

Jihočeská univerzita České Budějovice

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Magdaléna Vojtěchová

Jihočeská univerzita České Budějovice

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

Koncepce výuky první pomoci v osmých třídách základních škol

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

Vypracovala: Magdaléna Vojtěchová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

České Budějovice, duben 2010

University of South Bohemia České Budějovice

Pedagogical Faculty

Department of Health Education

**Conception of First Aid Teaching
at the Eighth Grades of Secondary Schools**

Bachelor Thesis

Supervisor: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

Author: Magdaléna Vojtěchová

Study programme: Specialization in Education

Field of study: Health Education

České Budějovice, April 2010

Bibliografická identifikace

Autor: Magdaléna Vojtěchová

Název bakalářské práce: Koncepce výuky první pomoci v osmých třídách
základních škol

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví
Pedagogická fakulta
Jihočeská univerzita České Budějovice

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

Rok obhajoby: 2010

Abstrakt:

Bakalářská práce obsahuje koncepci výuky první pomoci pro osmé třídy. Teoretický podklad je rozčleněn na oblasti první pomoci ve kterých by se žáci měli vzdělávat, a na soustavu poznatků pro tvorbu školního vzdělávacího programu. Praktická část zahrnuje vlastní koncepci výuky první pomoci vytvořenou na základě nedostatečné stávající osnovy.

Klíčová slova: koncepce, první pomoc, školní vzdělávací program

Bibliografic identification

Author: Magdaléna Vojtěchová

Title of the bachelor thesis: Conception of First Aid Teaching at the Eighth Grades of Secondary Schools

Department: Department of Health education
Pedagogical Faculty
University of South Bohemia České Budějovice

Supervisor: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

Year of the presentation: 2010

Abstract:

This Bachelor thesis contains a conception of the first-aid training for the eighth grades of secondary schools. Theoretical basis are divided into two parts. The first one includes the first aid areas which pupils / students should be taught in. The second one is an information system for formation of the School Educational Programme. The practical part involves my own conception of the first-aid training which I created because the current syllabus is insufficient.

Key word: a Conception, the First Aid, the School Educational Programme

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

České Budějovice

Magdaléna Vojtěchová

Děkuji svému vedoucímu bakalářské práce panu Mgr. Schusterovi Ph.D. za odborné vedení a cenné rady, zároveň děkuji své rodině za pomoc a podporu.

OBSAH

1.	ÚVOD	10
2.	ROZBOR LITERATURY	11
2.1.	Organizační a právní podklady činnosti	11
2.1.1.	Preventivní opatření	13
2.2.	Život zachraňující úkony	15
2.2.1.	Diagnostika životních funkcí a vyšetření poraněného	15
2.2.2.	Poruchy vědomí	16
2.2.3.	Zástava životních funkcí	17
2.2.4.	Šokové stavy	18
2.2.5.	Krvácení	18
2.2.6.	Poranění břicha a hrudníku	19
2.3.	Termická poranění	20
2.4.	Poleptání	21
2.5.	Interní onemocnění	21
2.6.	Poranění skeletu	23
2.6.1.	Poranění lebky a páteře	23
2.6.2.	Poranění pohybového aparátu	24
2.7.	Intoxikace organismu a narkomanie	26
2.7.1.	Alkohol a drogová závislost	26
2.7.2.	Otravy	27
2.8.	Podněty k tvorbě nových kurikul a jejich struktura	28
2.8.1.	Zákony a vyhlášky	29
2.9.	Základní principy tvorby ŠVP	32
2.10.	Stávající koncepce výuky první pomoci na základních školách ...	34
3.	PRAKTICKÁ ČÁST	35
3.1.	Cíle	35
3.2.	Úkoly práce	35
3.3.	Výzkumné otázky	35
3.4.	Použité metody	36
3.5.	Vlastní výzkum	36

4.	VÝSLEDKY A DISKUZE	37
5.	ZÁVĚR	60
6.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	
7.	PŘÍLOHY	

1. ÚVOD

Problematika poskytování první pomoci se stále více dostává do povědomí široké veřejnosti. Náléhavěji vyvstává především s hrozbou teroristických útoků, s výskytem přírodních katastrof či při hromadných neštěstích.. V této souvislosti se představitelé Integrovaného záchranného systému společně s Ministerstvy školství, zdravotnictví, obrany a vnitra zabývají myšlenkou přípravy obyvatelstva na krizové situace a jejich řešení. Na otázku kdy s výukou začít je jednoznačná – již na základní škole. Ještě si pamatuji brannou výchovu, která byla díky své ideologii zrušena, nicméně k myšlence ochrany obyvatelstva se v pozměněné formě vracíme.

Výuce první pomoci u dětí se věnuji mnoho let jednak jako vedoucí zdravotnického kroužku, dále jako vedoucí studijního střediska Červeného kříže zaměřeného na výuku první pomoci a poslední čtyři roky jako lektor projektu kraje Vysočina První pomoc do škol pro žáky osmých tříd (Příloha č.3). Výuku první pomoci považuji za stejně důležitou jako třeba zvládnutí cizího jazyka, neboť se žáci naučí nejen poskytnout pomocnou ruku, ale také ohleduplnosti, všímatosti a lidskosti.

Zavedení výuky první pomoci právě do osmých tříd bylo cílené, protože mají dle rámcově vzdělávacího programu probrané lidské tělo, takže výuka plynule navazuje bez vědomostních bariér z oblasti anatomie a fyziologie člověka. Fyzická a mentální vyspělost umožňuje poskytování první pomoci v rozsahu minimálně života zachraňujících úkonů, to znamená základní péči o bezvědomého, resuscitaci a zástavu krvácení. Nezbytná teorie by měla být doplněna především možností praktického nácviku včetně řešení modelových situací, tak aby se žákům co nejvíce přiblížila realita.

K myšlence psát bakalářskou práci na toto téma mě vedli tři hlediska – zjištění, že dvacet let po revoluci není vypracován plán výuky první pomoci na školách (stávající požadavek je 6 hodin ročně), dotazník mezi pedagogy (zpracována v praktické části) a zejména vlastní zkušenosti a přesvědčení, že pomoci by měl umět každý, vždyť tu pomoc potřebují nejčastěji naši nejbližší.

2. ROZBOR LITERATURY

2.1. Organizační a právní podklady činnosti

Integrovaný záchranný systém

Stále častější výskyt mimořádných situací působících na životní prostředí, ohrožujících zdraví a životy lidí a majících značný ekonomický dopad dali podnět k vytvoření systému, který by účinně zvládal vzniklou událost. Tímto systémem je dnes Integrovaný záchranný systém (dále jen IZS), budovaný od roku 1993 podle usnesení vlády č.246 až k současné regulaci podle zákona (zákon č.239/2000Sb., o integrovaném záchranném systému) (POKORNÝ A KOL., 2003).

Trvalá pohotovost pro příjem tísňových volání je určující pro skutečnost, že právě tito nositelé tísňových volání, tj. Hasičský záchranný sbor České republiky a jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí správních celků, Zdravotnická záchranná služba a Policie České republiky, se staly základními složkami systému (POKORNÝ A KOL., 2003).

Členění první pomoci

První pomoc je definována jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky ohrožení či postižení (BYDŽOVSKÝ, 2001).

Laická první pomoc je a vždy bude nezastupitelná u stavů přímého ohrožení života, kdy přežití závisí na časovém faktoru (HASÍK, 2004).

Dělení první pomoci je možno čerpat z několika pramenů. Pro zdůraznění bezpečnosti při poskytování první pomoci jsem volila variantu zmiňující se nejenom o zdravotnické první pomoci, ale také o technické první pomoci.

Dělení první pomoci:

- Technická první pomoc = odstraňování příčiny úrazu a vytvoření základních podmínek pro poskytování první pomoci, např. zásahem Hasičského záchranného sboru, Horské nebo Vodní záchranné služby, ale i svépomocí, je-li jí třeba.

- Laická zdravotnická první pomoc = soubor základních odborných a technických opatření, která jsou zpravidla poskytována bez specializovaného vybavení.
- Odborná první pomoc = aplikace léků, použití diagnostických a léčebných přístrojů a další výkony, jejichž vykonávání často přísluší pouze lékařům, případně dalšímu zdravotnickému personálu – záchranářům, zdravotním sestřám (BYDŽOVSKÝ, 2001).

Právní problematika poskytování první pomoci

Zákonů upravujících právní aspekty poskytování první pomoci a týkajících se zdravotnictví a péče o zdraví spoluobčanů je mnoho, a daly by se zařadit do několika kategorií podle oboru činnosti které se týkají. Mezi stěžejní v kategorii poskytování první pomoci by se dal zařadit Zákon o péči a zdraví lidu (č. 20/1966Sb. v platném znění, vyhlášeném v úplném znění zákonem č. 86/1992Sb. a poté dále novelizované zákony č. 590/1992SB., č. 15/1993Sb., č. 161/1993Sb., č. 307/1993Sb., 60/1995Sb., nálezem Ústavního soudu ČR č. 206/1996Sb. a zákony č. 14/1997Sb., č. 79/1997Sb., č. 110/1997Sb., č. 83/1998Sb. a č. 167/1998Sb.) upravuje základní zásady péče o zdraví lidu, účast občanů, zaměstnavatelů, státních orgánů a zdravotnických zařízení v této oblasti, definuje obsah a druhy zdravotnické péče (zde § 17, odst. 2 zmiňuje přednemocniční neodkladnou péči a dopravu nemocných a § 18b uvádí zdravotnickou záchrannou službu a odkazuje na prováděcí předpis pro tuto odbornost), pojednává o zdravotnické soustavě a o pracovnících ve zdravotnictví (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003).

Dalším je trestní zákon o neposkytnutí první pomoci č. 140/1961 § 207 (1) – kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok. Č. 140/1961 § 207 (2) – kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na 2 léta nebo zákazem činnosti. Č. 140/1961 § 208 – 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 3 léta nebo zákazem činnosti (BYDŽOVSKÝ, 2001).

Ke stručnému výčtu právních norem bych ještě k těm základním přiřadila povinnost mlčenlivosti. Umění nakládat se skutečnostmi, které jsem se dozvěděl při poskytování první pomoci nespadá pouze pod etické a morální normy, ale je i součástí právních norem.

V souladu s Úmluvou i Listinou je pak povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků upravena právními normami na úrovni zákonů, kdy těžiště této úpravy najdeme v ustanovení § 55 odst. 2 písm. d) a § 67b – 67e zákona 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Dalším pramenem v podobě obecně závazného právního předpisu je zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, který zahrnuje mezi citlivé osobní údaje mimo jiné i informace o zdravotním stavu, sexuálním životě subjektu údajů a jakékoliv biometrické nebo genetické údaje (UHEREK, 2008).

2.1.1. Preventivní opatření

Problematika prevence úrazů je ve své pestrosti velmi složitá, neboť existuje nesčíslné množství lidských činností, při kterých může dojít k újmě na zdraví. Naopak však existuje několik zásadních zásad, které mají obecnou platnost na pracovišti, v dopravě, v domácnosti, při sportu a podobně. Ty nejzákladnější můžeme vyjmenovat – vykonávat jen ty činnosti, které dokonale znám, používat jen nástroje a pomůcky v bezvadném stavu, při činnostech vyžadujících použití ochranných pomůcek tuto zásadu nikdy nepodceňovat, vždy je třeba respektovat upozornění a návody, nikdy se nepokoušet o výkony, na které nejsem dostatečně připraven, nepředvádět se (JUKL, 2002).

Tonutí

Při tonutí dochází k hypoxii a asfyxii s následnou srdeční zástavou, pokud dlouhodobá asfyxie přetrvává, hovoříme o utonutí (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003). První pomoc spočívá ve vytažení tonoucího z vody, zde je nutné důrazně apelovat na vlastní bezpečnost, přítomnost dospělého a objektivní posouzení vlastních sil.

Úraz elektrickým proudem

Proniknutí elektrického proudu do těla nebo zasažení atmosférickou elektřinou (bleskem) může vyvolat závažné poruchy srdeční činnosti, činnosti mozku i poškození kůže a hlubších tkání. Ze všech postižených na elektrický úraz umírá přibližně 30% zasažených vysokým napětím, 10% zasažených nízkým napětím a 40% zasažených bleskem (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003).

Stejně jako v předchozím odstavci je nutné upozornit na vysoké riziko poškození zachránce a dodržení preventivních opatření – odstranění zdroje elektrického proudu (vytažení šňůry ze zásuvky, vypnutí jističe, odstranění zdroje proudu nevodičem).

Dopravní úrazy

Závažnost dopravních nehod se může různit, od pádu z kola po hromadnou srážku s mnoha postiženými. Často bude bezpečnost na místě nehody vážně ohrožena, zejména projíždějícími vozidly. Je nezbytné místo nehody zabezpečit, než začneme ošetřovat poraněné. Toto opatření chrání vás samotné, postiženého i ostatní uživatele silnice. Jakmile je místo bezpečné, rychle vyhodnoťte postižené a stanovte priority ošetření. Přednostně pomozte těm, kteří potřebují neodkladnou první pomoc (CITOVÁ, 2004).

Postup na místě nehody je zakotven v Zákonu č. 361/2000 Sb. § 47 odst. 2 a následující.

Manipulace s ohněm a výbušninami

I když již nedochází k narůstajícímu počtu popáleninových úrazů, vysoká úmrtnost a morbidita, velmi vysoké finanční náklady spojené s léčením termického úrazu a hlavně trvalé nebezpečí vzniku hromadného úrazu nás nutí věnovat se ve zvýšené míře předcházení těchto úrazů, a pokud již takovýto úraz vznikl, tak i adekvátní první laické i lékařské pomoci, která mnohdy rozhoduje o dalším průběhu léčby (POKORNÝ A KOL., 2003).

Vzhledem k závažnosti tohoto poranění a trvalým následkům je potřebné neustále varovat před neopatrnou a nesprávnou manipulací s ohněm a výbušninami jednak teoreticky, ale hlavně praktickou ukázkou následků popálenin.

2.2. Život zachraňující úkony

2.2.1. Diagnostika životních funkcí a vyšetření poraněného

Vyšetření poraněného

Orientační posouzení stavu poraněného provádíme svými smysly – zrakem, hmatem, sluchem, čichem, to znamená pohledem, pohmatem a poslechem. Vyšetření provádíme opakovaně, abychom mohli posoudit vývoj onemocnění či úrazu, zpřesnit diagnózu a upravit postupy poskytování první pomoci. Primárně při příchodu k poraněnému kontrolujeme stav vědomí hlasitým oslovením, eventuálně zatřesením. Vědomí je komplexní funkcí mozku, jak neporušené funkce ascendentního retikulárního aktivačního systému, tak mozkové kůry, a v neposlední řadě i jejich vzájemného působení. Zahrnuje vigilitu, schopnost abstrakce, schopnost vernalizace, schopnost hodnocení, ale i kategorii uvědomění si sebe i souvislostí a vztahů (POKORNÝ A KOL., 2003).

