

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Výjezdy zdravotnické záchranné služby do domovů pro seniory

Lucie Horká

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2017/2018

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**  
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Horká**  
Osobní číslo: **Z16036**  
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**  
Název tématu: **Výjezdy zdravotnické záchranné služby do domovů pro seniory**  
Zadávací katedra: **Katedra klinických oborů**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

Seznam odborné literatury:

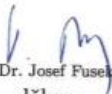
1. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
2. KALVACH, Zdeněk. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
3. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
4. PIKOLA, Pavel a Milan ŘÍHA. Služby sociální péče v domovech pro seniory. Praha: Námořní akademie České republiky, 2010. ISBN 978-80-87103-29-6.
5. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jindra Holeková, DiS.**


Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2019**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Jan Pospichal, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2019

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 1. 5. 2019

Lucie Horká

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych velice ráda poděkovala Mgr. Jindře Holekové DiS, vedoucí mé bakalářské práce za její cenné rady, odbornou pomoc a neskutečnou trpělivost při jejím zpracování.

Velký dík patří také Zdravotnické záchranné službě Královéhradeckého kraje, která mi umožnila provádět retrospektivní výzkum a v neposlední řadě také respondentům z domovů pro seniory, kteří si našli čas a vyplnili dotazník.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce se zabývá výjezdy ZZS do domovů pro seniory. Teoretická část se zabývá stářím člověka, změnami, ke kterým během stáří dochází, nejčastějšími akutními stavy u seniorů a možnostmi sociálních služeb a zařízení pro seniory. Ve výzkumné části hodnotím nejčastější důvody výjezdů ZZS do domovů pro seniory a do jaké míry jsou tyto domovy schopni podat první pomoc.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Stáří, senior, geriatric, zdravotnická záchranná služba (ZZS), domov pro seniory, přednemocniční neodkladná péče (PNP).

## **TITLE**

Arrivals of ambulance to the nursing homes

## **ANNOTATION**

Topic of Bachelor are arrivals of ambulance to the nursing homes. Theoretical part is about process ageing, the changes that occur within, the most frequent health condition issues and about the possibilities of social support and facilities for elder people.

The practical part evaluates the most common reasons of arrivals of ambulance to the nursing homes and how well those facilities are able to provide first aid in need.

## **KEYWORDS**

Senescence, senior, geriatrics, ambulance, nursing home, prehospital life support.

# OBSAH

Úvod.....	11
I Teoretická část .....	13
1 Stáří.....	13
1.1 Stárnutí .....	13
1.2 Syndrom frailty.....	14
2 Patofyziologie stáří .....	16
2.1 Fyzické změny.....	16
2.2 Psychické změny .....	16
2.3 Sociální změny .....	17
3 Vybrané akutní stavy v geriatrii.....	18
3.1 Kardiologické akutní stavy.....	18
3.1.1 Akutní koronární syndrom .....	18
3.1.2 Akutní levostranné srdeční selhání .....	19
3.1.3 Plicní embolie.....	19
3.1.4 Akutní disekce aorty .....	20
3.2 Akutní stavy dýchacích cest .....	20
3.2.1 Exacerbace CHOPN.....	20
3.2.2 Astmatický záchvat .....	21
3.3 Akutní cévní mozková příhoda .....	21
3.4 Akutní stavy při diabetes mellitus .....	22
3.4.1 Hypoglykémie .....	23
3.4.2 Hyperglykémie .....	23
4 Domovy pro seniory .....	24
4.1 Poskytované služby .....	24
4.2 Prostředí a vybavenost domovů pro seniory .....	25
4.3 Dostupnost domovů pro seniory v ČR .....	26

5	Ostatní sociální zařízení a služby.....	28
5.1	Domovy se zvláštním režimem .....	28
5.2	Odlehčovací pobytové služby.....	28
5.3	Týdenní stacionáře.....	28
5.4	Domácí zdravotní péče .....	29
5.4.1	Pečovatelská služba.....	29
II	Průzkumná část .....	31
1	Průzkumné otázky.....	31
2	Metodika výzkumu .....	32
3	Analýza dat a interpretace výsledků .....	33
4	Diskuze .....	51
5	Závěr .....	56
6	Použitá literatura .....	57
7	Přílohy.....	59



## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Graf nejčastější příčiny výjezdů ZZS.....	33
Obrázek 2 Graf srovnání indikace s pracovní diagnózou – DpS U Biřičky.....	34
Obrázek 3 Graf srovnání indikace s pracovní diagnózou – SeneCura.....	34
Obrázek 4 Graf způsoby ukončení nejčastějších příčin výjezdů .....	36
Obrázek 5 Graf nejčastější onemocnění, kterými trpí senioři v DpS .....	42
Obrázek 6 Graf nejčastější stavy, kdy NLZP z DpS volají ZZS .....	43
Obrázek 7 Graf zdravotní stavy, které jsou NLZP z DpS schopni akutně řešit .....	44
Obrázek 8 Graf nejčastější příznaky u infarktu myokardu .....	45
Obrázek 9 Graf postupy při nalezení seniora v bezvědomí .....	46
Obrázek 10 Graf správnost frekvence a hloubky stlačování při KPR .....	47
Obrázek 11 Graf kazuistika č.1 .....	48
Obrázek 12 Graf kazuistika č.2.....	49
Obrázek 13 Graf kazuistika č.3.....	50

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Charakteristika respondentů v DpS U Biřičky .....	37
Tabulka 2 Pomůcky, které DpS U Biřičky vlastní.....	39
Tabulka 3 Charakteristika respondentů v SeneCura Senior Centru .....	40
Tabulka 4 Pomůcky, které Senecura Senior Centrum vlastní .....	41

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AED	Automatický externí defibrilátor
AKS	Akutní koronární syndrom
AIM	Akutní infarkt myokardu
CMP	Cévní mozková příhoda
CRP	C-reaktivní protein
CT	Počítačová tomografie
ČR	Česká republika
DpS	Domov pro seniory
DÚ	Dutina ústní
EKG	Elektrokardiogram
FF	Fyziologické funkce
CHOPN	Chronická obstrukční plicní choroba
INR	Mezinárodní normalizovaný poměr
JIP	Jednotka intenzivní péče
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
KZOS	Krajské zdravotnické operační středisko
MR	Magnetická rezonance
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
NZO	Náhlá zástava oběhu
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
PNP	Přednemocniční péče
PP	První pomoc

PTCA	Perkutánní transluminární koronární angioplastika
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
RV	Rendez vous
ZZ	Zdravotnické zařízení
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZS KHK	Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje

## ÚVOD

Předložená práce se zabývá výjezdy ZZS do domovů pro seniory, což za posledních pár let rozhodně není ojedinělá skutečnost. Pojmem starší lidé se označuje populace nad 65 let, staří nad 75 let. V roce 2016 byla podle údajů Evropské komise a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) průměrná střední délka života v České republice 78,9 let (muži 75,8 a ženy 82,0). Ve všech zemích mají ženy střední délku života vyšší okolo 10 %. V dnešní době se seniorský věk rozděluje na „mladé seniory“ (60/65-74 let), „staré seniory“ (75-85 let) a „nejstarší seniory“ (85 a více let) (Šeblová, Knor 2018).

Podle Českého statistického úřadu přesáhl počet obyvatel k roku 2017 přes 10,6 milionů obyvatel, a z toho zde žije přes 2 miliony seniorů. Je předpoklad, že počet seniorů v zemi se bude zvyšovat, a to díky růstu průměrné střední délky života. Největší vliv na růst těchto čísel má obrovský pokrok ve zdravotnictví a stále dostupnější rychlá zdravotnická pomoc (Věková struktura obyvatel, Český statistický úřad, 2017).

U seniorů se však zvyšuje riziko výskytu různých chorob ať už akutních stavů či chronických onemocnění. Bohužel diagnostika těchto pacientů není příliš jednoduchá, protože je zde menší referovaná intenzita obtíží. Zároveň není potřeba léčit každou odchylku od normálních hodnot či nálezů, protože agresivní léčba jednoho onemocnění či stavu může vést k dekompenzaci jiného onemocnění, třeba i se závažnějšími dopady (Šeblová, Knor 2018).

Péče o seniory musí být komplexní nejen po stránce zdravotní, ale je třeba zohlednit i psychické a sociální potřeby. Nutrice, hydratace a hygiena jsou základními komponenty ošetrovatelské péče a stávají se základem terapeutického úspěchu jakékoliv nemoci. Ta se dá pozitivně ovlivnit už v přednemocniční péči (Šeblová, Knor 2018).

Domovy pro seniory jsou velkými pomocníky pro lidi, kteří se o sebe již nedokáží postarat sami, nemají nikoho, kdo by se o ně postaral nebo je péče od rodiny či pečovatelské služby nedostatečná a senior potřebuje trvalou pomoc a dohled. Tyto domovy se snaží seniory zapojovat do běžného života a tím jim napomáhají k fyzické i psychické soběstačnosti. Zároveň je zde i velká sociální podpora. Avšak díky tomu, že se v těchto domovech nacházejí staří lidé a velká část z nich trpí nějakým chronickým či akutně vzniklým onemocněním, jsou výjezdy ZZS do domovů pro seniory velice časté (Dvořáčková, 2012).

## **CÍL PRÁCE**

Cílem teoretické části této bakalářské práce je popsat problematiku geriatrických pacientů z domovů pro seniory v péči ZZS.

### **Cíle výzkumné části**

Zjistit, v jakých indikacích nejčastěji zasahují posádky ZZS ve vybraných domovech pro seniory.

Ověřit, zda zdravotnický personál domovů pro seniory má k dispozici základní vyšetřovací a léčebné pomůcky pro zvládnutí akutních stavů.

Prověřit, zda zdravotnický personál zná základní postupy při poskytování první pomoci.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Stáří

Stáří je neodmyslitelná součást našeho života. Jedná se o poslední etapu vývoje člověka neboli pozdní fáze ontogeneze. Lidé toto období často vytlačují z podvědomí a nechtějí si přiznat, že se může týkat i jich. Stáří přináší řadu změn jak fyzických, tak psychických a sociálních. Souhrnně jde o důsledek involučních změn funkčních i morfologických, které probíhají různou rychlostí a jsou individuálně variabilní. Senioři se vlivem změn hůře potýkají s činnostmi každodenního života (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Prvním mezníkem se pro ně stává odchod z práce do důchodu. Lidé mají sice více času na své koníčky a rodinu, ale často si připadají zbyteční bez pracovní náplně, na kterou byli dlouhá léta zvyklí. Navíc je v činnostech často omezují fyzické problémy, které jsou obvykle doprovázeny bolestmi, a senioři tak raději nic nedělají jen proto, aby se jim vyvarovali (Dvořáčková, 2012).

Dalším významným zvratem ve stáří bývá ztráta dlouholetého partnera. Partneři spolu v důchodovém věku tráví většinu času z celého dne a jsou na sebe velice fixováni. Proto je pro ně odchod milovaného člověka tak silná emoční záležitost, která je obvykle zasáhne jak psychicky, tak sociálně. Senioři tím ztrácí životní oporu, sociální kontakt a často také osobu, která se o ně starala v případě nesoběstačnosti (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

### 1.1 Stárnutí

Stárnutí je fyziologický děj, který začíná již od narození a jehož poslední etapou je stáří. Vlivem stárnutí dochází k všeobecnému poklesu orgánových funkcí v důsledku kumulace buněčného poškození (Šeblová, Knor a kol. 2018).

Stárnutí, a především stáří doprovází také výskyt řady onemocnění. Například co se nádorového onemocnění týče, v naší zemi je až 60 % všech nádorů diagnostikováno u pacientů starších 65 let a více než 70 % všech úmrtí, které jsou způsobené nádory, je ve věku nad 65 let (Rokyta a kol., 2015).

Každé onemocnění se ale projevuje jinak v mladším věku a jinak u seniorů. Choroby u starších lidí se často manifestují atypicky a příznaků bývá méně, než je obvyklé, případně se objeví pouze jeden z celého příznakového souboru. Vzhledem k tomu, že senioři mají sníženou funkční rezervu, onemocnění se u nich začne projevovat dříve než u mladších osob se stejným onemocněním. Zároveň nemůžeme případné laboratorní či klinické výsledky srovnávat s mladšími nemocnými na stejné úrovni. V případě, že u mladších pacientů vychází z výsledků

již patologický stav, u starších to může být zcela běžný nález, který se však musí vhodně kompenzovat (Matějovská, Kubešová 2009).

Vlivem toho, že stárnutí sebou přináší řadu onemocnění, musí začít staří lidé užívat medikaci, a to akutně či chronicky. Vedlejší účinky léků se ale vyskytují častěji u seniorů, a v některých případech mohou předcházet dosažení očekávaného efektu terapie. Zároveň je omezena i distribuce léčiv vlivem biologických změn vzájemného poměru tělesné vody a tuku (Šeblová, Knor a kol., 2018).

## 1.2 Syndrom frailty

Syndrom frailty neboli geriatrická křehkost se velice těžce definuje a kvalifikuje. Dochází při něm k poklesu až k úplnému vyčerpání fyzických rezerv organismu. Je to jedna z nejčastějších příčin disability (zdravotního postižení) ve stáří (Kalvach a kol., 2011).

Jde o výrazný pokles potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti, adaptability) s úbytkem funkčních rezerv, nižší odolností vůči zátěži, zhoršené adaptabilitě, zhoršením prognózy jiného onemocnění i zdravotnických výkonů, vyšším výskytem komplikací a nežádoucích účinků a recidivujícími dekompenzacemi funkčního stavu. Postupně dochází ke svalové slabosti (sarkopenii), k hubnutí, únavě, apatii, a to většinou vyústí v imobilizační syndrom. Pacienti jsou poté nesoběstační a závislí na jiné osobě, většinou v podobně sociálního zařízení. V závěru může vést až ke smrti, a to i nepřímo v důsledku komplikací např. po pádu (Kalvach a kol., 2011).

V 90. letech 20. století byly v rámci Cardiovascular Health Study formulovány základní postuláty aktuálního somatického konceptu. Tyto postuláty vymezují geriatrickou křehkost v případě, že jsou přítomny alespoň tři z pěti základních znaků:

- 1) Nechtěný úbytek tělesné hmotnosti alespoň o 4,5 kg za posledních 12 měsíců
- 2) Subjektivně vnímaná únava, vyčerpanost
- 3) Svalová slabost, nízká síla stisku ruky (hand grip)
- 4) Pomalá chůze
- 5) Nízká úroveň pohybové aktivity (hypomobilita, hypoaktivita)

(Kalvach a kol., 2011)

Rozpoznání křehkého pacienta nebo pacienta, kterému tento syndrom hrozí, je velice důležité zejména z hlediska diagnostiky a ošetřování. Takovýto pacienti mají často mnohočetné

zdravotní problémy a chronicky užívají velké množství léků, což zvyšuje riziko nežádoucích účinků. V případě terapie se musí zvažovat možný prospěch léčby na jedné straně a riziko poškození na straně druhé. Případné komplikace z poskytnuté léčby mohou být pro seniora fatální, a v případě akutních stavů je zde vyšší mortalita než u mladší věkové kategorie. (Šeblová, Knor a kol., 2018)

Geriatrická křehkost postihuje ve věku 65 a více let cca 7 % populace, je vyšší u žen a s věkem narůstá. Nad 80 let je to u 20–30 % seniorů a nad 90 let až u 50 % (Kalvach a kol., 2011).

Nejlepší možností je proto samotná prevence syndromu. Důležitá je informovanost v seniorské populaci o tomto syndromu, jeho předcházení a včasného rozpoznání. Mezi základní aspekty vhodné prevence je: dostatečný příjem kvalitní a vyvážené potravy, motivace k zachování pohybových aktivit, trénink především dolních končetin, léčba bolesti, která pohybu brání, posilování stability, omezení tlumivých psychofarmak a pravidelné hodnocení funkčního stavu (Kalvach a kol., 2011).



## 2 Patofyziologie stáří

Každý se rodí s určitými dispozicemi a genetickými předpoklady, které ovlivňují, jak budeme reagovat na situace ve svém životě. Stárnutí způsobuje řadu změn, které jsou zapříčiněné buněčným stárnutím. Změny se projevují tělesně, psychicky a sociálně. Jedná se o propojené systémy (Dvořáčková, 2012).

