ZZS na místě události, kde došlo ke vzniku poškození zdraví, péči během transportu do zdravotnického zařízení (dále jen ZZ) a na ni navazující nemocniční péči. Odbornou první pomoc lze rozdělit na předlékařskou PP,

poskytovanou nelékařskými zdravotnickými pracovníky (záchranáři a sestry) a lékařskou, která je charakterizována přítomností lékaře [1].

Odborná PP využívá diagnostické (tonometr, fonendoskop) a léčebné (ventilátor, defibrilátor) přístroje a také možnost aplikace léků [4].

2.1.4 Zásady poskytování PP

Hlavní prioritou při poskytování PP je vždy dbát na vlastní bezpečnost i bezpečnost ošetřovaného. Dříve než přistoupíme k postiženému, je vhodné se zastavit, zamyslet se nad situací a zhodnotit prostředí, ve kterém k události došlo [2].

Pokud si nevíme rady nebo nám přijde poskytnutá pomoc nedostatečná, zajistíme odbornou pomoc. Veškeré úkony provádíme ohleduplně, vhodně je komentujeme, snažíme se být empatičtí, zajistit postiženému dostatečné soukromí a odstraníme rušivé vlivy např. nečinně přihlížející svědky. Při poskytování PP je také důležité znát podrobnosti o zdravotním stavu pacienta tzv. anamnézu. Její získání zahrnuje správně cílené dotazy, díky kterým se vyhneme diferenciálním diagnostikám a špatným úsudkům. Výhodou je, že k odběru anamnézy není třeba žádné speciální vybavení, přesto nám může výrazně pomoci [5].

2.1.5 Bariéry při poskytování PP

Na otázku proč není PP vždy poskytnuta, odpovídá ve své publikaci MUDr. Hasík. Dle něj poskytování PP naráží na řadu bariér, zejména psychologického rázu. Uvádí tyto hlavní bariéry:

Nezvládnuté emoce – Stresující události a strach ze smrti vede k bezradnosti. To způsobí, že určitá část svědků v kritických situacích selže. Ačkoli jsou tito jedinci sami bezradní, pod vedením druhé osoby jsou schopni plnit zadané úkoly a mohou tak být užitečnými pomocníky.

Pocit nedostatečnosti – Obava z výsledku, strach z negativní reakce od okolí nebo od zdravotníků může člověku přinést nejistotu a pocit, že cokoli udělá, může být špatně, je tedy lepší nedělat nic. Tuto bariéru lze překonat výukou a výchovou jedince ke zdravému sebevědomí.

Nedůvěra k institucím – Tato bariéra je spojena se strachem z možných problémů s policií či soudy. Je možné ji odstranit osvětou, že poskytnutí PP je záslužný čin a v případě nezdaru není spojen s žádným trestem.

Obava o vlastní život a zdraví – Tyto obavy jsou oprávněné, je však důležité upozornit na riziko možných nákaz (hepatitis, HIV), nutnost používání ochranných pomůcek a nabídnout alternativní postupy, které tato rizika minimalizují [6].

2.1.6 První pomoc v legislativě ČR

Povinnost poskytnout PP není pouze etickou záležitostí. V České republice tuto povinnost nad rámec etiky stanovuje pro všechny bez rozdílu věku, právní předpis – trestní zákoník, včetně postihu za její neposkytnutí [1].

- **Trestní zákoník, zákon č. 40/2009 Sb.**

§ 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“.*

§ 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.“ [7]

2.2 Vybrané stavy vyžadující poskytnutí první pomoci

V kapitole jsou popsány vybrané nejčastější úrazové i neúrazové stavy, které vyžadují poskytnutí PP.

2.2.1 Náhlá zástava oběhu a kardiopulmonální resuscitace

„Náhlá srdeční smrt je jednou z hlavních příčin úmrtí v Evropě.“ [8, s. 11]
Doporučenou léčbou je okamžitá kardiopulmonální resuscitace (dále jen KPR) zahájená svědky [8].

„Neodkladná resuscitace (dále NR) je soubor na sebe navazujících léčebných postupů sloužících k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u osoby postižené náhlým selháním jedné anebo více základních životních funkcí s cílem uchránit před nezvratným poškozením zejména mozek a myokard.“ [9, s. 21] Za základní životní funkce označujeme vědomí, dýchání a krevní oběh. Z výše uvedené definice vyplývá, že účelem neodkladné resuscitace je dostat okysličenou krev k životně důležitým orgánům. Základní neodkladná resuscitace se skládá z nepřímé srdeční masáže a umělého dýchání [9].

Příčinou náhlé zástavy oběhu (dále jen NZO) u dospělých jsou ve více než 80 % případů srdeční arytmie, nejčastěji fibrilace komor a komorová tachykardie. Naopak u dětí je nejčastější příčinou zástava dechu v souvislosti s dušením [1].

Typickým příznakem NZO je bezvědomí s absencí jakékoli reakce na vnější podněty (oslovení, zatřesení), bezdeší či nenormální dýchání (lapavé dechy, tzv. gasping), bledá až promodralá barva kůže [2].

- **Postup první pomoci při KPR u dospělého člověka**

Prvním krokem je zajištění bezpečnosti všech zúčastněných. Pokud nikomu nehrozí žádné nebezpečí, zjistíme stav vědomí oslovením a zatřesením rameny.

Je-li postižený v bezvědomí a nereaguje, uložíme ho na záda na pevnou podložku, provedeme záklon hlavy a zkontrolujeme přítomnost normálního dýchání. Ucho přiložíme k ústům postiženého, posloucháme, zda dýchá, zároveň pozorujeme pohyby hrudníku a břicha. Pokud postižený nedýchá nebo nedýchá normálně, přivoláme ZZS a zahájíme komprese hrudní kosti (orientačně na spojnici prsních bradavek) do hloubky přibližně 5 cm s frekvencí 100 – 120 stlačení za minutu. Komprese provádíme napnutýma rukama s překříženými dlaněmi. Po úvodních 30 stlačeních hrudníku znovu zprůchodníme dýchací cesty záklonem hlavy a vytažením brady vzhůru. Jednou rukou stiskneme měkkou část nosu a provedeme dva umělé vdechy za současného sledování hrudníku. Příčinou nezvedání hrudníku může být cizí těleso v dýchacích cestách nebo nedostatečný záklon hlavy. Jeden vdech by měl trvat přibližně jednu sekundu. Komprese hrudníku a umělé dechy střídáme v poměru 30:2 až do předání postiženého kvalifikovanému zdravotníkovi, nebo dokud se postižený nezačne aktivně bránit. Lapavé dechy (tzv. gasping) nejsou důvodem k ukončení resuscitace. Jedná se o pozůstatek dýchacího reflexu, který se projeví otvíráním úst, ale nevede k normálnímu vdechu [2,10].

- **Resuscitace bez umělého dýchání**

„Observační studie, většinou hodnocené jako studie s velmi nízkou kvalitou evidence, naznačily, že provádění samotné srdeční masáže je u dospělých pacientů s předpokládanou kardiální příčinou srdeční zástavy srovnatelnou alternativou resuscitace prováděné střídáním kompresí hrudníku a umělých vdechů. Není však dostatečná jistota, zda lze považovat srdeční masáž bez dýchání a standardní KPR za ekvivalentní postupy, a proto není dosavadní praxe nijak změněna. ERC podporuje doporučení ILCOR, že by všichni záchránci měli provádět srdeční masáž u všech pacientů se srdeční zástavou. Vyškolení záchránci, kteří mohou provádět umělé dýchání, by měli střídát stlačování hrudníku s umělým dýcháním, což může být přínosem při

resuscitaci dětí a pacientů s asfyktickou srdeční zástavou nebo pokud je dojezdový čas ZZS delší.“ [8, str. 16]

- **Defibrilace**

V současné době je také kladen důraz na provedení časné defibrilace, která napomůže obnovení srdeční činnosti, díky zvýšení dostupnosti automatizovaných externích defibrilátorů (dále jen AED). AED jsou bezpečné účinné přístroje, určeny pro laickou veřejnost, a jsou umísťovány na veřejně přístupná místa (obchodní centra, sportovní centra, letiště) [8,10].

Při použití AED postupujeme dle vizuálních nebo hlasových pokynů, které přístroj udává. Po nalepení defibrinačních elektrod na holý hrudník dojde k vyhodnocení stavu pacienta. V případě doporučení podáme stisknutím tlačítka výboj. Před podáním výboje je nutné se ujistit, že se pacienta nikdo nedotýká. Po podání výboje pokračujeme ihned v KPR. V KPR pokračujeme také v případě, že výboj není doporučen. Standardní AED jsou vhodné pro děti starší 8 let [2, 5].

2.2.2 Krvácení

Krvácení je stav, kdy krev uniká z cév v důsledku porušení cévní stěny. Zástava masivního krvácení patří mezi život zachraňující úkony. Krvácení s krevní ztrátou do 500 ml organismus dokáže vyrovnat bez větších následků, ztráta nad 1500ml vede k rozvoji šoku. Základní dělení krvácení je na zevní a vnitřní [11].

- **Zevní krvácení**

Zevní krvácení je stav, kdy krev uniká viditelně mimo povrch těla. Příčinou může být např. řezné, tržné, střelné nebo bodné poranění. Anatomicky lze zevní krvácení rozdělit na tepenné, žilní a vlásečnicové, pro výuku první pomoci je vhodnější rozdělení na malé a masivní. Cílem první pomoci u všech

druhů krvácení je jeho zástava. Vzhledem k tomu, že rána vznikla za nesterilních podmínek, zástava krvácení má přednost před sterilitou použitého materiálu. Vždy je nutné myslet na vlastní bezpečnost a použít ochranné rukavice. Zabráníme tak přenosu infekčního onemocnění [2, 10, 12].

Malé krvácení – Jedná se o drobné řezné rány (způsobené např. nožem nebo nůžkami) či odřeniny. Krvácení většinou ustává samo. Ránu omyjeme studenou čistou vodou, zbavíme ji nečistot, vydesinfikujeme a sterilně kryjeme náplastí nebo obvazem. Objeví-li se známky infekce (zarudnutí, zvýšená bolestivost, otok), je vhodná návštěva lékaře [2, 13].

Masivní krvácení – Ohrožuje postiženého vykrvácením. Hlavním příznakem je krev, která z rány vystřikuje pod tlakem nebo volně vytéká. Nejrychlejším postupem zástavy krvácení je tlak přímo v ráně. Místo, odkud krev vytéká, stlačíme rukou, pro lepší utěsnění použijeme kus látky. Pokud jsou k dispozici obvazy, vytvoříme tlakový obvaz, který krvácení zastaví. Tlakový obvaz se skládá z krycí a tlakové vrstvy, obě vrstvy jsou pevně staženy obvazem. V případě prosakování vrstvy použijeme další tlakovou vrstvu [2, 10].

Použití škrtidla – Ve výjimečných případech, kdy se nedaří krvácení zastavit tlakovým obvazem nebo ho nelze použít např. při ztrátovém poranění (amputaci), použijeme k zástavě masivního krvácení škrtidlo. V lékárnkách jsou nejčastěji gumová škrtidla, ozbrojené složky používají tzv. turnikety, a v případě improvizace lze použít např. kus oděvu. Škrtidlo vždy přikládáme přes oděv na paži nebo stehno. Nikdy na předloktí, bérce či jinou část těla. Škrtidlo nepovolujeme a vždy zajistíme, co nejrychlejší transport postiženého k odbornému ošetření [2].

Škrtidlo by mělo mít minimální šířku 5 cm z důvodu možného poškození tepny. Proto pozor na použití improvizovaných škrtidel jako je provázek, drát apod. [3].

Cizí tělesa v ráně – Pokud je v ráně cizí předmět, nevyndáváme jej. Vyjmout ho lze pouze v případě, že se nachází mimo tělní dutiny a v případě, je-li to možné snadno, bez dalšího poškození tkáně. Jestliže cizí těleso prochází dutinou (břicho, hrudník), nevyndáváme jej, jen ho zafixujeme v poloze, v jaké se nachází [2, 12, 14].

Krvácení z nosu – Představuje kombinaci mezi krvácením vnitřním a vnějším. Ke krvácení z nosu dochází, pokud jsou porušeny cévky uvnitř nozder. Příčinou může být úder do nosu, časté smrkání nebo vysoký krevní tlak.

Pacienta, který krvácí z nosu, usadíme na židli s mírně předkloněnou hlavou, nozdry si tiskne těsně pod kořenem nosu. Na zátylek mu přiložíme studený obklad. Pokud krvácení následovalo po úrazu hlavy nebo pokud neustává a trvá déle než 30 minut, je vhodné zajistit odbornou pomoc [3, 10, 13].

- **Vnitřní krvácení**

Vnitřní krvácení je stav, kdy krev uniká do tělních dutin (břišní, hrudní) nebo tkání. Příčinou mohou být poranění vnitřních orgánů při úrazech (např. poranění sleziny) nebo komplikace chronických onemocnění (vředové onemocnění žaludku, jícnové varixy při jaterní cirhóze). Krevní ztráty na rozdíl od vnějšího krvácení nejsou na první pohled patrné. Jsou přítomny příznaky jako bolest v postižené krajině, bledá, chladná kůže, zvýšený tep, slabost, porucha vědomí, mělké, zrychlené dýchání, pocit žízně [10, 11].

V rámci PP přivoláme co nejrychleji ZZS. S postiženým manipulujeme co nejméně, zajistíme klid a tepelný komfort. Nepodáváme žádné tekutiny ani léky ústy a neustále sledujeme základní životní funkce [10, 13].

Pozitivní význam tzv. autotransfuzní polohy, kdy postižený leží na zádech se zdviženými nohama, nebyl prokázán. Tato poloha ztěžuje dýchání a v souvislosti s manipulací traumatizuje pacienta bolestí [12].

2.2.3 Poranění kostí a kloubů

Příčinou poranění kostí a kloubů je působení hrubé síly (např. při pádu) nebo nepřírozený pohyb končetiny.

- **Zlomeniny**

Zlomenina znamená porušení celistvosti kosti. Kromě úrazu může vzniknout vlivem onemocnění kostí či z důvodu nadměrné únavy kosti. Zlomeniny dělíme na uzavřené, kdy nedošlo k poškození kůže, ale mohou být poškozeny cévy a nervy a otevřené, kdy je kůže porušena. Projevují se otokem, bolestivostí, nepřírozenou polohou končetiny, omezením hybnosti, a v případě otevřené zlomeniny otevřenou ránou s úlomky kostí. Zlomeniny ohrožují postiženého krevní ztrátou, v případě velkých krevních ztrát mohou být přítomny příznaky šoku [2, 10].

Pokud je přítomno krvácení, nejdříve ho zastavíme pomocí tlakového obvazu. Otevřenou ránu bez masivního krvácení sterilně kryjeme, zabráníme tím vstupu infekce do rány. Se zlomenou končetinou manipulujeme co nejšetrněji, zlomeninu se nesnažíme narovnat. Zbytečná manipulace vede k bolestivosti, riziku poškození svalů, šlach, nervů a cév v postižené oblasti. Zlomenou dolní končetinu znehybníme pomocí zdravé dolní končetiny, tím že končetiny fixujeme k sobě. Horní končetina se fixuje pomocí závěsu z trojčipého

šátku. Pro zmírnění otoku a bolestivosti lze postižené místo chladit studeným obkladem. Zajistíme včasný transport do ZZ [10, 15].

- **Poranění kloubů**

Při poranění kloubu nastane změna správného postavení kloubu. Podvrtnutí (distorze) je nejlehčím typem zranění, hlavice kloubu se vrátí zpět do kloubní jamky. V případě vykloubení (luxace) hlavice zůstává mimo kloubní jamku a je třeba odborné ošetření. Společnými příznaky jsou otok, bolestivost, porucha funkce kloubu, může se objevit hematoma. Poraněný kloub fixujeme a chladíme. V případě luxace se nikdy nepokoušíme kloub napravit a zajistíme šetrný transport do ZZ [2, 10].

2.2.4 Poranění hlavy

Úrazy hlavy vznikají vlivem hrubého násilí na hlavu (pády, dopravní nehody, úder předmětem). V nejlehčích případech dochází pouze k poškození kožního krytu v obličejové či vlasové části, které bývá doprovázeno poměrně silným krvácením. V těžších případech úraz způsobí poškození lebky (prasklinu lebky, vpáčenou zlomeninu, zlomeninu spodiny lebeční) a mozku (otřes mozku, zhmoždění mozku, difuzní axonální poranění). Tato poškození se projevují nejčastěji poruchami vědomí, bledostí, zmateností, nevolností a spavostí. Zlomeniny spodiny lebeční bývají provázeny krvácením nebo vytékáním mozkomíšního moku z nosu anebo ucha. Po několik hodinách se tvoří hematomy kolem očí (tzv. brýlový hematoma) [2, 4, 11].

Postiženého s poraněním hlavy uložíme do polohy se zvýšenou horní polovinou těla. Kontrolujeme stav vědomí a dýchání. U většiny úrazů hlavy lze předpokládat poranění mozku, které lze prokázat až na základě odborných vyšetření. Proto je nutné zajistit postiženému s podezřením na poranění mozku transport do nemocnice, kde by měl strávit 24 – 48 hod. pod odborným dohledem [11].