Diagnostika dechu

K diagnostice dechu opět využíváme smyslů. Kontrolujeme dýchání zrakem – pohyby hrudníku, hmatem – pohmat v oblasti břicha a závan vzduchu vedoucí z dutiny ústní při přiložení dlaně k ústům, sluchem – slyšitelné vydechování. K základním znalostem získaným na základní škole by měla patřit informovanost o fyziologické hodnotě dechu u dospělého i dítěte.

Diagnostika srdeční činnosti

Zjišťování srdeční akce se provádí pohmatem na krční tepně dvěma prsty vždy jen na jedné straně po dobu minimálně 30sekund. Opět vycházíme z faktu, že by každý měl znát údaje o fyziologické hranici tepové frekvence u dospělých i dětí. Pohmatem zjišťujeme nejen počet tepů za jednu minutu, ale také hmatatelnost tepu, jeho pravidelnost a hloubku.

2.2.2. Poruchy vědomí

Bezvědomí

Vědomí je funkcí centrálního nervového systému. Podmínkou normálního stavu vědomí je neporušená stavba nervových buněk a dostatečná dodávka energetických zdrojů (kyslíku a glukózy) funkčním krevním oběhem. Nezbytná je rovněž metabolická rovnováha organismu, jež může být narušena toxickým působením látek vznikajících při poruchách metabolismu nebo přívodem jedovatých látek ze zevního prostředí (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003).

Stav bezvědomí ohrožuje poraněného na životě. S jakými následky bezvědomí se bude poraněný potýkat závisí mimo jiné na včasné diagnostice příčiny bezvědomí. Nad bezvědomým pacientem může v diagnostice pomoci jakýkoli detail, uvažování musí probíhat všemi možnými směry, avšak rychle, protože času je málo, informací též a terapie musí probíhat souběžně s uvažováním, rozhodně dříve, než se diagnostický problém vyjasní (POKORNÝ A KOL., 2003).

V krátkosti bych ještě k této diagnóze podotkla, jak nesmírně a životně důležitá je správně poskytnutá první pomoc. V seznamu literatury je dostatek zdrojů ke studiu, nicméně kontrola životních funkcí popřípadě zhodnocení stavu bezvědomí podle Glasgowské stupnice (Příloha č.1) společně se záklonem hlavy, jsou úkony zachraňujícími život.

Epileptický záchvat

Epilepsie je onemocnění projevující se generalizovanými nebo parciálními (lokalizovanými) křečemi jakožto nespecifickou reakcí na poruchy nejrůznějšího typu (též epilepsie sekundární, symptomatická), popř. bez jakékoli zjištěné příčiny (epilepsie primární, esenciální, idiopatická). V přednemocniční etapě se nejčastěji setkáváme s generalizovaným záchvatem tonicko-klonických křečí, tzv. grand-mall (velkým) záchvatem (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003).

Mdloba

V praxi se nejčastěji setkáváme s krátkodobou (přechodnou) poruchou vědomí, která bývá označována jako synkopa, kolaps, mdloba. Jde o přechodné nedokrvění mozku a pacient se většinou během chvíle probírá i bez pomoci (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003).

2.2.3. Zástava životních funkcí

Postup PP u dospělého

Snaha o zlepšení přežívání obětí srdeční zástavy vedla k zavedení jednoduchých a účinných postupů základní a rozšířené resuscitace. Ani toto nejnovější doporučení komise European Resuscitation Council pro provádění neodkladné a rozšířené kardiopulmonální resuscitace (KPR) však ještě není konečné, výzkumy i v tomto směru stále pokračují a lze očekávat změny respektující nejnovější poznatky (KURZOVÁ, MÁLEK, 2006). Změny v KPR byly zveřejněny k 28. listopadu 2005.

Nový postup má opět na prvním místě diagnostiku srdeční zástavy a volání rychlé zdravotnické pomoci. Poté je třeba zevní masáže srdce zahájit KPR. Pro co nejvyšší efekt musejí být minimalizovány pauzy v kompresích. Při jejich přerušení klesne průtok koronárními artériemi a je třeba několika dalších k obnovení průtoku na původní hodnotu. Při jednom zachránci je pro co největší efektivitu KPR nově stanoven poměr kompresí a ventilace na 30:2 u dospělých i u dětí (kromě kojenců) se zástavou mimo nemocnici. Pokud je k dispozici defibrilátor, je v případě monitorované fibrilace komor použit jako první opatření (KURZOVÁ, MÁLEK, 2006).

Postup PP u dětí

Laický zachránce má při zástavě oběhu u dítěte užít při KPR poměr kompresí hrudníku a umělých vdechů 30:2, resuscitace se zahájí 5 iniciačními vdechy a pokračuje poměrem 30:2, stejně jako u dospělých. U kojenců (do 1 roku) se pokyny pro resuscitaci nemění (KURZOVÁ, MÁLEK, 2006). Odlišně je stanoven poměr

resuscitace pro novorozence 3:1. Resuscitace u novorozence úzce souvisí s porodními komplikacemi, zásah laiků v této věkové skupině je krajně nepravděpodobný (HASÍK, 2006).

2.2.4. Šokové stavy

Šok je hemodynamická porucha, natolik závažná, že dodávka kyslíku (DO_2) nestačí krýt metabolickou potřebu tkání. Základní příčinou je nepoměr mezi objemem krevního řečiště a jeho náplní. Šok je dynamický vývoj stavu, kdy hypoperfúze vede nejprve k selektivní tkáňové hypoxii, následně k poruše metabolismu z energetického rozvratu, morfologickým změnám ve tkáních a poruše orgánových funkcí. Šok zahrnuje celý komplex patofyziologických procesů, a jestliže progreduje a není léčen, vede nevyhnutelně k buněčné smrti, orgánovému selhání a smrti postiženého (POKORNÝ A KOL., 2003).

Závažným stavem obávaným v laické první pomoci je prudká alergická reakce neboli anafylaktický šok.

Může jít o pravou anafylaxi nebo anafylaktoidní reakci. V obou případech jsou nejčastějšími spouštěči léky, hormonální preparáty, výrobky ze séra, některé potraviny (zejména ovoce, ořechy a korýši), jedy (zejména včelí žihadlo), intravenózní kontrastní látky obsahující jód, hydroxyetylškrob a ABO inkompatibilní krev a krevní produkty (ADAMS, HAROLD, 1999).

2.2.5. Krvácení

Náhlá ztráta většího množství krve vede k ohrožení života selháním krevního oběhu s příznaky hemoragického šoku. Příčinou oběhového selhání je pokles náplně krevního řečiště s následným nedostatečným prokrvením tkání a orgánů (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003).

Pro větší přehlednost dělíme krvácení dle typu cévy z které krvácení pochází na tepenné, žilní a vlásečnicové, dále dle zdroje na úrazové zevní, úrazové vnitřní a neúrazové krvácení.

Ošetření spočívá ve dvou základních krocích – zvednutí krvácející rány nad úroveň srdce, tlak krve v poraněné cévě se sníží a krvácení se omezí nebo zastaví, provedení tlaku na poraněnou cévu – stisknutí velké krvácející cévy prsty přímo v ráně nebo stisknutím tlakového bodu a přiložením tlakového obvazu na menší poranění (SRNSKÝ, 2007).

2.2.6. Poranění břicha a hrudníku

Poranění břicha

V současné době převládají břišní poranění sdružená, nejčastěji s poraněním hlavy, končetin, ale také s poraněním pánve, páteře a hrudníku. V evropských zemích se jedná většinou o poranění zavřená a dochází k nim až v 75% při úrazech dopravních, méně při pracovních a sportovních. V amerických statistikách jsou v popředí poranění otevřená – střelná a bodná při úrazech kriminálních. Bohužel, i u nás střelných, bodných a střepinových poranění přibývá. Prognóza je závislá nejen na rozsahu poranění, ale též na včasné diagnostice a na včasném operačním řešení (POKORNÝ A KOL., 2002).

Vznikají nejčastěji přímým nárazem nebo stlačením. Přenesením tlaku do břišní dutiny dochází především k roztržení parenchymatózních orgánů s krvácením nebo k úrazovému proděravění trávicího ústrojí. Z orgánů retroperitonea jsou nejzávažnější poranění ledvin, slinivky břišní a ruptury močového měchýře či uretry, obvykle sdružená se zlomeninami pánve. Zlomeniny pánve jsou navíc zdrojem rozsáhlého krvácení (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003).

Poranění hrudníku

V Evropě je převážná většina poranění hrudníku zavřená – penetrujících poranění je pouze 8-10%. Závažnost poranění graduje od prostých kontuzí, přes zlomeniny žeber až po komplexní poranění hrudníku, která pak bezprostředně

ohrožují život raněného kardiorepiračním selháním. Pro diagnostiku, léčení i prognózu poranění je podstatné, zda se jedná o zranění izolované, vícečetné nebo polytrauma. U polytraumatizovaných zvyšuje těžké poranění hrudníku morbiditu i mortalitu. Při hrudních poraněních hrozí selhání ventilace nebo oběhu, případně kombinované selhání obou těchto vitálně důležitých funkcí (POKORNÝ A KOL., 2002).

2.2.7. Termická poranění

Termické úrazy vznikají vlivem vysokých nebo naopak nízkých teplot na lidský organismus. Místním působením nadměrně vysokých teplot vznikají popáleniny a příliš nízkých teplot omrzliny. Celkové působení horkého prostředí vyvolá vznik přehřátí, delší pobyt v chladném prostředí zase podchlazení organismu (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003).

Poranění teplem

Popáleninové trauma je definováno jako úraz vzniklý nad prahovým účinkem tepelné energie. Tepelnou reakcí jsou provázeny elektrické, chemické a radiační procesy. Obecně jsou to všechny exotermní reakce. Pro popáleniny je ročně léčeno v průměru 1% obyvatelstva (3% hospitalizováno, 97% ambulantně). Děti představují cca 40% všech poraněných, s převahou dětí předškolního věku (POKORNÝ A KOL., 2002).

Zejména s ohledem na trvalé následky popálenin je třeba dbát na důslednou prevenci manipulaci s ohněm a výbušninami. Neméně důležitý je faktor správného a včasného poskytnutí první pomoci laickými záchránci, což vede ke zmírnění následků popálenin.

Přehřátí organismu vzniká delším pobytem v teplém, eventuálně i vlhkém prostředí, kdy v důsledku přehřívání dochází ke ztrátě tekutin, poruše termoregulace a vzestupu tělesné teploty až na 41 stupňů Celsia. V závislosti na přesném charakteru vyvolávající příčiny a dalších okolností může jít o úžeh (v důsledku nadměrné expozice přímého UV záření – slunce), nebo o úpal (působení horka při selhání mechanismu k eliminaci tepla z organismu) (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003).

Poranění chladem

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

Delším působením chladu na organismus, zvláště ve větru, dešti nebo sněhu a při nedostatečném oblečení, může dojít k závažnému podchlazení, kdy tělesná teplota klesá pod 36°C. Negativně se na vzniku podchlazení uplatňují i tělesné vyčerpání a zejména požití většího množství alkoholu, který zvyšuje ztrátu tělesného tepla a snižuje schopnost vnímání hrozícího nebezpečí (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003).

2.3. Poleptání

Postižení kůže a sliznic poleptáním některými chemikáliemi může mít charakter suché, tzv. koagulační nekrózy, je-li způsobeno kyselinou, nebo rozbředlé, tzv. kolikvační nekrózy, je-li důsledkem působení louhu. Závažnost poleptání je vždy přímo úměrná kyselosti (resp. zásaditosti) kyseliny (louhu), její koncentraci a době působení na tkáň. Poleptání sliznic je vždy závažnější než poleptání kůže (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003).

2.4. Interní onemocnění

Infarkt myokardu

Akutní infarkt myokardu vzniká, dojde-li ke kritickému nepoměru mezi nabídkou a poptávkou po kyslíku v srdeční svalovině. Zmíněný stav může být způsoben poruchou průchodnosti koronárních arterií, zvýšenými nároky myokardu na kyslík, které není možno uspokojit (i při intaktním koronárním řečišti) nebo kritickým snížením tlaku v systémové cirkulaci (nedostatečné plnění koronárního řečiště). Nejčastější příčinou akutního infarktu myokardu je zúžení koronárních tepen

ateromovým plátem. Obnovení průtoku postiženou tepnou (byť částečné) během co nejkratší doby může vést k uzdravení srdeční svaloviny a má významný vliv na snížení morbidity a mortality (POKORNÝ A KOL., 2002).

Charakteristická je náhlá prudká bolest svíravého charakteru na hrudníku. Vystřeluje do levého ramene a levé horní končetiny, do krku, do zad. Trvá hodiny až dny, nereaguje na Nitroglycerin buď vůbec nebo málo. Je spojena s úzkostí a často se strachem za smrti (PACOVSKÝ, 1993).

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus neboli úplavice cukrová, cukrovka (dále jen DM) je způsobena nedostatečným působením hormonu vylučovaného slinivkou břišní – inzulínu. DM vzniká v případě, že buňky produkující inzulín jsou zničeny, sekrece inzulínu postupně klesá až vymizí a vzniká DM 1. typu tj. cukrovka celoživotně závislá na přívodu inzulínu zvenčí, nebo slinivka sice inzulín produkuje v normálním nebo dokonce zvýšeném množství, ale inzulín se nemůže uplatnit v působení na buňky z různých příčin vrozených (genetický defekt) nebo získaných (např. obezita, nedostatek pohybu atd.). Tomuto jevu se říká inzulínová rezistence a je zřejmě hlavní příčinou vedoucí k DM 2. typu. Pacienti s tímto typem DM jsou léčeni dietou, tabletami označovanými jako perorální antidiabetika (dále PAD) nebo někdy inzulínem.

Základní pojmy:

- glykémie znamená hladinu glukózy v plazmě, norma 3,5 – 6,1 mmol/l
- hypoglykémie je snížená hladina glukózy v plazmě pod normu
- hyperglykémie je zvýšená hladina glukózy v plazmě nad normu (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003).

Nejdůležitější akutní komplikace diabetu jsou:

1. diabetické (hyperglykemické) kóma
2. hypoglykémie a hypoglykemické kóma

Hypoglykémie, která může vyvrcholit až komatem – bezvědomím, je mnohem častější komplikace než hyperglykemické kóma (PACOVSKÝ, 1993).

2.6. Poranění skeletu

2.6.1. Poranění lebky a páteře

Bohaté cévní zásobení měkkých pokrývek lebky vyvolává při otevřených poraněních zpravidla velké krvácení. Všechny rány musí být radikálně excitovány a revidovány až na skelet, aby nebyla přehlédnuta eventuální fissura, která se někdy nemusí zobrazit na rtg snímku v klasických projekcích. Podmínkou dobrého hojení je pečlivá hemostáza (POKORNÝ A KOL., 2002).