### 2.1 Fyzické změny

Tělesné projevy, kterými se odlišují staří lidé od mladých, se označují jako fenotyp stáří. Typickou a významnou odlišností je změna postoje a chůze, a to zejména z důvodu úbytku svalové hmoty a síly. K podstatné změně dochází také u smyslového vnímání. U zraku dochází ke změnám akomodace, což zhoršuje zaostření blízkých předmětů, sluchové ústrojí hůře zaznamenává vysoké tóny, čich a chuť také významně klesají a dochází i ke změnám termoregulace. Stárnutí provází i změny vnitřních orgánů a soustav, a to jak morfologické, tak funkční. Některé anatomické či fyziologické změny probíhají rychleji a některé pomaleji. Z těch podstatných a výrazných změn je to např.: sexuální aktivita u mužů, rychlost reflexů na akustické či vizuální podněty, vitální a srdeční kapacita, svalová síla, bazální metabolismus a rychlost vedení vzruchu nervovými vlákny (Dvořáčková, 2012).

Změny, které se s rostoucím věkem vyskytují, je možné porovnat a rozdělit jako:

- Primární stárnutí – tělesné změny stárnoucího organismu
- Sekundární stárnutí – změny, které se vyskytují ve stáří častěji, ale nemusí být jeho průvodním znakem
- Terciární stárnutí – náhlý a výrazný tělesný úpadek, bezprostředně předcházející smrti (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

### 2.2 Psychické změny

Stárnutí bývá spojeno se změnou osobnosti. Začnou se více projevovat a dostávat do popředí negativní vlastnosti a rysy osobnosti. Dochází zejména ke zhoršení paměti, ke snížené sebedůvěře, emoční labilitě, nedůvěřivosti, změnám vnímání a ke zhoršenému úsudku. Kombinace psychických a sociálních změn ztěžuje seniorům adaptaci na nové prostředí a vyvolává u nich stres až následnou depresi. Hlavní je vždy odlišit problematické chování, které je způsobeno změnami ve stáří od duševních či tělesných poruch (Dvořáčková, 2012).

Stárnutí je charakteristické úbytkem duševních funkcí na biologické úrovni. Dochází k němu pozvolna, někdy už ve středním věku dospělosti. Dochází k němu z důvodu změn v ústřední

nervové soustavě, ale i ve smyslových orgánech, v pohybovém ústrojí, v činnosti žláz i v látkové přeměně (Dvořáčková, 2012).

### **2.3 Sociální změny**

Sociální změny jsou u seniorů velice podstatné a dochází k nim ihned po zaslouženém odchodu do důchodu. Senior najednou nemá společenskou roli v zaměstnání a přestane být ekonomicky aktivní. Penzionování nemá být výsledkem vnějšího sociálního tlaku, ale přirozeného vývoje osobnosti a vlastního rozhodnutí. V případě, že se senior na odchod do důchodu nijak nepřipravuje a nepočítá s tím, může si často připadat méněcenný. Odchodem je senior vystaven zásadnímu problému a tím je, že musí změnit svůj životní styl a správně naložit s nadbytkem volného času (Dvořáčková, 2012).

Zároveň dochází také k vyčleňování starších lidí ze společnosti, a to v důsledku bio-psycho-sociálních změn a vzniká problém s navazováním nových vztahů. Snižuje se i manuální zručnost a nastávají problémy s orientací a začínají trpět tzv. handicapem, který znemožňuje účast na obvyklých sociálních vztazích (Dvořáčková, 2012).

Dalším důležitým momentem je odchod dětí z domova, kdy se manželé ocitají sami a musí nalézt nový způsob jejich života. Tato změna může partnery sblížit či naopak narušit jejich vztah. Ztráta rodičovské roli bývá po čase nahrazena rolí prarodičů (Dvořáčková, 2012).

Ke stáří patří i smrt, která nejenže ukončuje lidský život, ale také konec partnerského soužití a člověk se musí smířit se smrtí životního partnera. Tento zvrat často znamená, že se senior dostane do domova pro seniory nebo se o něho postará rodina, ale tím jeho autonomie (nezávislost a soběstačnost) téměř zanikne (Dvořáčková, 2012).

### **3 Vybrané akutní stavy v geriatrii**

Stáří s sebou přináší, jak už bylo řečeno, i různá onemocnění. Častěji se jedná o chronická onemocnění, u kterých lze většinou jen potlačovat příznaky. Tyto stavy se ale mohou při dekompenzaci přehoupnout a stát se akutním, někdy i život ohrožujícím stavem. Takovýmto onemocněním je například diabetes mellitus, který je u seniorů jedním z nejběžnějších. Akutní stavy jsou náhle vzniklé, někdy mohou ohrožovat pacienta na životě a musí se akutně léčit. Tyto stavy se u seniorů, jak už bylo řečeno výše, projevují odlišně než u mladších věkových skupin a objevuje se u nich jen pár příznaků z celého příznakového souboru. Proto je diagnostika onemocnění u seniorů složitější a nesmí se brát na lehkou váhu (Šeblová, Knor a kol., 2018).

V této kapitole si představíme nejčastější akutní stavy, které se u seniorů vyskytují.

#### **3.1 Kardiologické akutní stavy**

Patří mezi velice časté akutní stavy a bez včasné odborné první pomoci mohou být fatální.

##### **3.1.1 Akutní koronární syndrom**

Jde o stav, který je patofyziologicky spojený s akutní ischemií myokardu většinou na podkladě obliterace koronární tepny aterosklerotickým plátem a na něj přiléhajícím trombem, disekce koronární tepny nebo nepoměrem mezi zvýšenou potřebou myokardu okysličené krve a její dodávkou. Do těchto stavů patří nestabilní angína pectoris, která se neprojevuje ST elevacemi na EKG a akutní infarkt myokardu (Šeblová, Knor a kol. 2018).

Akutní infarkt myokardu je ireverzibilní poškození srdeční svaloviny, které je způsobeno dlouhotrvající ischemií. Hlavním příznakem je bolest na hrudi, která se může manifestovat do spodní čelisti nebo do levé horní končetiny. Dále se může projevovat dušnost s případnou cyanózou jako projev srdečního selhávání, nauzea, zvracení, pocení nebo synkopa. U diabetiků se často bolest na hrudi vůbec neprojevuje, jelikož u nich dochází k degeneraci nervových zakončení a mají zhoršené vnímání bolesti (Kubešová, 2009).

V takovýchto případech je v PNP podstatné natočení EKG, které nám prokáže AIM elevacemi ST úseku. Ještě přesnější je v nemocniční péči laboratorní stanovení troponinu T a I, které jsou zvýšené (Remeš, Trnovská a kol., 2013).

Důležité je včasné obnovení průtoku postižené tepny pomocí perkutánní transluminární koronární angioplastiky (PTCA). Pro tento výkon není věk kontraindikací, ale vždy se musí brát ohled na přínos pro pacienta vůči riziku (Kubešová, 2009).

### **3.1.2 Akutní levostranné srdeční selhání**

Při selhání, ať už levostranném či pravostranném, dochází k selhání srdce jako pumpy. Srdce nedokáže přečerpat dostatek krve, která je potřeba v tkáních i přesto, že má dostatečný žilní návrat. Dochází k poklesu minutového srdečního výdeje, k hypoperfúzi tkání a městnaní krve buď ve velkém nebo malém krevním oběhu (Šeblová, Knor a kol. 2018).

Levostranné srdeční selhání je způsobeno onemocněním levého srdce, resp. levé komory. Příčiny mohou být kardiální (onemocnění myokardu, chlopň nebo perikardu) nebo nekardiální (sepsa, anémie, tyreotoxikóza). Projevuje se dušností (často noční záchvaty dušnosti – asthma cardiale), chladné periferie, hypotenze nebo hypertenze, tachykardie a mentální alterace. Může dojít až k rozvoji plicního edému a v těžkých případech ke kardiogennímu šoku (Šeblová, Knor a kol. 2018).

V případě první pomoci v PNP u pacienta s plicním edémem je důležité podání O<sub>2</sub> maskou či použití neinvazivní plicní ventilace. Dále se provádí nekrvavá venepunkce, což je postup, kdy se podvážou alespoň 2 končetiny Esmarchovým škrtidlem a tím se sníží žilní návrat, ale arteriální zůstane zachován. Na odvodnění lze podat furosemid do max. dávky bolusu 80 mg. Důležité je rozpoznat a řešit příčinu plicního edému (Šeblová, Knor a kol. 2018).

### **3.1.3 Plicní embolie**

Jde o stav, kdy dojde k obstrukci a následnému ucpání plicního krevního řečiště krevní sraženinou pocházející nejčastěji z dolních končetin či pánve. V případě netrombotické plicní embolie může obstrukci vyvolat: tuk, nádorové buňky, plodová voda, vzduch nebo cizí tělesa. Akutní plicní embolie je život ohrožující stav, který se musí akutně řešit (Remeš, Trnovská, 2013).

Stejně jako u srdečního selhávání dochází ke sníženému minutovému výdeji, k hypoxémii, cyanóze, poklesu krevního tlaku a může končit šokem až smrtí. V případě snížení hladiny vápníku a zvýšení hladiny draslíku dochází k respirační alkalóze, která může být doprovázena tetanickými křečemi. Mezi příznaky se řadí náhle vzniklá dušnost, bolest na hrudi a kašel s hemoptýzou. Může dojít k synkopě, palpitacím a často je doprovázena otokem dolní končetiny (Šeblová, Knor a kol. 2018).

Důležité je, podobně jako u AIM, natočení EKG. Při pozitivním nálezu nacházíme zejména negativní T vlny ve svodech V<sub>1</sub> – V<sub>3</sub> a kombinaci hlubokých kmitů S<sub>I</sub>, Q<sub>III</sub> a negativní T<sub>III</sub>. Často bývá přítomna i blokáda pravého Tawarova raménka a sinusová tachykardie nebo fibrilace síní (Šeblová, Knor a kol. 2018).

Léčba v PNP je především symptomatická, a to především zajištění O<sub>2</sub> maskou nebo v těžších případech dušnosti zahájení umělé plicní ventilace. Po konzultaci s kardiocentrem se aplikuje nitrožilně bolus heparinu. Další léčba spočívá v přidružených komplikacích jako je rozvoj šoku či náhlá zástava oběhu. Při nemocniční definitivní léčbě se nejčastěji používá systémová trombolýza. V případě kontraindikace trombolýzy se přistupuje k parenterální antikoagulační léčbě (Šeblová, Knor a kol. 2018).

### **3.1.4 Akutní disekce aorty**

Tento akutní stav vzniká nahromaděním krve v medii aorty, která sem pronikne trhlinou v intimě aorty. Při druhotné trhlině intimy se krev může vracet zpět do aortálního lumenu a vzniká tak pravý nebo falešný aortální lumen. Při porušení i poslední vrstvy aorty, adventicie, může dojít k ruptuře aorty (Šeblová, Knor a kol. 2018).

Disekce aorty se projeví jako náhlá, krutá bolest na hrudi. Může se propagovat do epigastria jako obraz náhlé příhody břišní či do zad mezi lopatky. Dochází ke stranové asymetrii periferní pulzace a krevního tlaku na končetinách. Následná hypotenze může vyvrcholit až do šokového stavu. Podle místa, kde k disekci došlo, se přidružují další komplikace. Při postižení aortálního bulbu dochází k ischemii odstupujících tepen a následně může dojít k akutnímu infarktu myokardu, cévní mozkové příhodě, paréze až plegii končetin a oligurii až anurii (Šeblová, Knor 2018).

V PNP je při podezření na disekci aorty nejdůležitější rychlý transport na kardiochirurgii, který by měl probíhat bez výrazného pohybu pacienta a v naprostém klidu. Dále se koriguje krevní tlak, který by neměl přesáhnout 120 mm Hg a srdeční frekvence pod 60/min. Bolest se tlumí pomocí opiátů (Šeblová, Knor a kol. 2018).

## **3.2 Akutní stavy dýchacích cest**

Senioři velice často trpí chronickými obtížemi dýchacích cest, které se nejčastěji projevují dušností, ale v případě, že se onemocnění přehoupne do akutního stádia, může být i život ohrožující.

### **3.2.1 Exacerbace CHOPN**

Chronická obstrukční plicní nemoc je chronické onemocnění, které postihuje proximální dýchací cesty, periferní bronchy, plicní parenchym a plicní cévy. Dochází zde k patologickým změnám jejich struktury vlivem chronicky probíhajícího zánětu. V ČR trpí tímto onemocněním asi 8 % populace a nejrizikovějším faktorem je kouření (Šeblová, Knor a kol. 2018).

Exacerbace CHOPN je akutní stav, kdy se obvyklé příznaky zhoršují. Častou příčinou jsou virové nebo bakteriální infekce dýchacích cest či inhalace dráždivých látek. Dochází ke zhoršení probíhajícího zánětu v bronších, vzniku edému, hypersekreci hlenu a bronchokonstrikci. Tyto příznaky pak způsobují zhoršenou ventilaci a následnou perfúzi. Bez včasného zahájení léčby může dojít k metabolickému rozvratu, respiračnímu selhání až smrti (Šeblová, Knor a kol. 2018).

První pomocí při exacerbaci je podání inhalačních bronchodilatancií, nejlépe  $\beta_2$ -mimetik. Opatrně musíme zacházet s průtokem kyslíku při inhalaci. Saturace by se měla pohybovat kolem 90 % a je-li to možné, provádíme nebulizaci vzduchem. V případě nedostatečného účinku lze podat nitrožilně aminofylin (Syntophyllin) či  $MgSO_4$ . Dalším vhodným lékem v PNP jsou kortikosteroidy k obnovení plicní funkce. V případě nemocniční péče jsou pak na místě vhodná antibiotika na potlačení akutního zánětu (Remeš, Trnovská a kol. 2013).

### **3.2.2 Astmatický záchvat**

Asthma bronchiale je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest. Na rozdíl od CHOPN je akutní záchvat reverzibilní a farmakologicky dobře ovlivnitelný. K záchvatu dochází náhle, často je spouštěčem alergen, infekce, léky, zplodiny, fyzická námaha apod. V případě lehčího astmatického záchvatu je pacient schopný si aplikovat inhalační roztok sám pomocí kapesního inhalátoru (Šeblová, Knor a kol. 2018).

Akutní astmatický záchvat se projevuje rychlým zhoršením dušnosti se zvýšenou dechovou frekvencí, kašlem, tísní na hrudníku a prodlouženým expiriem s pískoty a vrzoty. Podobně jako u exacerbace CHOPN je důležité podání inhalačních bronchodilatancií, nejlépe  $\beta_2$ -mimetik. U astmatu se nemusíme průtokem kyslíkem bát a saturaci držet nad 90 %. Kortikoidy můžeme podávat nitrožilně či intramuskulárně (Šeblová, Knor a kol. 2018).

V případě, že astmatický záchvat je projevem anafylaxe (extrémní alergická reakce), je na prvním místě důležité podání adrenalinu intramuskulárně (Šeblová, Knor a kol. 2018).

### **3.3 Akutní cévní mozková příhoda**

Cévní mozková příhoda (CMP) představuje velice závažný stav pro pacienta nejen kvůli vysoké mortalitě, ale také vzhledem k sociálním dopadům, které s sebou přináší. Pacienti po prodělání CMP často trpí psychickými problémy, depresemi, jsou sociálně izolováni a celý jejich životní styl je narušen. Mnohdy následná léčba vyžaduje krom rehabilitace motorických funkcí, také logopedickou péči, psychoterapii a řešení sociální situace (Šeblová, Knor a kol. 2018).

Příčinu CMP můžeme rozdělit na ischemické poškození mozku (80 %) a hemoragické (20 %). Ischémie je často způsobena trombotickým uzávěrem tepny, ale také při snížené perfúzi mozku nebo kardioembolizační příhodou při arytmiích. V takovýchto případech je nejdůležitější čas. V případě, že se včas provede potřebná léčba a zákrok, může být i ischemická tkáň mozku funkčně zachráněna. V případě, že už se rozvíjí mozkový infarkt a dochází k rozpadu buněčných membrán, je toto poškození ireverzibilní. Příznaky, které doprovází ischemickou CMP, se odvíjejí podle místa, kde k tepennému uzávěru došlo a jsou objektivně patrné na pacientovi. Pro rychlý test se používá tzv. FAST (face-arm-speech-time) neboli hodnocení obličejové mimiky, motoriky horních končetin, poruchy řeči a jak dlouho příznaky trvají. Definitivní léčba je systémová trombolýza nebo endovaskulární mechanická trombektomie, lze i kombinovat (Šeblová, Knor a kol. 2018).