2.2.5 Poranění páteře

Poranění páteře patří mezi závažné úrazy, které mohou mít nevratné trvalé následky. Nejčastější příčinou jsou pády z výšky, nárazy ve vysoké rychlosti při autonehodách či skoky do neznámé vody. Podezření na poranění páteře máme u pacienta, který si po úrazovém mechanismu stěžuje na bolest zad, zaujímá nepřírozenou polohu, cítí abnormální pocity v končetinách či ztratil hybnost končetin.

Nejprve zjistíme stav vědomí a dýchání. S postiženým pokud možno nemanipulujeme, manipulaci přenecháme zdravotníkům. Při nevhodné manipulaci by mohlo dojít ke zhoršení stavu poranění páteře a míchy. Postiženému neustále kontrolujeme životní funkce, zajistíme tepelný komfort a transport do ZZ. Při zástavě dechu ho šetrně otočíme na záda a zahájíme KPR [2, 11, 13].

2.2.6 Poruchy vědomí

Člověk s poruchou vědomí není schopen adekvátně reagovat na změny vnějšího prostředí. V případě bezvědomí není postižený schopen kontaktu s okolím a na rozdíl od spánku nereaguje ani na bolestivé podněty. Mezi příčiny bezvědomí patří např. zástava oběhu, úraz hlavy, nedostatek kyslíku nebo nedostatek glukózy v krvi. Bezvědomí ohrožuje člověka poruchou průchodnosti DC, u ležícího na zádech může dojít k obstrukci dýchacích cest zapadnutím kořene jazyka. Člověk v bezvědomí také nemá aktivní reflex kašle a neubrání se vniknutí tekutého obsahu do dýchacích cest [6].

Pokud postižený nereaguje a dýchá, uložíme jej do zotavovací polohy, přivoláme pomoc a stále kontrolujeme dýchání. Jestliže nedýchá nebo dýchá abnormálně, zavoláme ZZS a zahájíme KPR [4, 8].



Obrázek 1 Zotavovací poloha [8, str. 16]

- **Mdloba**

Mdloba je krátkodobá přechodná porucha vědomí, vyvolaná nedostatečným přísunem krve do mozku. Nejčastěji je způsobena rychlou změnou polohy těla (rychlé vstání ze sedu nebo lehu do stoje), nervovým vypětím, únavou, hladem a pobytem v nevětraných prostorech (dopravní prostředky, společenské akce) [10, 13].

Cílem PP je zajistit znovuprokrvení mozku. Postiženému ležícímu na zádech zvedneme dolní končetiny, uvolníme těsný oděv a zajistíme přísun čerstvého vzduchu. Osoba, která omdlela, se obvykle rychle probere. Jestliže zjistíme, že nemá žádná další poranění, je vhodné podat postiženému tekutiny. Pokud bezvědomí přetrvává, je třeba volat ZZS [3, 10, 13].

2.2.7 Porucha průchodnosti dýchacích cest

Porucha průchodnosti dýchacích cest (dále jen DC) je život ohrožující stav, který způsobuje nejčastěji vdechnutí kusu sousta při jídle nebo malé součásti hraček u dětí. Při menší neprůchodnosti je postižený schopen kašlat, ztíženě dýchat a mluvit. Jestliže není schopen kašlat a mluvit, kůže a rty postiženého jsou modrofialové až modrošedé barvy, jedná se o těžkou neprůchodnost, vedoucí k poruše vědomí [16].

Účelem PP je odstranit překážku z DC. Pokud se dusící osobě nedaří překážku vykašlat, pomůžeme jí provedením 5 rázných úderů dlaní do zad mezi lopatky. Jestliže dušení přetrvává a překážku se nepodařilo údery

odstranit je indikována komprese břicha – Heimlichův manévr. Heimlichův manévr se provádí prudkým stlačením horní části břicha tímto způsobem: zachránce se postaví k postiženému zezadu, oběma rukama obejmě jeho horní část břicha. Postiženého předkloní směrem vpřed a prudce stlačí jeho nadbříšek směrem k sobě a nahoru. Zopakujeme až 5 stlačení nadbříšku a jestliže se překážka neuvolnila, pokračujeme ve střídání pěti úderů mezi lopatky s pěti stlačeními nadbříšku. Pokud postižený v jakémkoli okamžiku ztratil vědomí, přivoláme ZZS a zahájíme KPR. Heimlichův manévr se neprovádí u dětí mladších 1 roku a těhotných žen. Pokud se dusí kojeneček či malé dítě, položíme ho trupem na předloktí obličejem k zemi a opakovaně provádíme údery mezi lopatky [8, 10, 13].

2.2.8 Akutní infarkt myokardu

Akutní infarkt myokardu (dále jen AIM) je ve více než 90 % případů způsoben uzavřením srdeční tepny krevní sraženinou – trombem. Je to stav, kdy část srdečního svalu není dostatečně prokrvena a může vyústit až v NZO. Proto je potřeba okamžitě reagovat přivoláním ZZS. Typickým příznakem je náhle vzniklá pálivá, tlaková bolest za hrudní kostí, která se může šířit mezi lopatky, do krku nebo levé horní končetiny. Pacient cítí slabost, je zpocený, bledý, úzkostný, může trpět nevolností, dušností i poruchou vědomí [2, 10, 16].

Cílem PP je pacienta zklidnit, posadit a zajistit co nejrychlejší příjezd ZZS. Postiženému zabráníme v jakékoli fyzické aktivitě, při příznacích svědčících o AIM mu podáme léky, které má pro takové případy předepsané nebo 150 – 300 mg kyseliny acetylsalicylové. Pokud pacient upadne do bezvědomí a přestane dýchat, zahájíme KPR. AIM bývá také často zaměňován s bolestí zad a naopak [2, 10, 16].

2.2.9 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (dále jen CMP) postihuje nejčastěji osoby staršího věku, ale zejména ženy může postihnout už po 20. roce života. Mezi rizikové faktory, které mohou způsobit vznik CMP již v mladším věku, patří kouření, užívání hormonální antikoncepce a také vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu v krvi a obezita [2].

Ve většině případů je CMP způsobená ucpáním mozkové tepny krevní sraženinou, která brání krevnímu zásobení části mozku nebo prasknutím některé z mozkových tepen, obvykle poškozených aterosklerózou. CMP je třetí nejčastější příčinou smrti [5].

Náhle vzniklá porucha funkce nervů se projeví ztrátou mimiky, potížením s vyplazením jazyka, poruchou artikulace nebo neschopností mluvit, poruchou myšlení, poruchou citlivosti a hybnosti končetin. Vyskytuje se také bolest hlavy, závrať, nestabilita. Jednotlivé příznaky se mohou objevovat izolovaně, ale častěji se objevuje více příznaků najednou. V závažném případě dochází k poruše vědomí.

ZZS přivoláme ihned při podezření na CMP. Důležité je včasné zahájení léčby, čím dříve je léčba zahájena, tím větší je šance na uzdravení bez trvalých následků. Postiženého posadíme, uklidníme, nepodáváme žádné tekutiny, zajistíme přísun čerstvého vzduchu a kontrolujeme životní funkce. V žádném případě nečekáme, až příznaky samy odezní [2, 3].

Příhoda může být také přechodná, tzv. tranzitorní ischemická ataka (dále jen TIA), s příznaky, které odezní obvykle do 1 hodiny, maximálně však do 24 hodin. Pacient s TIA by měl být hospitalizován, jelikož TIA může být varovným stavem, který může vyústit v úplnou ischemickou CMP [5].

2.2.10 Intoxikace

Intoxikace znamená vstup jedovaté látky do organismu. Jed do organismu vstupuje několika možnými cestami (dýchací ústrojí, trávicí trakt, kůže a sliznice) a ovlivňuje organismus jako celek. K otravám dochází nešťastnou náhodou i úmyslně při sebevražedném pokusu. Ve všech případech je prioritou dbát na vlastní bezpečnost, zamezit kontaktu s toxickou látkou, zjistit o jaký jed se jedná a vyhledat odbornou pomoc (Toxikologické informační středisko, ZZS). Příznaky a další postup PP u otrav závisí na požití látce [2, 10].

- **Intoxikace léky**

Příznaky intoxikace léky závisí na druhu léku, kterým byl člověk intoxikován (např. při požití sedativ a opiátů hrozí útlum dechu).

Na postupu PP je vhodné se poradit s Toxikologickým informačním střediskem nebo operačním střediskem ZZS. U osob, které jsou plně při vědomí, je možné do 1 hodiny od požití vyvolat zvracení, u osob v bezvědomí zvracení nevyvoláváme. Dále zjistíme okolnosti otravy, druh a množství požitého léku a neustále kontrolujeme aktuální stav postiženého [13, 10].

Pokud je postižený v bezvědomí a dýchá, uložíme ho do zotavovací polohy [Obrázek 1].

- **Intoxikace oxidem uhelnatým**

Oxid uhelnatý (CO) vzniká při hoření v malých, špatně větraných místnostech (např. koupelna s karmou). Příčinou otravy je přesycení organismu oxidem uhelnatým, který vytěsňuje kyslík, což má za následek narušení zásobování tkání kyslíkem. Nejdříve jsou příznaky nenápadné (bolest hlavy, nevolnost, slabost, spavost). Těžká otrava je spojená poruchou vědomí, křečemi a zástavou dýchání. Oxid uhelnatý se drží při zemi, proto mohou být první příznaky patrné u domácích zvířat [12].

První pomocí je zajištění přísunu čerstvého vzduchu (vyvětráním zamořeného prostoru, vnesením ze zamořeného prostoru). Vždy musíme myslet na vlastní bezpečnost. Při vysokých koncentracích hrozí nebezpečí i zachráncům. Otrava CO vždy vyžaduje lékařskou léčbu. V případě bezvědomí zahájíme KPR [10, 12].

- **Intoxikace houbami**

Intoxikace houbami nastává po požití jedovatých hub (např. muchomůrka zelená) nebo špatně zpracovaných a skladovaných hub. Několik hodin po požití se objevuje bolest břicha, nevolnost, slabost, průjem, zvracení. U některých otrav se příznaky mohou projevit až 12 hodin po požití.

Zvracení vyvoláme co nejdříve po požití jedovatých hub. Zajistíme zbytky hub či jídla, které otravu vyvolalo. Co nejrychleji po vzniku obtíží vyhledáme odborné ošetření [14].

2.2.11 Tepelná poškození chladem

Vliv chladu na organismus se projevuje celkovými účinky – podchlazení a místními – omrzliny [2].

- **Podchlazení**

K podchlazení organismu dochází, pokud teplota tělesného jádra klesne pod 35° C. Příčinou bývá dlouhodobý pobyt v chladu, zvláště pokud se postižený nemůže pohybovat (je zraněný), je vyčerpaný a dehydratovaný. Postupně se objevují příznaky jako třes, studená, bledá kůže, spavost až bezvědomí. Tepová a dechová frekvence se zpomaluje, což může vést k srdeční zástavě [2].

Hlavním cílem PP je dostat postiženého do teplého prostředí. Mokrý oblečení nahradíme suchým. Další teplo zajistíme pokrývkami či izotermickou folií. Pokud je postižený při vědomí, podáme teplé nápoje a zdroj energie (sladký

čaj). Chybou je podání alkoholu, který roztahuje povrchové krevní cévy a způsobí tak další únik tepla. Při příliš rychlém ohřátí (např. horkou vodou) také hrozí nebezpečí vzniku popálenin (např. horkou vodou). Při závažném podchlazení, kdy se objeví porucha vědomí, postiženého zabalíme do izotermické folie, ponecháme jej v poloze, ve které se nachází a přivoláme pomoc (ZZS nebo horskou službu) [2, 13].

- **Omrzliny**

Omrzlina je lokální poškození kůže a její hlubších vrstev vlivem působení chladu. Nejčastěji postihují koncové části těla (prsty na horních i dolních končetinách, nos, uši). Projevují se bolestivostí, poruchou citlivosti, chladnou, bledou až nafialovělou kůží. V horších případech se objevují puchýře s čirým až krvavým obsahem. Závažnost závisí na délce a intenzitě působení chladu a kvalitě léčby [2].

Pokud máme k dispozici suché ponožky nebo rukavice, je vhodná jejich výměna, obličej je možné zahalit např. do šátku. Postiženého dostaneme co nejdříve do teplého prostředí a omrzlé části ponoříme do vodní lázně o teplotě do 40 °C. Omrzlá místa by se neměla třít, k ohřívání také nepožíváme horkou vodu nebo suché teplo (oheň). Puchýře sterilně kryjeme a zajistíme lékařské ošetření [2,10].

2.2.12 Tepelná poškození horkem

Poškození horkem dělíme na celkové – úpal, úžeh a lokální – popáleniny.

- **Úpal a úžeh**

Úpal je celkové přehřátí organismu způsobené pobytem v prostředí s vysokou teplotou. Úžeh vzniká působením slunečního záření na hlavu, čímž dochází k přehřátí mozku a jeho blan. Oba stavy se mohou projevovat podobnými příznaky jako je bolest hlavy, nevolnost, zvracení, zvýšená tělesná

teplota, pocit žízně. V závažném stavu se objevují křeče a poruchy vědomí. V případě úžehu se příznaky mohou objevit až s odstupem několika hodin, v nočních hodinách.

V rámci PP postiženého odvedeme do chladnějšího prostředí, uvolníme oděv, člověku při vědomí podáme chlazené tekutiny, nejlépe obsahující minerály. K chlazení můžeme využít i chladné obklady. Pokud má postižený popáleniny, ošetříme je. V případě poruchy vědomí nebo křečí přivoláme ZZS [2, 10].

- **Popáleniny**

Popáleniny jsou postižení kůže a podkoží, která vznikají působením vysokých teplot. Způsobit je může suché (plamen) nebo vlhké teplo (pára, horká tekutina). Závažnost poranění závisí na rozsahu popálené plochy, stupni popálení, místě popálení a věku postiženého. K výpočtu rozsahu se využívá plocha dlaně jedné ruky, které představuje 1 %. Popálená plocha větší než 15 – 20 % vede u dospělého k rozvoji šoku.

Podle hloubky postižení dělíme popáleniny na 4 stupně:

- 1. stupeň – Nejméně závažný, projevuje se zarudnutím a bolestivostí postiženého místa.
- 2. stupeň – Kromě bolesti a zarudnutí se objevují puchýře naplněné tekutinou.
- 3. stupeň – Postihuje všechny vrstvy kůže, projevuje se bílým nebo černým zbarvením kůže. Dochází k odumření nervových zakončení, a proto bývá méně bolestivý než 2. stupeň.
- 4. stupeň – Postihuje všechny vrstvy kůže, svaly, klouby i kosti. Pokožka je zuhelnatělá [2, 3].

Základem PP je přerušení působení horka, svlečení politého oděvu a odstranění kovových ozdob (prstýnky, náramky). Pokud je oděv přiškvařen, nestrháváme jej. Části postižené popáleninami 1. a 2. stupně chladíme studenou tekoucí vodou (ideálně o teplotě 8°C). Popáleniny 3. stupně nepoléváme, jen je sterilně zakryjeme. Na popáleniny neaplikujeme masti, puchýře nestrháváme. Stržené puchýře představují zvýšené riziko infekce. Dle závažnosti zajistíme odborné ošetření [2, 13].

2.2.13 Náhlé stavy při diabetu

Diabetes je metabolické onemocnění projevující se zvýšenou hladinou cukru v krvi. K vážným stavům u diabetiků dochází jak z důvodu nízké hladiny glukózy v krvi, tak i vysoké hladiny glukózy v krvi.

- **Hypoglykemie**

Sníženou hladinu cukru v krvi označujeme jako hypoglykemií. Je to závažný stav, který se objevuje při dietní chybě, předávkování inzulinem, perorálními antidiabetiky (léky na snižování hladiny cukru) nebo při příliš velkém omezení cukrů. Postižený pociťuje hlad, slabost, třes končetin, je unavený, opocený, zmatený. Časté jsou poruchy koordinace, chování (stav může připomínat opilost) a vědomí. Postupně může upadat do bezvědomí [10, 16].

- **Hyperglykemie**

Zvýšená hladina cukru v krvi se nazývá hyperglykemie. Příčinou je nedostatečná hladina inzulinu. Negativní důsledky na organismus má až při delším trvání. Mezi příznaky patří pocit žízně, sucho v ústech, časté močení, nevolnost, spavost, poruchy vědomí [10].

Oba výše uvedené stavy lze snadno zaměnit, proto v rámci PP podáme v obou případech postiženému při vědomí cukr (hroznový cukr, silně oslazený nápoj). Jestliže nedojde k rychlé nápravě stavu, přivoláme ZZS. Pokud je

postižený v bezvědomí, ústy nic nepodáváme a ZZS voláme vždy. Jestliže máme k dispozici glukometr, překontrolujeme hladinu cukru v krvi pomocí přístroje [10, 16].

„V případě hypoglykemie již malý přísun cukrů může značně pomoci, v případě hyperglykemie však stav postiženého vážně nezhorší. Nehrozí zde tedy nebezpečí vážného ohrožení pacienta špatně poskytnutou první pomocí v důsledku nesprávné diagnózy (záměnou hyperglykemie a hypoglykemie).“ [4, s. 37]

2.3 Stárnutí

Stárnutí je nezvratný biologický proces, který je součástí každého organismu a končí smrtí jedince. Jedná se o složitý komplex dějů na mnoha úrovních, které se vzájemně podmiňují a zároveň jsou velmi individuální. Mühlpachr upozorňuje také na to, že stáří není nemoc a je pouze zákonitým důsledkem stárnutí. Srovnáme-li několik jedinců téhož chronologického věku, většinou zjistíme, že se mohou podstatně odlišovat, zejména v oblasti biologických změn a sociálního života [17, 18, 19].

