

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**RIGORÓZNÍ PRÁCE**

**Kompetence v oblasti první pomoci u pracovníků v sociálních  
službách působících v pobytových službách pro seniory**

Obor: Pedagogika – sociální práce

**Mgr. Jakub Jestřáb, MBA**

Olomouc 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma „*Kompetence v oblasti první pomoci u pracovníků v sociálních službách působících v pobytových službách pro seniory*“ vypracoval samostatně a s použitím uvedené literatury a odborných zdrojů.

V Českých Budějovicích dne 21. října 2021

.....

Mgr. Jakub Jestřáb, MBA

<b>Úvod</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Současný stav</b> .....	<b>6</b>
1.1 Pracovníci v sociálních službách.....	6
1.1.1 Získávání odborné způsobilosti.....	9
1.1.2 Další povinné vzdělávání.....	14
1.2 Sociální služby.....	16
1.2.1 <i>Domov se zvláštním režimem</i> .....	19
1.3 Stáří a jeho vliv na zdravotní stav.....	21
1.4 Nouzové a havarijní situace.....	26
1.5 Prostředí a podmínky pro poskytování sociální služby.....	29
1.5.1 <i>Materiálně technické zajištění pro poskytnutí první pomoci</i> .....	31
1.6 První pomoc – teoretické základy.....	34
1.6.1 <i>Legislativní ukotvení a neposkytnutí první pomoci</i> .....	37
1.6.2 <i>Výuka první pomoci</i> .....	39
1.7 První pomoc – praktická komparace.....	47
1.7.1 <i>Zajištění bezpečnosti zachránce a zraněného</i> .....	47
1.7.2 <i>Zhodnocení stavu</i> .....	50
1.7.3 <i>Přivolání odborní pomoci</i> .....	52
1.7.4 <i>Zástava oběhu</i> .....	57
1.7.5 <i>Ošetření ran a zástava krvácení</i> .....	63
1.7.6 <i>Uzávěra dýchacích cest cizím tělesem</i> .....	68
1.7.7 <i>Náhle vzniklá bolest na hrudi</i> .....	70
1.7.9 <i>Pád</i> .....	74
<b>2 Cíl práce a výzkumné otázky</b> .....	<b>78</b>
<b>3 Metodologie</b> .....	<b>79</b>
3.1 Metody a techniky sběru dat.....	79
3.2 Výzkumná soubor.....	81
3.3 Časový harmonogram.....	82
3.4 Předvýzkum.....	83
3.5 Etické aspekty výzkumu.....	83
3.6 Zpracování výsledků.....	84
<b>2 Výsledky a jejich interpretace</b> .....	<b>85</b>
2.2 Kvantitativní část výzkumu.....	85
2.2.1 <i>Popis výzkumného souboru</i> .....	85
2.2.2 <i>Dotazníkové šetření</i> .....	89

5.2	Kvalitativní část výzkumu – odborné kazuistiky.....	102
<b>5</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>112</b>
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>122</b>
	<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>124</b>
	<b>Seznam tabulek.....</b>	<b>167</b>
	<b>Seznam grafů .....</b>	<b>168</b>
	<b>Seznam obrázku.....</b>	<b>169</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>170</b>

## Úvod

*„S dospělostí zjistíte, že máte dvě ruce.  
Jednu, abyste pomáhali sobě, druhou abyste pomohli světu.“*

Audrey Hepburn

V České republice se stejně jako ve zbytku světa prodlužuje průměrná délka dožití. Toto prodlužování není ovšem vždy pozitivním. S věkem přibývá také tzv. fyziologických změn, které působí na kondici nebo kvalitu života a senioři jsou tak častěji závislí na péči druhé osoby.

Péči lze zajistit neformálně v domácím prostředí od členů rodiny či komunity. Zmíněný směr deinstitucionalizace odborníci preferují a vlády vítají, neboť nabízí výrazné úspory ve výdajích. Samotná péče je však velmi náročná a pro mnohé rodiny, potažmo osamělé seniory z nejrůznějších důvodů neuskutečnitelná.

Většina seniorů tedy nakonec využívá tzv. pobytové sociální služby. Nejžádanější z těchto služeb je tzv. domov se zvláštním režimem, který poskytuje specifický přístup zaměřený na osoby s chronickým duševním onemocněním, závislostí na návykových látkách a se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí.

Přímou péči v zařízení poskytují pracovníci v sociálních službách, kteří se na pozice kvalifikují nejčastěji tzv. akreditovaným kvalifikačním kurzem. Tento kurz by jim měl poskytnout základní vhled do oblasti sociálních služeb a péče o druhou osobu.

Samotné kvalifikační kurzy však mají rozdílnou kvalitu výuky, liší se tedy i osvojené výstupní kompetence. Jednou z oblastí, kde jsou tyto rozdíly znatelné až hmatatelné je první pomoc.

Zdravotnického personálu je všeobecně nedostatek a mnohá zařízení tak stěží pokrývají denní služby. Noční zajištění klientů/uživatelů tak leží na bedrech právě pracovníků v sociálních službách, kteří musí stavy zhodnotit, přivolat případně zdravotnickou záchrannou službu a první pomoc poskytnout.

# 1 Současný stav

## 1.1 Pracovníci v sociálních službách

Bednář et al. (2013) uvádí, že zaměstnanci představují nejcennější výrobní faktor sociálních služeb, neboť kvalita a bezpečnost poskytované péče se přímo odvíjí od kvality jejich zaměstnanců.

Vážnost na požadavek kvalifikovanosti pracovníků uvádí základní normy stanovené a vymáhané státem za pomoci tzv. standardů kvality (Bednář, 2014). Malík-Holasová (2010) toto doplňuje konstatováním, že standardem kvality rozumíme ucelený soubor měřitelných kritérií. Tento soubor kritérií má zaručit dodržení minimálních nároků, které mají vést k permanentnímu zvyšování kvality, přičemž otázkou personální ve smyslu vstupních nároků na zaměstnance se zabývá standard č. 9, tj. Personální a organizační zajištění služby (Holczerová a Dvořáčková, 2013).

Standard č. 9 je tvořen 4 kritérii, z nichž je kritérium a), tj. *“Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v § 115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována”* označeno, jako tzv. zásadní (Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v aktuálním znění).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění stanovuje v §115 okruh pracovníků, kteří mají předpoklady k výkonu činností v sociálních službách, přičemž jmenuje sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, zdravotní pracovníky, pedagogické pracovníky či manželské a rodinné poradce a další odborné pracovníky, kteří přímo poskytují sociální služby.

§116 následně stanovuje, jaké prerekvizity je nutné splnit, aby jedinec mohl vykonávat profesi pracovníka v sociálních službách. Jmenovitě se jedná o svéprávnost jedince, bezúhonnost, zdravotní a odbornou způsobilost (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění).

Trestní bezúhonnost je deklarována výpisem z rejstříku trestů, který je předkládán v rámci procesu přijetí do pracovního poměru (Hrozenská, 2013). Zákon považuje za bezúhonného pro účely výkonu profese pracovníka v sociálních službách všechny, kteří nebyli odsouzeni pro úmyslný trestný čin ani pro trestný čin spáchaný z nedbalosti v souvislosti s vykonáváním činnosti při poskytování sociální služby (Vinařová, 2015).

Zdravotní způsobilost je posuzována poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatelem pracovnělékařských služeb (Arnoldová, 2016). Tato prohlídka si klade za cíl ověřit, zda zdravotní stav posuzovaného jedince nevyklučuje výkon daného povolání (Vlk a Franc, 2018).

Pro účely této práce se zaměřuji na odbornou způsobilost, která je získávána v souladu s §116 odst. 5, písm. a), zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění, tj. “absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu”. Tato způsobilost je vyžadována pro tzv. přímou obslužnou péči, spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb (Horecký et al., 2021).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění uvádí, že odborná způsobilost nemusí být vyžadována u osob, které ji doplní do 18 měsíců od jejich nástupu na danou pozici, přičemž do jejího získání pracují pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách.

Pandemie COVID-19 zastavila mimo jiné i vzdělávání v kvalifikačních kurzech, přičemž Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky poprvé od uzákonění legislativních norem umožnilo výjimečně překročit maximální zákonnou 18-ti měsíční lhůtu pro zaměstnávání osob bez patřičné kvalifikaci na pozici pracovníka v sociálních službách (viz Stanovisko Ministerstva práce a sociálních věcí k podmínce absolvování kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách v době nouzového stavu, 2020).

Bendl (2016) dále připomíná, že krom požadavků stanovených státem je třeba dbát při výběru pracovníků na osobnostní předpoklady, které jsou žádoucími a kvality péče bezesporu též ovlivní. Osobnostní předpoklady, kterými jedince disponuje též rozhodují o jeho ochotě poskytnout první pomoci (Whittaker et al., 2015).

Pomáhající profese jsou tak charakteristické hloubkou hodnot, které na ně společnost klade (Mura, 2015). Hovoříme nejčastěji o snaze vcítit se do druhých, vřelosti, ochotně pomoci bez očekávání zisku či přístupu bez předsudků a moralizování (Kalina, 2015).

Tyto hodnoty se snaží profesní organizace ukotvovat v etických kodexech, které vycházejí ze zkušeností, hodnot, postojů a principů (Urban, 2018). V České republice je nejčastěji vycházeno z Etického kodexu sociálních pracovníků (2006), přičemž mnohdy dochází též k zapracování Mezinárodního etického kodexu sociální práce (2004).

Matoušek et al. (2013) dále uvádí následující předpoklady a dovednosti pro pracovníka v sociálních službách:

1. zdatnost a inteligence (kondice umožňující povolání řádně vykonávat; permanentní prohlubování znalostí),
2. přitažlivost (adekvátnost v odívání a úpravě, která je zároveň vzorem pro klienta),
3. důvěryhodnost (čestnost; diskrétnost; mlčenlivost; spolehlivost; nezneužívání moci),
4. komunikační dovednosti (naslouchání; porozumění; sladění verbální a neverbální komunikace).

Krom žádoucích osobnostních předpokladů a chování je důležité též sledovat jevy a rysy nežádoucí (Hayesová, 2013). U nežádoucích osobnostních předpokladů poukazuje Kopřiva (2013) zejména na moc v sociální práci a Špirudová (2015) na zaujímání postojů.

U moci Kopřiva (2013) rozlišuje moc institucionální, kterou rozumíme pravomoc danou právní úpravou, přičemž mocí druhou je neformální dominance nad klientem a situací ve které se nachází. Emmerich (2016) doplňuje, že samotná moc je základní kamenem, který rozhoduje o tom, zda klient v přijímání péče rozhoduje svobodně svou vůlí. Janebová (2014) dále uvádí, že moc je nedílnou součástí sociální práce, avšak hranice mezi mocí a pomocí je velmi tenká. Matoušek (2013) proto doporučuje rozlišovat jevy mocenské a praktiky direktivní.

Pro pracovníky v sociálních službách a u osob poskytující první pomoc je stěžejní ukotvení postojů, tedy způsob reakce na osoby či situace, které předurčují naše jednání, chápání, myšlení a cítění (Nakonečný, 2020). Drapela (2020) zdůrazňuje, že tyto postoje je nutné hodnotit z více úhlů - kognitivní, behaviorální a emotivní úroveň.



Kognitivní úroveň představuje podle Fontany (2017) sociální posuzování, tzn. celý percepční proces (kategorizování, selekce a inference), jeho výsledkem je určitý postoj, který jedinec zaujme.

Behaviorální úroveň postojů poukazuje na propojení prožitku daného okamžiku a přemýšlením nad jejími důsledky, tzn. rozhodnutí se pro jednání v daném okamžiku (Říčan, 2013).

V úrovni emotivní je u postojů zastoupena, jak složka kognitivní, tak složka behaviorální (Hoeksema-Nole et al., 2012), zjednodušeně lze tvrdit, že emoce ovlivňují posuzování a určují tak sílu postojů.

### 1.1.1 Získávání odborné způsobilosti

#### Kvalifikační kurz

Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách je v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí (viz Působnost MPSV, 2021). Kurz pracovníka v sociálních službách je řazen, mezi tzv. rekvalifikace. Rekvalifikací je rozuměno § 108, odst. 1 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti v aktuálním znění: *”...získání nové kvalifikace a zvýšení, rozšíření nebo prohloubení dosavadní kvalifikace, včetně jejího udržování nebo obnovování.”*

Z analýzy stávající situace v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách v ČR (2019) vyplývá, že 71,7 % pracovníků získalo kvalifikaci právě na kvalifikačních kurzech (viz graf č. 1).

#### **Graf č. 1 - Způsoby získávání kvalifikace pro výkon práce PSS**



*Zdroj: Analýza stávající situace v oblasti vzdělávání prac. v soc. službách v ČR (2019)*

Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách je upraven vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákon o sociálních službách v aktuálním znění. Kurz je členěn na obecnou a zvláštní část, přičemž celková hodinová dotace výuky musí tvořit minimálně 150 hodin z nichž 80 hodin musí být výuky praktické (§ 37 vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákon o sociálních službách v aktuálním znění).

Většina kurzů akreditovaných Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky se pohybuje na minimální možné hranici hodin, přičemž jen minimum kvalifikačních kurzů přesahovalo hodin 200 (Analýza stávající situace v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách v ČR, 2019).

Obecnou částí dle vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákon o sociálních službách v aktuálním znění rozumíme následující tematické okruhy:

1. úvod do problematiky kvality v sociálních službách, standardy kvality sociálních služeb,
2. základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, asertivita, metody alternativní komunikace,
3. úvod do psychologie, psychopatologie, somatologie,
4. základy ochrany zdraví,
5. etika výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách, lidská práva a důstojnost,
6. základy prevence vzniku závislosti osob na sociální službě,
7. sociálně právní minimum,
8. metody sociální práce.

Zvláštní část kvalifikačního kurzu pak tvoří tematické okruhy:

1. základy péče o nemocné, základy hygieny, úvod do problematiky psychosociálních aspektů chronických infekčních onemocnění,
2. aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky, základy pedagogiky volného času,
3. prevence týrání a zneužívání osob, kterým jsou poskytovány sociální služby,
4. základy výuky péče o domácnost,
5. odborná praxe,
6. krizová intervence,
7. úvod do problematiky zdravotního postižení,

8. zvládání jednání osoby, které je poskytována sociální služba, jestliže toto jednání ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob, včetně pravidel šetrné sebeobrany.

Dle Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (Akreditace - žádosti a průvodce, 2020), jakožto regulačního orgánu, lze za kvalifikační kurz považovat pouze obecný kurz, který přinese účastníkům kompetence napříč sociální sférou a není tedy zaměřen na určitou specializaci (př. cílovou skupinu atp.).

O kvalifikačních kurzech a jejich akreditaci rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, které za tímto účelem zřizuje poradní orgán (tj. akreditační komisi) (§ 117, písm. b) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění).

Pro administraci a elektronizaci samotného procesu akreditací za účelem koncepčního, efektivního a dlouhodobě udržitelného procesu agendy byl vytvořen portál “AKRIS” (Podpora kvality v celoživotním a kvalifikačním vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách, 2018).

Aby mohla být žádost přijata k hodnocení (viz Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád v aktuálním znění), zda ji bude akreditace udělena, je třeba aby došlo k jejímu vyplnění v rámci AKRIS, přičemž nesmí dojít k opomenutí povinných příloh, mezi které se řadí doklad o zaplacení správního poplatku, čestné prohlášení o ochranné známce a komerčních účelech a doložení “vygenerovaného potvrzení (AKRIS, 1.20.1, 2020).

Samotná žádost o akreditaci vzdělávacího programu obsahuje identifikaci žadatele, identifikaci vzdělávacího programu, profil absolventa, profil programu, závěrečnou zkoušku, hodnocení kurzu a lektorský tým (AKRIS, 1.20.1, 2020).

S přihlédnutím k povaze rigorózní práce zaměřím specifikaci na nároky kladné:

1. profil programu - představuje chronologický učební plán s uvedením hodinové dotace (denně maximálně 8 vyučovacíh hodin po 45 minutách), detailním obsahem jednotlivých modulů, vč. jejich materiálně technického zabezpečení a plánovanými výukovými metodami, přičemž u kvalifikačních kurzů musí být uvedeno též zabezpečení praxe,
2. ověřování získaných znalostí - vzhledem k hodinové dotaci kvalifikačního kurzu není ukončení možné bez měřitelného ověření znalostí a dovedností, které je

možné provádět testem, ústní či praktickou zkouškou či vypracováním zadaného úkolu, základním předpokladem pro připuštění k závěrečné zkoušce je naplnění účasti osobní přítomnosti,

3. lektorský tým - lektori musí splňovat vytvoření a vyplnění vlastního profilu v AKRIS v němž bude pro řádné posouzení uvedeno jejich dosažené vzdělání, praxe v daném oboru a zkušenost s lektorskou činností (s lektorem mohou působit při výuce též tzv. peer lektori” za splnění předem stanovených podmínek) (AKRIS, 1.20.1, 2020).

K žádosti jsou dále pro posouzení přikládány alespoň v minimálním rozsahu studijní materiál, příklady vlastních pracovních listů a seznam odborné literatury (AKRIS, 1.20.1, 2020).

Udělená akreditace je platná po dobu 4 let, přičemž je nepřevoditelná a nepřechází ani na právního nástupce (§ 117, písm. c) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění).

V roce 2020 později výše specifikované ministerstvo mimořádně přistoupilo k vydání stanoviska, které specifikuje realizaci akreditovaných programů distanční formou (Aktualizace 20.10.2020, 2020). Na základě této aktualizace bylo tedy možné konat všechny kurzy akreditované programy (tj. i kvalifikačních kurzů) podle § 117, písm. a) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění distanční formou on-line za předem stanovených podmínek.

I přes všechny snahy Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky však z dostupných analýz vyplývá obecná nepřipravenost absolventů kvalifikačních kurzů na reálný provoz sociálních služeb, kde mimo jiné označují vedoucí pracovníci jako žádná témata k řešení i výuku první pomoci (Analýza stávající situace v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách v ČR, 2019).

Zajímavé srovnání proto nabízí přehled délky a rozsahu kvalifikačního vzdělávání pro kvalifikace srovnatelné s pracovníkem v sociálních službách (viz Tabulka č. 1).

**Tabulka č. 1 - Srovnání kvalifikačního vzdělávání**

	Rakousko		Německo		Slovensko	ČR
	Pomocník v domácnosti	Odborný sociální pečovatel	Sociální asistent	Pomocný pečovatel o staré lidi	Opatrovatel	Pracovník v sociálních službách
<b>Délka vzdělávání</b>	min. 14 týdnů	2 roky	1-3 roky	1-2 roky	kurz 220 hodin nebo střední vzděl.	kurz 150 hodin nebo střední vzděl.
<b>Teorie</b>	200 hodin	1200 hodin	denní studium	700 hodin	220 hodin	110 hodin
<b>Praxe</b>	200 hodin	1200 hodin	asi 20 týdnů	900 hodin		40 hodin

*Zdroj: Komparativní studie vzdělávání pracovníků v sociálních službách v Rakousku, v Německu, na Slovensku a v České republice (2019)*

#### Modul “Základy ochrany zdraví” v obecné části

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákon o sociálních službách v aktuálním znění neobsahuje explicitně zahrnutí tematiky první pomoci v obecné ani zvláštní části kvalifikačního kurzu.

Touto absencí se naše legislativa zcela vymyká legislativě a nárokům, které kladou na obdobné kvalifikace například v Rakousku nebo Německu (Analýza stávající situace v oblasti vzdělávání prac. v soc. službách v ČR, 2019).

I přesto, že první pomoc není ve výše specifikované vyhlášce uvedena taxativně, tak v rámci akreditací je vyžadována minimálně v modulu “Základy ochrany zdraví”, kde ji mají mnohé vzdělávací instituce také včleněnou (viz JABOK, 2017 nebo PORTUS PRAHA, 2017 či DTO CZ, 2021 a mnohé další).

Detailní postup či požadavky týkající se výhradně první pomoci v kvalifikačním kurzu pro pracovníky v sociálních službách nejsou známy, neboť věcné hodnocení a finální posudek vypracuje hodnotitel Akreditační komise MPSV společně s doporučením pro kolektivní rozhodování o doporučení či nedoporučení udělení akreditace vzdělávacímu programu, nikoliv jejímu obsahu atp. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění a Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád v aktuálním znění).

Dle aktuálně používaných norem ve výuce první pomoci by školení první pomoci nemělo podstoupit čtyřhodinovou hranici, která se zaměřuje ve velice omezené na tzv. život zachraňující úkony (tj. resuscitace, bezvědomí a masivní krvácení) (viz ČČK kurzy PP - normy znalostí první pomoci, 2021). Toto školení ovšem ani zdaleka nereflktuje možné stavy, se kterými se pracovníci v sociálních službách při své práci vzhledem k cílovým skupinám a rizikovosti pracoviště mohou setkat (viz Matoušek et al., 2013 či Hrozenská a Dvořáčková, 2013 a další).

Někdy je mylně v akreditovaných programech uvedeno zavádějící označení “Základy první pomoci”, tento název je však vyhrazen výuku pro držitelé certifikátu Evropské komise pro první pomoc (EFAC) a jeho minimální hodinová dotace je tvořena 12 hodinami (ČČK kurzy PP - normy znalostí první pomoci, 2021).

### **1.1.2 Další povinné vzdělávání**

Krom kvalifikačního vzdělávání pamatuje §116 odst. 9, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění též na další povinné vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách v rozsahu: „...*nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým se obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci*“.

Toto vzdělávání by optimálně mělo vycházet z tzv. vzdělávacích potřeb, které mají sloužit, jako řešení pocíťovaného deficitu informací, vědomostí dovedností či znalostí (Průcha a Veteška, 2014). Bartoňková (2010) dále poukazuje, že většinou další vzdělávání vychází z požadavků zaměstnavatele, který řeší disproporci mezi znalostmi, dovednostmi, přístupem a porozuměním ve vztahu k dané pracovní pozici.

Barták a Demjanenko (2021) v tomto připomínají, že vzdělávací potřeby mohou být objektivní, které vycházejí z jasné deficitu vůči práci a subjektivní, jež pocíťuje daný zaměstnanec.

Pro účely této práce je důležité zdůraznit, že Analýza stávající situace v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách v ČR z roku 2019 jasně poukazuje na vyžadované téma první pomoci, které tedy nastiňuje nedostatečnou přípravu kvalifikovaných pracovníků v sociálních službách v dané oblasti.

Tyto trendy ve vyžadování specifických znalostí vznikají dle Geoff (2013) propojením třech oblastí sledovanými manažery:

- a) strategické (celopodnikové) dokumenty – poslání, mise, vize, cíle služby atp.,
- b) pracovní pozice – rozmístění sil, pracovní náplň atp.,
- c) pracovník – dosažené vzdělání, hodnocení výkonu, kvalita odvedené práce atp.

Podobně na věc nahlíží také Kašlíková et al., která již v roce 2008 doplnila k zákonu ve své publikaci základní body, ze kterých by měl program vycházet:

- „*analýza potřeb okruhu osob, kterým je služba poskytována,*
- *informovanost o nových metodách práce, či poznatcích v oboru,*
- *analýza potřeb sociální služeb a povinností, které jí ukládá zákon,*
- *kompetence, jejichž naplnění poskytovatel požaduje pro určitou pracovní pozici,*
- *analýza potřeb zaměstnanců“* (Kašlíková et al., 2008, s. 14).

Tento program následně lze naplnit v souladu s §111 odst. 3, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění:

- a) účasti v kurzech s akreditovaným programem,
- b) odbornou stáží,
- c) účasti na školicích akcích,
- d) účasti na konferencích.

Vzdělávací kurzy s akreditovaným programem podléhají obdobně, jako kvalifikační kurzy akreditačnímu procesu v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, přičemž základní rozdíl a předkládané žádosti spočívá dle délky programu v typu programu, vstupních podmínkách a minimálními kritérii pro vydání osvědčení (AKRIS, 1.20.1, 2020).

K 15.08.2021 v AKRIS figurovalo 117 vzdělávacích programů, které ve svém názvu obsahovaly spojení „první pomoc“ a stav jejich akreditace byl „platná“ (Akreditované vzdělávací programy, 2021). Délka kurzů odpovídá 8-hodinovým (tj. jednodenním) kurzům, na které lze navázat dalšími rozšiřujícími kurzy až v rozsahu 16 hodin, přičemž obsahová analýza veřejných anotací přináší data, ze kterých lze konstatovat, že svou náplní odpovídají základním požadavkům, které jsou klady na kurzy kvalifikační v dané oblasti (Akreditované vzdělávací programy, 2021 a vlastní výzkum).

## 1.2 Sociální služby

Sociální služby jsou v České republice upraveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění. Na zákon dále přímo navazuje vyhláška č. 505/2006 Sb., již se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v aktuálním znění.

Výše zmíněné legislativní opatření reagují na změny, kterými společnost po roce 1989 prošla, přičemž usilují o řešení sociálních rizik, která přímo i nepřímo ovlivňují chod země (Keller, 2011).

Mátela (2019) konstatuje, že sociální služby nabízejí lidem pomoc a podporu v nepříznivých sociálních situacích. Dle Matouška se jedná o pomocnou ruku společnosti, která reaguje na nejrůznější znevýhodnění v lidském životě.

Viereckl et al. (2016) uvádí, že sociální služby můžeme v souladu s aktuální legislativou členit dle druhů na poradenství (základní a odborné) a služby sociální péče a služby sociální prevence.

Každá sociální služba je povinna poskytovat tzv. základní poradenství, které je založeno zejména na poskytnutí základní informací (Votava, 2019). Takto poskytnuté informace mají vést k řešení dané situace, upevnění žádoucího vzorce chování a nasměrování ke specializované pomoci (Kraus, 2014).

Naproti tomu odborným sociálním poradenstvím dle Tomeše (2014) rozumíme péči poskytovanou předem jasně vymezené cílové skupině odborníky na danou problematiku.

Služby sociální prevence se zaměřují zejména na předcházení sociálnímu vyloučení či změnu životních návyků a způsobů, které vedou ke konfliktu s většinovou společností (Urban, 2018).

Posledním druhem, který je zároveň stěžejní oblastí mé práce jsou služby sociální péče, neboť tento druh je nejvíce zastoupeným druhem v České republice (Horecký a Průša, 2019). Dudová (2015) charakterizuje služby sociální péče, jako prostředek, jež napomáhá zachovávat a zajistit fyzickou i psychickou soběstačnost.

Mezi služby druhu sociální péče řadíme v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění řadíme služby následující:

- *“osobní asistence,*



- *pečovatelská služba,*
- *tísňová péče,*
- *průvodcovské a předčitatelské služby,*
- *podpora samostatného bydlení,*
- *odlehčovací služby,*
- *centra denních služeb,*
- *denní stacionáře,*
- *týdenní stacionáře,*
- *domovy pro osoby se zdravotním postižením,*
- *domovy pro seniory,*
- *domovy se zvláštním režimem,*
- *chráněné bydlení”.*

Sociální služby mohou být poskytovány ve formě pobytové při níž uživatel pobývá v místě poskytování, ambulantní, při níž za službou dochází či dojíždí do místa jejího poskytování nebo terénní u které pracovníci vyrážejí do přirozeného prostředí klienta (Bendl, 2016).

I přes toto značné zastoupení služeb sociální péče však není systém schopen zcela uspokojit současnou poptávku, která vychází z nutnosti zajistit péči o nesoběstačné seniory v rezidenčním prostředí (Čermák et al., 2017).

Probstová (2014) u této poptávky však dodává, že je zcela v rozporu s moderními trendy humanistického přístupu, který apeluje na snahu maximalizace procesu deinstitucionalizace v sociálních službách. S tím souhlasí i Lukasová a Hradilová et al. (2014), které se shodují, že Česká republika vybočuje z tohoto trendu a pomyslně tak odsouvá služby ambulantní a terénní na druhou kolej.

Dragomirecká (2021) připomíná, že i přes tento směr ušel náš systém sociální péče velký kus cesty, a to jak v rozvoji, modernizaci nebo ochrany práv klientů, avšak i přesto na trhu zůstává velký tlak soukromých subjektů, které z pobytových služeb získávají nemalé příjmy.

Proto, aby mohly být služby v české republice legálně poskytované, musí projít tzv. registrací, která spočívá ve splnění zákonem stanovených podmínek (Bednář, 2014). Registrujícím orgánem je v tomto případě krajský úřad, který posuzuje podmínky týkající se žadatel (tj. písemná žádost, zakladatelské dokumenty atd.) a služby (tj. odborná

způsobilost, bezúhonnost, materiálně-technické podmínky atd.) (Doporučený postup MPSV č. 4/2016, 2016). Přesné podmínky stanovuje §79 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění.

Matoušek (2013) dále připomíná, že s poskytováním služeb a jejich registrace úzce souvisí tzv. standardy kvality sociálních služeb. Bednář (2015) k tomuto doplňuje, že cesta ke standardům byla dlouhá a složitá, avšak konečně verze, která byla několikrát revidována nachází své vzory v zahraničí, zejména pak ve Velké Británii.

Přijaté standardy ovlivnily pohled společnosti k sociálním službám v oblasti:

- 2 hodnocení obecné kvality - identifikace a uspokojování zájmů klienta systematizací,
- 3 příkladů dobré praxe - odzkoušené a účinné postupy a metody,
- 4 společenského a politického zadání - ochrana práv, integrace jedinců, prevence sociální exkluze atp. (Bednář, 2014).

Zavedené standardy tak zajistily, že současná legislativa odpovídá sociální politice a principům stanovených Evropským sociálním modelem (Tomeš, 2014).

Standardy jsou členěny na:

a) procedurální:

- standard č. 1: Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb,
- standard č. 2: Ochrana práv osob,
- standard č. 3: Jednání se zájemcem o službu
- standard č. 4: Smlouva o poskytování sociální služby,
- standard č. 5: Individuální plánování průběhu sociální služby,
- standard č. 6: Dokumentace o poskytování sociální služby
- standard č. 7: Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb,
- standard č. 8: Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje,

b) personální:

- standard č. 9: Personální a organizační zajištění sociální služby,
- standard č. 10: Profesní rozvoj zaměstnanců,

c) provozní:

- standard č. 11: Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby,
- standard č. 12: Informovanost o poskytované sociální službě,
- standard č. 13: Prostředí a podmínky,

- standard č. 14: Nouzové a havarijní situace,
- standard č. 15: Zvyšování kvality sociální služby (Bednář, 2012).

### **1.2.1 Domov se zvláštním režimem**

Sociální službu domov se zvláštním režimem řadíme do služeb sociální péče, přičemž služby poskytuje ve formě pobytové. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění v §50 stanovuje, že v domově se zvláštním režimem: „*se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby*“.

Dle Matouška (2016) usilují domovy se zvláštním režimem o uchování maximální míry soběstačnosti s cílem zapojení jedince do běžného života. Služby v zařízení přijímají nejčastěji klienty ve věku +65 let, avšak setkat se můžeme též s klienty mladšími, jež mají specifické diagnózy (Matoušek, 2013). Malík-Holasová (2011) konstatuje, že taková zařízení nejčastěji cílí své snažení k osobám se syndromem demence. Mladší klienti pak přicházejí nejčastěji s duševním onemocněním či závislostí na návykových látkách (Chodounská, 2017).

Toto vše dotvrzuje i Holmerová et al. (2014), která spatřuje rozdíl mezi domov pro seniory a domovem se zvláštním režimem pouze ve specifických cílových skupinách a s tím souvisejícími opatřeními (př. Omezení pohybu po domově atp.).

V domově se zvláštním režimem jsou klientům poskytovány následující základní činnosti:

- a) „*poskytnutí ubytování,*
- b) *poskytnutí stravy,*
- c) *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- d) *pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- e) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- f) *sociálně terapeutické činnosti,*
- g) *aktivizační činnosti,*
- h) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (viz §50 Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění).

Poslední Statistická roček Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (2019) uvádí, že v dané roce bylo v České republice 349 služeb, které dohromady nabízely 20 904 lůžek. Ke konci roku 2019 byla daná služba poskytována 19 833 klientům z nichž 4 973 bylo trvale upoutáno na lůžko a 8 490 bylo mobilních pouze za pomoci druhé osoby nebo technických pomůcek (Statistická roček Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, 2019).

Statistická ročenka Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (2019) dále uvádí, že celkem služby poskytovalo 349 zřizovatelů, z nichž je jednalo o 125 krajských, 74 obecních, 23 církevních a 127 ostatních, avšak i přes poměrně rozsáhlou síť těchto zařízení nebylo uspokojeno 26 145 způsobilých žádostí o sociální službu.

Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v případě domova se zvláštním režimem činní v souladu s §16 Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v aktuálním znění:

- a) 210 Kč denně celkem za poskytnutí ubytování, včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování,
- b) 170 Kč denně za celodenní stravu či 75 Kč za oběd.

S domovy se zvláštním režimem se mnohdy pojí tzv. pracovní zátěž, tedy pracovní nároky, které jsou kladeny na zaměstnance a způsob, vč. úspěšnosti řešení, jakými pracovník pracuješ (Mikuláščík, 2015).

Pracovní zátěž lze dělit na objektivní a subjektivní (Pešek a Praško, 2016). Blažková (2017) dodává, že domovy se zvláštním režimem jsou plné zátěžových situací, které se krom agresivity klientů pojí kupříkladu s úrazy (vč. nutnosti poskytnutí první pomoci) nebo ztráty vědomí a akutního zhoršení stavu klienta, který může vést až k úmrtí. Punová (2018) navíc dodává, že v České republice jsou podobné situace až „chronické“ a z pohledu pracovníků v sociálních službách velmi závažné.

Nedostatečná průprava v případě první pomoc tak může vést obdobně, jako nedostatečná sociální opora v okolí pracovníka v sociálních službách či omezené podmínky pro poskytování péče k velké fluktuaci (viz Pitfield, Shahriyarmolki a Livingston, 2011 nebo Edvardsson, Sandman a Borell, 2014).

### 1.3 Stáří a jeho vliv na zdravotní stav

Říčan (2014) uvádí, že stáří je poslední vývojovou etapou lidského života, kterou je třeba vnímat, jako důsledek geneticky podmíněných involučních procesů. Dle Hátlové (2010) je nutné rozlišovat stáří primární, tedy fyziologický stav a stáří sekundární, které ovlivňuje fyziologický stav, avšak jeho příčiny nesouvisí bezprostředně s věkem, nýbrž se zdravotním stavem, životním prostředím či stylem.

Pro účely mé práce se zaměřím na stárnutí patologické. Toto stárnutí definuje Čvelea (2014), jako proces charakteristický polymorbiditou a významnými chronickými zdravotními problémy. Štulc et al. (2020) dokonce uvádí, že chronický charakter onemocnění se objevuje v 75 % u osob do 75 let, přičemž u osob nad 85 let je přítomen u všech.

Pro uchopení komplexnosti dané problematiky je nezbytné provázat změny fyziologické s těmi patologickými, avšak i přes snahu bezpočtu autorů tento výčet není kompletním, neboť seniorská populace je výrazně heterogenní, díky životním cestám každého jedince (Kabelka, 2021).

Biologické (někdy označováno tělesné) stáří zahrnuje atrofie, pokles funkčních zdatnosti, změny regulační a adaptačních procesů (Čvelea, 2014). Thorová (2015) u změn v tělesné stavbě zdůrazňuje: křehkost kostí, sarkopenii, slábnutí reflexů, zhoršenou motoriku, omezení kloubní hybnosti, snížení množství vody v organismu, útlum funkcí hormonálního systému, zhoršené vylučování a ochabování hlasivek.

Biologické změny v sobě zahrnují již zmíněné involuční změny ve smyslovém vnímání, které jsou přítomny téměř u 90 % jedinců nad 60 let (Štulc et al., 2020). Zrakové vnímání je dle Synka et al. (2014) zasaženo nejčastěji kataraktou, glaukomem, degenerací maculy, presbyopií a později zhoršeným periferním viděním. U sluchového vnímání jsou dle Dršaty et al. (2015) rozšířené poruchy převodní a nejčastěji se setkáme s presbyakuzií, tinnitem či ušní šelestí. Chut' bývá omezen ve schopnosti rozlišovat ostrost, intenzitu či jemnost chutě (Hátlová, 2010). Čich je omezen zejména u chronicky nemocných osob, kdy u více než 50 % z nich dojde až ke ztrátě, kdy necítí zápach vlastní moči (Klevetová, 2017).

Psychické stárnutí se dá dle Jiráka et al. (2013) nejlépe pozorovat na proměnách kognitivních funkcí, přičemž uvádí změny pozornosti (koncentrace, rozdělování, přesouvání), neopomíjí paměť (krátkodobou, specifika dlouhodobé i prospektivní), inteligenci či tvořivost

a komunikační dovednosti. Schilder et al. (2014) dále v psychických změna připomíná změny emočního prožívání (zejména proměny emocionality v období stáří či sebepojetí a hodnocení seniorů.

Dle Řičana (2014) jsme mnohdy svědky změny osobnosti, kdy negativní vlastnosti vystupují a více u seniorů vnímáme negativní rysy. Thórová (2015) však připomíná, že na druhou stranu může mít stáří i vzestupnou tendenci a to tehdy, pokud nedochází ke změnám ve slovní zásobě a jazykových znalostech či soudnosti a intelektu.

Psychická kondice a zdraví úzce souvisí též s adaptací, která je u seniorů relativně častá při změnách zdravotního stavu či životních podmínek (Štěpánková et al., 2015). Dle Kolaříkové (2019) se kvalita života seniorů odvíjí následně od toho, jakou konstrukci strategie pro adaptaci zvolí, tj. konstruktivní, závislosti, obrannou hostility či nenávisti.

Sociální změny dle Ondrušové et al. (2020) zahrnují primárně integraci seniorů do sociálních sítí, jeho postoj k okolí či ochotu participovat na aktivitách. Mojžíšová et al. (2019) zde doplňuje, jako stěžejní Pacovského teorii aktivity a stažení.

Integrace do sociálních sítí je dle Čevely (2014) založeno na mnohých faktorech z nichž lze jmenovat manželství a vlivy na něj působící (odchod do důchodu, prožívání intimity a sexuality, uspokojování psychických potřeb, zhoršení zdravotního stavu jednoho z partnerů atp.). Thórová (2015) dále nastiňuje vztahy k dospělým dětem a vnukům či mezigenerační soužití, pokud však tuto síť senioři nemají je nutné se zaměřit na osamělost (ovdovění, ústavní péče atp.).

Sociální změny se týkají také změn v hierarchii potřeb seniorů, přičemž častěji se dostává do popředí potřeba citové jistoty, bezpečí, lásky, seberealizace užitečnosti pro druhé, autonomie, zachování důstojnosti a smysluplnosti života či spirituality (Ondrušová et al., 2020).

Giddens et al. (2013) rozšiřuje sociální změny o změny sociologické, připomíná krom vlivu sociálních sítí také charakter bydlení, vzdělanost, životní a kulturní úroveň prostředí, ekonomické zabezpečení nebo cíle jež si senioři stanovují.

Mühlpachr (2019) změny ve stáří vysvětluje vybranými teoriemi stárnutí, respektive předkládá několik všeobecně přijatých teorií vysvětlujících proces stárnutí:

1. evoluční teorie – řízen mechanismem genů a vnějšího prostředí,

2. teorie rychlosti života – délka života se odvíjí od rychlosti s jakou organismus vydává energii,
3. Lipofuscinová teorie – hromadění specifického pigmentu v závislosti na intenzitě oxidačních pochodů v buňkách jedince,
4. Hayflickův limit – teorie založená na omezeném množství buněčných cyklů,
5. teorie volných radikálů – pokles enzymů způsobí rozklad volných radikálů vedoucí k degenerativním změnám.

Gurková (2017) toto vše shrnuje a popisuje rizikové osoby v populaci seniorů, kteří dle ní mají omezené schopnosti se účinně adaptovat na změny, které se stářím přirozeně přicházejí.

Podle WHO mezi takové řadíme osoby:

1. starší 80 let,
2. žijící osaměle,
3. v dlouhodobé ústavní péči,
4. se závažným onemocněním,
5. jejichž partner je vážně nemocný,
6. se špatným sociálním zabezpečením (viz Zavázalová et al., 2001).

Specifické jsou také rizikové situace, které jsou charakteristické pro populaci seniorů (Ondrušová et al., 2020). Řadíme zde nejčastěji ztrátu blízkého člověka, institucionalizaci, návrat z ústavní péče do domácího prostředí nebo odchod do starobního důchodu (Gurková, 2017).

Problematikou ztráty životního partnera či poslední blízké osoby (sourozenci atp.) se zabývá Kampe (2019), kteří tuto ztrátu přirovnává k nejtěžší životní zkoušce, jež při nesprávné reakci vede ke ztrátě struktury dne, pocitům opuštěnosti či bezvýznamnosti a nezřídka tak dochází i k depresivitě, somatizaci nebo pocitu opuštěnosti.

Zängl (2015) dále popisuje umístění do zdravotnického či sociálního zařízení, které s sebou přináší mnohá rizika (adaptační krize, sociální izolace, ztráta intimity a autonomie atp.), tato rizika však přicházejí při dlouhodobém pobytu, neboť u krátkodobé hospitalizace senioři na danou situaci nahlíží, jako na přechodné řešení, které není konečným.

Krom dlouhodobého umístění do zdravotnického či sociálního zařízení je značným rizikem také propouštění z těchto zařízení, jak popisuje Bausch-Walther (2018) s odkazem na nezajištění propuštění a navazující geriatrický hospitalismus.

Významnou rizikovou situací v životě seniorů je také odchod do důchodu, který Dvořáčková (2013) popisuje, jako milník spojený s rizikem ztráty profesní prestiže, nedostatkem financí, strachu z neužitečnosti nebo vyhocení problémů mezi manželi.

Pro uvedení do kontextu práce je neopomenutelným tématem zdravotní problematika seniorů. Právě zdravotní problematiku, tj. nemoci a úrazy s nimi spojené jsou nejčastější příčinou omezení soběstačnosti ve stáří (Ondrušová et al., 2020).

Štulc et al. (2020) uvádí, že mezi typicky chronické nemoci stáří řadíme:

1. onemocnění srdce a cév (ischemická choroba srdeční, hypertenze, arytmie, cévní mozkové příhody a nemoci žil),
2. nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, artróza a bolesti zad),
3. onemocnění metabolická a endokrinní (diabete mellitus II. Typu, poruchy štítné žlázy).

Nejčastějšími akutními stavy jsou:

1. nemoci horných cest dýchacích (záněty a virózy),
2. úrazy,
3. akutní onemocnění oběhové a trávicí soustavy (Pitřha, 2017).

Ondrušová et al. (2020) dále dodává, že úrazy u seniorů jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí, která následuje za onemocněním srdce a cév a onemocněními onkologickými.

Malíková (2020) k těmto oběma výše uvedeným stavům konstatuje, že stáří s sebou přináší také charakteristické zvláštnosti stonání, jakými je polymorbidita, sklon ke chronicitě, atypický průběh nemocí, polypragmatie nebo psychické obtíže.

Nejen při péči o seniory nebo poskytování první pomoci je tedy důležité dbát na základní znalost tzv. geriatrických syndromů (Málek et al., 2019). Mojžíšová et al. (2019) uvádí, že dnes známe celou řadu geriatrických syndromů, přičemž dodnes nachází své uplatnění zejména první známá definice, která je označována jako „velký geriatrický syndrom“.



Právě geriatrický syndrom přecházející v geriatrickou křehkost má za následek ohrožení nesoběstačností, pády a úrazy, poruchy vnitřního prostředí nebo celkové zhoršení zdravotní stavu, který po opakujících se hospitalizacích a trvalé institucionalizaci končí smrtí (Ondrušová et al., 2020). I tyto specifiky pak mění postupy první pomoci či způsob její výuky a zaměření (Kelnarová et al., 2013).

Stejně, jako k ošetrovatelské péči, není možné v první pomoci postupovat u pacientů s geriatrickým syndromem univerzálním způsobem (Burda et al., 2016). Samotné intervence tak musí být postupné a uvážlivé, aby nevedly k dalšímu sekundárnímu poškození (Kalvach, 2019).

Příbyl (2015) dodává, že právě geriatrický syndrom přináší složitost do poskytované péče sám o sobě, avšak Čeledová et al. (2016) uvádí, že sám geriatrický syndrom může být mnohdy účelný vodítkem v diagnostice akutního poškození zdraví.

Charakteristickým jevem, který doprovází nejen diagnostiku stavu, ale i poskytování péče je dle Pokorné (2013) deficit objemu tekutin. Jaké důsledek lze krom hospitalizace jmenovat bolesti hlavy, zmatenost, zácpu nebo poruchy funkce vylučovacího a srdečně-cévního systému (Pokorná, 2013).

Obdobně charakteristickým jevem ve starším věku je omezená pohyblivost a syndrom imobility (Klevetová, 2017). Miertová (2019) k omezené pohyblivosti připomíná zvýšené riziko pádů a jejich nežádoucí účinky.

Jedním ze stěžejních příznaků využívaných při vyhodnocování stavu postiženého při první pomoci je též bolest, která však u seniorů může být výrazně zkreslená (Opavský, 2011). Toto zkreslení přikládá Pokorná (2013) hlavně kostně-svalovým fyziologickým změnám či poškození kloubům a zánětlivým procesům pohybového aparátu.

Výraznou komplikací při posuzování stavu a následném poskytování první pomoci může sehrát též narušená verbální komunikace (Kalvach et al., 2011).

Suchý et al. (2011) navazuje též doporučením pro řešení stavů, při kterých se stav odvíjí od geriatrické farmakoterapie. O tomto vlivu pojednává bezpočet studií, které popisuje kupříkladu Hegyl (2015).

## 1.4 Nouzové a havarijní situace

Stát si plně uvědomuje možnost nouzových a havarijních situací, které mohou v sociálních službách nastat, i proto se jim přímo věnuje jeden z povinných standardů, které musí poskytovatel řádně zpracovat (Vyhláška č. č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v aktuálním znění).

Samotný standard neslouží k řízení kvality, nýbrž, jako měřítko pro hodnocení plnění principů a pravidel (Horecký et al., 2019). Přesné znění kritérií uvádím v tabulce č. 2.

**Tabulka č. 2 – Obsah standardu kvality Nouzové a havarijní situace**

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení;
b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít;
c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.

*Zdroj: Vyhláška č. č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v aktuálním znění*

Veškrnová et al. (2013) zdůrazňuje důležitost tohoto standardu, neboť s tímto jediným standardem se prokazatelně seznamují nejen zaměstnanci služby, ale též její klienti, kteří se případně účastní též relevantních nácviků.