Fraktura kalvy – lineární, fissura – sama o sobě nemá klinický význam, je jen projevem velikosti násilí a odolnosti – tloušťky – lebky. Pokud ji však nalezneme, může být vždy nebezpečí, že došlo k porušení cév v místě fraktury (NEBUDOVÁ, 1998).

Fraktury baze jsou závažnější, projevují se brýlovým hematodem, který se většinou objeví až po několika hodinách – na rozdíl od hematomu z přímého poranění v oblasti očnice, při kterém se hematod včetně otoku objeví ihned po zranění. Při frakturách baze může dojít k potuchám mozkových nervů – čichového, zrakového, lícního, okohybného atd. – a v závažných případech ke kontuzím mozkového kmene (NEBUDOVÁ, 1998).

Kraniocerebrální poranění mají několik klasifikací. Nejvíce vešlo do povědomí široké populace Petitovo dělení na komoce, kontuze a komprese. V současné době je mezi odbornou veřejností preferováno nové klasifikační schéma publikované Plasem.

Rozlišujeme postižení:

- difuzní – mozková komoce, difuzní axonové postižení (DAP), swelling – léčení je konzervativní
- ložiskové – mozkové kontuze – dle stavu je léčení konzervativní nebo operační
- kompresní – nitrolební krvácení: hematomy epidurální a subdurální (akutní – subakutní), intracerebrální, subdurální hygrom – léčení je chirurgické (POKORNÝ A KOL., 2002).

Společenský význam kraniocerebrálních poranění je velký, kraniocerebrální poranění jsou druhou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti, třetí nejčastější příčinou invalidity, a čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí. Ve statistických údajích jsou v jedné skupině uvedeny všechny úrazy a také otravy, kraniocerebrální úrazy představují skupinu, která se nejvíce podílí na tíži zranění, na délce neschopnosti, na invaliditě a mortalitě (NEBUDOVA, 1998).

Páteř je osový orgán lokomočního aparátu lidského těla. Lze říci, že úrazů páteře přibývá. Většinou k nim dochází při dopravních nehodách, při pádech z ovocných stromů, při skocích do mělké vody a nově též při nehodách říditelných padáků a ultra lehkých letadel. Vedle mono traumat je stále častěji poranění páteře součástí polytraumat. Při úrazech páteře je třeba rozhodnout, zda poranění je stabilní nebo nestabilní a zda je přítomna neurologická symptomatologie. Od toho se odvíjí koncepce léčení i celý další osud raněného (POKORNÝ A KOL., 2002).

2.6.2. Poranění pohybového aparátu

Poranění měkkých tkání

Rána je porušení integrity tělesného krytu (POKORNÝ A KOL., 2002).

Z hlediska poskytování první pomoci je pro nás důležité dělení ran na které se můžeme dívat z několika úhlů – jednak dělíme rány podle hloubky postižení tkáně, podle stupně kontaminace rány a podle mechanismu vzniku a zásady jejich ošetření.

Laickou veřejností je dobře chápáno dělení podle mechanismu vzniku, proto bych ho zde uvedla.

Dělení ran podle mechanismu vzniku a zásady jejich ošetření:

- Rány způsobené ostrými předměty: řezné, sečné, bodné. Zdánlivě nenápadná kožní ranka může být ve skutečnosti značně hluboká a poškozovat významné struktury: šlachy, nervy, cévy, kloubní pouzdro. Vizuální revize rány je lepší než sondáž. Zvláště u bodných ran nesmíme zanedbat penetraci do dutin – břicho, hrudník.

- Rány způsobené tupými předměty: tržné, tržně-zhmožděné. Tyto rány mívají rozečkané cípaté okraje, násilí bývá často tangenciálně, takže se v hloubce rány tvoří kapsy a výchlípky. Celou oblast rány je nutno důsledně revidovat a posoudit vitalitu tkání, která je při zhmoždění vždy ohrožena.
- Rány způsobené kousnutím. Jsou to rány s vysokým rizikem infektu. Jsou způsobeny kousnutím lidským nebo zvířecím. Někdy jsou provázeny i tkáňovým defektem. Musíme předpokládat, že do organismu se dostává virulentní infekce. Život ohrožující je vzteklin.
- Rány střelné: podle typu použité zbraně tyto rány dělíme na: a) projektilové – způsobené střelami z ručních zbraní a b) střepinové – střepinami min, granátů, pum apod. Podle charakteru střelného kanálu rozlišujeme: postřely, zástřely, průstřely (POKORNÝ A KOL., 2002).

Poranění kloubů

Nejčastější příčinou poranění kloubů jsou sportovní úrazy, kdy dochází k poranění drobných kloubů (hlezenní kloub, klouby na ruce), nebo při autonehodách, kdy dochází k poškození větších kloubů jako jsou kolenní, kyčelní a ramenní kloub.

Setkáváme se s podvrtnutím (distorsio) – kloubní hlavice se dostává mimo kloubní jamku, ale vrací se zpět. Dochází k porušení cév a vaziva, což má za následek otok, bolestivost a hematom. Závažnějším poraněním kloubu je vykloubení (luxatio). Hlavice opustí jamku, ale nevrací se zpět, končetina zůstává ve vynucené poloze, při pokusu o změnu polohy klade pružinový odpor, vyvolává velkou bolest a vrací se zpět. Nejčastější pro ramenní a kolenní kloub. Luxace rozeznáváme traumatické – úrazem je postižen zdravý kloub, patologické – příčinou je onemocnění kloubu, kongenitální – vrozené (především u kyčelního kloubu). Pokud se kloubní plošky ještě částečně dotýkají, označuje se poranění jako subluxace. Pozdějšími komplikacemi mohou být habituální luxace – opakování luxace v důsledku porušeného kloubního pouzdra (BYDŽOVSKÝ, 2001).

Poranění kostí

Zlomenina je definována jako porucha kontinuity kosti. Je zpravidla úplná, ale může být i neúplná: infrakce či subperiostální fraktura (POKORNÝ A KOL., 2002).

Zlomeniny jako porušení celistvosti kosti vlivem přímého nebo nepřímého násilí obvykle dělíme na otevřené (kdy dochází k proniknutí kostních úlomků přes svalstvo a kůži navenek) a zavřené (kdy zlomenina zůstává krytá svalstvem a neporušenou kůží). U zlomenin dlouhých končetinových kostí dochází vždy ke krvácení jednak z dřeně poraněné kosti a pak z cév okolních tkání. Při otevřených zlomeninách bývá krvácení nápadné a jen zřídka se podhodnotí, zatímco u zlomenin zavřených se často krevní ztráty podceňují (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003).

Dále můžeme zlomeniny členit na úrazové, kdy ke zlomenině dochází působením přímého nebo nepřímého násilí, únavové vznikající přetížením skeletu (např. pochodová zlomenina III. metatarsu), a patologické, které vznikají na základě patologicky změněné kosti (nádory kostí, kostní cysty u mladých lidí, osteoporóza u starých lidí).

Všechny zlomeniny vyžadují šetrné zacházení a pečlivé ošetření, abychom nevhodným pohybem poraněnému nezpůsobili poranění okolních tkání a orgánů (ROUŠAR, 2008).

2.7. Intoxikace organismu a narkomanie

2.7.1. Alkohol a drogová závislost

Jednoznačně nejrozšířenější je intoxikace etanolem (alkoholem), který ovlivňuje GABA receptory (stejně jako benzodiazepiny). Diagnostika obvykle nečiní potíže. Je nutné rozlišit stav, kdy už jsou ohroženy vitální funkce. Dále je třeba aktivně pátrat po známkách poranění, podchlazení, dekompenzace diabetes mellitus či naopak hypoglykémie (POKORNÝ A KOL., 2003).

Drogová závislost – jinými užívanými termíny jsou toxikomanie nebo narkomanie. Jde o onemocnění, které vzniká při občasné nebo soustavné užívání látek s tzv. psychotropním účinkem, které jsou schopny navodit stav chorobné

tělesné nebo psychické závislosti nebo obou typů závislosti současně. Člověk se může stát závislým na jedné látce, ale také na více látkách současně (ERTLOVÁ, MUCHA, 2003).

V naší populaci je nejrozšířenější pervitin, který společně s amfetaminy, extází a kokainem patří do skupiny psychostimulancií. Další skupiny zneužívaných drog jsou kanabinoidy (marihuana, hašiš), halucinogeny (LSD, psylocybin v lysohlávkách, beladonám v durmanu), heroin a opiáty, těkavá rozpouštědla a sedativa s hypnotiky.

2.7.2. Otravy

V širším smyslu můžeme rozlišovat intoxikace endogenní (jaterní selhání, uremické kóma, diabetické kóma) a exogenní, tedy intoxikace noxou z vnějšího prostředí neboli intoxikace v užším smyslu. V terénu se s intoxikacemi můžeme setkat poměrně často. Pestrost klinických obrazů je výslednicí nejen širokého spektra látek, ale závisí na množství dalších faktorů (dávka, doba expozice, doba od expozice, odolnost, věk, přidružené choroby atd.), (POKORNÝ A KOL., 2003).

Opatření při intoxikaci probíhají souběžně ve dvou hlavních směrech, a to je zhodnocení, zajištění, sledování základních životních funkcí postiženého a opatření proti dalšímu prohloubení intoxikace – přerušení expozice, zábrana dalšího vstřebávání, urychlení eliminace, podání antidot. Při pochybnostech o možných účincích látky, která pravděpodobně vyvolala intoxikaci, je možné zavolat toxikologické informační středisko (tel. 224919293 nebo 224915402 nepřetržitě) (POKORNÝ A KOL., 2003).

Některé časté otravy:

- inhalační otravy – intoxikace oxidem uhelnatým (CO) je nejčastější příčinou u požárů, otravu oxidem uhličitým (CO₂) budeme předpokládat při výskytu bezvědomí v silech, vinných sklepech, jímkách a jeskyních. Je to vlastně otrava z nedostatku kyslíku. CO₂ vyvolá anestezii, nevolnost, závrať a bezvědomí, dochází nejen k hypoxii, ale i významné hypoventilaci. Inhalace dráždivých plynů (čpavek, chlór, chlorovodík, oxidy síry, oxid dusíku, formaldehyd, výpary kyseliny dusičné a sírové, fosgen) může vést až

k rozvoji inhalačního traumatu, zejména když k inhalaci dráždivých plynů došlo při požáru.

- léky – mezi časté otravy, většinou suicidiální, patří intoxikace léky, často i v kombinaci s alkoholem. V současnosti bývá nejrozšířenější použití benzodiazepinů.
- organofosfáty – používají se jako insekticidy, dříve se používaly jako bobkové otravné látky. U této otravy je nutná povrchová dekontamice za přísných bezpečnostních opatření pro zachraňující.
- otravy potravinami a houbami – často jde o nepravé otravy – podráždění gastrointestinálního traktu, gastroenteritidu, psychogenní nadstavbu po nevolnosti po požití hub. V každém případě však odesíláme vzorek jídla na mykologický rozbor. Pravé otravy houbami mají několik různých syndromů: hepatorenální, nefrotický, neurotoxický, psychotropní, gastroenterický.
- živočišné jedy – biogenní aminy (histamin, dopamin, noradrenalin) a proteiny obsažené v hmyzím bodnutí vyvolávají nejčastěji alergickou reakci, její nejtěžší formou je anafylaktický šok. Hadí jedy jsou látky multikomponentální, jsou to polypeptidy, charakteristické velkou variabilitou příznaků (POKORNÝ A KOL., 2003).

2.8. Podněty k tvorbě nových kurikul a jejich struktura

Čtyři pilíře vzdělávání

Nová kurikulární politika a její směry nejsou „výmyslem“ vedení ministerstva nebo pracovníků VÚP, ale vycházejí ze Zprávy Mezinárodní komise UNESCO „Vzdělávání pro 21. století“ s názvem „Učení je skryté bohatství“. V této zprávě jsou uvedeny čtyři pilíře vzdělávání, které doporučuje UNESCO svým členským zemím.

Jsou to:

- učit se poznávat
- učit se jednat
- učit se žít mezi lidmi
- učit se být

Česká škola je tradičně dobrá v realizaci prvního pilíře – v oblasti poznávání. Nepočítá však příliš s jeho obohacováním všemi formami zkušeností a nestaví na předpokladu, že se žák má především učit se učit. Zbývající tři pilíře jsou tradiční slabinou české školy (PECHÁNEK, 2005).

Bílá kniha

Národní program rozvoje vzdělávání – koncepční dokument českého školství. Stanovuje cíle, kterých má být ve vzdělávání dosaženo, ale nestanovuje čas, ve kterém má být těchto cílů dosaženo. Pozitivem tohoto dokumentu je (zatím) jeho nadčasovost, protože se k němu přihlásily všechny dosavadní vlády, které u nás vznikly po jeho přijetí (PECHÁNEK, 2005).

Bílá kniha popisuje předškolní, základní a střední vzdělávání z hlediska:

- změny cílů a obsahů vzdělávání
- zvyšování kvality vzdělávání
- změny v postavení pedagogických pracovníků jako nositelů změn ve vzdělávání
- určuje hlavní strategickou linii vzdělávací politiky (PECHÁNEK, 2005).

Státní program vzdělávání

Státní vzdělávací program je nejobecnějším stanovením cílů vzdělávání pro všechny školy, východiskem pro tvorbu rámcově vzdělávacích programů. Zajišťuje také soudržnosti celé školské soustavy. Je konsensuálním dokumentem, přesně zasazeným do kontextu školských zákonů, závazným pro všechny účastníky a garantovaným státem (PECHÁNEK, 2005).

Rámcově vzdělávací program

Rámcově vzdělávací programy vycházejí z principu dvoustupňového kurikula. Vymezuji povinný rámec státem garantovaného vzdělávání. Stanoví základní cílové požadavky na kompetence absolventů a od nich odvozený obsah vzdělávání. To zajišťuje srovnatelnou úroveň získaného vzdělání a získaných kvalifikací v daném vzdělávacím stupni. V obsahově různorodém systému odborného vzdělávání je tato koncepce mimořádně důležitá, neboť určuje jasná pravidla pro všechny vzdělavatele.

Školám je současně poskytnut prostor pro uplatnění jejich samostatnosti při tvorbě vlastních školních vzdělávacích programů (PECHÁNEK, 2005).

Principy Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání:

- navazuje svým pojetím na RVP PV a je východiskem pro koncepci rámcových vzdělávacích programů pro střední vzdělávání;
- vymezuje vše, co je společné a nezbytné v povinném základním vzdělávání žáků, včetně vzdělávání v odpovídajících ročnících víceletých středních škol;
- specifikuje úroveň klíčových kompetencí, již by měli žáci dosáhnout na konci základního vzdělávání;
- vymezuje vzdělávací obsah – očekávané výstupy a učivo;
- zařazuje jako závaznou součást základního vzdělávání průřezová témata s výrazně formativními funkcemi;
- podporuje komplexní přístup k realizaci vzdělávacího obsahu, včetně možnosti jeho vhodného propojování, a předpokládá volbu různých vzdělávacích postupů, odlišných metod, forem výuky a využití všech podpůrných opatření ve shodě s individuálními potřebami žáků;
- umožňuje modifikaci vzdělávacího obsahu pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami;
- je závazný pro všechny střední školy při stanovování požadavků přijímacího řízení pro vstup do středního vzdělávání.