2.3.1 Dělení seniorského věku

Abychom člověka označili za seniora, používá se jako objektivní měřítko kalendářní věk. Toto vymezení, ale nebere ohled na významné rozdíly mezi muži a ženami [17].

Světová zdravotnická organizace (WHO) označuje jako stáří věk 60 let a výše a doporučuje dělení po patnáctiletých periodách lidského života:

- střední věk (45 – 59 let)
- rané stáří (60 – 74 let)
- vlastní stáří (75 – 89 let)
- dlouhověkost (90 a více let) [20]

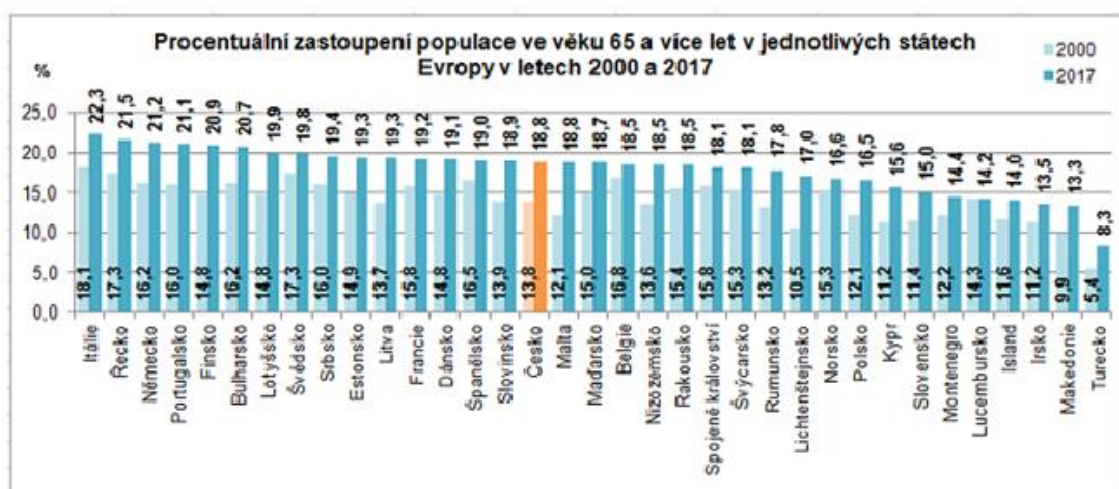
V souvislosti se stárnutím populace se ve vyspělých zemích posouvá obvyklá věková hranice, kdy je člověk považován za seniora, na 65 let. Věk 65 let uvádí jako mezník stáří také Mühlpachr a člení seniory do tří kategorií:

- mladí senioři (65 – 74 let)
- staří senioři (75 – 84 let)
- velmi staří senioři (85 let a více) [17]

2.3.2 Demografický vývoj a stárnutí v České republice

Demografie je věda rozmístění, struktury, reprodukci a růstu obyvatelstva.

Od minulého století se ve vyspělých zemích mění reprodukční zvyklosti obyvatelstva. Díky kvalitní a dostupné lékařské péči dochází v těchto zemích ke snižování úmrtnosti, lidé se dožívají stále vyššího věku a přitom po sobě nezanechávají dostatečný počet narozených dětí. Tento jev a jeho důsledky bývá označován jako „demografická revoluce“. Její charakteristikou je sestupný trend úmrtnosti spolu s klesající porodností, čímž rychle stoupá počet obyvatel vyšších věkových skupin. Dle WHO se populace považuje za demograficky starou, pokud v ní žije více než 7 % lidí ve věku 65 let a více. Dle českého statistického úřadu tuto hranici již překročily všechny státy Evropy [21, 22].



Obrázek 2 Zastoupení populace [23]

Na počátku roku 2018 dosáhl počet obyvatel ČR 10,6 milionu, přičemž počet lidí ve věku nad 65 let přesáhl hranici 2 milionů. Důvodem je především zestárnutí silných poválečných ročníků. Špatenková uvádí, že dle Českého statistického úřadu budou v roce 2020 tvořit lidé starší 65 let 28% obyvatelstva ČR. Největší nárůst se očekává v kategorii nad 85 let. Odhaduje se, že v roce 2050 bude v ČR žít asi půl milionu lidí občanů starších 85 let. Počet zemřelých také bude pravidelně převyšovat počet živě narozených dětí [20, 24, 25].

2.3.3 Změny spojené se stářím

Změny spojené se stářím probíhají u každého jedince odlišnou rychlostí, s různou intenzitou a souvisejí se vznikem onemocnění obvyklých ve stáří. Variabilita je dána na základě odlišné genetické výbavy, rozdílných životních podmínek, odlišným zdravotním stavem, interakcemi s prostředím i rozdílným životním stylem. Odehrávají se v několika rovinách a výrazně zasahují do života seniorů [17, 26].

- **Biologické změny**

Týkají se tělesných změn ve stárnoucím organismu. Postihují všechny tkáně a orgány včetně mozku. Dochází k odumírání mozkových buněk, zpomaluje se ukládání informací, nové informace se hůře zpracovávají a vybavují. Zmenšuje se výška, dochází ke snížení svalové síly a kvality kostí, což je spojeno se zvýšeným rizikem zlomenin. Stěny cév jsou méně pružné, ve střevech dochází k pomalejšímu vstřebávání potravy, ochabují svěrače močové trubice, mění se kvalita kůže, prohlubují se vrásky, vlasy ztrácejí kvalitu a šediví [26, 27].

Senioři také trpí poruchami termoregulace, spánku, sníženou chutí k jídlu a oslabováním smyslů, zejména sluchu a zraku. Senioři, kteří nedostatečně slyší, se často ostýchají ptát, co bylo řečeno, mnoho otázek odsouhlasí, aniž by

slyšelo jejich obsah a z tohoto důvodu mohou vznikat komunikační nedorozumění [26,27].

U osob, které se zajímaly o zdravý životní styl, se objevují tyto změny později.

- **Psychické změny**

Ve stáří se často prohlubují mnohé rysy osobnosti člověka (např. citlivé lidé bývají přecitlivější. Zhoršení paměti a vnímání vedou k obtížnějšímu rozhodování, snížené sebedůvěře a nedůvěřivosti k okolnímu světu (nové technologie, nové léčebné postupy). Vzniká zde prostor pro emoční labilitu, úzkost, deprese a strach, především ze smrti [26, 27, 28].

- **Sociální změny**

Hlavní sociální změnou je odchod do starobního důchodu. Tento odchod také představuje ztrátu kontaktu s okolím. Se ztrátou partnera, vrstevníků, a s úbytkem času stráveného ve společnosti, se senior může cítit osamělý. Aby nedocházelo k sociální izolaci, jsou provozovány kluby seniorů, přednášky, kurzy, zájezdy pro seniory apod. Charakteristickým rysem sociálního stárnutí je také postupné ubývání samostatnosti a tím pádem narůstání závislosti [26].

- **Ekonomické změny**

Odchod do důchodu pro některé seniory znamená snížení finančních prostředků. Ekonomické problémy mohou být způsobeny nízkou penzí, vysokými náklady na bydlení, ale i ztrátou partnera, čímž dochází ke snížení příjmů [28].

2.3.4 Sociální význam stáří

Ve stáří lidé postupně čelí sociálním změnám jako odchod do důchodu, smrt partnera a vrstevníků, změny bydlení, případně vstup do ústavní péče. Odchod

do důchodu pro někoho může znamenat období finančních nejistot, nutnost nového uspořádání života, změnu role ve společnosti i rodině. Nemusí vždy ale znamenat konec produktivního věku a nutnost odejít z profesního života. Pokud je starší člověk schopen práce jak fyzicky, tak psychicky, měl by mít možnost pracovat nadále. V pracovním procesu by na seniory nemělo být nahlíženo jako nepotřebné a neproduktivní, navíc mohou být svými zkušenostmi přínosem pro mladší kolegy.

Mezi největší obavy seniorů patří, že se stanou přítěží, zároveň očekávají, že se o ně jejich děti do jisté míry postarají. Pro mnohé může také znamenat automatické zařazení do skupiny starých lidí, uzavření se do svého soukromí a rezignaci na veškerou činnost a vztahy. Pokud se starého člověka zmocní beznaděj a deprese, neměl by se obávat vyhledat odborníka [20, 27].

Podstatné je, aby senior i ve starším věku viděl smysluplnost svého života (např. zapojením do studia či dobrovolnické práce). Důležitý je kontakt seniorů s přáteli, s přírodou (procházky, práce na zahradě) a kulturou (návštěva divadla, výstavy). Díky těmto činnostem člověk nezůstane pouze v izolaci svého bytu či domu a snadněji zapomene na stres a deprese [27, 29].

Dle Vetešky je nejdůležitějším sociálním úkolem starých lidí najít ve společnosti takový životní styl, který svými aktivitami bude přínosem jak pro ně samotné, tak i pro společnost [31].

2.3.5 Postavení seniorů ve společnosti

V moderní společnosti, orientované na výkon, sociální postavení a majetek, ubývá úcty ke starým lidem, bývají považováni za méněcenné bez práva rozhodovat. Střední generace necítí zodpovědnost připravit se na vlastní stáří ani vést své děti k úctě ke stáří. Dříve staří lidé častěji žili v rodinách svých potomků, kde o ně příbuzní pečovali, zatímco dnes se tohoto závazku zříkávají. Současně seniorská populace osvobozuje své mladé od povinností

s odůvodněním, že mají mnoho vlastní práce a očekává větší pomoc od zdravotních a sociálních zařízení [27].

Stáří je v mysli lidí spojováno především s negativními pojmy, jako jsou nemoci, chudoba, zdravotní omezení, nezaměstnanost, samota, umírání a smrt, což bývá příčinou ageismu, tzn. vytváření předsudků, negativních představ, projevů diskriminace vůči staršímu člověku nebo skupině starších nebo jejich vytěsňování na okraj společnosti. Jednou z možností jak zabránit zneužívání seniorů je vzdělávání [25, 32].

Pro změnu pohledu společnosti na stáří je důležité upozornit na to, že stárnutí a odchod do důchodu je spojené i s mnohými pozitivními změnami, např. možnost trávit více času s rodinou, věnovat se zájmům, které nebylo možné zvládnout zároveň s prací, předávání zkušeností...

Ačkoli je zvyšování věkové hranice dožití pozitivním fenoménem, pro společnost to představuje také riziko, a to zejména v oblasti lékařského a sociálního zabezpečení. Je třeba se připravit na to, že senioři budou neopomenutelnou skupinou zaměstnanců, klientů, pacientů, zákazníků, uživatelů služeb a účastníků nejrůznějších forem vzdělávání. Zvyšující se podíl starých lidí v populaci znamená také velkou nákladovou položkou do státního rozpočtu (důchody, zdravotní a sociální péče). Z ekonomického i sociologického hlediska se proto vyplatí podpora strategie, že čím déle bude senior schopen se sám o sebe postarat a žít aktivně, tím více bude spokojen a zároveň budou sníženy výdaje spojené s výstavbou a provozem domovů pro seniory a také další výdaje spojené nejen se zdravotní péčí o jedince, kteří nejsou schopni postarat se o sebe sami [20].

2.3.6 Vzdělávání seniorů

„Vzdělávání je proces uvědomělého a cílevědomého zprostředkovávání a aktivního utváření a osvojování soustavy vědeckých a technických vědomostí, intelektuálních a

praktických dovedností a lidských zkušeností, utváření morálních rysů a osobitých zájmů.“ [33, s. 237]

Vzdělávání seniorů má hodně společného se zájmovým vzděláváním a to hlavně z důvodu jeho dobrovolnosti. Z hlediska měnící se demografické situaci se zvyšuje počet ekonomicky aktivních starších občanů, a proto nelze vzdělávání seniorů řadit pouze do oblasti zájmového vzdělávání, ale také do oblasti vzdělávání profesního. Pokud má být člověk schopen pracovat i ve vyšším věku, musí být schopen zdokonalovat své odborné a profesní znalosti a dovednosti, udržovat si všeobecný přehled, krok s rozvojem technologií a přizpůsobovat se rychlému pokroku vědy [17, 25].

- **Význam a funkce vzdělávání seniorů**

Z pohledu společenského i individuálního má vzdělávání starších občanů vysokou hodnotu. Pozitivně ovlivňuje tělesný i duševní stav seniorů, dává životu smysl, naplňuje potřebu seberealizace, pomáhá rozvíjet sebedůvěru a otevírá seniorům široké pole uplatnění v oblasti dobrovolnických aktivit. Vzdělávání může pomoci při hledání nových jistot a postojů k životu [34].

Dle Šeráka je hlavním cílem vzdělávání seniorů udržení tělesných a především intelektuálních sil. Dalším cílem jsou také aktivity zaměřené na zvládání nových či obtížných situací, do kterých se senior může dostat [25].

Petřková a Čornaničová vymezují ve vzdělávání seniorů tři didaktické cíle:

- poznávací (jsou zaměřené na získávání a prohlubování znalostí)
- psychomotorické (týkají se psychické a tělesné způsobilosti)
- postojové (zaměřují se na vytváření vztahu k novému období života)[35].

Vzdělávání seniorů plní především tyto základní funkce:

Preventivní – Vztahuje se především k výchově ke stáří a přípravě na stáří. Jedná se o to, aby v dospělosti byla provedena taková výchovná a vzdělávací opatření, která dokážou pozitivně ovlivnit průběh stáří.

Anticipační – Souvisí s přípravou a rozhodováním na budoucí životní změny a hledáním nového životního stylu. Podstatou je určit jaké znalosti a dovednosti si musí jedinec osvojit, aby prožíval stáří s co největší mírou vnitřního uspokojení.

Rehabilitační – Týká se udržování a obnovování fyzických i duševních schopností jedince.

Posilovací – Posiluje sociální integraci seniorů, podporuje rozvoj zájmů a vhodného naplňování volného času.

Komunikační – Zajišťuje kontakt seniorů se společností, hlavně však se skupinou, s kterou má podobné zájmy a potřeby [17, 19, 20, 27, 35].

- **Specifika vzdělávání seniorů**

Při vytváření jakýchkoliv vzdělávacích a výchovných projektů pro seniory je důležité, abychom akceptovali řadu specifíků, které vyplývají z jejich sociálního a společenského postavení a také specifíků, které jsou dané věkem, odlišnostmi motivace, uspořádáním životních hodnot, schopností přizpůsobit se atd. Vzdělávání je třeba přizpůsobit dosaženému vzdělávání, aktuální životní a rodinné situaci, osobnímu i pracovnímu životu. Senior by měl mít možnost jak rozvíjet již dříve nabyté poznatky na pokročilejší úrovni, tak mít možnost vzdělávat se i v oblastech, které jsou pro něj nové [20, 34].

V pokročilém věku je učení ovlivněno zhoršenou fyzickou i psychickou kondicí, obavou ze změn a neočekávaných situací, zhoršeným vnímáním a soustředěním. Všechny aktivity pro seniory by měly být smysluplné, senior by

měl vědět, k čemu nabytá znalost bude a jaká je jejich využitelnost v životě [27, 34].

Během edukační práce se seniory jde především o naplnění těchto potřeb:

- nezávislost
- seberealizace
- důstojnost (slušné zacházení se seniory)
- participace (senior se sám rozhoduje)
- dostupnost péče (senioři mají přístup ke zdravotnickým, právním a sociálním službám) [20]

K naplnění výše uvedených potřeb je nezbytné dodržovat tato doporučení:

- Respektovat psychické i fyzické změny doprovázející stárnutí.
- Respektovat individualitu seniorů, jejich možnosti a limity.
- Uplatňovat takové formy edukace, které jsou adekvátní k seniorskému věku.
- Efektivně komunikovat.
- Pečlivě volit témata vzdělávání, edukační programy nastavit tak, aby jejich absolvování seniorům pomohlo při řešení osobních a existenciálních problémů.
- Vytvářet co nejvíce příležitostí k participaci seniorů, do výuky co nejvíce zahrnovat využívání pracovních a životních zkušeností účastníků.
- Poskytovat účastníkům edukace emoční podporu i prostor pro komunikaci problémů.
- Podporovat pozitivní myšlení, zdravé sebevědomí, vést účastníky ke vzdělávání a aktivnímu způsobu života [20, 35].
- Poskytovat účastníkům edukace emoční podporu i prostor pro komunikaci problémů.

- Podporovat pozitivní myšlení, zdravé sebevědomí, vést účastníky ke vzdělávání a aktivnímu způsobu života [20, 35].

Obzvlášť speciální požadavky mají handicapovaní senioři (např. s omezením pohybu, poruchou sluchu, zraku, řeči atd.). Trvalé zdravotní omezení způsobuje seniorům změny v rámci kvality jejich života, ztěžuje či zabraňuje provádět běžné úkony, které jsou pro osoby daného věku obvyklé, a realizovat životní plány včetně vzdělávání [36].

- **Zásady vzdělávání seniorů**

Na základě výše zmíněných specifik lze definovat několik zásad pro vzdělávání starších osob.

Dostupnost – Dobrá dostupnost místa konání vzdělávací akce je jedním ze základních požadavků (dosah veřejné hromadné dopravy, parkovací místa). Zajištěna by měla být bezbariérovost všech prostor (výtahy, nájezdy).