Gilarová (2018) popisuje specifiku kritéria a), jako uvědomění si možnosti příchodu nepředvídatelných a složitých situací, pro které je nezbytně nutné definovat tyto základní reálné události, vč. postupu pro jejich řešení. Zároveň je podstatné zmínit, že situace mohou vzniknout, jak na straně klienta, tak personálu či technických zařízení nebo přírodních katastrof, ovšem bez ohledu na příčinu vzniku je třeba dbát na pravidlo, že nejprve dochází k záchraně lidských životů, až pak se případně zaměřujeme na majetek (Gilarová, 2018).

Tyto standardy kvality, vč. zahrnutí již uskutečněných mimořádných a havarijních situací kontroluje také inspekce kvality sociálních služeb, neboť dle Zákona č. 108/2006 Sb.,

o sociálních službách v aktuálním znění shromažďuje při kontrole poklady a ukládá je do spisu (Aktualizace pravidel pro výkon inspekci a metodických postupů inspektorů k 21.2.2014, 2014).

Na kritérium a) bezprostředně navazuje kritérium b), které poukazuje na nutnost preventivních postupů, přičemž je dbáno na prokazatelnou informovanost a porozumění obsahu u klientů o daném standardu (Krutilová et al., 2008). Toto porozumění a předání informace však může být, vzhledem k cílové skupině domova se zvláštním režimem, značně limitující, pokud vezmeme v potaz omezení kognitivních funkcí (Wehner et al., 2013).

U naplňování tohoto kritéria, u osob se syndromem demence, Neubauer (2018) popisuje, že u mírného stupně se setkáváme pouze s redukcí slovní zásoby, přičemž u středně těžkého stupně uplatňují senioři díky vyšší redukcí slovní zásoby automatismy a u těžkého stupně dochází až ke ztrátě porozumění slovům, které je nahrazeno neartikulovatelnými zvuky.

Toto písemné zpracování může mít mnohé podoby, přičemž doporučovanou podobou je podoba písemná, která vychází ze všeobecně přijatých postupů navazujících na vnitřní normy a metodické podklady (Holková et al., 2011).

Nutností je, aby toto zpracování reflektovalo potřeby práce a plnilo význam, pro který bylo vytvořeno (Holková et al., 2011). Foldynová et al. (2020) tedy doporučuje, aby ke každému jedinci bylo přistupováno individuálně dle stupně a pokročilosti jeho nemoci za využití kupříkladu fotografie, piktogramů, ukázek a mnohého dalšího.

Kritérium c) ustanovuje, že poskytovatel musí vést příslušnou dokumentaci o již vzniklých nouzových situacích, přičemž tato povinnost je nejčastěji naplňována záznamem, ze kterého musí být jednoznačně zjistitelné, k jaké události došlo, jak často se děje a jak byla řešena, neboť jedině tak lze zajistit tvorbu nového a efektivního zpracování metodik (Gilarová, 2018).

Tento standard bývá většinou naplňován za užití analýzy rizik, kterou Antušák (2013) charakterizuje, jako systematické využívání aktivit, procedur a praktik zaměřených na identifikaci a analýzu hrozeb.

Hrozbu chápeme dle Procházkové (2011) subjektivně, jako hodnotu ztráty, kterou určujeme na základě četnosti, pravděpodobnosti a dopadů. Krbová (2018) zde připomíná,

že strategické řízení rizik je základní součástí řízení všech organizací, které zřizuje stát, potažmo samospráva.

Fotr a Hnilica (2014) dělí rizika do pěti oblastí, přičemž nouzové a havarijní situace souvisí s oblastí organizační a věcné.

K identifikaci rizik a jejich následnému řazení do oblastí se nejčastěji využívají nástroje typu kontrolní seznam, PEST analýza, Porterův model pěti sil, 7S faktorů firmy McKinsey či SWOT analýza (Jakubíková, 2013).

Po identifikaci rizika musí management přijmout jednoznačná opatření, která označujeme jako odezvu na rizika, která si lze představit jako jednoduchý manuál postupu (Fotr a Soušek, 2011).

První odezvu charakterizuje Fotr a Hnilica (2014) jako postoj k riziku, přičemž uvádí averzi, sklon a neutrální postoj k riziku. Při nesprávné volbě postoje může dojít k fatalismu, bagatelismu, hazardu či gamblingu, přičemž ani jedna z vyjmenovaných variant nepřinese kýžený výsledek, pro nějž řízení rizik uskutečňujeme (Kruliš, 2011).

Optimální odezvou je dle Fotra a Součka (2011) strategie 4T (tj. Take, Treat, Transfer, Terminate), popřípadě hodnocení rizika dle De Ceustera.

V neposlední řadě je pozitivně vnímanou odezvou také metoda snižování a přenosu rizika (Smejkal a Rais, 2013).

Vedení domova se zvláštním režimem však nesmí zapomenout, že řízení rizik je nekončící proces vyžadující permanentní monitoring a kontrolu počínající sledováním stavu, úpravou indikátorů a konče zachycování neidentifikovaných rizik či sdílení zkušeností (Svozilová, 2011).

Dvořáčková s Hrozenskou (2013) doplňují, že celý proces řízení daného standardu je v domově se zvláštním režimem značně ztížen, jak již bylo nastíněno, avšak značnou výhodou může být vzdělaný personál v oblasti péče o osoby s demencí a souvisejících zdravotních komplikací. Personál totiž může dle Matouška (2013) využívat metody, jakými je kupříkladu facilitace nebo fokusní skupiny, a to napříč poskytovateli totožné nebo obdobné služby.

## 1.5 Prostředí a podmínky pro poskytování sociální služby

Dalším standardem bezprostředně souvisejícím s tématem práce je standard zaměřující se na prostředí a podmínky, v nichž je sociální služba poskytována. Částečnou kontrolu a plnění zajišťuje registrující orgán při kompletaci celé žádosti, neboť základními podmínkami mimo jiné jsou:

1. „zajištění hygienických podmínek, jsou-li sociální služby poskytovány v zařízení sociálních služeb,
2. zajištění personálních, materiálních a technických podmínek odpovídajících druhu poskytovaných sociálních služeb“ (§79 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění).

Plnění standardu je kontrolováno na základě dvou stanovených kritérií viz tabulka č. 3 (Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v aktuálním znění).

**Tabulka č. 3 – Prostředí a podmínky (kritéria)**

Kritérium
a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob;
b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.

*Zdroj: Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v aktuálním znění*

Gilarová (2018) krom všeobecně známých požadavků uvádí, že kritérium a) v sobě zahrnuje maximalizaci zachování soukromí, které se odvíjí od kapacity služby a cílové skupiny, neboť rozdílně bude vypadat zázemí domov se zvláštním režimem, který má působit domácí dojem, od skrytých míst azylového domu, kde očekáváme spíše anonymitu.

Zároveň je třeba dbát na uvědomění si, že potenciaální klient hodnotí organizaci a kvalitu služeb (vzhled, čistota, upravenost, vůně atp.), již při vstupu do zařízení (Standardy kvality v sociálních službách, 2006).

Krom běžného vybavení musí poskytovatele pamatovat též na dostatečné množství spotřebních pomůcek, lůžkovin nebo materiálu pro poskytování první pomoci (Seminář k rozvoji dílčích typů sociálních služeb, 2009).

Šabatová (2015) u domovů se zvláštním režimem zdůrazňuje specifika péče o osoby s demencí, mezi které, ve smyslu technického zabezpečení, řadí způsoby detence, prostředí a vybavení (orientace, individualizace pokojů, zajištění bezpečí), důstojnost a autonomii či bezpečnost a další.

Případná detence, která je u klientů domova se zvláštním režimem častá, pak výrazně ovlivňuje nejen prostředí, ale i podmínky a technické parametry (kódování dveří, specifické otvírání vstupu na oddělení atp.) (Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 04/2017, 2017).

Malíková (2020) ještě rozšiřuje doporučení správné praxe o signalizaci, která umožňuje přivolání personálu, a to nejen z lůžka, ale i koupelny/toalety. Pokud klient není schopen toto zařízení využívat, je nutné uvést záznam do příslušné dokumentace.

Zařízení od roku 2015 využívají též Doporučený standard kvality vydaný Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR (2015), který zahrnuje oblasti:

1. ubytování (pokoj a zázemí, společné prostory, objekt, okolí domova a služby),
2. stravování (výběr z jídel, struktura a čas podávání jídel),
3. kultura a volný čas (socializace, sport a pohyb, vzdělávání, duchovní programy, dobrovolnictví, hobby aktivity nebo doprava a asistence mimo zařízení).

U kritéria b) zařízení po dobu pobytu nahrazuje domov klienta, proto musí svým členěním zajistit přiměřenou ochranu soukromí (Gilarová, 2018). Chloupková (2013) považuje za standard uzavíratelný pokoj, v případě pokoje společného pak paraván, zástěnu či závěs, který oddělí spolubydlící po určitou dobu.

U tohoto vybavení se obdobně, jako u jiného, hodnotí jeho kvalita, nikoliv stáří (Seminář k rozvoji dílčích typů sociálních služeb, 2009).

Pro zajištění ochrany soukromí zařadila Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR do svého doporučeného standardu (2015) oblast:

1. partnerství (komunikace, zpětná vazba, individuální přístup, respektování osobního prostoru a dodržování etických pravidel),

2. péče (sociální, terapeutická a zdravotní péče).

### ***1.5.1 Materiálně technické zajištění pro poskytnutí první pomoci***

Péče o zaměstnance a pracovní prostředí je základním procesem řízení každé organizace (Koubek, 2015). Měrtlová (2014) uvádí, že krom problematiky pracovního režimu řeší v základu zejména bezpečnost a ochranu zdraví při práci.

Zajištění pracovních podmínek je dokonce ukotveno v §224-226 Zákoně č. 262/2006 Sb., zákoník práce v aktuálním znění, jež pamatuje také na ochranné pomůcky při poskytování první pomoci či pomůcky pro její zajištění.

Materiálně technické zajištění velmi úzce souvisí s pracovním prostředím, které zaměstnance obklopuje v průběhu pracovního procesu (Dvořáková et al., 2012). Pro optimální pracovní výkon je tedy podstatné, aby pracovní prostředí bylo příjemné, bezpečné a zdraví neohrožující dle příslušných právních předpisů (Šikýř, 2016).

Specifickou kapitolou je bezpečnost a ochrana zdraví při práci, která zajišťuje prevenci rizik při výkonu práce a přijímání opatření (Hůrka et al., 2015). Mezi tyto opatření řadíme též lékárníčku a její vybavení (Častorál, 2013).

Právě lékárníčky a řešení náhlých stavů první pomoci se dostává více do popředí zájmu firem, zejména je tomu u organizací, které pracují a poskytují služby (Tetřevová et al., 2017).

Šikýř (2016) se shoduje s Koubkem (2015), který sděluje, že bezpečnost a případné poskytnutí první pomoci se zaměřuje nejen na ovlivnění vzniku nemocí z povolání či pracovní úrazy, ale též vzdělání, které pomůže, pokud již úraz nastane. Právě tak se totiž, dle Armstronga a Taylora (2015), pozná společensky odpovědná organizace.

Hůrka et al. (2020) k této prevenci konstatuje, že zaměstnanec je povinen účastnit se školení a ověřování potřebných znalostí či dodržovat stanovené pracovní postupy nebo bezodkladně oznamovat úrazy a změny zdravotního stavu atp. O tom, že podrobné metodické postupy a materiály existují nejen k mimořádným stavům vzniklých u pracovníků, ale i klientů, hovoří mimo jiné i Holková (2011).

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky konstatuje, že je třeba využívat všechny druhy školení od vstupních přes periodická až po speciální (Praktické provádění vstupního a periodického školení, 2011). Zjištění těchto školení k tíži zaměstnavatele, který je dle §103 zákona 262/2006 Sb., zákoník práce v aktuálním znění: „*povinen zajistit a určit podle druhu činnosti a velikosti pracoviště potřebný počet zaměstnanců, kteří organizují poskytnutí první pomoci, zajišťují přivolání*“.

Školení si klade za cíl zvýšit šanci na správné poskytnutí laické první pomoci, přičemž školení je uzpůsobeno konkrétnímu pracovišti a nejlépe obsahuje také praktický nácvik (EBOZP, 2021). Součástí je též instruktáž, během které je zaměstnanec seznámen s místem první pomoci a umístění lékárničky (Praktické provádění vstupního a periodického školení, 2011).

Pro účely této práce je dále podstatné osvětlit pojem pracovnělékařských služeb, neboť dle vyhlášky č. 79/2013 Sb., o provedení některých ustanovení zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách v aktuálním znění materiálně technické zajištění úzce souvisí s obsahem pracovně lékařských služeb dle §2: „*poradenství, dohled*“.

Poradenství, dle vyhlášky č. 79/2013 Sb., o provedení některých ustanovení zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách v aktuálním znění, představuje zejména oblast ergonomii práce, výběr ochranných pomůcek, zavádění nových technologií nebo vybavením lékárniček. Šubrt a Tuček (2017) konstatují, že záznam z poradenství je součástí základní dokumentace, která prokazuje, že se s radou poskytnutou lékařem na základě obhlídky v místě atp. seznámil zaměstnavatel.

Dohledem, se dle vyhlášky č. 79/2013 Sb., o provedení některých ustanovení zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách v aktuálním znění, rozumí pravidelné vyhodnocování rizikových faktorů v místě provozu. Dohled musí být vykonáván pravidelně, nejméně však jednou za dva roky, přičemž jeho výsledkem je opět záznam, který je součástí dokumentace o pracovnělékařských službách.

Právě díky poradenství a dohledu odborně kvalifikovaného lékaře, lze ideálně sestavit vybavení lékárničky v souladu s §102 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách v aktuálním znění. Dle Janákové (2018) musí být také jednoznačně pověřen zaměstnanec, který kontroluje expiraci či využití jednotlivých komponentů a zodpovídá za jejich doplnění.



Obsah lékárníčky pro sociální služby není nikterak stanoven, neboť samo ministerstvo vydává pokyny, které jsou rozporuplné a rozdílné. Kupříkladu ve Standardech kvality sociálně-právní ochrany (2014) pouze zmiňuje, že je lékárníčka součástí vybavení. Dále pak v pravidlech pro žadatele a příjemce (2015) toto doporučení dále rozšiřuje o specifikaci rukavic a dezinfekce, avšak další komponenty zcela vynechává.

Petržela (2016) uvádí, že lékárníčka obsahuje zejména obvazový a jiný zdravotnický materiál (př. gázy, náplasti, obinadla, obvazy, trojčipé šátky, teploměr, resuscitační masky) a různé doplňky související s poskytnutím pomoci (latexové rukavice, nůžky, zavírací špendlík, svítilna, pinzety atp.). V některých případech se můžeme v lékárníčkách setkat také s léčivými přípravky, které nejsou vázány na lékařský předpis, avšak využití těchto léčiv povětšinou bez hlubšího porozumění a dohody se zdravotnickou záchrannou službou nenachází uplatnění v první pomoci (Petržela, 2016).

Lékárničky mohou být pevně umístěny v rámci prostoru, avšak setkat se můžeme také s lékárníčkami, u nichž je možný přesun, přičemž u obou těchto druhů musí být náležitým způsobem jednoznačně označeny (První pomoc, 2015). Remeš et al. (2013) dále uvádí, že lékárníčka musí být dostupná, její otvírání musí být možné bez použití nástroje (klíče atp.), přičemž její konstrukce musí chránit materiál proti znehodnocení vnějšími vlivy.

Krom centrálních lékárníček existují také lékárníčky pohotovostní, které jsou umístěny ve vzdálenějších a rizikových místech, přičemž taková lékárníčka je o poznání menší a obsahuje pouze nejnnutnější vybavení k řešení život ohrožujících stavů (Dobiáš, 2013).

Další součástí poskytnutí první pomoci v zařízení sociálních služeb může být využití automatických externích defibrilátorů, které jsou v poslední době hojně využívány nejen na veřejných místech, ale též v sociálních službách s cílem snížení úmrtnosti nebo komorbidit spojených s resuscitací (Wang et al., 2019 nebo Olos et al., 2011).

Nespornou výhodou automatického externího defibrilátoru je, že je vhodný pro užití laickými záchránci, neboť jeho činnost je řízena mikroprocesorem, který vyhodnotí srdečný arytmií a podá případný výboj (Nishyima et al., 2019).

O výhodách využití AED, včetně zvyšující se úrovně přežití u klientů prezentují jak tuzemské, tak zahraniční odborné články (např. Hansen 2015 či Kiyohara 2017 nebo Lai 2017 a další).

Na druhou stranu je žádoucí též zmínit, že v lékárnkách a ošetrovnách sociálních služeb se mnohdy nacházejí pomůcky, které v žádném případě nepatří do rukou neproškolenému zdravotnickému pracovníkovi, natož laikovi (Bartůněk, 2016).

Typicky se jedná o speciální přístroje, pomůcky a roztoky (Šeblová et al., 2018). Mnohdy je lékárníčka uchovávána na sesterně, kde vedle ní bývá uložen kupříkladu kyslík ve vysokých koncentracích s maskou (Knor et al., 2019).

## **1.6 První pomoc – teoretické základy**

Za první pomoc lze, dle Belejové (2016), označit soubor jednoduchých postupů a opatření, které zajistí obnovení nebo udržení vhodného zdravotního stavu zraněného při náhlém ohrožení, a to až do příchodu odborné pomoci.

Definice první pomoci prošla a stále prochází nejrůznějšími inovacemi (Bydžovský, 2011). Kupříkladu Hasík et al. (2017) dnes do první pomoci, krom úrazových stavů, řadí také náhlé změny při nemoci či psychosociální podpory, která je určena nejen pro zraněného, ale i svědky události.

Všeobecně ovšem definice spojuje tvrzení, že účelem je vždy záchrana lidského života spojená s urychlením zotavení a zajištění bezpečnosti (Kelnarová et al., 2013).

Felman (2018) doplňuje, že jednoduchost první pomoc staví zejména na tom, že k jejímu provedení není třeba speciálního materiálního vybavení či zvláštní odborné způsobilosti. Zdravotnické vybavení a materiál je nahrazeno primitivními improvizovanými pomůckami (Lejsek, 2013).

Záchrankaapp (2021) dále uvádí, že díky využití moderních technologií už není nezbytná ani předchozí průprava ve znalostech, neboť lokaci zajistí chytrý telefon a asistovanou první

pomoc poskytnout zachránci, operátoři tísňové linky. Krom telefonické první pomoci poskytuje operační středisko také telefonickou asistovanou neodkladnou resuscitaci a to dle jednoznačných metodických postupů (Šeblová et al., 2018).

S trochou nadsázky lze říct, že první pomoc má tisíciletou tradici. Porter (2015) zmiňuje nejrůznější rituály, které měly již v pravěkých civilizacích člověku navrátit jeho zdraví. Málek (2012) navazuje propracovanou obvazovou technikou Egyptanů a neopomíjí ani zmínky v Bibli v evangeliu podle Lukáše.

První cílené pojmenování však přichází až s Johannesem Friedrichem Augustem von Esmerchem, který usiloval o osvětu mezi vojáky (Pearn, 1994). Se samotnými postupy se ovšem setkáváme až za života Jeana Dominique Larrey, který zaváděl do praxe základní ošetření přímo na bojišti či transport založený na základě stavu zraněných (Belejová, 2016).

S Henri Dunantem pak během bitvy a u Solferiny v roce 1859 přichází také pokus o zapojení místních obyvatel do péče o nemocné, přičemž jeho myšlenka a odkaz přetrvává do dnes díky Mezinárodnímu červenému kříži, jež naplňuje programovou činnost výuky první pomoci po celém světě (Kutnohorská, 2010).

V neposlední řadě je nutné zmínit také Florence Nighingale, která svou snahu pomáhat raněným v Krymské válce přispěla nejen k výraznému snížení mortality, ale i získání cenných statistických dat, které výrazně napomohly k otevření první školy zdravotních sester při nemocnici sv. Tomáše v Londýně, jež zpřístupnila potřebné znalosti široké veřejnosti (Belejová, 2016).

První pomoc od té doby neplní pouze snahu pomoci člověku při poranění či náhlé změně zdravotního stavu, usiluje totiž o preventivní osvětu (Hasík et al., 2017).

Samotné znalosti první pomoci nejsou jediným faktorem, který ovlivňuje ochotu poskytnout či neposkytnout první pomoc, přičemž nejčastěji jsou dále zmiňovány faktory psychologické. Poskytnutí první pomoci řadíme mezi tzv. prosociální chování, které společnost schvaluje a vyžaduje, přičemž utváření tohoto chování plyne z prostředí a výchovy dané osoby (Výrost a Slaměník, 2019).

Myers (2016) si klade otázku „Proč pomáháme?“, přičemž poukazuje na motivační zdroje prosociálního chování, konkrétně směřuje k sociální výměně, zejména tlaku na sociální normu. U sociálně orientovaných jedinců je pak patrná také snaha vcítit se do jiného člověka,

kteřá je vede k myšlence, že by podobnou tíseň bez pomoci prožívat nechtěli (Kopecká, 2016).

Barták a Demjanenko (2021) i přes tuto motivaci připomínají, že první pomoc nemusí být poskytnuta lidmi v okolí bezprostředně, protože podobná situace je pro ně neobvyklá a neznámá. Váhání je spojováno se strachem z omylu, který by mohl poškodit nejen zraněného, ale i sociální reputaci zachránce (Barták a Demjanenko, 2021).

Výrost a Slaměník (2019) přibližují, že nedůvěra zachránce sebe v sama zdrží v rozhodování minimálně, prim v danou chvíli hraje efekt přihlížejících a fenomén rozptýlené odpovědnosti.

Myers (2016) závěrem připomíná, že ochota poskytnout pomoc je dále utvářena také přesvědčením zachránce, zda zraněná osoba může za svůj stav vlastní nezodpovědností. Svou roly sehraje také příbuzenský vztah či předchozí silný negativní vztah, kdy zraněná osoba zachránci nejrůznějšími způsoby ublížila (Barták a Demjanenko, 2021).

První pomoc lze členit dle druhu na technickou, odbornou a laickou.

Technickou první pomocí rozumíme, dle Lejska (2013), likvidaci zevních příčin způsobujících poškození zdravotního stavu, čímž přispíváme k vytváření vhodného prostředí pro poskytnutí první pomoci. Saibertová (2017) doplňuje, že mnohdy jsou za technickou první pomoc chybně označovány pouze úklidové práce hasičů, ač pravý význam skrývá také užití reflexních prvků u zachránce, otevření oken při otravě, vypojení elektrického přístroje od zdroje atp.

Odbornou první pomocí rozumíme přednemocniční neodkladnou péči a na ni nasazující nemocniční péči (Kelnerová, 2012). Šeblová a Knor (2018) konstatují, že tuto pomoc poskytují v přednemocniční péči zejména lékaři a zdravotničtí záchranáři. Do tohoto druhu první pomoci lze dále včlenit také samotné operační středisko zdravotnické záchranné služby, které přijímá tísňová volání, zpracovává událost, poskytuje rady pro osoby na místě atp. (Franěk, 2020).

Pro účely mé práce je však nejpodstatnější laická první pomoc. Tato pomoc zahrnuje poskytnutí základních úkonů, přivolání odborné pomoci a péči do příjezdu zdravotnické záchranné služby (Lejsek, 2013).

Laický poskytovatel první pomoci by měl znát alespoň základy osobní bezpečnosti, zhodnocení stavu zraněného či postup pro přivolání první pomoci (Saibertová, 2017).

Od laiků se tedy neočekává zvláštní materiálně-technická příprava, podstatné je využití dostupných prostředků (lékárníčky dopravních prostředků atp.) a improvizace s materiálem z okolí (Málek et al., 2019).

O podstatné roli laické první pomoci hovoří Petřzela (2016), který konstatuje, že každá minuta, kdy není poskytnutá pomoc zraněné osobě, snižuje její šanci na přežití o cca 10 %.

Nejlépe je role laické první pomoci uchopitelná na tzv. řetězci přežití, tedy grafickém znázornění návaznosti jednotlivých úkonů neodkladné resuscitace, kdy v případě absence či přerušení jednoho z článků dochází k rychlému poklesu naděje na přežití (Šeblová et al., 2018).

Samotný řetěz staví na laikovi, který rozpozná zástavu oběhu a přivolá zdravotnickou záchrannou službu, přičemž dispečink jej do jejího příjezdu instruuje, jak postupovat v resuscitaci (Psennerová, 2012).

### Obrázek č. 1 – Řetězec přežití



Zdroj: Truhlář et al. (2015)

#### 1.6.1 Legislativní ukotvení a neposkytnutí první pomoci

Poskytnutí první pomoci má v naší kultuře hluboce zakořeněný etický a morální charakter, i přes toto však zákonodárce zakotvil dva trestné činy, kterých se mohou občané dopustit, pokud první pomoc neposkytnou (Malá a Peřan, 2016).

### Ve vztahu k laickému poskytovateli první pomoci

Dle § 150, odst. 1 Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník v aktuálním znění: *„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.“*

Pokud ovšem občan vykonává zaměstnání, z jehož povahy je povinen takovou pomoc poskytnout a neposkytne ji, pak bude dle § 150, odst. 2 Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník v aktuálním znění: *„potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti“*.

V neposlední řadě je poskytnutí laické první pomoci zmiňováno též v § 151 Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník v aktuálním znění, jež uvádí: *„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.“*

Zákonodárce též pamatoval na závazky z deliktů, konkrétně na prevenci, kterou brání poskytovatele první pomoci dle § 2906 Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník v aktuálním znění, tj.: *„Kdo odvrací od sebe nebo od jiného přímo hrozící nebezpečí újmy, není povinen k náhradě újmy tím způsobené, nebylo-li za daných okolností možné odvrátit nebezpečí jinak nebo nezpůsobí-li následek zjevně stejně závažný nebo ještě závažnější než újma, která hrozila, ledaže by majetek i bez jednání v nouzi podlehl zkáze. To neplatí, vyvolal-li nebezpečí vlastní vinou sám jednající.“*

### Ve vztahu k přednemocniční neodkladné péči

Podporu v rámci poskytování první pomoci poskytují složky integrovaného záchranného systému dle Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů v aktuálním znění.

Neodkladná přednemocniční péče náleží dle Fraňka et al. (2017) výhradně zdravotnické záchranné službě. Příjem těchto volání zajišťují krajská operační střediska, která mají nepřetržitý provoz (Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů v aktuálním znění.).

Oporu pro toto tvrzení nacházíme v Zákoně č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě v aktuálním znění: „...zdravotní službou, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, není-li dále stanoveno jinak, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života.“

Pro aktivaci zdravotnické záchranné služby je využíváno v souladu se Zákonem č. 127/2005 Sb., o elektronických komunikacích a o změně některých souvisejících zákonů v aktuálním znění národní tísňové číslo 155.

Vyjma čísla 155 lze využít též jednotné evropské číslo tísňového volání, tj. 112 (Zákon č. 127/2005 Sb., o elektronických komunikacích a o změně některých souvisejících zákonů v aktuálním znění).

### **1.6.2 Výuka první pomoci**

#### Aktuální poznatky ve výuce první pomoci

Pro výuku první pomoci je nezbytné, aby vyučující poskytoval přesné a aktuální informace, které procházejí, zejména v první pomoci, rychlým vývojem na základě prováděných výzkumů a vyhodnocování efektivity postup (Hasík et al., 2017).

Bez sledování těchto trendů mohou sami vyučující dále šířit či podpořit mýty a pověry, které se s první pomocí pojí (Bednařík, 2010). Tyto pověry a mýty pak mohou mít neblahý vliv nejen na účelnost první pomoci či prodloužení doby rekonvalescence, neboť v krajních případech mohou vést až k smrti (Šín et al., 2019).

Za nejaktuálnější doporučení lze dnes považovat ERC GUIDELINES vydané v roce 2021 (viz European Resuscitation Council, 2021). Dle Fraňka (2020) se jejich původní vydání plánované v roce 2020 posunulo kvůli COVID pandemii, avšak i přes to jsou dle něj doporučení evoluční, neboť než na změny již zaběhlých postupů, míří na zlepšení jejich výuky atp.

V Českých podmínkách pak nelze opomenout ani Standardy první pomoci, které nabízí ucelený přehled úrazových i neúrazových stavů, vč. detailního popisu jejich vzniku, správného postupu první pomoci atd. (Hasík et al, 2017).

Méně využívané v našich podmínkách jsou pak doporučení Americké kardiologické společnosti z roku 2020 (Benjamin et al., 2021). Ve výuce se s nimi samozřejmě setkat můžeme, ale je třeba mít na paměti, že obsah se může faktograficky lišit dle regionálních aspektů (Franěk, 2020).

### Organizační formy výuky

Zormanová (2017) přibližuje, že je výuku vhodné organizovat podle vztahu k osobnosti žáka. Své opodstatnění nachází zejména výuka skupinová a hromadná (Zormanová, 2017). Bartoňová (2016) však připomíná, že vzhledem k povaze některých témat či individuálních potřeb je nutné zavést též výuku individuální, ta ovšem nesmí zcela eliminovat jiné formy, které rozvíjí práci v týmu a vede k socializaci.

Pro výuku, z hlediska osobnosti žáka, je dle Mareše (2013) důležitá individualizace, která zejména u praktických nácviků, jakými je první pomoc, nachází uplatnění v rozvoji svobodného myšlení a alternativních postupů.

Juklová et al. (2015) neopomíjí připomenout, že v organizační formě je nutné dbát také na charakter výukového prostředí. U praktických dovedností je více než žádoucí, aby výuka probíhala v kombinaci běžné třídy (potažmo posluchárny) a odborných učeben, výukou v terénu nebo na exkurzích (Mužik, 2012).

Samotnou kapitolou je pak délka trvání vzdělávacích aktivit (Průcha, 2017). U odborných témat je relativně obtížné dodržet běžný časový rámec vyučovací hodiny, doporučováno je tedy výuku kombinovat alternativně, aby byla flexibilní k probíraným tématům a návaznostem (Jarošová et al., 2014). Kupříkladu Miler et al. (2016) zdůrazňuje rozdílnost provázanosti teoretických znalostí se znalostmi praktickými, přičemž nastiňuje značné rozdíly od běžného formálního vzdělávání na školách.

Do organizace výuky, která ovšem byla dlouhodobě fungující, vstoupila v minulém a předminulém roce vládní opatření v souvislosti s onemocněním COVID, přičemž většina vzdělávacích aktivit byla přesunuta do distančního vzdělávání (Essa Al Lilly et al., 2020).

Tato forma přinesla nejen do výuky první pomoci několik výzev, které kladou důraz na učitelovo pojetí výuky, inovaci výukových zdrojů či absenci praktického nácviku (Cheng, 2020). U praktického nácviku, který hraje v první pomoci prim, pak identifikovali studenti



dokonce 68 odlišných bariér, které mohou negativně působit na výstupní kompetence vzdělávaných (Gullivera, 2018).

### Výukové metody

Červenková (2013) konstatuje, že výukové metody můžeme členit mnohými způsoby, přičemž spíše, než na jejich členění, je vhodné postupovat podle kritérií, jež si stanovíme pro naplnění vzdělávacího cíle.

Kupříkladu Průcha (2015) doporučuje kombinaci všech výukových metod podle Lernerera (tj. informačně – receptivní metoda, reproduktivní metoda, metoda problémového výkladu, heuristická metoda a výzkumná metoda).

Bendl (2015) dále rozšiřuje, že u odborně zaměřených témat a praktického nácviku spíše doporučuje volbu metod z hlediska aspektu didaktického, tj. metody názorně-demonstrační a praktické.

Bednla podporuje kupříkladu Kordulová (2020), neboť u první pomoci doporučuje až 70 % praktických cvičení, přičemž neopomíjí ani diskusi ve skupinách a sdílení znalostí mezi vzdělávanými.

Krátká (2016) pak u adolescentů a starších osob doporučuje využívání problémové metody pro vybudování zájmu u vzdělávaných či iniciační metody, při níž dochází k řešení praktických problémů, vytváření dovednostní a nácviku rozhodovacích procesů.

Ve výukových metodách sehrává dále významnou roli to, zda se jedná o výuku transmisivní, při níž vzdělávaný nedisponuje žádnými znalostmi z dané oblasti, či výuku konstruktivní, kde již určitými znalostmi disponuje a staví tedy na nich (Zormanová, 2017).

### Využití zážitkové pedagogiky

Zážitková pedagogika představuje do dnes nejednoznačně definovaný pojem, přičemž i její název má mnohé obdoby (Nehyba et al., 2014).

Dočkal (2012) považuje za základ existenci a realizovatelnost zážitku, který je vyvolán hranou či modelovou situací. Tento zážitek pak zanechává v jedinci jedinečné duševní bohatství, díky jeho prožití (Hartl et al., 2015).

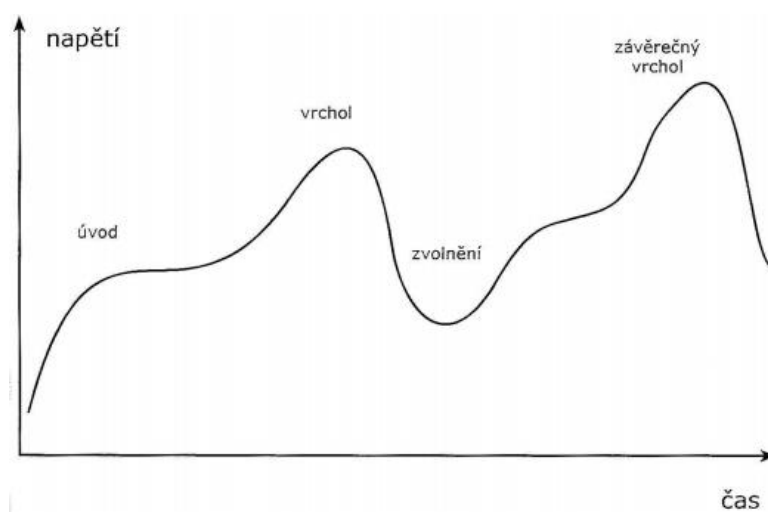
Aby byla co největší šance na úspěch při využití zážitkové pedagogika, tak je dle Jirásk (2019) nutné pracovat s dramaturgií, skupinovou dynamikou, bezpečností, uváděním jednotlivých aktivit a reflexi či komfortní zónou.

Každý zážitek by měl být jedinečný, a právě proto je důležité pracovat na dramaturgii (Císař, 2020). Dramaturgie se odvíjí od účastníků vzdělávacího programu, výstupních kompetencí či propojení jednotlivých částí do logického celku (Císař, 2020).

Celý program by měl odpovídat vžité dramaturgické vlně, která představuje uchopitelný koncept dění ve smyslu prožívání atmosféry od úvod, přes vrchol k zvolnění a závěrečnému vrcholu (Pelánek, 2013).

Někteří autoři dále pracují kupříkladu s dramaturgickými vlnami, které člení na sociální, fyzické, kreativní a psychologické ve snaze určit optimální část pro zařazení nejrůznějších modelových aktivit (př. Franc et al., 2007 atp.).

## Obrázek č. 2 – Dramaturgická vlna



*Zdroj: Pelánka (2013)*

Na dramaturgii navazuje práce se skupinou a její dynamikou (Pelánka, 2013). Na začátku se členové skupiny ve fázi formingu poznávají a utřídí role (Beneš et al., 2016). Na forming plynule navazuje storming, kdy se, dle Goeffa (2013), členové skupiny poznávají bez přetvářky a přijímají role. Opomenout nelze, dle Beneš et al. (2016),

performing, kdy skupina spolupracuje na společném cíli a závěrečný adjourning při ukončování.

Otázkou jednotlivých fází však zůstává, zda je v silách lektora a jestli je smysluplné využívat všechny fáze i při kratších blocích bez delšího trvání skupin (Jirásek, 2019).

Geoff (2013) navazuje zajištěním bezpečnosti, která je myšlena nejen významem fyzickým, ale též psychickým. Baštecká et al. (2015) popisuje význam bezpečnosti, jakožto základní potřeby, jež významně ovlivňuje posun kupředu či zpět u každého z nás.

Další částí úspěšné zážitkové pedagogiky je uvádění aktivit, které vyžaduje, krom lektorských dovedností a osobního charismatu, také schopnost motivovat (Beneš et al., 2016). Motivaci navíc musí lektor doplnit také systémem odměn (Výrost a Slaměník, 2019).

Aby se dal proces označit za zážitkovou pedagogiku, pak jeho nedílnou součástí musí být reflexe, při níž účastníci popisují situace ze svého pohledu, hodnotí své výkony a snaží se nacházet alternativní postupy pro budoucí situace (Beneš et al., 2016).

Reflexe cílí na uvědomění si vlastního posunu, uchopení kritických okamžiků či emoce a myšlení nebo reakce na postoj druhých (Geoff, 2013). Navazujeme zde tedy na tzv. Kolbův cyklus učení od konkrétní zkušenosti přes rozbor (ohlédnutí, zhodnocení, plán změn) až po novou kvalitu (Kolb, 2015).

### Obrázek č. 3 – Kolbův cyklus učení



Zdroj: Franc (2007)

Významná část úspěchu je přikládána také využívání komfortní zóny účastníků, kdy lektor usiluje o jejich vystoupení směrem k zóně učení, avšak dbát na to, aby aktivita nevedla k ohrožení (Svatoš a Lebeda, 2005).

Nejlépe si komfortní zónu a vystoupení z ní představíme na teorii osobnosti u Lewina na jednoduché rovnici  $L = P + E$ , kdy L představuje životní prostor jedince, P osobnost a E psychologické okolí (Nehyba, 2011). Zajímavý pohled nabídl také Moon, který uvádí interní a externí zážitek (Kolář, 2013).

### Didaktické prostředky

Pro uchopení teoretického základu učiva je třeba, aby vyučující doplnil výklad optimálně didaktickými prostředky, tzn. předměty, které ve spojení s užitými metodami a formami povedou k dosažení stanoveného cíle (Rambousek, 2014). Tyto prostředky jsou dle Harazima (2015) u výuky zdravotnických témat nenahraditelné.

Základním didaktickým prostředkem je využití anatomických modelů, které umožní souvislé pojetí nejen jednotlivých orgánů, ale celých orgánových soustav (Estai et al., 2016). Liew et al. (2015) nastiňuje, že lze anatomické modely a výuku pojímat z pohledu systémového, regionálního a klinického, přičemž viditelné detaily změn mohou pomoci studentům lépe uchopit celou problematiku.

### **Obrázek č. 4 – Anatomický model srdce**



*Zdroj: Soukromý archiv autora práce*

Žádný vzdělávací program s praktickým nácvikem se neobjede bez modelu pro nácvik kardiopulmonární resuscitace, neboť model umožňuje nácvik reálného problému,

vč. komunikace, spolupráce mezi zachránci a řešení souvisejících komplikací a ohrožení v okolí (Harazim, 2015).

Osvojení získaných poznatků teoretické části je ověřováno nejlépe modelovými situacemi, které umožní vzdělávaným, aby se nanečisto „vnořili“ do situace (Nižnanský, 2017).

### **Obrázek č. 5 – Modelová situace v kurzu první pomoci**



*Zdroj: Archiv OS ČČK Plzeň – město a Rokycany*

Ve výuce se uplatní také fotografie, videa či záznamy hovorů na tísňové linky obsahující jednotlivé úrazy, zásahy zachránců a mnohé další (Geoff, 2013).

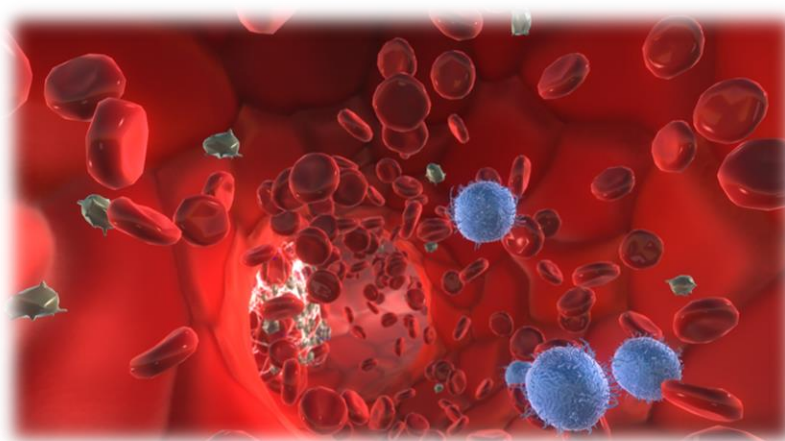
U týmové spolupráce během delších kurzů je žádoucí využít i videotrénink interakcí, který slouží následně k rozboru komunikace a spolupráce při modelové situaci (Beaufortová, 2013). Zapojujány by měly být situace jak situační, tak inscenační (Nováková, 2014).

Netradiční vhled mohou nabídnout vzdělávaným kazuistiky, které se těší velké oblibě, díky své účelnosti a schopnosti dostatečně motivovat (Mareš, 2016). U zdravotnických témat je pak využíván spíše pojem „případové studie“, který ovšem není zcela přesný, neboť spíše při převzetí ze zahraniční literatury směřuje k Role-playingu (Mareš, 2015).

Mnohým vzdělávaným v utřídění postupů pomáhají myšlenkové mapy (Buzan, 2013). Nejinak je tomu i u první pomoci, neboť myšlenková mapa, jako všestranný nástroj, usnadní učení, díky své vícerozměrnosti, barevnosti a tvořivosti autora (Černý a Chytková, 2014).

Do popředí výukových metod se v posledních letech rychle dostává také virtuální realita (Vlasova, 2020). Zejména za zahraničí získáváme pozitivní zpětnou vazbu, neboť virtuální realita vzbuzuje ve studentech kreativitu a otvírá nové alternativní cesty k výuce nejen biologie (Melišková, 2019). V českém prostředí lze jmenovat kupříkladu The Body VR Journey Inside a Cell, která je dostupná v online distribuce, a dokonce zcela zdarma (VALVE, 2021).

**Obrázek č. 6 – Zástava krvácení uvnitř cévy (The Body VR Journey Inside a Cell)**



*Zdroj: invivo (2016)*

#### Vyučující a odborní garanti výuky první pomoci

Oprávnění k výuce první pomoci a praktického nácviku v první pomoci jsou zejména odborně vzdělaní pracovníci.

Dle Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta v aktuálním znění, je pro tuto činnost způsobilý lékař.

Z nelékařských zdravotnických pracovníků, v souladu s Vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, lze jmenovat všeobecnou sestru, dětskou sestru, zdravotnického záchranáře, porodní asistentku (vč. přívlastku diplomovaný/á), ošetřovatele, řidiče rychlé zdravotnické pomoci a řidiče vozidla rychlé lékařské pomoci nebo učitele odborných předmětů na zdravotnických školách.

Pro laiky z oblasti mimo zdravotnictví je možné danou kompetenci získat rekvalifikačním kurzem akreditovaným MŠMT - „Člen první pomoci“ se striktně stanoveným učebním plánem (MŠMT – Člen první pomoci, 2020).

Obdobné vzdělání dále nabízí také Český červený kříž, jehož norma se nazývá „Zdravotnický instruktor ČČK“ (viz Výuka první pomoci dospělých, 2020).

## **1.7 První pomoc – praktická komparace**

Následující kapitola se věnuje obecnému postupu pro poskytnutí první pomoci, zhodnocení stavu zraněného a přivolání odborné pomoci. U vybraných stavů dále popisují nejčastější vyvolávající příčiny a typické příznaky. Neopomím ani zakořeněné mýty a pověry s nimi související.

### **1.7.1 Zajištění bezpečnosti zachránce a zraněného**

Základním pravidel první pomoci je, dle Malé a Peřana (2016), zachování osobní bezpečnosti, neboť v případě, že bychom se sami též zranili, pak nikomu nepomůžeme.

V publikaci Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2017) autoři doporučují zachování klidu, zastavení se a promyšlení situace s rozmyslem a rozvahou. Pro toto je důležité se zevrubně zorientovat v bezprostředním okolí zraněného, abychom identifikovala případná trvající rizika, jež nás mohou ohrozit (Malá a Peřan, 2016).

Mezi takové situace řadí Bernatová (2014) kupříkladu:

1. dopravní nehody,
2. tonutí,
3. požár,
4. úraz elektrickým proudem,
5. zamořené prostředí,
6. infekční onemocnění,
7. agresivní chování.

K zhodnocení doporučuje Bernatová (2017) položení si hypotetických otázek:

1. Kde se to stalo?
2. Jak se to stalo?

3. Hrozí další nebezpečí?
4. Jsou v okolí lidé, kteří by mohli pomoci?

Konečné detaily zajištění bezpečnosti však nemůžeme nikdy kompletně popsat, neboť každá situace je jedinečná svým prostředím a jiná pravidla bezpečnosti uijeme při dopravní nehodě než u úrazu elektrickým proudem či násilným trestným činem (Petržela, 2016).

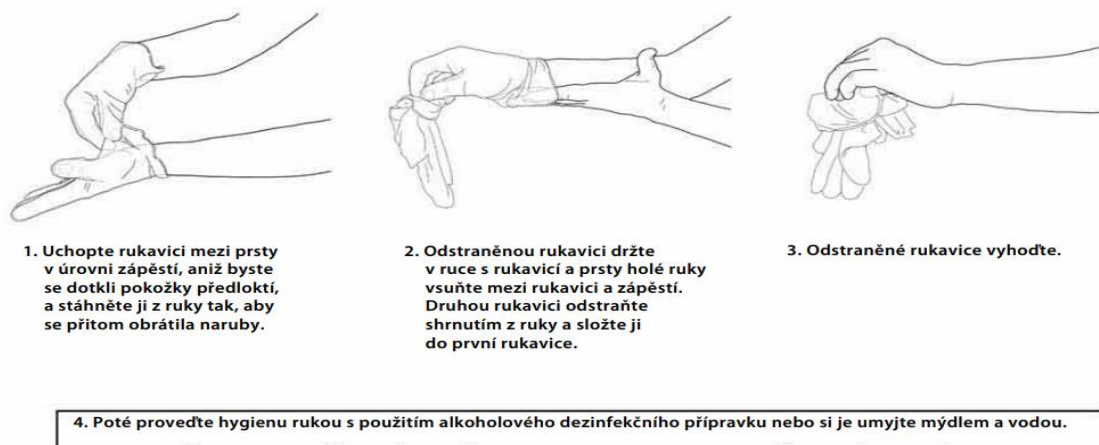
Všeobecně při poskytování první pomoci má zachránce využívat ochranné rukavice, neboť ruce jsou jeho základním nástrojem, a tedy i rizikovým místem přenosu nákaz (Mazánek, 2015). Dle Věstník MZ 5/2012 u každého pacienta používáme nové rukavice a jsou zmíněny dokonce pravidla, která určují, zda je rukavice vhodné užit.