RVP ZV je otevřený dokument, který bude v určitých časových etapách inovován podle měnících se potřeb společnosti, zkušeností učitelů se ŠVP i podle měnících se potřeb a zájmů žáků (JEŘÁBEK A KOL., 2005).

Školní vzdělávací program

Na vzdělávací program lze pohlížet jako na projekt výuky vytvořený za účelem překlenutí výkonnostní mezery u jedince či skupiny osob. Při tvorbě vzdělávacího programu je možno využít znalosti dvou základních postupů tvorby projektu: buď budoucnost vychází plynule ze současného stavu, nebo víme, že budoucnost bude

zásadně odlišná od současnosti. Pro získání účinné verze vzdělávacího programu se vzniklý projekt opakovaně prověřuje v praxi (pilotní verze, definitivní verze, verze k realizaci) a to, co není funkční, se postupně vylepšuje. Nabídnout nekvalitní vzdělávací program je nezodpovědné, neboť jde o službu mající nevratný charakter (PRÁŠILOVÁ, 2006).

(1) Školní vzdělávací program pro vzdělávání, pro nějž je podle § 3 odst. 2 vydán rámcový vzdělávací program, musí být v souladu s tímto rámcovým vzdělávacím programem; obsah vzdělávání může být ve školním vzdělávacím programu uspořádán do předmětů nebo jiných ucelených částí učiva (například modulů).

(2) Školní vzdělávací program pro vzdělávání, pro nějž není vydán rámcový vzdělávací program, stanoví zejména konkrétní cíle vzdělávání, délku, formy, obsah a časový plán vzdělávání, podmínky přijímání uchazečů, průběhu a ukončování vzdělávání, včetně podmínek pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, označení dokladu o ukončeném vzdělání, pokud bude tento doklad vydáván. Dále stanoví popis materiálních, personálních a ekonomických podmínek a podmínek bezpečnosti práce a ochrany zdraví, za nichž se vzdělávání v konkrétní škole nebo školském zařízení uskutečňuje.

(3) Školní vzdělávací program vydává ředitel školy nebo školského zařízení. Školní vzdělávací program ředitel školy nebo školského zařízení zveřejní na přístupném místě ve škole nebo školském zařízení; do školního vzdělávacího programu může každý nahlížet a pořizovat si z něj opisy a výpisy, anebo za cenu v místě obvyklou může obdržet jeho kopii. Poskytování informací podle zákona o svobodném přístupu k informacím tím není dotčeno (Zákon č. 561/2004 Sb., §5).

2.8.1. Zákony a vyhlášky

Procesy tvorby a realizace školního vzdělávacího programu jsou propojeny s řadou ustanovení v právních předpisech. V některých případech nalezneme v paragrafech zákonů a vyhlášek přímé odkazy na školní vzdělávací program, jindy se jedná o méně zřetelné vazby, které je ale nutné při vytváření školního kurikula respektovat (KITZBERGER, 2005).

Nejdůležitější normou, kterou se musí škola při tvorbě i používání ŠVP řídit, je samozřejmě zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (dále jen „školský zákon“). Zde jsou zakotveny základní principy, kterými se vzdělávací programy zavádějí do škol.

Systém vzdělávacích programů zavádí §3. Uzákoňuje se jím zcela nově tzv. dvoustupňové kurikulum, které poskytuje školám značnou míru autonomie v otázkách stanovení obsahu vzdělávání.

Povinnost školy vést svůj ŠVP je ještě zakotvena v § 28, odst. 1 – zde je přehled povinné dokumentace škol a podle písm. d) je povinnou dokumentací také ŠVP.

Klíčovým dokumentem, který je pro školu jistě samozřejmostí, ale na který bychom neměli zapomínat ani při tvorbě zásadních kutikulárních dokumentů, je Úmluva o právech dítěte č. 104/1991 Sb. (KITZBERGER, 2005).

Ucelený přehled důležitých zákonů a vyhlášek je zakotven ve Sbírce zákonů č. 317 z roku 2008. Lze tam nalézt úplné znění zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), jak vyplývá ze změn provedených zákonem č. 383/2005 Sb., zákonem č. 112/2006 Sb., zákonem č. 158/2006 Sb., zákonem č. 161/2006 Sb., zákonem č. 165/2006 Sb., zákonem č. 179/2006 Sb., zákonem č. 342/2006 Sb., zákonem č. 624/2006 Sb., zákonem č. 217/2007 Sb., zákonem č. 296/2007 Sb., zákonem č. 126/2007 Sb., zákonem č. 343/2007 Sb., zákonem č. 58/2008 Sb., zákonem č. 189/2008 Sb., zákonem č. 242/2008 Sb. a zákonem č. 243/2008 Sb.

2.9. Základní principy tvorby ŠVP

V knize Školní vzdělávací program krok za krokem je doporučen postup tvorby ŠVP ve dvaceti bodech. Vzhledem k tomu, že mým úkolem není vytvoření ŠVP, i když se tomuto velmi blíží, ale tvorba koncepce výuky první pomoci, vybrala jsem si některé body vztahující k mé práci.

Vybrané kroky tvorby ŠVP:

3. Promyslete a sepište hrubý plán tvorby ŠVP ve škole.
6. Podle odpovědí na otázky: „Co všechno tedy bude třeba udělat pro vytvoření našeho ŠVP? Jakými kroky budeme muset projít? Co je třeba zvládat pro tvorbu ŠVP?“ můžete nyní upřesnit plán práce na ŠVP ve škole.
10. Práce s cíli základního vzdělávání z RVP – dílna. Seznamte se s obecnými cíli základního vzdělávání, které uvádí RVP na straně 5 a 6. Měli byste nabídnout učitelům takové aktivity, aby se s cíli nejen seznámili, ale aby jim porozuměli.
11. Na práci s cíli naváže dlouhý blok práce s klíčovými kompetencemi (asi nejdelší část tvorby).
12. Hned na práci s klíčovými kompetencemi musí navazovat promyšlení toho, jak vlastně vyhodnocovat rozvíjení klíčových kompetencí.
13. Když budete mít jakž takž rozpracované klíčové kompetence a k nim i hodnocení, přijde čas na práci s očekávanými výstupy oborů.
14. Ještě dříve, než s promyšlením očekávaných výstupů budete hotovi, věnujte první pohled učebnímu plánu (a dále máme na paměti, že tu je a že není nafukovací).
15. Možná, že se u průřezových témat zastavíte už dříve, ale pokud ne, máte v tuto chvíli nejvyšší čas je prostudovat a promyslet, co s nimi ve svém školním programu provedete.
17. V další fázi se pustíte do tvorby osnov ...
18. ... a sestavíte učební plán.
19. Znovu se vrátíte k hodnocení a budete formulovat obecné přístupy školy k hodnocení žáků a jejich pokroku.
20. A nakonec promyslíte systém evaluace a sebeevaluace školy (KOŠTÁLOVÁ, 2005).

Nastolená reforma školství klade velké nároky na učitele, na jejich sebevzdělávání, na osobní kvality, dalo by se říci, že zvládat toto náročné povolání se ctí lze pouze pokud ho učitel bere jako poslání. Má před sebou totiž těžký úkol.

Vychovat z dětí osoby, pro které bude přirozené chtít se učit – vzdělávat se, umět řešit nejrůznější problémy, s přehledem komunikovat a spolupracovat, jednat jako řádní a aktivní občané a mít návyky k jakékoli práci. Již tedy nejde o to, aby žák uměl nazpaměť události a letopočty nebo aby vyjmenoval všechny pravostranné přítoky asijského veletoku. Tudíž zbývá jediný krok: změňme sami sebe (HOŠTIČKA, 2005).

2.10. Stávající koncepce výuky první pomoci na základních školách

Jaká je současná situace ve výuce první pomoci je zřetelně popsáno v Příloze č. 2 k č.j. MZDR 2088-10/2009/KRP (viz. Příloha č. 2). Problematikou výuky chování žáků za mimořádných situací se zabývalo Ministerstvo školství od roku 1973 až do roku 1991, kdy branná výchova byla povinným předmětem. Po listopadové revoluci se výuka branné výchovy jevila jako zbytečná. Tuto skutečnost vyvrátily až povodně v roce 2002, kdy se vláda společně s ministerstvy a IZS začala vážně zabývat vytvořením podkladů pro obnovení výuky jednání žáků za mimořádných okolností. V současné době je zařazena tematika výuky ochrany obyvatelstva za mimořádných okolností do všech ročníků základní školy, speciální školy a víceletých gymnázií v rozsahu minimálně (spíše maximálně) 6 hodin ročně. To se jeví jako absolutně nedostačující, zejména v oblasti poskytování první pomoci, takže záleží na iniciativě každého ředitele, jak k výuce přistoupí. Proto se stále objevují snahy vytvořit ucelenou koncepci výuky první pomoci.

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. Cíle

- zjistit postoje pedagogů druhého stupně k možnosti výuky první pomoci jako samostatného předmětu a zároveň zjistit úroveň základních znalostí první pomoci
- vytvoření koncepce výuky první pomoci v osmých třídách základních škol

3.2. Úkoly práce

Z daných cílů vyplývají tyto úkoly:

1. Na základě studia odborné literatury vytvořit základní písemný přehled odborných znalostí potřebných k výuce první pomoci a současně zjistit potřebné informace k tvorbě ŠVP.
2. Ve spolupráci s vedoucím práce vytvořit dotazník pro pedagogy.
3. Kontaktovat a získat potřebný počet respondentů pro vyplnění dotazníků.
4. Vyhodnotit získaná data.
5. Provést analýzu výsledků a diskuzi k nim.
6. Vytvořit koncepci výuky první pomoci.

3.3. Výzkumné otázky

1. Jaké jsou postoje pedagogů k výuce první pomoci – zařazení do vyučování, četnost výuky, potřeba výuky první pomoci, účast odborného lektora.
2. Jaká je informovanost pedagogů o základních úkonech první pomoci.

3.4. Použité metody

Při sestavování bakalářské práce byly použity následující metody:

- obsahová analýza literatury
- dotazník (Příloha č.4)

V teoretické části jsem prováděla rozbor odborné literatury z ověřených aktuálních zdrojů. Snažila jsem se stručně postihnout všechna témata vhodná pro výuku první pomoci v osmých třídách.

Dotazník vlastní konstrukce k mé práci byl vytvořen v roce 2009 ve spolupráci s vedoucím bakalářské práce. Obsahuje tři části:

1. Úvodní část se skládá z informací o účelu dotazníku, pokynů k vyplnění a poděkování za vyplnění dotazník.
2. První část dotazníku tvoří sedm otázek na téma organizace výuky první pomoci.
3. Druhá část dotazníku obsahuje test základních znalostí první pomoci.

Získaná data byla zpracována ve formě grafů, bylo k nim připsáno vyhodnocení a diskuze.

3.5. Vlastní výzkum

Dotazníky jsem rozdala na základní a speciální školy kraje Vysočina k rukám pedagogů druhého stupně. Optimální by bylo provádět výzkum u pedagogů s aprobací biologie a tělesná výchova, ale vzhledem k nízkému počtu respondentů jsem o vyplnění dotazníku požádala všechny učitele. Zpět se mi vrátilo 35 dotazníků. Vyhodnocení jsem provedla formou grafů. Na jeho základě jsem zpracovala koncepci výuky první pomoci v osmých třídách.

4. VÝSLEDKY A DISKUZE

Vyhodnocení dotazníku pro pedagogy II.stupně základních a speciálních škol

Vyhodnocení jednotlivých otázek první části dotazníku.

Otázka č. 1

Jaká je Vaše aprobace?

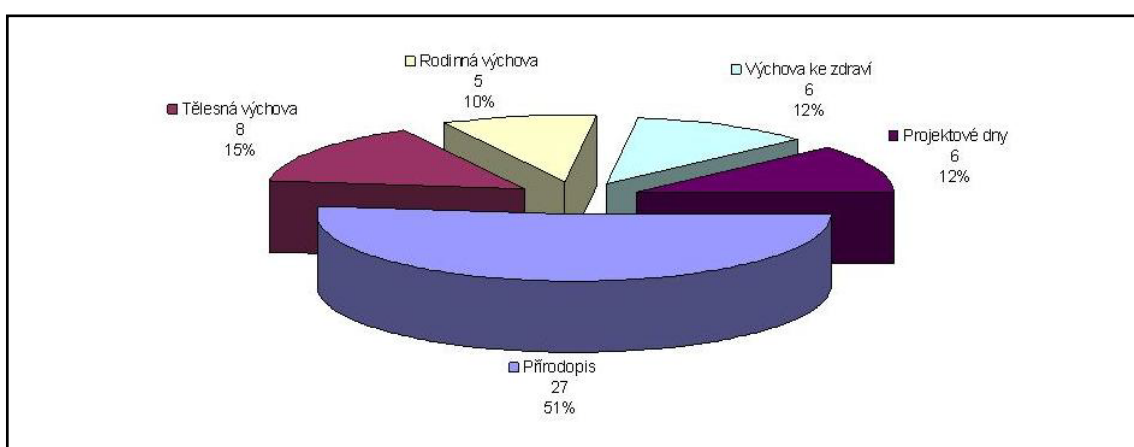
V ideálním případě by bylo nejlepší, pokud by odpovídali pedagogové s aprobací biologie. Bohužel by se jednalo o velmi málo respondentů a za druhé straně se výuka první pomoci prolíná i s jinými předměty. Proto je v dotazníku zahrnuto celé spektrum aprobací druhého stupně základní školy a speciální školy. V neposlední řadě by základní znalosti první pomoci měly být součástí vědomostí každého člověka.

Otázka č. 2

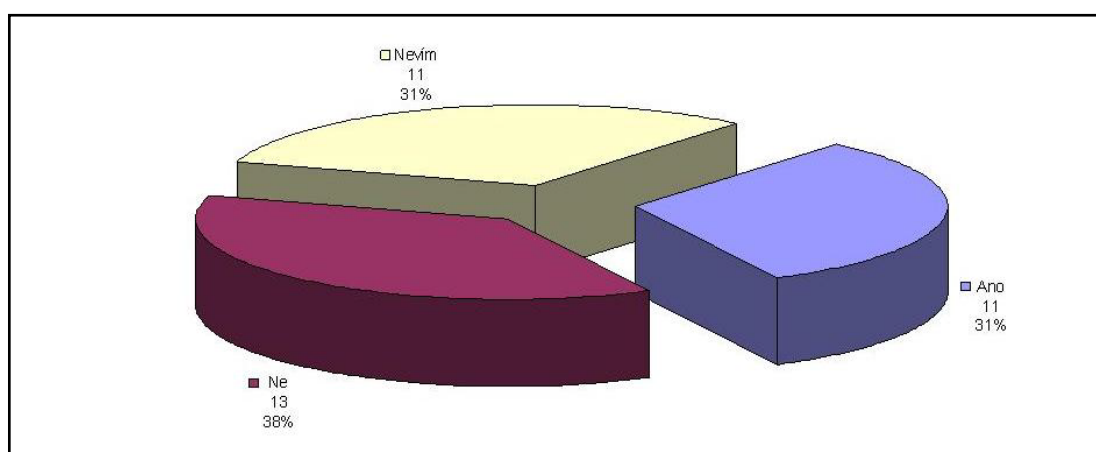
Do jakého předmětu byste výuku PP zařadili? Může být výuka první pomoci samostatným předmětem s anotací jedné hodiny týdně?