Pomalejší tempo – Starší člověk potřebuje k pochopení a osvojení nových informací a dovedností delší čas, vlastní způsob a tempo. Z důvodu zvýšené unavitelnosti a zhoršení v oblasti kognitivních funkcí senioři přijímají informace pomaleji.

Individualita – Je obtížné sladit potřeby několika seniorů. Ve vzdělávací skupině je třeba individuální přístup. Je důležité posoudit schopnosti, respektovat možnosti a dovednosti každého zúčastněného jedince a myslet na to, že mohou výrazně odlišovat stupněm dosaženého vzdělání, původní profesí a životními zkušenostmi.

Koncentrace – Koncentrace seniorů může být ovlivněna mnoha okolnostmi. Výuka seniorů by měla probíhat v klidném prostředí za dobrého osvětlení. Ideálně v dopoledních (9:00 - 11:30) nebo odpoledních (14:00 - 16:30) hodinách,

kdy je předpoklad vyšší koncentrace a pozornosti. Během výuky je třeba dodržovat pravidelné přestávky. Starší lidé také potřebují více času k odpočinku.

Množství informací – Senior těžko dokáže přijmout mnoho informací naráz, lepší je rozdělit je do více částí. Při předávání informací seniorům není třeba spěchat a zahltit velkým množstvím údajů.

Přehledné informace – Starší člověk potřebuje mít k dispozici přehledné, jasné, nejlépe písemné informace. Přehledný systém a možnost vracet se k informacím vede k upevnování předávaných poznatků. V použitých materiálech by text měl být dobře strukturovaný, vhodnější jsou kratší odstavce s většími písmeny než dlouhý souvislý text.

Srozumitelnost – Ten, kdo seniorům předává informace, by se měl vyjadřovat srozumitelně, pomaleji, v takové míře, aby nepřetížil kapacitu seniorů a častěji se ujišťovat, zda senior problematice rozumí. Na nesprávně pochopenou informaci se většinou nedá smysluplně navázat. Důležité je vysvětlovat cizí pojmy, opakovat nejpodstatnější informace a poskytnout prostor pro dotazy.

Osobnost lektora – Lektor, který se podílí na vzdělávání seniorů, by měl být k posluchačům zdvořilý, přívětivý a nápomocný. Vyvarovat by se měl nudnému a nezáživnému výkladu a odbíhání od tématu. Na přednášky by měl chodit včas a vhodně oblečen.

Pravidla – Vzdělávání seniorů by stejně jako vzdělávání dětí mělo mít určitý řád a pravidla. Řád dává do jisté míry pocit bezpečí, díky němu ví, co se kdy a jak bude dít, což redukuje napětí a stres. Jako účastníci vzdělávání se senioři rádi podílejí na vytváření a fungování řádu.

Praktický nácvik – Pokud je prováděn nácvik používání nových pomůcek, je nutné jednotlivé kroky opakovat a dbát na to, aby je senior zkoušel sám, znal význam jednotlivých kroků a chápal logiku jejich návaznosti.

Ocenění – Důležité je umožnit seniorovi zažít pocit úspěchu, ocenit snahu a píli. Pochvala vytváří motivaci k další práci. Je však nutné, aby senior nebyl chválen, pokud není důvod, uvědomí si pak, že se jedná o milosrdnou lež, což může vyvolat dojmy vedoucí k pocitu méněcennosti [20, 37].

Už samotný fakt, že se senior vzdělává, zařídil si aktivitu, dostavil se, udržuje se v pozornosti a přemýšlí, může být vysilující. Proto není vhodné dávat seniorovi mnoho úkolů a stresovat ho vidinou povinnosti. Je již na zaslouženém odpočinku a své schopnosti učit se a plnit povinnosti spojené se vzděláváním už prokázal.

Nerespektování nebo neschopnost přizpůsobit se těmto zásadám, může vést ke ztrátě motivace a ukončení vzdělávací aktivity [37].

- **Motivace**

V rámci vzdělávání seniorů hraje důležitou roli také motivace. Motivace je prvek, který nás vede k uspokojení našich potřeb a dosažení životních cílů. Nejvyšší význam má vnitřní motivace, vycházející z vlastních pohnutek jedince [20, 27].

Hlavními motivy ke vzdělávání v seniorském věku se stává potřeba sociálních kontaktů, snaha najít smysl života, potřeba seberealizace, udržet se v duševní i tělesné kondici, doplnění a získání nových dovedností a využití volného času. Motivaci ke vzdělávání ve starším věku ovlivňují různé faktory, např. předchozí dosažené vzdělání, zájem o vzdělávání v předchozím období, rodinná situace, politická angažovanost, snaha prosadit se, zájem o poznání apod. Rabušic uvádí, že z provedeného výzkumu vyplývá, že: „*Ve starší české*

populaci je účast na kurzech vzdělávání dospělých výrazně závislá na dosaženém vzdělání – čím vyšší vzdělání jedince, tím také jeho vyšší participace.“ [38, s. 89]. Pokud senioři získají s učením a vzděláváním pozitivní zkušenost dříve, než dospějí do staršího věku, je pravděpodobné, že budou ve vzdělávání pokračovat [20, 38].

Mnozí z dnešní generace seniorů jsou motivováni ke studiu z důvodu omezených možností vzdělávání v minulém režimu. Nyní mají příležitost vzdělávat se v oboru, o který mají zájem, rozvíjet své znalosti a vyzkoušet si možnost studia v akademickém prostředí [39].

- **Metody vzdělávání seniorů**

Metoda je jedním z hlavních didaktických pojmů vzdělávání. Je to způsob nebo postup jak záměrně uspořádat činnosti a opatření k zajištění realizace vzdělávacího procesu tak, aby jeho účinnost směrem ke vzdělávanému dosáhla co stanovených cílů. Mezi metody edukace seniorů, které uvádí Špatenková, patří např. vyprávění, přednáška, práce s textem, dramatizace, rozhovor, diskuze, didaktické hry... [20, 33].

Petřková a Čornaničová rozdělují metodické postupy takto:

Výkladové metody – Přednáška patří k typickým metodám, zejména v rámci vzdělávání v institucích. Je založena na monologickém projevu přednášejícího, účastníci mají pasivní roli. Během přednášky, kde jsou posluchači právě senioři, je třeba brát zřetel na jasné vymezení cíle, správnou formulaci hlavní myšlenky, výběr podstatných poznatků, logickou strukturu výkladu, využití audiovizuálních prostředků, výběr vhodných příkladů z praxe, častější opakování důležitých myšlenek a jejich shrnutí v závěru.

Přednáška je vhodný způsob jak předat ucelené myšlenky velké skupině posluchačů, avšak senioři mohou mít problémy s udržením pozornosti. Přednáška také nepodporuje rozvoj tvořivého myšlení [20, 35].

Dialogické metody – Diskuze je přínosnou metodou v menší skupině účastníků. Jde o formu komunikace, kdy si účastníci vyměňují názory na dané téma na základě svých znalostí a zkušeností, pro svá tvrzení uvádějí argumenty a společně nachází řešení daného problému. Senioři by měli mít jasnou představu o tématu a cílech diskuze. Každá diskuze by měla také mít alespoň základní pravidla. Lektor by měl podněcovat a usměrňovat dialog a na závěr udělat k dané diskuzi závěr [20, 35].

Metody řešení problémů – Tato metoda spočívá v tom, že lektor vymezí problémový úkol a účastníci vzdělávacího procesu hledají pro popsanou situaci souvislosti a cesty k nejvhodnějšímu řešení. Tato situace by měla vycházet z reality jim blízké, Špatenková uvádí jako příklad hledání možností při koupi nového auta, když má kupující omezené finanční prostředky [20].

Výcvikové metody – Výcvikové metody zahrnují praktický nácvik dovedností, např. používání nové technologie. Jsou zaměřeny na vlastní aktivitu, odpovědnost a schopnost spolupracovat.

Z hlediska efektivity edukace jsou zejména účinné metodické postupy, které:

- podněcují motivaci účastníků
- zajišťují aktivní účast
- respektují individualitu a specifický styl učení
- zabezpečují zpětnou vazbu
- umožňují využití získaných poznatků v praxi [35]

Na správné volbě metody vzdělávání závisí, zda a jak bude dosaženo cílů vzdělávání, avšak jedna správná nebo univerzální metoda neexistuje. Každá má svoje klady a zápory. Výběr a účinnost metody ovlivňuje cíl a obsah vzdělání, cílová skupina účastníků, časová a materiální náročnost a také osobnost lektora.

- **Formy vzdělávání**

Vzdělávání je v průběhu života realizováno ve třech základních formách. Přestože se tyto formy prolínají a vzájemně doplňují, v každém vývojovém období člověka převažuje různá forma vzdělávání.

Formální – Formální vzdělávání probíhá ve vzdělávacích institucích včetně škol. Existují zde právní normy a předpisy, které definují cíle, obsahy, způsoby hodnocení a jiné organizační záležitosti. Formální vzdělávání vede k dosažení určitého vzdělání doloženého např. vysvědčením nebo diplomem [40].

Neformální – *„Neformální vzdělávání je organizované a systematické vzdělávání, které se realizuje mimo rámec zavedeného školského systému.“* [41, s. 12]. Vede k získání vědomostí, dovedností, rozvoji životních zkušeností a postojů, ne však k ucelenému školskému vzdělání. Tyto vědomosti a dovednosti pomáhají zlepšit člověku nejen pracovní, ale i společenské uplatnění. Nejčastěji probíhá v zařízeních zaměstnavatelů, soukromých vzdělávacích institucích, ale i ve školských zařízeních. Zahrnuje veškeré volnočasové aktivity, jako jsou jazykové kurzy, rekvalifikační kurzy, počítačové kurzy, školení. Podmínkou je účast odborného vedoucího [40].

Informální – *„Informální vzdělávání je neorganizované, nesystematické, neplánované a institucionálně nekoordinované.“* [41, s. 12]. Vyplývá z každodenních činností, jako je např. čtení novin, literatury, sledování televize, návštěva kulturních akcí či debata s vrstevníky, rodinnými příslušníky a je tak

přirozenou součástí každodenního života. Ačkoli se nejedná o záměrné sebevzdělávání, vede k osobnímu rozvoji jedince [40].

- **Možnosti vzdělávání seniorů v ČR**

Pro seniory jako zvláštní skupinu, existuje v ČR celá řada institucí či spolků, zabývají jejich vzděláváním. Mezi základní instituce, které seniorům nabízí možnost vzdělávání, patří Univerzity třetího věku (U3V), Akademie třetího věku a Kluby aktivního stáří. Dále se na edukaci seniorů podílí také soukromé vzdělávací agentury, knihovny, kulturní domy nebo domy dětí a mládeže, které organizují např. různé kurzy pro seniory [24, 37].

Univerzita třetího věku – Univerzity třetího věku (dále jen UV3) jsou pravděpodobně nejznámější edukační institucí pro seniory. V současné době mohou senioři studovat na UV3 téměř na všech vysokých školách. UV3 se zaměřují na poskytování vzdělání seniorům na nejvyšší možné, tedy vysokoškolské úrovni. Přestože název vypovídá, že se jedná o univerzitní studium a je ukončeno promocí, ve skutečnosti jde o vzdělání zájmové, nikoli profesní. Posluchači nezískávají absolvováním studia ucelené vysokoškolské vzdělání, ale pouze potvrzení o absolvování oboru, který si pro svůj rozvoj zvolí. Vzdělávací programy mají pevně uspořádanou formu a jsou přizpůsobeny finančním, mentálním i fyzickým možnostem seniorů. Kromě přednášek diskuzí a seminářů mohou studenti absolvovat exkurze, pobytové programy v zahraničí nebo využívat univerzitní knihovnu [22, 24, 36].

„Základním posláním U3V je rozšířit možnosti uspokojování vzdělávacích potřeb starších občanů, zpřístupnit jim vhodnou formou nové informace, poznatky a dovednosti.“ [34, s. 175]

Akademie třetího věku - Akademie třetího věku jsou vzdělávací instituce, které jsou méně náročné než UV3, a které uspokojují vzdělávací potřeby seniorů

v oblastech, kde nejsou vysoké školy. Posluchačem se může stát každý, možnost studia není podmíněna dosažením určité úrovně vzdělání, nekonají se zde zkoušky ověřující získané znalosti. Hlavním cílem Akademie je nabízet zajímavý program seniorům, kteří chtějí rozvíjet svoje zájmy a naučit se něco nového. Většinou jde o jednorázové nebo krátkodobé akce, dle zájmů [24].

Klub aktivního stáří - Kluby aktivního stáří jsou dobrovolná uskupení, kde senioři rozvíjí aktivní způsob života. Jejich hlavním účelem je příjemné a smysluplné strávení volného času. Obsah klubové činnosti je zaměřený dle přání klientů (umělecká tvorba, návštěva divadel a koncertů, poznávací zájezdy, sportovní akce, vzdělávací akce). Vzdělávací akce probíhají většinou jednorázově formou přednášek a besed. Tyto kluby jsou velmi lokálně zaměřené a zajišťují tak možnost účasti i seniorům, kteří nežijí ve velkých městech. Od výše uvedených forem se liší méně formálními vztahy mezi účastníky [24, 35].

Obsah vzdělávání seniorů bývá nečastěji zaměřen na oblast zdraví, sociální vztahy a kulturu. Všichni senioři nejsou schopni nebo nechtějí plnit požadavky univerzitního studia, proto by měli být informováni i o jiných možnostech a mít možnost zvolit si prostředí a formu vzdělávání, takovou jaká jim nejvíce vyhovuje. Cílem všech institucí a spolků, které se věnují seniorům je rozvíjet u starší generace bohatý plnohodnotný život, zamezit izolaci od společenského dění a zajistit kontakt s podobně smýšlejícími a věkově blízkými lidmi.

3 CÍL PRÁCE

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda senioři považují znalosti a dovednosti první pomoci za důležité, zda mají zájem se v této problematice vzdělávat a jaká témata jsou pro ně v této oblasti nejzajímavější.

Dílčím úkolem je na základě zjištěných informací realizovat pro skupinu seniorů vzdělávací program, který bude zaměřen na problematiku a témata, která seniory nejvíce zajímají a ve kterých by chtěli zlepšit své znalosti.

4 METODIKA

Metodická část je založena na vyhodnocení polostandardizovaných rozhovorů s 10 seniory, navštěvujícími Centrum denních služeb organizace Život 90. Každý rozhovor obsahoval čtyři hlavní otázky, doplněné o rozvíjející otevřené podotázky. Otevřené otázky byly zvoleny, protože nejsou limitovány výběrem odpovědí a dávají respondentům větší prostor pro sebevyjádření. Jednoznačnou výhodou metody rozhovorů je také osobní kontakt s respondenty. Při sestavování otázek bylo hlavním cílem, aby byly srozumitelné. Na jejich zodpovězení nebyly nutné žádné speciální znalosti, a z odpovědí bylo možné zjistit, jaký je vztah seniorů k tématu první pomoci, a zda mají zájem se v tomto směru vzdělávat.

Pro druhou část praktické části jsem zvolila formu odborné přednášky v Centru denních služeb organizace Život 90. Náplň přednášky byla koncipována dle témat, o která senioři projevíli zájem. Vybrány byly také stavy, u nichž je pravděpodobné, že se s nimi senioři setkají. Při přípravě programu přednášky byl kladen důraz na specifika vzdělávání seniorů, dodržování pravidel důležitých pro vzdělávání seniorů a na to, aby senioři měli dostatek prostoru pro případné dotazy, diskuzi a zpětnou vazbu. V závěru přednášky účastníci obdrželi informační leták se stručně shrnutými nejdůležitějšími informacemi z přednášky a certifikát o absolvování.

Zjištěné poznatky jsou sjednoceny a zhodnoceny pomocí SWOT analýzy. Tato metoda umožňuje identifikovat a přehledně zobrazit silné stránky, slabé stránky a odhalit možné příležitosti a hrozby. Silné stránky a příležitosti by měly být podporovány, rozpoznání slabých stránek a hrozeb je užitečné pro jejich eliminaci a nastavení určitých opatření.

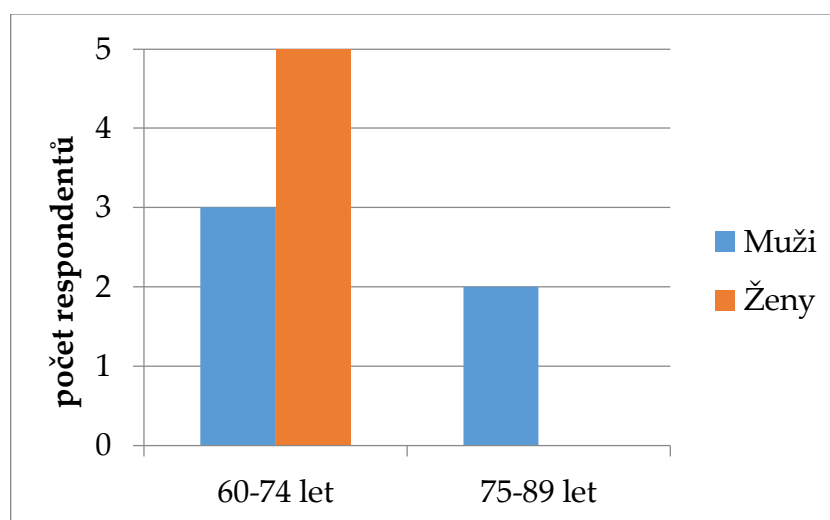
Výsledky jsou prezentovány formou tabulek a grafů.