Aby rukavice skutečně bránily přenosu infekce, stanovila Evropská unie zásadní normy pro jejich výrobu, přičemž základem je norma EN 420. Další normy jako EN 388 či EN 374 jsou nadstandardem pro laickou první pomoc, neboť jsou pevnější či mají odolnost vůči chemickým látkám (Vejtasa, 2011).

Optimálním pro poskytování první pomoci jsou rukavice vinylové, avšak setkat se můžeme i s materiály jako je latex, nitril, polyetylen či neopren (Reichardt, 2017).

Jindrák (2014) uvádí, že se rukavice mění vždy, když není celistvá, po potřísnění biologickým materiálem či pokud si ruce budeme dezinfikovat. Rukavice se uchopuje na okraji zápěstí a sundává se tak, abychom se nedotýkali kůže, ale pouze rukavice, přičemž kontaminovaná část je obrácena (Jindrák, 2014).

### Obrázek č. 7 – Postup pro snímání rukavic



*Zdroj: Směrnice SZO dle WHO (2011)*



V případě resuscitace, při níž se zachránce rozhodne s platnými postupy pro dýchání z plic do plic, nesmí opomenout zajištění bezpečnosti užitím resuscitační roušky (Brtůněk, 2016).

V posledních letech se také setkáváme s tzv. resuscitačními maskami, které výrazně usnadňují své použití díky tvarovatelným manžetám či uchycení gumičkou k hlavě resuscitovaného (Klementa, 2014).

V sociálních službách je dobré mít na paměti také postup při působení elektrického proudu, neboť při nevypnutí jističe či konkrétního spotřebiče může dojít k poranění zachránce, přičemž při vysokém napětí může dojít k výboji na několik metrů (Bernatová, 2017). Závažnost případného poranění elektrickým proudem pro zachránce dokresluje Raška (2017), jež uvádí, že u podobných úrazů zaznamenává velmi vysokou morbiditu i mortalitu s dlouhodobými následky.

V místě požárů je pak, dle Hasíka et al. (2017), nutné dbát na mokrý šátek přes ústa, přilbu či improvizovanou ochranu hlavy a ochranu rukou a nohou. K orientaci v prostoru slouží nouzové osvětlení, vzhledem k šíření kouře je doporučeno pohybovat se blízko země a zároveň je zcela vyloučeno využívat výtahy, pokud k tomuto nejsou speciálně určeny (Mózer, 2018).

Bohužel nesmíme zapomenout ani na agresivní zraněné osoby, které mnohdy napadají pod vlivem omamných látek zachránce (Látalová, 2013). Agresivní chování se stalo doslova celosvětovým fenoménem a jeho prevence hraje prim s čtenějším využíváním zbraní, pepřových sprejů nebo nožů (Pekara, 2019).

Dle Verešové et al. (2014) se musíme věnovat agresivním signálům, jakými jsou semknuté rty, upřený pohled do očí, napjatá tvář či strkání do oběti. Právě z těchto důvodů přistupujeme ke zraněným s odstupem, abychom si udrželi bezpečnou vzdálenost a ústupovou cestu (Verešové et al., 2014).

Vevera et al. (2018), kromě již vyjmenovaných faktů, doporučuje, pokud to situace dovoluje, ošetření ve více osobách, přičemž nesmíme zapomínat, že zraněného není možné omezovat v útěku atp.

Velmi diskutovaným tématem jsou v posledních letech bezpečnostní protokoly pro laické zachránce, které by nastavily záchyt rizikových předmětů, avšak tyto myšlenky jsou běžné

zatím pouze v zahraničí, přičemž Ministerstvo zdravotnictví České republiky zatím finalizuje bezpečnostní systémy nemocnic (Veverková, 2019).

### 1.7.2 *Zhodnocení stavu*

Po příchodu na místo pátrá záchránce po tzv. stavech bezprostředně ohrožujících život, tj. masivní zevní krvácení, poruchy vědomí a dech (Lejsek, 2013).

Za život ohrožující masivní zevní krvácení je považována ztráta celého objemu krve za 24 hodin nebo ztráta 50 % krevního objemu během 3 hodin či minimálně 150 ml za minutu (Hájek, 2015).

Poruchy vědomí, potažmo bezvědomí Saibertová (2017) charakterizuje jako stav, při němž člověk nereaguje na vnější podněty a jeho poloha je nepřirozená.

#### **Obrázek č. 8 – Poloha hráčů v bezvědomí po srážce při utkání Premier League**



*Zdroj: Aktuálně.cz (2021)*

U zjišťování vědomí může záchránce využít dle Petrželi (2016) následující otázky:

1. Co se vám stalo?
2. Vzpomínáte si, jak se vám to stalo?
3. Jaké máte potíže?
4. Berete nějaké léky?

Otázky lze doplnit využitím metody 6P, která je složena z fází:

1. promluv,

2. připomínej realitu,
3. podpoř,
4. pečuj,
5. přidej (Malá a Peřan, 2016).

Pokud člověk na hlasité oslovení ani otázky nereaguje, pak Klenarová et al. (2016) doporučuje pro ověření bolestivý podnět (štípnutí do ušního lalůčku). Lze využít také poklepání na rameno, popřípadě lehké zatřesení (Saibertová, 2014).

Dech Málek et al. (2019) kontroluje pohledem, poslechem a cítěním dechu na tváři zachránce. Samotné kontrole ovšem musí předcházet zprůchodnění dýchacích cest záklonem hlavy po kontrole a případném vyčištění dutiny ústní (Petržela, 2016).

#### **Obrázek č. 9 – Záklon hlavy a zvednutí brady vzhůru**



*Zdroj: Basismaßnahmen der Wiederbelebung (2015)*

Správné zprůchodnění dýchacích cest je jednoznačně popsáno a názorně demonstrováno na fotografii. Právě u zprůchodnění dýchacích cest se můžeme setkat s prvními z nejčastějších mýtů o tzv. „zapadlém jazyce“. Laici dodnes využívají postup dle Divišovského z roku 1977, který popisuje fixaci jazyku zavíracím špendlíkem. Nelze opomenout ani mýtus o tahání jazyka, jež prezentoval v roce 1963 Novák nebo polohu na břicho s vypodloženým hrudníkem dle Beneše z roku 1964.

Osoba dýchá, pokud je její dech pravidelný a rytmický, přičemž horní hranice bez ohrožení života je stanoven na 30 nádechů a dolní na 10 nádechů za minutu (Petržela, 2016).

Pro správné posouzení dechu je podstatné nezapomínat, dle Klementy et al. (2014), na tzv. gasping (tzv. agonální dýchání), tedy náhlý, usilovný, krátký nádech následovaný výdechem a delší povýdechovou pauzou. Štětina et al. (2014) totiž uvádí, že gasping není známkou správné dechové činnosti a má být vyhodnocení jako bezdeší.

Pokud tyto živ ohrožující stavy zachránce vyloučí, pak dále vyšetřuje zraněného pohledem, zda nedochází ke změně barvy pokožky (nedokysličení, přehřátí či otrava organismu atp.) (Klementa, 2014).

Hasík et al. (2017) doporučuje sledovat dále obličej (nesouměrnosti, spadlý koutek zvratky atd.), oči (symetrie zorniček, šilhání atp.) či pachové vjemy (pomočení, pokálení či pot).

Někteří autoři dále doporučují sledování tepové frekvence, avšak ta není již od roku 2000 v laické první pomoci doporučována, neboť laické vyhodnocení vykazovalo vysokou chybovost (viz Introduction to the International Guidelines 2000 for CPR and ECC, 2000).

V některých vzdělávacích programech se též můžeme setkat také s algoritmem ABCD, který je využíván především u nezávažných onemocnění či méně závažných úrazů (Malá a Peřan, 2016).

**Tabulka č. 4 - Srovnání kvalifikačního vzdělávání**

	Oblast vyšetření	Co hledáme?
<b>A (airway)</b>	dýchací cesty	Jsou dýchací cesty volně průchodné?
<b>B (breathing)</b>	dýchání	Dýchá? Jak dýchá?
<b>C (circulation)</b>	krevní oběh	Krvácí? Je bledý a opocený?
<b>D (disability)</b>	postížení	Reaguje na oslovení, zatřesení? Není diabetik?
<b>E (exposure)</b>	odhalení	Je někde zraněný?

*Zdroj: Malá a Peřan (2016)*

### **1.7.3 Přivolání odborné pomoci**

Přivolání odborné pomoci je možné na národních tísňových číslech 155 a 112.

U hovorů s česky hovořícím volajícím je vhodné využití tísňového čísla 155, neboť výzvu na číslo 112 spravuje hasičský záchranný sbor (Kellnerová et al., 2012). Volání na něj připadá v úvahu primárně u osob hovořících cizím jazykem, při nefunkčnosti čísla 155, či pokud se nacházíme v zahraničí (Hasík et al., 2012).

Obě telefonní čísla jsou bezplatná, směřují na operační středisko kraje, v němž se volající nachází a vytočení je možné i z telefonu bez SIM-karty či při uzamknuté klávesnici (Trčková et al., 2014).

Po vytočení čísla 155 se osoba dovolá na zdravotnické operační středisko, které pracuje v nepřetržitém režimu a je centrálním pracovištěm operačního řízení (viz Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě v aktuálním znění).

Délka odezvy na příchozí volání je v České republice stanovena Společností urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, přičemž během 1 hodiny má být přijato nejméně 90 % příchozích hovorů do 10 vteřin (Šeblová et al., 2013).

Hovor v operačním středisku zdravotnické záchranné služby může dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků přijmout sestru pro intenzivní péči (§55), zdravotnický záchranář (§17), zdravotnický záchranář se specializovanou způsobilostí (§108) a zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu (§109) (Franěk, 2015).

Samotné zpracování hovoru pak může probíhat ve třech režimech:

- a) režim paralelní – spočívá v přijetí výzev a řízení posádek jedním samostatným operátorem, přičemž od tohoto řízení se v poslední době upouští,
- b) režim procesní – o samotný hovor a jeho průběh se stará tzv. „call-taker“, přičemž řízení posádek je na „dispečerovi“ ve stejné místnosti (využíváno zejména na územích s vysokou aglomerací),
- c) sektorový procesní režim – základem je režim procesní, rozdíl oproti němu je tvořen v rozdělení území na jednotlivé sektory, které jsou následně přiřazeny určitému „dispečerovi“ (Franěk, 2020).

Remeš et al. (2013) uvádí, že samotný hovor je základem pro získání většího množství informací, které rozhoduje o předběžném stanovení diagnózy, rozsahu pomoci a stanovení priority.

Identifikace volajícího dnes probíhá automaticky na základě systému, dispečer jej však i přesto ověřuje, volající je po přijetí hovoru obeznámen, klidným a rozvázným hlasem operátora, že se dovolal na linku zdravotnické záchranné služby (Franěk, 2015).

Po identifikaci operátor přechází ke kroku lokalizace (adresní bod atp.) pro případ, že by byl hovor z jakéhokoliv technického důvodu přerušen (Franěk, 2020).

Pokud není možné adresný bod určit, pak lze využít pomoci univerzálního čísla na pouličním osvětlení, mostech, přejezdech, turistických trasách atp. (Dobiáš, 2021). V neposlední řadě je možné využití zájmových bodů (krajinné zvláštnosti atd.) či směr cesty automobilem atd. (Franěk, 2015).

V posledních letech prošla díky rozvoji lokalizace značným pokrokem, nejčastěji je uváděna Aplikace záchranka, která při využití vytočí 155 a zároveň odešle na operační středisko přesnou polohu volajícího (Aplikace záchranka, 2020).

Její stažení a využití je možné pro chytré mobilní telefony s operačním systémem Android a iOS, po otevření aplikace stiskne osoba nouzové tlačítko, které po třech vteřinách provede výše specifikované úkony (Aplikace záchranka, 2020).

Aplikace pamatuje také na situace, ve kterých člověk nemůže hovořit, pokud je třeba v okolí vyhledat AED atp. (Aplikace záchranka, 2020).

#### **Obrázek č. 10 – Ukázka využití aplikace Záchranka při dopravní nehodě**



*Zdroj: Aplikace záchranka (2020)*

Další velkou změnou technologií je vstup služby AMAL (tj. Advanced Mobile Location) pro zařízení s operačním systémem Android, která funguje na podobném principu, jako Aplikace záchranka s tím rozdílem, že neobsahuje podrobnosti o volajícím a není zapojena notifikace na Horskou službu a Vodní záchrannou službu ČČK (Franěk, 2020).

Po zjištění místa události shromažďuje středisko informace pro klasifikaci události, díky ní vyhodnotí indikaci, naléhavost a typ posádky, který na místo vyšle (Šeblová et al., 2013). Ke klasifikaci připojuje operátor případně datovou zprávu ostatním složkám IZS, pokud jsou na místě k zapotřebí (Šeblová et al., 2013). Postupy pro klasifikaci událostí jsou dnes formalizované v podobě protokolů a postupů (Franěk, 2020).

Na základě lokalizace a klasifikace události přistupuje operátor k indikaci, prioritizaci a výběru posádky, vč. odbornosti jejich členů (Šeblová et al., 2013).

Každému hovoru je přiřazena operátorem naléhavost. Podle této naléhavosti je stanovena priorita na základě, níž vyjíždí posádky bezprostředně po svém uvolnění (Franěk, 2015).

Dle Vyhlášky č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě v aktuálním znění v aktuálním znění, tísňové výzvy třídíme na následující stupně naléhavosti:

1. bezprostřední ohrožení života (ihned – rozhodují sekundy), př. akutní selhání životních funkcí,
2. reálné nebezpečí selhání životních funkcí (co nejdříve – rozhodují minuty), př. astmatický záchvat, závažná traumatická poranění,
3. nepravděpodobné zhoršení vedoucí k ohrožení životních funkcí (po uvolnění výjezdové skupiny – krátkodobě odložitelné), př. epistaxe, zlomeniny atp.,
4. neakutní stavy (podle provozní situace – dlouhodobě odložitelné), př. lehké úrazy, kolísání stavu atp.

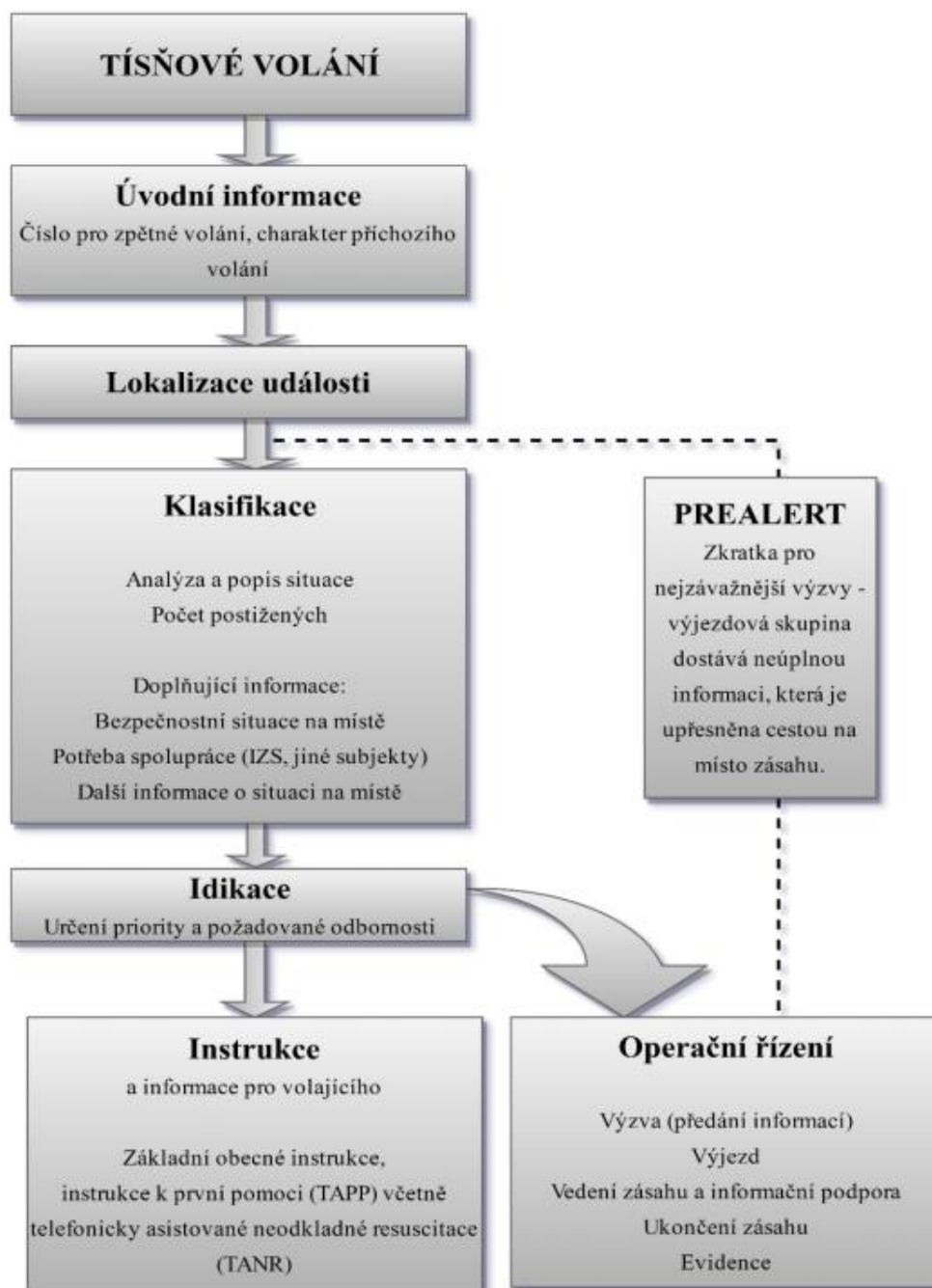
Po kompletním zhodnocení celé situace operátor doplní potřebné instrukce pro přidělenou posádku, pokud je tomu za potřebí, pak volajícímu poskytuje telefonickou asistovanou první pomoc, telefonickou asistovanou neodkladnou resuscitaci či hovoří až do příjezdu výjezdové skupiny (Franěk, 2015).

Pleskot (2021) dále uvádí, že volající nikdy neukončuje hovor první, během komunikace s operátorem má primárně naslouchat jeho slovům a odpovídat na vznesené dotazy.

Pokud se hovor přeruší, pak se operační středisko pokusí navázat kontakt, v případě zavolání zpět osobou v místě dojde k přepojení na předchozího operátora (Pleskot, 2021).

Franěk (2018) nastiňuje obecné schéma informací během zpracování tísňového volání.

**Obrázek č. 11 – Obecné schéma informací během zpracování tísňového volání**



*Zdroj: Franěk (2018)*



V případě, že volající úmyslně zneužije tísňovou linku, pak mu může na základě § 119 odst. 1 písm. e) Zákona č. 127/2005 Sb., o elektronických komunikacích a o změně některých souvisejících zákonů v aktuálním znění, Český telekomunikační úřad uložit pokutu až do výše 200 000 Kč.

#### **1.7.4 Zástava oběhu**

Stavy spojené s onemocněním srdce a cév jsou jednou z nejčastějších příčin úmrtí ve vyspělých zemích (viz Gräsner et al., 2016 a další). Nejvyšší prevalenci nalezneme u náhlé srdeční smrti, která jen v Evropě ovlivní život 350 000 osob ročně (EuReCa TWO, 2017).

Pro účely mé práce představím tzv. náhlou zástavu oběhu. Franěk (2017) ji popisuje, jako jakýkoliv stav, při němž dochází k poruše cirkulace krve v krevním oběhu. Pokud není tento oběh obnoven během 4-6 minut od zástavy, pak může dojít k výrazným neurologickým postižením, kómat či mozkové smrti (Remeš et al., 2013). Bez vykonání resuscitace na zraněném se během minuty snižuje podle Bartůňka et al. (2016) šance na přežití o 10-12 %.

Z patofyziologického hlediska lze etiologicky členit náhlou zástavu oběhu na kardiální a hypoxické (Franěk, 2011).

Maláska et al. (2020) u kardiálních příčin uvádí maligní arytmie (tj. komorové fibrilace či externí bradykardie atp.), přičemž tyto arytmie vznikají na podkladu infarktu myokardu. Asfyxii, která dále dominuje hlavně u dětí, (viz. Bartůněk et al., 2016) s přihlédnutím k cílové skupině, na kterou je práce zaměřena, uvádět nebudu.

Hypoxické příčiny pak signalizují změny vznikající mimo oběhový systém, jakými může být obstrukce dýchacích cest, intoxikace, stavy po tonutí atd. (Málek et al., 2019).

Identifikace srdeční zástavy není v mnohých případech jednoduchá, avšak čas na rozpoznání a aktivaci přetěžce přežití vyžaduje preciznost a rozhodnutí v co nejkratším čase (Truhlář et al., 2015).

Typickým příznakem je bezvědomí, které se obvykle projeví během 15 vteřin od zástavy oběhu (Šeblová et al., 2018). Hasík et al. (2017) dále doplňuje bezdeší či popřípadě lapavé vdechy (tzv. gasping). U gaspingu je specifické, že kvalitně prováděná resuscitace může prodloužit dobu jeho trvání či jej dokonce vyvolat (Šeblová et al., 2018).

Některé zdroje uvádí možnost vyhledávat tep, (tj. palpitaci pulzu), pro laickou veřejnost tato metoda není však adekvátní a neměla by ji využívat (Truhlář et al., 2015).

Pro úplnost je třeba zmínit, že pro některé záchránce můžou být matoucí křečové epizody, které jsou však u zástavy důsledkem hypoxie centrální nervové soustavy (Franěk et al., 2017).

Následná první pomoc se řídí doporučenými postupy, které byly naposledy, jak pro laiky, tak odborníky, aktualizovány v roce 2021 (New ERC Guidelines, 2021). Česká resuscitační rada nová doporučení představila v rámci odborného sympozia v červnu roku 2021 (ČRR, 2021).

Postup první pomoci u resuscitace si lze představit jako sled postupů, které umožní včasné rozpoznání stavů, na jejichž základě usilujeme o obnovení funkce krevního oběhu a dodávek okysličené krve v oběhu (Ševčík, 2014). Základním cílem resuscitace je uchránění mozku před ireverzibilními poškozeními (Šeblová et al., 2018).

Níže popsané postupy se zaměřují na tzv. základní, neboli laickou, první pomoc (BLS - Basic life support) (Šeblová et al., 2018), která odpovídá profesnímu zařazení a získanému vzdělání z kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách.

Při příchodu na místo zajistí záchránce svou bezpečnost a provede zhodnocení stavu zraněného, přičemž u zástavy oběhu je rozhodující zjištění stavu vědomí a dech (Hasík et al., 2017).

Resuscitace má relativně jednoduchou indikaci a kontraindikaci, u laiků však rozhoduje vždy odborně vzdělaný zdravotník (optimálně lékař) vyjma jednoznačných případů, jakými je kupříkladu posmrtná hniloba či dekapitace atp. (Remeš et al., 2013).

V případě, že záchránce vyhodnotí situaci k resuscitaci, pak bezodkladně před zahájením dalších úkonů kontaktuje zdravotnickou záchrannou službu, pokud jsou na místě záchránce dva, pak jedna zahájí resuscitaci a další zajištění přivolání pomoci (Truhlář et al., 2015).

## Obrázek č. 12 – Algoritmus jednotlivých úkonů u resuscitace



*Zdroj: HZS (2018)*

Pokud je zachránce v místě resuscitace sám, pak je doporučeno, aby na mobilním telefonu aktivoval hlasitý odposlech, popřípadě využil handsfree (Olasveengen et al., 2021).

Po přijetí hovoru a vyhodnocení situace poskytuje operátor střediska zdravotnické záchranné služby tzv. TANR, tj. telefonickou neodkladnou resuscitaci, při níž instruuje zachránce přesnými kroky první pomoci (Šeblová et al., 2018). Pro rychlejší a účelnější poskytnutí pomoci je více než vhodné, aby zachránce disponoval alespoň minimálními znalostmi, které jej ujistí v místě položení rukou, hloubce stlačení atp. (Franěk, 2017).

Hasík et al. (2017) uvádí, že resuscitace je poskytována výhradně u osob, které leží na zádech a nacházejí se na pevné podložce, neboť jedině tak je komprese smysluplná.

Ruce se umístí na zajištěný hrudní koš (tj. bez zipů, kostic spodního prádla atd.), na spodní polovinu hrudní kosti (Semeraro et al., 2021). Osoba poskytující první pomoc klečí vedle zraněného, prsty jsou pro resuscitaci propleteny, přičemž pro účel resuscitace je níže uložená ruka dominantní (Olasveengen et al., 2021).

## Obrázek č. 13 – Lokalizace umístění rukou při resuscitaci na hrudním koši



*Zdroj: Basismaßnahmen der Wiederbelebung (2015)*

Semeraro et al. (2021) konstatuje, že hloubka stlačení musí být nejméně 5 cm, avšak ne hlouběji, nežli 6 cm, přičemž během jedné minuty by měl být hrudník stlačen a uvolněn 100 až 120.

**Obrázek č. 14 – Pozice při stlačování hrudního koše**



*Zdroj: Basismaßnahmen der Wiederbelebung (2015)*

Resuscitace může být doplněna u dospělých osob též dýchání, které doplní obsah kyslíku v krvi, avšak dýchat by měl výhradně proškolený zachránce (Hasík et al., 2017).

Pokud se zachránce rozhodne do resuscitovaného dýchat, pak tak učiní po každých 30 stlačeních dvěma vdechy při řádně zakloněné hlavě a užití ochranných pomůcek (Semeraro et al., 2021).

**Obrázek č. 15 – Umělé vdechy při resuscitaci**



*Zdroj: Basismaßnahmen der Wiederbelebung (2015)*

Výhodou u resuscitace i vdechu zůstává, pokud je v místě přítomno více osob, které si jednotlivé úkony rozdělí, popřípadě zajišťují vystřídaní pro poskytování co nejlepší kontinuální péče (DGVU, 2017).

Resuscitaci je vhodné doplnit o tzv. automatický externí defibrilátor (Olasveengen et al., 2021).

Automatické externí defibrilátory jsou umísťovány do míst, kde se předpokládá jejich využití alespoň 1-2x za rok, vzhledem ke koncentraci lidí a dostupnosti zdravotnické záchranné služby (Bulíková et al., 2011). Kódy k otevření schránek či informace k umístění přístrojů může poskytnout operátor zdravotnické záchranné služby (Wei et al., 2020).

Automatické externí defibrilátory jsou značeny mezinárodní samolepkou (ČRR, 2015).

#### **Obrázek č. 16 – Označení automatického externího defibrilátoru**

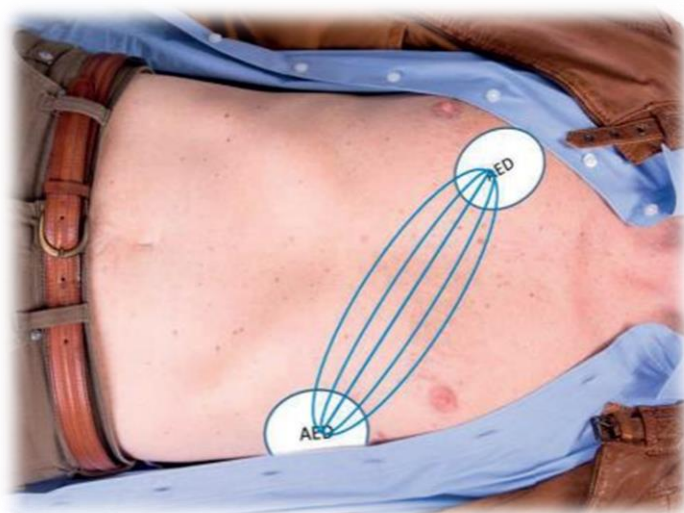


*Zdroj: ČRR (2015)*

Po přinesení přístroje k zraněnému je třeba jeho uvedení do provozu zapnutím, po spuštění přístroj sám v několika jazycích navede zachránce k dalšímu použití (Basismaßnahmen der Wiederbelebung, 2015).

Základem je správné umístění elektrod, které na základě přednastavených pokynů vyhodnotí srdeční rytmus zraněného a případně doporučují podání výboje (Semeraro et al., 2021).

### Obrázek č. 17 – Základní umístění samolepících elektrod AED na hrudi



*Zdroj: Basismaßnahmen der Wiederbelebung (2015)*

V případě, že je indikováno podání výboje, pak osoba, která výboj podává, zodpovídá za zajištění zraněného, aby se jej nikdo nedotýkal (Olasveengen et al., 2021). Výboj může být doporučen i opakovaně, avšak s určitým časovým odstupem, jež vyhodnocuje sám přístroj (Olasveengen et al., 2021).

V případě, že dojde k obnovení životních funkcí, pak je důležité, aby záchránce setrval se zraněným, kontroloval jeho dech a udržoval průchodné dýchací cesty (Franěk, 2013). Pokud je nevyhnutelné, aby záchránce na místě setrval, pak využije tzv. zotavovací polohu (dříve stabilizovanou) (Hasík et al., 2017).

### Obrázek č. 18 – Zotavovací poloha



*Zdroj: Basismaßnahmen der Wiederbelebung (2015)*

Obnovení srdeční činnosti během resuscitace je ovšem vzácné, zachránce smí ukončit resuscitace pouze za předpokladu, že resuscitovaný nabyl vědomí, došlo k vyčerpání sil zachránce, resuscitaci převzal zdravotník či jiná osoba nebo vzniklo nebezpečí, které zachránce ohrožuje (Truhlář et al., 2015).

S resuscitací se i přes snahy odborníků a mediální kampaně pojí i nadále mnoho mýtů, typicky lze jmenovat nenutnost provádění resuscitace u osob s gaspingem či obavu s hýbáním u osob s podezřením na poranění páteř nebo nesmyslná hloubka stlačení hrudníku (viz Bydžovský, 2008 nebo Kelnerová, 2007 a další). Mnohé mýty mají základ v kinematografické tvorbě (Australia Wide First Aid, 2021). České publiku mohlo mimo jiné vidět nesprávné postupy v oblíbeném seriálu Modrý kód (produkce GOOD TV), Ordinace v růžové zahradě 1 a 2 (produkce TV Nova) či Kriminálka New York (distribuce King World Productions). Nesprávné postupy nejsou ovšem jen v seriálech, nalezneme je také ve filmech jako Spiderman (produkce Laura Ziskin a Ian Bryce) a mnohé další.

### **1.7.5 Ošetření ran a zástava krvácení**

Dobiáš (2017) konstatuje, že masivní krvácení je společně se zástavou dýchání a oběhu základním život ohrožujícím stavem. Abychom stav mohli označ za krvácení, je nutné, aby došlo k porušení cévy a její obsah unikal mimo ni (Pier-Luici, 2018).

Belejová (2016) nabízí možné dělení krvácení na základě všeobecně přijatých parametrů:

1. směr krvácení:
  - ≥ zevní – krev vytéká z těla ránami či tělními otvory,
  - ≥ vnitřní – krev uniká do orgánů, tělních dutin nebo tkání,
2. intenzita krvácení:
  - ≥ malé – max. 500ml krve,
  - ≥ střední – max. 1500ml krve,
  - ≥ masivní – nad 1500 ml krve,
3. druh krvácení:
  - ≥ tepenné – rytmicky tryskající jasně červená krev,
  - ≥ žilní – tmavě červená krev plynule vytékající,
  - ≥ vlasečnicové – povrchové poranění,
  - ≥ smíšené – kombinace výše uvedených druhů.

Pro první pomoc záchránce využije zejména směr a intenzitu krvácení, druh krvácení nesehrává v první pomoci významnou roli, navíc při ranách a závažnějších poraněních je krvácení logicky druhu smíšeného (Penka et al., 2014).

Krvácení můžeme dělit do několika stupňů, které mají též charakteristické příznaky, jako změny krevního tlaku, zrychlené dýchání, projevy v barvě pokožky nebo bezvědomí (Belejová, 2016).

Zevní krvácení, jež má charakter krvácení masivního, je nejčastěji způsobeno nejrůznějšími druhy ran a amputacemi (Hasík et al, 2017). Typickými ránami, s nimiž se může záchránce setkat, jsou odřenyiny, řezné, sečné, bodné, tržné či střelné rány (Kelnerová et al., 2012). Krvácení zevní je doprovázeno pocitem slabosti, mdlobou a chladem (Kelnerová, 2012).

Poskytování první pomoci u zranění, kde je přítomna krev, patří mezi rizikové situace, při nichž záchránce nesmí zapomínat na svou bezpečnost, a to nejméně ochrannými rukavicemi, jež brání přenosu nákaz (Mazánek, 2015).

Samotná první pomoc u zevního krvácení se odvíjí od počtu zraněných a záchránců, přičemž svou roli sehrává také množství ztráty krve (Lejsek, 2013).

U poranění, jehož intenzita odpovídá střednímu či masivnímu krvácení, je nejčastěji užíván tzv. tlakový obvaz (Lejsek, 2013).

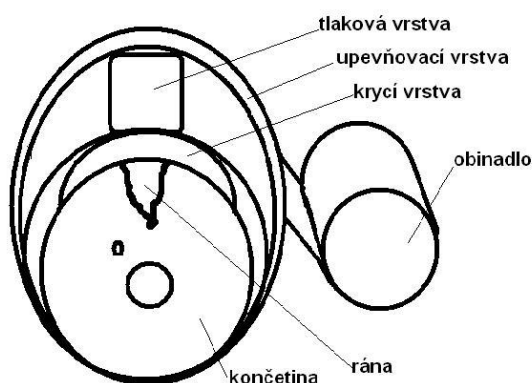
Obvazy lze koupit již hotové, popřípadě je samostatně vytvořit přiložením jednoho obinadla (tlaková vrstva) na ránu a jeho následnou fixací druhým obinadlem (Saibertová, 2017). Malá a Přeán (2016) neopomíjí ani situace, při nichž obvaz prosakuje, pak doporučují přidání další vrstvy na již aplikovaný tlakový obvaz, avšak nejvíce lze takto užít tři vrstvy.

Součástí tlakového obvazu nesmí být žádné tvrdé předměty, neboť tlak má vyvíjet výhradně fixační obinadlo (Malá a Peřan, 2016). Na konci každé vrstvy je třeba pečlivě zabezpečit konec fixační vrstvy, aby nedocházelo k jejímu povolání, které by mělo za následek snížení tlaku a neúčinnost (Saibertová, 2017).

Tlakový obvaz však není všespásný a nelze jej užít kupříkladu na krku, kloubním spojení atp. (Saibertová, 2017).



**Obrázek č. 19 – Schéma tlakového obvazu**



*Zdroj: Miklíková (2011)*

Pokud tlakový obvaz není možné užít či bylo vyčerpáno maximálního počtu vrstev, pak záchránce přistoupí k užití zaškrcovadla (někdy označováno jako turniket) (Bernatová, 2017). Samotné zaškrcovadlo je ovšem krajním prostředkem, který by měli laici užívat jen v nevyhnutelných případech (Hasík et al., 2017).

Zaškrcovadlo se přikládá nad ránu, nesmí být užito na kloub a jeho okolí, přičemž všeobecně je užíváno výhradně na končetiny (Saibertová, 2017). Z doporučení lze dále uvést, že jej nelze přikládat na holou pokožku a záchránce jej nepovoluje, pouze si poznačí čas, kdy došlo k jeho přiložení (Kelnarová, 2012).

**Obrázek č. 20 – Zaškrcovadlo pryžové**



*Zdroj: Soukromý archiv autora práce*

Zaškrcovadlo musí mít šířku nejméně 5 cm, nelze jej tedy nahrazovat různými dráty, kabely atp. (Hasík et al., 2017).

U zevního krvácení se lidé často setkávají i s tzv. epistaxií, tzv. krvácením z nosu. Toto zranění je způsobeno narušením cév v dutině nosní a nebývá z pravidla nebezpečné (Lejsek, 2013).

Kelnerová (2012) doporučuje, aby krvácející seděl v předklonu a tiskl skořepu nosní. Na zátylek lze aplikovat studený obklad a doporučit dýchání ústy (Kelnerová, 2012). Pokud je krvácení masivní nebo se samo do 10 minut nezastaví je doporučeno vyhledat odborné vyšetření (Hasík et al., 2017).

Výjimkou nebývají ani cizí předměty, které zůstávají v ráně. Pokud je v ráně cizí těleso zaklíněno, pak s ním laický záchránce více nemanipuluje a ponechá jej tak. Pokud se ovšem cizí těleso v ráně nachází volně a brání ošetření, pak jej může vyjmout (Saibertová, 2017). Hasík et al. (2017) doporučuje fixaci cizího tělesa vůči pohybu a ošetření okolích poranění.

K zástavě krvácení u drobnějších ran může záchránce využít nepřeberné množství zdravotnických prostředků, které jsou dostupné ve volném prodeji (Málek et al., 2017). Mezi tyto prostředky řadíme nejrůznější náplasti, gázy nebo hemostatika (Hornych et al., 2017).

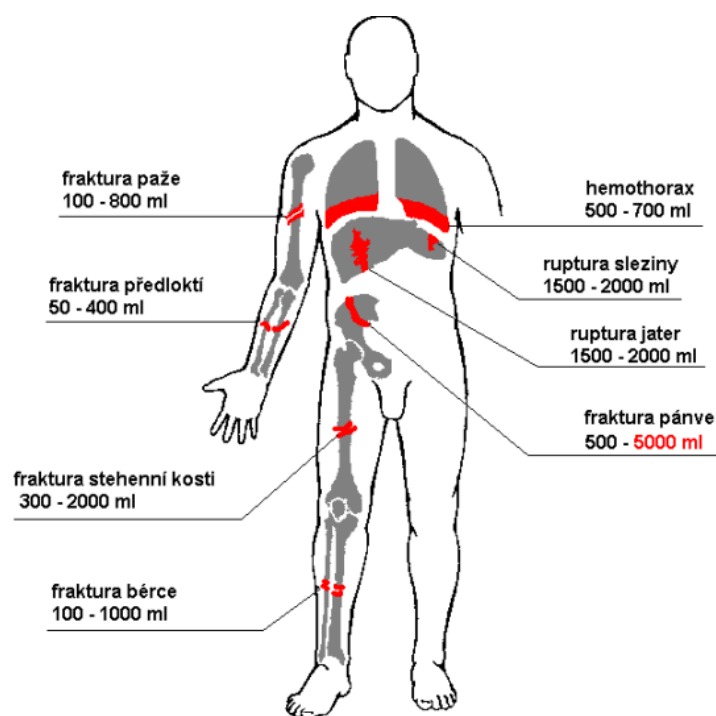
U těchto prostředků ovšem Penka et al. (2014) neopomínají připomenout, že ač jsou veřejnosti dostupné, jejich užití je specifické a měly by je tedy užívat pouze osoby poučené. K Penkovi se připojuje také Matoušek et al. (2012), který uvádí, že obdobné doporučení lze nalézt i u taktických škrtdel, která jsou volně dostupná i přes značná rizika nesprávného užití.

Krom zevního krvácení se v první pomoci setkáváme také s krvácením vnitřním (Kelnerová, 2012). U krvácení vnitřního nedochází k úniku krve mimo tělo, ale krev vyplňuje orgány, tkáň nebo dutiny (Saibertová, 2017).

Vnitřní krvácení vzniká na podkladě traumatu, popřípadě se s ním můžeme setkat u závažných interních chorob (Česka et al., 2020). Identifikace takových krvácení je mnohdy složitou a při vyčkávání může mít fatální následky (Lejsek, 2013).

V laické praxi se nejčastěji setkáme s krvácením do dutiny lebeční, hrudní, břišní či měkkých tkání při zlomeninách kostí (Belejová, 2016).

**Obrázek č. 21 – Přehled krevních ztrát při vnitřních poranění**



*Zdroj: Neumann (2011)*

Typickými projevy vnitřního krvácení je bledost, chladná kůže, studený pot, slabost, únava, neklid, porucha vědomí nebo pocit žízně (Hasík et al., 2017).

První pomoc v takových případech zahrnuje omezení manipulace se zraněným a předcházení rozvoji šoku (Bernatová, 2017). Dle Belejová (2016) máme mnoho druhů šoku, společným jmenovatelem však je jejich smrtelnost.

Za šok považujeme situaci, při níž dojde k poklesu průtoku krve v cévách, čímž se omezí dodávky kyslíku a živin (Belejová, 2016). Toto omezení dodávek společně s omezeným odsunem odpadních látek znamená pro tělo šok, se kterým se jen těžko vyrovnává (Dobiáš, 2017).

Příznaky šoku jsou velmi rozsáhlé, neboť šokové stavy se mohou týkat většiny tělních systému (Belejová, 2016), jmenovat lze například apatii, somnolenci, agresivitu, mramorovanou pokožku, změny v dýchání, nevolnost nebo pocit žízně a mnohé další.

Šokové stavy mají několik fází, přičemž záchránce usiluje, aby nedocházelo k přechodu do fází horších (Austin, 2015). K tomuto slouží tzv. protišoková opatření, která se laické veřejnosti vžila do povědomí, jako 5T (Saibertová, 2017).

5T se skládá z:

- ≥ tepla – tepelný komfort zajistím našim oblečením, popř. izotermickou fólií atp.,
- ≥ ticha – zajištění podpory a uklidnění raněného,
- ≥ transportu – zajištění odborné pomoci, potažmo odsun do bezpečí,
- ≥ tišení bolesti – výhradně slovem, popřípadě úlevovou polohou,
- ≥ tekutin – pouze zvlhčování rtů, tekutiny ke konzumaci nelze (Saibertová, 2017).

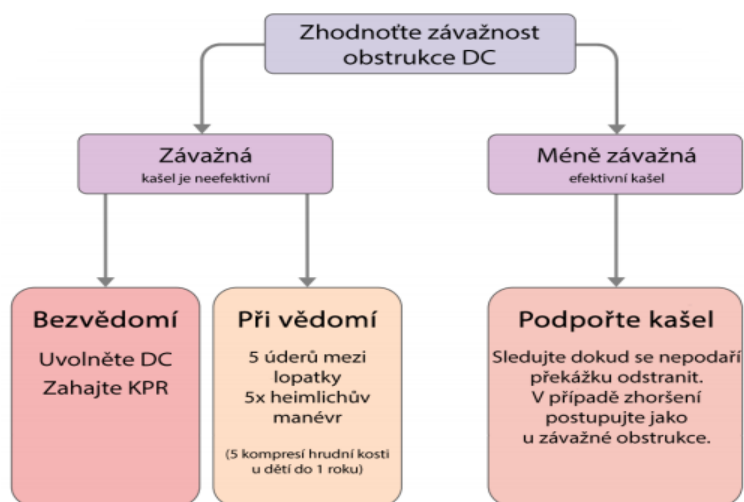
Se zástavou krvácení se pojí také mnoho mýtů, které většinou souvisejí s nedostatkem nových informací. V lidech do dnes typicky přetrvávají snahy využívat tlakové body, zvedat po obvázání končetiny, aplikovat protišokovou polohu nebo přemýšlet nad otázkou, která strana izotermické fólie hřeje a jaká chladí (Austin, 2015).

### 1.7.6 Uzávěra dýchacích cest cizím tělesem

Klementa (2014) zdůrazňuje další často se vyskytující stav, kterým je uzávěra dýchacích cest cizím tělesem. Tento stav se řadí mezi tzv. život ohrožující, neboť při nedostatku kyslíku dochází k poškození tělesných orgánů a tkání (Hasík et al., 2017).

Málek (2019) uvádí, že důvody pro vznik uzávěry jsou různé, od vdechnutí jídla, drobných předmětů nebo tekutiny, přes otoky v hrdle při infekcích, bodnutí žihadlem atp. Příznaky obstrukce jsou velmi nápadné, zraněný při nich hlučně dýchá (někdy je slyšitelný chrapot, sípání nebo pískání), periferie těla se stávají cyanotickými, dusící si také většinou svírá krk svýma rukama (Bernatová, 2017).

**Obrázek č. 22 – Algoritmus obstrukce dýchacích cest (zjednodušeno)**



*Zdroj: Prokopová et al. (2021)*

Jak je patrné z algoritmu, pokud se jedná o méně závažnou obstrukci (tj. je schopen mluvit, dýchat a kašlat), pak zraněného vyzýváme ke kašli (Hanušová, 2014). I přes to, že je však obstrukce méně závažná hrozí, u ní stále ztráta vědomí (Hasík et al., 2017).

Základním krokem u závažné obstrukce, pokud je zraněný při vědomí, je tzv. Gordonův manévr (Lejsek et al., 2013). Jedná se o způsob zprůchodnění dýchacích ve chvíli, kdy je cizí těleso hlouběji a zraněný jej sám vykašlat nezvládne (Maláska et al., 2020).

Jeho provedení je založeno na podepření hrudníku zraněného a předklonu, přičemž následně záchránce provede 5 různých úderů mezi lopatky hranou své druhé ruky (Saibertová, 2017).

### **Obrázek č. 23 – Gordonův manévr**



*Zdroj: Basismaßnahmen der Wiederbelebung (2015)*

Pokud se situace s dušením nezmění ani po 5 úderech mezi lopatky, pak je doporučeno, aby záchránce využil tzv. Heimlichova manévru, který je někdy označován, jako stlačení nadbřišku (Ševčík et al., 2014).

Záchránce se postaví k postiženému zezadu a obejmě jeho horní část břicha, následuje předklon směrem dopředu a prudké stlačení pěsti do břicha a směrem nahoru (Lejsek et al., 2013).

Tento manévr není doporučován u více celkových skupin, avšak pro účely této práce je důležité vyzdvihnout zejména obězí osoby s tělesným postižením (Ševčík et al., 2014).

## Obrázek č. 24 – Heimlichův manévr



*Zdroj: Basismaßnahmen der Wiederbelebung (2015)*

Při ztrátě vědomí je třeba uvolnit dýchací cesty záklonem hlavy a případně zahájit resuscitaci (Hasík et al., 2017).

### **1.7.7 Náhle vzniklá bolest na hrudi**

Saibertová (2014) konstatuje, že náhle vzniklé bolesti na hrudi mohou mít několik příčin, všechny jsou závažné, přičemž záchránce se nejčastěji setká s infarktem myokardu, poruchou páteře, zánětem dýchacích cest nebo s potíží u dechu emočně labilních osob.

Infarkt myokardu, který je nejzávažnějším stavem z výše vyjmenovaných, je označení pro nedokrvení srdečního svalu, které může vyústit až v zástavu oběhu (Hasík et al., 2017).

Mezi základní projevy patří náhlá bolest, nepříjemný tlak, svírání či pálení na hrudi (Hasík et al., 2017). Tato bolest vystupuje od ramenou nebo horních končetin a směřuje mezi lopatky a horní části břicha (Kettner et al., 2021).