K hemoragické CMP dochází rupturou cévy a ke vzniku hematomu. Příčinou je lokální poškození cévní stěny, poruchy hemokoagulace, nádory aj. Přitom dochází k poruše vědomí, bolesti hlavy, nauze, zvracení, zvýšení krevního tlaku a neurologickým příznakům podle lokalizace krvácení. Při subarachnoideálním krvácení se mohou objevit meningeální příznaky. Definitivní nemocniční léčba je buď konzervativní, chirurgická evakuace hematomu nebo endovaskulární (Šeblová, Knor a kol. 2018).

V PNP nelze rozlišit o jaký druh cévní mozkové příhody se jedná. K přesné diagnóze slouží provedení CT či MR. Důležitý je odběr anamnézy, především čas vzniku příznaků, který rozhoduje o další nemocniční léčbě. Krevní tlak se koriguje u pacientů s CMP jen pokud přesahuje nad 220/110 mmHg, aby byla zachována dostatečná perfúze mozku (Remeš, Trnovská 2013).

### **3.4 Akutní stavy při diabetes mellitus**

Diabetes mellitus je jedno z nejrozšířenějších chronických onemocnění mezi seniory. Vyznačuje se hyperglykemií, ke které dochází buď nedostatečnou tvorbou inzulinu nebo špatnou citlivostí buněk na inzulin. Tento stav pak vede ke špatnému metabolismu nejen cukrů, ale i bílkovin a tuků. Normální hladinu cukru v krvi je 3,9-5,6 mmol/l (Šeblová, Knor a kol. 2018).

Diabetes rozdělujeme na první a druhý typ. První typ se řadí mezi autoimunitní onemocnění a vyznačuje se úplnou ztrátou sekrece inzulinu. Ten pak musí být do těla aplikován uměle, nejčastěji pomocí inzulinových per či pump. První typ je většinou podmíněn geneticky a projevuje se spíše v mladším věku. Druhý typ úzce souvisí se správnou životosprávou.

Postihuje velice často pacienty obézní, se špatnými stravovacími návyky, s nízkou fyzickou námahou atd. Dochází k nedostatečné tvorbě inzulínu, ale pacientům ve většině případů stačí brát antidiabetika, zvýšit fyzickou aktivitu a nasadit dietu bez jednoduchých sacharidů (Diabetes mellitus, přednáška MUDr. Barbory Doležalové, 2018).

### **3.4.1 Hypoglykémie**

Dochází k ní při nízké hladině cukru v krvi, především u diabetiků 1. typu. Pacienti, kteří jsou při vědomí a pocítují slabost, motání hlavy, zmatenost, nám mohou sami anamnesticky potvrdit, že mají diabetes mellitus. V případě, že najdeme pacienta v bezvědomí, měli bychom vždy myslet, že se může jednat o tzv. hypoglykemické kóma. Pomocí glukometru změříme hladinu cukru v krvi, která je většinou pod 3,5 mmol/l. Podáme 40-60 ml 40% glukózy intravenózně a počkáme na odezvu pacienta. Poté provedeme kontrolní hladinu cukru a v případě potřeby dodáme další glukózu. V případě, že se pacient probudí, podáme sladký nápoj a podle stavu pacienta ho můžeme transportovat do nemocnice nebo ponechat na místě. U diabetiků 2. typu, kteří hypoglykemické kóma prodělali, transportujeme vždy (Remeš, Trnovská a kol. 2013).

### **3.4.2 Hyperglykémie**

Hyperglykémie je stav, kdy se hladina cukru pohybuje nad 25 mmol/l a často se vyskytuje u pacientů s nedagnostikovaným diabetem či změnou z 2. typu na 1. typ, porušením stravovacího návyku nebo špatnou aplikací inzulínu. Tento stav není tak dramaticky rychlý jako je tomu u hypoglykemického kómatu, ale doprovází jej nejprve příznaky jako je žízeň, únava, nadměrné močení a hubnutí. U diabetu 1. typu může dojít ke ketoacidóze, kdy se jako náhradní energetická složka tvoří, namísto glukózy, ketolátky a ty způsobují metabolickou acidózu (Šeblová, Knor a kol. 2018).

Další komplikací je hyperosmolární diabetické kóma, které je typické pro diabetiky 2. typu, u kterých nedochází k absolutnímu nedostatku inzulínu, a proto se ketolátky netvoří. Hladina cukru je u tohoto stavu extrémní a těžká dehydratace způsobuje ledvinné selhání s poruchou vědomí (Šeblová, Knor a kol. 2018).

Pro oba tyto stavy je typické tzv. Kussmaulovo dýchání a nebezpečné zejména dehydratací, která je zde významná a může vést až k hypovolemickému šoku. V PNP se provádí pouze rehydratační léčba pomocí krystaloidů a následný transport nejlépe na pracoviště interní JIP (Šeblová, Knor a kol. 2018).



## **4 Domovy pro seniory**

Domovy pro seniory jsou podle zákona 108/2006 Sb. určeny osobám, které dosáhly důchodového věku a mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejich zdravotní stav vyžaduje pravidelnou pomoc od jiné osoby. Často do těchto sociálních zařízení přichází senioři, kteří přišli o dlouholetého partnera a zároveň i o osobu, která se o ně starala a rodina nechce nebo nemá možnost se o seniora postarat v domácím prostředí (Kalvach a kol. 2011).

### **4.1 Poskytované služby**

Domovy pro seniory zajišťují především ubytování a stravování pro své klienty. Nezbytnou součástí je základní ošetrovatelská a sociální péče. V mnoha domovech pro seniory se nachází ošetroující lékař, který se o seniora stará a ošetrovatelskou péči vykonávají zdravotní sestry dle jeho instrukcí. V takovýchto domovech je obvyklá spolupráce s praktickým lékařem, který má ordinace hodiny přímo v zařízení. U něho se může senior zaregistrovat, pokud si to přeje. Jinak může zůstat pacientem svého původního praktického lékaře, ošetrovatelé poté spolupracují s ním. Úzce se spolupracuje také s rodinou. Praktický lékař pak nastoluje vhodnou léčbu, vhodné ošetrovatelské či kompenzační pomůcky a řízené rehabilitace (Hrozenská, Dvořáčková 2013).

Další nedílnou součástí je sociální péče, která je poskytována lidem společensky znevýhodněným, a to především s cílem zlepšit jejich kvalitu života a začlenit je do společnosti. Patří sem zejména pomoc při péči o vlastní osobu, hygienu, zajištění stravování, pomoc při prostorové orientaci a samostatném pohybu, pomoc při přesunu z lůžka na vozík, zprostředkování společenského kontaktu atd. (Hrozenská, Dvořáčková 2013).

Kromě těchto základních služeb poskytují domovy i řadu ostatních služeb. Pro zjednodušení života seniorům a možnost jejich plnohodnotného života zajišťují i služby pro ostatní seniory, kteří v domovech nebydlí.

### **Sociální poradenství**

Sociální poradenství se poskytuje seniorům, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Sociální pracovníci tyto situace se seniory rozebírají a přispívají informacemi k jejich řešení. Poradenství zahrnuje zejména sociálně právní pomoc, kdy pracovníci pomáhají s vyřizováním úředních záležitostí jako např. na městském či obecním úřadu, notářství, soudu apod. Zároveň poskytují možnost uložení si cenného majetku či peněžní hotovosti do trezoru. Všechny tyto služby jsou zdarma (Pikola, Říha 2010).

## **Sociální rehabilitace**

Rehabilitace je dlouhodobá a pravidelná podpora, která zahrnuje řadu specifických činností, které jsou zaměřené zejména na nácvik a procvičování dovedností. Tyto dovednosti jsou potřebné k dosažení nejvyšší možné míry samostatnosti a soběstačnosti s ohledem na zdravotní stav seniora. Patří sem zejména nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, nácvik samostatného pohybu, nácvik obsluhy běžných domácích zařízení, nácvik komunikačních dovedností, rozvoj bazálních vědomostí jako je čtení, psaní, počítání atd. (Pikola, Říha 2010).

## **Doplňkové služby**

Doplňkové služby nejsou povinností a záleží na každém domově pro seniory, zda-li je svým klientům poskytne. Může se jednat například o kadeřnictví, manikúru či pedikúru. Často jsou součástí domova i různé kavárny a kantýny, kde si mohou senioři nakoupit a zároveň si i posedět se svými vrstevníky. Většina domovů pro seniory také zabezpečuje pro své klienty zdravotnické potřeby jako jsou léky, inkontinenční pomůcky či zdravotnickou obuv. V některých domovech se pro věřící klienty pravidelně konají bohoslužby. Většinu těchto služeb si klienti platí sami (Domov U Biřičky – doplňkové služby, 2014).

## **Průvodcovská a tlumočnická služba**

Tato služba se poskytuje seniorům se zdravotním postižením, kteří mají sníženou schopnost v oblasti orientace nebo komunikace. Služba seniorům pomáhá vyřídit si vlastní záležitosti, zprostředkovávat kontakt se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Průvodcovská i tlumočnická služba se poskytuje za úplatu (Pikola, Říha 2010).

## **4.2 Prostředí a vybavenost domovů pro seniory**

Prostředí i vybavenost domovů pro seniory vždy závisí na kapacitě zařízení a charakteru služeb a potřeb pro klienty. Vždy se dbá na to, aby vše odpovídalo závazným normám s poskytováním sociálních služeb (Pikola, Říha, 2010).

Vybavení v jednotlivých pokojích je uspořádané tak, aby splnilo potřeby a zájmy klientů. Je zde zajištěno soukromí, světelná a tepelná pohoda, kompenzační zařízení a pomůcky. Všechny prostory jsou čisté, upravené a bez biologických zápachů. Mnoho domovů pro seniory nabízí i několik bezbariérových pokojů pro seniory na invalidním vozíku. Dalším zařízením může být např.: televize, malé spotřebiče nebo koupelna na pokoji. Pokoje jsou zařízené tak, aby se senior cítil v bezpečí a měl dostatek soukromí (Pikola, Říha, 2010).

### 4.3 Dostupnost domovů pro seniory v ČR

V naší republice existuje široká síť sociálních zařízení, jejichž počet a kapacita se neustále rozšiřuje podle potřeb, které vyplývají z podmínek a možností každého regionu. V těchto oblastech slouží komunitní plánování, které má situaci zlepšit. Mezi ty nejvýznamnější sociální služby patří kromě domovů pro seniory také ústavy sociální péče pro dospělé a pro mládež, pečovatelská služba, azylové domy, domy na půl cesty aj. Jednoznačně převažuje péče ústavní, avšak v poslední době se prosazuje snaha o péči v domácím prostředí, aby klient zůstal uvnitř své rodiny a své komunity v prostředí, které je mu blízké (Pikola, Říha, 2010).

Nejcennějším poskytovatelem sociální péče jsou kraje, které se na těchto službách podílejí téměř 30 %. Dále jsou to obce a města s 24 % a církve s 21 %. Zhruba 25 % z celku poskytovatelů tvoří nestátní nezisková organizace a fyzické osoby. MPSV ČR zřizuje v současné době 5 specializovaných ústavů sociální péče (Pikola, Říha, 2010).

Sociální služby a příspěvek na péči jsou při splnění podmínek stanovených v zákoně, poskytovány:

- osobě, která je na území ČR hlášena k trvalému pobytu;
- osobě, které byl udělen azyl;
- občanovi a rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie;
- cizinci, který je držitelem povolení k dlouhodobému pobytu po dobu delší než 3 měsíce.

(Sociální služby-poskytovatelé a dostupnost, MPSV ČR, 2017)

Na konci roku 2013 se podle informací z MPSV ČR na území naší republiky nacházelo 3 240 zařízení, která poskytují sociální služby. Kapacita těchto zařízení byla celkem 81 183 míst. Ne všechna zařízení jsou ale primárně určena pro seniory. Počet domovů pro seniory se od roku 2013 však zvýšil a jsou jedny z nejrozšířenějších sociálních zařízení v ČR. Podle registru poskytovatelů sociálních služeb je v současné době u nás 533 domovů pro seniory. První příčku zaujímá pečovatelská služba s 710 poskytovateli. Podle průměrné kapacity domovů pro seniory se celkový počet míst pohybuje okolo 40 000 (Sociální služby – MPSV ČR, 2013).

Když to srovnáme s úvodními propočty, kdy populace seniorů v naší republice dosahuje přes 2 miliony lidí, je nemožné, aby sociální služby a jejich péče pokryla potřebu všech seniorů,

kteří o ni žádají. Samozřejmě zdaleka ne každý senior sociální péči potřebuje a větší část pokryje i stále populárnější pečovatelská terénní služba. I přesto jsou čísla velice závratná a místa v domovech pro seniory jsou stále méně dostupná.

Do roku 2050 se předpokládá, že by se počet míst v domovech pro seniory v relaci na 1000 osob starších 80 let měl zvýšit cca o 170 %. Podle vývoje by největší zátěž ve zvýšení kapacity domovů pro seniory měla zůstat na krajích, poté na obcích a městech (Pikola, Říha, 2010).

## **5 Ostatní sociální zařízení a služby**

Kromě domovů pro seniory, které představují největší zastoupení pobytových sociálních zařízení, existují i jiné služby. Ty můžeme rozdělit na pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v některém sociálním zařízení. Ambulantní služby nezahnují ubytování, ale osoba sem pouze dochází nebo je doprovázena a terénní jsou služby, které se poskytují v domácím prostředí klientů. Níže uvedené služby jsou ty nejběžnější, ale je jich daleko více (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

### **5.1 Domovy se zvláštním režimem**

Tyto domovy se od klasických domovů pro seniory liší především tím, komu se péče poskytuje. Jedná se o seniory, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou a Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Péče o takto postižené seniory je mnohem intenzivnější než v běžných domovech pro seniory. Tito lidé potřebují pravidelnou pomoc od jiné fyzické osoby téměř při všech každodenních činnostech. Režim v těchto sociálních zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Dvořáčková, 2012).

### **5.2 Odlehčovací pobytové služby**

Jedná se o pobytové služby, které jsou poskytované nejen seniorům, ale i osobám se zdravotním postižením, o které většinou pečuje osoba blízká v domácnosti. Tato služba je určena právě pečujícími lidem a umožňuje jim nezbytný odpočinek a čas pro jejich potřeby a povinnosti. Služba pomáhá především při zvládnutí běžných úkonů jako je péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, terapeutickou činnost a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Tato služba se poskytuje i ambulantně (Pikola, Říha 2010).

### **5.3 Týdenní stacionáře**

Tyto stacionáře jsou určeny osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku či zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, kteří potřebují neustálou pomoc od jiné fyzické osoby. Stacionáře jsou velkou výhodou zejména pro lidi, kteří v týdně chodí do svého zaměstnání, a tudíž se nemohou o druhou osobu nepřetržitě starat, ale zároveň ji nechtějí trvale ponechat v jiném sociálním zařízení. Nesoběstačná osoba proto tráví ve stacionáři pouze všední dny a o víkendech je v domácím prostředí, kde se o ně povětšinou postará rodina. Existují také denní stacionáře, kde klient tráví čas přes den a na noc se vrací domů (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

## **5.4 Domácí zdravotní péče**

Domácí péče se v současné době stává velice oblíbenou a stále se rozšiřující formou nelékařské zdravotnické péče. Poskytuje se převážně ošetrovatelská a rehabilitační péče pacientům v jejich vlastním sociální prostředí, většinou na základě doporučení praktického lékaře či ošetřujícího lékaře nemocničního oddělení. Poskytuje se v případě, že je potřeba odborné zdravotnické pomoci od druhé osoby, aniž by byla nutná hospitalizace. Většina zdravotních pojišťoven tuto službu uhrazuje v rozsahu do tří jednohodinových návštěv denně (Kalvach, Čeledová a kol., 2011).

Cílem domácí péče je především udržení, podpora a navrácení zdraví, soběstačnosti, zmírnění utrpení a zajištění klidného umírání v případě nevléčitelných nemocí v přirozeném prostředí a oddálení potřeby ústavní péče. Péče se skládá ze dvou základních složek, a to zdravotní a sociální, která se překrývá s činností pečovatelské služby, ale tvoří základní kámen zdraví (Kalvach, Čeledová a kol., 2011).