5 VÝSLEDKY

5.1 Rozhovory se seniory

V této části bude pomocí tabulek a grafů prezentována charakteristika dotazovaných seniorů a výsledky rozhovorů. Cílem bylo zjistit, jaké mají osobní zkušenosti s poskytováním první pomoci, jaký mají k tomuto tématu vztah a zda mají zájem se v této problematice dále vzdělávat. Rozhovory byly realizovány v Centru denních služeb organizace Život 90 v dubnu 2019. Na otázky odpovídalo celkem 10 seniorů (5 žen a 5 mužů), kteří toto centrum navštěvují, a kteří mají se vzděláváním v seniorském věku zkušenosti. Nejmladšímu z respondentů bylo 63 let a nejstaršímu 78 let. Z dotazovaných seniorů dvě ženy uvedly, že mají několikaletou praxi ve zdravotnictví.

- **Rozdělení respondentů podle pohlaví a věku**

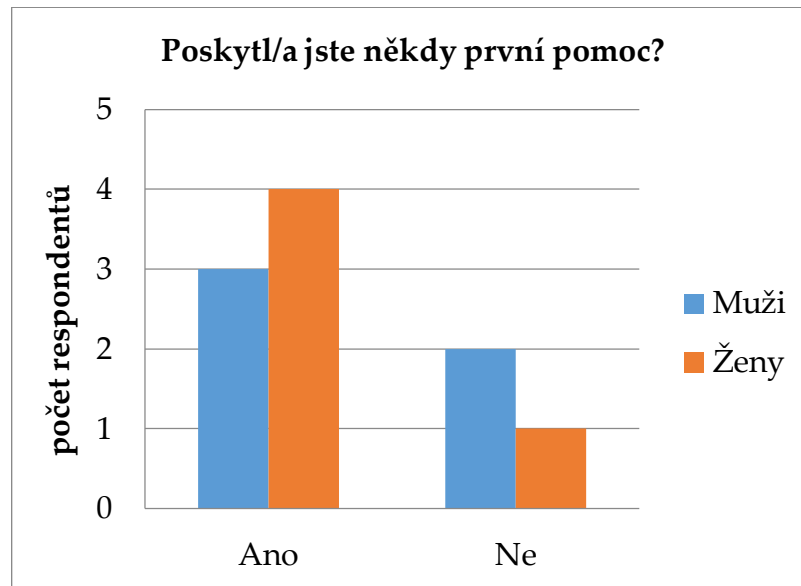


Obrázek 3 Rozdělení respondentů podle pohlaví a věku

Graf znázorňuje zařazení respondentů do věkových skupin, které definuje Světová zdravotnická organizace (WHO) jako rané stáří (60-74 let) a vlastní stáří (75- 89 let). Účast ve výzkumu byla pro respondenty podmíněna přesažením věkové hranice 60 let. Ze skupiny dlouhověkých seniorů (nad 90 let) se

rozhovoru nikdo neúčastnil. Větší početní zastoupení mužů i žen spadá do kategorie 60 – 74 let (7 z 10 seniorů).

- **Otázka č. 1: Poskytl/a jste někdy první pomoc? Věděl/a jste si s touto situací rady? Stručně, prosím, tuto situaci popište.**



Obrázek 4 Odpovědi na otázku č. 1

Tento graf poukazuje na to, že ne všichni dotázaní senioři mají zkušenosti s poskytnutím PP. Na otázku odpovědělo kladně 7 z 10 seniorů. Zároveň je patrné, že s poskytováním PP mají větší zkušenosti ženy.

Tabulka 1 Odpovědi na otázku č. 1

Žena (63 let) (dříve ošetřovatelka v domově důchodců)	Ano, opakovaně při epileptickém záchvatu, bylo nutné zprůchodnit dýchací cesty kvůli zapadlému jazyku. Věděla jsem, co mám dělat, především přivolat pomoc k zajištění bezpečnosti pacienta při křečích. S epileptickými záchvaty jsem se v rámci zaměstnání setkávala často.
Žena (68 let) (pracuje jako zdravot. sestra)	Ano, v rámci zaměstnání, když se pacientka oběsila. Odřízla jsem ji, masírovali jsme jí srdce a paní jsme zachránili.
Žena (72 let)	Dětem a vnoučatům jsem ošetřovala řiznutí a odřená kolena běžně. Považuji to za samozřejmost a základní znalosti mám. Jednou jsme s manželem jeli na kole a před námi spadla paní z kola. Nemohla dýchat, chrčela, nevěděla jsem si rady. Manžel je z lékařské rodiny, vyndal zapadlý jazyk, paní zachránil a já sháněla další pomoc.
Žena (74 let)	Nikdy jsem první pomoc nevyužila. Sestra zemřela na rychlý infarkt, už jsem jí nemohla pomoci. Při obtížích jsem jí radila návštěvu lékaře, ale ona tam jít nechtěla.
Žena (73 let)	Jednou dávno u Prašné brány na ulici spadl člověk. Poskytování první pomoci jsem přenechala jiným, bojím se, že bych uškodila. Alespoň jsem běžela do domu, ať zavolají sanitku a poskytla takovouto pomoc.
Muž (74 let)	Ne.
Muž (66 let)	První pomoc jsem neposkytoval. Nejsem si jistý, jak bych se v takové situaci zachoval.
Muž (68 let)	Byl jsem při epileptickém záchvatu a věděl, protože jsem to čekal, tak jsem si to načetl. Nic těžšího ne.
Muž (77 let)	Pomohl jsem vytáhnout chlapa, když se převrátil traktor. Byl potlučený, měl modřiny, ale nic zlomeného. Věděl jsem, že ho musím dostat ven, nic víc nebylo potřeba.
Muž (78 let)	Když mi bylo jedenáct let, řezali jsme s bratry a tatínkem dříví. Hozený špalek tatínkovi vlétl do hlavy. Měl rozseknutou hlavu a obočí. Dovedl jsem ho domů. Ošetřovala ho maminka, která pracovala u Červeného kříže a ta si rady věděla.

Z uvedených odpovědí vyplývá, že největší zkušenosti s poskytováním PP mají ženy, které mají zkušenosti s prací ve zdravotnictví a zkušenosti při ošetřování členů rodiny. Tyto znalosti dokážou zhodnotit i v seniorském věku, poskytování PP považují za každodenní samozřejmost a jsou na takovéto situace připraveny lépe než senioři, kteří takovéto zkušenosti nemají. Někteří ze seniorů také přiznávají, že si vždy s danou situací věděli rady, přesto se pokusili zajistit alespoň minimální PP prostřednictvím přivolání pomoci. V odpovědích je také uvedeno, že se senioři setkali jak s nutností poskytnout pomoc zcela neznámým lidem, tak rodinným příslušníkům.

- **Otázka č. 2: Jsou dovednosti a znalosti první pomoci důležité? Proč jsou/ nejsou podle Vás významné?**



Obrázek 5 Odpovědi na otázku č. 2

Z tohoto grafu je zcela zřejmé, že se všichni dotázaní shodují na tom, že znalosti jsou důležité. 10 z 10 respondentů odpovědělo kladně.

Tabulka 2 Odpovědi na otázku č. 2

Žena (63let) (dříve ošetřovatelka v domově důchodců)	Je důležité znát alespoň základy, člověk nikdy neví, kdy a kde se může něco stát. Nejdůležitější umět provést masáž srdce, zajistit dýchací cesty a také myslet na tepelný komfort. Nevadí, že poskytnutí první pomoci nebude zcela odborné, hlavně když nějaké bude.
Žena (68 let) (pracuje jako zdravot. sestra)	Jsem o tom životně přesvědčená, že to důležité je.
Žena (72 let)	Naprosto. Protože když nevíme, co máme dělat, jsme bezradní a neuděláme nic.
Žena (74 let)	Jsou. Když někdo neumí, kouká, bojí se a panikaří. Největší problém je strach někomu pomoci.
Žena (73 let)	Určitě, věřím, že to někoho zachrání.
Muž (74 let)	Měly by být důležité, když se něco stane. Člověk by měl pomoci.
Muž (66 let)	Určitě jsou důležité, nikdo nikdy neví, kdy je bude potřebovat.
Muž (68 let)	Důležité jsou určitě, protože se tím může zachránit život.
Muž (77 let)	Určitě. Je dobré znát, jak pomoci.
Muž (78 let)	Jsou důležité, ale už ne tolik jako dřív, protože má každý telefon a může zavolat sanitku. Dříve se muselo pro pomoc běžet i několik kilometrů.

Všichni dotázaní senioři dle odpovědí zastávají názor, že znalosti a dovednosti PP jsou důležité, lidé by je měli ovládat a v případě nutnosti pomoc poskytnout. Ve většině případů umí také svůj názor zdůvodnit a zejména ženy si v tomto případě také uvědomují a dokážou definovat, jaké důsledky plynou z neznalosti první pomoci a jaké bariéry brání jejímu správnému poskytování. Jako hlavní důvod uvádí nevědomost a strach z chybné pomoci. Jedna z žen, která má zkušenosti z práce ve zdravotnictví dokonce přesně uvádí, jaké úkony PP jsou dle jejího názoru nejdůležitější. Muž (78 let) také zdůrazňuje, že v dnešní době je především důležité mít u sebe telefon, díky kterému je možné přivolat odbornou pomoc.

- **Otázka č. 3: Zúčastnil/a jste se kurzu/školení první pomoci? Čím pro vás bylo přínosné?**



Obrázek 6 Odpovědi na otázku č. 3

Tento graf ukazuje, že více než polovina (6 z 10) dotázaných absolvovala v průběhu života kurz či školení týkající se první pomoci alespoň o minimálním rozsahu. Většinu respondentů, kteří odpověděli kladně, tvoří ženy (4 z 6).

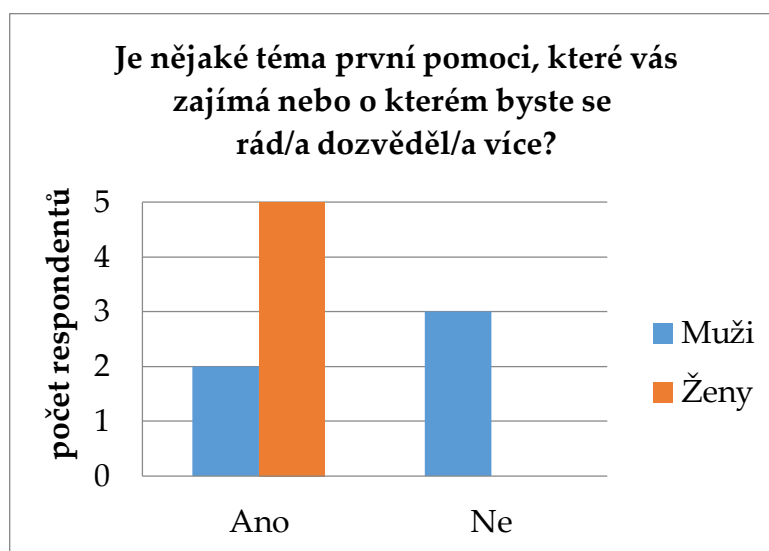
Tabulka 3 Odpovědi na otázku č. 3

Žena (63 let) (dříve ošetřovatelka v domově důchodců)	Kurzů první pomoci jsem absolvovala velké množství. Účast na nich mám podloženou certifikáty. Nejprínosnější na nich pro mě bylo naučit se, jak jednat a manipulovat s pacienty.
Žena (68 let) (pracuje jako zdravot. sestra)	50 let pracuji jako zdravotní sestra, školení např. o resuscitaci jsou součástí práce. Přínosné jsou pro mne především zkušenosti ze zaměstnání.
Žena (72 let)	Před velmi dlouhou dobou v rámci zaměstnání ano, ale bylo to k ničemu, jen jsme se obvazovali. Doma mám ale příručku první pomoci, kterou mi koupila dcera a kterou studuji, abych si věděla rady, když se v rodině někomu něco stane, hlavně dětem.
Žena (74 let)	S ničím jsem se nesešla.
Žena (73 let)	V sobotu jsem byla na přednášce s plzeňskými záchranáři. Dříve jsem byla na přednášce, ze které si pamatuji jen to, že resuscitace má jen velmi malou úspěšnost a že se to většinou nepodaří. Oceňuji, když na přednášce můžu zjistit něco o svém zdraví např. tep, tlak a dostanu doporučení, co mám dělat např., aby se mi neucpávaly cévy.
Muž (74 let)	Ne.
Muž (66 let)	Jen jeden základní asi hodinový kurz, při kterém jsem se naučil stabilizovanou polohu. Ale byly to jen základy.
Muž (68 let)	Kurz pouze co si pamatuji při braném dni. Nic moc si z toho nepamatuji. Dnes mě to mrzí.
Muž (77 let)	Nevzpomínám si.
Muž (78 let)	Ne, ale když někdo pracuje u Červeného kříže tak se to tam naučí.

Z odpovědí na otázku č. 3 je patrné, že pouze ženy, které v minulosti pracovaly ve zdravotnictví, absolvovaly kurzů a školení týkajících se PP několik a na takové úrovni, kterou považují za užitečnou. Žena (73 let) se přednášek sice účastní, ale před informacemi o tom jak poskytovat PP, upřednostňuje raději doporučení, která se týkají konkrétně jejího vlastního zdraví. Za zmínku

také stojí odpověď ženy (72 let), která v PP vzdělává sama pomocí knihy na podnět dcery. Odpovědi všech mužů se shodují na tom, že buď žádný kurz, nebo školení neabsolvovali, nebo jen v minimálním rozsahu, takže pro ně v současné době nemají žádný význam. Uvedené odpovědi lze shrnout v tvrzení, že větší iniciativu vzdělávat se v PP i ve svém volném čase mají ženy.

- **Otázka č. 4: Je nějaké téma první pomoci, které vás zajímá nebo o kterém byste se rád/a dozvěděl/a více?**



Obrázek 7 Odpovědi na otázku č. 4

Tento graf znázorňuje, že nějaké téma z PP zajímá většinu dotázaných seniorů (7 z 10), současně ukazuje také na to, že kladně odpověděly všechny dotázané ženy. Na základě tohoto grafu je tedy patrné, že o některém z témat PP by se rády dozvědely více především ženy.

Tabulka 4 Odpovědi na otázku č. 4

Žena (63 let) (dříve ošetřovatelka v domově důchodců)	Epileptické záchvaty, cévní mozkové příhody. Chtěla bych se více dozvědět, co se v tu chvíli s člověkem děje.
Žena (68 let) (pracuje jako zdravot. sestra)	Zajímá mne všechno, speciálně pomoc lidem s epilepsií, lidem intoxikovanými drogami, alkoholem a lidem s jinými závislostmi.
Žena (72 let)	Moc se do toho nehrnu. Zajímá mne spíše organizace záchranného systému, protože si myslím, že v ČR funguje velmi dobře.
Žena (74 let)	Křeče, měla jsem křeč v noze a nešlo se jí zbavit.
Žena (73 let)	Ucpávání cév, protože se mě to týká.
Muž (74 let)	Ne. O zdraví se nezajímám.
Muž (66 let)	Celkově bych rád získal větší přehled a znalosti.
Muž (68 let)	Nejvíc asi takové to běžné, když někdo zkolabuje.
Muž (77 let)	Vědomosti, jak zachraňovat bych přenechal mladším.
Muž (78 let)	Ne. Když se něco někomu stane, zavolám někoho, kdo první pomoc umí nebo sanitku.

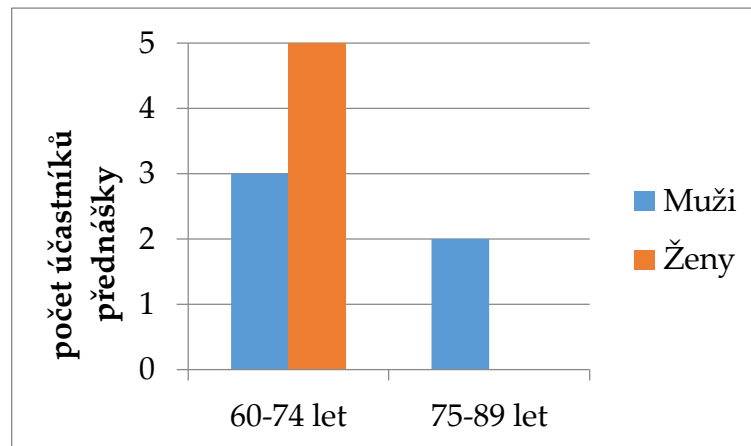
Z odpovědí na tuto otázku obecně vyplývá, že se o oblast zdraví zajímají více ženy, včetně žen, které v minulosti pracovaly ve zdravotnictví, a které si i nadále chtějí v tomto směru udržovat aktuální přehled. Ženy také dokážou přesněji specifikovat konkrétní stavy, které je zajímají. Z tohoto důvodu je pak snadnější při přípravě přednášek, besed a školení vyhovět zájmům seniorů a vzdělávat je v takových tématech, které je zajímají nebo jsou jim blízká. Poukázat bych chtěla na odpověď ženy (74 let), kterou v souvislosti s PP zajímá organizace záchranného systému. Muži jsou v tomto ohledu spíše pasivní, 3 z 5 dotázaných mužů neuvádí důvod a snahu dále se vzdělávat v této oblasti.