Základním pravidel při podobném stavu je přivolání odborné pomoci na lince 155 (Bernatová, 2014). U postiženého omezujeme pohyb, ideálně jej umístíme do polohy vpolosedě (Malá a Peřan, 2016).

#### **Obrázek č. 25 – Poloha v polosedě**



*Zdroj: Zdravotní pojišťovna MV ČR (2011)*

Ideální poloha v polosedě je doplněno o možnost opření se tak, aby nemusel zraněný vyvíjet oporu (Hasík et al., 2017).

Pokud má u sebe zraněný léky, které mu lékař pro podobné situace předepsal, je vhodné je podat, pokud ne, pak lze uvažovat nad podání 150-300 mg tablety s acetylsalicylovou kyselinou (Samek, 2020). Hasík et al. (2017) ještě doplňuje, že je záhodno u zraněného povolit upnuté oblečení a zajistit přísun čerstvého vzduchu.

#### **1.7.8 Náhle vzniklé poruchy řeči a hybnosti**

Za náhle vzniklou poruchu řeči a hybnosti se považuje u seniorů tzv. cévní mozková příhoda (Seidl, 2015). Nejčastěji užívanou definicí je „*rychle se rozvíjející klinické známky ložiskového mozkového postižení*“ (ÚZIS ČR 3/2012).

V praxi se můžeme setkat s:

- a) ischemickou cévní mozkovou příhodou – úplné nebo částečné přerušení přívodu krve do určité části mozku, což způsobí odumírání mozkové tkáně (Tyrlíková, 2012),

- b) hemoragickou cévní mozkovou příhodou – unikání krve z cévy způsobuje útlak mozkové tkáně a omezené zásobení nejčastěji na základě aneurysmatu (Genisin et al. 2018),
- c) intracerebrálním krvácením – ruptury malých tepének penetrující do mozkové tkáně s vysokým procentem mortality (Seidl, 2015).

Po celém světě ročně zemře na následky cévní mozkové příhody přes 5 milionů lidí a z přeživších až 25 % potřebuje pro následky institucionální péči (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 2020).

V České republice má bohužel výskyt cévních mozkových příhod narůstající trend, pohybuje se mezi 150-200 příhodami na 100 000 obyvatel a 40 % nemocných do jednoho roku umírá (Seidl, 2015).

Věk osob postižených cévní mozkovou příhodou se pohybuje mezi 66,2 až 76,6 lety, přičemž častější výskyt je zaznamenáván též u subarachnoidálního krvácení kolem 55,5 lety (ÚZIS – cévní nemoci mozku, 2020).

Klinický obraz se nemusí vždy projevit vnějšími příznaky, základní diagnostickou metodou tedy zůstávají speciální zobrazovací techniky (Seidl, 2015). Hytura (2011) zde doplňuje, že se jedná o CT mozku, magnetickou rezonanci a sonografii.

Laici mohou celkově sledovat i další příznaky, při kterých vyhledají odbornou pomoc:

- a) poruchy hybnosti,
- b) poruchy citlivosti,
- c) poruchy zraku,
- d) změny kognitivních funkcí,
- e) změny vědomí,
- f) mozečkovou poruchou (slabost, ztráta rovnováhy a koordinace chůze),
- g) cefalou (náhlou bolestí hlavy) (Seidl, 2015).

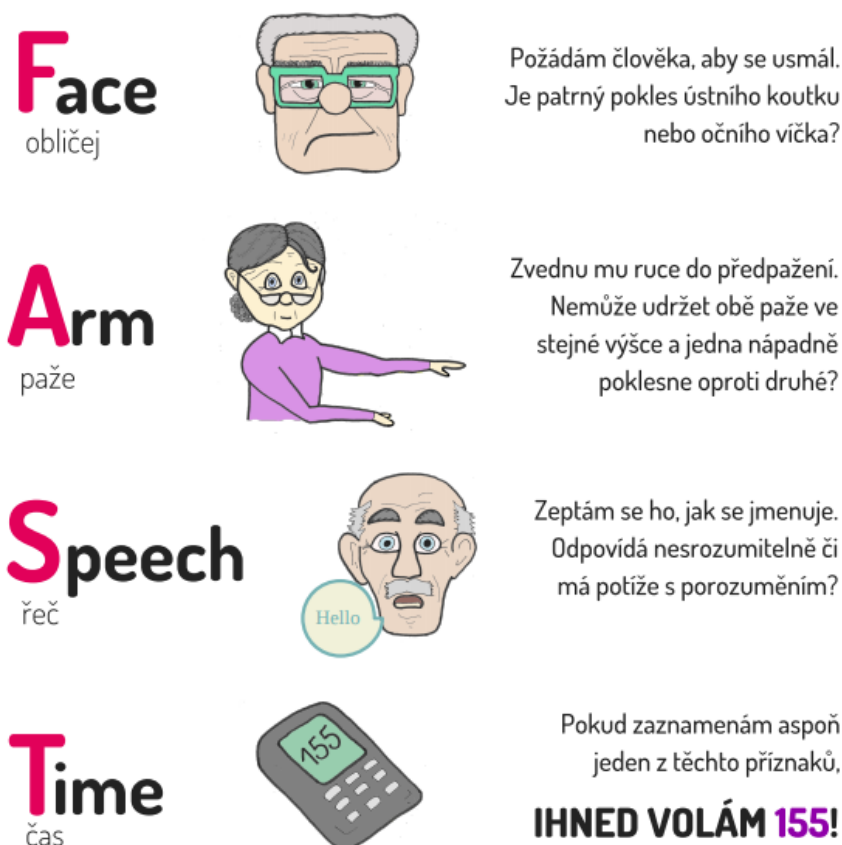
Obdobně, jako Seidl nahlíží na problematiku také Bernatová (2017), krom již jmenovaného, přikládá důraz též zmatenosti, neschopnosti hovořit atp.

Pro zjednodušení a využití bez přístrojového vybavení byl vytvořen test FAST, který slouží ke zjednodušené diagnostice (Remeš et al., 2013). Test zhodnocuje obličejovou mimiku,



symetrii při zvedání obočí, cenění zubů, citlivost obou polovin těla nebo schopnost plazení jazyku v čáře (Volný et al., 2016).

### Obrázek č. 26 – Průvodce cévní mozkovou příhodou pro pacienta a rodinu (FAST)



Zdroj: Cerebrovaskulární sekce ČNS JEP (2021)

První pomoc staví na nutnosti bezprostředního rozeznání cévní mozkové příhody, které je stěžejní pro aktivaci zdravotnické záchranné služby (Hasík et al., 2017). Samozřejmostí je tepelný komfort a sledování životních funkcí (Hasík et al.).

U cévní mozkové příhody je též velké riziko vzniku bezvědomí, tedy částečnému nebo úplnému zastavená funkce centrálního nervového systému (Hasík et al., 2017).

Zraněný nereaguje na oslovení ani bolestivý podnět, mnohdy leží nebo sedí ve zkroucené poloze (Hasík et al., 2017). Typickým je také povolení svalového napětí (Bernatová, 2017).

Samotné bezvědomí značí vážný stav, navíc během něj může dojít k napadnutí kořene jazyku na tvrdé patro, což způsobí zástavu dechu (Bernatová, 2017).

### 1.7.9 Pád

S věkem přichází také mnohé změny tzv. posturální stability, které mění strategie jejího udržování (Gopal et al., 2018). Tyto strategie přeměňují svalovou aktivitu k co nejvyšší koordinaci motorických programů a dalším silám z okolí (Bizovská et al., 2017).

Právě tyto změny, související se změnami strategie, mají významný vliv na vývoj pádů z fyzikálních faktorů, jakými je plocha opěrné báze, hmotnost a poloha těžiště, charakter kontaktu s opěrnou plochou či postavení a vlastnosti hybných segmentů (Kolář, 2020).

Pád není dodnes jednoznačně definován, avšak odborná veřejnost se shoduje na tom, že pád je pro jedince neočekávaná, náhlá a nechtěná změna polohy jeho těla, při níž se ocitne na zemi, podlaze nebo jiném níže položeném povrchu (Bizovská et al., 2017).

Pád může být znakem akutního stavu nebo může vzniknout na základě tzv. involučních změn, u obou událostí je ovšem výhradně důsledkem procesu, který vede ke zranění (Bizovská et al., 2017).

Pády postihnou 20-30 % osob ve věku 65-69 vlet, přičemž u osob nad 85 let se týkají až 50 % (Registered Nurses' Association of Ontario, 2017). Homann et al. (2013) k tomuto konstatuje, že pády jsou pátou nejčastější příčinou smrti, a to převážně u osob ve věk 65 let.

V česku lze sledovat vývoj pádů na statistice hospitalizací, přičemž v roce 2018, jako třetí nejzávažnější důvod, uvádí jiné následky vnějších příčin, u nichž byly důvodem úrazu různé typy pádů v 63,6 % (ÚZIS ČR, 2019).

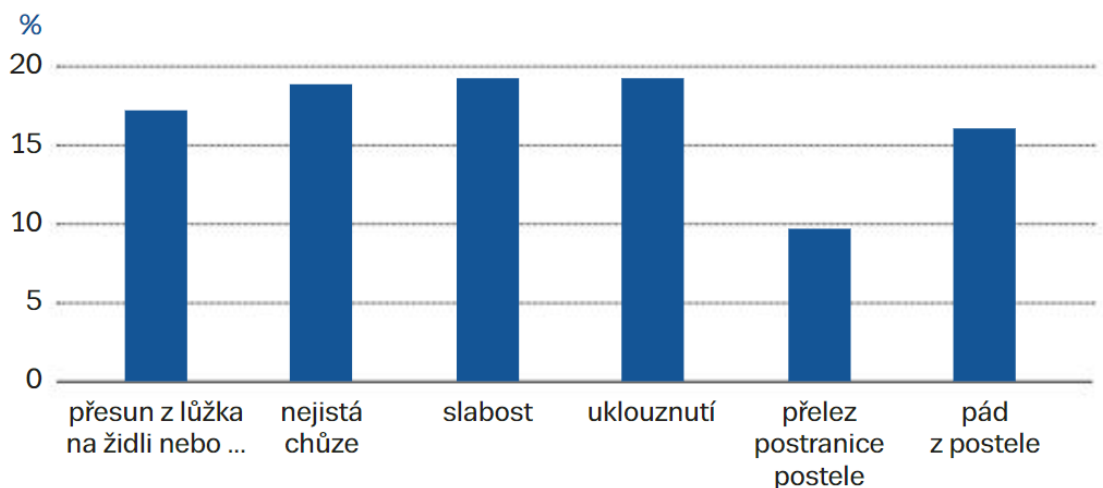
Popsat rizikové faktory pádu je též velmi složité, neboť odborná literatura jich zmiňuje přes 400 (College of Occupational Therapists, 2015).

Mezi vnitřními rizikovými faktory nalezneme předchozí zkušenost s pádem, nejistotu při chůzi, omezení pohybového aparátu, duševní dezorientaci, akutní i chronická onemocnění nebo nízkou tělesnou hmotnost (Canadian Patient Safety Institute, 2015). Jarošová et al. (2014) shledává v našem prostředí jako rizikové také užívání sedativ, anxiolytik, benzodiazepinů a psychofarmak.

Za vnější rizikové faktory pak považujeme vše, co nesouvisí se základním onemocněním nebo užíváním léků, typicky se jedná o životní styl, změny v chování atp. (Botíková et al., 2015).

Rizikové činnosti, které vedou nejčastěji k pádu u seniorů v lůžkových zařízeních v České republice, popisuje Žatková et al. (2019).

**Graf č. 2 – Příčiny pádu**



*Zdroj: Žatková et al. (2019)*

Pády způsobí až v 87 % poranění končetin, nejčastěji frakturu (tj. zlomeninu) (Hronovská, 2012). Krom fraktur lze dále ještě jmenovat poškození kloubů, svalů a šlach (Bernatová, 2017).

Základním projev poranění končetin je omezená hybnost, velká bolestivost nebo tvorba krevního výronu (Hasík et al., 2017). U kloubních poškození může být znatelné posunutí kloubu, končetina může začít blednout atp. (Hasík et al., 2017). U otevřené zlomeniny je pak v mnohých případech viditelná kost (Bernatová, 2017).

S poraněnou končetinou manipulujeme co nejméně a totéž, ve smyslu nezatěžování končetiny, doporučíme zraněnému pro minimalizaci zbytečné bolesti (Hasík et al., 2017). Pokud se jedná o otevřenou ránu s krvácením, pak záchránce postupuje podle známých faktů (viz kapitola Ošetření ran a zástava krvácení). U krvácení nižší intenzity není většinou třeba přikládání tlakového obvazu, postačí překrytí sterilním krytím (Hasík et al., 2017).

V případě, že došlo k poranění kloubu, pak se jedná o tzv. distorzi (podvrtnutí) či luxaci (vykloubení) (Bernatová, 2017). U distorze není ve většině případů nutná lékařská intervence, zatímco u luxace je vyžadována (Saibertová, 2017). Navrácení kloubu do původní pozice není určeno laikům, neboť ve většině případů není účelné a způsobí krom bolesti také poranění okolních tkání (Lejsek, 2013).

Dalšími typickým úrazem je poranění páteře, které je častým právě u seniorů nebo osob dlouhodobě nemocných (viz Ševčík et al. 2014). Mechanismus úrazu je většinou nepřímý, tj. komprese, distrakce, flexe a extenze, rotace či translace páteře (Hirt et al., 2011).

Hasík et al. (2017) konstatuje, že stavy, při nichž je poraněna páteř, vyžadují šetrnost a pečlivost, pokud je manipulace nevyhnutelnou. Zraněný obvykle udává bolestivé místo, poruchy hybnosti či citlivost nebo svalovou slabost (Hasík et al., 2017).

Nesprávná manipulace se zraněným může vést k jeho ochrnutí, popřípadě zraněním neslučitelným se životem (viz poranění krční páteře atp.) (Saibertová, 2017).

Bernatová (2017) doporučuje, že pokud je postižený při vědomí, pak prim hraje komunikace, u níž vysvětlujeme nutnost omezení pohybu a zachování současné polohy. Zajištěn má být tepelný komfort a pravidelná kontrola dechu.

Pokud je však zraněný v bezvědomí a nedýchá, má zajištění životních funkcí přednost před poraněním páteře a míchy (Hasík et al., 2017). Záchránce zde tedy bude postupovat podle známých faktů (viz kapitola Zástava oběhu).

Pokud je nutná manipulace, ať již pro zajištění životních funkcí nebo bezpečí, je nutné dbát maximální opatrnosti, doporučována je poloha na zádech a fixace krční páteře za účelem omezení zbytečných pohybů (Bernatová, 2017).

Při pádech se zraněným nevyhýbají ani úrazy spojené s mozkolebečními poraněními (Ševčík et al., 2014). Zde lze jednoduše konstatovat, že mozkolední poranění představují poškození lebky a mozku, vč. případného rizika vzniku krevních výronů (Bernatová, 2017).

Projevem jsou mechanismy úrazu, poruchy vědomí, paměti, zmatenost, nauzea, zvracení nebo bolest hlavy (Hasík et al., 2017). U vážnějších stavů může mozkolední poranění dále doprovázet krvácení z nosu či uší, popřípadě rozšíření zornic a brýlový hematom (Bernatová, 2017).

První pomoc je založena na přivolání první pomoci, zajištění tepelného komfortu a kontrolu stavu zraněného (Bernatová, 2017). Hasík et al. (2017) dále uvádí, že v případě přidružených poranění je možné ošetřit drobné oděrky atp.

Pokud bude u zranění přítomno krvácení, pak je vhodné zraněného uložit do polohy, při níž bude krev volně odcházet bez rizika aspirace či jejího polykání (Saibertová, 2017).

## 2 Cíl práce a výzkumné otázky

### **Téma výzkumu:**

Zvyšující se počet seniorů a osob závislých na péči druhé osoby se nevyhýbá ani České republice. Tyto osoby mohou využívat k zajištění péče o vlastní osobu širokou škálu sociálních služeb v souladu se Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění.

Specifickou službou je tzv. domov se zvláštním režimem, jehož cílovou skupinu představují osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí.

Právě výše specifikované cílové skupiny vyžadují specifické metody a techniky práce, které kladou zvýšené nároky na personál. Samotná otázka personálního zajištění je ovšem dlouhodobě diskutovanou všeobecně, nejen u jednotlivých cílových skupin. Mnohá zařízení se potýkají s nedostatkem zdravotnických pracovníků, přičemž jejich největší nedostatek pocítujeme na nočních službách.

Během nepřítomnosti zdravotnických pracovníků je v případě potřeby povinen poskytnout první pomoc pracovník v sociálních službách. Tito pracovníci získávají svou kvalifikace zejména kurzy, jejichž součástí je i první pomoc. Kvalita kurzů se ovšem značně různí, stejně jako osvojené kompetence a dovednosti u absolventů.

**Cílem** této práce bylo popsat, jakým způsobem si pracovníci v sociálních službách, působících v registrovaných sociálních službách domovů se zvláštním režimem na území Jihočeského kraje, osvojili kompetence v oblasti první pomoci získané během kvalifikačního procesu.

### **K naplnění cíle práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:**

1. Jak probíhala výuka laické první pomoci v rámci kvalifikačních kurzů u respondentů?
2. Jak hodnotí přínos výuky laické první pomoci v rámci kvalifikačního kurzu pro svou profesi respondenti?
3. Do jaké hloubky jsou respondenti seznámeni se zázemím pro poskytnutí první pomoci v rámci svého pracoviště?
4. Jaká je úroveň teoretických kompetenčních znalostí laické první pomoci u respondentů?
5. Jaké jsou zkušenosti respondentů s poskytováním první pomoci klientům?

## 3 Metodologie

### 3.1 Metody a techniky sběru dat

#### Kvantitativní část výzkum

Pro zpracování empirické části rigorózní práce, která se zaměřovala na kvantitativní výzkum, byla jako metoda zvolena dotazování a technikou byl dotazník vlastní konstrukce. K tomuto kroku bylo přistoupeno na základě specifického výzkumného vzorku a cíle, který si práce kladla.

Samotnému dotazníku předcházel dopis, ve kterém byli respondenti seznámeni s účelem výzkumu, zachováním anonymity nebo doporučeným postupem pro vyplňování. Specifikována v něm byla také cílová skupina, které je dotazník určen. Dopis dále obsahoval kontakt na autora práce pro možnost kontaktu v technických záležitostech atp.

Sběr dat probíhal výhradně on-line formou prostřednictvím Google Forms. Osloveni byli emailem vedoucí pracovníci (tj. ředitelé či vedoucí sociálních úseků) s žádostí o předání odkazů pro vyplnění dotazníku zaměstnancům, kteří odpovídají výzkumnému souboru. Po 14 dnech od zaslání dotazníku autor práce kontaktoval zařízení ještě jednou s žádostí o předání odkazů a to cestou telefonickou.

Dotazník vlastní konstrukce (viz příloha č. 1) obsahoval celkem 5 okruhů, které jsou mezi sebou provázané. Maximální počet otázek v případě, že respondent uvedl specifické odpovědi do otázek filtračních, bylo 21. Všechny otázky užití v dotazníku byly uzavřené.

První okruh tvořilo 5 otázek, které plnily funkci identifikační. Respondenti v nich uváděli své pohlaví nebo nejvyšší dosažené vzdělání, zvolili věk z multipl choice nabídky či specifikovali délku trvání jejich pracovního poměru v sociálních službách. Jedna z identifikačních otázek byla tzv. třídící, díky níž došlo k ověření, že respondenti, kteří se zapojili do výzkumu, získali skutečně svou kvalifikaci na kvalifikačních kurzech a odpovídají tak stanovenému výzkumnému souboru.

Dalším okruhem otázek byly otázky meritorní (čtyři), které si klady za cíl zjistit, zda byl modul s první pomocí v kurzu reálně vyučován, kolik hodinu mu bylo věnováno, jakým způsobem výuka probíhala nebo jak hodnotí tuto výuku respondenti zpětně z pohledu účastníka.

Okruh klasifikace pak vybídl respondenty k hodnocení, zda kurz splnil jejich očekávání, ve smyslu přínosu pro první pomoc, nebo jestli se na základě něj cítí být připraveni pomoc poskytnout.

Následující tři otázky dalšího okruhu, taktéž meritorní, ověřovali, jak se respondenti orientují v záležitostech zajištění lékárníček na pracovišti. Respondenti se tak vyjádřili, zda ví, kde na pracovišti naleznou lékárníčku, jestli znají její obsah a zda umí její obsah použít.

Největší část dotazníku vlastní konstrukce tvořily otázky meritorní (8), které v další části ověřovaly znalosti respondentů. Tyto otázky byly koncipovány na výběr z multipl choice, přičemž respondent v znění otázky získal základní podstatné informace o stavu zraněného, popřípadě zranění. Základní informace představovaly tzv. modelovou situaci, tj. popis klientova stavu; situace, jaká stavu předcházela nebo základní informace, které by při vyšetření pracovník běžně zjistil.

Poslední tři otázky (taktéž meritorní) se pak zaměřovaly na sebezkušenost s poskytováním první pomoci u pracovníků v sociálních službách v rámci zaměstnání. Respondent zde hodnotil, zda se s touto situací a setkal a pokud ano, pak zda se cítil jistě a jak se při ní zachoval.

### Kvalitativní část výzkumu

Kvalitativní část výzkumu byla do práce zařazena s přihlédnutím ke komplexnímu pojetí daného tématu ve smyslu ilustrace postupů využitých u kvalifikovaných pracovníků v sociálních službách. Pro zpracování bylo využito metody kazuistika, techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Základním typem kazuistiky, který byl v práci využit je kazuistika deskriptivní (tzn. popisná). Její využití je v práci čistě prozaické – pochopit a porozumět, neboť účelně dokumentuje fenomén a jeho kontext v přesně ohraničených nuancích.

Řádná ilustrace případů byla zajištěna tzv. polostrukturovaným rozhovorem, který obsahoval deskriptivní výzkumné otázky. Tato technika tak umožnila rychlou organizovanost a systematickosti pro uskutečnění této části.

Někteří autoři doporučují výhradně rozhovor řízený s předem danou strukturou. K tomuto jsem se však s přihlédnutím k tématu a proměnným, které se mohly v probíraných případech vyskytnout, nepřiklonil. Polostrukturovaný rozhovor vnímám jako optimální techniku, neboť umožnila probrat detaily, které by u řízeného rozhovoru nemusely být vyřčeny.



Jednotlivé rozhovory byly vždy vedeny pouze s jediným komunikačním partnerem pro zajištění soukromí. Před zahájením sběru dat byl komunikační partner poučen o účelu výzkumu, možnosti účast odmítnout a způsobu anonymizace pro jeho ochranu. Pro následující zpracování dat byly rozhovory nahrávány na diktafon. Své vyjádření souhlasu se sdělenými informacemi ztvrdil komunikační partner na tzv. informovaném souhlasu (viz příloha č. 2).

Komunikační partneři byli osloveni skrze poptávkový formulář na sociálních sítích v neformálních skupinách pro pracovníky v sociálních službách. Rozhovor byl uskutečněn v on-line prostředí přes aplikaci Zoom či Skype.

Rozhovor byl veden otázkami otevřenými, které byly předem připraveny. Otázky byly členěny do 4 oblastí pro komplexní uchopení tématu. Scénář rozhovoru je přílohou č. 3 této práce.

První oblast se týkala identifikačních údajů komunikačního partnera. Druhá oblast se zaměřovala na způsob, jakým se komunikační partner ocitl v situaci, která vyžadovala poskytnutí první pomoci. Ve třetí oblasti popisovali komunikační partneři jejich postup v poskytování první pomoci. Poslední oblast, tj. čtvrtá, odkrývala zpětně pocity, které komunikační partneři při poskytování první pomoci prožívali.

## **3.2 Výzkumný soubor**

### Kvantitativní části výzkumu

Výzkumný soubor tvořily sociální služby s registrovanou sociální službou domova se zvláštním režimem dle zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění. Pro zařazení do výzkumu musely služby splnit dále podmínku, že zařízení poskytuje služby na území Jihočeského kraje. Tuto podmínku pro zapojení do výzkumu splňovalo 21 sociálních služeb (viz Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2021).

V těchto 21 způsobilých službách bylo k 01.09.2021 359,65 ( $\approx$  360) úvazků pro pracovníky v sociálních službách dle §116, písm. a) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění (viz Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2021).

Výpočet reprezentativního vzorku proběhl za pomoci nástroje Sample Size Calculator od společnosti Creative Research Systems. Optimální hranice pro zachování spolehlivosti úrovně 95 % a intervalu spolehlivosti 5 tedy tvoří 186 úvazků (dále pro účely práce 186 osob).

Do výzkumu se mohly tedy zapojit osoby, které měly v době jeho uskutečnění platný pracovní poměr ve výše specifikovaných sociálních službách na pozici, jejíž pracovní náplň je řadí

do §116, písm. a) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění. Další podmínkou byla kvalifikovanost, tzn., do výzkumu se mohly zapojit pouze osoby, které již kvalifikaci v kvalifikačním kurzu získaly.

### Kvalitativní část výzkumu

Výzkumný soubor tvořily sociální služby s registrovanou sociální službou domova se zvláštním režimem dle zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění. Účast v kvalitativní části výzkumu nebyla určena pro pracovníky v sociálních službách v registrovaných službách na území Jihočeského kraje (viz kapitola Etické aspekty výzkumu).

Krom již zmíněného pracovního úvazku ve specifikované službě bylo podmínkou, aby byli pracovníci v sociálních službách kvalifikováni na základě kvalifikačního kurzu.

Stanoveným cílem pro naplnění účelu kvalitativní části bylo získání čtyři úplných rozhovorů s komunikačními partnery, z nichž má být obsaženo téma poskytování první pomoci při zástavě oběhu, pádu, uzávěry dýchacích cest cizím tělesem a náhle vzniklé poruchy řeči a hybnosti.

### **3.3 Časový harmonogram**

Harmonogram vypracování rigorózní práce byl rozdělen do dvou částí.

#### První fáze se zaměřovala na teoretickou část práce.

V období května až června 2021 byla zpracována rešerše odborné literatury. K tomuto byla využita metoda Evidence-based practice. Příprava podkladů si kladla za cíl sumarizovat dosavadní poznání za užití odborných monografií a článků ve vědeckých časopisech. Primárně byly využity systematic review a metasynthesis databázích SCOPUS, Plos One, Pro Quest, PubMed, HighWire, JST OR, Web of Sienc, Campbell Collaboration. Všechny zdroje prošly následně metodou kritického zhodnocení.

Na základě získaných poznatků došlo v červenci ke zpracování osnovy práce, z níž vzešly téze. Předběžná přihláška a téze byla následně v srpnu předána k posouzení garantovi studijního programu.

V srpnu a září byla zpracovaná teoretická část práce. Na začátku září se uskutečnil též předvýzkum (viz kapitola 3.4) po jeho vyhodnocení pak byla emailem oslovena zařízení, která splňovala stanovená kritéria.

V říjnu došlo ke zpracování dat získaných kvantitativní i kvalitativní části výzkumu. Sumarizované výsledky byly konfrontovány se zahraničními zdroji a na základě získaných poznatků byla vytvořena doporučení pro praxi.

**Tabulka č. 5 – Harmonogram etap zpracování rigorózní práce**

<b>Etapa:</b>	<b>Období realizace:</b>	<b>Realizované činnosti:</b>
1.	květen–červen 2021	rešerše odborné literatury s využitím Evidence-based practice
	července 2021	osnova práce, zpracování tézí rigorózní práce
	srpen 2021	předběžná přihláška k státní rigorózní zkoušce
	srpen–září 2021	zpracování teoretické části práce
2.	září 2021	realizace předvýzkumu a výzkumu
	říjen 2021	zpracování získaných dat a jejich interpretace

*Zdroj: vlastní výzkum*

### **3.4 Předvýzkum**

Za účelem ověření srozumitelnosti otázek v dotazníku vlastní konstrukce byl proveden tzv. předvýzkum. Při jeho uskutečnění bylo osloveno 15 náhodně vybraných pracovníků v sociálních službách, kteří splňují kritéria pro zapojení do výzkumu, avšak nepracují na území Jihočeského kraje.

Všech 15 pracovníků se shodně vyjádřilo, že jsou pro ně položené otázky, vč. nabízených odpovědí, srozumitelné. Z výsledků, které byly dále v rámci předvýzkumu získány, vyplývá, že krom srozumitelnosti pro validitu svědčí dále relevantnost, objektivnost a adekvátní podrobnosti.

Předvýzkum tedy nepřinesl nutnost úpravy dotazníku vlastní konstrukce.

### **3.5 Etické aspekty výzkumu**

V rámci uskutečněného výzkumu nebyla opomenuty ani etické aspekty.

Základem byl respekt dobrovolné participace. Všem zapojeným respondentům i komunikačním partnerům bylo srozumitelně vysvětleno, za jakým účelem je výzkum uskutečňován,

jakým způsobem budou využita získaná data a jak budou prezentována (viz informovaný souhlas).

Samozřejmostí bylo, že respondent i komunikační partner mohl účast odmítnout. Pokud tak učinili, pak s jejich odpověďmi nebylo dále ve výzkumu nakládáno a byly vyřazeny. Zapojeným respondentům a komunikačním partnerům byla zajištěna anonymita. U kvalitativního výzkumu byla anonymita dále rozšířena pro specifiku jednotlivých událostí o neurčení lokality získaných dat (vyloučen byl pouze Jihočeský kraj).

Rozhovory byly vedeny vždy v bezpečném a klidném prostředí, které vybízelo komunikační partnery k otevřenosti. Rozhovoru se účastnil výhradně komunikační partner, vyloučení z účasti byli vedoucí pracovníci atd.

Za účast ve výzkumu nebyl poskytnuta žádná odměna. V případě zájmu ze strany komunikačního partnera po ukončení rozhovoru mohlo dojít k zhodnocení jím popsaného postupu první pomoci ze strany tazatele a případným doporučením.

### **3.6 Zpracování výsledků**

#### Kvantitativní výzkumná část

Pro zpracování výsledku kvantitativní části byl využit statisticko-analytický program IBM SPSS (verze 24) a tabulkový software Microsoft Excel.

V souladu s tézí rigorózní práce je zpracování výsledků kvantitativní části založen na popisné analýze prvního řádu, tzn. data jsou tříděna podle změn jednoho statistického znaku.

Toto zpracování bylo zvoleno s přihlédnutím k tématu, ve kterém usiluji o pozorování hromadného jevu, který se vyskytuje opakovaně a ve větším počtu.

Výsledky jsou prezentovány za užití grafů, které jsou doplněny o popis (sumarizaci).

#### Kvalitativní výzkumná část

Získané deskriptivní (popisné) kazuistiky byly zpracovány za užití hermeneutiky. Jednotlivé kazuistiky jsou konfrontovány s aktuálními postupy pro poskytování první pomoci tak, aby došlo k interpretaci, zda postupy komunikačních partnerů vykazují známky osvojení či neosvojení základních poznatků z kvalifikačního kurzu.

## 2 Výsledky a jejich interpretace

V této části práce jsou uváděny výsledky empirické části práce. Pro přehlednost je tato kapitola dále členěna na výzkum kvantitativní a kvalitativní.

### 2.2 Kvantitativní část výzkumu

Data prezentovaná v kvantitativní části výsledků byla získána z dotazníku vlastní konstrukce (viz kapitola Metodologie). Pro efektivní ilustraci textu u specifického vzorku jsou otázky doplněny grafy.

První podkapitola je věnována popisu výzkumného souboru, u něhož uvádím zastoupení dle pohlaví, věkových kategorií, nejvyššího dosaženého vzdělání a délky trvání pracovní zkušenosti. U této podkapitoly je dále podstatné uvést, že sociální služby neodpovídají běžnému rozložení sledovaných hodnot, které je charakteristické pro běžnou populaci. Toto rozložení je dáno zejména náplní práce a úrovní požadovaného vzdělání atp.

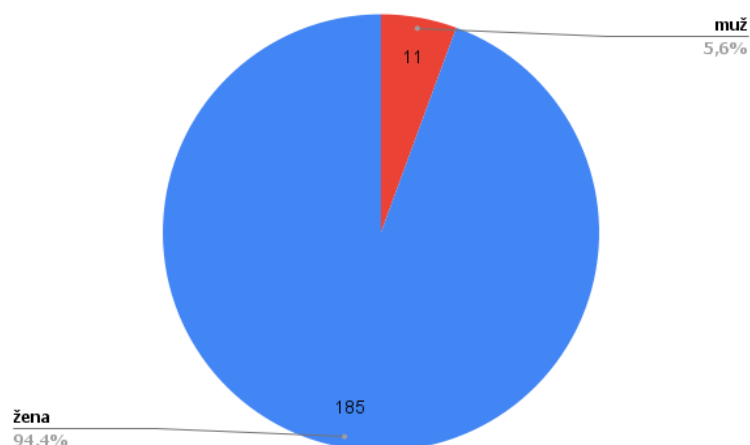
Druhá podkapitola se pak věnuje dotazníkovému šetření, které bylo rozčleněno pro přehlednost do oblastí průběh vzdělávání, zhodnocení, pracoviště, teoretické znalosti a sebezkušenost.

#### 2.2.1 *Popis výzkumného souboru*

V rámci výzkumného šetření jsem shromáždil vzorek o velikosti 196 respondentů, kteří se dobrovolně zapojili do výzkumu a zároveň splnili kritérium kvalifikačního kurzu a výkonu povolání dle §116, písm. a) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění v registrovaných sociálních službách domova se zvláštním režimem na území Jihočeského kraje. Ze shromáždění dat tedy lze konstatovat, že došlo k naplnění potřebného počtu respondentů, při kterém je zachována spolehlivost na úrovni 95 % a intervalu 5.

Ve vzorku jednoznačně dominují ženy, jejichž odpovědi tvořily 94,4 % (tj. 185) získaných dotazníků (viz graf č. 3). Z hlediska charakteristiky sociálních služeb je však toto rozložení běžné a odpovídá kupříkladu i Komparativní studii vzdělávání pracovníků v sociálních službách v Rakousku, v Německu, na Slovensku a v České republice (2019), která byla vypracována pro Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.

**Graf č. 3 – Zastoupení respondentů dle pohlaví**



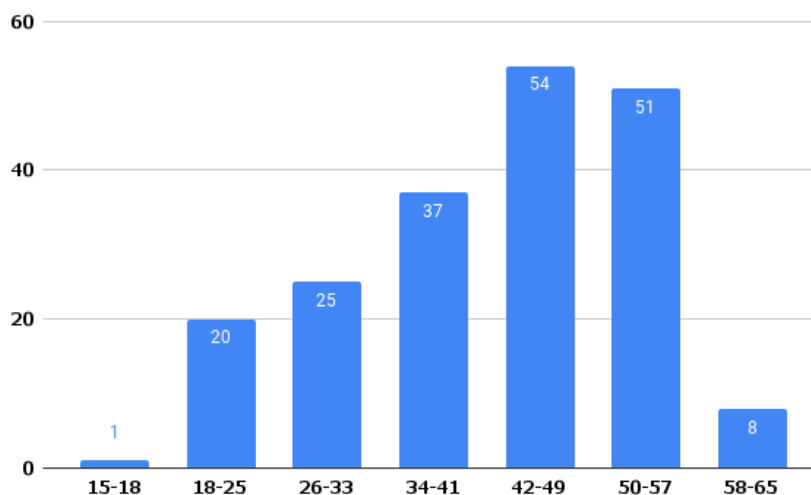
*Zdroj: vlastní výzkum*

Třetí otázka dotazníkového šetření byla otázka třídící, která se zaměřovala na způsob, jakým získali respondenti kvalifikaci k výkonu profese pracovníka v sociálních službách. V případě, že v této otázce respondent uvedl jinou variantu nežli kvalifikační kurz, pak jeho dotazník nebyl do výzkumu zařazen (viz kapitola Výzkumný soubor).

Celkem pro uvedení jiné odpovědi, která neodpovídala specifikaci v příslušné kapitole, bylo vyřazeno 6 dotazníků. Odpovědi, kterou jsou prezentovány v části výsledků, jsou odpověďmi způsobilými – **193 respondentů** uvedlo, že svou kvalifikaci získali na základě **absolvování kvalifikačního kurzu (tj, 100 % zpracovaných využitých dotazníků ve výzkumném šetření)**.

Z hlediska věku (viz graf č. 4) byl vzorek tvořen: 1 respondentkou ve věku mezi 15-17 lety, 20 respondenty ve věkové kategorii 18-25 let, 25 respondenty ve věkové kategorii 26-33 let, 37 respondenty ve věku 34-41 let, 54 respondenty ve věkové kategorii 42-49 let, 51 respondenty ve věkové kategorii 50-57 let a 8 respondenty ve věkové kategorii 58-65 let. I toto rozložení je pro sociální služby charakteristické (viz kupříkladu Statistická ročenka Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, 2019).

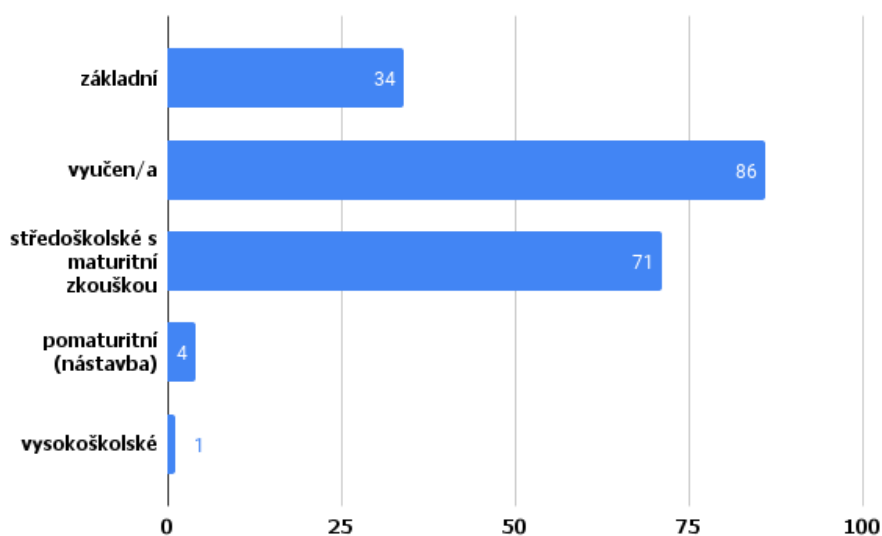
**Graf č. 4 – Zastoupení respondentů dle věkových kategorií**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Z odpovědí respondentů znázorněných v grafu č. 5 vyplývá, že 86 z nich dosáhlo vyučení, 71 středoškolského vzdělání s maturitou. Pomaturitního studia, ve smyslu nástavby, dosáhli 4 respondenti a vysokoškolského studia 1. Nejnižší, tj. základní vzdělání uvedlo, jako nevyšší dosažené vzdělání 34 respondentů.

**Graf č. 5 – Zastoupení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání**

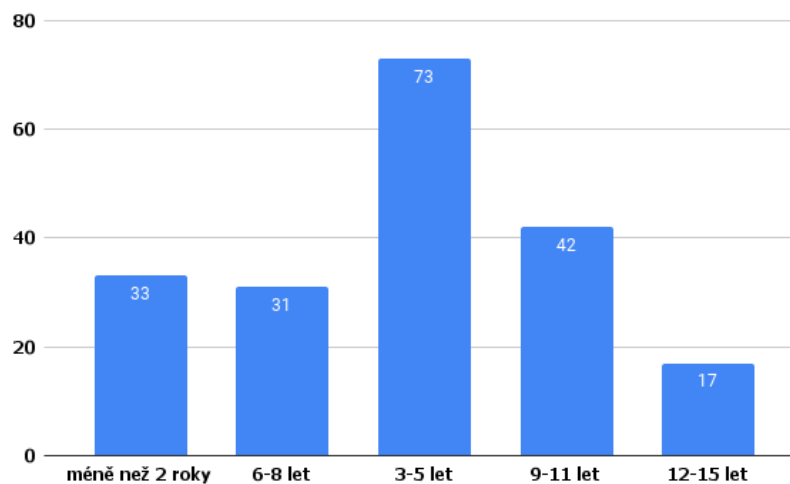


*Zdroj: vlastní výzkum*

V grafu č. 6 je graficky znázorněno zastoupení respondentů dle délky trvání pracovní zkušenosti v sociálních službách. Tato délka není podmíněna z časového hlediska, kdy respondent získal kvalifikaci. Délka praxe tedy může předcházet získání kvalifikace, avšak respondent v době vyplňování dotazníky kvalifikovaný již byl. V případě, že respondent přerušil pracovní poměr v sociálních službách a následně se navrátil, došlo k sečtení těchto dob. V případě ukončení pracovního poměru v průběhu roku došlo k jeho aritmetickému zaokrouhlení na celá léta.

Z grafu č. 6 vyplývá, že nejvíce respondentů (tj. 73) má délku trvání pracovní zkušenosti v sociálních službách v rozmezí 3-5 let, následuje kategorie se zkušeností 9-11 let, jež označilo 42 respondentů. Následovala kategorie méně než 2 roky, kterou označilo 33 respondentů. Kategorii 6-8 let označilo 31 respondentů, přičemž nejméně respondentů (tj. 17) označilo kategorii 12-15 let.

**Graf č. 6 – Zastoupení respondentů dle délky trvání pracovní zkušenosti**



*Zdroj: vlastní výzkum*



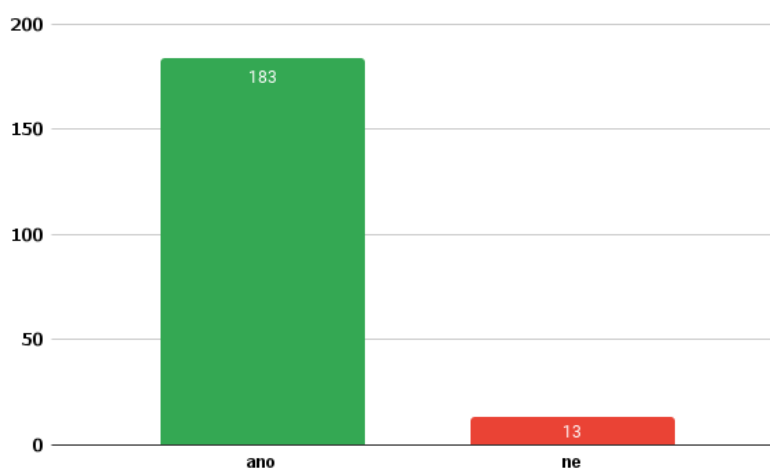
## 2.2.2 *Dotazníkové šetření*

### Průběh vzdělávání

6. otázka v rámci dotazníku, která byla tzv. filtrační, se zaměřovala na zjištění, zda v kvalifikačním kurzu pro pracovníky v sociálních službách proběhla výuka první pomoci.

Výuka dle odpovědí respondentů (viz graf č. 7) proběhla u 183 ze 196 respondentů. U 13 respondentů tedy výuka neproběhla, ač je legislativou vyžadována. U následujících otázek č. 7, 8, 9 a 10 hodnotí průběh vzdělávání pouze 183 respondentů, kteří výukou v rámci kvalifikačního kurzu prošli.

**Graf č. 7 – Uskutečnění výuky v kvalifikačním kurzu**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Samotný rozsah výuky již mandatorně stanoven není. Úprava rozsahu je tedy v kompetenci jednotlivých vzdělavatelů, potažmo akreditační komise, která vydá stanovisko Ministerstvu práce a sociálních věcí České republiky k udělení či neudělení akreditace. Běžná výuka se dle vzdělavatelů má optimálně „papírově“ pohybovat v akreditačních spisech souhrnně i na základě propojení modulů v rozmezí kvalifikačního kurzu minimálně 2-4 hodin.

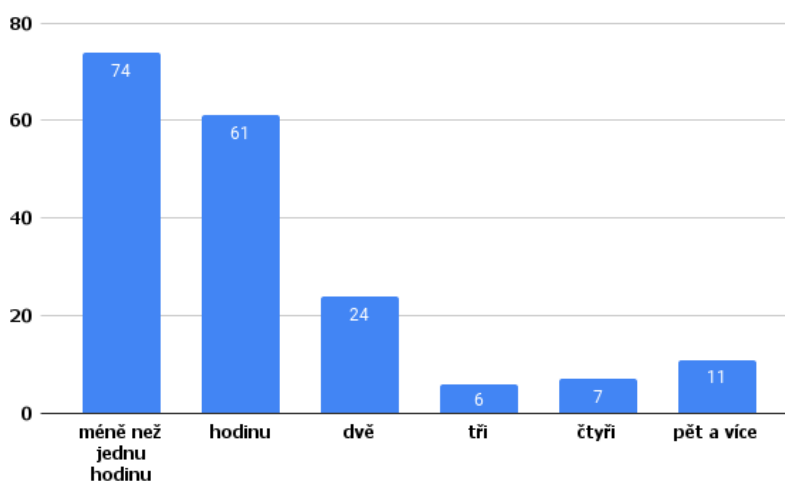
Při oslovení respondentů bylo zdůrazněné, že jejich hodnocení se netýká vždy nutné jednotlivého modulu, který musel nést označení „první pomoci“ atp. Připomenuto jim bylo možné provázání jednotlivých modulů, vč. praktického nácviku (pokud byla výuka dělena na dny teoretické a s ní související praktické výuky).

Ze 183 respondentů, kteří výuku absolvovali však i přes to 74 z nich uvádí, že výuka měla rozsah méně než jedné hodiny, 61 respondentů pak uvádí hodinu jednu (viz graf č. 8).

Dvě hodiny výuky uvedlo 24 respondentů, 6 respondentů sumarizovalo výuku do souhrnu tří hodin, 7 respondentů konstatovalo, že jejich výuka měla trvat čtyři hodiny a 11 respondentů dle jejich tvrzení prošlo pěti hodinovou výukou (viz graf č. 8).

Lze tedy konstatovat, že pokud již výuka první pomoc v akreditovaném kurzu probíhala, pak dle 135 respondentů (tj. 73,8 %) trvala v maximálním uhraně jednu vyučovací hodinu. Rozsah, který je standardně odbornou veřejností vnímán, jako minimální pro osvojení základních znalostí a dovedností pro účelné poskytnutí první pomoci (tj. 4 hodiny) absolvovalo pouze 18 respondentů (tj. 9,8%).