Největší výhodou domácí zdravotní péče je především psychická pohoda, kterou klient pocítuje ve svém domácím prostředí, dále autonomie i přítomnost blízkých lidí podporuje uzdravování a kvalitu života. Odpadají zde i nemocniční rizika jako jsou nozokomiální infekce, stres z hospitalizace, maladaptivní syndrom z pobytu apod. Velká část provozovatelů zdravotní péče zapůjčuje i ošetrovatelské a jiné zdravotnické pomůcky do domácností klientů včetně polohovacích lůžek (Kalvach, Čeledová a kol., 2011).

Existují i různé formy domácí péče. Domácí hospitalizace je určena klientům, kteří jsou v pooperačním nebo poúrazovém období a nemocniční hospitalizace již není nutná. Zajišťuje se zejména léčba bolesti, ošetřování a převaz ran, rehabilitace aj. Další formou je dlouhodobá domácí péče, která je určena chronicky nemocným a poskytuje se v rozsahu měsíců až let. Preventivní domácí péče se provádí na doporučení ošetřujícího lékaře ke kontrole zdravotního či duševního stavu a zahrnuje kontrolu fyziologických funkcí, odběru biologického materiálu a kontrolu socializace. Poslední je paliativní péče, která se poskytuje umírajícím pacientům, a je zde obvykle překročena tří hodinová ošetrovací doba (Kalvach, Čeledová a kol., 2011).

### **5.4.1 Pečovatelská služba**

Tato služba je poskytována nejen seniorům a zdravotně postiženým osobám, ale všem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci ať z důvodu dlouhodobého zhoršení zdravotního stavu nebo krizové životní situace (úmrtí v rodině, odstěhování rodinných příslušníků apod.)

Jako všechny domácí služby umožňují klientům žít běžným způsobem života v jejich přirozeném prostředí (Kalvach, Čeledová a kol., 2011).

Mezi základní činnosti pečovatelské služby patří: dopomoc při péči o vlastní osobu, při osobní hygieně, poskytnutí stravy a dopomoc při poddávání jídla, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Důležitým sociálním kontaktem je pro klienta už samotná návštěva pečovatele. Ten se snaží ve všech těchto úkonech maximálně aktivizovat svého klienta a pouze dopomáhat či jen dohlížet nad prováděním jednotlivých aktivit a předejít tím závislosti na této službě (Kalvach, Čeledová a kol., 2011).

## **II PRŮZKUMNÁ ČÁST**

V teoretické části byl vymezen pojem stáří a jeho patofyziologie, nejčastější akutní stavy u seniorů a možnosti sociálních zařízení pro seniory. Praktická část je rozdělena na dva rozdílné výzkumy.

První výzkum probíhal ve spolupráci se Zdravotnickou záchrannou službou Královéhradeckého kraje, která poskytla potřebné informace k retrospektivnímu studiu výjezdů za poslední 3 roky do níže zmíněných domovů pro seniory. Výzkum probíhal od 21. ledna do 8. února 2019.

Druhý výzkum probíhal ve dvou domovech pro seniory v Hradci Králové formou dotazníkového šetření, a to konkrétně v Domově pro seniory U Biřičky, který je státním sociálním zařízením a v SeneCura Senior Centru, které je v soukromém vlastnictví a v provozu od roku 2016.

V DpS U Biřičky výzkum probíhal od 2. ledna do 23. ledna 2019 a v SeneCura Senior Centru od 30. ledna do 8. února 2019.

### **1 Průzkumné otázky**

1. Byla nejčastější příčina výjezdů ZZS do domovů pro seniory dušnost?
2. Bylo alespoň 80 % pacientů s vybranými akutními stavy po ošetření převezeno do nemocnice?
3. Byla u všech zásahů ZZS shodná výzva od KZOS s pracovní diagnózou?
4. Myslí si všichni NLZP z domovů pro seniory, že umí manipulovat se všemi zdravotnickými pomůckami, kterými disponuje jejich sociální zařízení?
5. Byla nejčastější příčina, kdy NLZP z domovů pro seniory volali ZZS, v případě dušnosti?
6. Orientují se všichni NLZP v domovech pro seniory v základech první pomoci a rozpoznání akutních stavů dle příznaků?



## 2 Metodika výzkumu

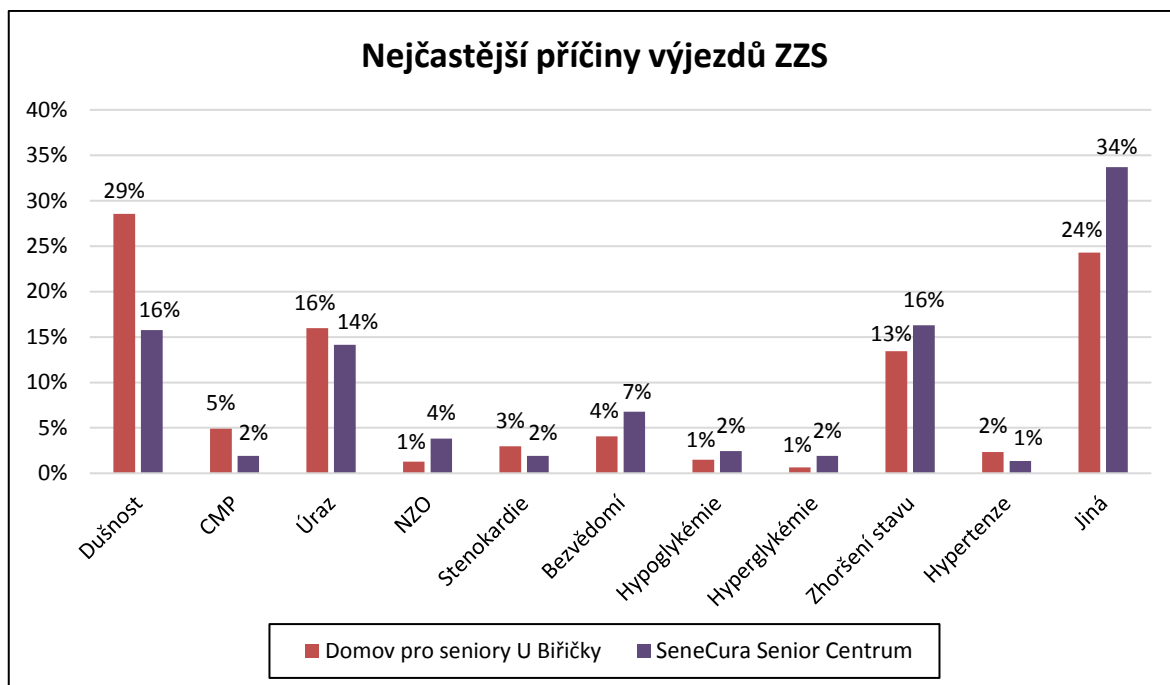
První průzkum tvořila retrospektivní studie prováděná na výjezdových stanovištích ZZS KHK v Hradci Králové. Jednalo se o výjezdy za poslední 3 roky do dvou domovů pro seniory v Hradci Králové. Respondenty byli pacienti z vybraných domovů pro seniory, ke kterým byla ZZS KHK za poslední 3 roky přivolána. Do Domova pro seniory U Biřičky bylo zaznamenáno 469 výjezdů za poslední 3 roky a 401 výjezdů do SeneCura Senior Centra. Retrospektivní výzkumné otázky se týkaly nejčastějších akutních stavů, ke kterým posádky vyjely, posouzením výzvy vůči pracovní diagnóze a způsobu ukončení výjezdů. Získané výsledky byly interpretovány v podobě skupinových a skládaných sloupcových grafů, které byly uváděné v procentech a zaokrouhlené na celá čísla.

Metodikou sběru dat byl pro druhou část výzkumu zvolen dotazník. Ten byl po domluvě elektronickou podobou zaslán do Domova pro seniory U Biřičky vrchní sestře a do SeneCura Senior Centra panu řediteli. Ti jej vytiskli a poté předali na poradě nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kteří měli čas na vyplnění dotazníku 10 minut. Dotazník byl po vyplnění hromadně odebrán všem pracovníkům najednou, čímž se zajistila anonymita. Poté byly vyplněné dotazníky vloženy do obálky a předány.

Dotazník se skládá z 19 otázek. V úvodu krátce představuje autora a téma bakalářské práce. Zaručuje anonymitu a podává potřebné informace k vyplnění dotazníku. Poté následují 4 uzavřené otázky, které respondenty rozlišují podle pohlaví, věku, praxe ve zdravotnictví a délky zaměstnání v konkrétním domově pro seniory. Vlastní dotazník se pak skládá z 5 polouzavřených otázek, kde respondenti označovali zdravotnické pomůcky, kterými disponuje jejich zařízení a se kterými umějí manipulovat, nejčastější chronická onemocnění, kterými klienti trpí, v jakých případech volají ZZS a které stavy jsou respondenti schopni akutně řešit. Otevřených otázek bylo 6 a zaměřovaly se na znalosti první pomoci a typických příznaků u různých akutních stavů. Celkem vyplnilo dotazník 24 respondentů. V Domově pro seniory U Biřičky pracuje 25 NLZP a dotazník vyplnilo 15 pracovníků. V SeneCura Senior Centru pracuje 15 NLZP a dotazník vyplnilo 9 pracovníků.

### 3 Analýza dat a interpretace výsledků

První průzkum se týká výjezdů ZZS do Domova pro seniory U Biřičky a do SeneCura Senior Centra.

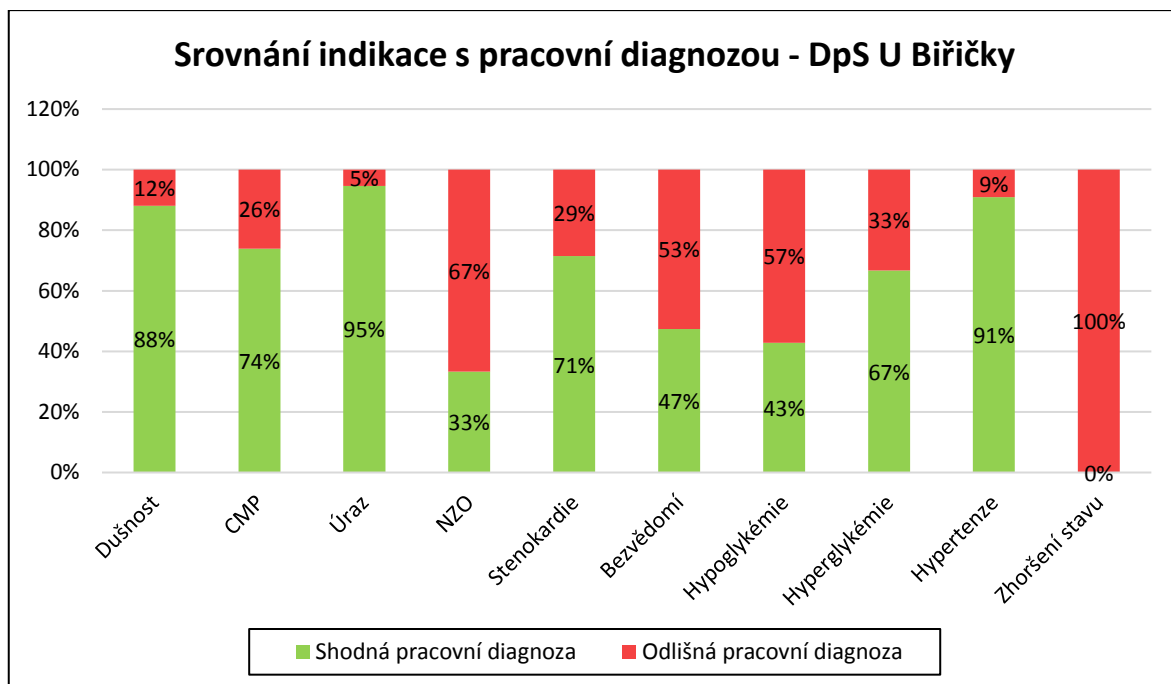


**Obrázek 1** Graf nejčastější příčiny výjezdů ZZS

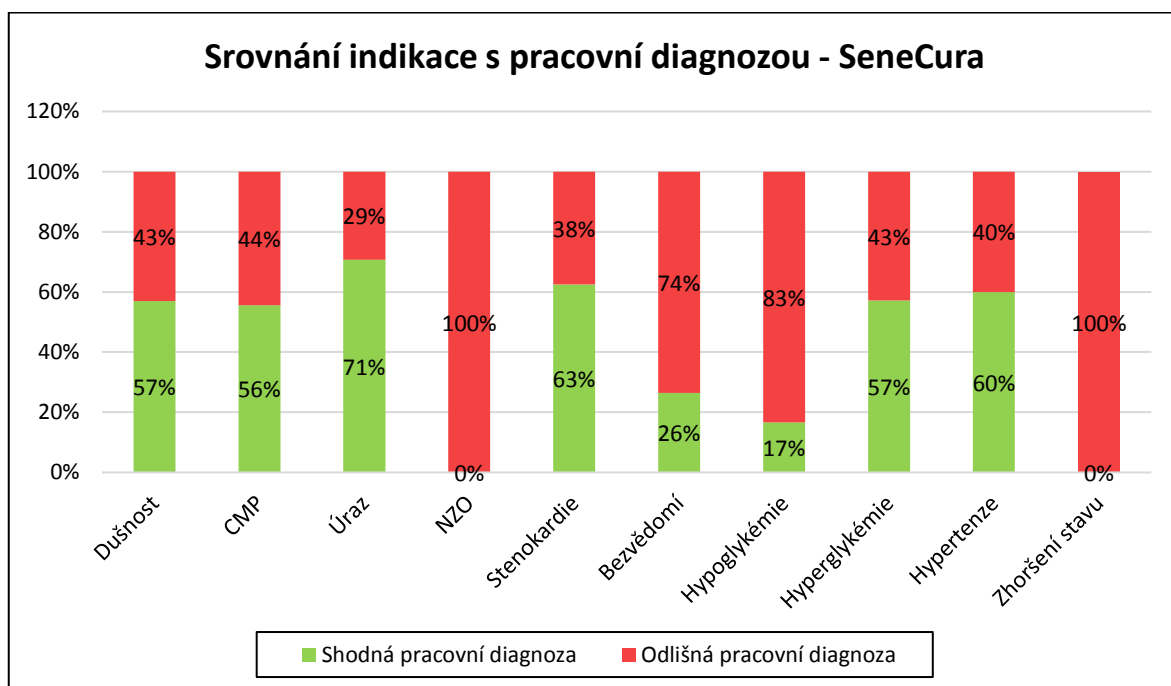
Z obrázku č. 1 je vidět, že největší zastoupení z 469 výjezdů za poslední 3 roky v DpS U Biřičky, byla dušnost s počtem výjezdů 134. Naopak v SeneCuře byl nejčastější důvod z 401 výjezdů jiná indikace. Tyto výjezdy s jinou indikací obsahují několik málo zastoupených diagnóz, např. bolesti břicha, křeče, astma, CHOPN, kolaps, krvácení z GIT, somnolence, arytmie, intoxikace, teplota, psychóza, neurologické obtíže, bolest zad apod.

Poměrně velké číslo výjezdů k NZO je do SeneCury.

Podobný počet výjezdů do obou domovů pro seniory je vidět u zhoršení stavu a u jiných indikací.