Na první část otázky je poměrně jednoznačná odpověď v podobě zařazení první pomoci do předmětu přírodopis. Vyplývá to z koncepce výuky přírodopisu osmých tříd jehož náplní je biologie člověka. Přivítala jsem i zařazení do předmětu Výchova ke zdraví, protože tam by výuka první pomoci měla být také zařazena. Své místo mají projektové dny ve kterých se mohou zapojit žáci prvního i druhého stupně podle svých schopností a fyzické zdatnosti, lze dobře naplánovat téma dne a v úvahu přichází i účast odborníka.

Odpověď na druhou část otázky není jednoznačná. Výuku první pomoci lze v rámci tvorby Školních vzdělávacích programů zařadit pod Rámcově vzdělávací program Člověk a příroda, nicméně by to vyžadovalo organizační a personální přizpůsobení výuky na základních školách. Domnívám se, že jsou si pedagogové náročnosti přípravy nového předmětu dobře vědomi, a proto výsledné odpovědi nejsou kladné, i když považují vyučování první pomoci za důležité.



Graf č. 1 - otázka č. 2 Zařazení PP do vyučovacího předmětu

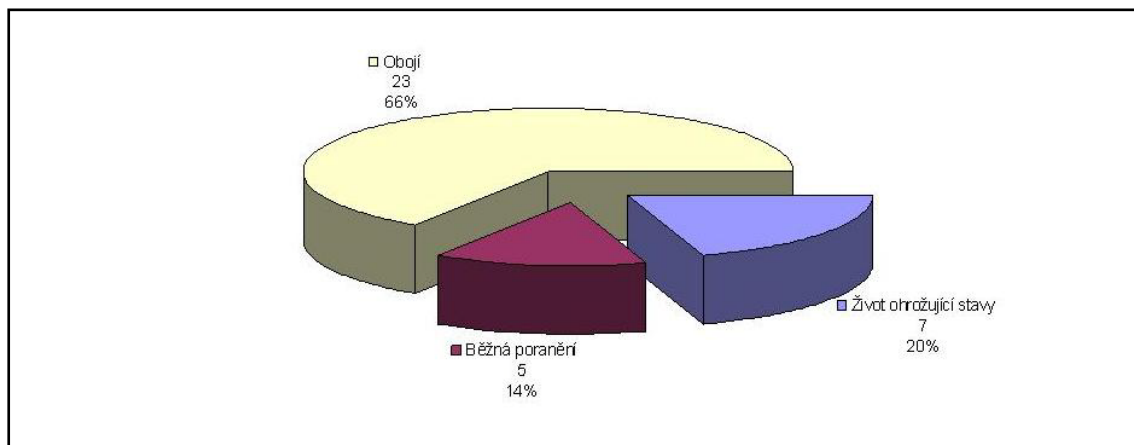


Graf č. 2 - otázka č. 2 Zařazení PP jako samostatného předmětu

Otázka č. 3

Které oblasti první pomoci byste zařadili do výuky o ohledem na věk žáků ve Vaší třídě (život ohrožující stavy x běžná poranění)?

Z odpovědí vyplývá, že žáci by se měli seznámit jak s problematikou život zachraňujících úkonů, tak s poraněními, se kterými se setkávají v běžném životě. Jak vyplývá ze zkušeností, tak žáci osmých tříd jsou již schopni dle své tělesné konstituce zvládnout i fyzicky náročné úkony při resuscitaci a dalších život zachraňujících úkonech. Zručnost při ošetření běžných poranění je velkou výhodou v každodenním životě.



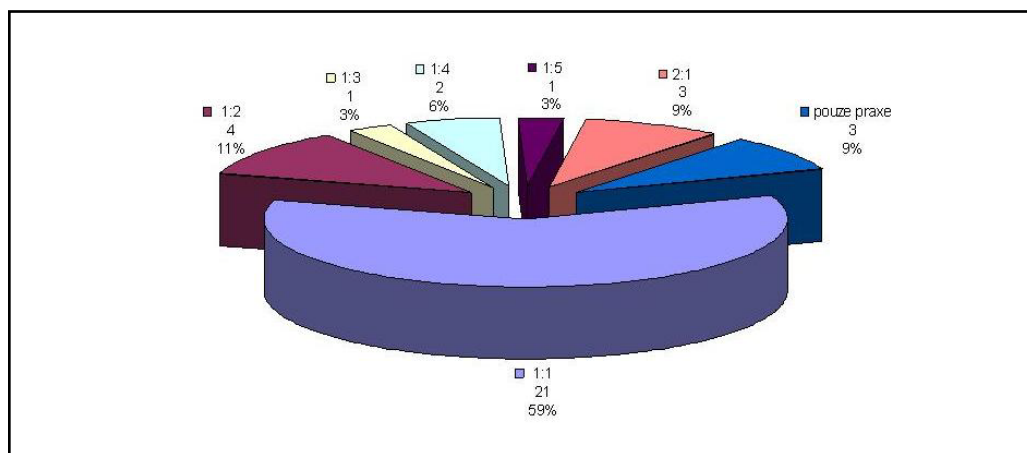
Graf č. 3 - otázka č. 3 Oblasti PP ve výuce

Otázka č. 4

V jaké normě hodin a vzájemném poměru by se měla pohybovat teorie a praxe?

Přes polovinu respondentů se vyslovalo pro stejný poměr teorie a praxe. Znamená to, že po teoretickém výkladu by mělo následovat procvičení probrané látky nejen co do znalostí, ale také praktických dovedností. V grafu je dále zobrazeno různé procentuální zastoupení poměrů teorie a praxe ve prospěch praktických dovedností. Z vlastních zkušeností se domnívám, že zvýšení poměru ve prospěch

praxe lze aplikovat až po osvojení teoretických znalostí neboť nestačí jen konat, ale je nutné vědět proč to dělám.

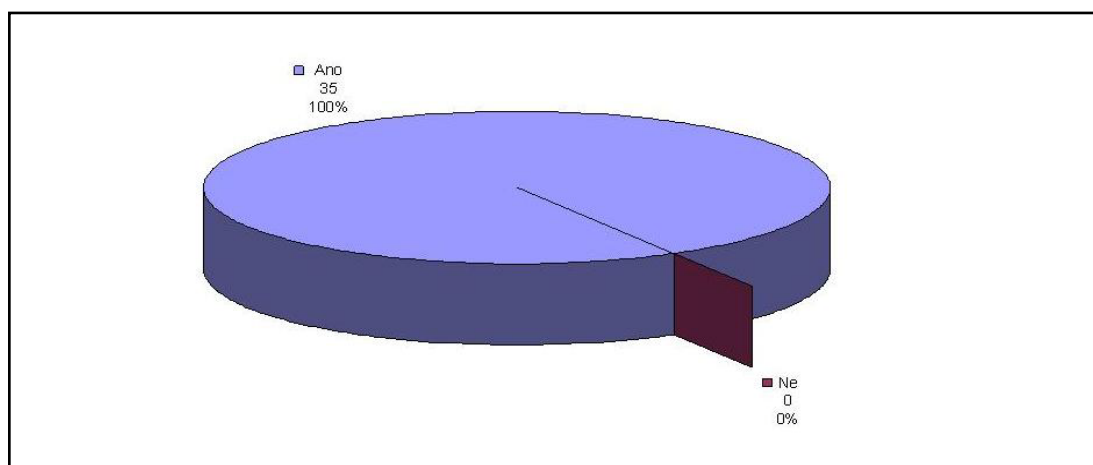


Graf č. 4 - otázka č. 4 Poměr teorie & praxe ve výuce PP

Otázka č. 5

Privítali byste v těchto hodinách výklad odborného lektora (instruktor ČČK, zdravotní sestra)?

Výsledek dotazníku u této otázky jasně zohledňuje práci lektorů ČČK v rámci projektu První pomoc do škol. Praktické zkušenosti a příklady z práce záchranných složek dokáží žáky velmi zaujmout a podpoří myšlenku znalosti základní první pomoci pro běžný život.

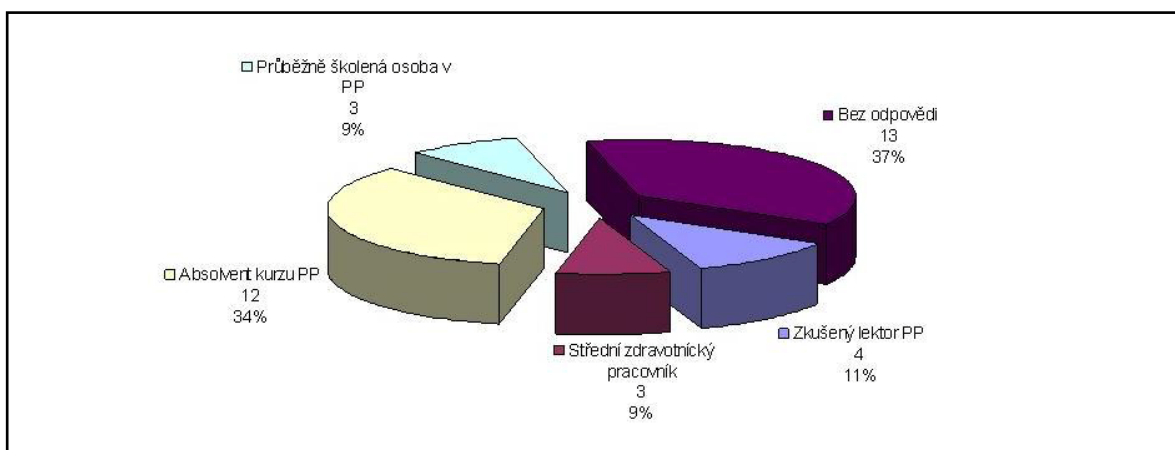


Graf č. 5 - otázka č. 5 Výklad odborného lektora

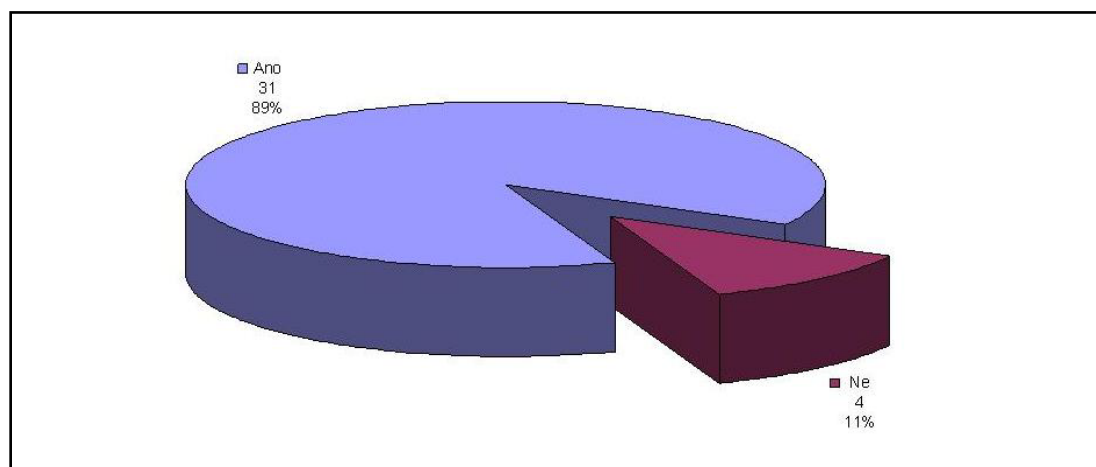
Otázka č. 6

Jaké penzum znalostí PP by měl mít vyučující? Jste ochotni doplnit si odborné znalosti tak, aby odpovídaly současným standardům PP?

Co se týká požadovaných znalostí pedagogů z první pomoci, není odpověď jednoznačná, nicméně třetina respondentů se přiklání k možnosti absolvovat kurz první pomoci, který se jeví jako nejschůdnější. Ochotu vzdělávat se vyslovilo téměř devadesát procent pedagogů.



Graf č. 6 - otázka č. 6 Rozsah znalostí PP vyučujícího

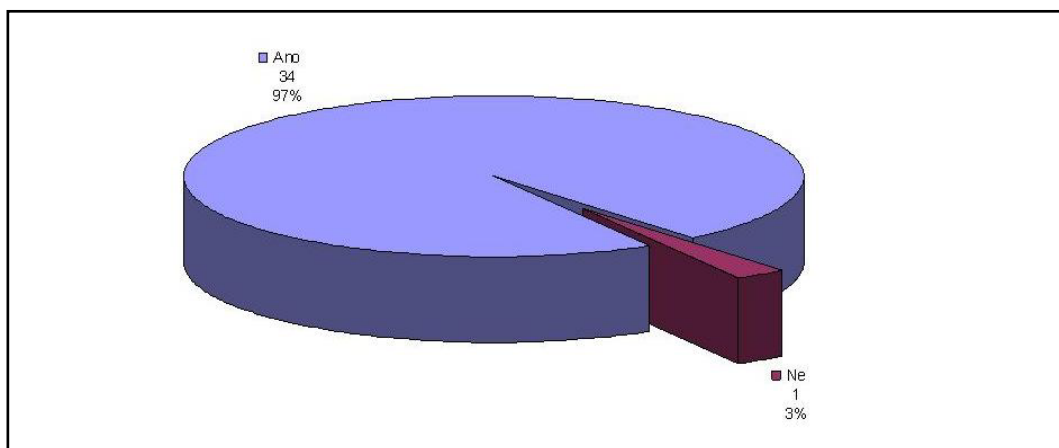


Graf č. 7 - otázka č. 6 Ochota vzdělávat se v PP

Otázka č. 7

Považujete výuku první pomoci za důležitou a proč?

Téměř plný počet respondentů považuje výuku první pomoci za důležitou část všeobecné vzdělanosti člověka. Nejčastější odpovědí na otázku proč je myšlenka, že člověk nikdy neví, kdy znalost první pomoci bude potřebovat. Proto je lepší pravidelné teoretické doplňování aktuálních informací z první pomoci prokládané nezbytným praktickým tréninkem, tak aby se člověk při nehodě necítil příliš zaskočen a mohl pomoci svým nejbližším.



Graf č. 8 - otázka č. 7 Je výuka PP důležitá?