**Graf č. 8 – Rozsah výuky v kvalifikačních kurzech**

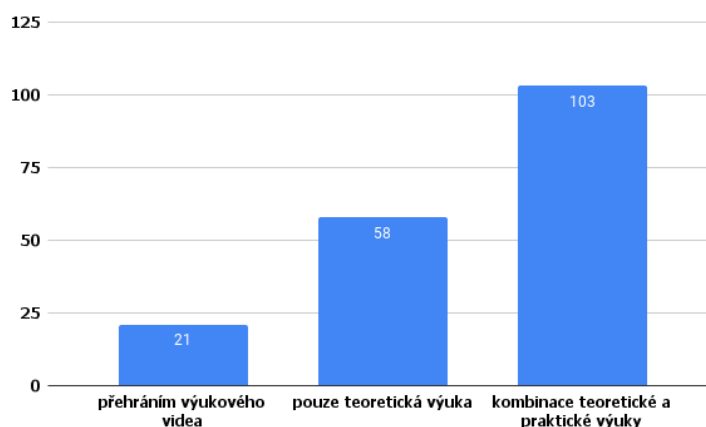


*Zdroj: vlastní výzkum*

Další otázka se zaměřovala na zastoupení teoretické a praktické výuky. Obecné poznatky jednoznačně uvádí, že by výuka měla být provázáním právě obou z nich, toto pravidlo též respektuje akreditační proces Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky.

V grafu č. 9 lze zjistit, že 130 respondentů skutečně absolvovalo kombinaci teoretické a praktické výuky. 58 respondentů však dále uvedlo, že prošli pouze výukou teoretickou, přičemž zbylých 21 respondentů konstatuje, že jejich „výuka“ se uskutečnila přehráním výukového videa.

**Graf č. 9 – Zastoupení teoretické a praktické výuky v kvalifikačních kurzech**

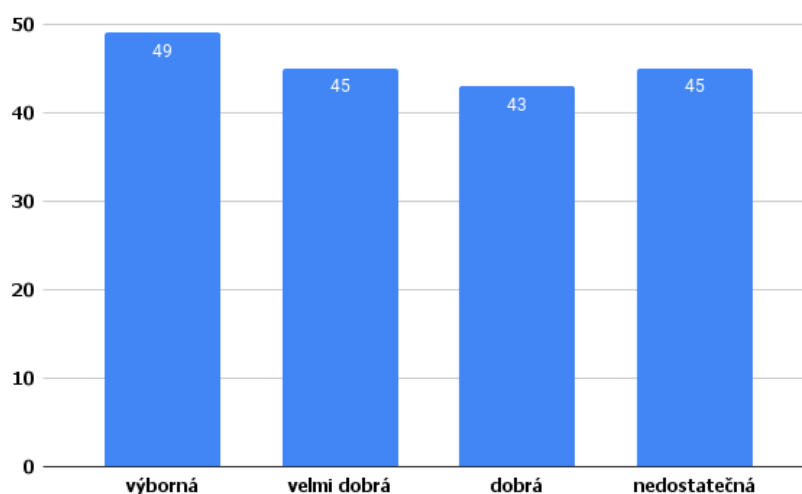


*Zdroj: vlastní výzkum*

### Zhodnocení

Graf č. 10 nabízí zhodnocení kvality výuky z pohledu účastníků kvalifikačních kurzů. 49 respondentů sdělilo, že výuku vnímají jako výbornou. 45 respondentů kvalitu hodnotilo jako velmi dobrou a 43 respondentů použilo hodnocení „dobrá“. Nedostatečně však hodnotilo kvalifikační kurzy 45 respondentů, kteří jimi prošli.

**Graf č. 10 – Hodnocení kvality výuky účastníky kvalifikačních kurzů**



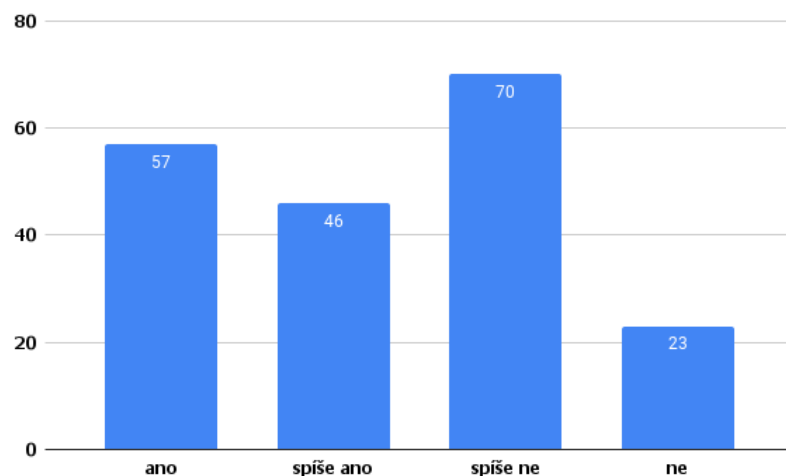
*Zdroj: vlastní výzkum*

Následující otázka se zaměřovala na sebehodnocení respondentů v připravenosti poskytnout první pomoc. Toto hodnocení vyplňovali opět všichni zapojení respondenti, bez vlivu toho, zda v kvalifikačním kurzu výuku absolvovali či nikoliv (tj. 193 respondentů).

103 respondentů konstatovalo, že by první pomoc poskytnout uměli, neboť se cítí dle svého připraveni, konkrétně se jednalo o 57 respondentů, kteří uvedli odpověď „ano“ a 46 respondentů, kteří uvedli odpověď ve znění „spíše ano“ (viz graf č. 11).

Na druhou stranu však 93 respondentů (tj. 47,4 %) konstatuje, že se připraveni být necítí. 70 respondentů uvedlo, odpověď „spíše ne“ a 23 respondentů pak dokonce odpověď „ne“ (viz graf č. 11).

**Graf č. 11 – Sebehodnocení respondentů v připravenosti poskytnout první pomoc**



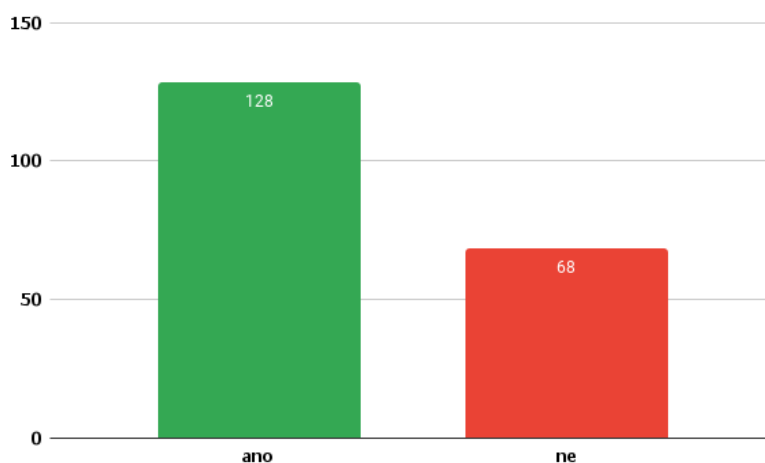
*Zdroj: vlastní výzkum*

### Pracoviště

První otázka, týkající se oblasti pracoviště, zjišťovala, zda jsou pracovníci v sociálních službách obeznámeni s umístěním lékárníčky na svém pracovišti tak, aby ji mohli v případě nutnosti bez odkladu získat a využít.

Z grafu č. 12, jež vychází z odpovědí respondentů, je jednoznačné, že 128 respondentů ví, kde má na pracovišti lékárníčku umístěnou, avšak zbylých 68 respondentů (tj. 34,7 %) touto informací nedisponuje.

**Graf č. 12 – Informovanost o umístění lékárníčky na pracovišti**

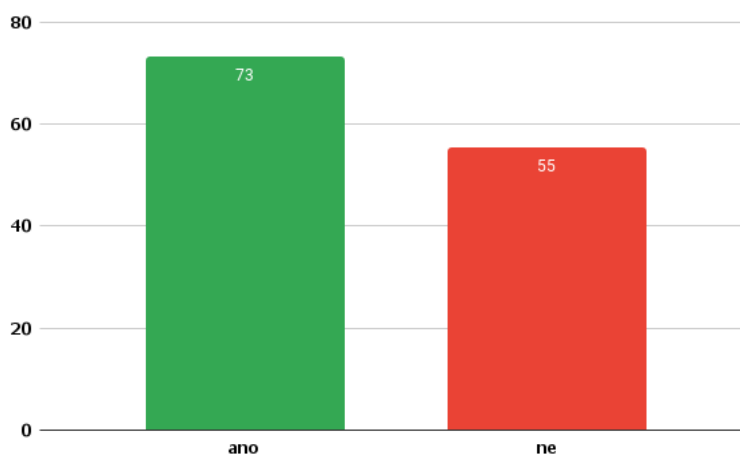


*Zdroj: vlastní výzkum*

Na otázku informovanosti o umístění lékárníčky navazovala otázka, která zjišťovala, zda respondenti znají také její obsah. S přihlédnutím k odpovědi na předchozí otázku odpovídalo pouze 128 respondentů, kteří o umístění lékárníčky na pracovišti ví.

Ze zhodnocení odpovědí (viz graf č. 12) lze konstatovat, že jen 73 respondentů zná obsah lékárníčky, kterou mají pro případ potřeby na svém pracovišti. 55 respondentů sice umístění lékárníčky zná (viz výše), avšak s jejím obsahem nejsou obeznámeni.

**Graf č. 12 – Znalost obsahu lékárníčky pracoviště**



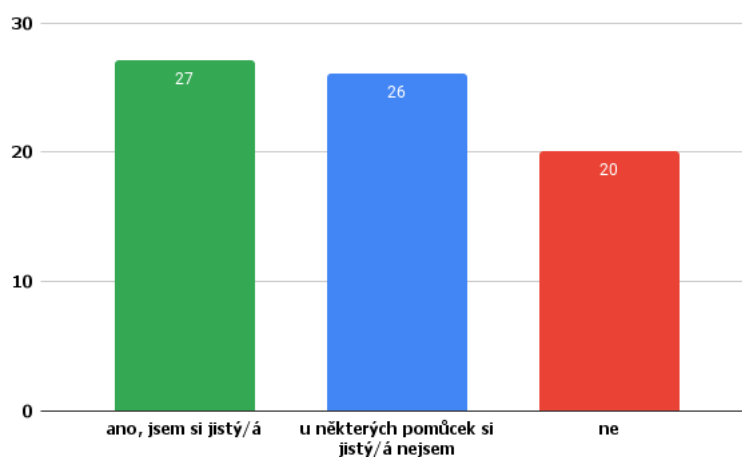
*Zdroj: vlastní výzkum*

Poslední otázka oblasti pracoviště se týkala znalostí a dovedností pro využití obsahu lékárníčky. Na tuto otázku odpovědělo pouze 73 respondentů, kteří ví, kde lékárníčku na svém pracovišti naleznou a jaký je její obsah.

Z těchto respondentů pouze 27 uvedlo, že si je jisto, že obsah lékárníčky v případě potřeby zvládne využití. Dalších 26 respondentů si není u některých pomůcek jisto, jak je využít a 20 respondentů dokonce uvedlo, že si jisto není.

27 respondentů zde uvedlo, že si je jisto, že obsah lékárníčky bude umět v případě potřeby využít. Avšak naproti tomu 26 respondentů sděluje, že si v některých pomůčkách jisto není a 20 respondentů dokonce konstatuje, že je přesvědčeno, že obsah lékárníčky v případě potřeby nebude umět využít (viz graf č. 14).

**Graf č. 14 – Znalosti a dovednosti pro využití obsahu lékárníčky**



c

*Zdroj: vlastní výzkum*

### Teoretické znalosti

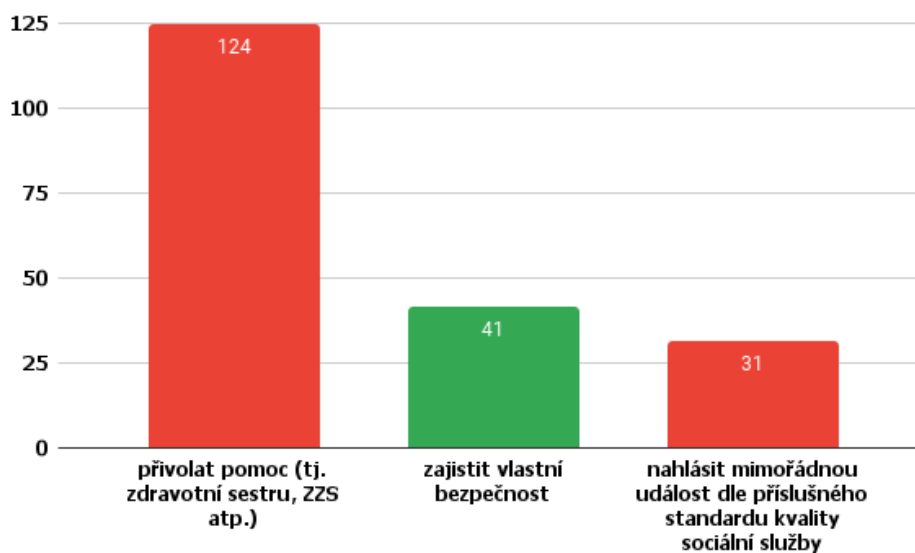
Otázky 15., 16., 17., 18., 19., 20, 21. a 22. se zaměřují na ověření teoretických znalostí. Otázky byly sestaveny v souladu s aktuálními doporučeními, vždy představují pouze jeden stav a správná odpověď je u každé otázka vždy jedna.

Graf č. 15 nabízí vhled do teoretických znalostí zajištění bezpečnosti.

Správnou odpověď, která reaguje na nejdůležitější doporučení pro zachránce při poskytování první pomoci, tj. zajištění bezpečnosti, uvedlo pouze 41 respondentů (tj. 20,9 %).

124 (63,3 %) respondentů zcela opomíná zajištění vlastní bezpečnosti a zhodnocení situace. 31 respondentů pak uvedlo, že před poskytováním první pomoci vnímají jako nejdůležitější, nahlášení mimořádné události, dle příslušných standardů kvality sociální služby.

**Graf č. 15 – Zajištění bezpečnosti**



*Zdroj: vlastní výzkum*

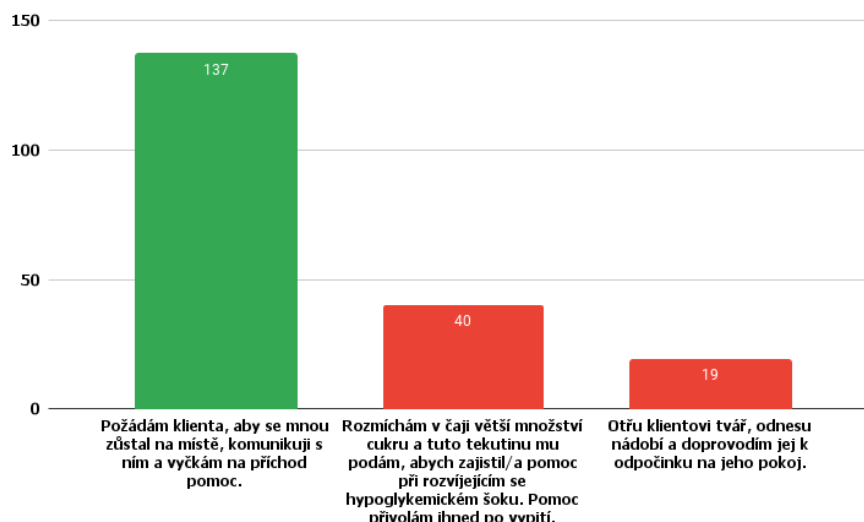
Otázka č. 16 se zaměřovala na identifikaci cévní mozkové příhody a poskytnutí adekvátní první pomoci. Pro identifikaci byla nastíněna jednoznačná modelová situace, v níž pracovník u klienta pozoruje ochabnutí koutku úst, později problém s uchopením skleničky a nejistotu v chůzi, která nebyla u klienta dosud běžnou.

137 respondentů uvedlo správnou (adekvátní) reakci, tj. požádali by klienta, aby s nimi zůstal na místě, komunikovali by s ním a přivolali pro řešení odbornou pomoc (viz graf č. 16).

V grafu č. 16 je dále také ovšem viditelné značné množství respondentů, tj. 40, kteří stav neidentifikovali a zaměnili jej za hypoglykémii. Klientovi by tedy nejprve podali čaj s větším množstvím cukru a pomoc by přivolali až při rozvíjejících se příznacích.

19 respondentů pak pozorovaný stav nehodnotí patologicky a žádnou zvláštní pozornost by mu nevěnovali. Klientovi by pouze otřeli tvář, odnesli jeho nádobí a doprovodili by jej na pokoj, kde by jej uložili k odpočinku.

**Graf č. 16 – Identifikace cévní mozkové příhody a postup první pomoci**

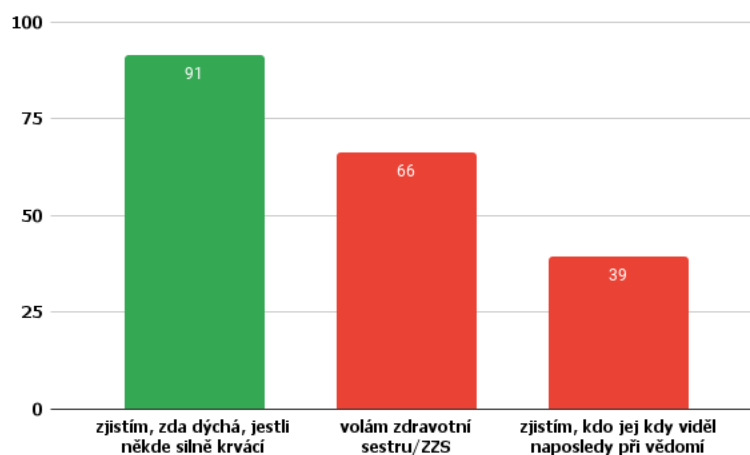


*Zdroj: vlastní výzkum*

Následující otázka ověřovala postup záchránce při poskytování pomoci. Jejím účelem bylo zhodnocení, zda pracovník v sociálních službách zahájí primárně pátrání po tzv. život ohrožujících stavech. Informativně jim byl uvedeno, že klient, u kterého se nacházejí, je jednoznačně v bezvědomí.

91 respondentů odpovědělo správně konstatováním, že zjistí, zda klient dýchá a jestli někde silně nekrvácí. 66 respondentů by však nejprve přivolala pomoc a 39 respondentů by zjišťovalo, kdo viděl klienta naposledy při vědomí (viz graf č. 17).

**Graf č. 17 – Postup záchránce při poskytování první pomoci**



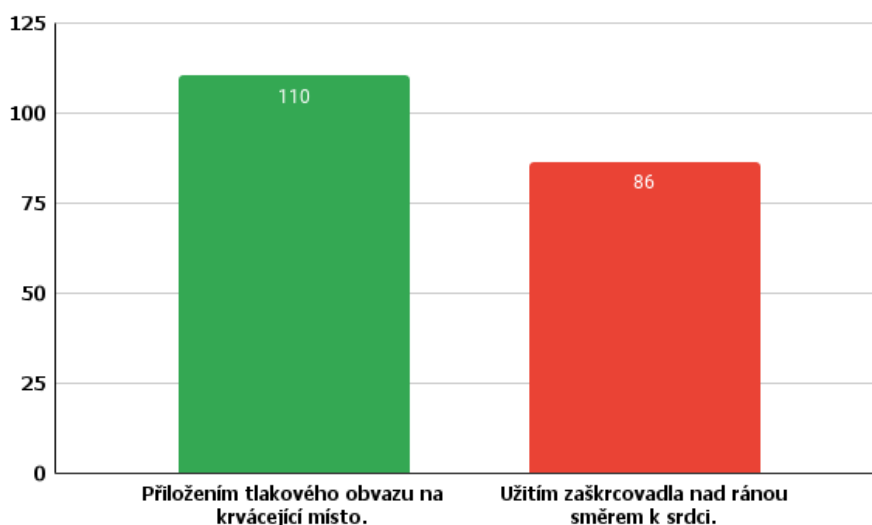
*Zdroj: vlastní výzkum*



Otázka č. 18 se zabývala znalostmi v zástavě masivního zevního krvácení. Modelová situace uvedla respondenta ke klientce, která si při krájení cibule způsobila silně krvácející a hlubokou ránu na zápěstí. Klientka je navíc zmatená, utírá krev a snaží se umýt nůž.

110 respondentů uvedlo správnou odpověď, neboť by v dané situaci přiložili na ránu tlakový obvaz. 86 respondentů by však nesprávně užilo i přes lokalizaci rány a vhodnost tlakového obvazu zaškrcovalo. Žádný z respondentů se nerozhodl pro fixaci nože v ráně (viz graf č. 18).

**Graf č. 18 – Zástava krvácení**

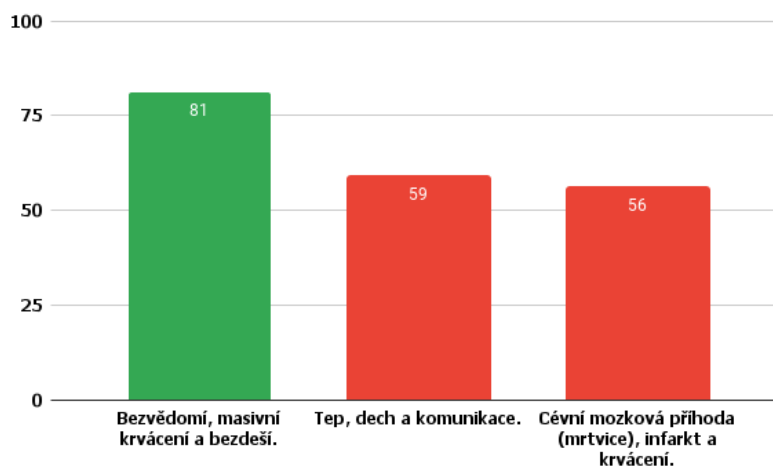


*Zdroj: vlastní výzkum*

Následující otázka se zaměřovala na život ohrožující stavy. Kladla si za cíl ověřit, zda mají respondenti povědomí o život ohrožujících stav, tak aby podle toho mohli určovat prioritu posloupnosti postupů.

Nejvíce respondentů, tj. 81 správně zařadilo mezi život ohrožující stavy bezvědomí, masivní krvácení a bezdeší. 59 respondentů však do život ohrožujících stavů řadí tep, dech a komunikaci. 56 respondentů pak život ohrožující stavy zaměnilo za diagnózy cévní mozkové příhody (mrtvice), infarkt a krvácení (viz graf č. 19).

**Graf č. 19 – Život ohrožující stavy**



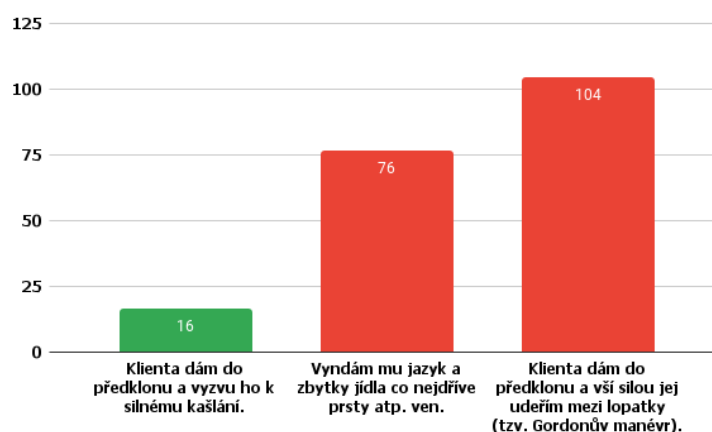
*Zdroj: vlastní výzkum*

V grafu č. 20 jsou uvedeny odpovědi respondentů k otázce č. 20, která je v modelové situaci popsána, jako stav dušení, při kterém klient sípá a začínají mu modrat rty.

U této otázky odpovědělo správně pouze 16 respondentů (tj. 8,2 %), kteří by klienta, vzhledem k méně závažným příznakům, dali při začátku poskytování do předklonu a vyzvali jej ke kašli.

104 respondentů by bez snahy neinvazivních postupů a vrozených obranných reflexů přistoupilo rovnou k využití Gordonova manévru. 76 respondentů by se pak snažilo vyjmout cizí těleso z dýchacích cest rukami i přes možné riziko poranění (viz graf č. 20).

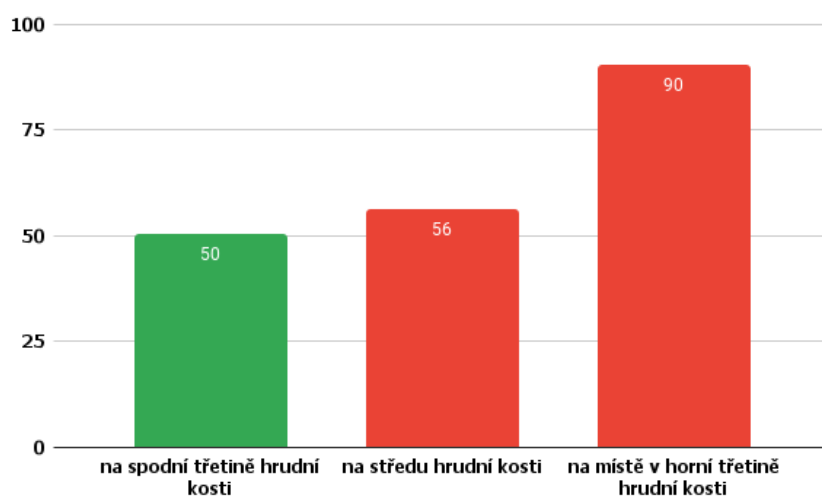
**Graf č. 19 – Uzávěra dýchacích cest cizím tělesem**



*Zdroj: vlastní výzkum*

V grafu č. 21 lze pozorovat, že 74.5 % respondentů netuší, jak správně umístit své ruce při resuscitaci na hrudník zraněného. 90 respondentů by ruce přikládalo na místech v horní třetině hrudní kosti a 56 respondentů by volila střed hrudní kosti. Pouze 50 respondentů by šlo cestou spodní třetiny hrudní kosti v souladu s platnými doporučeními (viz graf č. 20).

**Graf č. 21 – Umístění rukou zachránce na hrudníku při resuscitaci dospělého**



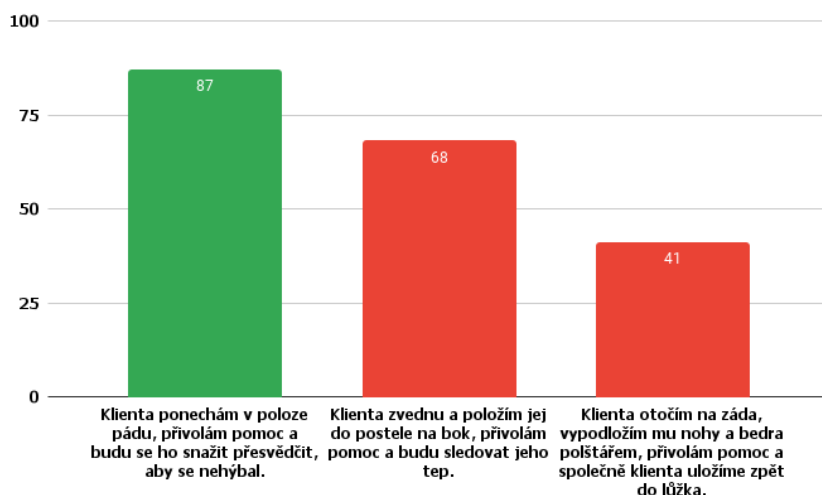
*Zdroj: vlastní výzkum*

U situace při poranění páteře, kterého by byli respondenti svědkem, by 87 z nich reagovalo správně, neboť by klienta ponechali v poloze pádu, přivolali by pomoc a snažili se jej přemluvit k minimalizaci pohybu (viz graf č. 22).

68 respondentů by ovšem volilo cestu, při níž by s klientem manipulovali a snažili se jej uložit do lůžka. V lůžku by navíc volili polohu v boku a pro monitoring stavu by užíli tepovou frekvenci.

41 respondentů považuje za správný postup otočení klienta na záda, jeho vypodložení polštáři pod bedry a dolními končetinami, přičemž po přivolání kolegů by následovalo uložení do lůžka.

**Graf č. 22 – Poranění páteře**



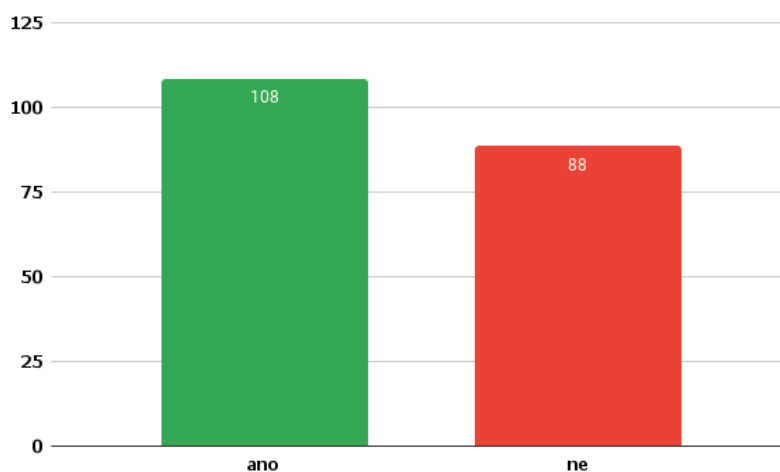
*Zdroj: vlastní výzkum*

### Sebezkušenost

Poslední zkoumanou oblastí byla sebezkušenost, tzn., zda se pracovníci v sociálních službách setkali se situací, která vyžadovala jejich zásah ve smyslu poskytnutí první pomoci.

Dle shrnutí odpovědí v grafu č. 23 lze konstatovat, že 108 respondentů uvedlo, že se se situací, při níž bylo třeba poskytnout první pomoc v zaměstnání, setkalo. Zbýlých 88 respondentů pak uvádí, že s podobnou situací zkušenost nemá.

**Graf č. 23 – Zkušenost se situací vyžadující první pomoc v zaměstnání**

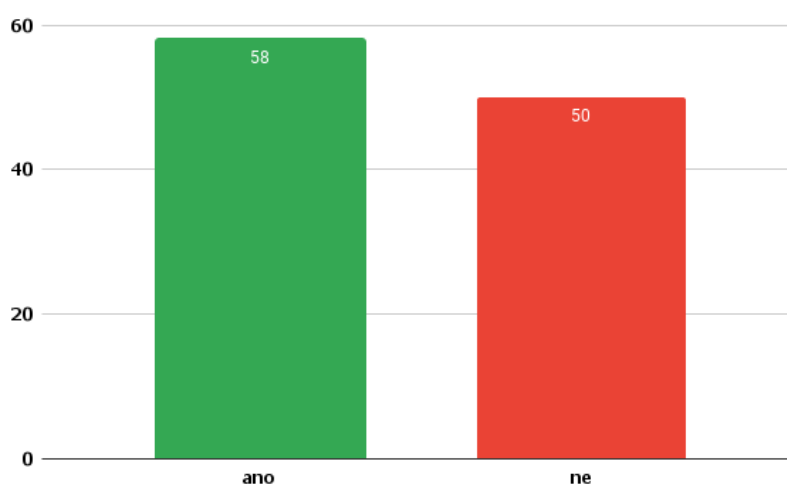


*Zdroj: vlastní výzkum*

V grafu č. 24 prezentuji zhodnocení pocitu jistoty u pracovníků v sociálních službách ve chvíli, kdy v zaměstnání bylo třeba, aby poskytovali první pomoci. Počet odpovědí se odvíjí od předchozí otázky, tzn. Odpovědi zahrnují pouze 108 respondentů, kteří se se situací, v níž bylo třeba pomoc poskytnout, setkali.

58 respondentů (tj. 53,7 %) sdělilo, že se při poskytování první pomoci cítili jistě, naproti tomu 50 respondentů (46,3 %) se jistě necítilo.

**Graf č. 24 – Pocit jistoty při poskytování první pomoci v zaměstnání**



*Zdroj: vlastní výzkum*

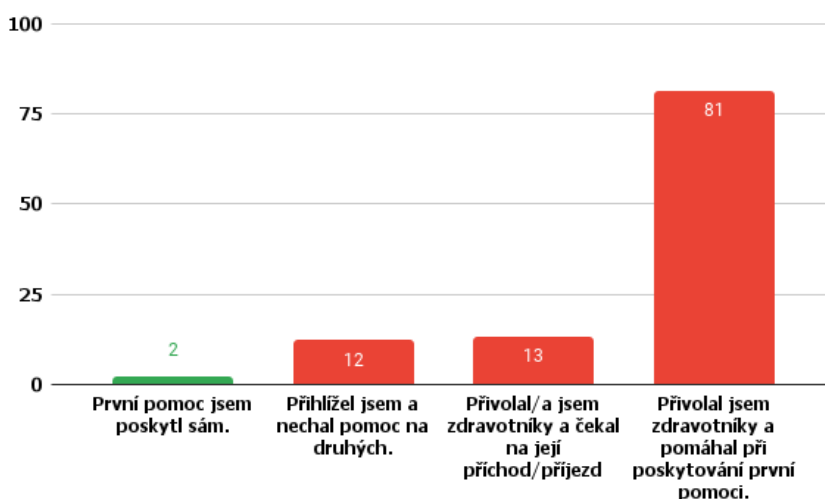
V posledním ilustrativním grafu kvantitativního výzkumu, který je označen č. 25, volili respondenti z možností, které vyjadřovaly způsob jejich zapojení (zajištění) v poskytování první pomoci klientům v zaměstnání.

Pouze 2 respondenti uvedli, že první pomoc poskytli samostatně. 12 respondentů konstatovalo, že situaci pouze přihlíželi a poskytnutí pomoci nechal na dalších přítomných.

13 respondentů se dostalo do situace, kdy bylo třeba poskytnout první pomoc, přičemž oni sami pomoc neposkytli, pouze zajistili její přivolání a vyčkali na příchod zdravotník.

Největší část respondentů, tj. 81 v případě této otázky, se přiklonilo k variantě, při které přivolali odbornou pomoc, avšak zdravotníkům při jejím poskytování pomáhali, popřípadě sami zahájili úkony dle telefonických rad operátorů tísňové linky.

**Graf č. 25 – Způsob zajištění první pomoci v zaměstnání**



*Zdroj: vlastní výzkum*

### **2.3 Kvalitativní část výzkumu – odborné kazuistiky**

V části empirické této práce prezentuji a analyzuji 4 nejběžnější stavy, u nichž je nutné poskytnout první pomoci. Vybrané stavy jsou charakteristické pro oblast péče o druhou osobu v pobytových zařízeních. Tyto stavy souvisejí s věkem klientů/uživatelů, popř. odkazují na prevalenci u dané cílové skupiny domova se zvláštním režimem.

K prezentaci je využita metoda kazuistiky. Kazuistiky byly získány od kvalifikovaných pracovníků v sociálních, kteří pracují v registrovaných sociálních službách „*Domov se zvláštním režimem*“. Pro úplnost je nutné uvést, že pro zachování anonymity neuvádím lokalitu ani blíže nespecifikuji zařízení či časové období, kdy k dané události došlo. Ani jedna z událostí prezentovaných v kazuistikách se neodehrála na území Jihočeského kraje.

Kazuistiky prezentuji s doplněním přímých citací komunikačních partnerů. Opis situace mnou byl vždy konzultován s komunikačním partnerem, který událost popsal, aby nedošlo k nechtěné záměně popsaných událostí.

Jednotlivé kazuistiky jsou členěny za využití okruhů (oblastí), viz scénář polostrukturovaného rozhovor (příloha č. 3). Na jejich závěr je uvedeno hermeneutické posouzení, které vychází k aktuálně platným doporučení pro poskytování první pomoci.

## Kazuistika č. 1 – zástava oběhu

### Základní charakteristiky:

Pracovnice v sociálních službách, která poskytla rozhovor pro vytvoření první kazuistiky, pracuje v sociálních službách již 4 rokem. Její nejvyšší vzdělání je vyučení, přičemž poté, co přišla o práci, si doplnila kvalifikaci akreditovaným kvalifikačním kurzem.

I když celou dobu pracuje ve službách, které mají jako cílovou skupinu chronicky nemocné a osoby staršího věku, tak nikdy neabsolvovala žádné jiné vzdělání v první pomoci, než cca hodinové právě v kvalifikačním kurzu.

O tom, kde má hledat lékárníčku ví, neboť „... *jsem o tom musela podepsat papír*“. Dál uvádí, že v zařízení neví o žádných pomůckách nebo vybavení, které by případně mohla využít.

Postup pro poskytnutí první pomoci vnitřně upraven není. Příslušný standard kvality řeší pouze přivolání odborné pomoci mimo nepřítomnost zdravotnického personálu.

### Popis situace:

Den, kdy došlo k události, nebyl ničím jiný oproti ostatním víkendovým dům. Typické pro takové dny je, že se v zařízení pohybuje více návštěv a ve službě je méně personálu, který je rozprostřen po celé budově ... „*někdy bych se až nebála říct, jako že je to hroznej podstav, že bych potřebovala být na třech místech naráz*“.

Po dokončení ranní hygieny u nesoběstačných klientů vyrazila ze „stanice pečovatel“ pracovnice v sociálních službách na kontrolu, zda jsou klienti, kteří sedí v zimní zahradě a snídají v pořádku a nepotřebují nějakou pomoc.

Na místě však nenachází nic, co by vybočovalo z normálního běhu dne. V zahradě tedy s klienty diskutuje a uklízí nádobí po snídání. Jednomu z klientů zvoní telefon a pomalu odchází řešit hovor za postranní roh, během hovoru však začne zvyšovat hlas a z hovoru je patrné, že řeší rodinné rozepře, když náhle hovor utichne.

„*Nemyslel jsem, že se něco děje, protože pán XY je temperamentní a křičel pravidelně, dokonce tu a tam házel telefon a tím hovor skončil ... vlastně až po chvíli mi došlo, že již jeho rozčilení neslyším a on stále nikde.*“

Pracovnice tedy vyráží za roh, kde nachází zkrouceného klienta vpolosedě opřeného o zed' „... zdálo se mi to celé divné, tam jsem nemusela nic řešit, volal jsem na něj, ale nějak nepromluvil ani se na mě nepodíval ... úplně mě omylo.“

#### Postup první pomoci:

„Vlastně jsem žádnéj postup neměla ... byla jsem taková ztracená, ale zase jsem věděla, že něco udělat prostě musím.“ Naléhavost pro poskytnutí první pomoci pracovnice odvodila od toho, že klient nereagoval na její volání a při pokusu jej zvednout se sesunul zcela na zem. Po chvíli u něj začala také pozorovat „fialový rty a divný chrčení.“

„Začal jsem křičet, jestli tam není nějaká z holek, ale nikdo mi neodpověděl, tak jsem vzala telefon a volala jsem na druhý telefon kolegyni, která je zdravotní sestra, ale ona je až na druhý straně baráku!“ Hovor byl přijat kolegyní až cca 30 vteřin, ta se navíc neorientuje ve zmatečném popisu situace a vyráží na místo bez lékárničky a dalších pomůcek.

„Začal jsem hned pak volat 155 potom, tak jsem ho otočila pořádně na záda. Vše jsem jim řekla, protože jsem si pamatovala ze základky, jak nás to učili.“ Dále se snaží resuscitovat dle návodu operátorky, po příchodu zdravotní sestry dochází ovšem ke zjištění, že své ruce položila na horní polovinu hrudníku, „... je obězní ... jako zdálo se mi to divný, protože to vůbec nešlo promáčknu, ale myslel jsem, že to je tak, jak mi řekla ta paní.“

První pomoc dále přebírá zdravotní sestra. „Chtěl jsem ještě nějak pomoc, ale nešlo to. Klepala jsem se z toho, že jsem byla ráda, že jsem došla otevřít dveře, abych je pustila. Hlavně jsem nevěděla, co mám dělat, jak bych ještě mohla zdravotní sestře pomoc. Nechtěla jsem vypadat, jako kráva, když se budu ještě ptát a ona mi bude říkat nějaký návod.“

Ochranné pomůcky vůbec nevyužila, dokonce uvedla: „... mě by to ani nenapadlo, že mám mít nějakou roušku, jako rukavice ještě jo kvůli AIDSu, ale roušku?“

#### Retrospektivní pohled:

„Když jsem mohla odejít pryč, hrozně se mi ulevilo, protože už jsem nebyla tak nejistá ... ale po chvíli jsem se bála, jestli mě nesjede po vikendu socka.“

Pracovnice zpětně zhodnotila, že objevila značnou absenci znalostí v první pomoci. Právě i díky tomu hodnotí své emoce zpětně velmi negativně.



### Změny po události:

Dnes už by pracovnice v případě potřeby první pomoci postupovala dle svých tvrzení zcela jinak. Absolvovala ve svém volném čase kurz první pomoci od Českého červeného kříže.

Událost v zařízení iniciovala vznik metodiky, která popisuje, jakým způsobem se aktivuje pomoc zdravotnického personálu. Vedení zařízení také zakoupilo ze speciálního dotačního programu automatický externí defibrilátor.

### Analýza kazuistiky:

Kazuistika popisuje jednu z velmi častých událostí v zařízení sociálních služeb pro cílovou skupinu chronicky nemocných a osob staršího věku – zástavu oběhu.

Výpověď, kterou pracovnice učinila, detailně popisuje daný stav. Nezmiňuje žádné příznaky, které by mohly zkreslit její úsudek a navést ji případně k volbě nesprávného postupu první pomoci.

Dále lze konstatovat, že zcela i přes opakované otázky absentovalo zajištění vlastní bezpečnosti. Pracovnice negovala, jak ochranné pomůcky, tak i základní prověření relativních rizik místa, v němž se událost odehrála.

V postupu zcela absentuje jakýkoliv systém, který by postupně vedl k odhalení významných příznaků atp.

Volání pomoci v zařízení bylo zmatečné, navíc z kazuistiky vyplývá, že i zdlouhavé a zdrželo aktivaci zdravotnické záchranné služby.

Ze samotného postupu lze hodnotit pouze pokus o resuscitaci s nesprávným položením rukou na hrudník resuscitovaného. Zbýlé informace o postupu nebyly pracovníci známy a postupovala tedy dle telefonické asistované první pomoci.

## Kazuistika č. 2 – Uzávěra dýchacích cest cizím tělesem

### Základní charakteristiky:

Ústřední postavou druhé kazuistiky je pracovnice v sociálních službách, která se seniory pracuje již 8 let. V domově se zvláštním režimem je necelé dva roky. Její vzdělání je střední s maturitní zkouškou na „rodinné škole“. Kvalifikaci k výkonu profese pracovníka v sociálních službách získala na akreditovaném kvalifikačním kurzu.

Kvalifikační kurz absolvovala před cca 4 roky, na přípravu v první pomoci si nevzpomíná, myslí, že snad dokonce žádná proběhnout neměla. Na první pomoci si vzpomíná jen z on-line testů, které vyplňuje v rámci přezkoušení BOZP.

O umístění lékárniček v domově ví, na recepci je k dispozici také automaticky externí defibrilátor (ale jen pro zdravotníky).

### Popis situace:

Situace popisovaná v kazuistice č. 2 se odehrála v pracovní den kolem 18 hodiny. Stejně, jako jakýkoliv jiný den „je to velký frmol, aby se stihlo všechno udělat v čas i s hygienama než to předáme noční směně.“

Pracovnice podává klientovi večeri – chléb namazaný máslem a obložený šunkou a sýrem. Klient hůře polyká, proto je chléb krom okrojené kůrky také nakrájený na menší kostičky. Dopomoc je poskytována, neboť klient je zcela závislý na péči druhé osoby po prodělané cévní mozkového příhodě.

„Zamyslela jsem se nad tím, co všechno mám ještě udělat a přemýšlela jsem, zda jsem vynesla toaletní křeslo u paní XY ... on najednou začne kašlat.“

### Postup první pomoci:

Podle pracovnice je tento stav běžný a chce klientovi podat na zapití hrnek s čajem, tento postup však vše ještě zhorší.

„To jsem začala tušit, že je něco divného ... lapal jako po dechu, snažil se podpírat rukama a měl divně vytřeštěný oči.“ Po chvíli, kdy se domnívá, že to klient „rozdýchá“ se snaží upravit polohu klienta v lůžku do polosedě.

Když ani tato snaha k ničemu nevede, přivolává kolegyně. S nimi se následně snaží klient zvednout z lůžka a udeřit jej mezi lopatky. Při druhém úderu se však klient sesouvá k zemi, nereaguje na oslovení, nedýchá.

Pracovnice ihned zahajují resuscitaci a aktivují zdravotnickou záchrannou službu.

#### Retrospektivní pohled:

*„Úplně prvně mě napadlo, jestli jsem to prostě nepřehnal s tím jídlem, ale to mě holky uklidnily, že ne.“* Dále doplnila, že nad ničím jiným nepřemýšlela, nechtěla se totiž konfrontovat s možností, že k zhoršení celé situace přispěla.

Emočně pro ni byl zážitek natolik silný, že vyhledala odbornou psychologickou pomoc. O supervizi v zařízení nepožádala, nechtěla tak *„přiznat svou vinu“*.

#### Změny po události:

Dnes už by pracovnice reagovala jiným postupem. Seznámila se na internetu s vyzváním ke kašli, správným provedením Gordonova nebo Heimlichova manévru.

Zařízení zaznamenalo mimořádnou událost a vše zaprotokolovalo. I přes snahu kolegyň, že by preferovaly další vzdělávání v oblasti první pomoci, vedení objednalo kurzy zaměřující se na individuální plánování.

#### Analýza kazuistiky:

Ze statistiky vyplývá, že uzávěra dýchacích cest cizím tělesem je u osob staršího věku s omezeným polykáním často se vyskytující událostí. Z popisu této situace pracovníci se ovšem můžeme domnívat, že vyvoláno bylo způsobeno nesprávnou polohou klienta při podávání stavy.

Je jednoznačné, že pracovnice v kazuistice disponovala částečnými znalostmi. Tyto znalosti však neuměla aplikovat v praxi.

Na začátku zcela absentuje snaha o podporu klienta v kašli, jakožto přirozeném obranném reflexu. Provedení úderu mezi lopatky z popisu také naznačuje, že klient nebyl podpírán správným způsobem, jeho vzpřímená poloha navíc vyloučila možnost těleso vypudit.

Ku prospěchu pracovnice však hovoří rychlá identifikace zástavy oběhu, přivolání pomoci a ideální stlačování hrudníku. Nutno dodat, že v případě správného postupu u dušení nemuselo k resuscitaci vůbec dojít.

### **Kazuistika č. 3 – Náhle vzniklé poruchy řeči a hybnosti**

#### Základní charakteristiky:

Pracovnice, která popisuje třetí kazuistiku mé rigorózní práce, pracuje v domově se zvláštním režimem prvním rokem. Původně pracovala v gastronomii, poté co přišla o práci, si doplnila k vyučení ještě kvalifikační kurz pracovníka v sociálních službách.

V kvalifikačním kurzu prošla výukou první pomoci, která byla uskutečněna s převahou praktického nácviku. Školení menšího rozsahu absolvovala také ještě v gastronomii, kdy obsluhovala v lázeňských domech.