**Obrázek 2** Graf srovnání indikace s pracovní diagnózou – DpS U Biřičky



**Obrázek 3** Graf srovnání indikace s pracovní diagnózou – SeneCura

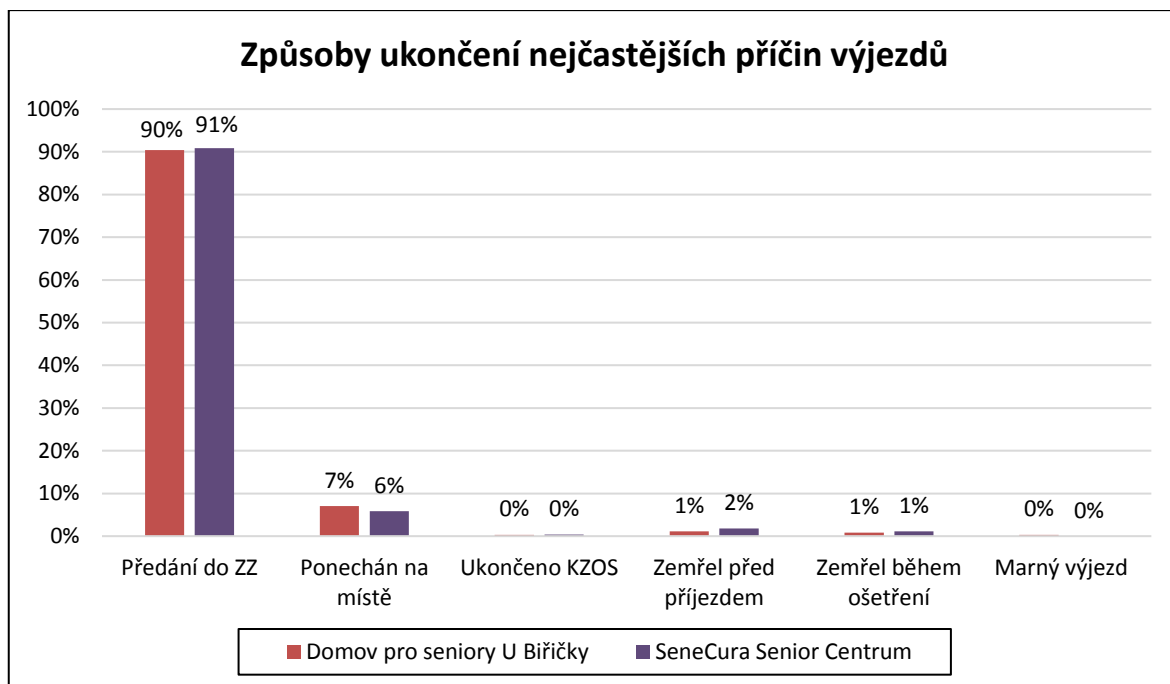
Z volání na krajské operační středisko je pro dispečery mnohdy těžké určit, o jakou indikaci se jedná, příp. vytyčit ten nejakutnější příznak z celého souboru. To nám nejlépe ukazuje poslední údaj z obrázku č. 2 a č. 3 s indikací zhoršení stavu. Tento pojem se používá právě v těchto případech, kdy nelze zcela přesně určit, o jakou diagnózu by se mohlo jednat. Zároveň se po celkovém vyšetření pacienta posádkou neuvádí jako pracovní diagnóza zhoršení stavu,

ale již podstatnější akutní příznak, který pacienta trápí. V obou domovech pro seniory byla pracovní diagnóza odlišná od indikace u zhoršení stavu. V DpS U Biřičky byla nejčastější pracovní diagnóza nevolnost v 21 % (13), dušnost a horečka po 16 % (10) nebo psychiatrická indikace v 4,8 % (3). V SeneCuře to pak byla nevolnost ve 20 % (12), dušnost v 10 % (6) a porucha vědomí a bolesti břicha po 5 % (3).

Shoda více jak 50 % byla v obou domovech pro seniory u dušnosti a úrazu. V DpS U Biřičky byla dušnost shodná až z 88 %.

Velký rozdíl ve shodnosti indikace s pracovní diagnózou byl v případě obou sociálních zařízení u bezvědomí a hypoglykémie. V DpS U Biřičky byla z celkové počtu 19 (100 %) výjezdů k bezvědomí přes 50 % rozdílná indikace s pracovní diagnózou, která byla nejčastěji přeměněna na dušnost 16 % (3), úraz a křeče po 11 % (2) nebo úmrtí 5 % (1). V SeneCuře byla rozdílná indikace až přes 70 % a pracovní diagnózy byly např. dušnost a kolaps po 9 % (3) a porucha vědomí a CMP z 6 % (2).

Indikace hypoglykémie byla v DpS U Biřičky odlišná přes 50 % s pracovní diagnózou, která byla změněna na CMP 29 % (2), bezvědomí a nevolnost po 14 % (1). V SeneCuře byla odlišnost přes 83 % a z pracovních diagnóz se jednalo o bezvědomí z 8 % (1). Další pracovní diagnózy u hypoglykémie nebyly napsány ve výjezdech.



**Obrázek 4** Graf způsoby ukončení nejčastějších příčin výjezdů

Jak je zřejmé z obrázku č. 4, tak většina výjezdů k nejčastějším akutním stavům byla zakončena předáním pacienta do zdravotnického zařízení a to v 90 % u obou domovů pro seniory. Předání proběhlo vždy posádkou RZP nebo v některých případech předáním pacienta posádkou RV posádce RZP.

Celkem 3 výjezdy byly ukončeny předčasně ještě před příjezdem posádky na místo události.

V případech, kdy pacient zemřel buď ještě před příjezdem posádky nebo během ošetřování, byla nejčastější indikací náhlá zástava oběhu. Jiné indikace byly v DpS U Biřičky bezvědomí a kolaps po 29 % (2), v SeneCuře Senior Centru pak zhoršení stavu v 25 % (2), dušnost a bezvědomí po 12,5 % (1).

Druhý průzkum je tvořen dotazníkem pro nelékařské zdravotnické pracovníky z domovů pro seniory.

**Otázka č.1: Vaše pohlaví?**

**Otázka č.2: Váš věk?**

**Otázka č.3: Jaká je Vaše praxe ve zdravotnictví?**

**Otázka č.4: Jak dlouho pracujete v tomto Domově pro seniory?**

**Tabulka 1** Charakteristika respondentů v DpS U Biřičky

Otázka	Odpověď	Počet	Procenta
<b>Pohlaví</b>	Žena	14	93 %
	Muž	1	7 %
<b>Věk</b>	18-25	0	0 %
	26-35	3	20 %
	36-45	6	40 %
	46-55	3	20 %
	55 a více	3	20 %
<b>Praxe ve zdravotnictví</b>	méně než 1 rok	0	0 %
	1-2 roky	0	0 %
	2-5 let	1	7 %
	5-10 let	2	13 %
	10 let a více	12	80 %
<b>Práce v DpS</b>	méně než 1 rok	3	20 %
	1-2 roky	4	27 %
	2-5 let	1	7 %
	5-10 let	3	20 %
	10 let a více	4	27 %

Tabulka č. 1 představuje charakteristiku respondentů, kteří dotazník vyplnili. Zastoupení mužů a žen je téměř jednoznačné. Dotazník vyplnilo 14 žen a pouze jediný muž. Což nám potvrzuje, že v domovech pro seniory pracují převážně ženy.

Věkový rozsah byl u dotazovaných vcelku rozmanitý. Žádný respondent nebyl ve věku 18-25 let a nejvíce zastoupenou skupinou byl věk 36-45 let.

Podle délky zdravotnické praxe je zřejmé, že v tomto domově pro seniory pracuje převážná většina, alespoň dle délky praxe, zkušených a vyškolených pracovníků.

Doba zaměstnání v Domově pro seniory U Biřičky je různorodá. Téměř 50 % respondentů, kteří mají praxi ve zdravotnictví alespoň 10 let, pracuje v tomto zařízení méně než 1 rok nebo 1-2 roky.

**Otázka č.5: Jakými zdravotnickými pomůckami disponuje Vaše zařízení?**

**Otázka č.6: Se kterými z výše uvedených umíte pracovat?**

**Tabulka 2** Pomůcky, které DpS U Biřičky vlastní

<b>Pomůcky</b>	<b>DpS vlastní</b>	<b>Zaměstnanci uváděli</b>	<b>Zaměstnanci umí zacházet</b>
Kyslík	ANO	ANO	100 %
Kysl. maska/brýle	ANO	ANO	100 %
Tlakoměr	ANO	ANO	100 %
Oxymetr	ANO	ANO	100 %
Glukometr	ANO	ANO	100 %
Teploměr	ANO	ANO	100 %
Fonendoskop	ANO	ANO	93 %
EKG	ANO	ANO	87 %
PŽK	ANO	ANO	100 %
AED	ANO	ANO (uvedlo 8 NLZP)	75 %
jiné	ANO	ANO (uvedlo 7 NLZP)	100 %

Jak je z tabulky č. 2 evidentní, tak Domov pro seniory U Biřičky vlastní všechny ze zmiňovaných zdravotnických pomůcek. Pouze jediný respondent neumí manipulovat s fonendoskopem a další dva s EKG přístrojem.

Automatický externí defibrilátor i přesto, že Domov pro seniory U Biřičky vlastní, tak jej uvedlo jen 8 respondentů. Podle toho lze usuzovat, že zaměstnanci buď nevědí, jaké pomůcky jejich zařízení vlastní nebo je respondenti zapomněli vyplnit. Z těch, kteří AED vyplnili, tak s ním umí manipulovat 6 respondentů.

V jiných pomůckách byl uváděn 7 respondenty přístroj na měření CRP a INR, dále test na okultní krvácení 4 respondenty, odsávací přístroj 3 respondenty a jediný zaměstnanec uvedl ruční křísící vak. Tyto pomůcky nevyplnili všichni respondenti, takže obdobný případ jako u AED. Z těch, kteří je vyplnili, s nimi umí zacházet všichni.



**Tabulka 3** Charakteristika respondentů v SeneCura Senior Centru

Otázka	Odpověď	Počet	Procenta
<b>Pohlaví</b>	Žena	7	78 %
	Muž	2	22 %
<b>Věk</b>	18-25	3	33 %
	26-35	0	0 %
	36-45	3	33 %
	46-55	3	33 %
	55 a více	0	0 %
<b>Praxe ve zdravotnictví</b>	méně než 1 rok	0	0 %
	1-2 roky	2	22 %
	2-5 let	2	22 %
	5-10 let	2	22 %
	10 let a více	3	33 %
<b>Práce v DpS</b>	méně než 1 rok	4	44 %
	1-2 roky	3	33 %
	2-5 let	2	22 %
	5-10 let	0	0 %
	10 let a více	0	0 %

Podle tabulky č. 3 je dle pohlaví v SeneCuře Senior Centru více žen než mužů a věk zaměstnanců je také rozmanitý.

Co se týče praxe ve zdravotnictví, tak zde není nikdo s praxí menší než 1 rok, a naopak nejvíce jich je s praxí 10 let a více. Dle toho lze usuzovat, že zde také pracují zkušení a vyškolení pracovníci.

Jelikož SeneCura Senior Centrum je v provozu od roku 2016, nemůže zde pracovat nikdo déle jak 3 roky. Nejvíce respondentů zde pracuje méně než 1 rok.

**Tabulka 4** Pomůcky, které SeneCura Senior Centrum vlastní

<b>Pomůcky</b>	<b>DpS vlastní</b>	<b>Zaměstnanci uváděli</b>	<b>Zaměstnanci umí zacházet</b>
Kyslík	NE	NE	-
Kysl. maska/brýle	NE	NE	-
Tlakoměr	ANO	ANO	100 %
Oxymetr	ANO	ANO	100 %
Glukometr	ANO	ANO	100 %
Teploměr	ANO	ANO	100 %
Fonendoskop	ANO	ANO	100 %
EKG	ANO	ANO	89 %
PŽK	ANO	ANO	100 %
AED	ANO	ANO (uvedli 3 NLZP)	33 %
jiné	ANO	ANO (uvedlo 6 NLZP)	83 %

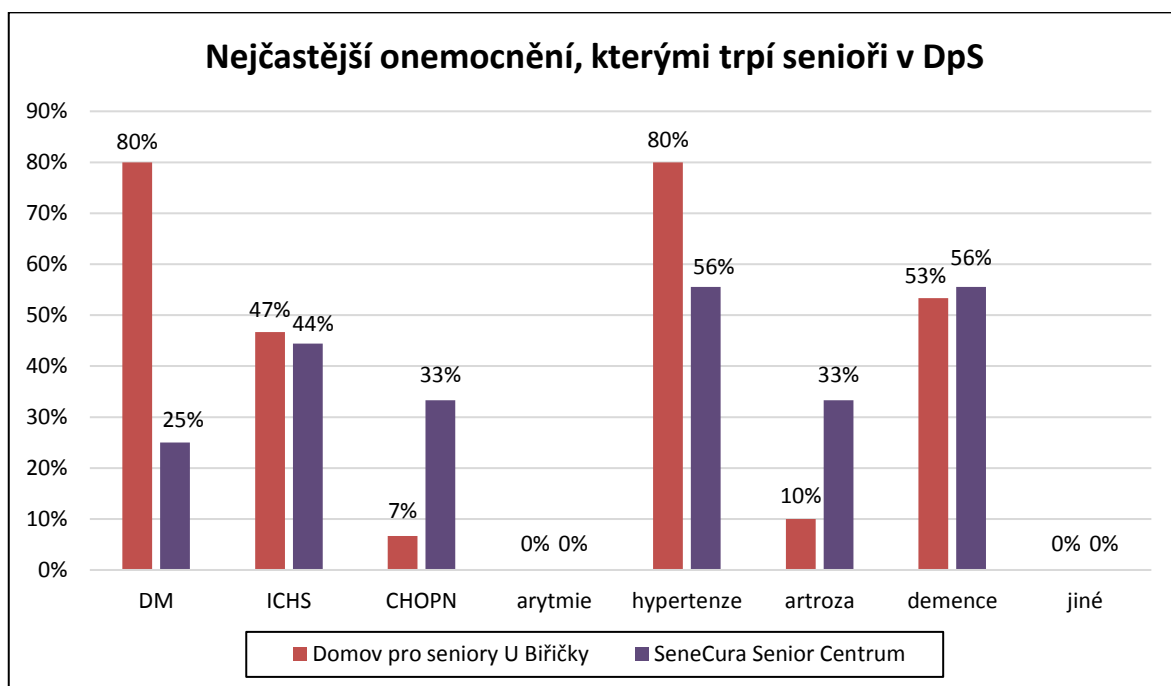
V SeneCura Senior Centru nevlastní kyslík ani kyslíkové brýle či masku.

S přístrojem na měření EKG umí manipulovat 8 zaměstnanců, jediný respondent s ním zacházet neumí.

V případě AED uvedli 3 respondenti, že jejich sociální zařízení vlastní tento přístroj. Opět se může jednat o neznalost zaměstnanců ohledně pomůcek nebo, že si na tento přístroj zrovna nevzpomněli. Z respondentů, kteří AED uvedli, z nich jediný umí manipulovat.

U jiných pomůcek byl zmiňován přístroj na měření INR a odsávací přístroj. Tyto pomůcky uvedlo 6 respondentů, takže podobný případ jako u AED. Z celkového počtu 6 respondentů s těmito pomůckami umí pracovat 5 pracovníků.

**Otázka č.7: Jakými nejčastějšími chronickými onemocněními trpí vaši klienti?**

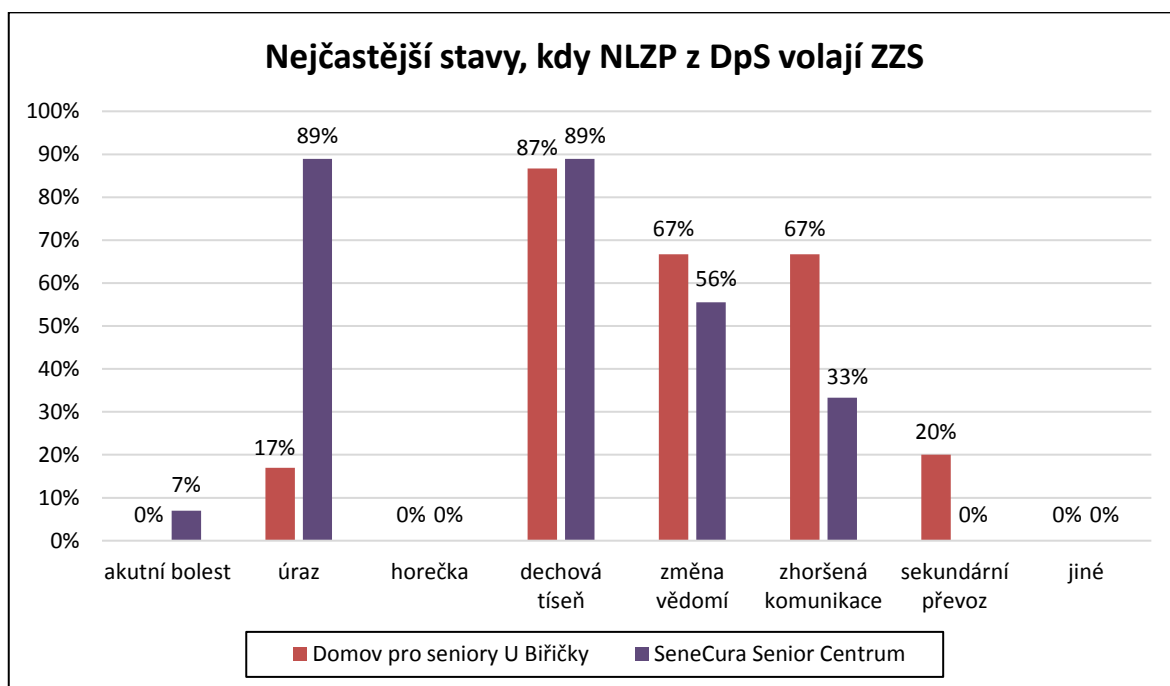


**Obrázek 5** Graf nejčastější onemocnění, kterými trpí senioři v DpS

Podle obrázku č. 5 trpí senioři v obou domovech pro seniory nejčastěji onemocněním diabetes mellitus, hypertenzí a demencí.