5.2 Odborná přednáška pro seniory v Centru denních služeb

Přednáška o první pomoci pro seniory proběhla po domluvě s pracovníci Centra v Centru denních služeb organizace Život 90. Zúčastnilo se jí celkem

6 seniorů (1 muž a 5 žen). Přednáška byla doplněna praktickými ukázkami jednotlivých kroků PP a promítáním prezentace, vytvořené v programu PowerPoint přímo k tomuto účelu. Prezentace obsahovala také obrázky pro lepší znázornění některých postupů.

- **Rozdělení účastníků přednášky dle pohlaví a věku**



Obrázek 8 Rozdělení účastníků přednášky dle pohlaví a věku

V úvodu přednášky jsem se představila, ozřejmila důvod jejího konání, seznámila seniory s jejím obsahem a s pravidly případné diskuze. Během hodinové přednášky se senioři nejprve seznámili s pojmem první pomoci, zejména s tím, jaké jsou její cíle a jaké bariéry lidem nejčastěji brání v jejím poskytnutí. Také jsem jim stručně popsala fungování ZZS. Dále jim byly představeny stavy, které patří mezi nejčastější příčiny úmrtí v Evropě, jako jsou poruchy vědomí, náhlá zástava oběhu, akutní infarkt myokardu a cévní mozková příhoda. Tyto stavy byly vybrány na základě uskutečněných rozhovorů a také proto, že velmi často ohrožují právě osoby ve starším věku. U každého stavu byly uvedeny jeho nejčastější příčiny, typické příznaky a doporučený postup laické PP.

V oblasti fungování ZZS seniory nejvíce zajímalo, kdo může tvořit posádku výjezdové skupiny ZZS, v jakých případech k postiženému vyjíždí pouze

posádka RZP a jakou kvalifikaci musí mít jak posádka RZP a operátoři operačního střediska ZZS. Na otázku jaký je rozdíl mezi linkou 155 a 112 dokázali všichni účastníci správně odpovědět a tuto odlišnost výrazně vnímají. O zkušenost s přivoláním ZZS se podělila pouze jedna účastnice, která tuto zkušenost získala před více než 20 lety a tuto zkušenost popsala jako negativní. Přesto se všichni účastníci shodli na názoru, že systém ZZS v ČR funguje v současné době velmi dobře.

V kategorii poruch vědomí byli účastníci nejdříve dotázáni, jaké možné příčiny mohou způsobit poruchy vědomí. Senioři si uvědomovali rozmanitost těchto příčin a také zmínili možnosti špatné diagnostiky, uvedli např., že porucha vědomí z důvodu hypoglykemie může být zaměněna s intoxikací alkoholem. V tomto případě bylo cílem názorně seniorům ukázat jak postupovat při hodnocení míry poruchy vědomí a vysvětlit jim, jakými riziky jsou pacienti s poruchou vědomí ohroženi.

Na případ, že je bezvědomí doprovázeno bezdeším, senioři reagovali tím, že je nutné zahájit KPR. Ačkoli teoretické základy týkající se KPR znali, všichni se shodli na tom, že provádění kompresí hrudníku by raději přenechali mladším z důvodu fyzické náročnosti tohoto úkonu a z obav, že by komprese nezvládli provádět kvalitně. Senioři projevíli nezájem vyzkoušet si provedení KPR, dávají přednost teoretickým znalostem. V souvislosti s KPR byl zdůrazněn význam nepřerušovaných kompresí hrudníku u náhlé zástavy oběhu kardiálního původu a význam včasné defibrilace.

U akutního infarktu myokardu seniory nejvíce zajímalo, jaké jsou jeho příznaky, jaké jsou charakteristiky bolesti při AIM a kam všude se tato bolest může šířit. Dále jaké jsou rizikové faktory a jaké zdravotní problémy nejčastěji AIM předcházejí, jaký je rozdíl mezi AIM a nestabilní anginou pectoris a jaké léky je vhodné postíženým s podezřením na AIM podat.

Cévní mozková příhoda je stav, u kterého se senioři zmínili, že se jím cítí být nejvíce ohroženi. Proto byla opakovaně zdůrazněna nutnost včasného přivolání ZZS ihned po rozpoznání příznaků. Tyto příznaky byly názorně předvedeny pomocí praktické ukázky i obrázků. Závěrem jsem zmínila, jaké trvalé následky hrozí při časové prodlevě v poskytnutí odborné pomoci.

Na konci přednášky byly zopakovány rizikové faktory, které souvisí s výše uvedenými stavy a jaké jsou možné způsoby prevence. Účastníci obdrželi informační leták se základními informacemi, kdy je vhodné volat ZZS, jaké informace je nutné sdělit operátorovi ZZS. V druhé části letáku jsou uvedeny stavy, kterými se přednáška zabývala, jejich příčiny, projevy a stručný popis postupu PP. Senioři také obdrželi certifikát o absolvování přednášky o PP.

5.2.1 Vyhodnocení přednášky a zpětná vazba

Uskutečněná přednáška nebyla pouze monologem, zahrnovala také otázky směřující k účastníkům. Tyto otázky podporovaly interakci mezi účastníka a přednášejícím a také pomáhaly udržovat pozornost seniorů. Vzhledem k malému počtu účastníků panovala na přednášce spíše neformální atmosféra, a ačkoli se senioři vzájemně neznali, nacházeli společná témata k diskuzím. Senioři byli aktivní, dokázali pohotově reagovat a použít své předchozí znalosti. Rádi také využívali možnosti pokládat dotazy, sdílet své zkušenosti. Vzhledem k velkému množství dotazů a podnětům k diskuzi se přednášky účastnili zejména senioři, kteří se o toto téma PP a zdraví aktivně zajímají.

Z život ohrožujících stavů účastníky nejvíce zajímal AIM a CMP, protože se cítí být těmito stavy ohroženi a také se zajímali o to jak snížit riziko vzniku těchto stavů.

V závěrečné zpětné vazbě senioři projevili zájem o programy, při kterých by byl dostatek prostoru pro diskuzi, a které by se zabývaly následujícími tématy:

- problematické situace při poskytování PP např. poskytování PP osobám intoxikovaným alkoholem a návykovými látkami
- prevence onemocnění srdce a cév
- problematika zneužívání zdravotních služeb
- problematika nedostatku zdravotnických pracovníků
- fyzické změny spojené se stářím

Senioři uvedli doporučení, že více by jim vyhovovalo zkrácení přednášky a to na 45 min., z důvodu lepšího udržení koncentrace. Ocenili také informační leták, který dostali, a ve kterém najdou nejdůležitější informace z přednášky. Jeho prostřednictvím se k těmto informacím mohou kdykoli vrátit.

5.2.2 SWOT analýza

Získané reakce a jejich vzájemné vztahy jsem vyhodnotila pomocí SWOT analýzy. Pro přehlednost jsem při vypracování SWOT analýzy použila tabulku rozdělenou do 4 kvadrantů. Kromě vyjádření silných a slabých stránek slouží k nalezení možných strategií při řešení problémů.

Tabulka 5 SWOT analýza

	POMOCNÉ	ŠKODLIVÉ
VNITŘNÍ	<p>STRENGTHS (silné stránky)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uvědomování si významu PP • Osobní zkušenosti s PP • Zájem o vzdělávání • Senioři mají představu, jaké témata PP je zajímají • Existující kurzy PP pro seniory jsou zdarma 	<p>WEAKNESSES (slabé stránky)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Velký vliv bariér • Nezáměr o praktické dovednosti • Špatné předchozí zkušenosti s kurzy PP • Zažité neaktuální postupy
VNĚJŠÍ	<p>OPPORTUNITIES (příležitosti)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rozšíření nabídky kurzů PP • Zlepšení informovanosti o kurzech PP • Zlepšení informovanosti o PP prostřednictvím médií • Předávání znalostí • Nalezení témat PP a forem výuky PP, která budou atraktivní i pro muže • Příležitost vyjádřit se 	<p>THREATS (hrozby)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Znevýhodnění seniorů, kteří nežijí ve městě • Znevýhodnění seniorů, kteří jsou omezeni, kvůli svému zdravotnímu stavu • Zapomínání předaných informací a získaných dovedností • Vliv médií • Nedůvěra organizací

Silné stránky – Ze zjištěných informací vyplývá, že si senioři uvědomují důležitost znalostí a dovedností PP, dokážou odůvodnit, proč jsou tyto znalosti nezbytné, jaký je jejich význam a nepovažují je za zbytečné. Mnozí senioři mají osobní zkušenosti se situacemi, kdy bylo nutné poskytnout PP, což může ovlivňovat a upevňovat jejich názor, že znalosti a dovednosti v PP jsou důležité.

Kromě výše zmíněného mají také zájem i konkrétní představy o tom, jaká témata z oblasti PP je zajímaví, a o kterých by se rádi dozvěděli více informací. Senioři by měli mít možnost podílet se na přípravě vzdělávacího programu, což může pozitivně ovlivnit náplň vzdělávání seniorů tak, aby byla pro seniory prospěšná, poutavá a vzbuzovala jejich zájem.

Výhodou existujících kurzů PP pro seniory je, že jsou pro účastníky zdarma a nepřináší tak seniorům žádnou finanční zátěž. Kromě zlepšení znalostí a dovedností tyto kurzy nabízí seniorům mnohdy benefity v podobě příručky PP, občerstvení zdarma či získání certifikátu o absolvování kurzu.

Slabé stránky – Senioři si uvědomují velký vliv bariér, které, nejen jim, poskytování PP znesnadňují, zároveň je pro ně obtížné nenechat se jimi negativně ovlivnit. Mezi tyto bariéry patří především stres, bezradnost, strach z ublížení či zhoršení stavu postiženého a obavy ze sankcí v případě nezdaru. Tyto bariéry ovlivňují především seniory s nízkou sebedůvěrou. Senioři dávají přednost teoretickým informacím před nácvikem praktických dovedností, což může být zapříčiněno např. strachem z neúspěchu či strachem z nedostatku fyzických sil, protože některé úkony, jako je nácvik KPR, mohou pro ně být fyzicky náročné.

Příležitosti – Rozšíření nabídky kurzů PP znamená smysluplnou investici. Městské části, městské knihovny, akademie třetího věku, kluby aktivního stáří, centra sociálních služeb a jiné organizace by se neměly obávat navázání spolupráce, investování času, finančních, personálních a materiálních prostředků do rozšíření nabídky možností vzdělávání seniorů v PP a zlepšení informovanosti o nabízených možnostech. Za příležitost považují také možnost vzdělávání zaměstnanců organizací pracujících se seniory v PP, protože získané znalosti aktuálních postupů mohou využít nejen oni sami, ale také je mohou dále předávat svým klientům.

Vzhledem ke skutečnosti, že téma PP zajímá především ženy, považuji za smysluplné tento stav dorovnat nalezením témat PP a forem výuky, která budou atraktivní také pro muže. Možnost vyjádřit, diskutovat a poskytovat zpětnou vazbu je při vzdělávání velice důležitá. Přípomínky seniorů (např. účastníků kurzu, posluchačů rozhlasového vzdělávacího pořadu aj.), mohou být zdrojem zajímavých názorů a přínosných podnětů.

Hrozby – Senioři, kteří bydlí mimo větší města nebo senioři, kteří jsou indisponováni zdravotními omezeními, jsou znevýhodněni menší nabídkou možností vzdělávání. Jsou odkázáni spíše na informace získané z médií (televize, rozhlas, časopisy...) nebo z literatury, oproti seniorům, žijícím ve městech, kde může být nabídka kurzů, školení a besed pestřejší a pravidelnější. Příliš velký vliv médií, jako jsou reklamy, seriály apod., včetně seriálů ze zdravotnického prostředí, mohou vyvolat zkreslené představy o některých postupech nebo např. o fungování ZZS.

Mezi hrozby řadím také nedůvěru některých organizací pracujících se seniory vůči nabídkám realizace vzdělávacích programů. Je potřeba poukázat na jejich smysluplnost, podporovat budování nejlépe pravidelné a dlouhodobé spolupráce.

Ve spojení s fyzickými změnami spojenými se stárnutím, hrozí seniorům zvýšené riziko zapomínání. Proto je vhodné znalosti i dovednosti pravidelně opakovat a nacvičovat.

Výsledky SWOT analýzy – Nalezené silné stránky poukazují na to, že senioři by měli být motivováni a podporováni ke vzdělávání se v PP, zároveň by jim mělo být nabídnuto více možností, jak se vzdělávat a měl by jim být poskytnut prostor pro sdílení názorů.

Za nejdůležitější krok k potlačení slabých stránek považuji odstraňování bariér, zejména bezradnosti a strachu, prostřednictvím vzdělávání, výchovy ke zdravému sebevědomí a nácviku praktických dovedností. Ačkoli jsou teoretické znalosti důležité a jejich příjem může být jednodušší, díky nácviku praktických dovedností se senioři naučí překonávat strach a vystoupit z tzv. komfortní zóny. Tyto dovednosti považuji za klíčové, proto je nutné nacvičovat je k odstranění reálných obav.

5.2.3 Návrh opatření

Pro přípravu dalších vzdělávacích programů pro seniory v oblasti PP bych navrhovala několik doporučení:

- Vzdělání v oblasti PP by mělo být seniorům nabídnuto, ne však vnučováno. Senioři by sami měli mít motivaci vzdělávat se v PP. Tato motivace by měla být podporována.
- Prostřednictvím vzdělávání vést seniory ke zmírnění obav ostatních bariér v poskytování PP (např. by senioři měli vědět, že z neúspěchu při poskytování PP neplynou žádné právní důsledky)
- Je vhodné před přípravou vzdělávacího programu předem seniory vyzvat, aby navrhli, jaká témata je zajímají a co konkrétně by se rádi dozvěděli.
- Při edukačních programech by měli mít senioři možnost vyzkoušet si různé úkony prakticky, neměli by k tomu však být nuceni. Měl být brán ohled na jejich fyzické možnosti.
- Je vhodné připravovat program pro menší skupinu seniorů (max. 10 účastníků). Senioři rádi diskutují, sdílejí své vlastní zkušenosti. V malé skupině má každý více prostoru sdělit svůj názor, účastníci se více poslouchají, vzájemně respektují a méně se ostýchají vznést dotazy.
- Seniory zajímají programy, kde získají odpovědi na otázky a doporučení týkající se jejich vlastního zdraví nebo zdraví jejich blízkých.

- Přednášející, který vzdělávací program pro seniory vede, by měl přizpůsobit výklad tempu seniorů, brát ohled na to, že někteří senioři si rádi vedou své vlastní poznámky.
- Přednášku je vhodné obohatit o zajímavou osobní zkušenost nebo zážitek. Díky tomu je pro seniory poutavější.
- Přednášející by měl být připraven pohotově reagovat na otázky účastníků a dávat doporučení jen v rámci svých kompetencí.
- Instituce, zabývající se vzděláváním seniorů, by měly mít přehled o tom, na koho se v dané lokalitě obrátit, pokud chtějí pro seniory uspořádat vzdělávací program o PP.

Za cílovou skupinu edukace v oblasti PP zvolit seniory, kteří jsou aktivní a kteří samy projevují zájem se vzdělávat. U těchto seniorů je předpokládán větší přínos jejich znalostí a dovedností pro budoucnost a je také pravděpodobnější, že se ocitnou v situaci, kdy je potřeba poskytnout PP, než pasivní senioři, žijící v sociální izolaci.

6 DISKUZE

O možnost realizace praktické části bakalářské práce jsem osobně, telefonicky i prostřednictvím emailu kontaktovala přibližně 15 institucí, které se zabývají prací se seniory. Z oslovených institucí na žádost o umožnění realizace rozhovorů se seniory a vzdělávacího programu o PP, reagovala pouze polovina institucí. Z těchto odpovědí byla nadpoloviční většina záporná, nejčastěji s těmito odůvodněními:

- Senioři v daném zařízení nejsou v příliš dobré duševní kondici, a proto hrozí, že by informace získané v rozhovorech nebyly dostatečně validní pro výzkum.
- Vzdělávací program o PP by mohl být pro seniory příliš náročný nebo by pro ně neměl příliš velký význam.
- Zařízení nemá dostatek sil, prostředků a prostory pro realizaci podobných vzdělávacích programů.

Velmi ochotně a pohotově na moji žádost reagovala vedoucí Centra denních služeb organizace Život 90, paní Mgr. Lucie Rybyšarová, která mi po domluvě umožnila v Centru realizovat obě části výzkumu. Provedení výzkumu mi bylo umožněno s odůvodněním, že v něm vedení Centra vidí smysluplný přínos a uskutečnění odborné přednášky přinese seniorům, kteří Centrum navštěvují, nové užitečné znalosti a dovednosti, na rozdíl od pouhého vyplňování dotazníků, o které často studenti žádají.

Život 90 je nezisková organizace fungující od roku 1990, která nabízí široké spektrum služeb seniorům a vychází z toho, že stáří lze prožít aktivně a hlavně důstojně. Snaží se seniorům věnovat komplexně a postihnout všechny jejich potřeby prostřednictvím Centra denních služeb, do kterého senioři dochází ze svých domovů. Nabízí širokou nabídku činností pro podporu fyzické a psychické kondice seniorů, jako jsou jazykové kurzy, počítačové kurzy,

cvičení, přednášky. Mezi jednotlivými kurzy mají senioři možnost odpočinku v kavárničce nebo na terase. Právě tyto přestávky jsem využila k realizaci rozhovorů, přičemž všichni z oslovených seniorů s rozhovorem souhlasili [42].