Vyhodnocení testu první pomoci z druhé části dotazníku.

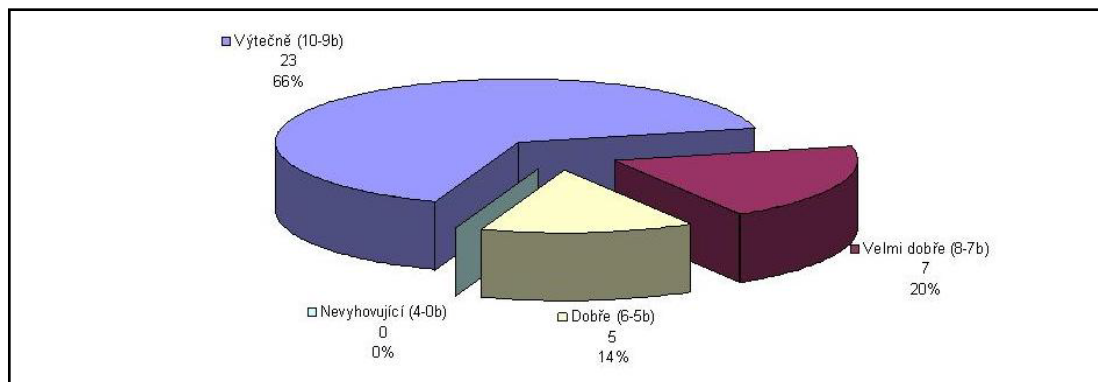
Tento test používám jako zpětnou vazbu při školení pedagogů. Je koncipován tak, aby zohlednil probranou látku, zejména život zachraňující úkony.

Do prázdného pole příslušné otázky ve spodní tabulce vepište písmeno označující správnou odpověď z boční tabulky.

1.	Kolik tepů za minutu má dospělý člověk.	A	3
2.	Jaký je poměr resuscitace u dospělého.	B	5
3.	Na jaké číslo zavoláte všechny složky IZS.	C	100 - 110
4.	Kolik máme život zachraňujících úkonů.	D	60 - 80
5.	Kolik tepů za minutu odpovídá I.stadiu šoku.	E	2
6.	Kolik rozeznáváme druhů krvácení.	F	2 : 30
7.	U kterého stupně popálenin se vyskytují puchýře.	G	50
8.	Jaká je minimální vzdálenost umístění výstražného trojúhelníku od místa nehody.	H	112
9.	Kolik procent popálenin je dlaň postiženého.	I	20
10.	Kolik dechů za minutu má 10-ti leté dítě.	J	1

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.

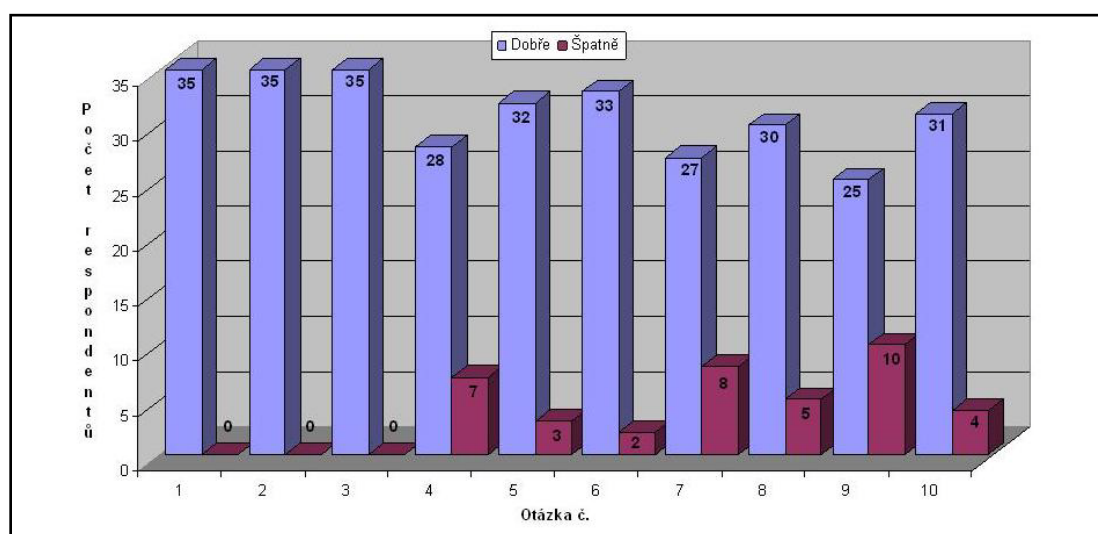
Tomuto testu nepředcházela přednáška první pomoci, takže pedagogové čerpali z dříve získaných znalostí. I když výsledky jsou pozitivní, nic to nemění na faktu, že zejména učitelé by měli být pravidelně seznámeni s novinkami v první pomoci a projít i praktickou zkouškou poskytování první pomoci.



Graf č. 9 Vyhodnocení testu PP

Vyhodnocení jednotlivých testových otázek z PP

I když tento test umožňuje řešení vylučovací metodou, i tak dotázaný musí mít alespoň elementární znalosti první pomoci potřebné k záchraně života. Tento požadavek splnili všichni respondenti.



Graf č. 10 Vyhodnocení jednotlivých testových otázek z PP

Koncepce výuky první pomoci v osmých třídách základních škol

Vzdělávací oblast: Člověk a zdraví

Vzdělávací obor: První pomoc

Vzdělávací předmět: Výuka první pomoci

Charakteristika vyučovacího předmětu:

- obsahové, časové a organizační vymezení

Úkolem předmětu Výuka první pomoci je seznámit žáky se základy poskytování první pomoci na teoretické a zejména praktické úrovni. Cílem předmětu je rozvinout u žáků znalosti a dovednosti potřebné ke zvládnutí základních úkonů laické zdravotnické první pomoci při poskytování vzájemné pomoci nebo svépomoci v běžném životě.

Vyučovací předmět je určen pro žáky 8.ročníku základní školy s anotací jedné hodiny týdně.

Výuka první pomoci tematicky navazuje na zvládnuté základy učiva přírodopisu a také je úzce propojena s fyzickou zdatností žáků získanou v rámci tělesné výchovy.

Výuka je realizována v prostorách školy – třídy, tělocvična, odborné učebny, i v mimoškolních prostorách – park, hřiště. Je určena všem žákům 8.ročníku, tedy dívkám i chlapcům bez rozdílu.

Pomůcky potřebné k výuce první pomoci – resuscitační model Little Anne, obvazový materiál – trojcípé šátky, obinadlové obvazy č. 3 a č. 4, elastická obinadla, zaškrcovala, pomůcky pro improvizaci v ošetření, výukové materiály v podobě DVD s výukou první pomoci. V současné době se stále více zařazuje do výuky první pomoci také použití automatických externích defibrilátorů (AED), takže je na zvážení každé základní školy zařazení ukázky manipulace s přístrojem pod odborným vedením zdravotníka.

Pedagog zajišťující Výuku první pomoci dokladuje absolvování Kurzu první pomoci v rozsahu minimálně 40 hodin.

Kompetence žáků:

1. kompetence k učení
 - rozvíjet u žáků dovednosti potřebné k osvojení učiva
 - seznámit žáky se základy první pomoci
 - vytvořit pozitivní vztah k výuce první pomoci
 - rozvíjet odpovědnost za zdraví své i svých bližních
 - podporovat vlastní iniciativu a aktivitu žáků
2. kompetence k řešení problémů
 - vést k samostatnosti a zodpovědnosti za práci
 - rozvíjet individuální schopnosti žáků
 - naučit vyhledávat, zpracovávat a používat získané informace
 - vést žáky k asertivnímu řešení problémů
 - zvládat negativní emoce
3. kompetence komunikativní
 - využívat schopnosti žáků k práci ve skupině
 - podporovat vlastní iniciativu žáků a tvůrčí přístup k práci
 - naučit účelné komunikaci ke zvládnutí svízelné situace
 - osvojit základní komunikaci se složkami Integrovaného záchranného systému
4. kompetence sociální a personální
 - spolupracovat ve skupinách
 - respektovat pravidla práce ve skupině
 - dbát na potřeby jednotlivce
 - objektivně zhodnotit rizikové situace s ohledem na jedince i událost a umět je řešit
 - odpovědné chování za mimořádných událostí ohrožujících jedince i majetek
 - budovat sebevědomí a pocit jistoty

5. kompetence občanské

- pochopit ochranu zdraví jedince i skupiny jako podmínky ke zdárnému vývoji člověka
- vytvořit morální a právní potřebu pomoci ohroženému jedinci
- seznámit s právními aspekty ochrany zdraví a majetku

6. kompetence pracovní

- vést žáky k dodržování základních hygienických zásad
- znát a umět používat pomůcky pro ochranu vlastního zdraví a bezpečí
- prakticky nacvičit úkony první pomoci

Zařazení průřezových témat do vzdělávacího obsahu učiva předmětu

Osobnostní a sociální výchova (OSV):

- ve výuce se projevuje především schopností kooperace ve skupině při řešení mimořádných událostí, rozvíjení schopnosti myšlení a poznávání, umění komunikace a sebepoznávání

Výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech:

- ve výuce je třeba poukázat nejen na zdravotní dopad nehody který je nejdůležitější pro jedince a jeho okolí, ale také na ekonomické faktory léčby
- v současné době je nutné poukázat na hrozbu teroristického útoku
- v rámci prevence upozornit na šíření přenosných nemocí

Výchova demokratického občana (VDO):

- ve výuce se projeví rozvojem morálních zásad a přijmutí etických norem
- pochopení právních důsledků neposkytnutí první pomoci

Multikulturní výchova (MKV):

- z výuky by měla vyplynout potřeba pomoci komukoli bez rozdílu národnosti, věku, pohlaví či orientace

Enviromentální výchova (EV):

- váže se především na ochranu životního prostředí - v našem případě např. ekologické havárie a reakce na ně, možnost prevence

Mediální výchova (MV):

- výuka by měla upozornit na nebezpečí mediálních zpráv
- výuka seznámí žáka s kvalitními zdroji informací

Očekávané výstupy

Tematický okruh	Školní výstup	Učivo	Přesahy a vazby	Klíčové kompetence
Organizační a právní podklady činnosti	- orientuje se v členění IZS a základních právních aspektech poskytování PP - zvládá komunikaci s dispečerem ISZ	- pojmenuje základní složky Integrovaného záchranného systému a zná jejich význam - zná telefonní čísla jednotlivých složek IZS a ví kdy je má použít - umí komunikovat s dispečerem ISZ - zná členění první pomoci - dokáže vysvětlit termín neposkytnutí první pomoci, povinnost mlčenlivosti a následky neoprávněného volání	OSV VDO MKV MV	- k učení - komunik. - občanské - pracovní - k řešení problému

Tematický okruh	Školní výstup	Učivo	Přesahy a vazby	Klíčové kompetence
Preventivní opatření	- orientuje se v postupech prevence úrazů	- zná postup činnosti při tonutí - zná postup činnosti při úrazu elektrickým proudem - zná postup činnosti při dopravních nehodách - zná postup činnosti při manipulaci s ohněm a výbušninami	OSV pracovní vyuč. tělesná výchova BOZP	- k učení - komunik. - občanské - pracovní - k řešení problému
Diagnostik a životních funkcí a vyšetření poraněného	- orientuje se v postupech zjišťujících vědomí, dech a tep	- zná postup činnosti při zjištění vědomí pomocí komunikace a dotyku - zná postup zjištění dechu pomocí smyslů pohledem, poslechem, pohmatem - zná postup zjištění tepu na krční tepně - zná základní postup vyšetření poraněného pohledem, poslechem, pohmatem, zhodnocením situace na místě nehody	MKV OSV VDO přírodopis tělesná výchova	- k učení - komunik. - občanské - pracovní - sociální a personální

Tematický okruh	Školní výstup	Učivo	Přesahy a vazby	Klíčové kompetence
Poruchy vědomí	- zná postup činnosti v péči o bezvědomé	- prakticky zvládá diagnostiku vědomí a základních životních funkcí - bezpečně ovládá uvolnění dýchacích cest - dokáže polohovat bezvědomého do stabilizované polohy nebo do polohy na zádech se zakloněnou hlavou - zná příznaky epileptického záchvatu a jeho ošetření - umí diagnostikovat mdlobu a ovládá první pomoc u tohoto poranění	OSV VDO MKV MV přírodopis tělesná výchova	- k učení - komunik. - občanské - pracovní - sociální a personální - k řešení problému
Zástava životních funkcí	- zná postup činnosti při zástavě životních funkcí s důrazem na praktické zvládání jednotlivých úkonů	- prakticky zvládá diagnostiku vědomí a životních funkcí - prakticky ovládá nepřímou srdeční masáž v kombinaci s umělým dýchání - teoreticky zná algoritmus resuscitace u dospělých i dětí - zná postup resuscitace u dětí a její odchylky od resuscitace dospělých	OSV VDO MKV MV přírodopis tělesná výchova	- k učení - komunik. - občanské - pracovní - sociální a personální - k řešení problému

Tematický okruh	Školní výstup	Učivo	Přesahy a vazby	Klíčové kompetence
Šokové stavy	- zná postup činnosti při příznacích šoku, zejména polohování poraněného	- zná příčiny a příznaky šokových stavů - ovládá principy pěti T - dokáže poraněného uložit do proti šokové polohy a poskytnout první pomoc	OSV VDO MKV MV přírodopis tělesná výchova	- k učení - komunik. - občanské - pracovní - sociální a personální - k řešení problému
Krvácení	- zná postup ošetření tepenného a žilního krvácení	- zná rozdíl mezi žilním a tepenným krvácením - prakticky ovládá postup ošetření žilního krvácení pomocí tlakového obvazu - prakticky ovládá postup ošetření tepenného krvácení pomocí tlakového obvazu společně s technikami omezujícími krvácení -zná pokyny k přiložení zaškrcovadla a prakticky umí provést zaškrcení končetiny - ovládá protišoková opatření	OSV VDO MKV MV přírodopis	- k učení -komunik. - občanské - pracovní - sociální a personální - k řešení problému

Tematický okruh	Školní výstup	Učivo	Přesahy a vazby	Klíčové kompetence
Poranění břicha a hrudníku	- zná příznaky poranění břicha a ovládá základní postup první pomoci - zná příznaky poranění hrudníku a ovládá postup první pomoci	- teoreticky ovládá vyjmenovat příznaky poranění dutiny břišní, prakticky provede polohu při poranění dutiny břišní a protišoková opatření - teoreticky zná příznaky poranění dutiny hrudní a prakticky dovede uložit poraněného do polohy pro poranění dutiny hrudní a provede protišoková opatření	OSV VDO MKV MV přírodopis tělesná výchova	- k učení -komunik. - občanské - pracovní - sociální a personální - k řešení problému
Poleptání	- orientuje se v poskytnutí první pomoci při poleptání kůže a sliznic	- zná příznaky poleptání kyselinami a jejich ošetření - zná příznaky poleptání louhem a jejich ošetření	MKV VDO OSV EV přírodopis	- k učení -komunik. - občanské - pracovní - sociální a personální - k řešení problému