V této otázce mohli respondenti označit maximálně 3 možnosti což znamená, že arytmiemi nebo jinými onemocněními senioři v DpS trpět mohou, ale není to nejčastější onemocnění.

### Otázka č.8: V jakých případech nejčastěji voláte ZZS?

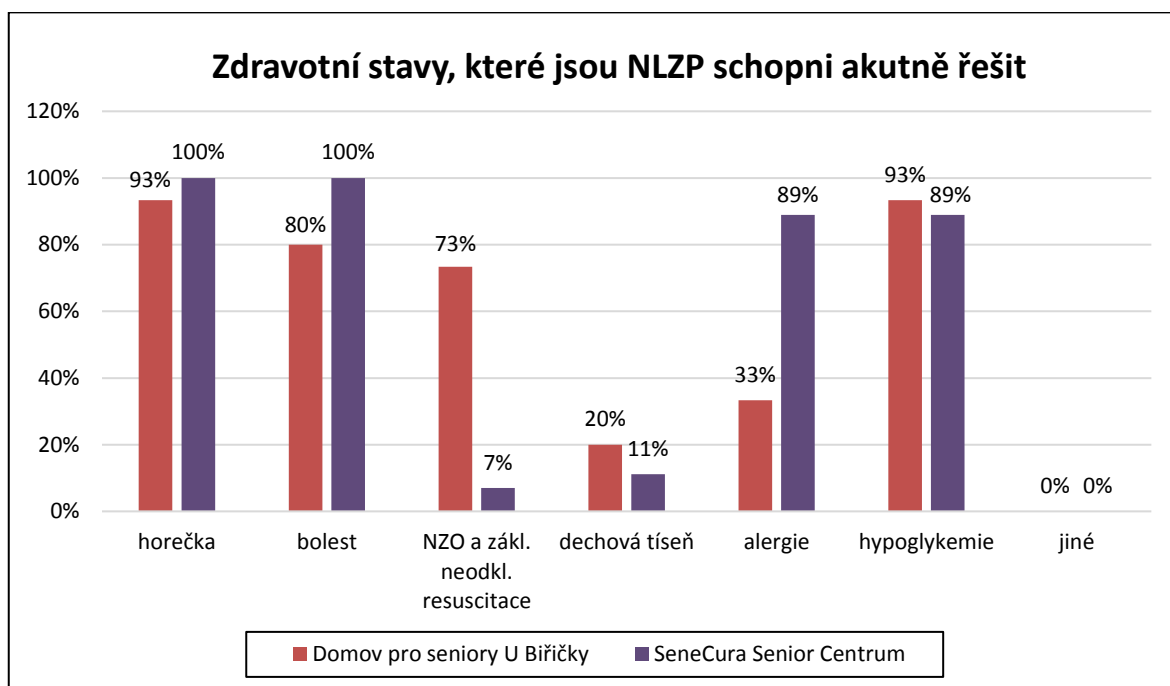


**Obrázek 6** Graf nejčastější stavy, kdy NLZP z DpS volají ZZS

V této otázce mohli respondenti také označit maximálně 3 odpovědi. U obou domovů pro seniory byl nejčastější případ, kdy NLZP volali ZZS, při dechové tísní. Stejně častý akutní stav, kdy zaměstnanci volali, byl v SeneCuře při úrazu.

Ani jeden domov pro seniory nevolá ZZS při horečce nebo jiných důvodech.

### Otázka č.9: Jaké zdravotní stavy či příznaky jste schopni akutně řešit?



**Obrázek 7** Graf zdravotní stavy, které jsou NLZP z DpS schopni akutně řešit

Oba domovy pro seniory jsou schopny akutně řešit horečku, což vyplývá i z předchozího grafu, kdy na horečku nevolají ZZS.

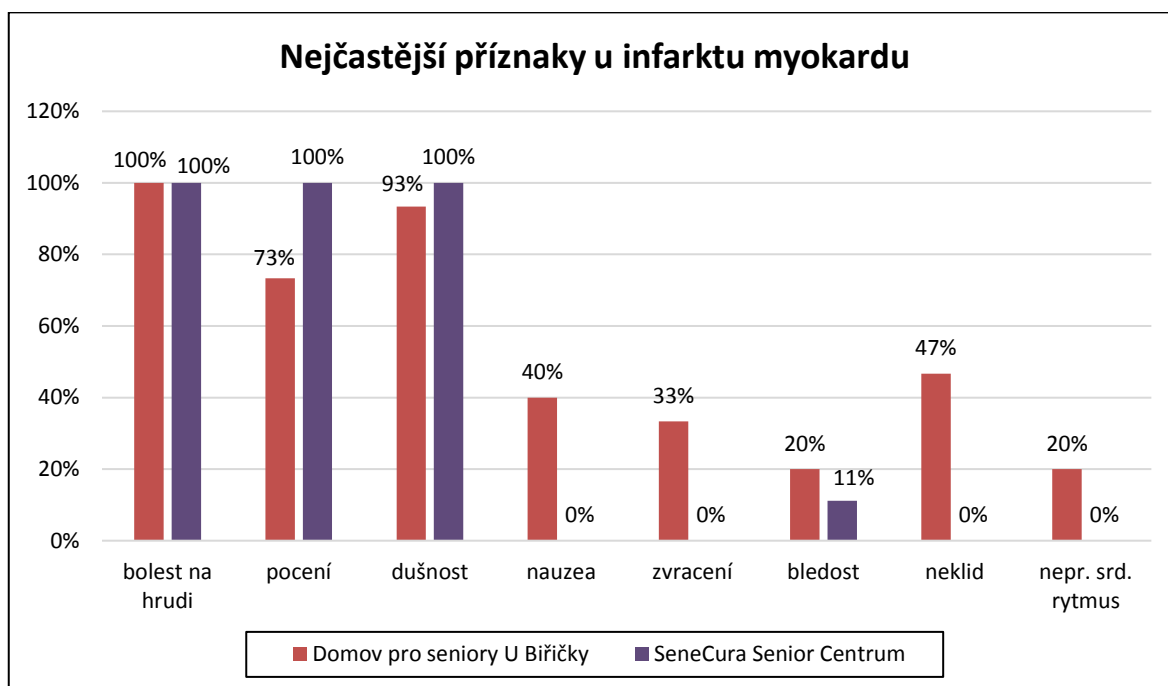
DpS U Biříčky zároveň, stejně jako horečku, jsou schopni řešit hypoglykémii, čemuž odpovídá i nízký počet výjezdů ZZS do tohoto zařízení kvůli indikaci hypoglykémie. Bolest je dalším častým stavem, se kterým si NLZP dokáží poradit stejně jako se zvládním základní neodkladné resuscitace.

Naopak nejméně jsou schopni si akutně poradit s dechovou tísní, což vysvětluje vysoké procento výjezdů (29 %) do DpS právě kvůli dušnosti.

V SeneCuře Senior Centru je bolest, stejně jako horečka, stav, se kterým si NLZP dokáží poradit. Dalšími stavy, které pracovníci zařízení jsou schopni řešit, je alergie a hypoglykémie, která je opět málo indikována k výjezdům ZZS (2 %).

Poměrně nízké procento je v SeneCuře Senior Centru u NZO a zvládnání základní neodkladné resuscitace a i přesto, že toto zařízení nevlastní kyslík ani pomůcky k podávání kyslíku, tak jeden respondent uvedl, že je schopen řešit dechovou tíseň.

### Otázka č.10: Jaké nejčastější příznaky se vyskytují u infarktu myokardu?



**Obrázek 8** Graf nejčastější příznaky u infarktu myokardu

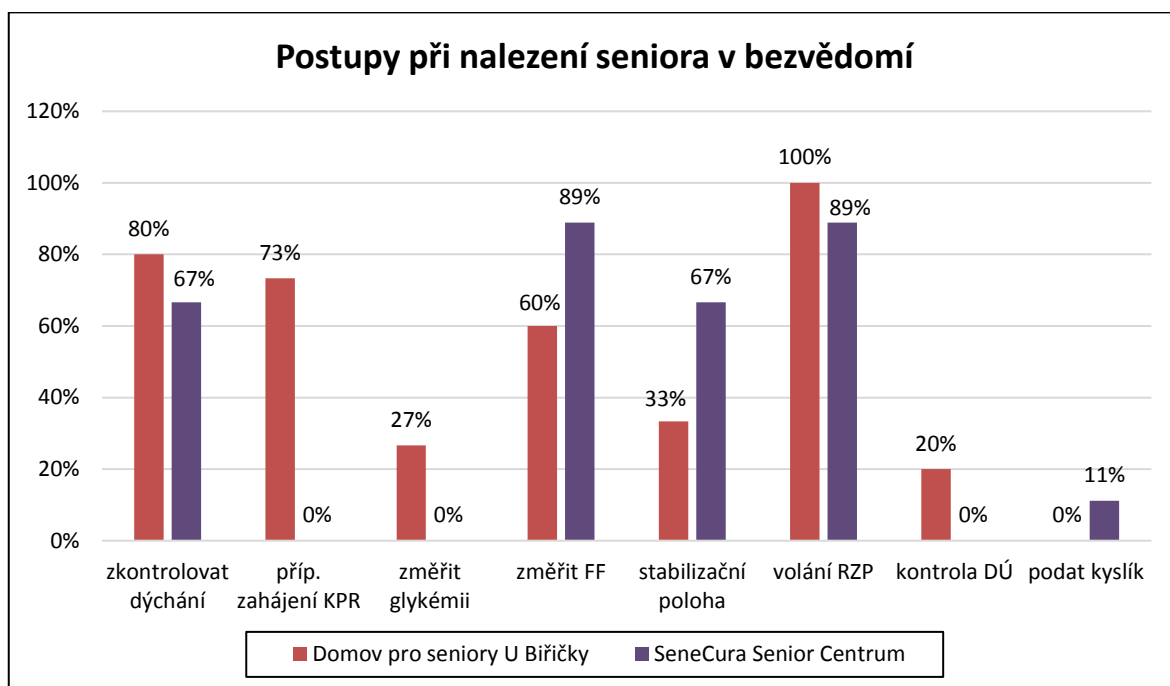
U této otázky měli respondenti uvést alespoň 4 nejčastější příznaky, které se u infarktu myokardu vyskytují. Mezi nejběžnější příznaky patří bolest na hrudi příp. s propagací do levého ramene, krku či spodní čelisti, námahová i klidová dušnost, nevolnost, bušení srdce, celková schvácenost s bledostí a pocením, strach pacienta ze smrti apod.

V DpS U Biřičky vyplnilo alespoň 4 nebo více příznaků 10 respondentů. Další 4 zaměstnanci uvedli 3 příznaky a jeden uvedl 2 příznaky.

V SeneCuře Senior Centru uvedli 4 příznaky jen 2 respondenti. Zbýlých 7 zaměstnanců uvedlo pouze 3 příznaky.

Z nejčastějších příznaků pak respondenti obou DpS uváděli bolest na hrudi, dušnost a pocení.

### Otázka č.11: V případě, že naleznete seniora v bezvědomí, jaký bude Váš další postup?



**Obrázek 9** Graf postupy při nalezení seniora v bezvědomí

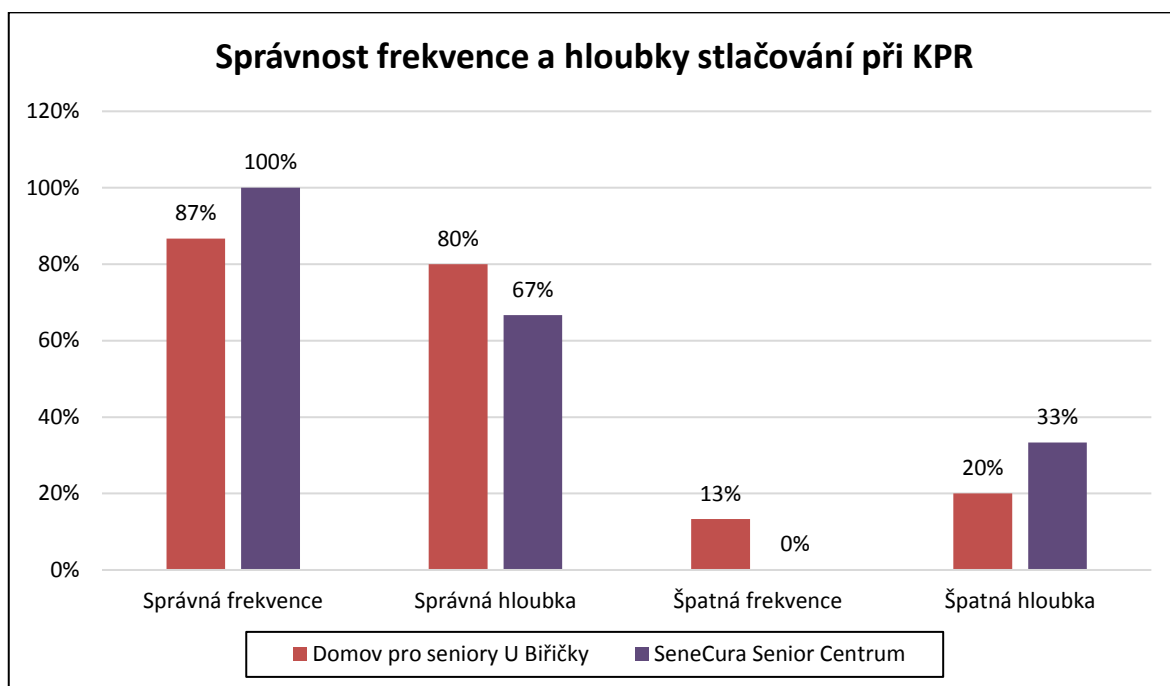
U této otázky měli respondenti popsat jednotlivé kroky, které by provedli v případě, že naleznou seniora v bezvědomí. Optimální postup, který by měli zaměstnanci u takového pacienta provést je, že nejdříve je třeba zkontrolovat dýchání a volné dýchací cesty. V případě, že senior nedýchá, je třeba zahájit KPR. Po kontrole dýchání by zaměstnanci měli přivolat pomoc. Poté je třeba změřit fyziologické funkce včetně hladiny glykémie a vyčkat do příjezdu ZZS.

Podle obrázku č. 9 uvedli všichni respondenti z DpS U Biřičky, že by volali v případě bezvědomí posádku RZP. Dalším častým krokem, kteří zaměstnanci uváděli, byla kontrola dýchání a v případě potřeby zahájení KPR.

V SeneCuře Senior Centru nejvíce respondentů uvádělo jako postup při nalezení seniora v bezvědomí změření fyziologických funkcí a přivolání posádky ZZS.

I přesto, že hypoglykémie může způsobit tzv. hypoglykemické kóma (str. 23), tak žádný respondent ze SeneCury Senior Centra neuvedl kontrolu glykémie při bezvědomí.