Vzhledem k tomu, že se toto Centrum specializuje na pořádání vzdělávacích akcí a ostatních aktivit pro seniory, zaměstnankyně Centra jsou zvyklé na spolupráci s lektory jednotlivých kurzů, přednášejícími odborníky i studenty, kteří zde vykonávají stáž. Na rozdíl od jiných zařízení je Centrum velmi otevřené vůči navazování spolupráce a novým podnětům a nabídkám.

Během svých několika návštěv Centra jsem se setkala s fenoménem, že pořádané kurzy, cvičení, přednášky a jiné aktivity, navštěvují převážně ženy a účast mužů je spíše výjimečná. Toto potvrdila i jedna ze zaměstnankyň, která uvedla, že ženy tvoří přibližně 80 % seniorů navštěvujících Centrum. Domnívá se, že ženy mají větší potřebu udržování sociálních kontaktů a všeobecného přehledu než muži. Toto také potvrzuje reálná účast seniorů na přednášce o PP. Účastnilo se jí 5 žen a pouze 1 muž.

Bc. Romana Bláhová v Diplomové práci s názvem Motivace vzdělávání seniorů, univerzity třetího věku, možnosti a aspekty jejich edukace uvádí, že ve zkoumaném souboru seniorů (142), navštěvujících UV3, je zastoupení mužů 16, 9 % (24) výrazně nižší, než žen 83, 1 % (118). Následně uvádí, že největší skupinu posluchaček (52, 1 %) UV3 tvoří ženy ve věku 60 – 70 let. Mezi muži je také nejvíce zastoupená tato věková kategorie (50 %). Pro rozdělení seniorů do věkových skupin bych ale spíše doporučila použít rozdělení stanovené WHO (viz str. 32) [43].

Ve své práci jsem použila výše uvedené rozdělení stanovené WHO. Mezi účastníky rozhovorů spadali do věkové kategorie 60 – 74 let všechny ženy a 3 z 5 mužů. Na přednášce pak do této kategorie také patřily všechny účastnice (5 z 5 žen). Jediný muž, který se přednášky účastnil, byl starší 75 let.

Bláhová také zjišťovala, jaká edukační témata seniory, studující na UV3, nejvíce zajímají. Téma péče o zdraví, do kterého by mohla spadat i výuka PP zajímá 47 % z dotázaných žen a 33 % z dotázaných mužů. Celkově toto téma zajímá 45 % z dotázaných seniorů [43].

V otázce č. 1 jsem zjišťovala, zda senioři někdy poskytli první pomoc. Předpokládala jsem, že se každý senior v průběhu života dostal do situace, která vyžadovala alespoň minimální poskytnutí PP. Z odpovědí v mnou provedených rozhovorech, ale vyplývá, že takovou zkušenost má pouze 7 z 10 respondentů, ačkoli jsem při pokládání otázky zdůraznila, že se nemuselo jednat o závažný život ohrožující stav, ale např. jen o lehké zranění. Otázkou zůstává, zda senioři, kteří odpověděli záporně, opravdu nikdy PP neposkytli, nebo si jen nedokážou prožitou situaci vybavit a spojit s poskytnutím PP, nebo mají jiný důvod, proč na tuto otázku odpověděli záporně. Příkladem je muž (68 let), který nejprve na mou otázku odpověděl, že nikdy první pomoc neposkytoval. Po několika minutách se ale vrátil s tím, že si vzpomněl, zkušenost s poskytnutím PP má, a chtěl se o ni podělit.

Lenka Bernardová se v bakalářské práci s názvem Schopnost seniorů poskytnout první pomoc ve stavech ohrožující život pokládá seniorům otázku, zda už někdy poskytli PP u závažného stavu. Kladně odpověděla méně než polovina (35,5 %) z celkového počtu 62 respondentů ve věku 60 – 74 let. Ve věkové skupině 75 – 89 let poskytlo PP u závažného stavu 18 % respondentů z 32. Sečteme - li výsledky odpovědí seniorů z obou skupin, dojdeme ke zjištění, že 70 % seniorů neposkytovalo nikdy PP při závažných stavech. Výsledky bohužel neuvádí rozdělení respondentů dle pohlaví, nelze tedy vyčíst, zda mají s poskytováním PP u závažných stavů větší zkušenosti ženy nebo muži. Podrobněji se tato bakalářská práce zabývá schopností seniorů poskytnout PP u AIM a CMP. V případě podezření na AIM uvedlo v rámci PP nutnost přivolání odborné pomoci 34, 7 % respondentů ve věku 60 – 74 let a

48 % respondentů ve věku 75 – 89 let. Tyto údaje poukazují na to, že v rámci edukace seniorů je nutné upozornit na závažnost tohoto stavu a zdůraznit nutnost včasného zajištění odborné pomoci. V případě CMP bylo zjištěno, že senioři obou věkových skupin příznaky CMP znají, zároveň by mohlo hrozit riziko diferenciální diagnostiky, a to záměnou CMP za epilepsii [44].

V otázce č. 3 jsem zjišťovala, zda senioři v minulosti absolvovali nějaký kurz či školení o PP. 6 z 10 dotázaných seniorů odpovědělo kladně. Na odpovědi na tuto otázku má vliv, zda dotázaní v minulosti pracovali ve zdravotnictví či v jiném zaměstnání, které vyžaduje povinné absolvování kurzů PP.

Bc. Lenka Jeřábková v diplomové práci s názvem Úroveň znalostí seniorů o první pomoci uvádí, že kurz PP v rámci zaměstnání absolvovalo jen 29 (20,87 %) z celkového počtu 110 respondentů. Ze zmíněných 29 respondentů 6 pracovalo ve zdravotnictví [46].

V této práci je také poukázáno na to, že 8 (5, 76 %) dotázaných seniorů znalo chybně číslo, na které by volali v případě nutnosti přivolat ZZS. Znalost čísla 155, případně 112 považují pro seniory za nejdůležitější. V tomto směru by bylo vhodné využít k šíření osvěty především média jako je televize, rozhlas a informační letáky, umístěné ve veřejném prostoru. Kromě znalosti těchto čísel je také důležité naučit seniory používat mobilní telefon, vést je k tomu, aby ho nosili u sebe případně jim nabídnout alternativní metody přivolání pomoci, jako jsou nouzové náramky se SOS tlačítkem, pro seniory, kteří neumí nebo nemohou používat mobilní telefon. Pro seniory, kteří se učí pracovat s moderními technologiemi, by mohlo být přínosné naučit se používat mobilní aplikaci Záchranka např. v rámci kurzu PP nebo za pomoci příbuzných [45].

Jeřábková dále zkoumá, zda senioři mají zájem získávat informace o PP. Uvádí, že 104 seniorů (74, 82 %) z celkového počtu 139 respondentů má zájem získávat informace o PP, což považují za kladný výsledek. Vzhledem k věku má

ochotu získávat informace o PP 81, 90 % seniorů z věkové kategorie 60 – 74 let a jen 54, 55 % seniorů z věkové kategorie 75 a více let. Jeřábková prokázala, že věk má vliv na ochotu získávat informace o PP. Vznik tak soulad s výsledky mnohou provedených rozhovorů, kdy ve věkové skupině 60 – 74 let má zájem o získávání informací v oblasti PP 7 z 8 seniorů a ve věkové skupině 75 – 89 let žádný senior. U skupiny, která má zájem se v oblasti PP vzdělávat, bylo zjišťováno, jakou formu získávání informací by preferovali. Více než polovina dotázaných preferuje TV a rozhlas (54, 92 %). Mezi další nejvíce preferované formy patří letáky (19, 67 %) a přednášky (13, 93 %). Vlastnímu studiu z literatury by se věnovala jen minimální část seniorů (4, 92 %). Přesto jsem vedla rozhovor se ženou (72 let), která se studiu PP z literatury věnuje [45].

Získávání informací o PP pomocí rozhlasu a TV je dobrým způsobem především pro seniory, kteří z různých důvodů nemohou navštívit přednášku či školení osobně (např. z důvodu místa bydliště vzdáleného od města, kde se tyto akce konají či kvůli zdravotním indispozicím).

Jeřábková výzkum rozšiřuje o otázku, zda by byli senioři ochotni navštěvovat kurz první pomoci, který by byl zaměřen na praktické zvládnutí PP v místě jejich bydliště. Ze 139 dotázaných odpovědělo kladně 53 seniorů, záporně 50 seniorů. Odpověď nevím zvolilo 36 seniorů. Také bylo prokázáno, že stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání nemá významný vliv na ochotu navštěvovat kurz PP. Vzhledem k věku mají o kurz PP největší mírně větší zájem senioři ve věku 60 – 74 let [45].

Z výsledků, zkoumajících ochotu seniorů navštěvovat kurz první pomoci i z mé zkušenosti z přednášky vyplývá, že senioři dávají přednost získávání teoretických informací. Ačkoli se jen teoretické znalosti nemohou vyrovnat současné znalosti praktických dovedností, je jejich význam velmi důležitý. Senioři díky nim mohou být např. schopni poskytnout užitečnou a

smysluplnou radu lidem, kteří znalosti PP nemají nebo si nejsou s některými postupy jistí.

Ladislav Rabušic tvrdí, že zájem o vzdělávání se ve starším věku závisí na stupni dosaženého vzdělání. Ačkoli můj výzkum tuto problematiku nezkoumal, potvrdilo se toto tvrzení ve výsledcích diplomové práce Bc. Lenky Jeřábkové, z kterých vyplývá, že, že zájem získávat informace je vyšší s vyšším stupněm dosaženého vzdělání. Z respondentů, kteří mají pouze základní vzdělání má zájem získávat informace o PP přibližně polovina (55, 17 %) respondentů. Z respondentů, kteří mají dokončené středoškolské vzdělání, mají zájem o získávání informací o PP téměř všichni (97, 74%) senioři, stejně tak senioři s vysokoškolským vzděláním (94, 44 %) [38, 45].

Diplomová práce Bc. Lenky Jeřábkové se zabývá především vztahy mezi zájmem o získávání informací o PP a věkem respondentů a vztahem mezi zájmem o získávání informací o PP a stupněm dosaženého vzdělání. Nezkoumá však jak tento zájem ovlivňuje pohlaví respondentů. Na základě mnou získaných poznatků, kdy větší zájem o tyto informace projevily ženy, se domnívám, že pohlaví respondentů má významný vliv na zájem vzdělávat se v oblasti PP a zdraví. To, že o PP a zdraví mají větší zájem ženy je dle mého názoru způsobené větší zodpovědností a starostlivostí žen nejen o své zdraví, ale také o zdraví svých blízkých např. dětí a vnoučat [45].

Věnovala jsem se také získání přehledu o současné nabídce kurzů a školení PP pro seniory. Nabídka těchto kurzů existuje jak v Praze, tak v menších městech. Domnívám se ale, že by mohla být výrazně širší a především by o ní měli být senioři lépe a s dostatečným časovým předstihem informováni. Pokud se senior aktivně o tuto problematiku nezajímá, může se stát, že o možnosti navštívit kurz PP nemá povědomí. Tyto kurzy jsou téměř vždy zdarma a

účastníci na nich mohou získat např. certifikát o absolvování či příručku PP. Místo na kurzu je většinou nutné rezervovat předem.

V Praze kurz první pomoci nejen pro seniory pořádala např. městská část Prahy 1, který byl zaměřen na seznámení s obecnými zásadami PP, s KPR dospělého a častými úrazovými i neúrazovými život ohrožujícími stavy seniorů a jejich prevencí. V minulém roce byly kurzy PP pravidelně pořádány komunitním centrem Právě teď! Na Praze 8, jehož posláním byla snaha o změnu vnímání problematiky stáří a stárnutí. Kurzy PP pro seniory pořádala v minulém roce městská část Praha – Libuš v rámci projektu Písníci napříč generacemi, v dřívějších letech také městská část Praha – Suchdol a Sociální odbor Úřadu městské části Prahy 5 [46, 47, 48, 49, 50].

Mimo hlavní město jsou kurzy pořádány např. v Mladé Boleslavi v Komunitním centru Klementinka, ve Vodňanech v Centru sociální pomoci, v Pardubicích v Centru péče o zdraví nebo na Senior akademii v Opavě. Hlavními tématy těchto kurzů jsou nejčastěji zásady bezpečnosti při poskytování PP, KPR s možností praktického nácviku a ukázkou použité AED, náhle vzniklá bolest na hrudi a CMP [51, 52, 53, 54].

Dále jsem se zajímala o existenci příručky první pomoci, určené výhradně seniorům. Existenci takovéto příručky se mi však nepodařilo potvrdit. Základy první pomoci speciálně pro seniory jsou zpracovány pouze v rámci příručky zabývající se požární ochranou, ochranou obyvatelstva a první pomocí pro seniory [55].

Senioři dokážou pohotově reagovat a poskytnout PP, a proto bychom jejich schopnosti neměly podceňovat. To ukazují následující případy. V prvním případě osmašedesátiletý senior, zachránil při povodních tonoucího muže z rozvodněné řeky. V druhém případě klientka Alzheimercentra v Průhonicích poskytla PP jiné pacientce, která během oběda vdechla podávané sousto

a začala se dusit. Klientka, které poskytla pomoc, byla v minulosti lékařkou, a právě díky v minulosti nabitým vědomostem a dovednostem, dokázala zachránit život [56, 57].

7 ZÁVĚR

Tato práce se věnovala významu vědomostí a dovedností seniorů v poskytování první pomoci. Znalosti a dovednosti seniorů v PP považuji za velmi významné proto, že počet obyvatel starších 65 let v ČR neustále stoupá, a tím více se zvyšuje pravděpodobnost, že se svědkem události, kdy je potřeba poskytnout PP stane právě senior.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký mají senioři vztah k PP, a zda mají zájem o rozšiřování a zlepšování svých znalostí a dovedností v této oblasti. Za kladný výsledek považuji fakt, že se všichni dotázaní senioři shodli na důležitosti znalostí a dovedností PP a dokážou tento názor odůvodnit. Také bylo zjištěno, senioři, kteří nepracovali ve zdravotnictví, nemají mnoho zkušeností se vzděláváním se v PP. Z tohoto důvodu bych doporučovala nabídku těchto kurzů v ČR rozšířit, seniory o ní lépe informovat, a motivovat k účasti. Dílčím úkolem bylo realizovat odbornou přednášku pro skupinu seniorů, při které byl brán zřetel na respektování zásad edukace seniorů. Cíl i dílčí úkol bakalářské práce byl splněn.

Poznatky získané z realizovaných rozhovorů i přednášky byly vyhodnoceny a posloužily k navržení opatření, která mohou být v budoucnu užitečná při přípravě vzdělávacích programů o PP pro seniory. Důležité je zaměřit se zejména na odstraňování všech druhů bariér, které lidem brání v poskytování PP a současně respektovat specifika stárnutí a vzdělávání seniorů.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AED – automatizovaný externí defibrilátor

AIM – akutní infarkt myokardu

CMP- cévní mozková příhoda

ČR – Česká republika

DC – dýchací cesty

ERC – European Resuscitation Council

ILCOR - International Liaison Committee on Resuscitation

KPR – kardiopulmonální resuscitace

NR – neodkladná resuscitace

NZO – náhlá zástava oběhu

PP – první pomoc

TIA – tranzitorní ischemická ataka

TPP – technická první pomoc

UV3 – univerzita třetího věku

WHO – World Health Organization

ZZS – zdravotnická záchranná služba

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. LEJSEK, Jan. *První pomoc. 2.*, přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2090-9.
2. MALÁ, Lucie a David PEŘAN. *První pomoc pro všechny situace: v souladu s evropskými doporučeními 2015*. Ilustroval Radek BENDA. Praha: Vyšehrad, 2016. ISBN 978-80-7429-693-2.
3. PETRŽELA, Michal. *První pomoc pro každého. 2.*, doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5556-4.
4. BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc. 2.* přepracované vydání. Praha: Grada, 2004. 75 s. ISBN 80-247-0680-6.
5. BYDŽOVSKÝ, J. *Předlékařská první pomoc. 1.* vyd. Praha: Grada, 2011. 117 s. ISBN 978-80-247-2334-1
6. HASÍK, Juljo. *Nebojte se první pomoci: užitečný a moderní průvodce pro každého* [online]. Brno: Maags, 2003, s. 56 [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: http://www.kralovice.cz/assets/File.ashx?id_org=7264&id_dokumenty=146262
7. Trestní zákoník: Zákon č. 40/2009 Sb. In: *40/2009 Sb.*. 2009, 11/2009. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>
8. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*, mimořádné vydání. Praha: MEDIPRAX CB s.r.o, 2015, 18. ISSN 1212-1924
9. POKORNÝ, Jiří. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-214-5.
10. BERNATOVÁ, Eva. Příručka první pomoci pro celou rodinu. Ilustroval Jakub POŽÁR. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3396-1.
11. ZEMAN, Miroslav. *První pomoc. 2.*, dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 1998. 143 s. ISBN 80-85824-46-9
12. FRANĚK, Ondřej; SOUKUPOVÁ, Petra; DOBIÁŠ, Viliam. *První pomoc nejsou žádné čáry, ale dokáže zázraky*. 2015. ISBN 978-80-254-5911-9.