Tematický okruh	Školní výstup	Učivo	Přesahy a vazby	Klíčové kompetence
Interní nemoci	- orientuje se při poskytnutí první pomoci při infarktu myokardu a diabetu	- zná příznaky infarktu myokardu a základní první pomoc při tomto onemocnění – podání léku pod jazyk, zajištění klidu a správná poloha poraněného, eventuálně resuscitace - dokáže vyjmenovat příznaky zejména hypoglykémie a dokáže poskytnout první pomoc dle příznaků – podání sladkého nápoje, eventuálně péče o bezvědomého	OSV VDO MKV MV přírodopis	- k učení -komunik. - občanské - pracovní - sociální a personální - k řešení problému
Poranění lebky a páteře	- orientuje se při poskytování první pomoci u poranění hlavy a páteře	- zná příznaky nejčastějšího poranění hlavy - otřesu mozku, zlomenina baze lební - umí polohovat poraněného s poraněním hlavy a zná základy první pomoci při tomto poranění - zná příznaky poranění v jednotlivých etážích páteře a rizika spojená se zbytečnou manipulací s poraněným	OSV VDO MKV MV přírodopis tělesná výchova	- k učení -komunik. - občanské - pracovní - sociální a personální - k řešení problému

Tematický okruh	Školní výstup	Učivo	Přesahy a vazby	Klíčové kompetence
Poranění pohybového aparátu	- orientuje se mezi složkami poh. aparátu a příznaky jejich poškození - ovládá první pomoc při poranění pohybového aparátu	- zná druhy ran a jejich ošetření - vysvětlí rozdíl mezi podvrtnutím a vykloubením a ošetří tato poranění - dokáže vyjmenovat jisté a nejisté známky zlomenin - prakticky ovládá základy znehybnění zlomenin - umí používat šátkové obvazy	OSV VDO MKV MV přírodopis tělesná výchova	- k učení - komunik. - občanské - pracovní - sociální a personální - k řešení problému
Termická poranění	- orientuje se v dělení termických poranění - zná postup první pomoci zejména u popálenin - zná preventivní opatření	- zná rozdíl mezi úžehem a úpalem a postup ošetření poraněného - zná rozsah a hloubku popálenin a jejich význam pro poraněného - prakticky ovládá postup první pomoci u popálenin, zejména chlazení, důsledné sterilní krytí a technickou první pomoc - zná příznaky podchlazení a možnost prevence - zná praktický postup ošetření omrzlin	OSV VDO MKV MV přírodopis tělesná výchova	- k učení - komunik. - občanské - pracovní - sociální a personální - k řešení problému

Tematický okruh	Školní výstup	Učivo	Přesahy a vazby	Klíčové kompetence
Alkohol a drogová závislost	- orientuje se v základní terminologii vztahujících se k tématu -zná preventivní opatření	- zná praktický dopad zneužívání alkoholu - zná základní skupiny zneužívaných látek a jejich negativní dopad na organismus - žáci absolvují besedu na toto téma v rámci peer-projektu, podle možností navštíví léčebnu pro drogově závislé	OSV VDO MV globální	- k učení -komunik. - občanské - pracovní - sociální a personální - k řešení problému
Otravy	- orientuje se mezi základními druhy intoxikací - zná preventivní opatření otrav - ovládá postup první pomoci	- zná postup sledování životních funkcí a život zachraňující úkony - zná opatření proti dalšímu prohloubení intoxikace - dokáže vyjmenovat preventivní opatření u otrav léky, potravinami, organofosfáty, živočišnými jedy a inhalačními noxami - prakticky dokáže poskytnout první pomoc	OSV VDO MKV MV přírodopis	- k učení -komunik. - občanské - pracovní - sociální a personální - k řešení problému

Tematický okruh	Školní výstup	Učivo	Přesahy a vazby	Klíčové kompetence
Aktuální změny v poskytování první pomoci	- aktivně dokáže vyhledávat nové informace týkající se první pomoci a pracovat s nimi	- zná zdroje informací o novinkách v první pomoci - dokáže s novými informacemi pracovat	OSV VDO MV	- k učení -komunik. - občanské - sociální a personální - k řešení problému

Tematický a časový plán Výuky první pomoci

Termín	Téma
září	mini-úvod do předmětu – význam první pomoci, osobní důvody proč znát první pomoc, dělení první pomoci
	organizační a právní aspekty poskytování první pomoci, praktický nácvik komunikace s dispečinkem IZS
	preventivní opatření – význam prevence při mimořádných událostech i v běžném životě – tonutí, úraz elektrickým proudem, dopravní úrazy, manipulace s ohněm a výbušninami
	diagnostika životních funkcí a vyšetření poraněného
říjen	poruchy vědomí – bezvědomí – příčiny, příznaky, první pomoc + praktický nácvik
	poruchy vědomí – epileptický záchvat, mdloba
	zástava životních funkcí – příčiny, příznaky, zahájení resuscitace, kontraindikace k zahájení resuscitace, ukončení resuscitace, technika provedení resuscitace
	zástava životních funkcí – praktický nácvik
	zástava životních funkcí – praktický nácvik zástava životních funkcí u dětí – rozdíly v poskytování první pomoci, praktický nácvik
listopad	šokové stavy – příčiny, příznaky, postup ošetření
	obvazová technika – obinadlové a šátkové obvazy – základní technika tvorby obvazu, tlakový obvaz, použití šátků k improvizovanému a klasickému ošetření rány
	krvácení – příčiny, příznaky, rozdělení, postup poskytnutí první pomoci
	ukázka realistického znázornění poranění členy ČČK, seznámení s touto organizací a její činností na poli první pomoci, prezentace ostatních projektů Mládeže ČČK

Termín	Téma
prosinec	poranění břicha a hrudníku – příčiny, příznaky a postup poskytování první pomoci, proti šoková opatření, praktický nácvik
	modelové situace – realisticky znázorněná probraná poranění a jejich ošetření pětičlennými družstvy, nácvik komunikace s dispečerem IZS
	modelové situace
leden	termická poranění – rozdělení, příčiny, příznaky, postup poskytování první pomoci, preventivní opatření, praktický nácvik
	beseda s členy hasičského sboru a pyrotechnikem na téma manipulace s výbušninami a zbraněmi
	poranění lebky a páteře – rozdělení, příčiny, příznaky, postup poskytování první pomoci, zásady transportu poraněného
	modelové situace
únor	poranění pohybového aparátu – poranění měkkých tkání – rozdělení, příčiny, příznaky, postup poskytování první pomoci, praktický nácvik
	poranění pohybového aparátu – poranění kloubů a kostí – rozdělení, příčiny, příznaky, postup poskytování první pomoci, praktický nácvik
	poranění pohybového aparátu – praktický nácvik obvazové techniky a znehybňování zlomenin

Termín	Téma
březen	alkohol a drogová závislost – teorie a prevence
	alkohol a drogová závislost – preventivní opatření
	Život zachraňující úkony – opakování – bezvědomí, zástava životních funkcí, krvácení, šokové stavy, komunikace s dispečerem IZS
	modelové situace
duben	otravy – rozdělení, příčiny, příznaky, postup poskytování první pomoci
	obinadlové a šátkové obvazy, transport poraněného - opakování
	interní onemocnění – infarkt myokardu a diabetes mellitus – zásady poskytování první pomoci poleptání – rozdělení, příčiny, příznaky, postup poskytování první pomoci
	exkurze na středisko Záchrané služby v místě bydliště
květen	bezvědomí, zástava životních funkcí, krvácení, šokové stavy - opakování
	vytvoření posterů na poskytování první pomoci u život ohrožujících stavů pro ostatní žáky
	vytvoření posterů
	modelové situace
červen	modelové situace
	modelové situace
	modelové situace
poznámka	podle aktuální situace zařazujeme besedy, exkurze, projektové dny vhodné k probíranému tématu

5. ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo vytvoření koncepce výuky první pomoci v osmých třídách základních škol. Vedla mě k tomu jednak vlastní zkušenost s výukou první pomoci u dětí základních škol, později i spolupráce na projektu kraje Vysočina První pomoc do škol.

Výzkum který jsem prováděla formou dotazníku pro pedagogy druhého stupně základních škol potvrdil moje přesvědčení o pozitivním významu výuky první pomoci právě v osmých třídách. Výuka první pomoci úzce koresponduje s osnovami výuky přírodopisu stejně jako fyzická zdatnost a vyspělost umožňuje žákům zvládat základní život zachraňující úkony. Problém, který vyvstal na povrch v dotazníku je vzdělání pedagogů. Penzum znalostí první pomoci získaných při studiu na pedagogické fakultě je nedostatečné, možnost dalšího vzdělávání je omezená ať již z důvodu zaměstnavatele, či financí nebo z osobních pohnutek. Učitelé jsou si dobře vědomi nutnosti znát první pomoc pokud pracují s dětmi, řada z nich si doplňuje informace o novinkách v první pomoci z vlastního popudu, ale jejich vzdělávání na oficiální úrovni v tomto oboru je stále ještě nedořešeno.

Vlastní koncepci výuky první pomoci jsem vytvořila v souladu s Rámcově vzdělávacím programem Člověk a zdraví, kdy se výuka první pomoci prolíná s průřezovými tématy a osnovami přírodopisu pro osmé ročníky. Žáci během předmětu získají kompetence potřebné k řešení svízelných situací spojených s poskytováním laické první pomoci sobě či svým bližním.

Je nutné podporovat výuku první pomoci u žáků na základních školách přiměřeně jejich věku, mentální a fyzické zdatnosti neboť si v průběhu základní školní docházky zafixují postupy laické první pomoci z kterých mohou vycházet po celý svůj život.

6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

- ADAMS, B., HAROLD, C.E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada, 1999. 488s. ISBN 80-7169-893-8
- BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*. Praha: Grada, 2001. 76s.
- CITOVÁ, I., *První pomoc do kapsy*. Bratislava: Perfekt, 2004 128s. ISBN 80-8046-274-7
- ERTLOVÁ, F., MUCHA, J. *Přednemocniční první pomoc*. Brno: NCONZO, 2003. 368s. ISBN 80-7013-379-1
- HASÍK, J. *Kardiopulmonální resuscitace v první pomoci*. Praha: Úřad ČČK, 2006 43s.
- HASÍK, J., *První pomoc pro příslušníky tísňových složek*. Praha: Úřad ČČK, 2004. 68s.
- JUKL, V. A KOL., *Zdravotník zotavovacích akcí*. Praha: Úřad ČČK, 2002. 136s.
- KOŠTÁLOVÁ, H. A KOL. *Školní vzdělávací program krok za krokem*. Praha: Verlag Dashöfer, 2006. ISSN 1801-8149
- KURZOVÁ, A., MÁLEK, J. *Novinky v kardiopulmonální resuscitaci – doporučení evropské resuscitační komise*. *Sestra*, 2006. roč.3, čís. 5, s. 50 -51, ISSN 1210-0404
- MEŠKO, D., KATUŠČÁK, D., FINDRA, J. A KOL. *Akademická příručka*. Martin: Osveta, 2006. 481s. ISBN 80-8063-219-7
- NEBUDOVÁ, J. *Kraniocerebrální úrazy*. Praha: Triton, 1998. 123s. ISBN 80-85875-55-1
- PACOVSKÝ, V., *Vnitřní lékařství*. Praha: Avicenum, 1993. 343s. ISBN 80-217-0558-2
- POKORNÝ, J. A KOL. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén, 2003. 351s. ISBN 80-7262-214-5
- POKORNÝ, J. A KOL. *Traumatologie*. Praha: Triton, 2002. 305s. ISBN 80-7254-277-X
- PRÁŠILOVÁ, M., *Tvorba vzdělávacího programu*. Praha: Triton, 2006 191s. ISBN 80-7254-712-7

ROUŠAR, J., Přezij. Praha: Ministerstvo obrany, 2008. 155s. ISBN 978-80-7278-451-6

SRNSKÝ, P. *První pomoc u dětí*. Praha: Úřad ČČK, 2007. 99s.

UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada, 2008. 184s. ISBN 978-80-247-2658-8

Internetové zdroje:

WIKISKRIPTA. *Glasgow coma scale* [on-line] [citováno 16.3.2010] Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Glasgowsk%C3%A1_stupnice_hloubky_bezv%C4%9Bdom%C3%A1

7. PŘÍLOHY

PŘÍLOHA č. 1

Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí

Pomáhá hodnotit stav vědomí pacienta a změny ke kterým dochází v průběhu hospitalizace. Výsledné skóre vzniká součtem tří hodnot, kde každá číselná hodnota odpovídá nejvyššímu dosaženému stupni odpovědi pacienta na daný podnět.

Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí		
Otevření očí	dospělí a větší děti	malé děti
1	neotvívá	neotvívá
2	na bolest	na bolest
3	na oslovení	na oslovení
4	spontánně	spontánně
Nejlepší hlasový projev		
1	žádný	žádný
2	nesrozumitelné zvuky	na algický podnět sténá

3	jednotlivá slova	na algický podnět křičí nebo pláče
4	nedekváttní slovní projev	spontánně křičí, pláče, neodpovídající reakce
5	adekváttní slovní projev	brouká si, žvatlá, sleduje okolí, otáčí se za zvukem
Nejlepší motorická odpověď		
1	žádná	žádná
2	na algický podnět nespecifická extenze	na algický podnět nespecifická extenze
3	na algický podnět nespecifická flexe	na algický podnět nespecifická flexe
4	na algický podnět úniková reakce	na algický podnět úniková reakce
5	na algický podnět cílená obranná reakce	na algický podnět cílená obranná reakce

6	na výzvu adekvátní motorická reakce	normální spontánní pohyblivost
Vyhodnocení		
nad 13	žádná nebo lehká porucha	
9 - 12	středně závažná porucha	
do 8	závažná porucha	

Hodnoty GCS se mohou pohybovat pouze v intervalu 15-3. Pro hrubé hodnocení stavu pacienta lze poruchu vědomí rozdělit do tří stupňů. Na lehkou (GSC 15-13), střední (GSC 12-9), těžkou (GSC 8-3) poruchu vědomí.

Pro správné určení skóre je třeba reflektovat při hodnocení další komorbidity, které ovlivňují výsledek hodnocení, ale nejsou projevem poruchy vědomí. Nehodnotíme lokalizované patologie, ale celkový stav CNS. Např. GCS 15 samozřejmě dosahuje i kvadruplegický pacient s expresivní afázií, i když to tak na první pohled nevypadá. Naproti tomu svalová relaxace, intubace či analgosedace hodnocení znemožňují.

Hodnocení GCS by se mělo provádět již při prvním styku s pacientem, zvláště u stavů souvisejících s poškozením CNS a vědomí.