O umístění lékárničky ví, dokonce se zajímala o její obsah. V dosahu ve vedlejší budově je k dispozici také AED.

#### Popis situace:

Pracovnice převáží na vozíku klientku z arteterapie na pokoj k odpočinku. Během cesty společně probírají, co nového se odehrálo od doby, co se neviděli.

*„Klientka je vášnivá kuřačka ... tak mě ještě požádala, jestli bych ji neodvezla na jednu ... jako snažila jsem se ji vysvětlit, že to není ideální nápad s jejím tlakem a diabetem, ale nemohu jí to zakázat.“*

Při zastávce v kuřárně domova klientka uvádí, že ji bolí již druhý den hlava, ale příkládá to rozčilení ze zpravodajské relace. *„Stěžovala si, že se jí špatně popotahuje z cigarety, ale vůbec mě to v první chvíli nenapadlo.“*

Při cestě na pokoj je klientka spavá, pracovnice to však příkládá delšímu trvání arteterapie a nevyspaní, které jí klientka také udávala. Při přesunu na lůžko se ovšem klientka jen těžko zvedá a po chvíli upadá na zem.

#### Postup první pomoci:

*„Ležela celá zkroucená, koukala na mě divným pohledem, hned jsem ji zvedla a začala vtipkovat, abych zjistila, co se to vlastně dělo.“*

Klientka však není schopna zareagovat ani na oslovení, nedaří se jí artikulovat. Končetina, za kterou ji pracovnice drží, chladne a klientka v ní nemá cit.

*„No všechno se mi to zdálo takové divné, secvaklo mi to pak s tím, jak ji začala téct slina z ... z koutku u pusy, no.“*

Klientka zrychleně dýchá, vyjadřuje se nesrozumitelně.

*„Úplně prvně jsem se podívala, jestli se jí nestalo ještě něco dalšího ... třeba jako jestli nekrvácí z hlavy, protože se dost ošklivě praštila.“* Po kontrole klientku ukládá do lůžka v leže a přivolává kolegyně.

Po přivolání kolegyn kontaktuje také operační středisko zdravotnické záchranné služby.

*„S paní jsem si povídala, snažila jsem se i vtipkovat, ale moc mi to nešlo. Stále koukala na flašku s pitím, tak jsem ji navlhčila alespoň rty.“*

Krom vtipkování se snažila pracovnice dále ověřit, jestli nezaznamenává další komplikace, které by mohly souviset s poraněním páteř. Ty zjistit neměla.

Klientce zajistila také tepelný komfort dekou, celou dobu sledovala, zda dýchá. *„Měla dokonce po chvíli zvětšenou i zornici, co jsem si tak všimla.“*

Před příjezdem zdravotnické záchranné služby vysílá ještě kolegyni k postrannímu vchodu, který má nájezdovou rampu. S transportem klienta do nemocnice se totiž v zařízení již setkala.

#### Retrospektivní pohled:

*„Byla jsem z toho celá vyklepaná, jestli sem to neudělala tím, že jsem ji prostě lépe nepodpírala.“* V první pomoci si ovšem byla jistá, postup jí připadal logický, protože si jej vyzkoušela při nácviku na kvalifikačním kurzu.

#### Změny po události:

V zařízení nebyly po této události učiněny žádné změny. Vedení ocenilo zákrok poděkováním na poradě pracovníků v sociálních službách a drobnou finanční odměnou.

#### Analýza kazuistiky:

V kazuistice je popisována cévní mozková příhoda. K celému vyjádření pracovnice nelze vytknout žádná závažnější pochybení.

Ocenění si bezesporu zaslouží systematický postup od rozeznání příznaků, snahy zhodnotit možná přidružená poranění až po rychle a účelně provedenou první pomoc.

## Kazuistika č. 4 – Pád

### Základní charakteristiky:

Poslední kazuistiku rigorózní práce vylíčil vyučený zámečnický, který v domově se zvláštním režimem dlouhodobě působí, jako údržbář. V době COVIDové pandemie však částečně přešel na úvazek pracovníka v sociálních službách a doplnil si kvalifikační kurz.

*„Oni měli na tom našem kvalifikačním kurzu úplnou hrůzu z té pandemie, tak jsme jeli sice prezenčně, ale teoretickou část nám ukázali na figuríně. My jsme se ji dotknout nesměli, protože už se v té době udržovali rozestupy, rouška a tak.“* V podobném duchu se nesl celý kurz, na kterém mělo být znát, že je vše rychle odbyto, kupříkladu první pomoc byla odučena během jedné hodiny i se zmíněnou názornou ukázkou.

O tom, kde je umístěna lékárníčka ví, protože skříňku osobně připravoval. *„Navíc jsem tam doplňoval různé věci, dělal jsem na vojně zdravotníka, tak mi to ředitel s paní sociální svěřil.“*

### Popis situace:

V inkriminovaný den byli klienti na svých pokojích v souladu s vládními nařízeními. Tento klient byl částečně mobilní, ale při pohybu vyžadoval pomoc. *„Přivolal si nás signalizací, tak jsme ho ještě s kolegyní podle jeho přání přesunuli na křeslo před televizi.“*

Při kontrole pokojů po cca 45 minutách *„jsem vešel do pokoje a klient nikde. To mě trochu zarazilo, tak jsem se rozhlédl a vidím, že leží na zemi za křeslem.“*

Pracovník na nic nečeká a ihned přistupuje ke klientovi: *„ležel na zemi, takový celý zkroucený. Snažil se dosáhnout na signalizační zařízení, ale jak upadl, tak od něj byl dál.“*

Klient s pracovníkem začíná ihned komunikovat a popisuje mu, že se natahoval pro televizní program a podklouzla mu noha. Nyní je mu zima, protože je na zemi už delší dobu. Navíc jej bolí záda v bedrech a pravá ruka.

### Postup první pomoci:

*„Samozřejmě jsem ho chtěl hned zvednout, přece ho tam taky nenechám ležet, že jo? No ale když jsem ho zvedal, tak hrozně vyjekl. Hned jsem ho upustil zpátky.“*

Celá toto zjištění nenechalo pracovníka klidným a ihned přivolal kolegyni. Společně se snažili klienta zvednout podpíráním za paže. „*Hlavu nás vůbec nenapadlo podpírat v tu chvíli, nechtěli jsme ho hlavně nechat na zemi, aby neprochladl.*“

Klientovi následně v lůžku vypodložili bedra a ruku, u které udával bolestivost. Proto, aby se zahřál, jej zabalili do deky.

*„Přišli jsme pak za chvíli, mohlo to být třeba 10-15 minut, ale nic se nezměnilo, tak jsme teda zavolali sanitku raději.“*

#### Retrospektivní pohled:

*„Když se ohlédnu zpět, tak jako to nebylo super. Bylo to dost zmatený, a hlavně v tom nemám žádné zkušenosti jo?“*

Pocity má pracovník smíšené, opakovaně je probíral na supervizi. Neustále se snaží hledat postupy ke stavům, které by jej mohly v práci u klientů potkat. Největší obavu nemá z postupu, ale z toho, že se vůbec situace, u níž je třeba pomoci, naskytne.

#### Změny po události:

Vedení zařízení po této zkušenosti zajistilo pracovníkům v sociálních službách další povinné vzdělávání v akreditovaném kurzu, který se zaměřoval na první pomoc.

Změny v postupech se promítly také do standardů kvality a jejich příloh (manuálů v nichž je uvedeno, jak má pracovník při různých úrazech postupovat).

#### Analýza kazuistiky:

Kazuistika popisuje pád klienta, jehož příznaky jednoznačně odpovídají poranění páteře.

V pracovníkových krocích byla citelná značná nejistota, a to i po delší době od události.

Zcela absentovalo zajištění vlastní bezpečnosti či celkové zhodnocení situace po příchodu na místo. Nahodilé kroky ve snaze zvednout klienta do lůžka pouze dokreslují základní neznalost první pomoci.

Za nevýhodný postup dále považuji odkládání přivolání první pomoci nebo zanechání klienta bez přítomnosti druhé osoby.

## 5 Diskuze a doporučení do praxe

### Vzdělávání v oblasti první pomoci v sociálních službách

Vzdělávání pro sociální služby je specifické, a to po celém světě, neboť je třeba vnímat odlišené systémy péče, vzdělání zaměstnanců či kulturní specifika v péči (viz Voronka et al., 2021 či Santos et al., 2014 nebo Wieren et al., 2014). Pro ucelený pohled do České republiky uvádí Štulc et al. (2020) k cílové skupině, na kterou se práce zaměřuje, že chronický charakter onemocnění se objevuje v 75 % u osob do 75 let, přičemž u osob nad 85 let je přítomen u všech.

Pro cílovou skupinu práce je třeba brát v potaz jejich věkové charakteristiky, které s sebou přináší. Zajímavý pohled nabízí například Giroux et al. (2019), popřípadě Silva et al. (2017).

Tyto změny jsou navíc stále aktuálnější, protože dochází k jejich nejrůznějším obměnám, jak uvádí Belotti et al. (2021) nebo Zhou et al. (2018). Wang et al. (2020) Giguere et al. (2018) popisují specifika u stále se rozšiřující populace osob se syndromem demence, naproti tomu Choudhary (2021) a Zhao (2020) věnují svoji pozornost cévní mozkové příhodě. Samozřejmostí pak zůstává včasná identifikace a pomoc u pádů, která je na předních příčkách u seniorů již několik desetiletí (viz Dolenc et al., 2021; Giraudy, 2020).

Kaya et al. (2019) konstatuje, že vzdělávání u první pomoci vnímá, jako stěžejní zejména v přípravě, kterou označujeme, jako kvalifikační. S tím však nesouhlasí Pellegrino et al. (2017), který opakovaně volá po zavedení nejen kvalitního kvalifikačního, ale i doplňujícího (dalšího) vzdělávání. Dolenc et al (2021) tuto změnu vítá, poukazuje však na specifiku nutnosti odlišovat vzdělávání dle cílových skupin a připravovat jej „na míru starším účastníkům“.

Školení však musí provádět výhradně zkušení lektori, kteří si pravidelně prohlubují své vzdělání a inovují poznatky ve workshopech (Wijayanti et al., 2021). Bez těchto inovací je totiž výuka zastaralá a v komplikovaných případech může vést až k ohrožení života zachraňovaného (Ndile et al., 2020).

Rozsah je pak vždy vícehodinový (Kulangara et al., 2020). Delší časová dotace je poté vhodná u osob, které mají nejrůznější omezení a vyžadující specifický přístup, jako příklad lze uvést peer konzultanty (Giraudy et al., 2020).



Cheng et al. (2019) však shledává vzdělávání relativně kvalitním a změny by nezaváděl. Naproti němu ovšem stojí kupříkladu Wahyuni et al. (2020) či Bakke et al. (2016), kteří uvádějí tristní zkušenost s poskytováním první pomoci, pokud nejsou znalosti v ní pravidelně doplňovány.

Jednotný postup pro doplňování znalostí však celosvětově nepřevládá, setkáváme se ovšem stále častěji se snahou o aplikaci Evidence-based (viz Buck et al., 2015). Své uplatnění nachází také moderní technologie a formy výuky (Wilson et al., 2016).

Převládá názor, který řadí první pomoc jednoznačně do témat výuky, které je nutné absolvovat kontaktně, tj. prezenčně s lektorem a praktickým nácvikem (Gomase et al., 2021 nebo Reveruzzi et al., 2020 a další).

O to, jaká témata a v jakém rozsahu probírat prakticky se vede dlouhá polemika, která vychází zejména z preference jednotlivých lektorů (D'cunha et al., 2020 či Botea et al., 2020 nebo Kharusha et al., 2020).

Rozpory ve vhodnosti praktické výuky a jejím vedení nacházíme ovšem překvapivě kupříkladu u zástavy krvácení mezi Prytz et al. (2021) a Andrade et al. (2019).

Jedno téma ovšem nikdy nebudí rozpory a vyučuje se z logické podstaty vždy prakticky – resuscitace (Abelairas-Gómez et al., 2021 nebo Dumcke et al., 2021). I zde se ovšem snaha výuku ozvláštnit kupříkladu virtuální realitou (Issleib et al., 2021) nebo pokusy o dostupné modely k domácímu nácviku (Ohle et al., 2021 a Nigel et al., 2021).

Poslední roky se dostává do popředí také výuka využití automatického externího defibrilátoru (Aeby et al., 2021 či Vafeiadisa et al., 2019). A to jak u pobytových zařízení (Cheng et al., 2020), tak u služeb terénních (Fakhrulddin et al., 2020).

Velmi oblíbeným se stává v době rozvoje moderních technologií elearning (kupříkladu Koshelev et al., 2018 nebo Mishra et al., 2017 a mobilní aplikace (Kilshaw et al., 2021).

I přes zvyšující se oblibu u účastníků však výuka obsahuje značné limity a mnozí pedagogové tak stále poukazují na nenahraditelnost výuky praktické (kupříkladu Díez-Gutiérrez et al., 2021 nebo Xu et al., 2019 a Baum et al., 2019). Toto stanovisko sdílelo i Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, které umožnilo konání části výuky on-line, ale praktická část takto absolvována být nemohla (viz Aktualizace 20.10.2020, 2020).

## Hodnocení vzdělávání

Oliver et al. (2020) uvádí, že hodnocení vzdělávání u první pomoci není vůbec jednoduché a vyžaduje nejrůznější formy měření, které však zatím nebyly explicitně hodnoceny.

Specifické hodnocení nacházíme u Ndile (2020), který se zaměřoval na hodnocení první pomoci v dopravě, Boada et al. (2020) jež nedá dopustit na modelové situace anebo u výsledků účelnosti při poskytování první pomoci osobám s duševním onemocněním u Ghadirian et al. (2021).

Pellegrino et al. (2020) však nehodlá hodnotit, jako ostatní před ním, pouze získané znalosti, ale především ochotu je v praxi využít, tzn., zda dorazili za vzděláváním dobrovolně a jak jim prochází. Obdobně na problematiku hodnocení nahlíží také Pei et al. (2019) nebo Heard et al. (2019).

Autoři se dále shodují, že aby mělo školení účel, je třeba jej vést prakticky, neboť pak lépe hodnotí celou akci i samotní účastníci (Carbogim et al., 2020 či Kureckova et al., 2017). Toto konstatování podporuje i Cheng et al. (2021), který uvádí výsledky výuky první pomoci bez resuscitace v praxi nebo Partyński et al. (2021) s podklady k rozeznávání život ohrožujících stavů.

Proto, aby hodnocení pojali kladně jak lektori, tak účastníci, je nutné volit širokou paletu motivace a metod pro získávání zpětné vazby. Jinak je totiž třeba motivovat a vytěžovat vysokoškolsky vzdělané pracovníky (viz Arasu et al., 2020), kupříkladu od právě nastupujících pracovníků po ukončení základního vzdělání (Dutra et al., 2020). Zajímavou skupinou pro lektory jsou pak středoškolsky vzdělaní pracovníci, kteří mohou přicházet z různých škol a různou úrovní vzdělání (Reveruzzi, 2020).

Nenahraditelné pro dobré hodnocení výuky je užívání názorně-demonstrační metody a nejrůznějších modelů, jak prezentuje Dolenc et al. (2019). Jiang et al. (2020) ovšem doplňuje, že i mezi jednotlivými modely je značný rozdíl a to zejména, pokud vzděláváme v základních tématech kurzisty nebo prohlubujeme znalosti u vysokoškolsky vzdělaných odborníků na práci se seniory.

U první pomoci je pak pro zvýšení efektivnosti podstatné, aby lektor využíval k motivaci pozitivní oceňování, přičemž pokud účastník pochybí, pak aby bylo primárně oceněno vše dobré ve výkonu a na závěr byl poskytnut prostor pro další růst bez jeho demotivace (Zoder-Martell et al., 2017).

## Pracoviště

Jak již bylo nastíněno v teoretické části práce, naše legislativa ukládá sice povinnost zaměstnavatele na pracovišti zajistit lékárníčku, avšak blíže její obsah nespécifikuje. Toto pojetí je však mnohými autory vnímáno, jako nedostatečné. Některé země, krom přesné specifikace lékárníček v sociálních službách, připravují také detailně i obyvatele mimo běžná zařízení (viz Wilken et al. již v roce 2003 nebo Wilken, 2011). Ještě dále jde však kupříkladu Whitney (2012), která se zaměřuje na zabezpečení pomůcek první pomoci pro seniory na venkově.

Andrade et al. (2020) spatřuje, jako základní vybavení lékárníčky, soupravy zaměřené na zástavu krvácení. Zde však Hawkins et al. (2021) varuje před možnými neblahými dopady, pokud by se do rukou laiků dostaly profesionální soupravy.

Tomu ale oponuje Mohad et al. (2020), který uvádí, že lékárníčky mají mít sice společný základ, ale ten by měl být dále rozšiřován dle kulturních zvyklostí nebo nejčastějších úrazů – nelze tedy vytvořit ideální lékárníčku pro sociální služby jedné země, natož všeobecně pro celý svět.

Své o tom ví kupříkladu také Bahrmann et al. (2020), který testoval vybavení mobilního robota do domovů poskytující péči seniorům. Tyto domovy vyžadovaly sice lékárníčku, ale jejich obsah se dle jednotlivých specifik více či méně lišil (Mohad et al., 2020).

Ač o obsahu lékárníčky vedou autoři značnou polemiku, diskuse se nevede o umístování AED do zařízení poskytující služby pro seniory (viz Lee et al., 2021 či Xu, 2020 nebo Sun et al., 2020).

Nároky jsou také více kladeny na obsah lékárníčky, která by měla reflektovat potřeby přenosných nemocí více, než kdykoliv před tím – kupříkladu Magnavita et al. (2020) uvažuje krom rukavice, také nad ochrannými obleky i pro běžné záchránce atp.

S přehnanou ochranou však nesouhlasí kupříkladu Ammad (2021) nebo Ambigapathy (2020), oba totiž připomínají, že je třeba brát v potaz znalosti jednotlivých záchránců a zejména nesmí docházet k opomenutí, potažmo v tomto případě nadhodnocení reálného rizika. Zajímavý pohled tak můžeme získat kupříkladu u Garcia et al. (2021), která popisuje specifika sociální práce v Brazílii během epidemie COVID-19.

Krom samotného umístění lékárníček pak bude nutné jejich umístění a obsah inovovat v návaznosti na současné trendy, jak uvádí kupříkladu Intas et al. (2020). Sanjana et al. (2020) zde neopomijí možnost tvorby systému dronů, které by mohly reagovat pružněji

K umístění lékárníček dále specifikuje Hartman (2021) nutnost nespoléhat na centrální lékárníčky, proto zahájil výuku a osvětu chronicky nemocných v kompetencích pro vytvoření si vlastní lékárníčky v rámci tzv. nouzové připravenosti.

Na pracovišti je také nutné, aby byl krom lékárníčky dostupný také kvalifikovaný personál, který může výrazně napomoci výsledku případně poskytované první pomoci (viz kupříkladu Menti et al., 2020).

Nadar (2021) dokonce konstatuje, že Spojené státy americké vyhodnocovali účinnost přednáškové činnosti u pracovníků, kteří jsou aktivní v sociálních službách zaměřených na podporu veřejného zdraví. Hue et al. (2020) ovšem deklaruje, že podobné studie, které ověřují připravenost v první pomoci u nejrůznějších skupin, jsou desítky.

Sociální oblast je však svými cílovými skupinami značně specifická a stejně specifická tak zůstává příprava v první pomoci. Kupříkladu Itálie k základům vede všechny pracovníky dané oblasti/profese (Fazzi et al., 2020). Alhajjaj et al. (2021) dále konstatuje, že krom poskytování první pomoci mnohdy pracovníci vedoucí své klienty k postupů, jak se v podobných situacích, kdy by potřebovali první pomoc oni nebo někdo v jejich okolí, mají zachovat.

Každé pracoviště by též mělo disponovat specifickým metodickým pokynem, který upravuje, jakým způsobem je první pomoc v domově poskytována, kdo ji poskytuje a jakým způsobem vůbec dochází k její správné aktivaci (viz Zhao et al., 2020 nebo Kim et al., 2020).

Mnoho autorů s rozvojem technologií dále otvírá otázky, které souvisí se zaváděním chytrých domácností v rezidenčních sociálních zařízeních pro seniory (viz Jo et al., 2021 či Gayathri et al., 2020). Trendem jsou v současné době chytré domácnosti, které za pomocí integrovaných systému vyhodnotí případnou aktivaci pomoci u seniorů (Hu et al., 2020).

Na druhou stranu však autoři prezentují zneužitelnost chytrých domácností nebo odosobnění péče, které s sebou pro klienty přináší (McKay et al., 2021 či Marikyan et al., 2020).

### Teoretická první pomoc.

Autoři se všeobecně shodují, že účinnost první pomoci se odvíjí od absolvovaného vzdělání, které je dále rozvíjeno pravidelným přeškolením (Riaz et al., 2020 a Tay et al., 2013).

Základní oblastí poskytování první pomoci i nadále zůstává zajištění vlastní **bezpečnosti**. Krom jednoduchých návodu se dnes autoři zabývají také legislativní oporou v případě nouze nebo etickými aspekty (Astrazhynski et al., 2020 či Reveruzzi et al., 2020). Ni et al. (2021) ovšem doplňuje, že současná situace vyžaduje spíše prezentaci nových znalostí odvíjejících se od místa, ve kterém je první pomoc poskytována. Toto tvrzení dále podporuje také Toth et al. (2021), který připomíná neustále se rozvíjející odvětví ochranných pomůcek.

**Přivolání odborní pomoci** prochází v posledních letech velkou revolucí, ne vždy je však pozitivní, kupříkladu Williamson et al. (2021) upozorňuje na váhání v rozhodnutí u pacientů, zda si první pomoc přivolají vzhledem k její ceně. Závažnost stavu tak hodnotí i pracovníci v sociálních službách za využití kupříkladu QR kódování (viz Lyons, 2021).

Místo běžného volání na tísňové linky využívají především mladší lidé nejrozličnější mobilní aplikace (kupříkladu Gindodia et al., 2020). Jejich výhody shledávají především ve snadné lokalizaci, která v posledních letech prošla výraznou inovací a polohu tak, ve většina případů, určí v řádů metrů (Thao et al., 2020).

Poskytnutí první pomoci na základě volání už dnes není nutně na bedrech profesionálních záchranářů (Alshutayria et al., 2021). Stále častěji se totiž setkáváme s využitím proškolených laiků, nejvíce rozšířenou oblastí jejich zapojení je využití AED (Scquizzato et al., 2020 a Antony et al., 2020).

Při přivolání první pomoci je častěji také využíváno nejrozličnějších informačních náramků, kartiček atp., které mohou přiblížit chronické stavy zraněného záchrančům (Min et al., 2021). Yagoob et al. (2021) však k podobně získaným informacím přistupuje skepticky a navrhuje lepší využití příležitosti, kterou nabízejí, neboť v současném pojetí při zneužití dokážou, místo pomoci, přinést jen komplikace.

Statistiky jednoznačně ukazují, že stále více laiků se setkává s nutností poskytovat první pomoc osobám se **zástavou oběhu** (viz Jonsson et al., 2020). Stává se tak zejména v místech s delším časovým dojezdem profesionálních záchranářů (Orkin et al., 2021).

Výsledky jejího užití jsou ovšem velmi pozitivní (Jiang et al., 2021). Přední místa zaujímá kupříkladu Německo, které hlásí výrazné zlepšení výsledků přežití (Gässler et al., 2020).

Tyto výsledky však opět poukazují na nutnost vzdělávání a jeho opětovaného prohlubování (Regard et al., 2020). Nutností je vzdělávání nejen majority dané země, ale také minorit, včetně uprchlíků (Schnaubelt et al., 2021). Samotné vzdělání pak podporují nejrůznější aplikace, které může mít pro připomenutí laický zachránce u sebe (Hannes et al., 2020).

I přes snahu osvěty, i tuto oblast první pomoci postihl strach z COVID-19, který výsledky, vyhodnocované zpětně, značně změnil (Chong et al., 2021).

Resuscitace poskytovaná seniorům se neliší od resuscitace poskytované, komukoliv jinému v dospělém věku (Pinto et al., 2020; Hee et al., 2021; Saegusa et al., 2020). Zajímavé výsledky v ochotě pomoci obyvatelům pečovatelských domů přinesla Seung et al. (2021).

Prekvapivým zjištěním je fakt, že současné vědění se ubírá směrem k identifikaci rizika neúmyslného dušení u dětí, první pomoc a **dušení u seniorů** se tak stává tématem okrajovým (Kong et al., 2020 a Kong et al., 2020).

Stále větší pozornost je však věnována **náhle vzniklým poruchám řeči a hybnosti** (Zhang et al., 2020). Tato pozornost se rozšiřuje nově také mimo velká města na venkov (Vivek et al., 2020).

Objevují se také nové metody včasné identifikace cévní mozkové příhody (Mike et al., 2020), u těchto metod ovšem upozorňuje Wang et al. (2021) na pozdější nástup některých symptomů či průběh asymptomatický. I přes toto ovšem mnohá zařízení investují nemalé částky do vzdělávání svých zaměstnanců s cílem prohloubení jejich znalostí (Rachmawati et al., 2020).

Obdobný vývoj zaznamenává také pomoc při **náhle vzniklých bolestech na hrudi** (Halder et al., 2020 nebo Nlan et al., 2020). Tento trend vystupňoval opět fakt pandemie COVID-19, která u mnohých pacientů při vyčkávání zajištění si pomoci způsobila výrazné (nezvratné) následky (Siripanthong et al., 2020).

#### Sebezkušenost s poskytováním první pomoci

Autoři se jednoznačně shodují, že s přibývajícím věkem seniorů přibývá také úrazů, což s sebou logicky přináší zvýšenou pravděpodobnost, že se pracovníci v sociálních službách s úrazy svých klientů setkají (viz Supudomkul et al., 2020 a Cavalcanti et al., 2020).

Současné vědění se zaměřuje primárně na pády, které souvisí s následnými komplikacemi, jež zvyšují závislost seniory na péči druhé osoby (Appeadu et al., 2021 a Baixinho et al., 2020). Neopomíjí však ani cévní mozkovou příhodu (viz Anu et al., 2021 nebo Amegbor et al., 2020) nebo zástavu oběhu (viz Chen et al., 2020 a Ernst et al., 2020).

Krom běžných úrazů se však pracovníci v sociálních službách setkávají také s poraněními seniorů během hygieny (King et al., 2020).

Účelnost první pomoci jednoznačně staví na programech vzdělávání, kterými pracovníci v sociálních službách projdou (viz White, 2021 nebo Fang et al., 2021). Zvláštní důraz je pak věnován sebezkušenosti u osob, které prošli školení s názorně-demonstrační metodou a praktickým nácvik od osob, které shlédli pouze výukové video (Yusniawati et al., 2020).

Ze zkušeností respondentů také vyplývá, že v případě pravidelného proškolení se nejen zdokonalují získané znalosti a dovednosti, ale v mnohých případech je první pomoc také pro zraněného komfortnější (kupříkladu Gilchrist et al., 2020).

Pokud vynecháme nedostatek znalostí, pak v limitech v rámci sebezkušenosti lidé nejčastěji uvádějí aspekty psychologické (Riccó et al., 2020 nebo Heard et al., 2019). Zajímavou studii v dané oblasti nabízí kupříkladu Rossetto et al. (2020), která se zaměřila na sledování proškolených adolescentů a poskytování jejich první pomoci u seniorů. Stikes (2020) nabízí také pohled na sílu vlivu kultury a víry, jež se odráží v ochotě pomáhat v islámských zemích.

Hunt et al. (2020) v sebezkušenosti však neopomíjí ani snahu o zneužití závažných životních situací, při nichž se stále častěji setkáváme s tzv. dezinformacemi. Tyto dezinformace pak mohou ovlivnit i samotný způsob poskytování první pomoci či samotnou ochotu první pomoc vůbec poskytnout (Suarez-Lledo et al., 2021 či Ballesteros et al., 2020).

Zatím poslední větší zkouškou byla pandemie COVID-19 (Walarine et al., 2020), pracovníci v sociálních službách ovšem reagovali snahou vytvořit si obranné strategie, zdaleka tak ovšem neučinili všichni (Zummo, 2021).

## Doporučení do praxe

Na základě identifikovaných skutečností navrhuji iniciaci následujících změn.

Pro přehlednost jsou jednotlivá doporučení rozčleněna na tři oblasti:

1. **celostátní úroveň** – činnost legislativní, metodická, poradenská a kontrolní:
  - a. Jednoznačné včlenění modulu první pomoci do obecné části kvalifikačního kurzu ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v aktuálním znění.
  - b. Vydání závazné metodiky, která sjednotí minimální základní požadavky k akreditaci kvalifikačního kurzu – obsah, materiálně technické zajištění jednotlivých modulů vycházející z výstupních kompetencí obecné části.
  - c. Rozsáhlejší kontrolní činnost resortu při vykazování vzdělávacích aktivit. Zavedení nezávislých kontrolních týmů hodnotících realizaci vzdělávacích aktivit (vč. skryté identity) a dodržování obsahových náležitostí udělené akreditace.
  - d. Změny v oblasti deklaráce uskutečnění vzdělávacích akcí u jednotlivých modulů ve formě foto a video materiálu, nikoli pouze presenční listiny, evidence vydaných osvědčení a vypracované úkoly.
  - e. Zvážení zavedení zvláštní způsobilosti pro odbornou garanci v kvalifikačních kurzech. Nehodnotit pouze prostřednictvím AKRSISu na základě doloženého vzdělání, nýbrž současné posouzení rozšířit o praktické (komplexní) uskutečnění náhodně zvoleného modulu před odbornou komisí.
  - f. Zavést postihy spojené s neplněním povinností plynoucích z akreditace. Krom odebrání udělené akreditace, umožnit v opodstatněných případech trest zákazu činnosti atp.
2. **objednavatelé vzdělávacích akcí** (organizace vysílající účastníky):
  - a. U jednotlivých vzdělávatelů vyžádat obsah jednotlivých modulů a získaných výstupních kompetencí.
  - b. Získávat doporučení apod. od spolupracujících organizací.
  - c. V hodnocení zaměstnanců a jejich profesním rozvoji hodnotit přínos a rozsah získaných znalostí a dovedností.
3. **zaměstnavatele kvalifikovaných pracovníků v sociálních službách:**



- a. Zavést v rámci pracovních pohovorů propracovaný systém hodnocení pracovního potenciálu.

## Závěr

Předkládaná rigorózní práce je složena z teoretické a empirické části.

Teoretická část si klade za cíl čtenáře zorientovat v současném stavu vědění. Popsána je zde profese pracovníka v sociálních službách, získávání odborné způsobilosti nebo další povinné vzdělávání. Charakterizovány jsou zde taktéž sociální služby s důrazem na službu domova se zvláštním režimem. Práce neopomíjí ani uvedení kontextu změn ve stáří či teoretických základů první pomoci a praktické komparace vybraných stavů typických pro cílovou skupinu.

Cílem práce bylo popsat, jakým způsobem si pracovníci v sociálních službách, působící v registrovaných sociálních službách domovů se zvláštním režimem na území Jihočeského kraje, osvojili kompetence v oblasti první pomoci získané během kvalifikačního procesu.

Výzkum byl realizován smíšenou výzkumnou strategií. Data pro kvantitativní část byla získána metodou dotazování a technikou byl zvolen dotazník vlastní konstrukce. Kvalitativní část nabízí kazuistiky získané za využití techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Pro kvalitativní část výzkumu byl shromážděn vzorek 196 respondentů, kteří splnili základní podmínky stanovené pro účast. V kvalitativní části jsou následně prezentovány celkem čtyři kazuistiky zaměřené na zástavu oběhu, uzávěru dýchacích cest cizím tělesem, náhle vzniklá porucha řeči a hybnosti a pád.

U první výzkumné otázky bylo zjištěno, že výuka první pomoci na kvalifikačních kurzech byla realizována u 183 respondentů (tj. 93,4 %). Délka výuky se však u těchto respondentů výrazně liší, přičemž 135 respondentů (tj. 73,8 %) absolvovalo výuku první pomoci, která trvala maximálně hodinu. Převažovala výuka praktická u 21 (tj. 11,5 %) respondentů ovšem proběhla výuka pouze přehráním videa.

Druhá výzkumná otázka hodnotící kurzy z pohledů účastníků nastínila, že pouze 45 (tj. 24,6 %) respondentů považovalo výuku za nedostatečnou. Dále však 93 (tj. 47,4 %) respondentů konstatovalo, že se, dle své mínění, necítí být pro poskytnutí první pomoci připraveni.

Dle odpovědí ke třetí výzkumné otázce netuší 68 (tj. 34,7 %) respondentů, kde mají na pracovišti umístěnou lékárničku. Z respondentů, kteří toto ví a znají její obsah pak 20 (tj. 27,4 %) uvádí, že pomůcky v ní obsažené neumí využít.

Největší část dotazníkového šetření se věnoval posouzení, jaké úroveň jsou teoretické kompetenční znalosti u respondentů, ve smyslu laické první pomoci.

K této otázce lze konstatovat, že znalosti byly u jednotlivých respondentů značně rozdílné. Základní nedostatky byly shledány v oblasti zajištění vlastní bezpečnosti, uzávěry dýchacích cest cizím tělesem nebo resuscitace.

Poslední výzkumná otázka zjišťovala zkušenost respondentů s poskytováním první pomoci v zaměstnání. 108 (tj. 55,1 %) respondentů se setkala se situací, kdy museli poskytnout první pomoc, přičemž 50 (46,3 %) respondentů se v krocích, které konali, necítilo jistě. Samostatně pakl první pomoc poskytl pouze dva respondenti (tj. 1 %) z celého výzkumného vzorku.

Data získaná v kvalitativní části výzkumu potvrzují zjištění, která přineslo šetření dotazníkové. Nabízí jedinečný vhled do výpovědí pracovníků v sociálních službách a popis situace, v níž se během své profese vyskytli. Samotný popis je pak hermeneuticky konfrontován s platnými doporučeními pro první pomoc.

Doporučení do praxe jsou orientována zejména na celostátní úroveň. Jednotlivá doporučení nabízí iniciaci základních legislativních, metodických, poradenských a kontrolních změn. Objednavatelům je doporučováno zvýšit zájem o obsah vzdělávacích akcí, kam své zaměstnance vysílají. Hodnotné podněty může přinést také hodnocení od spolupracujících organizací, popřípadě hodnocení profesního rozvoje zaměstnanců, u nichž bylo vzdělávání realizováno. Zaměstnavatelé, kteří obsazují pozici pracovníka v sociálních službách, by měli zvážit propracovaný systém hodnocení pracovního potenciálu.

Jednotliví respondenti a komunikační partneři byli seznámeni s možností získat výsledky po obhajobě práce v Informačním systému Univerzity Palackého. Výsledky dále plánují publikovat v odborném periodiku a promítnout je do vzdělávacích aktivit, které odborně garantují a lektorují.

## Seznam použitých zdrojů

AEBY, Dylan, Philippe STAEGER, Fabrice DAMI a Simone SAVASTANO. How to improve automated external defibrillator placement for out-of-hospital cardiac arrests: A case study. *PLOS ONE*. 2021, 16(5). DOI 10.1371/journal.pone.0250591.

AKRIS, 1.20.1. Průvodce podávání žádosti o akreditaci vzdělávacího programu v informačním systému AKRIS [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2020 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/akreditace-zadosti-a-pruv-odce>

Aktualizace 20.10.2020 [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2020 [cit. 2021-09-08]. Dostupné z: <https://akris.mpsv.cz/Aktualita/Aktualita-Detail?aktualitaId=119>

Aktualizace pravidel pro výkon inspekcí a metodických postupů inspektorů k 21.2.2014 [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2014 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Methodika\\_inspekci\\_3.pdf/46d53125-306b-0ee8-837b-aab51256775a](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Methodika_inspekci_3.pdf/46d53125-306b-0ee8-837b-aab51256775a)

Aktuálně.cz [online]. Economia, a.s., 2021 [cit. 2021-09-08]. Dostupné z: <https://sport.aktualne.cz/fotbal/zahranici/bezvedomi-i-spousta-krve-anglii-vydesil-stret-davida-luizes/r~1259bbbc327a11ebb1110cc47ab5f122/>

ALHAJJAJ, Fahad, Hadeel ALSELEEM, Rawan ALGHEBAIWI, Amjad ALQUTAYMI, Ghadeer ALMATROUK a Wad ALSHAMIKH. Knowledge, misconceptions, and practice about first aid measures among mothers in Al Qassim. *International Journal of Medicine in Developing Countries*. 2021, 309-317. DOI10.24911/IJMDC.51-1607865492.

ALSHUTAYRI, Areej et al. An Interactive Mobile Application to Request the Help of the Nearest First Aider by the Injured. *Advances in Distributed Computing and Artificial Intelligence Journal*. 2021, 10(1), 15-32. ISSN 2255-2863.

AMEGBOR, Prince M., Kyle B. PLUMB a Mark W. ROSENBERG. Determinants of Overnight Stay in Health Centres and Length of Admission: A Study of Canadian Seniors. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 2020, 39(4), 533-544. DOI 10.1017/S0714980819000771.

AMMAD, Syed, Wesam Salah ALALOUL, Syed SAAD a Abdul Hannan QURESHI. Personal protective equipment (PPE) usage in construction projects: A scientometric approach. *Journal of Building Engineering*. 2021, 35. DOI 10.1016/j.jobe.2020.102086.

*Analýza stávající situace v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách v ČR* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019 [cit. 2021-09-08]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/Analytick%C3%A1\\_zpr%C3%A1va\\_Vzd%C4%9B%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD\\_PSS.pdf/43e18e2f-39b1-e8f4-d93c-c7626f9bc9ab](https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/Analytick%C3%A1_zpr%C3%A1va_Vzd%C4%9B%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD_PSS.pdf/43e18e2f-39b1-e8f4-d93c-c7626f9bc9ab)

ANDRADE, Erin et al. Stop the bleed: The impact of trauma first aid kits on post-training confidence among community members and medical professionals. *The American Journal of Surgery*. 2020, 220(1), 245-248. DOI 10.1016/j.amjsurg.2019.11.028.

ANTONY, Jesmin, Raman BRAR, Paul A. KHAN, Marco GHASSEMI, Vera NINCIC, Jane P. SHARPE, Sharon E. STRAUS a Andrea C. TRICCO. Interventions for the prevention and management of occupational stress injury in first responders: a rapid overview of reviews. *Systematic Reviews*. 2020, 9(1). DOI 10.1186/s13643-020-01367-w.

ANTUŠÁK, Emil. *Krizová připravenost firmy*. Praha: Wolters Kluwer, 2013. ISBN 978-80-7357-989-8.

*Aplikace záchranka* [online]. Záchranka, z.s., 2020 [cit. 2021-09-08]. Dostupné z: <https://www.zachrankaapp.cz/cs/jak-aplikaci-pouzivat>

ARASU, Sakthi, SavanSara MATHEW, Naveen RAMESH, FarahNaaz FATHIMA a AvitaRose JOHNSON. Safety First: Awareness and attitude regarding first aid among college students – A Cross-sectional study in Urban Bangalore. *International Journal of Health & Allied Sciences*. 2020, 9(1). DOI 10.4103/ijhas.IJHAS\_100\_19.

ARMSTRONG, Michael a Stephen TAYLOR. *Řízení lidských zdrojů: pojetí a postupy*. 13., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5258-7.

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5148-1.

ASTRAZHYNSKU, Yura et al. FIRST AID: ETHICAL AND LEGAL ASPECTS, BASIC PRINCIPLES OF PROVIDING IT. *STUDENTS' SCIENTIFIC SOCIETY: Belarusian State Medical University*. 2021, 72(5), 359-363. ISSN 2221-5654.

AUSTIN, Margaret. *First Aid Manual*. London: Dorling Kindersley Plc P / B, 2015. ISBN 978-1405315739.

BAHRMANN, Frank, Stefan VOGT, Catharina WASIC, Elmar GRAESSEL a Hans-Joachim BOEHME. Towards an All-Day Assignment of a Mobile Service Robot for Elderly Care Homes. *American Journal of Nursing Science*. 2020, 9(5). DOI 10.11648/j.ajns.20200905.14.

BAIXINHO, Cristina Lavareda a Maria dos Anjos DIXE. Practices and behaviors of professionals after falls in institutionalized elderly with and without cognitive decline. *Dementia & Neuropsychologia*. 2020, 14(1), 62-68. DOI 10.1590/1980-57642020dn14-010010.

BALLESTEROS, Michael F., Steven A. SUMNER, Royal LAW, Amy WOLKIN a Christopher JONES. Advancing injury and violence prevention through data science. *Journal of Safety Research*. 2020, 73, 189-193. DOI 10.1016/j.jsr.2020.02.018.

BARTOŇOVÁ, Miroslava, Marie VÍTKOVÁ, Barbora BOČKOVÁ, et al. *Inkluze ve škole a ve společnosti jako interdisciplinární téma: Inclusion in schools and society as an interdisciplinary issue*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8140-6.

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.

*Basismaßnahmen der Wiederbelebung*. Niel: European Resuscitation Council vzw, 2015. ISBN 978-9492543264.

BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MAC. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0.

BAUCHNER, Howard, Phil B. FONTANAROSA a Edward H. LIVINGSTON. Conserving Supply of Personal Protective Equipment—A Call for Ideas. *JAMA*. 2020, 323(19). DOI 10.1001/jama.2020.4770.

BAUM, Sandy a Michael MCPHERSON. The Human Factor: The Promise & Limits of Online Education. *Daedalus*. 2019, 148(4), 235-254. DOI 10.1162/daed\_a\_01769.

BAUSCH-WALTHER, Theres. *Pflege Von Betagten Menschen Mit Verhaltensauffligkeiten (Pflegekompakt)*. Stuttgart: Kohlhammer, 2018. ISBN 978-3170338005

BEDNÁŘ, Martin. *Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2014. ISBN 978-80-87623-10-7.

BEDNÁŘ, Vojtěch. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024742113.

BEDNÁŘ, Martin. *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3069-0.

BEDNÁŘÍK, Josef a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 2010. ISBN 9788073873899.

BELEJOVÁ, Hana. *První pomoc: "kdy jindy než teď, kdo jiný než Ty?"*. Brno: Tribun, 2016. ISBN 978-80-263-1043-3.

BELOTTI, Federico, Daejung KIM, Dana GOLDMAN, Tadeja GRACNER, Andrea PIANO MORTARI a Bryan TYSINGER. The future of the elderly population health status: Filling a knowledge gap. *Health Economics*. DOI 10.1002/hec.4258.

BENDL, Stanislav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016. ISBN 978-80-7290-881-3.

BENDL, Stanislav. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4248-9.

BENEŠ, Antonín. *První lékařská pomoc v soudobé válce*. Praha: Naše vojsko, 1964.

BENEŠ, Zdeněk, Daniel DRAHANSKÝ, Jana HAKOVÁ, Milan HANUŠ, Miroslav HANUŠ, Radek HANUŠ, Aleš POKORNÝ a Karel ŠTĚPÁNEK. *Instruktorský slabikář: metodická příručka pro všechny, kdo organizují kurzy zážitkové pedagogiky*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Nadační fond Gymnasion, 2016. ISBN 9788027004768.

BENJAMIN, Ivor. 2020 American Heart Association and American College of Cardiology Consensus Conference on Professionalism and Ethics: A Consensus Conference Report. *Circulation*. 2021, 143(25). DOI 10.1161/CIR.0000000000000963.

BERNATOVÁ, Eva. *Základy první pomoci*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Český červený kříž, 2017. ISBN 978-80-87729-22-9

BERNATOVÁ, Eva. *První pomoc není věda*. Ilustroval Martin ZACH. Praha: Český červený kříž, 2014. ISBN 978-80-87729-05-2.

BIANCA, Reveruzzi et al. First aid training in secondary schools: A comparative study and implementation considerations. *Journal of Safety Research*. 2020, 75, 32-40. DOI 10.1016/j.jsr.2020.07.002.

BIZOVSKÁ, Lucia. *Rovnováha a možnosti jejího hodnocení*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. ISBN 978-80-244-5260-9.

BOADA, Imma, Antonio RODRIGUEZ BENITEZ, Santiago THIÓ-HENESTROSA a Josep SOLER. A Serious Game on the First-Aid Procedure in Choking Scenarios: Design and Evaluation Study. *JMIR Serious Games*. 2020, 8(3). DOI 10.2196/16655.

BOTEA, Mihai et al. Teaching Methods of First Aid Knowledge in Schools. *International Journal of Curriculum and Instruction*. 2020, 12, 82-87. ISSN 1993-7660.

BOTÍKOVÁ, Andrea. *Riziká pádov u geriatrických pacientov*. Trnava: Trnavská univerzita, 2015. ISBN 978-80-8082-864-6.

BUCK, Emmy, Hans VAN REMOORTEL, Tessa DIELTJENS, Hans VERSTRAETEN, Matthieu CLARYSSE, Olaf MOENS a Philippe VANDEKERCKHOVE. Evidence-based educational pathway for the integration of first aid training in school curricula. *Resuscitation*. 2015, 94, 8-22. DOI 10.1016/j.resuscitation.2015.06.008.

BULÍKOVÁ, Táňa. *Medicína katastrof*. Martin: OSVETA, 2011. ISBN 978-80-8063-361-5.

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5334-8.



BYDŽOVSKÝ, Jan. *Předlékařská první pomoc. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-0680-1.

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. ISBN 9788072548156.

CAVALCANTI, Alidianne et al. Head and face injuries in elderly patients victims of fall. A single trauma center analysis. *Stomatologija*. 2020, 22(2), 39-43. ISSN 1392-8589.

*Canadian Patient Safety Institute. Safer Healthcare now! Reducing Falls and Injury from Falls (Falls): Getting Started Kit* [online]. Measures Revised, 2015 [cit. 2021-08-20]. Dostupné z: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Documents/Interventions/Reducing%20Falls%20and%20Injury%20from%20Falls/Falls%20Getting%20Started%20Kit.pdf>

CARBOGIM, Fábio da Costa, Franciane Silva LUIZ, Larissa Bertacchini de OLIVEIRA, Patrícia Rodrigues BRAZ, Kelli Borges dos SANTOS a Vilanice Alves de Araújo PÜSCHEL. EFFECTIVENESS OF A TEACHING MODEL IN A FIRST AID COURSE: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2020, 29. DOI 10.1590/1980-265x-tce-2018-0362.