**Otázka č.12: Napište frekvenci a hloubku stlačování hrudníku při resuscitaci dospělého.**



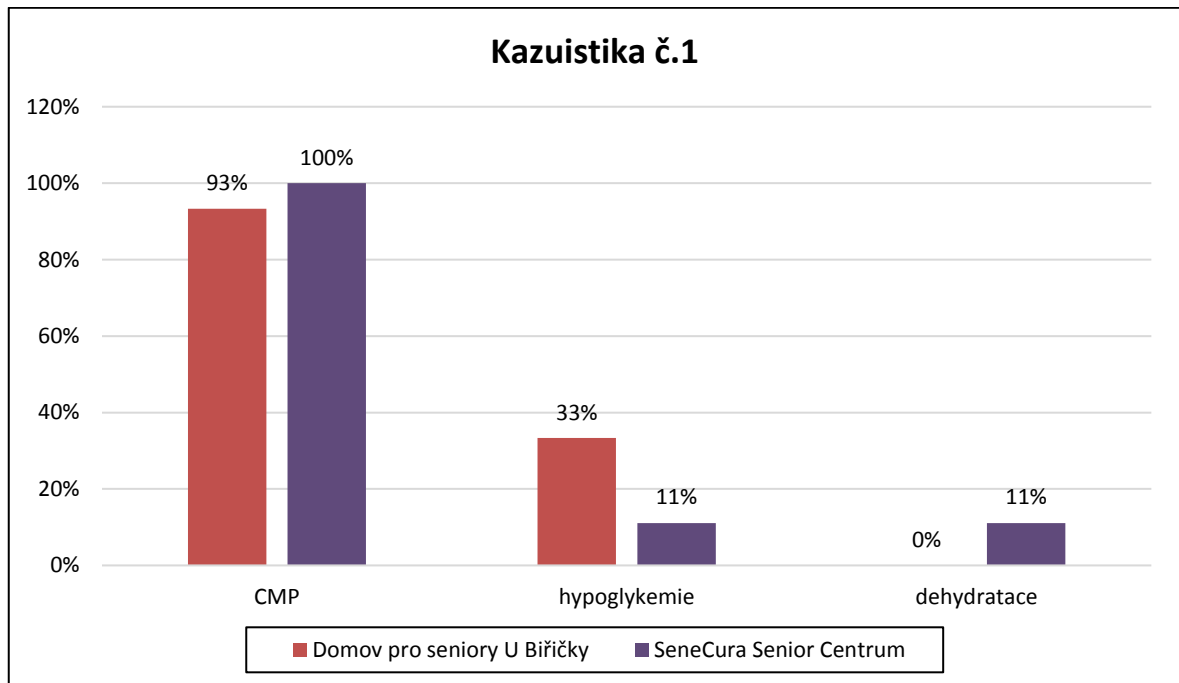
**Obrázek 10** Graf správnost frekvence a hloubky stlačování při KPR

V obrázku č. 10, který označuje správnost frekvence a hloubky stlačování při KPR, uvedla převážná většina respondentů správnou frekvenci stlačování hrudníku, což je 100-120 stlačení/min a správnou hloubku stlačování, která se pohybuje kolem 5-6 cm nebo 1/3 hrudníku.

V SeneCuře Senior Centru uvedli 3 respondenti špatnou hloubku stlačování hrudníku kolem 10-15 cm.



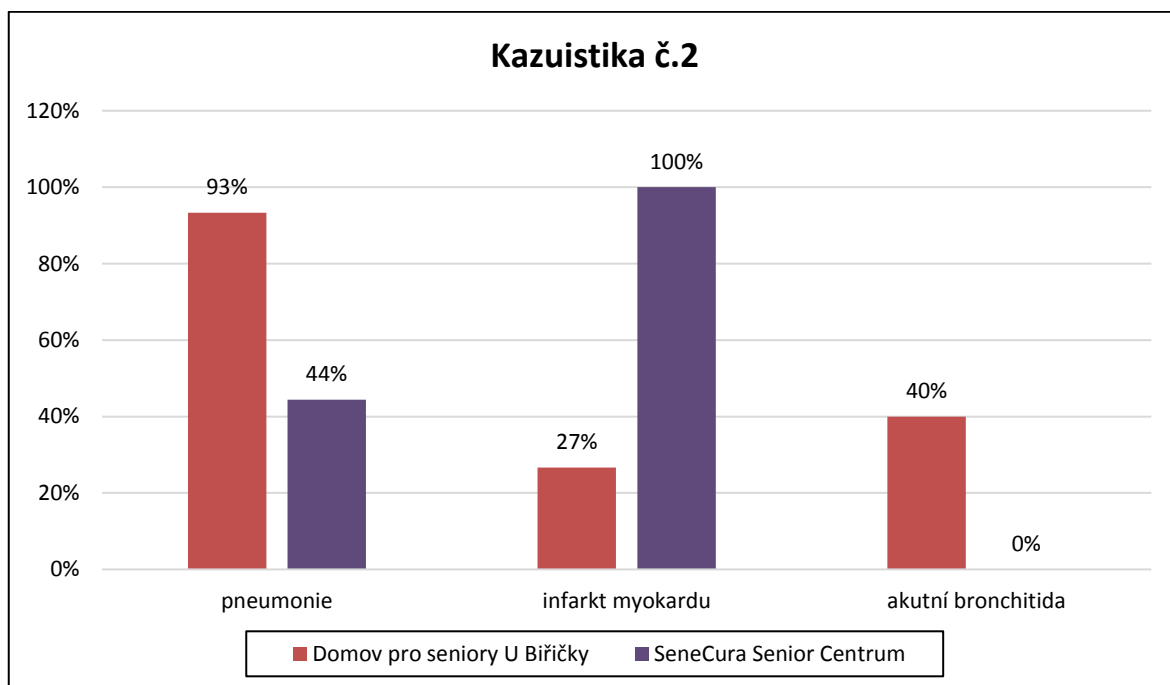
**Otázka č.13: Ráno naleznete seniora v posteli, ale není schopný formulovat srozumitelnou větu ani se dostatečně vyjádřit. Předchozí den večer byl ještě v pořádku. O jakém akutním stavu byste uvažovali nejdříve?**



**Obrázek 11** Graf kazuistika č.1

Podle diferenciální diagnostiky jsou všechny výše uvedené odpovědi respondentů možné. Nejvíce se tato kazuistika podobá obrazu CMP, což také uvedla většina respondentů, ale jelikož respondenti neměli žádné jiné podrobnější informace o stavu pacienta v této kazuistice, lze uvažovat i o hypoglykémii a dehydrataci.

**Otázka č.14: Dlouhodobě ležící senior si stěžuje na bolest na hrudi a mezi lopatkami. Zároveň má dráždivý vlhký kašel a zvýšenou teplotu 37,9 °C. Nad jakými akutními stavy budete přemýšlet?**



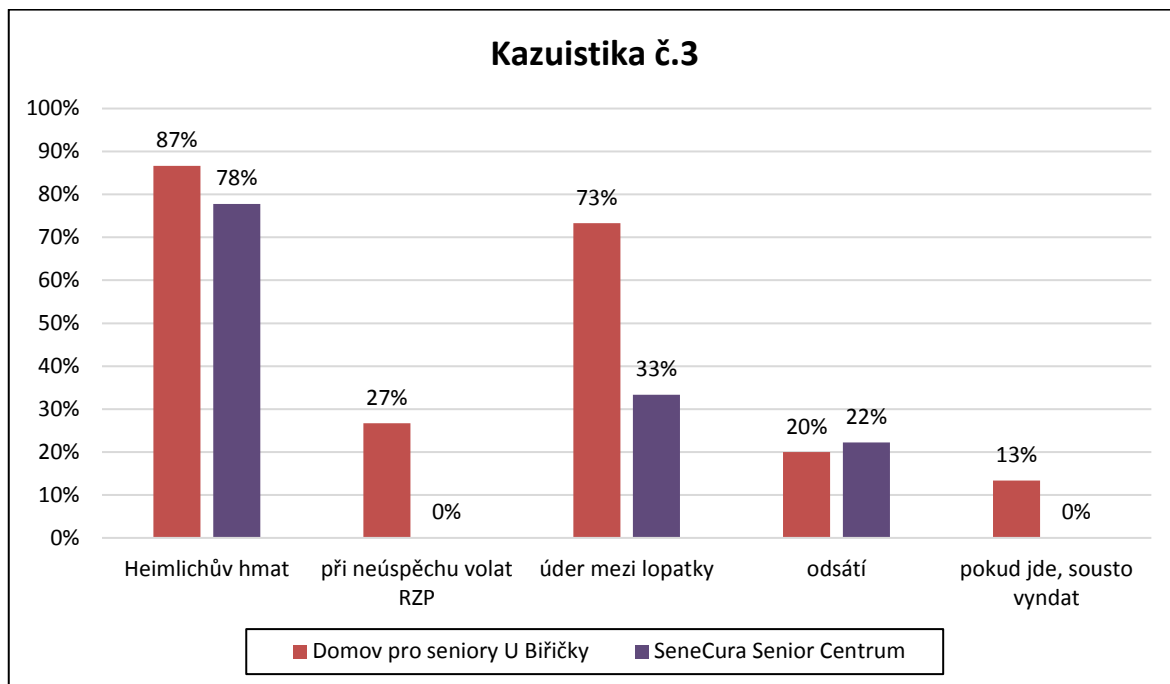
**Obrázek 12** Graf kazuistika č.2

Dle informací, které byly v kazuistice popsány, se dá usuzovat, že nejpravděpodobnější příčina těchto komplikací je právě pneumonie, kterou uváděla většina respondentů pouze z DpS U Biřičky.

V SeneCuře Senior Centru pouze necelá polovina respondentů napsala právě pneumonii. Všichni NLZP pak uváděli, že se může jednat o infarkt myokardu, což by podle diferenciální diagnostiky bolesti na hrudi také přicházelo v úvahu, ale ostatní příznaky tomu nenasvědčovaly jako horečka či dráždivý kašel.

Akutní bronchitidu uvádělo 6 respondentů z DpS U Biřičky. Tato příčina je také poměrně hodně pravděpodobná.

**Otázka č.15: Během snídaně seniorovi zaskočí kousek chleba. Je schopný kašlat, ale kousek sám nevykašle. Jakým způsobem můžeme seniorovi pomoci?**



**Obrázek 13** Graf kazuistika č.3

Podle obrázku č.13 je evidentní, že převážná většina respondentů z obou domovů pro seniory uváděla Heimlichův manévr, což je technika, kdy postiženého zezadu obejmeme, položíme mu jednu ruku v pěst v oblasti nadbřišku a druhou ruku položíme přes ni. Poté několikrát silně stiskneme směrem k bránici. Tento manévr je poměrně náročný a pro postiženého také nepříjemnější, proto by se měl provádět až po několika nepovedených úderech mezi lopatky (Šeblová, Knor a kol., 2018). Právě tento způsob pomoci zvolili v SeneCuře jen 3 respondenti.

V DpS U Biřičky by 2 respondenti sousto vyndali, pokud by bylo v dosahu.

## 4 Diskuze

### 1. Průzkumná otázka: Byla nejčastější příčina výjezdů do domovů pro seniory dušnost?

Podle výsledků z průzkumu je odpověď **NE**. Dušnost nebyla jednoznačně nejčastější příčinou výjezdů z vybraných akutních stavů do domovů pro seniory v Hradci Králové. V Domově pro seniory U Biřičky byla dušnost z celkového počtu 469 výjezdů (100 %) indikována ve 134 případech (29 %), což byla nejčastější příčina výjezdů. Naopak v SeneCuře Senior Centru byla nejčastější příčina jiná indikace, kdy z celkového počtu 401 výjezdů (100 %) byla jiná indikace ve 124 případech (31 %). V jiných indikacích se nejčastěji objevovaly příčiny jako bolesti břicha, křeče, astma, CHOPN, kolaps, intoxikace, neurologické obtíže apod.

Podle statistiky výjezdů ze Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy, které byly zaznamenány od září 2013 do září 2014, byla dušnost z celkové počtu výjezdů 103 968 (100 %) na prvním místě mezi nejčastějšími obtížemi s počtem 10 609 (10,2 %). Na dalším místě pak byly úrazy, bolesti břicha a pády.

Průzkum v bakalářské práci Kateřiny Oujezdské z roku 2014 uvádí jako nejčastější důvod výjezdů k seniorům stav po pádu ve 23 %. Tento průzkum se týkal zejména seniorů v jejich domácím prostředí (Oujezská, 2014).

### 2. Průzkumná otázka: Bylo alespoň 80 % pacientů s vybranými akutními stavy po ošetření převezeno do nemocnice?

Podle výzkumu je zřejmé, že **ANO**. Převážná většina pacientů byla převezena do zdravotnického zařízení. Jak je vidět z grafu č. 4, tak z celkového počtu z obou domovů pro seniory bylo 91 % pacientů s nejčastějšími akutními stavy převezeno do zdravotnického zařízení. Dalších 2,5 % pacientů zemřelo buď během ošetření nebo před příjezdem posádky a 0,5 % výjezdů bylo zrušeno. Ponecháno na místě bylo pouze 7 % pacientů.

Ke stejnému počtu respondentů ponechaných na místě došla ve svém výzkumu Oujezská 2014, kdy bylo ponecháno na místě z celkového počtu 180 respondentů, ke kterým ZZS vyjížděla (100 %), pouze 7 seniorů (4 %). Ostatní byli převezeni do zdravotnického zařízení (Oujezská, 2014).

Obdobně dopadl i výzkum v Plzeňském kraji v roce 2010, který byl zaměřen na spotřebu PNP u seniorů nad 65 let, kdy z celkového počtu bylo na místě ponecháno pouze 8,3 %. Zbytek pacientů byl předán do zdravotnického zařízení (Šín, 2011).

Jelikož pacienti trpí často celou řadou chronických onemocnění, často je zaléčení na místě nedostatečné nebo dokonce není možné a tito pacienti potřebují kontinuální zdravotnickou péči. Jelikož v domovech pro seniory není trvale přítomný lékař, není personál schopen sám zajistit některé akutní stavy a ani nemůže posádka ZZS pacienta ponechat na místě k následné péči od lékaře, jako je tomu ve zdravotnických zařízeních.

### **3. Průzkumná otázka: Byla u všech zásahů ZZS shodná výzva od KZOS s pracovní diagnózou?**

Dle prováděného výzkumu je odpověď jednoznačně **NE**. Výzva od krajského operačního střediska byla v poměrně častých případech odlišná od následného stanovení pracovní diagnózy. U obou domovů pro seniory byla odlišná pracovní diagnóza od indikace o víc jak 50 % u náhlé zástavy oběhu, bezvědomí, hypoglykémie a zhoršení stavu. U NZO lze předpokládat, že bude pracovní diagnóza odlišná vzhledem k tomu, že posádka zástavu oběhu začne akutně ošetřovat a provádět KPR a buď pacienta zresuscitují, příp. je transportován za kontinuální resuscitace nebo je stanoven exitus. Bezvědomí bylo špatně indikováno u obou DpS a jako pracovní diagnóza nejčastěji byla stanovena dušnost. V tomto případě se může jednat o špatně prezentovaný stav pacienta zaměstnancem volajícím na KZOS. Indikace hypoglykémie byla často po ošetření diagnostikována jako CMP či bezvědomí. Podle kazuistiky č. 1 (obrázek č. 11) vychází, že NLZP z domovů pro seniory uvažují při obrazu CMP také nad hypoglykemií. V případě indikace zhoršení stavu lze předpokládat, že pracovní diagnóza bude vždy odlišná od výzvy, protože posádka musí vytyčit hlavní příznak, který pacienta nejvíce zatěžuje. Proto je v obou DpS 100% odlišnost výzvy od pracovní diagnózy.

Dle průzkumu Petra Kopeckého v jeho bakalářské práci z roku 2017 vychází, že mnoho stavů, ke kterým posádka ZZS vyjžděla, mělo odlišnou výzvu od pracovní diagnózy. V tomto průzkumu byl důvod odlišnosti zejména v chybně popisovaném stavu volajícího pacienta (Kopecký, 2017).

#### **4. Průzkumná otázka: Myslí si všichni NLZP z domovů pro seniory, že umí manipulovat se všemi zdravotnickými pomůckami, kterými disponuje jejich sociální zařízení?**

Podle prováděného průzkumu vyšlo, že **NE**. Všichni zaměstnanci neumějí manipulovat se všemi zdravotnickými pomůckami, které vlastní domovy pro seniory. Z celkového počtu NLZP z obou domovů pro seniory neumějí manipulovat 3 zaměstnanci s EKG přístrojem, což je klíčový přístroj při určení některého z poruch srdečního rytmu či infarktu myokardu. Jeden respondent z DpS U Biřičky neumí zacházet s fonendoskopem. Přístroj AED vlastní oba domova pro seniory, ale v DpS U Biřičky jej uvedlo pouze 8 respondentů a v SeneCura Senior Centru pouze 3 respondenti. Z toho celkového počtu 11 respondentů umí s AED přístrojem manipulovat pouze 7 zaměstnanců. Z tohoto údaje plyne, že zaměstnanci evidentně nikdy s tímto přístrojem nepracovali, protože přístroj je navržen tak, aby jej dokázal obsluhovat každý a všechny kroky, které člověk musí provést, přístroj popisuje a názorně ukazuje. Vlivem toho, že ne všichni zaměstnanci označili, že jejich zařízení vlastní AED, lze usuzovat, že respondenti buď neznají přístroje, které zařízení vlastní nebo je zapomněli vyplnit do dotazníku. Obdobný případ byl u jiných pomůcek, které nebyly předvyplněné a respondenti je dopisovali sami. Šlo zejména o přístroje na měření hladiny CRP, INR, test na okultní krvácení, odsávací přístroj či ruční křísící vak. V DpS U Biřičky jej vyplnilo 7 respondentů a všech 7 jich s nimi umí zacházet. V SeneCuře Senior Centru ostatní pomůcky vyplnilo 6 respondentů a z toho pouze jediný s nimi neumí manipulovat. Podle těchto údajů je zřejmé, že by si zaměstnanci měli doplnit znalosti ohledně pomůcek, které jejich sociální zařízení vlastní a naučit se se všemi správně manipulovat, aby v případě akutní potřeby byli schopni dané přístroje správně a rychle ovládat.