13. CITOVÁ, Irena a Stanislav CITA. *Příručka první pomoci*. 3. vydání. Bratislava: Perfekt, 2007, 288 s. ISBN 978-80-8046-359-5.
14. FRANĚK, Ondřej a Pavla TRČKOVÁ. *Příručka první pomoci*. Tábor: Mimoni, 2012. ISBN 978-80-260-2672-3.
15. KELNAROVÁ, Jarmila; SEDLÁČKOVÁ, Jana; TROUFALOVÁ, Jana a ČÍŽKOVÁ, Zuzana. *První pomoc II: Pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 184 s. ISBN 978-80-247-2183-5
16. FERENC, Jiří. *První pomoc: pro zdravotníky zotavovacích akcí*. Skautské záchranné středisko, 2012. Vydáno jako skriptum pro kurz Zdravotníka zotavovacích akcí.
17. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
18. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
19. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
20. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015, 232 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.
21. Gruberová, B.: *Gerontologie*. Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, 1998. ISBN 80-7040-364-0.
22. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. České ošetřovatelství, 10. ISBN 80-7013-363-5.
23. Senioři: Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v letech 2000 a 2017. In: *Český statistický úřad: Senioři* [online]. [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

24. Český statistický úřad: *Pohyb obyvatelstva - 1. pololetí 2018* [online]. 2018 [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cris/pohyb-obyvatelstva-1-pololeti-2018>
25. ŠERÁK, Michal. *Zájemové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6.
26. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5
27. KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační proky při práci se seniory*. 2., přeprac. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2017. Sestra. ISBN 978-80-271-0102-3.
28. BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE 2. DÍL: Pro obor ošetřovatel*. Praha: Grada, 2016, 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
29. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
30. VETEŠKA, Jaroslav, VACÍNOVÁ, Tereza et. al., 2011. *Aktuální otázky vzdělávání dospělých: Andragogika na prahu 21. století*. Praha: Univerzita J. A. Komenského. ISBN 978-80-7452-012-9
31. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
32. TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-9506-0.
33. PALÁN, Zdeněk. *Výkladový slovník lidské zdroje: výchova, vzdělávání, péče, řízení*. Praha: Academia, 2002. ISBN 80-200-0950-7.
34. PALÁN, Zdeněk. *Základy andragogiky*. Praha: Vysoká škola J.A. Komenského, 2003. ISBN 80-86723-03-8.
35. PETŘKOVÁ, Anna a Rozália ČORNANIČOVÁ. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0879-1.

36. JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
37. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační proky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. Sestra. ISBN 978-80-247-2169-9.
38. RABUŠIC, Ladislav. *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity: Vzdělávání dospělých v předseniorském a seniorském věku*. Brno, 2006, 99 s. Dostupné také z: <https://www.phil.muni.cz/journals/index.php/studia-paedagogica/article/viewFile/428/584>
39. ONDRÁKOVÁ, Jana. *Vzdělávání seniorů a jeho specifika*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2012. ISBN 978-80-7465-038-3.
40. RABUŠICOVÁ, Milada a Ladislav RABUŠIC, ed. *Učíme se po celý život?: o vzdělávání dospělých v České republice*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4779-2.
41. BOČKOVÁ, Věra. *Celoživotní vzdělávání - výzva nebo povinnost?* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 29 s. ISBN 80-244-0155-X.
42. *Život 90: Centrum aktivního stáří* [online]. [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <https://www.zivot90.cz/cs/komunita/centrum-aktivniho-stari> BLÁHOVÁ, Romana. *Motivace vzdělávání seniorů, univerzity třetího věku, možnosti a aspekty jejich edukace*. Olomouc, 2012, 80 s. Dostupné také z: https://theses.cz/id/0tksfb/DP_Blahov.pdf. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
43. BLÁHOVÁ, Romana. *Motivace vzdělávání seniorů, univerzity třetího věku, možnosti a aspekty jejich edukace*. Olomouc, 2012, 80 s. Dostupné také z: https://theses.cz/id/0tksfb/DP_Blahov.pdf. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

44. BERNARDOVÁ, Lenka. *Schopnost seniorů poskytnou první pomoc ve stavech ohrožující život*. Praha, 2014, 105 s. Dostupné také z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/111526/?lang=cs>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Mgr. Iva Eislerová.
45. JEŘÁBKOVÁ, Lenka. *Úroveň znalostí seniorů o první pomoci*. Brno, 2009, 110 s. Dostupné také z: https://is.muni.cz/th/j7yzi/diplomova_prace.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Dana Krethova.
46. *Praha 1: Kurz první pomoci* [online]. 3. 10. 2017 [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <https://www.praha1.cz/kurz-prvni-pomoci-2>
47. *Komunitní Centrum Právě Ted': Jednodenní kurz první pomoci pro seniory* [online]. 2018 [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <https://kc-praveted.cz/kurz-prvni-pomoci>
48. *Městská část Praha-Libuš: Kurzy první pomoci* [online]. 2018 [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <https://www.praha-libus.cz/akce/8743-kurzy-prvni-pomoci>
49. *Městská část Praha 17 Řepy: Pozvánka na kurz první pomoci pro seniory* [online]. 2012 [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <https://www.repy.cz/kultura/pozvanka-na-kurz-prvni-pomoci-pro-seniory>
50. *Parlamentní listy: Radnice Prahy 5 naučí seniory první pomoc* [online]. 31. 03. 2011 [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <https://www.parlamentnilisty.cz/politika/obce-volicum/Radnice-Prahy-5-nauci-seniory-prvni-pomoc-192950>
51. CHAROUSKOVÁ, Šárka. *Mladá Boleslav: Kurz první pomoci pro seniory začíná už 1. října* [online]. 27. 9. 2018 [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <http://www.mb-net.cz/kurz-prvni-pomoci-pro-seniory-zacina-uz-1-rijna/d-60900>

52. *Centrum sociální pomoci Vodňany: Seminář První pomoc* [online]. 9. 6. 2018 [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <https://www.cspvodnany.cz/csp/projekty/naseho-zdravi-si-vazime>
53. *Pardubice: První pomoc pro seniory* [online]. 2018 [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: www.ipardubice.cz/900_519248_prvni-pomoc-pro-seniory
54. GERYKOVÁ, Katka. *Polar: Senior akademie – lekce první pomoci* [online]. 3. dubna 2018 [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <https://polar.cz/zpravy/opavsko/opava/11000012287/senior-akademie--lekce-prvni-pomoci>
55. *Příručka pro seniory: požární ochrana a senioři, ochrana obyvatelstva, první pomoc*. Česká asociace hasičských důstojníků, 2016, 57 s. Dostupné také z: http://mestodobris.cz/assets/File.ashx?id_org=2796&id_dokumenty=472865
56. NEDVĚD, Jaroslav. *Idnes: Senior zachránil muže z rozvodněné řeky, dostal ocenění za statečnost* [online]. 16. dubna 2014 [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/plzen/zpravy/oceneni-hejtman-hrdinove-zachrana-zivota.A140416_085535_plzen-zpravy_pp
57. ZÁVODSKÁ, Dominika. *Praha- západ: Bývalá lékařka trpící Alzheimerem zachránila lidský život* [online]. 25. 8. 2015 [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <http://praha-zapad.regiony24.cz/11-219082-byvala-lekarka-trpici-alzheimerem-zachranila-lidsky-zivot>

10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Zotavovací poloha	24
Obrázek 2 Zastoupení populace	33
Obrázek 3 Rozdělení respondentů podle pohlaví a věku	51
Obrázek 4 Odpovědi na otázku č. 1	52
Obrázek 5 Odpovědi na otázku č. 2	54
Obrázek 6 Odpovědi na otázku č. 3	56
Obrázek 7 Odpovědi na otázku č. 4	58
Obrázek 8 Rozdělení účastníků přednášky dle pohlaví a věku.....	60

11 SEZNAMU POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 Odpovědi na otázku č. 1	53
Tabulka 2 Odpovědi na otázku č. 2	55
Tabulka 3 Odpovědi na otázku č. 3	57
Tabulka 4 Odpovědi na otázku č. 4	59
Tabulka 5 SWOT analýza	64

12 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Informační leták	88
Příloha 2 Prezentace.....	89

Příloha 1 Informační leták

[vlastní zdroj]

<p>155 - ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA</p> <p>Bezplatné volání na tísňovou linku ZZS na číslo 155, volejte v případech bezprostředního ohrožení života či bezprostředně hrozcí vážné újmy na zdraví. Jde zejména o následující příznaky a situace:</p> <ul style="list-style-type: none">• poruchy vědomí nebo bezvědomí• duševní, dušnost a zjevné poruchy dýchání• křeče nebo nově se vyskytující ochrnutí jedné nebo více částí těla• bolesti nebo tlak na hrudi, vysoký krevní tlak s doprovodnými příznaky jako tlak na hrudi, dušnost nebo točení hlavy• vážná zranění, silná krvácení a velké rány, cizí těleso obzvláště v partiích jako je trup, břicho nebo stehna• všechny situace, kdy jsou dle vás ohrožené základní životní funkce, jako je dýchání a oběhový systém• zavalený, zasypaný pacient• tonuti• rozsáhlejší popálení, poleptání• silná alergická reakce• dopravní nehody se zraněním• pády z výšek• všechny zvláštní situace, u nichž nelze vyloučit akutní ohrožení životních funkcí• změny chování a jednání ohrožující postíženého nebo jeho okolí <p>Přitelefonoú na linku 155 sdělte následující informace:</p> <ul style="list-style-type: none">• Věcně a stručně oznamte, co se stalo.• Sdělte co nej přesnější adresu nebo místo, kde se postížený nachází. (Uveďte město nebo obec, ulici, číslo domu, patro, označení domovního zvonku. Při dopravních nehodách a jiných událostech mimo obydlí nebo oblast je nutné místo co nejvíce upřesnit – můžete využít číslo silnice, směr na sousední obec, nápadný orientační bod v okolí atd.)• Kolik je na místě postížených?• Jaký je zdravotní stav postíženého? Prosíme, sdělte, co na postíženém vidíte - zda je při vědomí, zda normálně dýchá, jestli krvácí atd.• Jméno a alespoň přibližný věk postíženého, pokud jej znáte.• Kdo volá? <p>Nemějte obavy, že na něco zapomenete, zkušený operátor se Vás vždy na vše potřebné vyzptá.</p>	<p>NÁHLÁ ZÁSTAVA OBĚHU</p> <p>Příčiny: selhání srdce (infarkt myokardu, střední anrytmie), dušení, úraz el. proudem</p> <p>Příznaky: bezvědomí (ne reaguje na oslovení a zatřesení), bezdeší nebo nenormální dýchání (lapavé dechy) bledá chladná kůže</p> <p>Postup PP:</p> <ul style="list-style-type: none">• Postíženého hlasitě oslovte, zatřeste mu rameny.• Otočte ho na záda, zprůchodněte mu dýchací cesty záklonem hlavy.• Zkontrolujte, zda normálně dýchá – sledujte pohyby hrudníku.• Pokud nedýchá, volejte linku 155.• Zahajte resuscitaci - stlačujte hrudník frekvencí 100 krát/ min. do hloubky 5 cm.• Použijte AED, nepřestávejte kvůli tomu masírovat.• Pokud se postížený nebrání, nepřerušujte srdeční masáž do příjezdu ZZS. <p>AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU</p> <p>Příčiny: uzavěr srdeční tepny krevní sraženinou</p> <p>Příznaky: neustupující svíravá, pálivá bolest na hrudi, která se může šířit do levé horní končetiny, krku nebo zad, dušnost, slabost, úzkost, pocení, může být přítomna porucha vědomí</p> <p>Postup PP:</p> <ul style="list-style-type: none">• Postíženého uklidněte a zabraňte mu v jakékoli fyzické aktivitě.• Postíženého posadte.• Volejte linku 155.• Pokud má postížený předepsané léky pro takovéto případy, podejte je.• Pokud upadne do bezvědomí a přestane dýchat, zahajte resuscitaci. <p>CĚVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA</p> <p>Příčiny: nedokrvení části mozku způsobené ucpáním mozkové tepny nebo krvácení způsobené prasknutím cévy v mozku</p> <p>Příznaky: ztráta mímiky (spadlý koutek), porucha řeči (porucha vyslovování/neschopnost mluvit), porucha citlivosti a hybnosti končetin, potíže s vyplazením jazyka, bolest hlavy, závrať.</p> <p>Příznaky se mohou vyskytovat izolovaně, častěji se objevuje více příznaků najednou</p> <p>Postup PP:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ihned zavolejte linku 155 – nejdůležitější je včasné zahájení léčby.• Postíženého posadte a uklidněte, nepodávejte žádné tekutiny.• Zkontrolujte životní funkce, pokud upadne do bezvědomí a přestane dýchat, zahajte resuscitaci.• V žádném případě nečekejte, až příznaky samy odezní.
---	--

PRVNÍ POMOC

Markéta Milotová, studentka 4. ročníku oboru
zdravotnický záchranář

První pomoc

- ❖ Soubor opatření, která vedou tomu, aby:
 - Zachránily život
 - Zabránily zhoršení stavu postiženého
- ❖ Dělení první pomoci:
 - Technická PP
 - Zdravotnická laická PP
 - Zdravotnická odborná PP

První pomoc

- ❖ 155- Zdravotnická záchranná služba
- ❖ Zásady poskytování první pomoci
- ❖ Bariéry v poskytování první pomoci
- ❖ Povinnost poskytnout první pomoc



Poruchy vědomí

- ❖ Vědomí je souhrn funkcí umožňujících přijímat podněty z vnějšího prostředí, vyhodnocovat je a reagovat na ně
- ❖ Různé příčiny: nedostatek kyslíku, dušení, úraz hlavy, intoxikace, hypoglykemie, srdeční arytmie
- ❖ Vždy stejný postup:
 - Oslovení
 - Zatřesení
 - Dle reakce rozhodneme o dalším postupu



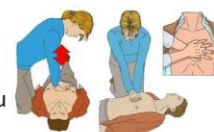
Kardiopulmonální resuscitace

- ❖ Zahajujeme u osob, které jsou v bezvědomí a nedýchají nebo dýchají nenormálně
- ❖ Soubor postupů, sloužících k obnově oběhu okysličené krve
- ❖ Postup:
 - Hlasité oslovení, zatřesení
 - Zprůchodnění dýchacích cest záklonem hlavy
 - Kontrola dýchání (max. 10 s.)



Kardiopulmonální resuscitace

- ❖ Pokud nedýchá nebo dýchá nenormálně, volejte na **linku 155**
- ❖ Zahajte resuscitaci
- ❖ Stlačujte hrudník
 - 100 – 120 krát za minutu
 - Do hloubky 5 cm
- ❖ Masáž nepřerušujte do příjezdu záchranné služby



JE TO VE VAŠICH RUKÁCH...

1 PRÍVOLEJTE POMOC



Po vzniku srdeční zástavy člověk zkolabuje, nereaguje, ale může se občas lapavě nadechnout

2 STLAČUJTE HRUDNÍK



> 100 / min
> 5 cm

Pokud se postižený nebrání, nepřerušujte srdeční masáž do příjezdu záchranné služby

WWW.RESUSCITACE.CZ

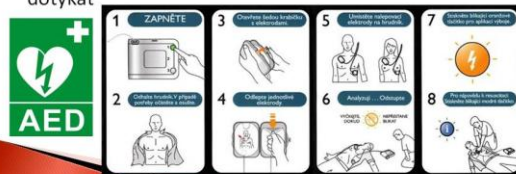
... NIC NEZKAZÍTE

Ceská resuscitační rada
Czech Resuscitation Council

ZACHRAŇTE ŽIVOT

Automatizovaný externí defibrilátor

- ❖ Defibrilace napomůže obnovení srdeční činnosti
- ❖ Automatizovaný externí defibrilátor = AED
- ❖ Vizuální a hlasové pokyny
- ❖ Před podáním výboje se pacienta nesmí nikdo dotýkat



Akutní infarkt myokardu

- ❖ Příčiny:
 - uzávěr srdeční tepny krevní sraženinou
- ❖ Příznaky:
 - Neustupující svíravá, pálivá, tlaková bolest za hrudní kostí
 - Bolest se může šířit do levé horní končetiny, krku nebo zad
 - Dušnost
 - Slabost, úzkost, pocení
 - Může být přítomna porucha vědomí



Akutní infarkt myokardu

- ❖ Cíl první pomoci:
 - Snížit srdeční náhamu a zajistit zdravotnickou pomoc
- ❖ Postup:
 - Postiženého zklidněte, zabraňte mu ve fyzické aktivitě
 - Poloha v polosedě
 - Volejte linku 155
 - Můžete podat léky, které má pro tyto situace předepsané
 - Kontrolujte životní funkce
 - Pokud dojde k zástavě dechu a srdeční činnosti, zahajte resuscitaci

Cévní mozková příhoda

- ❖ Příčiny:
 - Nedokrvení části mozku způsobené ucpaním mozkové tepny krevní sraženinou
 - Krvácení způsobené prasknutím cévy v mozku
- ❖ Příznaky:
 - Ztráta mimiky
 - Porucha citlivosti a hybnosti končetin
 - Porucha vnímání
 - Porucha řeči
 - Bolest hlavy, závratě



Cévní mozková příhoda

- ❖ Cíl první pomoci:
 - Zajistit co nejdříve zdravotnickou pomoc
- ❖ **V žádném případě nečekejte, až příznaky samy odezní**
- ❖ Postup:
 - Postiženého uklidněte
 - Posadte
 - Volejte linku 155
 - Nepodávejte žádné tekutiny
 - Kontrolujte základní životní funkce
 - Pokud dojde k zástavě dechu a srdeční činnosti, zahajte resuscitaci

Děkuji za pozornost 😊