*Cerebrovaskulární sekce ČNS JEP* [online]. Cerebrovaskulární sekce ČNS ČLS JEP, 2021 [cit. 2021-08-20]. Dostupné z: <https://docs.google.com/document/d/1j0g4rAJ8HFZe7U4oYLBSESIz5NPheHNVflrOZxYysk/edit>

CÍSAŘ, Jan. *Základy dramaturgie. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Nakladatelství Akademie múzických umění v Praze, 2020. ISBN 978-80-7331-540-5.

*College of Occupational Therapists. Occupational Therapy in the Prevention And Management of Falls in Adults* [online]. College of Occupational Therapists, 2015 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: <https://www.rcot.co.uk/file/549/download?token=MLwQJBBm69>

ČASTORÁL, Zdeněk. *Management lidského faktoru: management lidských zdrojů, management lidského kapitálu, personální management*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2013. ISBN 9788074520389.

*ČČK kurzy PP - normy znalostí první pomoci* [online]. Český červený kříž, 2021 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: <https://www.cervenkykruz.eu/kurzy-pp-normy-znalosti>

ČELEDVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČERMÁK, Zdeněk. *Limity současné rezidenční péče o seniory a možnosti jejich řešení*. [online]. Hradecké dny sociální práce XIII, 2017 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/69794>

ČERVENKOVÁ, Iva. *Výukové metody a organizace vyučování*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-238-8.

ČEŠKA, Richard, ŠTULC, Tomáš, Vladimír TESAŘ a Milan LUKÁŠ, *Interna*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Triton, 2020. ISBN 978-80-7553-782-9.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

ČRR. X. odborné symposium ČRR - resuscitace 2021 [online]. Česká resuscitační rada, 2021 [cit. 2021-09-08]. Dostupné z: <https://www.resuscitace.cz/aktuality/detail/x-odbornesymposium-crr-resuscitace-2021-virtualni>

ČRR. Doporučené označení AED [online]. Česká resuscitační rada, 2015 [cit. 2021-09-12]. Dostupné z: <https://www.resuscitace.cz/files/files/0/9ayvw/doporucene-oznaceni-aed.pdf>

D'CUNHA, Aureen, Grace REBEKAH, John MATHAI a Susan JEHangIR. Understanding burn injuries in children—A step toward prevention and prompt first aid. *Burns*. 2021. DOI 10.1016/j.burns.2021.07.010.

DÉZ-GUTIÉRREZ, Enrique et al. Education online in lockdown: limits and possibilities. The vision of families in Spain. *Equality, Diversity and Inclusion*. 2021. DOI 10.1108/EDI-07-2020-0194.

DGVU. Anleitung zur Ersten Hilfe [online]. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, 2017 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/698>

DIVIŠOVSKÝ, Miloš. *Příručka pro zdravotníky*. Praha: Naše vojsko, 1977.

DOBIÁŠ, Vilém. *Urgentná medicína prednemocničná, nemocničná pre dospelých a deti*. Martin: OSVETA, 2021. ISBN 9788080634995.

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

DOBIÁŠ, Viliam. *Klinická propedeutika v urgentnej medicíne*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4570-1.

DOČEKAL, Vít. *Experiential Learning - Czech Translation and Its Meanings? E-Pedagogium*. 2012, 12(1), 9-17. DOI 10.5507/epd.2012.002.

DOLENC, Eva, Marko KOLŠEK, Damjan SLABE a Ivan ERŽEN. Tailoring First Aid Courses to Older Adults Participants. *Health Education & Behavior*. 2021. DOI 10.1177/10901981211026531.

DOLENC, Eva, Damjan SLABE, I. ÖNDER, S. BEŞOLUK, H. ÇALIŞKAN a E. MASAL. The importance of using mannequin-training models in first aid learning: Case of avulsed tooth. *SHS Web of Conferences*. 2019, 66. DOI 10.1051/shsconf/20196601036.

*Doporučený postup MPSV č. 4/2016* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2016 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny\\_postup\\_4\\_2016\\_Registrace.pdf/69489ded-cf05-4f94-8c1c-c643adf3aa7c](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_4_2016_Registrace.pdf/69489ded-cf05-4f94-8c1c-c643adf3aa7c)

*Doporučený postupu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 04/2017* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2017 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny\\_postup\\_detence.pdf/4ce0bea2-cd46-1444-cf20-f75913a2d94e](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_detence.pdf/4ce0bea2-cd46-1444-cf20-f75913a2d94e)

*Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015. ISBN 978-80-904668-8-3.

DOSTÁL, Pavel. *Základy umělé plicní ventilace*. 4., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-562-0.

DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Naplněné a nenaplněné potřeby rodin pečujících o člověka s demencí*. Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2021. ISBN 978-80-906237-4-3.

DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti. 7.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1709-1.

DRŠATA, Jakub a Radan HAVLÍK, CHROBOK, Viktor, ed. *Foniatric - sluch*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2015. ISBN 978-80-7311-159-5.

DTO CZ. Pracovník v sociálních službách - kvalifikační kurz akreditovaný MPSV [online]. DTO CZ, s.r.o., 2020 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: <https://www.dtocz.cz/kurz/pracovnik-v-socialnich-sluzbach-kvalifikacni-kurz-akreditovany-mps-v-prezencni>

DUDOVÁ, Radka. *Péče anebo práce: koncepce a realizace sociální a rodinné politiky v ČR se zaměřením na péči o seniory i o děti*. Praha: Alternativa 50+, 2015. ISBN 978-80-905711-3-6.

DUMCKE, Rico et al. Introducing bystander resuscitation as part of subject-matter teaching in secondary schools: Do we overestimate interest and skill acquisition? *Research in Subject-matter Teaching and Learning*. 2021, 4, 37-559. DOI 10.23770/RT1841.

DUTRA, Bárbara Duarte, Keyla Cristiane do NASCIMENTO, Maria Elena ECHEVARRÍA-GUANILO, Valéria de Cássia SPARAPANI a Gabriela Marcellino de Melo LANZONI. Validation of an educational game about first aid for schoolchildren. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021, 74(6). DOI 10.1590/0034-7167-2020-1107.

DVOŘÁKOVÁ, Zuzana. *Řízení lidských zdrojů*. V Praze: C.H. Beck, 2012. Beckova edice ekonomie. ISBN 9788074003479.

EBOZP [online]. EBOZP, 2019 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: [https://ebozp.vubp.cz/wiki/index.php?title=%C5%A0kolen%C3%AD\\_prvn%C3%AD\\_pomoci](https://ebozp.vubp.cz/wiki/index.php?title=%C5%A0kolen%C3%AD_prvn%C3%AD_pomoci)

EDVARDSSON, David, P. O. SANDMAN a Lena BORELL. Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics*. 2014, 26(7), 1171-1179. ISSN 1041-6102. DOI 10.1017/S1041610214000258.

ERNST, Michael E., Enayet K. CHOWDHURY, Lawrence J. BEILIN, et al. Long-Term Blood Pressure Variability and Risk of Cardiovascular Disease Events Among Community-Dwelling

Elderly. *Hypertension*. 2020, 76(6), 1945-1952. DOI 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16209.

*EuReCa TWO* [online]. European Resuscitation Council, 2017 [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <https://www.erc.edu/projects/eureka-one>

*European Resuscitation Council* [online]. European Resuscitation Council, 2021 [cit. 2021-08-01]. Dostupné z: <https://cprguidelines.eu/>

FANG, Xiaoqun, Shulei JIA, Qiuyan WANG, et al. Clinicians' Perspectives About the Feasibility and Effectiveness of Using Telemedicine in First Aid: A Qualitative Study. *International Journal of General Medicine*. 2021, 14, 3343-3353. DOI 10.2147/IJGM.S314901.

FAZZI, Luca a Angela ROSIGNOLI. Social Work Education in Italy: Problems and Perspectives. S.M., Sajid, Rajendra BAIKADY, Cheng SHENG-LI a Haruhiko SAKAGUCHI, ed. *The Palgrave Handbook of Global Social Work Education*. Cham: Springer International Publishing, 2020, 2020-10-24, s. 119-132. DOI 10.1007/978-3-030-39966-5\_8.

FELMAN, Adam. First aid, the recovery position, and CPR [online]. *MedicalNewsToday*, 2018 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/153849.php#cardio-pulmonaryresuscitation-cpr>

FOLDYNOVÁ, Ivana. Souhrn nástrojů AAK pro osoby s demencí v České republice [online]. ACCENDO, 2020 [cit. 2021-08-19]. Dostupné z: [http://rssi.mpsv.cz/wp-content/uploads/2021/01/Demence\\_CR\\_final.pdf](http://rssi.mpsv.cz/wp-content/uploads/2021/01/Demence_CR_final.pdf)

FONTANA, David. *Sociální dovednosti v praxi*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1197-6.

FOTR, Jiří a Ivan SOUČEK. *Investiční rozhodování a řízení projektů: jak připravovat, financovat a hodnotit projekty, řídit jejich riziko a vytvářet portfolio projektů*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3293-0.

FOTR, Jiří a Jiří HNILICA. *Aplikovaná analýza rizika ve finančním managementu a investičním rozhodování*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5104-7.

FRANC, Daniel, Daniela SOBKOVÁ ZOUNKOVÁ a Andy MARTIN. *Učení zážitkem a hrou: praktická příručka instruktora*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 9788025117019.

FRANĚK, Ondřej. Doporučené postupy pro resuscitaci GUIDELINES 2020 publikovány Americkou kardiologickou společností [online]. *Zachrannaslužba.cz*, 2020 [cit. 2021-07-15]. Dostupné z: <https://zachrannaslužba.cz/doporucene-postupy-pro-resuscitaci-guidelines-2020-publikovany-americkou-kardiologickou-spolecnosti/>

FRANĚK, Ondřej. *Manuál operátora zdravotnického operačního střediska*. 10., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Ondřej Franěk, 2020. ISBN 9788090565166.

FRANĚK, Ondřej. *Manuál operátora zdravotnického operačního střediska*. 9., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Ondřej Franěk, 2018. ISBN 978-80-905651-2-8.

FRANĚK, Ondřej, Petra SUKUPOVÁ a Viliam DOBIÁŠ. *První pomoc nejsou žádné čáry*. Praha: O. Franěk, 2017. ISBN 978-80-254-5911-9.

FRANĚK, Ondřej. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. 8, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Ondřej Franěk, 2015. ISBN 978-80-905651-1-1.

FRANĚK, Ondřej. Mimonemocniční náhlá zástava oběhu a neodkladná resuscitace dospělých v terénu [online]. Česká lékařská komora, 2011 [cit. 2021-08-06]. Dostupné z: [https://www.zachrannaslužba.cz/zajimavosti/2010\\_resuscitace.pdf](https://www.zachrannaslužba.cz/zajimavosti/2010_resuscitace.pdf)

FRANĚK, Ondřej. První pomoc pro piloty padákových kluzáků a motorových padákových kluzáků [online]. Letecká amatérská asociace ČR, 2013 [cit. 2021-08-11]. Dostupné z: <https://www.skolenipilotu.cz/skoleni-prvni-pomoc-pk-mpk/prvni-pomoc-pk-mpk.pdf>

GARCIA, Maria Lúcia T, Aline F PANDOLFI, Fabiola X LEAL, et al. The COVID-19 pandemic, emergency aid and social work in Brazil. *Qualitative Social Work*. 2021, 20(1-2), 356-365. DOI 10.1177/1473325020981753.

GAYATHRI, K.S., K.S. EASWARAKUMAR a Susan ELIAS. Fuzzy Ontology Based Activity Recognition for Assistive Health Care Using Smart Home. *International Journal of Intelligent Information Technologies*. 2020, 16(1), 17-31. DOI 10.4018/IJIT.2020010102.

GENSINI, Gian Franco, Camilla ALDERIGHI, Raffaele RASOINI, Marco MAZZANTI a Giancarlo CASOLO. Value of Telemonitoring and Telemedicine in Heart Failure Management. *Cardiac Failure Review*. 2017, 3(2), 116-121. DOI 10.15420/cfr.2017:6:2.

GHADIRIAN, Laleh et al. Evaluation of Beliefs and Attitudes of Child Labor Caregivers About Mental Disorders First Aid and Stigma. *Research Square*. 2021. DOI 10.21203/rs.3.rs-347060/v1.

GIDDENS, Anthony, SUTTON, Philip W., *Sociologie*. Praha: Argo, 2013. ISBN 978-80-257-0807-1.

GIGUERE, Anik M. C., Moulikatou Adouni LAWANI, Émilie FORTIER-BROCHU, et al. Tailoring and evaluating an intervention to improve shared decision-making among seniors with dementia, their caregivers, and healthcare providers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2018, 19(1). DOI 10.1186/s13063-018-2697-1.

GILAROVÁ, Naděžda. Pomůcka pro zavádění standardů kvality do jednotlivých sociálních služeb [online]. Charita Valašské Meziříčí, 2018 [cit. 2021-07-22]. Dostupné z: <https://www.vamez.charita.cz/download/40-5-1ka1udLijwavGpJbu8TwQVTfm5QAj1twqYoiJ0RF>

GILCHRIST, Brian. *Reducing an unnecessary burden of violence for people with epilepsy: Effectiveness of a new seizure first aid training program* [online]. Washington: American Public Health Association [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: <https://apha.confex.com/apha/2020/meetingapp.cgi/Paper/481976>

GINDODIA, Govinda a Deepali SHRIKHANDE. Life Care: GPS based Medical Emergency Solution. In: *2020 Second International Conference on Inventive Research in Computing Applications (ICIRCA)*. IEEE, 2020, 2020, s. 124-129. DOI 10.1109/ICIRCA48905.2020.9182881.

GIROUX, Dominique, Mélanie TREMBLAY, Karine LATULIPPE, et al. Promoting Identification and Use of Aid Resources by Caregivers of Seniors: Co-Design of an Electronic Health Tool. *JMIR Aging*. 2019, 2(2). DOI 10.2196/12314.

GOMASE, Kavita et al. To Assess the Effectiveness of Planned Teaching on Knowledge Regarding First Aid Measures for Selected Minor Injuries among Anganwadi Workers. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*. 2021, 15(2), 218-221. ISSN 0973-9122.

GOMAZE, Cristian, Antonio RODRÍGUEZ-NÚÑEZ a Robert GREIF. Now it is time to teach to schoolteachers: The long road to the Schoolteacher BLS Teaching Curriculum. *Resuscitation*. 2021, 165, 66-67. DOI 10.1016/j.resuscitation.2021.06.005.

GOPAL, Naidu. Influence of foot type on balance and postural sway among the community dwelling older adults. *Innovare Journal of Health Sciences*. 2018, 6(1), 41–50. ISSN 2347-5536

GRÄSNER, Jan-Thorsten, Rolf LEFERING, Rudolph W. KOSTER. EuReCa ONE 27 Nations, ONE Europe, ONE Registry. *Resuscitation*. 2016, 105, 188-195. DOI 10.1016/j.resuscitation.2016.06.004.

GULLIVER, Stephen. Factors determining e-learning service quality. *British Journal of Educational Technology*. 2018, 49(3), 412-426. DOI 0.1111/bjet.12552.

GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0461-1.

HÁJEK, Marcel. *Chirurgie v extrémních podmínkách: odborný přehled pro lékaře a zdravotníky na zahraničních praxích*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-802-4745-879.

HALDER, Dipanjan, Roshan MATHEW, Nayer JAMSHED, Sakshi YADAV, Brunda RL, Praveen AGGARWAL a Rajiv NARANG. Utility of HEART Pathway in Identifying Low-Risk Chest Pain in Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*. 2021, 60(4), 421-427. DOI 10.1016/j.jemermed.2020.12.004.

HANSEN, Carolina, Kristian KRAGHOLM, David A. PEARSON. Association of Bystander and First-Responder Intervention With Survival After Out-of-Hospital Cardiac Arrest in North Carolina, 2010-2013. *JAMA*. 2015, 314(3), 255-264. DOI 10.1001/jama.2015.7938.

HANUŠOVÁ, Jaroslava. *Zásady předlékařské první pomoci* [online]. Univerzita Karlova v Praze, 2014 [cit. 2021-07-27] Dostupné z: [https://uprps.pdf.cuni.cz/UPRPS-476-version1-06\\_hanusova.pdf](https://uprps.pdf.cuni.cz/UPRPS-476-version1-06_hanusova.pdf)



HARAZIM, Hana. Zapojení interaktivní výuky do pregraduálního studia akutní medicíny: virtuální pacient, pokročilé simulace a přenosy z operačních sálů. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2015, 26(4), 202-212. ISSN 1214-2158.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HARTMAN, Mackenzie et al. *Emergency Preparedness Education Inclusive of Chronic Disease and Access and Functional Needs* [online]. Greenville: East Carolina University [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: [https://thescholarship.ecu.edu/bitstream/handle/10342/8983/HARTMAN-HONORSTHESIS-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y%20\(2021\)](https://thescholarship.ecu.edu/bitstream/handle/10342/8983/HARTMAN-HONORSTHESIS-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y%20(2021))

HASÍK, Julja. *Standardy první pomoci*. Český červený kříž, 2017. ISBN 978-80-87729-17-5.

HASÍK, Julja. *Standardy první pomoci*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Český červený kříž, 2012. ISBN 978-80-87729-007.

HAWKINS, Seth C. a R. Bryan SIMON. Ten Myths about Medical Emergencies and Medical Kits. *Advances in Archaeological Practice*. 2021, 9(1), 23-33. DOI 10.1017/aap.2020.47.

HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. 7., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0534-0.

HEARD, Claire Louise, Julia M. PEARCE a M. Brooke ROGERS. Mapping the public first-aid training landscape: a scoping review. *Disasters*. 2019, 44(1), 205-228. DOI 10.1111/disa.12406.

HEGYI, Ladislav. *Základy sociální gerontologie*. Bratislava: HERBA, 2012. ISBN 978-80-89171-99-6.

HIRT, Miroslav a Michal BERAN. *Tupá poranění v soudním lékařství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4194-9.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLKOVÁ, Ilona. Manuál pro metodiky v sociálních službách [online]. Instand, institut pro rozvoj vzdělávání a podporu kvality ve veřejných službách, 2011 [cit. 2021-07-21].

Dostupné z: <http://www.instand.cz/wp-content/uploads/2020/05/Manu%C3%A1l-prometodiky-v-so-ci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEB%C3%A1ch.pdf>

HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3119-6.

HOMANN, Barbara, Annemarie PLASCHG, Marion GRUNDNER, et al. The impact of neurological disorders on the risk for falls in the community dwelling elderly: a case-controlled study. *BMJ Open*. 2013, 3(11), 1-9. DOI 10.1136/bmjopen-2013-003367

HORECKÝ, Jiří, Martin POTŮČEK, Milan CABRNOCH a Zdeněk KALVACH. *Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku: jak vyřešit problémy sociálně-zdravotních služeb v ČR a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. ISBN 978-80-88361-14-5.

HORECKÝ, Jiří a Ladislav PRŮŠA. *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřeby sociálních služeb 2019-2050*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2019. ISBN 978-80-907053-4-0.

HORNYCH, Jaroslav. *Zdravotník zotavovacích akcí*. 8., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Český červený kříž, 2017. ISBN 978-80-87729-23-6.

HRONOVSKÁ, Lenka. Závratě, instabilita a pády ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. 2012, 14(12), 470-472. ISSN 1803-5256

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

HU, Rongbo, Thomas LINNEN, Julian TRUMMER, Jörg GÜTTLER, Amir KABOUTEH, Katharina LANGOSCH a Thomas BOCK. Developing a Smart Home Solution Based on Personalized Intelligent Interior Units to Promote Activity and Customized Healthcare for Aging Society. *Journal of Population Ageing*. 2020, 13(2), 257-280. DOI 10.1007/s12062-020-09267-6.

HŮRKA, Petr. *Pracovní právo*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015. ISBN 978-80-7380-540-1.

HUTYRA, Martin. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024738161.

HZS. Neodkladná zdravotnická pomoc [online]. Ministerstvo vnitra, 2018 [cit. 2021-09-08]. Dostupné z: <https://zachrannasluzba.cz/skripta-ke-kurzu-hzs-neodkladna-zdravotnicka-pomoc-nyni-volne-ke-stazeni/>

CHEN, Shen, Yan CUI, Yaping DING, Changxian SUN, Ying XING, Rong ZHOU a Guohua LIU. Prevalence and risk factors of dysphagia among nursing home residents in eastern China: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2020, 20(1). DOI 10.1186/s12877-020-01752-z.

CHENG, Tomas et al. Geriatric support at Queen Elizabeth Hospital accident and emergency department. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*. 2020, 15(2), 98. ISSN 1819-1576.

CHENG, Xiaoqiao. Challenges of “School’s Out, But Class’s On” to School Education: Practical Exploration of Chinese Schools during the COVID-19 Pandemic. *Science Insights Education Frontiers*. 2020, 5(2), 501-516. DOI 10.15354/sief.20.ar043

CHENG, Xiaoqing et al. Effects of Participatory Teaching Approach for Red Cross First Aid Trainers of China in 2019: A Before-and-After Study. *Research Square*. 2021. DOI 10.21203/rs.3.rs-611334/v1.

CHENG, Yee Han, Chi Yeung YEUNG, Amar SHARMA, Kit Ying SO, Hiu Fai KO, Kevin WONG, Paul LAM a Anna LEE. Non-resuscitative first aid training and assessment for junior secondary school students. *Medicine*. 2021, 100(34). DOI 10.1097/MD.00000000000027051.

CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4678-4.

CHODOUNSKÁ, Helena. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení* [online]. Statistika&my, 2017 [cit. 2021-07-09]. Dostupné z: <http://statistikaamy.cz/author/helena-chodounskaczso-cz/>

CHONG, Kah-Meng, Jiun-Wei CHEN, Wan-Ching LIEN, et al. Attitude and behavior toward bystander cardiopulmonary resuscitation during COVID-19 outbreak. *PLOS ONE*. 2021, 16(6). DOI 10.1371/journal.pone.0252841.

CHOUDHARY, Mamta. Knowledge and awareness regarding stroke among general population: A cross-sectional survey. *Journal of Applied Sciences and Clinical Practice*. 2021, 2(2). DOI 10.4103/jascp.jascp\_8\_21.

INTAS, George et al. First Aid during Civil Aviation Flights: Peculiarities in the COVID-19 era. *Hellenic Journal of Nursing Science*. 2021, 14(2): 21-28. ISSN 1791-9002.

*Introduction to the International Guidelines 2000 for CPR and ECC* [online]. American Heart Association, 2000 [cit. 2021-07-26]. Dostupné z: [https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circ.102.suppl\\_1.I-1](https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circ.102.suppl_1.I-1).

*INVIVO* [online]. Invivo 2021 [cit. 2021-09-08]. Dostupné z: <https://invivo.com/virtual-reality-experience-bloodstream-explorer/>

ISSLEIB, Malte, Alina KROMER, Hans O. PINNSCHMIDT, Christoph SÜSS-HAVEMANN a Jens C. KUBITZ. Virtual reality as a teaching method for resuscitation training in undergraduate first year medical students: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2021, 29(1). DOI 10.1186/s13049-021-00836-y.

*JABOK*. Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách [online]. Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická, 17 [cit. 2021-07-02]. Dostupné z: <https://www.jabok.cz/cs/dalsi-vzdelavani/kvalifikacni-kurz-pro-pracovniky-v-socialnich-sluzbach>

JAKUBÍKOVÁ, Dagmar. *Strategický marketing: strategie a trendy*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4670-8.

JANÁKOVÁ, Anna. *Abeceda bezpečnosti a ochrany zdraví při práci*. Olomouc: ANAG, 2018. ISBN 978-80-7554-171-0.

JANEBOVÁ, Radka. *Kritická sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-413-7.

JANEČKOVÁ, Eva, Hana ČIBEROVÁ a Petr MACH. *Průvodce systémem poskytování sociálních služeb: řešení základních problémů poskytování sociálních služeb, vzory používaných formulářů, náležitosti smlouvy*. Olomouc: ANAG, 2016. ISBN 978-80-7554-009-6.

JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5345-4.

JAROŠOVÁ, Darja. Prevence pádů a zranění způsobených pády u starších dospělých. Klinický doporučený 232 postup adaptovaný [online]. Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, 2014 [cit. 2021-08-03]. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/kdp-pady-plna-verze.pdf>

JIANG, Tingting a Yan MAN. Investigation and Countermeasures of Pre Hospital First Aid Knowledge Training for College Students. In: *2020 International Conference on Public Health and Data Science (ICPHDS)*. IEEE, 2020, 2020, 427-431. DOI 10.1109/ICPHDS51617.2020.00090.

JIANG, Yuheng, Chenxu YANG, Xuchen DENG, Zhilu LI a Saijia LI. Comprehensive Analysis, Discussion and Suggestion on the Current Situation of Cardiopulmonary Resuscitation and Automatic External Defibrillator in General Public in China. *Journal of Advances in Medicine Science*. 2021, 4(1), 16-18. DOI 10.30564/jams.v4i1.2719.

JINDRÁK, Vlastimil, Dana HEDLOVÁ a Pavla URBÁŠKOVÁ. *Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-2815-8.

JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-873-5.

JIRÁSEK, Ivo. *Zážitková pedagogika: teorie holistické výchovy (v přírodě a volném čase)*. Praha: Portál, 2019. ISBN 978-80-262-1485-4.

JO, Tae Hee, Jae Hoon MA a Seung Hyun CHA. Elderly Perception on the Internet of Things-Based Integrated Smart-Home System. *Sensors*. 2021, 21(4). DOI 10.3390/s21041284.

JOEL PINTO, PAULO ALMEIDA, FANI RIBEIRO a RITA SIMÕES. Cardiopulmonary Resuscitation Induced Consciousness - A Case Report in an Elderly Patient. *European Journal of Case Reports in Internal Medicine*. 2019, 7(2). DOI 10.12890/2020\_001409.

JONSSON, Martin, Ellinor BERGLUND, Therese DJÄRV, et al. A brisk walk—Real-life travelling speed of lay responders in out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2020, 151, 197-204. DOI 10.1016/j.resuscitation.2020.01.043.

JUKLOVÁ, Kateřina, Irena LOUDOVÁ, Radka SKORUNKOVÁ, Eva ŠVARCOVÁ a Jindra VONDROUŠOVÁ. *Vybrané kapitoly z pedagogiky a psychologie nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-427-4.

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-8020442253.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH, Zdeněk. *Zdraví a nemoc: nárys problematiky pro studenty nezdravotnických programů*. Středokluky: Zdeněk Susa, 2019. ISBN 978-80-88084-21-1.

KAMPE, Stefanie. *Alte Menschen Wurdig Pflegen: Eine Qualitative Interviewstudie*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2019. ISBN 978-3848741038.

KAŠLÍKOVÁ, Tatjana. Metodika MPSV k provádění inspekci poskytování sociálních služeb [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2008 [cit. 2021-07-15]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/metodika\\_inspekci.pdf/89a452f5-7e84-a488-f00c-a5044b5e13ee](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/metodika_inspekci.pdf/89a452f5-7e84-a488-f00c-a5044b5e13ee)

KAŠLÍKOVÁ, Tatjana. Standardy kvality sociálních služeb [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2008 [cit. 2021-08-07]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/4\\_vykladovy\\_sbornik.pdf/7fcca2f2-96a7-e116-5407-6c88436b77d](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/4_vykladovy_sbornik.pdf/7fcca2f2-96a7-e116-5407-6c88436b77d)

KAYA, Ufuk, Meryem GUVENIR, Tugce BALCI OKCANOGLU, Emrah GULER a Asli AYKAC. Basic First Aid Knowledge Levels of Students of the Vocational School of Health Services. *Cyprus Journal of Medical Sciences*. 2019, 4(3), 173-176. DOI 10.5152/cjms.2019.950.

KELLER, Jan. *Nová sociální rizika a proč se jim nevyhneme*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7419-059-9.

KELNAROVÁ, Jarmila, Dominika BABÁKOVÁ, Martina CAHOVÁ, et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5331-7.

KELNAROVÁ, Jarmila. *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4199-4.

KELNAROVÁ, Jarmila. *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2182-8.

KELNAROVÁ, Jarmila. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4200-7.

KETTNER, Jiří a Josef KAUTZNER. *Akutní kardiologie. 3.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-3096-2.

KHARUSHA, Isra K., Suha S. SULAIMAN, Ahmad M. SAMARA, Samah W. AL-JABI, Sa'ed H. ZYOUD a Canan AKMAN. Assessment of Knowledge about First Aid Methods, Diagnosis, and Management of Snakebite among Nursing Students: A Cross-Sectional Study from Palestine. *Emergency Medicine International*. 2020, 2020, 1-10. DOI 10.1155/2020/8815632.

KIM, Soon Ok a Sun Hee BAE. Emergencies in Long-Term Care Services for the Elderly in Korea: A Mixed-Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, 17(1). DOI 10.3390/ijerph17010066.

KING, Emily C., Brett M. WEISS, Veronique M. BOSCARD, Tilak DUTTA, Jack P. CALLAGHAN a Geoff R. FERNIE. Bathing frail seniors at home: Home care providers' approaches. *Work*. 2020, 66(3), 499-517. DOI 10.3233/WOR-203213.

KIYOHARA, Kosuke, Tetsuhisa KITAMURA, Tomohiko SAKAI, et al. Public-access AED pad application and outcomes for out-of-hospital cardiac arrests in Osaka, Japan. *Resuscitation*. 2016, 106, 70-75. DOI 10.1016/j.resuscitation.2016.06.025.

KLEMENTA, Bronislav, Olga KLEMENTOVÁ a Pavel MARCIÁN. *Resuscitace. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Olomouc: Epava, 2014. ISBN 978-80-86297-47-7.

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.

KNOR, Jiří a Jiří MÁLEK. *Farmakoterapie urgentních stavů*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2019. ISBN 978-80-7345-595-8.

KOLÁŘ, Jan. *Práce s reflexí u lektorů osobnostně sociálního rozvoje*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6297-9.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Galén, 2020. ISBN 978-80-7492-500-9.

KOLAŘÍKOVÁ, Marta. *Psychologie stárnutí a stáří* [online]. Slezská univerzita, 2019 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: [https://is.slu.cz/publication/38960/Psychologie\\_staruti\\_a\\_stari.pdf](https://is.slu.cz/publication/38960/Psychologie_staruti_a_stari.pdf)

KOLB, David. *Experiential Learning*. London: Pearson, 2014. ISBN 9780133892406.

KONG, Fanjuan, Aihua WANG, Jian HE, Lili XIONG, Donghua XIE, Jinping SU a Zhiyu LIU. Trend of unintentional suffocation death for infants under 1 year of age from 2009 to 2018 in Hunan, China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020, 10(12). DOI 10.1136/bmjopen-2020-038666.

KONG, Fanjuan, Lili XIONG, Aihua WANG, et al. Healthy China 2030: how to control the rising trend of unintentional suffocation death in children under five years old. *BMC Pediatrics*. 2020, 20(1). DOI 10.1186/s12887-020-02281-9.

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3876-5.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 7., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2013. ISBN 9788026205289.

KORDULOVÁ, Pavla. *Základy pedagogiky I*. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, 2020. ISBN 978-80-270-7784-7.

KOUBEK, Josef. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. 5., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Management Press, 2015. ISBN 978-80-7261-288-8.



KOSHELEV, Ivan et al. APPLICATION E-LEARNING STUDENTS IN A TECHNICAL HIGH SCHOOL FOR FIRST AID FOR INJURIES WITH THE USE OF MOODLE. *НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК ЦЕНТРАЛЬНОГО ЧЕРНОЗЕМЬЯ*. 2018, 71, 57-59. ISSN 1990-472X.

KRÁTKÁ, Anna. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Nakladatelství UTB ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-635-8.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0643-9.

KRBOVÁ, Jana. *Moderní management ve veřejné správě: nové, inovativní a kreativní přístupy v managementu veřejné správy: výzvy a možnosti*. Praha: Wolters Kluwer, 2017. ISBN 978-80-7552-744-8.

KRULIŠ, Jiří. *Jak vítězit nad riziky: aktivní management rizik - nástroj řízení úspěšných firem*. Praha: Linde, 2011. ISBN 978-80-7201-835-2.

KRUTILOVÁ, Dagmar. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb* [online]. Centrum sociálních služeb Praha, 2008 [cit. 2021-07-29]. Dostupné z: <https://www.csspraha.cz/wcd/users-data/file/manual-standardy-kvality.pdf>

KULANGARA, Anna et al. *First Aid and Emergency Preparedness: Improving Health Outcomes Among Aging Adults* [online]. South Carolina Honors College, 2020 [cit. 2021-08-23]. Dostupné z: [https://scholarcommons.sc.edu/senior\\_theses/336/](https://scholarcommons.sc.edu/senior_theses/336/)

KURECKOVA, Veronika, Vit GABRHEL, Petr ZAMECNIK, Pavel REZAC, Ales ZAORAL a Jan HOBL. *First aid as an important traffic safety factor – evaluation of the experience-based training*. *European Transport Research Review*. 2017, 9(1). DOI 10.1007/s12544-016-0218-4.

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

LAI, Hsuan, Caroline V. CHOONG, Stephanie FOOK-CHONG, et al. *Interventional strategies associated with improvements in survival for out-of-hospital cardiac arrests in Singapore over 10 years*. *Resuscitation*. 2015, 89, 155-161. DOI 10.1016/j.resuscitation.2015.01.034.

- LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.
- LEE, Hee Soon, Kicheol YOU, Jin Pyeong JEON, Chulho KIM a Sungeun KIM. The effect of video-instructed versus audio-instructed dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation on patient outcomes following out of hospital cardiac arrest in Seoul. *Scientific Reports*. 2021, 11(1). DOI 10.1038/s41598-021-95077-5.
- LEE, Seung Hyo, Sun Young LEE, Jeong Ho PARK, Kyoung Jun SONG a Sang Do SHIN. Type of bystander and rate of cardiopulmonary resuscitation in nursing home patients suffering out-of-hospital cardiac arrest. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2021, 47, 17-23. DOI 10.1016/j.ajem.2021.03.021.
- LEJSEK, Jan. *První pomoc*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2090-9.
- LILY, Abdulrahman Essa. Education versus technology: Educationally oppressed, technologically emancipated. *E-Learning and Digital Media*. 2020, 17(4), 307-323. DOI 10.1177/2042753020926590
- LUICI-ZINZANI, Pier. *Hematology: Pathophysiology, Diagnosis and Treatment*. Bologna: Società Editrice Esculapio, 2018. ISBN 978-8893850834.
- MAGNAVITA, Nicola, Angelo SACCO, Gabriella NUCERA a Francesco CHIRICO. First aid during the COVID-19 pandemic. *Occupational Medicine*. 2020, 70(7), 458-460. DOI 10.1093/ocmed/kqaa148.
- MAI, Hue Thi, Hai Minh VU, Tam Thi NGO, et al. The Status of First Aid and Its Associations with Health Outcomes among Patients with Traffic Accidents in Urban Areas of Vietnam. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, 17(12). DOI 10.3390/ijerph17124600.
- MALÁ, Lucie a David PEŘAN. *První pomoc pro všechny situace: v souladu s evropskými doporučeními 2015*. Praha: Vyšehrad, 2016. ISBN 978-80-7429-693-2.
- MALÁSKA, Jan, Jan STAŠEK, Milan KRATOCHVÍL a Václav ZVONÍČEK. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf, 2020. ISBN 978-80-7345-675-7.

MÁLEK, Jiří a Jiří KNOR. *Lékařská první pomoc v urgentních stavech*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0590-8.

MÁLEK, Jiří. První pomoc [online]. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2012 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: [https://www.lf3.cuni.cz/3LF-782-version1-prvni\\_pomoc\\_2013\\_05\\_20.pdf](https://www.lf3.cuni.cz/3LF-782-version1-prvni_pomoc_2013_05_20.pdf)

MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MAREŠ, Jiří. Výukové případové studie a jejich využití. *ORBIS SCHOLAE*. 2016, 10(1), 121-139. DOI 10.14712/23363177.2016.16.

MAREŠ, Jiří. The production of Case Studies for Research Purposes. *Pedagogika*. 2015, 65(2), 113-142. ISSN 2336-2189.

MAREŠ, Jiří. *Pedagogická psychologie*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0174-8.

MARIKYAN, Davit, Savvas PAPAGIANNIDIS a Eleftherios ALAMANOS. Cognitive Dissonance in Technology Adoption: A Study of Smart Home Users. *Information Systems Frontiers*. DOI 10.1007/s10796-020-10042-3.

MÁTEL, Andrej. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2220-2.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

MATOUŠEK, Oldřich et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, Radovan. První pomoc v polních podmínkách: vybrané kapitoly [online]. Univerzita obrany, 2012 [cit. 2021-08-16]. Dostupné z: [https://www.unob.cz/fvz/npp/Documents/PPP\\_2012.pdf](https://www.unob.cz/fvz/npp/Documents/PPP_2012.pdf)

MAZÁNEK, Jiří. *Stomatologie pro dentální hygienistky a zubní instrumentárky*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4865-8.

MCKAY, Dana a Charlynn MILLER. Standing in the Way of Control: A Call to Action to Prevent Abuse through Better Design of Smart Technologies. In: *Proceedings of the 2021 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*. New York, NY, USA: ACM, 2021, 2021-05-06, 1-14. DOI 10.1145/3411764.3445114.

MELÍŠKOVÁ, Ivana. 3D na školách už není žádná virtuální realita [online]. AV media, 2019 [cit. 2021-08-22]. Dostupné z: [https://www.avmedia.cz/cs/download/avnews/av\\_news\\_2019\\_01.pdf](https://www.avmedia.cz/cs/download/avnews/av_news_2019_01.pdf)

MĚRTLOVÁ, Libuše. *Řízení lidských zdrojů a lidského kapitálu firmy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2014. ISBN 978-80-7204-907-3.

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci>

MIERTOVÁ, Michaela. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0850-3.

MIKLÍKOVÁ, Michaela. Schéma tlakového obvazu [online]. WikiSkripta, projekt 1. lékařské fakulty a Univerzity Karlovy, 2011 [cit. 2021-07-15]. Dostupné z: [https://www.wikiskripta.eu/w/Soubor:Tlakov%C3%BD\\_obvaz.JPG](https://www.wikiskripta.eu/w/Soubor:Tlakov%C3%BD_obvaz.JPG)

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Manažerská psychologie*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015. Manažer. ISBN 978-80-247-4221-2.

MILER, Tomáš. *Prevence, bezpečnost a záchrana u vody: bazény, koupaliště a aquaparky*. Praha: FALON, 2016. ISBN 978-80-87432-20-4.

MISHRA, Alka et al. Effectiveness of E-learning Module on First Aid: A Study on Student Nurses. *International Journal of Nursing Education*. 2017, 9(3), 6-10. DOI 10.5958/0974-9357.2017.00060.5.

MOHD, Thuraiya, Asniza Hamimi ABDUL THARIM, Mohamad Haizam MOHAMED SARAF, Sayed Muhammad Aiman SAYED ABDUL KHAIR, Farid Al Hakeem YUSERRIE, Fadhlizil Fariz ABDUL MUNIR a Mohd Nasurudin HASBULLAH. The Essential Items Needed in a Grab Bag by Flood Victims in Kuala Krai, Kelantan. KAUR, Naginder a Mahyudin AHMAD, ed. *Charting a Sustainable Future of ASEAN in Business and Social Sciences*. Singapore: Springer Singapore, 2020, 2020-07-24, 435-441. DOI 10.1007/978-981-15-3859-9\_37.

MOJŽÍŠOVÁ, Adéla. *Sociální práce se seniory*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2019. ISBN 978-80-7394-761-3.

MÓZER, Vladimír. *Aktívne a pasívne systémy požiarnej ochrany*. Ružinov: Eurostav, 2018. ISBN 9788089228591.

*MŠMT - člen první pomoci* [online]. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, 2020 [cit. 2021-08-03]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/file/33926>

MÜHLPACHR, Pavel. *Speciální geragogika* [online]. Slezská univerzita, 2019 [cit. 2021-08-01]. Dostupné z: [https://repozitar.cz/repo/38147/Specialni\\_geragogika.pdf](https://repozitar.cz/repo/38147/Specialni_geragogika.pdf)

MURA, Ladislav. *Etika pre pomáhajúce profesie*. Brno: Tribun, 2015. ISBN 978-80-263-0812-6.

MUŽÍK, Jaroslav. *Profesní vzdělávání dospělých*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-738-4.

NADAR, Asha et al. Effectiveness of Lecture Cum Demonstration on First Aid Management of Common Ailments in Terms of Knowledge among Accredited Social Health Activist (Asha) Workers. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*. 2021, 15(3), 2060-2064. ISSN 0973-9122.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Triton, 2020. ISBN 9788075538420.

NDILE, Menti L., Britt-Inger SAVEMAN, Anne H. OUTWATER, Dickson A. MKOKA a Susann BACKTEMAN-ERLANSON. Implementing a layperson post-crash first aid training programme in Tanzania: a qualitative study of stakeholder perspectives. *BMC Public Health*. 2020, 20(1). DOI 10.1186/s12889-020-08692-8.

NDILE, Menti L., Gift G. LUKUMAY, Karin BOLENIUS, Anne H. OUTWATER, Britt-Inger SAVEMAN a Susann BACKTEMAN-ERLANSON. Impact of a postcrash first aid educational program on knowledge, perceived skills confidence, and skills utilization among traffic police officers: a single-arm before-after intervention study. *BMC Emergency Medicine*. 2020, 20(1). DOI 10.1186/s12873-020-00317-y.

NEHYBA, Jan. Zkušenostně reflektivní učení a komfortní zóny. *Pedagogická orientace*. 2011, 21(3), 305-321. ISSN 1805-9511.

NEUBAUER, Karel. *Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

NEUMANN, Pavel. První pomoc - skripta [online]. Český horolezecký svaz, 2011 [cit. 2021-07-27]. Dostupné z: <https://www.horosvaz.cz/res/archive/006/004206.pdf?seek=1324039320>

*New ERC Guidelines* [online]. European Resuscitation Council, 2021 [cit. 2021-07-04]. Dostupné z: <https://cprguidelines.eu/>

NI, Putu et al. Tour Guide's Safety Culture: First Aid of Wound Injuries in Whitewater Rafting. *Proceedings of the International Conference on Nursing and Health Sciences*. 2021, 2(1), 27-32. ISSN 2774-5104.

NIGEL, Rees et al. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) training in schools in Wales: Emerging opportunities for improvement through Virtual Reality and gamification [online]. University of Chester, 2021 [cit. 2021-08-23]. Dostupné z: <https://chesterrep.openrepository.com/handle/10034/625487>

NIŽNANSKÝ, Matúš. *Zpětná vazba - cíl a struktura* [online]. ZDrSEM - první pomoc zážitkem, z.s., 2017 [cit. 2021-08-12]. Dostupné z: [http://www.konferencezdrsem.cz/video/mu\\_dr\\_matus\\_niznansky](http://www.konferencezdrsem.cz/video/mu_dr_matus_niznansky)

NLAN, Stan., Anna CHESHIRE, Catherine ROSS a Damien RIDGE. An Exploration of the help-seeking experiences of patients in an allied professions-led rapid access chest pain pathway: a qualitative study. *BMJ Open*. 2020, 10(11). DOI 10.1136/bmjopen-2020-040468.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.

NOVÁK, Josef. *První pomoc: při poraněních a náhlých onemocnění*. Praha: ústřední zdravotnický sklad, 1963.

NOVÁKOVÁ, Jiřina. *Aktivizující metody výuky*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7290-649-9.

OHLE, Robert, Marika MOSKALYK, Eve BOISSONNEAULT, Asma BILGASEM, Ellie TISSOT a Sarah MCISAAC. Is a homemade cardiopulmonary resuscitation (CPR) trainer non-inferior to a commercially available CPR mannequin in teaching high-quality CPR? A non-inferiority randomized control trial. *Resuscitation Plus*. 2021, 6. DOI 10.1016/j.resplu.2021.100134.

OLASVEENGEN, Theresa. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. *Resuscitation*. 2021, 161, 98-114. DOI 10.1016/j.resuscitation.2021.02.009.

OLIVER, Emily et al. A randomized trial of blended first aid education for the public. *International Journal of First Aid Education*. 2020, 2(2), 1-11. DOI: 10.21038/ijfa.2020.0003.

OLOS, Tomáš. Problems with placement and using of automated external defibrillators in Czech Republic. *Časopis lékařů českých*. 2011, 150(9), 494-498. ISSN 1805-4420.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4383-0.

OPAVSKÝ, Jaroslav. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha: Maxdorf, 2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-247-6.

ORKIN, Aaron, Jeyasakthi VENUGOPAL, Jeffrey CURRAN, et al. Emergency care with lay responders in underserved populations: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2021, 99(7), 514-528. DOI 10.2471/BLT.20.270249.

PARTYŃSKI, Bartosz, Tomasz TOKAREK, Artur DZIEWIERZ, Dominika DYKLA, Rafał JANUSZEK a Dariusz DUDEK. Impact of basic life support training on knowledge of cardiac patients about first aid for out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of Public Health*. DOI 10.1007/s10389-020-01442-5.

PEARN, J. The earliest days of first aid. *BMJ*. 1994, 309(6970), 1718-1720. DOI 10.1136/bmj.309.6970.1718.

PEI, Li, Fangfang LIANG, Shiquan SUN, Hongwu WANG a Haoying DOU. Nursing students' knowledge, willingness, and attitudes toward the first aid behavior as bystanders in traffic accident trauma: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Sciences*. 2019, 6(1), 65-69. DOI 10.1016/j.ijnss.2018.11.003.

PEKARA, Jaroslav. Agrese ve zdravotnických zařízeních [online]. B. Braun Medical s. r. o., 2019 [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <https://www.bbraun.cz/cs/spolecnost/tiskove-centrum/agrese-ve-zdravotnickych-zaizenich-je-celosvetovy-problem.html>

PELÁNEK, Radek. *Příručka instruktora zážitkových akcí*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0454-1.

PELLEGRINO, Jeffrey a Nicholas ASSELIN. Theoretical organization of motivations to attend first aid education: Scoping review. *International Journal of First Aid Education*. 2020, 3(1), 18-29. DOI 10.21038/ijfa.2020.0105.

PELLEGRINO, Jeffrey et al. A call for revolution in first aid education. *International Journal of First Aid Education*. 2017, 1(1), 1-7. DOI 10.21038/ijfa.2017.0001.

PENKA, Miroslav, Igor PENKA a Jaromír GUMULEC. *Krvácení*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-0689-4.

PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.

PETRŽELA, Michal. *První pomoc pro každého*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5556-4.



PETTY, Geoffrey. *Moderní vyučování*. 6., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0367-4.

PITFIELD, Catherine, Khodayar SHAHRIYARMOLKI a Gill LIVINGSTON. A systematic review of stress in staff caring for people with dementia living in 24-hour care settings. *International Psychogeriatrics*. 2011, 23(1), 4-9. DOI 10.1017/S1041610210000542.