Žádný zákon nestanovuje, jaké zdravotnické pomůcky mají domovy pro seniory vlastnit. Jaký bude rozsah a objem zdravotní péče je v plné kompetenci lékařů z domovů pro seniory (Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015).

Vzhledem ke zdravotnímu stavu klientů z DpS, je zdravotní péče nezbytná. Zákon o sociálních službách v § 36 stanoví, že klientům je ošetrovatelská a rehabilitační péče poskytována především prostřednictvím zaměstnanců, kteří k tomu výkonu mají odbornou způsobilost. Do této péče pak spadá zejména prevence a příp. řešení problémů jako je malnutrice, dekubity, bolest a deprese (Veřejný ochránce práv, 2015).

## **5. Průzkumná otázka: Byla nejčastější příčina, kdy NLZP z domovů pro seniory volali ZZS, v případě dušnosti?**

Z výsledků výzkumu jasně vychází, že odpověď je **ANO**. Dušnost byla nejčastější příčinou volání ZZS od NLZP z obou domovů pro seniory. V SeneCuře Senior Centru byl stejně častý důvod volání také úraz. Tomu odpovídá i údaj z grafu č. 7, který poukazuje, že si zaměstnanci obou DpS akutně neporadí s dechovou tísní. V SeneCuře Senior Centru zároveň nemají mezi zdravotnickými pomůckami kyslík ani pomůcky k podávání kyslíku.

Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. popisuje v časopise Urgentní medicíny z roku 2014, že v sociálních zařízeních je často nedostatečně zajištěná zdravotní péče a lékař je přítomen jen omezenou dobu (Holmerová, 2014).

Jelikož se v domovech pro seniory vyskytuje mnoho klientů, kteří trpí celou řadou chronických onemocnění, částečnou nebo úplnou nesoběstačností či dokonce syndromem frailty, není často v možnostech NLZP z domovů pro seniory zaléčit nebo vyřešit některé akutní stavy a je zapotřebí přivolání ZZS.

## **6. Průzkumná otázka: Orientují se všichni NLZP v domovech pro seniory v základech první pomoci a rozpoznání akutních stavů dle příznaků?**

Z výsledků výzkumu vyplývá, že **ANO**. Zaměstnanci z obou domovů pro seniory převážně znají základy první pomoci a dokáží rozpoznat některé akutní stavy podle příznaků. Tuto průzkumnou otázku jsem vyhodnotila pomocí otevřených otázek v dotazníku č. 10 až č. 15. Podle grafu č. 8 vyplývá, že v Domově pro seniory U Biřičky většina pracovníků zná příznaky, které se vyskytují u infarktu myokardu, v SeneCuře Senior Centru NLZP ve většině případů uváděli tři příznaky, místo požadovaných čtyř. Dále pracovníci DpS podle grafu č. 9 převážně znají postupy, které by provedli při nalezení seniora v bezvědomí. Jediné, co bych u těchto odpovědí vytkla je, že v SeneCuře Senior Centru žádný z NLZP nevěděl, že by v případě bezvědomí kontroloval hladinu glykémie, přitom je podle grafu č. 5 diabetes mellitus jednou z nejčastějších onemocnění, kterými senioři v DpS trpí. Lze tedy předpokládat, že se zaměstnanci mohou se stavem hypoglykémie či dokonce hypoglykemického kómatu setkat. Znalosti ohledně KPR, kterou udává graf č. 10, jsou z většiny správné a zaměstnanci znají frekvenci a hloubku stlačování hrudníku. Pouze v SeneCuře Senior Centru 33 % (3) NLZP zaznamenalo špatnou hloubku stlačení, která byla 10-15 cm. Tento údaj je poměrně hodně mimo normu a jeho provedení by mělo na pacienta špatný dopad. Bylo by proto vhodné zaměstnancům připomenout základy

neodkladné resuscitace např. formou přednášky nebo ještě lépe formou praktického nácviku. Dalšími průzkumnými otázkami, které se zaměřovaly na znalosti zaměstnanců, byly formou kazuistik, kdy se respondentům uvedl krátký scénář a podle něj se měli rozhodnout, o jaký akutní stav se může jednat nebo jak by jej vyřešili. Všechny kazuistiky dopadly příznivě a vypovídají, že zaměstnanci jsou zkušení. U kazuistiky č. 2 (graf č. 12) se však shodli všichni respondenti ze SeneCury Senior Centra, že příznaky, které u pacienta značily pneumonii, nejvíce odpovídají infarktu myokardu a samotný zápal plic pak neuvedla ani polovina respondentů. Samozřejmě informace, které se v kazuistice nacházely, byly stručné, a vždy je potřeba pohled na samotného pacienta. I přesto v DpS U Biřičky bezmála všichni respondenti mysleli na pneumonii, tudíž tento akutní stav mohl být rozpoznán i bez dalších potřebných informací. Nehledě na to, že v grafu č. 8 respondenti popisují příznaky, které se u infarktu myokardu vyskytují.

Dle průzkumu Jany Polákové, která ve své bakalářské práci z roku 2012 popisuje znalosti zdravotních sester v poskytování PP v domovech pro seniory, vychází, že velká část zaměstnanců zná základy první pomoci. Jediný nedostatek byl uveden u provádění KPR, kdy z celkového počtu 109 respondentů (100 %) nemá dostatečné znalosti v základní neodkladné resuscitaci 27 zaměstnanců (29,8 %). Stejně jako ve výzkumné otázce č. 6 v této práci, kdy v provádění KPR byly určité nedostatky (Poláková, 2012).



## 5 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zhodnotit, k jakým akutním stavům posádka ZZS nejčastěji vyjíždí. Zda se vyskytují odlišnosti od výzvy, kterou KZOS dostane od zaměstnanců DpS, od pracovní diagnózy, kterou na místě zásahu posádka určí, a zda-li je převážná většina pacientů převezena k následné péči do zdravotnického zařízení či jsou ponecháni na místě. Dalším cílem této práce pak bylo zjistit, jak jsou na tom zaměstnanci konkrétních domovů pro seniory v poskytování první pomoci, manipulaci se zdravotnickými pomůckami a s jakými akutními stavy si jsou schopni poradit sami.

V této práci byly stanoveny 4 cíle. Všechny cíle byly splněny.

V teoretické části bylo popsáno stáří včetně syndromu frailty, který významně zhoršuje soběstačnost a způsobuje řadu zdravotních postižení. Dále popis akutních stavů v geriatrii a systém sociálních zařízení pro seniory.

Z výsledků vyplývá, že znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v domovech pro seniory jsou dostatečné. Největší výkyvy lze vidět u znalostí základní neodkladné resuscitace. V tomto případě by byla vhodná častější edukace pracovníků, a to nejen NLZP, ale všech pracovníků domovů pro seniory. Edukace by mohla být buď formou teoretické přednášky či praktických ukázek a nácviků, kdy si zaměstnanci vyzkouší postup KPR na modelu. Dále by bylo vhodné, aby všichni NLZP v domovech pro seniory znali a uměli manipulovat se všemi zdravotnickými prostředky, kterými disponuje jejich sociální zařízení. Když některý ze zaměstnanců déle nepracuje s nějakým přístrojem, může se stát, že zapomene jeho obsluhu, proto by bylo vhodné dělat pravidelné ukázky manipulace, příp. složitější postupy na dané přístroje vypsát.

Výsledky této práce byly limitované počtem domovů pro seniory, které se týkaly pouze jednoho konkrétního města, i počtem respondentů. Bylo by vhodné podobný výzkum aplikovat také na jiná zařízení v jiných městech.

Jelikož se průměrná délka života neustále prodlužuje, za což může i stále kvalitnější a dostupnější zdravotní péče, lze předpokládat, že se počet seniorů v České republice bude zvyšovat. I proto je zapotřebí porozumět potřebám, které senioři mají, zajišťovat jim dostatečnou úctu a potřebné soukromí. Budovat více sociálních zařízení, kde by mohli méně soběstační senioři žít nadále plnohodnotný život.

## 6 Použitá literatura

1. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2.*, doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.
2. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana. *Akutní stavy v geriatrii*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-620-5.
3. REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.
4. ROKYTA, Richard, Jitka FRICOVÁ, Jiří KOZÁK, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO a Ivan VRBA. *Léčba bolesti ve stáří. 2. vydání*. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3945-1.
5. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
6. ČVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
7. PIKOLA, Pavel a Milan ŘÍHA. *Služby sociální péče v domovech pro seniory*. Praha: Námořní akademie České republiky, 2010. ISBN 978-80-87103-29-6.
8. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
9. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
10. KOPECKÝ, Petr. *Výjezdy záchranářů nelékařů ukončené ponecháním na místě*. Pardubice, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jindra Holeková, DiS.
11. OUJEZDSKÁ, Kateřina. *Výjezdy k seniorům v PNP*. Pardubice, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Martina Jedlinská.
12. POLÁKOVÁ, Jana. *Poskytování první pomoci v domovech pro seniory*. Jihlava, 2012. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Marešová.
13. *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015. ISBN 978-80-904668-8-3.

14. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem: zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv 2015*. Brno: Veřejný ochránce práv, 2015, 71 s. ISBN 978-80-87949-12-2.

### Časopisy

15. ŠÍN, Robin, Luděk HEJKAL, Helena ZAVÁZALOVÁ a Roman SVITÁK. Spotřeba přednemocniční neodkladné péče u seniorů. *Urgentní medicína* [online]. 2011, s. 6-9 [cit. 2019-04-23]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: [http://urgentnimedica.cz/casopisy/UM\\_2011\\_03.pdf](http://urgentnimedica.cz/casopisy/UM_2011_03.pdf)
16. HOLMEROVÁ, Iva, Michaela BAUMANOVÁ, Klára STAŇKOVÁ, Michal ŠTEFFL a Hana VAŇKOVÁ. *Specifické aspekty péče o starší pacienty* [online]. 2014, s. 20-26 [cit. 2019-04-29]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: [http://urgentnimedica.cz/casopisy/UM\\_2014\\_03.pdf](http://urgentnimedica.cz/casopisy/UM_2014_03.pdf)

### Internetové zdroje

17. Sociální služby-poskytovatelé a dostupnost. *MPSV ČR* [online]. Česká republika: Odbor 22, 2017 [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661#sspd>
18. Sociální služby. *MPSV ČR* [online]. Česká republika: MPSV ČR, 2013 [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/25627994/310035145s.pdf/25856aa9-6f97-46f9-93ac-87b3a7e15c70?version=1.1>
19. Věková struktura obyvatel. Český statistický úřad [online]. Česká republika: Český statistický úřad, 2017 [cit. 2019-02-07]. Dostupné z: [https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&z=T&f=TABULKA&katalog=30845&pvo=DEMD003&str=v1525&c=v3~2\\_RP2017MP12DP31](https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&z=T&f=TABULKA&katalog=30845&pvo=DEMD003&str=v1525&c=v3~2_RP2017MP12DP31)
20. Domov U Biřičky-doplňkové služby [online]. Česká republika: Domov U Biřičky, 2014 [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <http://www.ddhk.cz/doplnekove-sluzby/ms-1017/p1=1017>
21. Podívejte se, kam a proč vyjíždějí pražské sanitky. A jak dlouho jim to trvá. *IROZHLAS* [online]. Praha: iROZHLAS, 2014, 19.12.2014 [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: [https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/podivejte-se-kam-a-proc-vyjizdeji-prazske-sanitky-a-jak-dlouho-jim-to-trva\\_201412190630\\_jcibulka](https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/podivejte-se-kam-a-proc-vyjizdeji-prazske-sanitky-a-jak-dlouho-jim-to-trva_201412190630_jcibulka)

## 7 Přílohy

### Příloha A Dotazník pro zaměstnance domova pro seniory

# DOTAZNÍK PRO ZAMĚSTNANCE DOMOVA PRO SENIORY

(Pouze pro zaměstnance se zdravotnickým vzděláním)

Dobrý den, jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Pardubice – Fakulty zdravotnických studií oboru Zdravotnický záchranář a tento dotazník je součástí mé bakalářské práce. Téma práce jsou Výjezdy ZZS do domovů pro seniory. Dotazník je zcela anonymní a je určen pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Předem děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.

Pokud nebude v zadání jednotlivých otázek uvedeno jinak, vyberte prosím jednu odpověď.

Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

Váš věk?

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 55 a více

Jaká je Vaše praxe ve zdravotnictví?

- méně než 1 rok
- 1-2 roky
- 2-5 let
- 5-10 let
- 10 let a více

Jak dlouho pracujete v tomto Domově pro seniory?

- méně než 1 rok
- 1-2 roky
- 2-5 let
- 5-10 let
- 10 let a více

Jakými zdravotnickými pomůckami disponuje vaše zařízení?

(Zakroužkujte všechny, které vlastníte)

- Kyslík
- Kyslíková maska nebo brýle
- Tlakoměr
- Pulzní oxymetr
- Glukometr
- Teploměr
- Fonendoskop
- EKG
- Pomůcky k zajištění žilního vstupu
- AED (Automatický externí defibrilátor)
- Jiné (.....)

Se kterými z výše uvedených umíte pracovat? (Zakroužkujte všechny možnosti)

- Kyslík
- Kyslíková maska nebo brýle
- Tlakoměr
- Oxymetr
- Glukometr
- EKG
- Pomůcky k zajištění žilního vstupu
- Teploměr
- Fonendoskop
- AED
- Jiné (.....)

Jakými nejčastějšími chronickými onemocněními trpí vaši klienti?

(zakroužkujte max. 3 možnosti)

- DM
- ICHS
- CHOPN
- Arytmie
- Hypertenze
- Artróza
- Demence (či jiné degenerativní onemocnění mozku)
- Jiné (.....)

V jakých případech nejčastěji voláte ZZS? (zakroužkujte max. 3 možnosti)

- Akutní bolest
- Úraz (pád)
- Horečka
- Dechová tíseň
- Změna stavu vědomí
- Náhlé zhoršení komunikace, vyjadřování
- Sekundární převoz (jiné sociální zařízení, převoz na vyšetření,..)
- Jiné (.....)

Jaké zdravotní stavy či příznaky jste schopni akutně řešit?

- Horečka
- Bolest
- NZO (náhlá zástava oběhu) a zvládnutí základní neodkladné resuscitace
- Dechová tíseň
- Alergie
- Hypoglykémie
- Jiné (.....)

Jaké nejčastější příznaky se vyskytují u infarktu myokardu? (Vypište alespoň 4 příznaky)

.....  
.....

V případě, že naleznete seniora v bezvědomí, jaký bude Váš další postup? (Popište jednotlivé kroky, které byste provedli)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Napište frekvenci a hloubku stlačování hrudníku při resuscitaci dospělého.

.....  
.....

Ráno naleznete seniora v posteli, ale není schopný formulovat srozumitelnou větu ani se dostatečně vyjádřit. Předchozí den večer byl ještě v pořádku. O jakém akutním stavu byste uvažovali nejdříve?

.....  
.....

Dlouhodobě ležící senior si stěžuje na bolest na hrudi a mezi lopatkami. Zároveň má dráždivý vlhký kašel a zvýšenou teplotu 37,9 °C. Nad jakými akutními stavy budete přemýšlet?

.....  
.....

Během snídaně seniorovi zaskočí kousek chleba. Je schopný kašlat, ale kousek sám nevykašle. Jakým způsobem můžeme seniorovi pomoci?

.....  
.....  
.....

**Příloha B** Tabulka retrospektivního pozorování

Číslo výjezdu	Indikace	Pracovní diagnóza	Způsob ukončení