PIŤHA, Jan, LEJSKOVÁ, Magdaléna, Dan RAKUŠAN a Štefan ALUŠÍK, *Akutní stavy na interním oddělení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Triton, 2017. ISBN 978-80-7387-682-1.

*PLESKOT, Robert*. Volání tísňové linky [online]. Metodika ZDrSEM, 2021 [cit. 2021-07-15]. Dostupné z: [http://metodika.zdrsem.cz/index.php?title=Vol%C3%A1n%C3%AD\\_t%C3%ADs%C5%88ov%C3%A9\\_linky](http://metodika.zdrsem.cz/index.php?title=Vol%C3%A1n%C3%AD_t%C3%ADs%C5%88ov%C3%A9_linky)

*Podpora kvality v celoživotním a kvalifikačním vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách* [online]. Fond dalšího vzdělávání, 2018 [cit. 2021-07-18]. Dostupné z: [https://www.esfcr.cz/projekty-oplzz/-/asset\\_publisher/0vxsQYRpZsom/content/podpora-kvality-v-celozivotnim-a-kvalifikacnim-vzdelavani-zamestnancu-v-socialnich-sluzbach?inheritRedirect=false](https://www.esfcr.cz/projekty-oplzz/-/asset_publisher/0vxsQYRpZsom/content/podpora-kvality-v-celozivotnim-a-kvalifikacnim-vzdelavani-zamestnancu-v-socialnich-sluzbach?inheritRedirect=false)

POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.

PORTER, Roy. *Dějiny medicíny: od starověku po současnost*. Praha: Prostor, 2015. ISBN 978-80-7260-324-4.

*PORTUS PRAHA*. Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách [online]. Portus Praha, zapsaný ústav, 2017 [cit. 2021-07-02]. Dostupné z: <https://www.portus.cz/vzdelavani/Kvalifikacni-kurz-pro-PSS/>

*Praktické provádění vstupního a periodického školení* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2011 [cit. 2021-08-02]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/954420/BOZP\\_2012\\_Skoleni.pdf/903cab2b-4d6e-fedb-7ed7-2e65455d6b79](https://www.mpsv.cz/documents/20142/954420/BOZP_2012_Skoleni.pdf/903cab2b-4d6e-fedb-7ed7-2e65455d6b79)

*Pravidla pro žadatele a příjemce* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2015 [cit. 2021-07-09]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/372821/Pravidla\\_pro\\_zadatele\\_a\\_prijemce\\_OP\\_PMP\\_16.10.2015.pdf/6953e341-0957-cb2e-192a-22852fcaf5](https://www.mpsv.cz/documents/20142/372821/Pravidla_pro_zadatele_a_prijemce_OP_PMP_16.10.2015.pdf/6953e341-0957-cb2e-192a-22852fcaf5)

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

PROCHÁZKOVÁ, Dana. *Analýza a řízení rizik*. V Praze: České vysoké učení technické, 2011. ISBN 978-80-01-04841-2.

PROKOPOVÁ, Tereza. *Kardiopulmonální resuscitace dítěte, obstrukce dýchacích cest* [online]. Masarykova univerzita, 2011 [cit. 2021-08-02]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/fi/test/s\\_zakazky/ode20/032-vafkova/pages/03\\_14\\_obstrukce\\_dc\\_deti.html](https://is.muni.cz/el/fi/test/s_zakazky/ode20/032-vafkova/pages/03_14_obstrukce_dc_deti.html)

PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4748-4.

PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. Šesté, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1228-7.

PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. 4., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0872-3.

PSENNEROVÁ, Sabina. *Kardiopulmonální resuscitace v postupech*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. ISBN 978-80-7368-702-1.

PULVER, Aaron, Ran WEI a Clay MANN. Locating AED Enabled Medical Drones to Enhance Cardiac Arrest Response Times. *Prehospital Emergency Care*. 2016, 20(3), 378-389 DOI 10.3109/10903127.2015.1115932.

PULVER, Aaron, Ran WEI a Clay MANN. Locating AED Enabled Medical Drones to Enhance Cardiac Arrest Response Times. *Prehospital Emergency Care*. 2016, 20(3), 378-389. DOI 10.3109/10903127.2015.1115932.

*Působnost MPSV* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011 [cit. 2021-07-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/pusobnost-mpsv>

PRITZ, Eric et al. Laypeople perception and interpretation of simulated life-threatening bleeding: a controlled experimental study. *BMC Emergency Medicine*. 2021, 100. DOI 10.1186/s12873-021-00496-2.

RACHMAWATI, Dewi, Dewi Kartikawati NINGSIH a Sri ANDARINI. FACTORS AFFECTING THE KNOWLEDGE ABOUT STROKE RISKS AND EARLY SYMPTOMS IN EMERGENCY DEPARTMENT EAST JAVA - INDONESIA. *Malang Neurology Journal*. 2020, 6(1), 11-19. DOI 10.21776/ub.mnj.2020.006.01.3.

RAMVOUSEK, Vladimír. Materiální didaktické prostředky [online]. NIDV, 2014 [cit. 2021-07-03]. Dostupné z: [http://vzdelavanidvpp.eu/download/opory/final/23\\_rambousek.pdf](http://vzdelavanidvpp.eu/download/opory/final/23_rambousek.pdf)

RAŠKA, Filip. Vysokonapěťová elektrotraumata mladistvých, stále aktuální téma [online]. *Pediatric pro praxi*, 2015 [cit. 2021-07-12]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/04/09.pdf>

REGARD, Simon, Django ROSA, Mélanie SUPPAN, Chiara GIANGASPERO, Robert LARRIBAU, Marc NIQUILLE, François SARASIN a Laurent SUPPAN. Evolution of Bystander Intention to Perform Resuscitation Since Last Training: Web-Based Survey. *JMIR Formative Research*. 2020, 4(11). DOI 10.2196/24798.

*Registered Nurses' Association of Ontario Toronto*. Preventing Falls and Reducing Injury from Falls. Fourth Edition. (Revised) [online]. Registered Nurses' Association of Ontario, 2017 [cit. 2021-08-04]. Dostupné z: [http://rnao.ca/sites/rnaoca/files/bpg/FALL\\_PREVENTION\\_WEB\\_1207-17.pdf](http://rnao.ca/sites/rnaoca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf)

REICHARDT, Christiane, Karin BUNTE-SCHÖNBERGER a Patricia VAN DER LINDEN. *Hygiena a dezinfekce rukou: 100 otázek a odpovědí*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0217-4.

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

REVERUZZI, Bianca, Lisa BUCKLEY a Mary SHEEHAN. First aid training in secondary schools: A comparative study and implementation considerations. *Journal of Safety Research*. 2020, 75, 32-40. DOI 10.1016/j.jsr.2020.07.002.

REVERUZZI, Bianca, Lisa BUCKLEY a Mary SHEEHAN. First aid training in secondary schools: A comparative study and implementation considerations. *Journal of Safety Research*. 2020, 75, 32-40. DOI 10.1016/j.jsr.2020.07.002.

RIAZ, Ramsha, Lubna RIAZ, Jehanzeb KHAN a Mariam BALOCH. Survey on Knowledge of First Aid Management of Burns Amongst Medical and Non-medical Students in Karachi, Pakistan: Need for an Educational Intervention? *Cureus*. DOI 10.7759/cureus.6674.

ROSSETTO, Alyssia, Amy J. MORGAN, Laura M. HART, Claire M. KELLY a Anthony F. JORM. Frequency and quality of first aid offered by older adolescents: a cluster randomised crossover trial of school-based first aid courses. *PeerJ*. 2020, 8. DOI 10.7717/peerj.9782.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0532-6.

SAEGUSA, Kazusa, Satoshi YOSHIKAWA a Takeshi UEDA. Elderly woman in cardiopulmonary arrest. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*. 2020, 1(6), 1734-1735. DOI: 10.1002/emp2.12250.

SAIBERTOVÁ, Simona. *První pomoc*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7020-2.

SAMEK, Vít. *Bulhem záchranáře: jak zachránit život a stát se superhrdinou*. Brno: Jan Melvil Publishing, 2020. ISBN 978-80-7555-103-0.

SANJANA, Parvathi a M. PRATHILOTHAMAI. Drone Design for First Aid Kit Delivery in Emergency Situation. In: *2020 6th International Conference on Advanced Computing and Communication Systems (ICACCS)*. IEEE. 2020, 215-220. DOI 10.1109/ICACCS48705.2020.9074487.

SANTOS, Maria, Christine Degnon MCFARLIN a Lourdes MARTIN. Interprofessional education and service learning: a model for the future of health professions education. *Journal of Interprofessional Care*. 2013, 28(4), 374-375. DOI 10.3109/13561820.2014.889102.

SCQUIZZATO, Tommaso, Ottavia PALLANCH, Alessandro BELLETTI, Antonio FRONTERA, Luca CABRINI, Alberto ZANGRILLO a Giovanni LANDONI. Enhancing citizens response to out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review of mobile-phone systems to alert citizens as first responders. *Resuscitation*. 2020, 152, 16-25. DOI 10.1016/j.resuscitation.2020.05.006.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.

SEMERARO, Federicom. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. *Resuscitation*. 2021, 161, 98-114. DOI 10.1016/j.resuscitation.2021.02.009.

*Seminář k rozvoji klíčích typů sociálních služeb* [online]. Královéhradecký kraj, 2009 [cit. 2021-07-15]. Dostupné z: [https://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/krajsky-urad/socialnioblast/Seminar\\_Inspekce.pdf](https://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/krajsky-urad/socialnioblast/Seminar_Inspekce.pdf)

SHIH, Jessica G., Shahriar SHAHROKHI a Marc G. JESCHKE. Review of Adult Electrical Burn Injury Outcomes Worldwide. *Journal of Burn Care & Research*. 2017, 38(1), 293-298. DOI 10.1097/BCR.0000000000000373.

SCHILDER, Michaela. *Geriatric (Pflege fallorientiert lernen und lehren)*. Stuttgart: Kohlhammer W., 2014. ISBN: 9783170226937.

SCHNAUBELT, Sebastian, Benedikt SCHNAUBELT, Arnold PILZ, et al. BLS courses for refugees are feasible and induce commitment towards lay rescuer resuscitation. *European Journal of Clinical Investigation*. DOI 10.1111/eci.13644.7

SIRIPANTHONG, Bhurint, Thomas C HANFF, Michael G LEVIN, Mahesh K VIDULA, Mohammed Y KHANJI, Saman NAZARIAN a Choudhary Anwar A CHAHAL. Coronavirus disease 2019 is delaying the diagnosis and management of chest pain, acute coronary syndromes, myocarditis and heart failure. *Future Cardiology*. 2021, 17(1), 3-6. DOI 10.2217/fca-2020-0088.

SILVA, Telmo et al. *Information Needs about Public and Social Services of Portuguese Elderly*. Porto: ICT4AWE, 2017. ISBN 978-989-758-251-6.

SMEJKAL, Vladimír a Karel RAIS. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. 4., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4644-9.

*Směrnice SZO dle WHO* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2011 [cit. 2021-08-02]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/LB/Hygiena\\_rukou/Hygiena\\_rukou\\_ve\\_zdravotnictvi\\_Prvni\\_globalni\\_vyzva.pdf](http://www.szu.cz/uploads/LB/Hygiena_rukou/Hygiena_rukou_ve_zdravotnictvi_Prvni_globalni_vyzva.pdf)

*Standardech kvality sociálně-právní ochrany* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2014 [cit. 2021-07-17]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/manual\\_OSPOD.pdf/71acde91-cbdd-36a4-7383-0a4c4552958a](https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/manual_OSPOD.pdf/71acde91-cbdd-36a4-7383-0a4c4552958a)

*Standardy kvality v sociálních službách* [online]. Občanská poradna Plzeň, 2006 [cit. 2021-07-14]. Dostupné z: <http://www.opplzen.cz/download/Standardy%20kvality%20-%20bro%C5%BEura%20Fin%C3%A1ln%C3%AD%20podoba.pdf>

*Stanovisko Ministerstva práce a sociálních věcí k podmínce absolvování kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách v době nouzového stavu* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2020 [cit. 2021-07-22]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/1061545/Stanovisko\\_vzd%C4%9B1%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD\\_PSS\\_116\\_kurz\\_nouzov%C3%BD\\_stav.pdf/](https://www.mpsv.cz/documents/20142/1061545/Stanovisko_vzd%C4%9B1%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD_PSS_116_kurz_nouzov%C3%BD_stav.pdf/)

*Statistická ročenka Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2019 [cit. 2021-08-03]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka\\_rocenka\\_z\\_oblasti\\_prace\\_a\\_socialnich\\_veci\\_2019+%281%29.pdf/9da5cc00-7d78-7caa-6bf2-01ecccdeabd7](https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2019+%281%29.pdf/9da5cc00-7d78-7caa-6bf2-01ecccdeabd7)

SUAREZ-LLEDO, Victor a Javier ALVAREZ-GALVEZ. Prevalence of Health Misinformation on Social Media: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2021, 23(1). DOI 10.2196/171

SUCHÝ, David. Problematika geriatrické farmakoterapie u vybraných onemocnění a lékových skupin. *Praktické lékařství*. 2011, 7(4), 172-175. ISSN1801-2434.

SUN, Christopher L. F., Lena KARLSSON, Laurie J. MORRISON, Steven C. BROOKS, Fredrik FOLKE a Timothy C. Y. CHAN. Effect of Optimized Versus Guidelines-Based Automated External Defibrillator Placement on Out-of-Hospital Cardiac Arrest Coverage: An In Silico Trial. *Journal of the American Heart Association*. 2020, 9(17). DOI 10.1161/JAHA.120.016701.

SUPUDOMKUL, B, D JAREEMIT, P KHANCHAITIT a T JANJAMLHA. A Readiness of Areas and Space Planning in Houses Supporting Emergency Services for Fall Injuries in The Elderly10.. *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*. 2020, 910. DOI 1088/1757-899X/910/1/012017.

SVATOŠ, Vladimír a Petr LEBEDA. *Outdoor trénink pro manažery a firemní týmy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0318-1.

SVOZILOVÁ, Alena. *Projektový management*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3611-2.

SYNEK, Svatopluk a Šárka SKORKOVSKÁ. *Fyziologie oka a vidění*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3992-2.

ŠABATOVÁ, Anna. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014. ISBN 978-80-87949-03-0.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.

ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, ed. *Intenzivní medicína*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 9788074920660.

ŠIKÝŘ, Martin. *Personalistika pro manažery a personalisty*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Manažer. ISBN 978-80-247-5870-1.

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

ŠIŠLÁKOVÁ, Monika a Jitka NAVRÁTILOVÁ. *Praktické vzdělávání v sociální práci optikou konceptu resilience*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7337-1.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5710-0.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana. Screening for cognitive deficit in older population. *Psychiatrie*. 2015, 19(2), 12-13. ISSN 1213-0508.

ŠTĚTINA, Jiří. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4578-7.

ŠUBRT, Bořivoj a Milan TUČEK. *Pracovnílékařské služby: povinnosti zaměstnavatelů a lékařů*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Olomouc: ANAG, 2017. ISBN 9788075541062.

TAY, Poi Hoon, Richard PINDER, Samuel COULSON a Jeremy RAWLINS. First impressions last... A survey of knowledge of first aid in burn-related injuries amongst hospital workers. *Burns*. 2013, 39(2), 291-299. DOI 10.1016/j.burns.2012.05.013.

TETŘEVOVÁ, Liběna. *Společenská odpovědnost firem společensky citlivých odvětví*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0285-3.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

TOMEŠ, Igor. *Sociální právo České republiky*. Praha: Linde Praha, 2014. ISBN 978-80-7201-938-0.

TOTH, Lorand, George Artur GĂAMAN, Daniel PUPĂZAN, Cristian NICOLESCU, Cosmin ILIE, M. LAZAR, F. FAUR a M. POPESCU-STELEA. First aid elements used in potentially toxic / explosive environments in the context of the covid 19 pandemic. *MATEC Web of Conferences*. 2021, 342. DOI 10.1051/mateconf/202134201006.

TRUHLÁŘ, Anatolij [online]. MEDIPRAX CB s.r.o., 2015 [cit. 2021-08-10]. Dostupné z: [http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM\\_2015\\_mimoradne-vydani.pdf](http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2015_mimoradne-vydani.pdf)

URBAN, David. *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2018. ISBN 978-80-7422-637-3.

ÚZIS – cévní nemoci mozku [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020 [cit. 2021-08-01]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/I60-I69>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2018 [online]. ÚZIS, 2020 [cit. 2021-07-15] Dostupné z: <https://uzis.cz/res/f/008313/hospit2018.pdf>

VAFEIADIS, Anastasios, Konstantinos VOTIS, Dimitrios GIAKOUMIS, Dimitrios TZOVARAS, Liming CHEN a Raouf HAMZAOU. Audio content analysis for unobtrusive event detection in smart homes. *Engineering Applications of Artificial Intelligence*. 2020, 89. DOI 10.1016/j.engappai.2019.08.020.



VALVE. Virtuální realita ve službě Steam [online]. Valve Corporation, 2021 [cit. 2021-08-02]. Dostupné z: <https://store.steampowered.com/vr/>

VEJTASA, Antonín. Sanitace – bezpečnost a ochrana zdraví při práci. *Sestra*. 2021, 21(9), 36–37. ISSN 1210-0404

VEREŠOVÁ, Jarmila. Sestra versus agresivní pacient [online]. Prohuman, 2014 [cit. 2021-07-14]. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/osetrovatelstvo/sestra-versus-agresivni-pacient>

Věstník MZ 5/2012 [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015 [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/6452/36190/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%205-2012.pdf>

VEŠKRNOVÁ, Blanka. Příručka dobré praxe v oblasti standardů kvality sociálních služeb [online]. Jihomoravský kraj, 2013 [cit. 2021-07-08]. Dostupné z: [https://socialnisluzby-jmk.kr-jihomoravsky.cz/Uploads/2879-7-MP+Standardy+kvality+socialnich+sluzeb\\_finalpdf.aspx](https://socialnisluzby-jmk.kr-jihomoravsky.cz/Uploads/2879-7-MP+Standardy+kvality+socialnich+sluzeb_finalpdf.aspx)

VEVERAL, Jan. Primární prevence a intervence u agitovanosti a agresivity v klinické praxi. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2018, 114(6), 260-263. ISSN 1212-0383.

VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ a Lucie DOLEJŠÍ. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-247-2747-9.

VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ, Jan MATEK, Veronika ZACHOVÁ a Pavel SVOBODA. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada, 2019. ISBN 9788027120994.

VIERECKL, Michael, Daniela LIDINSKÁ a Petra VOTOČKOVÁ. *Určitě si poradíte 2016: praktické rady pro životní situace, kdy potřebujete zdravotní a sociální služby*. Praha: FM solutions, 2016. ISBN 978-80-905989-6-6.

VINAŘOVÁ, Jana. Předpoklady k výkonu povolání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách [online]. Verlag Dashöfer, 2015 [cit. 2021-07-11]. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/predpoklady-k-vykonu-povolani-socialniho-pracovnika-a-pracovnika-v-socialnich-sluzbach-uniqueidmRRWSbk196FNf8jVUh4EtIBFPmTSA1rjE9WVnfnpKU>

VIVEK, Bhat, Thanmayi GS a Arvind KASTHURI. Stroke Awareness among Elderly Hypertensives in a Rural Area of Bangalore District, India. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2021, 30(1). DOI 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105467.

VLASOVA, Helen. The Future of VR & AR in Education [online]. Getting smart, 2020 [cit. 2021-08-02]. Dostupné z: <https://www.gettingsmart.com/2020/09/the-future-of-vr-ar-in-education/>

VLK, Václav a Martin FRANC. Jak má být správně provedena vstupní pracovnělékařská prohlídka? [online]. EPRAVO, 2018 [cit. 2021-07-23]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/jak-ma-byt-spravne-provedena-vstupnipracovnelekarska-prohlidka-107547.html>

VOLNÝ, Ondřej. *Průvodce cévní mozkovou příhodou pro pacienta a rodinu*. Brno: Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, 2016. ISBN 978-80-906616-0-8.

VORONKA, Jijian a Jill GRANT. Service user storytelling in social work education: goals, constraints, strategies, and risks. *Social Work Education*. DOI 10.1080/02615479.2021.1908251.

VOTAVA, Jiří. *Sociální pedagogika v prostředí školy: cíle, hodnoty, prevence*. V Praze: Česká zemědělská univerzita, 2019. ISBN 978-80-213-2996-6.

Vyhláška č. 79/2013 Sb., o provedení některých ustanovení zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, 2013 [online]. [cit. 2021-07-23]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě v aktuálním znění v aktuálním znění, 2012. [online]. [cit. 2021-07-23]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. [cit. 2021-07-23]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006 [online]. [cit. 2021-07-04]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, 2004. [online]. [cit. 2021-07-23]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ISSN 1211-1244.

VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-247-5775-9.

WAHYUNI, Erna et al. The Implementation of Theory of Planned Behaviour in Identifying First Aid Behaviour in Accidents. *Systematic Reviews in Pharmacy*. 2020, 11(6), 1125-1130. ISSN 0975-8453.

WALARINE, Maryelizabeth Tidiya a Binoy Mathew K V. Pandemic effect on the elderly and their caregivers. *Journal of Ideas in Health*. 2020, 3(4), 248-251. DOI 10.47108/jidh.ealth.Vol3.Iss4.76.

WANG, Huali, Tao LI, Serge GAUTHIER, Enyan YU, Yanqing TANG, Paola BARBARINO a Xin YU. Coronavirus epidemic and geriatric mental healthcare in China: how a coordinated response by professional organizations helped older adults during an unprecedented crisis. *International Psychogeriatrics*. 2020, 32(10), 1117-1120. DOI 10.1017/S1041610220000551.

WANG, Pao-Yu, Lee-Ing TSAO, Yu-Wei CHEN, Ying-Tao LO a Hui-Lin SUN. “Hesitating and Puzzling”: The Experiences and Decision Process of Acute Ischemic Stroke Patients with Prehospital Delay after the Onset of Symptoms. *Healthcare*. 2021, 9(8). DOI: 10.3390/healthcare9081061.

WANG, Tsung-Hsi, Hsi-Wen WU, Peter C. HOU a Hao-Jui TSENG. The utilization of automated external defibrillators in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2019, 118(1), 148-151. DOI 10.1016/j.jfma.2018.02.006.

WEHNER, Lore. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0.

WHITTAKER, Joshua, Blythe MCLENNAN a John HANDMER. A review of informal volunteerism in emergencies and disasters: Definition, opportunities and challenges.

*International Journal of Disaster Risk Reduction*. 2015, 13, 358-368. DOI 10.1016/j.ijdrr.2015.07.010.

WIEREN, Andrew, Lindsay PALAZUELOS, Patrick F. ELLIOTT, Jafet ARRIETA, Hugo FLORES a Daniel PALAZUELOS. Service, training, mentorship: first report of an innovative education-support program to revitalize primary care social service in Chiapas, Mexico. *Global Health Action*. 2014, 7(1), 1-10. DOI 10.3402/gha.v7.25139.

WIJAYANTI, Dini Prastyo, Niken Ayu Sahella PUTRI, Mei Nur Faiz NABILLA, Fachrudin ALBAR, Annisa FITRIANI, Nurul KOMARIYAH a Asmaul KHUSNA. IMPROVEMENT OF KNOWLEDGE RELATED TO FIRST AID IN BURN CONDITIONS. *Community Service Journal of Indonesia*. 2021, 2(2), 21-23. DOI: 10.36720/csji.v2i2.251.

WILSON, Jason J, William D J JOHNSTON a Mark A TULLY. Life-saving first aid tips in the palm of your hands...courtesy of the Red Cross. *British Journal of Sports Medicine*. 2016, 50(24), 1554-1555. DOI 10.1136/bjsports-2016-096352.

XU, Di et al. *The Promises and Limits of Online Higher Education: Understanding How Distance Education Affects Access, Cost, and Quality*. Washington: American Enterprise Institute, 2019.

YUSNIAWATI, Yustina Ni Putu, I Wayan Agus MAHARYAWAN a Ahmad ROBANI. DIFFERENCES IN THE EFFECTIVENESS OF THE DIRECT DEMONSTRATION METHOD AND VIDEO SCREENING OF FIRST AID IN TRAFFIC ACCIDENTS ON THE INCREASE IN KNOWLEDGE OF SENIOR HIGH SCHOOL STUDENTS. *Nurse and Health: Jurnal Keperawatan*. 2020, 9(2), 133-138. DOI 10.36720/nhjk.v9i2.166.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, 2012 [online]. [cit. 2021-07-02]. In: *Sbírka zákonů České republiky* ISSN 1211-1244.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, 2006 [online]. [cit. 2021-07-18]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006 [online]. [cit. 2021-07-02]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 127/2005 Sb., o elektronických komunikacích a o změně některých souvisejících zákonů, 2005 [online]. [cit. 2021-07-27]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 500/2004 Sb., o správní řád, 2004 [online]. [cit. 2021-07-02]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, 2004 [online]. [cit. 2021-07-18]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 95/2004 Sb., trestní zákoník, 2004 [online]. [cit. 2021-07-08]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, 2000 [online]. [cit. 2021-07-22]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ISSN 1211-1244.

ZÄNGL, Peter. *Zukunft der Pflege: 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege*. Wiesbaden: Springer VS, 2015. ISBN 978-3658081362.

ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

Zdravotní pojišťovna MV ČR. *Závažné interní stavy* [online]. Zdravotní pojišťovna MV ČR, 2011 [cit. 2021-07-13]. Dostupné z: <https://eforms.zpmvcr.cz/jforum/posts/list/75.page>

ZHANG, Xiaoman, Yinfang LIU, Xinhui CAO, Xiaoyu XU, Yatao ZHU a Chaogang WANG. Effect of multi-level stroke education on treatment and prognosis of acute ischemic stroke. *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2020. DOI 10.3892/etm.2020.9028.

ZHAO, Yuanyuan, Shariff-Ghazali SAZLINA, Fakhrol Zaman ROKHANI, Jing SU, Boon-How CHEW a Filomena PAPA. The expectations and acceptability of a smart nursing home model among Chinese elderly people: A mixed methods study protocol. *PLOS ONE*. 2021, 16(8). DOI 10.1371/journal.pone.0255865.

ZHOU, Siyu, Atsushi OGIHARA, Shoji NISHIMURA a Qun JIN. Analyzing the changes of health condition and social capital of elderly people using wearable devices. *Health Information Science and Systems*. 2018, 6(1). DOI 10.1007/s13755-018-0044-2.

ZODER-MARTELL, Kimberly A., Margaret T. FLORESS, Ronan S. BERNAS, Brad A. DUFRENE a Samantha L. FOULKS. Training Teachers to Increase Behavior-Specific Praise: A Meta-Analysis. *Journal of Applied School Psychology*. 2019, 35(4), 309-338. DOI 10.1080/15377903.2019.1587802.

ZORMANOVÁ, Lucie. *Výukové metody v pedagogice: tradiční a inovativní metody, transmisivní a konstruktivistické pojetí výuky, klasifikace výukových metod*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4100-0.

ZUMMO, Marianna Lya. Defence strategies in an online community of caregivers. *Working with Older People*. 2021. DOI 10.1108/WWOP-06-2021-0029.

ŽATKUL'ÁKOVÁ, Nikola. Analýza pádů u seniorů v lůžkových zařízeních. *Florance*. 2019, 15(3), 16-17. ISSN 1801-464X.

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1 - Srovnání kvalifikačního vzdělávání

Tabulka č. 2 – Obsah standardu kvality Nouzové a havarijní situace

Tabulka č. 3 – Prostředí a podmínky (kritéria)

Tabulka č. 4 - Srovnání kvalifikačního vzdělávání

Tabulka č. 5 – Harmonogram etap zpracování rigorózní práce

## Seznam grafů

- Graf č. 1 - Způsoby získávání kvalifikace pro výkon práce PSS
- Graf č. 2 – Příčiny pádu
- Graf č. 3 – Zastoupení respondentů dle pohlaví
- Graf č. 4 – Zastoupení respondentů dle věkových kategorií
- Graf č. 5 – Zastoupení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání
- Graf č. 6 – Zastoupení respondentů dle délky trvání pracovní zkušenosti
- Graf č. 7 – Uskutečnění výuky v kvalifikačním kurzu
- Graf č. 8 – Rozsah výuky v kvalifikačních kurzech
- Graf č. 9 – Zastoupení teoretické a praktické výuky v kvalifikačních kurzech
- Graf č. 10 – Hodnocení kvality výuky účastníky kvalifikačních kurzů
- Graf č. 11 – Sebehodnocení respondentů v připravenosti poskytnout první pomoc
- Graf č. 12 – Informovanost o umístění lékárničky na pracovišti
- Graf č. 13 – Znalost obsahu lékárničky pracoviště
- Graf č. 14 – Znalosti a dovednosti pro využití obsahu lékárničky
- Graf č. 15 – Zajištění bezpečnosti
- Graf č. 16 – Identifikace cévní mozkové příhody a postup první pomoci
- Graf č. 17 - Postup záchránce při poskytování první pomoci
- Graf č. 18 – Zástava krvácení
- Graf č. 19 – Život ohrožující stavy
- Graf č. 20 – Uzávěra dýchacích cest cizím tělesem
- Graf č. 21 – Umístění rukou záchránce na hrudníku při resuscitaci dospělého
- Graf č. 22 – Poranění páteře
- Graf č. 23 – Zkušenost se situací vyžadující první pomoc v zaměstnání
- Graf č. 24 – Pocit jistoty při poskytování první pomoci v zaměstnání
- Graf č. 25 – Způsob zajištění první pomoci v zaměstnání



## Seznam obrázku

Obrázek č. 1 – Řetězec přežití

Obrázek č. 2 – Dramaturgická vlna

Obrázek č. 3 – Kolbův cyklus učení

Obrázek č. 4 – Anatomický model srdce

Obrázek č. 5 – Modelová situace v kurzu první pomoci

Obrázek č. 6 – Zástava krvácení uvnitř cévy (The Body VR Journey Inside a Cell)

Obrázek č. 7 – Postup pro snímání rukavic

Obrázek č. 8 – Poloha hráčů v bezvědomí po srážce při utkání Premier League

Obrázek č. 9 – Záklon hlavy a zvednutí brady vzhůru

Obrázek č. 10 – Ukázka využití aplikace Záchranka při dopravní nehodě

Obrázek č. 11 – Obecné schéma informací během zpracování tísňového volání

Obrázek č. 12 – Algoritmus jednotlivých úkonů u resuscitace

Obrázek č. 13 – Lokalizace umístění rukou při resuscitaci na hrudním koši

Obrázek č. 14 – Pozice při stlačování hrudního koše

Obrázek č. 15 – Umělé vdechy při resuscitaci

Obrázek č. 16 – Označení automatického externího defibrilátoru

Obrázek č. 17 – Základní umístění samolepících elektrod AED na hrudi

Obrázek č. 18 – Zotavovací poloha

Obrázek č. 19 – Schéma tlakového obvazu

Obrázek č. 20 – Zaškrcovadlo pryžové

Obrázek č. 21 – Přehled krevních ztrát při vnitřních poranění

Obrázek č. 22 – Algoritmus obstrukce dýchacích cest (zjednodušeno)

Obrázek č. 23 – Gordonův manévr

Obrázek č. 24 – Heimlichův manévr

Obrázek č. 25 – Poloha v polosedě

Obrázek č. 26 – Průvodce cévní mozkovou příhodou pro pacienta a rodinu (FAST)

## **Přílohy**

Příloha č. 1: Dotazník vlastní konstrukce (kompletní znění)

Příloha č. 2: Informovaný souhlas (kvalitativní část výzkumu)

Příloha č. 3: Scénář polostrukturovaných rozhovorů (kazuistiky)

Příloha č. 4: Resumé

Příloha č. 5: Souhlas s užitím fotografií z archivu OS ČČK Plzeň – město a Rokycany

## Příloha č. 1: Dotazník vlastní konstrukce (kompletní znění)

### Identifikace respondenta

#### 1) Jaké je Vašeho pohlaví?

žena

muž

---

#### 2) Jaký je Váš věk?

15-17

18-25

26-33

34-41

42-49

50-57

58-65

---

#### 3) Jak jste získal/a kvalifikaci k výkonu profese pracovníka v sociálních službách?

kvalifikačním kurzem

studiem učebního/maturitního oboru

studiem VOŠ/VŠ

---

#### 4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

základní

vyučen/a

středoškolské s maturitou

pomaturitní (nástavba)

VOŠ/VŠ

---

#### 5) Jak dlouho pracujete v sociálních službách?

méně než 2 roky

3-5 let

6-8 let

9-11 let

12-15 let

---

## Realizace kurzů a jejich pojetí

6) Uskutečnila se ve Vámi absolvovaném kvalifikačním kurzu výuka první pomoci?

ano

ne

---

7) Kolik hodin výuky kurzu tvořila část věnující se první pomoci?

méně než jednu hodinu

hodinu

dvě

tři

čtyři

pět a více

---

8) Jakým způsobem výuka probíhala?

pouze teoretická výuka

přehráním výukového videa

kombinací praktické  
a teoretické výuky

---

## Klasifikace (hodnocení) průběhu vzdělávání

9) Uskutečnila se ve Vámi absolvovaném kvalifikačním kurzu výuka první pomoci?

*(hodnocení, jako ve škole)*

výborná

velmi dobrá

dobrá

nedostatečná

---

**10) Splnila oblast první pomoci v rámci kvalifikačního kurzu svým přínosem  
Vaše očekávání?**

ano

ne

spíše ano

spíše ne

---

**11) Cítíte se připraven/a pro poskytnutí první pomoci klientovi/uživateli  
v případě potřeby?**

ano

ne

spíše ano

spíše ne

---

### Pracoviště

**12) Víte, kde na svém pracovišti najdete lékárníčku?**

ano

ne

---

**13) Znáte obsah lékárníčky na svém pracovišti?**

ano

ne

---

**14) Umíte použít obsah lékárníčky v případě potřeby?**

ano

u některých pomůcek si jistý/á nejsem

ne

---

## První pomoc – teoretické znalosti

15) Základním krokem před poskytnutím první pomoci je vždy:

přivolání pomoci (ZZS atp.)

zajištění vlastní bezpečnosti

nahlášení mimořádné události  
dle příslušného standardu

---

16) Při doprovodu jednoho z klientů z jídelny si všimnete soběstačného klienta, kterému při pití vody unikne část tekutiny koutkem ven. Má problém uchopit sklenici a při chůzi je značně nejistý. Jak se zachováte?

otřu klientovi tvář, odnesu  
nádobí a doprovodím jej  
k odpočinku na pokoj

požádám klienta, aby se mnou  
zůstal na místě, komunikuji  
s ním a přivolám pomoc

rozmíchám větší množství  
cukru v čaji a tuto tekutinu  
mu podám jako pomoc  
proti hypoglykémii

---

17) Při příchodu na pokoj, vidíte klienta, který leží na lůžku a na oslovení nereaguje. Jak budete pokračovat?

zjistím, zda dýchá a jestli  
někde silně krvácí

zjistím, kdo jej viděl  
naposledy při vědomí

volám zdravotní sestru  
nebo ZZS

---

18) Klientka si při krájení cibule způsobila hlubokou řeznou ránu na zápěstí. Nůž vyndala, nyní se snaží krev uklidit a umýt nůž. Jak budete postupovat?

Použiji zaškrcovadlo nad  
ránou směrem k srdci.

Přiložím tlakový obvaz  
na krvácející místo.

Budu se snažit zafixovat  
nůž v ráně, protože  
krvácení zpomalí.

---

19) Jaké jsou tři základní tzv. život ohrožující stavy?

tep, dech a komunikace

bezvědomí, krvácení a bezdeší

mrtvice, infarkt a krvácení

---

**20) Po příchodu na pokoj nacházíte sípajícího klienta, kterému začínají modrat rty. Svírá hrdlo a na stole je nakousnutý chléb. Jaký bude Váš první postup?**

Klienta dám do předklonu a vši silou jej udeřím mezi lopatky (Grodonův manévr).

Klientovi pomohu do polohy v polosedě a vyzvu jej k silnému kašli.

Klientovi vyndám jazyk a zbytky jídla, kam až prsty dosáhnou.

---

**21) Ke stlačování hrudníku zvolím polohu rukou:**

na spodní třetině hrudní kosti

na středu hrudní kosti

na horní třetině hrudní kosti

---

**22) Při přesunu klienta z toaletního křesla na lůžko dojde k jeho pádu. Klient si po něm Ztěžuje na bolest v bedrech a necitlivost pravé ruky. Jak budete postupovat?**

Klienta zvedu a položím jej do postele na bok, přivolám pomoc a budu sledovat jeho tep.

Klienta ponechám v poloze pádu, přivolám pomoc a budu se snažit jej přesvědčit, aby se nehýbal.

Klienta otočím na záda vypořádám mu nohy a bedra polštářem. S přivolanou pomocí klienta uložím do lůžka.

---

### Klasifikace (hodnocení) průběhu vzdělávání

**23) Setkal/a jste se během výkonu svého povolání pracovníka v sociálních službách se situací, ve které jste poskytoval/a první pomoc?**

 ano ne

**24) Cítil jste se při poskytování první pomoci jistě?**

 ano ne

**25) Jak jste se při poskytování první pomoci choval/a?**

První pomoc jsem poskytl/a sám/a.

Přivolal jsem zdravotníky a čekal na jejich příchod.

Přivolal jsem zdravotníky s první pomocí jsem pomohl

Přihlížel jsem a nechal pomoc na druhých.





## **Příloha č. 2: Informovaný souhlas (kvalitativní část výzkumu)**

### **Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu**

Já, ....., jsem byl/a seznámen/a s podstatou a účelem výzkumu, který je součástí rigorózní práce "*Kompetence v oblasti první pomoci u pracovníků v sociálních službách působících v pobytových službách pro seniory*" autora Jakuba Jestřába.

Byl/a jsem poučen/a o tom, že v rámci výzkumu mi bude zachována anonymita a že mnou popsaná událost bude nahrána pro pozdější zpracování na diktafon.

Prohlašuji, že se účastním výzkumu dobrovolně bez nároku na odměnu a jsem si vědom/a toho, že mohu od účasti na výzkumu kdykoli odstoupit.

Datum .....

Podpis .....

### Příloha č. 3: Scénář polostrukturovaných rozhovorů (kazuistiky)

<b>Scénář polostrukturovaného rozhovoru</b>	
<b>Zaměření oblasti:</b>	<b>Otázky do rozhovoru:</b>
<b>Základní charakteristika: (odborná příprava, pracoviště)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Povězte mi, jak dlouho pracujete v sociálních službách.</li> <li>2. Jakým způsobem proběhla Vaše příprava v kvalifikačním kurzu v oblasti první pomoci?</li> <li>3. Absolvoval/a jste mimo zaměstnání kurz nebo další povinné vzdělávání v první pomoci?</li> <li>4. Víte, kde na svém pracovišti hledat lékárníčku pro poskytnutí první pomoci?</li> <li>5. Jaké pomůcky pro poskytnutí první pomoci v lékárnice či zařízení máte? (AED?)</li> <li>6. Máte v zařízení nastavený postup pro případ, kdy poskytujete první pomoc?</li> </ol>
<b>Popis situace:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zkuste si vzpomenout na den, kdy se stal úraz, o kterém se budeme bavit. Máte to?</li> <li>2. Zkuste mi vylíčit, jak ten den probíhal.</li> <li>3. Co Vás upozornilo, že se děje něco, co není běžné?</li> <li>4. Jak jste zjišťoval/-ověřoval/a, jestli se skutečně něco děje?</li> <li>5. Co Vám klient k situaci sdělil? (Hovořil sám?, Odpovídala jeho komunikace normálu?)</li> <li>6. Popište mi, jak vypadal pokoj? (Kde přesně se nacházel klient?, V jaké byl poloze?)</li> </ol>
<b>Postup první pomoci:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Na základě čeho, jste usoudil/a, že je třeba poskytnout první pomoc?</li> <li>2. Jak jste zjišťoval/a, jak budete v první pomoci postupovat?</li> <li>3. Jaké příznaky měl klient?</li> <li>4. Všiml/a jste si ještě dalších zvláštností, které nebyly u klienta běžné?</li> <li>5. Byla jste v místě přítomen/a sám/a nebo byl přítomen i někdo další z personálu?</li> <li>6. Co jste udělal/a poté, co jste usoudil, že je třeba poskytnout první pomoc?</li> <li>7. Z jakého důvodu jste zvolil právě tento postup?</li> <li>8. Užil/a jste během poskytování první pomoci ochranné pomůcky?</li> <li>9. Jak jste dál zajistil/a Vaši bezpečnost krom ochranných pomůcek?</li> <li>10. Jakým způsobem jste zajistila přivolání další pomoci? (Povězte mi více detailů prosím.)</li> <li>11. Kdy jste první pomoc ukončil/a?</li> </ol>
<b>Restrospektivní pohled:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nad čím jste přemýšlel/a poté, co jste první pomoc ukončil/a?</li> <li>2. Jak zpětně hodnotíte svůj postup?</li> <li>3. Jaké emoce jste prožíval/a během poskytování první pomoci?</li> <li>4. Jak se Vám dařila práce s pomůckami v lékárnice?</li> </ol>
<b>Změny po události:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Postupoval/a byste dnes při stejném nebo podobném stavu u klienta jinak?</li> <li>2. Jaké změny přinesla událost do Vašeho zařízení?</li> <li>3. Co jste si ze zkušenosti odnesl/a?</li> <li>4. Prohloubila jste si po události své vzdělání v oblasti první pomoci?</li> </ol>

#### Příloha č. 4: Resumé

<b>Jméno a příjmení, vč. titulů:</b>	Mgr. Jakub Jestřáb, MBA
<b>Obor rigorózního řízení:</b>	Pedagogika - sociální práce
<b>Rok odevzdání práce:</b>	2021

<b>Název práce:</b>	Kompetence v oblasti první pomoci u pracovníků v sociálních službách působících v bytových službách pro seniory
<b>Název práce v angličtině:</b>	Competences in the field of first aid at workers in social services working in residential care homes
<b>Anotace práce:</b>	<p>Cílem této práce bylo popsat, jakým způsobem si pracovníci v sociálních službách, působících v registrovaných sociálních službách domovů se zvláštním režimem na území Jihočeského kraje, osvojili kompetence v oblasti první pomoci získané během kvalifikačního procesu.</p> <p>Pro dosažení cíle byla zvolena smíšená výzkumná strategie. Kvantitativní část byla realizována pomocí metody dotazování prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce. Kvalitativní část využívá metodu kazuistiky a techniku polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl tvořen 196 respondenty a 4 komunikačními partnery.</p> <p>Z výzkumu vzešlo, že většina respondentů během svého kvalifikačního vzdělávání prošla modulem, který obsahoval první pomoc. Tento modul ovšem nepřesáhl rozsah jedné hodiny, přičemž výuka byla vedena též pouze formou teorie, popřípadě přehráním výukového videa. Hodnocení výuky první pomoci u respondentů bylo kladné, avšak i přes to respondenti uvádí, že se necítí být připraveni pro poskytnutí první pomoci.</p> <p>Značné rezervy vykazují znalosti respondentů v oblasti vybavení jejich pracoviště.</p> <p>Pokud již respondenti umístění lékárníček znají, pak se nezajímali o jejich obsah, popřípadě netuší, jak s obsahem pracovat. Teoretické znalosti vykazují u respondentů základní nedostatky v osvojení běžných postupů první pomoci. Některé nedostatky lze označit za fatální, neboť mají významný vliv na účelnost poskytnuté první pomoci.</p> <p>Výstupy dále potvrzují, že se pracovníci v sociálních službách s nutností poskytnout první pomoc klientům setkávají. Při jejím</p>

	<p>poskytování se ovšem necítí jistí a pouze dva respondenti uvedli, že první pomoc poskytli samostatně.</p> <p>Výstupy rigorózní práce mohou být využity v rámci začlenění získaných poznatků na celostátní úrovni (legislativní, metodická, poradenská a konzultační činnost) či u jednotlivých zaměstnavatelů pracovníků v sociálních službách u specifikované cílové skupiny.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	sociální služby, první pomoc, pracovník v sociálních službách, odborná příprava, domov se zvláštním režimem
<b>Anotace práce v angličtině:</b>	<p>The aim of this thesis was to describe how social workers working in registered social services of special regime homes in the South Bohemian Region have acquired the competencies in the field of first aid acquired during the qualification process.</p> <p>A mixed research strategy has been chosen to achieve the goal. The quantitative part was realized using the method of questioning through an own design questionnaire. The qualitative part uses the method of case studies and the technique of semi-structured interview.</p> <p>The research group consisted of 196 respondents and 4 communication partners.</p> <p>The research has shown that most respondents went through a module that included first aid during their qualification training. However, this module did not exceed the scope of one hour, while the teaching was also conducted only in the form of theory, or by playing an instructional video.</p> <p>The respondents' evaluation of first aid teaching has been positive, but respondents still mention their uncertainty about providing first aid. The respondents' knowledge of the equipment of their workplace shows considerable reserves. If the respondents already know the location of first aid kits, then they were not interested in their content, or have no idea how to work with the content.</p> <p>Respondents' theoretical knowledge shows the basic shortcomings in the adoption of common first aid procedures. Some deficiencies can be described as fatal, as they have a significant impact on the effectiveness of first aid.</p> <p>The outputs further confirm that social service workers encounter the need to provide first aid to clients. However, they do not feel confident in providing it and only two respondents stated that they have provided first aid separately.</p> <p>The results of this thesis can be used in the integration of acquired knowledge at the national level (legislative, methodological, advisory</p>

	and consulting activities) or for individual employers of social workers for a specified target group.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	social services, first aid, worker in social services, professional training, special regime home

<b>Rozsah práce:</b>	118 stran
<b>Jazyk práce:</b>	český

## Příloha č. 5: Souhlas s užitím fotografií z archivu OS ČČK Plzeň – město a Rokycany



**Český červený kříž**  
Oblastní spolek  
Plzeň – město a Rokycany  
Tylova 20  
301 00 Plzeň

V Plzni, 30. srpna 2021

### SOUHLAS S UŽITÍM FOTOGRAFIÍ

Souhlasíme s tím, aby Mgr. Jakub Jestřáb, MBA  
užil fotografie z činnosti našeho oblastního  
spolku ve své rigorózní práci.

L.S.

**ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ**  
Oblastní spolek  
PLZEŇ - MĚSTO A ROKYCANY  
Tylova 20, 301 00 Plzeň

**Lada Brožová**  
Ředitelka Ú-OS ČČK

IČO: 00425982  
DIČ: CZ 00425982

bankovní spojení: č. ú. 174-807900464/0600  
ockplzen@gmail.com tel. 601520330  
www.ock-plzen.cz