PŘÍLOHA č. 2

Ministerstvo školství,
mládeže a tělovýchovy
Č. j. 12 050/03-22
V Praze dne 4. března 2003

Pokyn MŠMT k začlenění tematiky ochrany člověka za mimořádných událostí do vzdělávacích programů

Čl. 1

Tento pokyn se vydává k zařazení problematiky ochrany člověka za mimořádných událostí do obsahu vzdělávání ve školách.

Čl. 2

Platné učební dokumenty se doplňují dodatkem k učebním dokumentům „Ochrana člověka za mimořádných událostí“, č. j. 13 586/03-22, ze dne 4. března 2003

Čl. 3

Podrobnější informace a doporučení uvádí metodická příručka „Ochrana člověka za mimořádných událostí“, kterou v březnu 2003 vydává MV-generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky.

Čl. 4

Ke dni 28. února 2003 zrušuji Pokyn MŠMT k začlenění tematiky ochrany člověka za mimořádných situací do vzdělávacích programů, č. j. 34 776/98-22, ze dne 4. května 1999.

Čl. 5

Podle tohoto pokynu se postupuje s účinností od 15. března 2003.

PaedDr. Jaroslav Müllner
náměstek ministryně
v.r.

Ministerstvo školství,
mládeže a tělovýchovy
Č. j. 13 586/03-22
V Praze dne
4. března 2003

Ochrana člověka za mimořádných událostí -
dodatek k učebním dokumentům pro základní školy, střední školy, speciální školy a
vyšší odborné školy

Čl. 1

Do učebních dokumentů pro základní školy, střední školy a vyšší odborné školy a do učebních dokumentů pro speciální školy se zařazuje tematika Ochrana člověka za mimořádných událostí v rozsahu nejméně 6 vyučovacích hodin ročně v každém ročníku.

Čl. 2

Cílem je osvojit si tematiku v rozsahu přiměřeném věku žáků zaměřenou na

- a) rozpoznání varovného signálu „VŠEOBECNÁ VÝSTRAHA“ a činnost po jeho vyhlášení;
- b) používání telefonních linek tísňového volání a dalších komunikačních prostředků;
- c) přípravu evakuačního zavazadla, zásady pro opuštění bytu a ohroženého prostoru;
- d) činnosti integrovaného záchranného systému;
- e) poskytování první pomoci při zraněních v případě mimořádných událostí.

Čl. 3

Obsah je zaměřen na tematiku ochrany osob před následky

- a) živelních pohrom včetně nezbytných dovedností (zásady chování při povodni, zemětřesení, velkých sesuvech půdy, sopečném výbuchu, atmosférických poruchách, požáru, lavinovém nebezpečí);
- b) úniku nebezpečných látek do životního prostředí včetně nezbytných dovedností (improvizovaná ochrana osob při úniku radioaktivních, chemických a biologických látek);
- c) použití nebo anonymní hrozby použití výbušniny nebo nebezpečné látky (činnost po nálezu či obdržení podezřelého předmětu).

Čl. 4

Tematika se zařazuje podle rozhodnutí ředitele samostatně nebo v rámci příslušných předmětů podle platných učebních dokumentů v souladu s ustanovením § 39 zákona č. 29/1984 Sb., o soustavě základních škol, středních škol a vyšších odborných škol (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Čl. 5

Metodickou příručku k této tematice vydává MV-generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky a zajišťuje její distribuci.

Čl. 6

Tento dodatek učebních dokumentů schvaluje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy s účinností od 15. března 2003.

PaedDr. Jaroslav Müllner
náměstek ministryně

v.r.

PŘÍLOHA č. 3

Osnova a rozsah výuky školení 1. první pomoci do škol, výuka pro kategorii čtrnáctiletých

zpracovala Mgr. Alena Francová

odborná revize MUDr. Edita Richterová

jazyková revize nebyla provedena

forma přednášek a praktických cvičení

Témata přednášek:

1. Úvodní část – význam a účel výuky 1. pomoci, oblasti vzniku úrazů a nejčastější úrazy, vyšetření poraněného, organizace integrovaného záchranného systému, tel. č. 150, 155, 158, 112, jak hlásit úraz, komunikace s dispečinkem, trestní zákon, vybavení autolékárničky	1 hod.
2. Kardiopulmonální resuscitace	2 hod.
3. První pomoc při krvácení, druhy obvaz. materiálu, technika obvazů	1 hod.
4. První pomoc při zlomeninách, poraněních hlavy a páteře	1 hod.
5. První pomoc při poranění teplem a chladem, intoxikace	1 hod.
6. Modelové situace, závěrečný test	1 hod.
7. Sanitní vozidlo ZZS, spolupráce se záchranáři, postup při hromadném neštěstí - pomoc při poranění tlakovou vlnou, zavalení, povodních apod.	3 hod.
	Celkem 10 hod.

- teorie jen to nejnutnější, volit zábavnou a zajímavou formu přiměřenou věku žáků, simulovat vybrané situace, přezkušování formou testů
- snaha o maximální improvizaci při cvičení, využití běžných pomůcek (kapesník, šátek, igelitový sáček, oblečení, autolékárnička), laik nemá v terénu ani brašnu ani dlahy!
- praktické nácviky za použití pomůcek, tak aby si všichni žáci procvičili probírané úkony
- využít vlastních zkušeností dětí
- zaměřit se na nejdůležitější úkony vzhledem k časové dotaci
- vhodná přítomnost vyučujícího – pokud se zapojí do cvičení, zvyšuje to motivaci žáků
- odmítnout slučování tříd do výuky!

Obsah přednášek:

Přednáška 1

Úvodní část

Definice první pomoci:

- soubor jednoduchých a účelných opatření, která mohou být poskytnuta kdekoli a kdykoli (škola, hřiště, domácnost) a která slouží k bezprostřední pomoci při náhlém postižení zdraví.

Hlavní zásady první pomoci:

- zajištění bezpečí poraněnému, sobě a ostatním
- záchrana života
- zabránění zhoršení stavu postiženého
- zajištění postiženému co nejlepší prostředí pro zlepšení stavu
- zajištění bezpečí poraněnému, sobě a ostatním
- znalost první pomoci má být součástí vzdělání každého člověka. Poskytnutí první pomoci je nejen morální ale i zákonná povinnost. Vzdělávání v zdravotnické pomoci doprovází člověka celý život (autoškola, zaměstnání) a je povinen pomáhat v rozsahu svých znalostí, schopností a možností. Je často v situaci která vyžaduje rychlou orientaci a schopnost improvizace. Nemá speciální pomůcky, improvizuje – ústa ruce, kapesník, opasek, tužka, část oděvu ...
- důležité je zachovat klid, jednat rozhodně, zbavit se strachu a orientovat se v místě a čase
- zmínka o trestním zákonu 140 / 1961 Sb. Civilizovaná společnost uzákoňuje právní normy, které upravují poskytování pomoci lidem v náročné situaci. Trestní zákon České republiky např. říká „ Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážně poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, i když tak může učinit bez nebezpečí pro sebe anebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na šest měsíců.“
- do doby příjezdu sanitky (cca 15 min.) je nutné laickou pomocí obnovit nebo udržet základní životní funkce a poskytnout další potřebnou laickou zdravotnickou pomoc, okamžitá laická pomoc může rozhodovat o přežití
- laická pomoc s využitím zdravotnického materiálu – lékárniček z auta, domácí lékárny či jinde – na všech pracovištích – benzinové pumpy, hotely, vrátnice podniků apod. jsou povinně příruční lékárničky

Dělení první pomoci:

- technická první pomoc: zajišťuje základní podmínky k poskytování první pomoci u postižených, kteří uvízli např. v havarovaném voze – je to např. zásah hasičského záchranného sboru, vytažení tonoucího z vody, z prostředí zamořeného jedovatou látkou, z hořícího domu, vypnutí elektrického proudu apod.
- zdravotnická laická první pomoc do doby příjezdu odborníků, pomoc bez specializovaného vybavení. Její součástí je přivolání odborné zdravotnické pomoci
- odborná zdravotnická pomoc = RZP, RLP, randes vous (vysvětlit), LZS. Posádka vozu je profesionální (lékař, sestra, řidič nebo záchranář a řidič nebo lékař a záchranář) provádí aplikaci léků, používá diagnostické a léčebné přístroje (defibrilátor, monitor EKG, přístroj pro umělou plicní ventilaci) a provádí výkony nutné k záchraně života a zdraví.

Základní složky Integrovaného záchranného systému:

- Hasičský záchranný sbor č. tel. 150
- Zdravotnická záchranná služba č. tel. 155
- Policie české republiky č. tel. 158

Linka pro všechna cizojazyčná tísňová volání č. tel. 112.

Ostatní složky Integrovaného záchranného systému jsou např.:

- městská policie 156
- vojenské záchranné útvary Armády ČR
- zařízení civilní ochrany, neziskové organizace a sdružení občanů
- Zdravotnická brigáda kynologů – spolupracuje se zdravotníky na vyhledávání postižených a mrtvých
- Vodní záchranná služba
- Letecká záchranná služba

Přivolání odborné pomoci : Telefon 155 (zdarma), 112 (zdarma, v telefonu nemusí být SIM karta, není potřeba zadávat PIN kód).

Vždy uvádíme:

- jméno a příjmení
- telefonní číslo (zobrazí se na digitální ústředně na dispečinku), možnost zpětného kontaktu
- místo neštěstí: silnice, dálnice (kolikátý km) – orientace dle významných bodů, ulice, číslo domu, patro, číslo dveří ...
- co se stalo ? – dopravní nehoda, bezvědomí, bolest hlavy, na hrudi, dušení dítěte ...
- počet raněných nebo nemocných a charakter potíží (zda dýchá, zda je při vědomí a reaguje na podněty, zda krvácí, jak k postižení došlo), věk postižených (u dětí)
- čas nehody a její rozsah (vyproštění, nepřístupný terén ...)

Odpovídáme na všechny dotazy operátora, nepanikaříme a nikdy nezavěšujeme jako první, odpovídáme úplně, správnost a úplnost předaných informací často rozhoduje o úspěšnosti zásahu.

Vozidlo zdravotnické záchranné služby by mělo přijet do 15 minut.

Důležité je zajistit bezpečnost na místě nehody – zachránců i postižených – je třeba předejít vzniku dalších poranění - reflexní bezpečnostní vesty – typické u dopravních nehod! Pozor na velký provoz na dálnici, nepohybujeme se zbytečně v blízkosti havarovaného vozidla, nevytahujeme věci z havarovaného vozidla, nejlépe ihned úplně opustíme silnici, dálnici – do pole, lesa.

Na místě nehody vyčkáme a až do příjezdu záchranné služby poskytujeme postiženému pomoc podle svých možností. Není-li to nezbytně nutné, netelefonujeme znovu na tísňovou linku ale umožněte naopak v případě potřeby dispečerovi záchranné služby spojit se znovu s námi. Počítejte s tím, že ve vozidle záchranné služby není možné přepravovat žádné další osoby ani příbuzné pacienta.

(procvičit ve skupinkách vzorovou komunikaci volající – dispečink)

Letecká záchranná služba

Letecká záchranná služba účinně pomáhá postiženým, v našem kraji je posádkou LZS dosažitelné každé místo do 15 minut. Je nasazena v případě, že k nehodě nebo poruše zdraví dojde na místě těžko přístupném nebo je zranění nebo onemocnění natolik závažné, že zachránci zápasí o každou minutu - na rychlém přístupu k postiženému a jeho rychlém a šetrném transportu závisí jeho život.

- leteckou záchrannou službu nasadí dispečer – operátor zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby (ZZS, tel. 155)
- při komunikaci s operátorkou můžeme být dotazováni na možnost přistání a na momentální počasí na místě . Bezpečným místem pro přistání vrtulníku se rozumí rovná plocha - minimálně 30 x 30 m, tvrdá, nerozmoklá, např. hřiště, travnaté pole, dálnice nebo širší silnice, bez drátů vysokého napětí
- místo přistání neoznačujeme, důležité je, aby na místě nehody event. svědci nebo jiné přítomné osoby signalizovaly - máváním bílým šátkem, nikdy nemáváme na vrtulník „jenom tak“ , abychom jej nezmátli
- z přistávacího místa vyklidíme všechny předměty, které by mohly odletět pod nápořem proudu vzduchu od rotoru, zavřeme dveře a okna (i u auta)
- z přistávacího místa je třeba odvést do bezpečí všechna zvířata
- k vrtulníku se nikdy nepřibližujeme, jeho zadní část je při chodu motoru velmi nebezpečná
- pozor na pohyb listů vrtulníku – nikdy nezvedáme nad hlavu ruce ani žádné předměty, je třeba plně respektovat pokyny záchranářů
- v blízkosti vrtulníku nesmí být otevřený oheň a je zakázáno kouřit z důvodu nebezpečí výbuchu

Stupeň závažnosti postižení určujeme:

- pohledem – stav vědomí, chování, vzhled, barva kůže, prosáklý oděv krví
- poslechem – pozorování dýchání, rozhovor s poraněným
- pohmatem – zkouška pulsu (na krční tepně), dýchání(zvedání hrudníku), neporušenost skeletu, citlivost
- čichem – zápach po acetonu (diabetický záchvat), alkoholu...

Při vyšetření postupujeme obvykle od hlavy a vyšetříme celé tělo. Zjišťujeme, zda postižený nemá u sebe průkaz diabetika nebo léky, které mají vliv na činnost důležitých orgánů (srdce, plíce).

Polohování a transport raněných

Transport člověka v akutním ohrožení života sami nikdy neprovádíme.

Transport: odsun poraněných provádíme u závažných poranění pouze v případě, kdy místo, kde došlo k poranění není dosažitelné pro RZP nebo pokud se tím urychlí přesun poraněného do nemocnice. Neošetřené poraněné odsunujeme pouze v nouzi (např. při požáru nebo v nedýchatelném prostředí). Způsob transportu musí vždy odpovídat poranění a stavu pacienta, ale i našim silám a prostředkům.

Laik transport provádí pouze v nouzi (nebezpečí výbuchu, požár, nedýchatelné prostředí...), jinak ne!! Je u postižené osoby do doby než přijede záchranná služba, protože při neodborném transportu může dojít u zraněného k dalšímu poškození zdraví.

Polohování: poloha při ošetření nemá být náhodné, výběr polohy závisí na druhu poranění a stavu postiženého. Poloha musí být taková, aby během transportu nedošlo ke zhoršení stavu nebo úmrtí postiženého.

Vyproštění z vozu

Nejprve zvážíme naše síly, nejsme-li schopni postiženého bezpečně vyprostit, úkon přenecháme odborníkům.

Zraněným pohybujeme (táhneme ho) vždy jen v ose jeho těla směrem k hlavě. Při vyproštění z vozidla ho uchopíme zezadu pod oběma pažemi za zdravé předloktí, položíme si ho na sebe na pokrčené stehno a táhneme ven (Rautekův hmat).

Zraněného táhneme na rovné a chráněné místo (na deku, igelit) mimo nebezpečí.

Sejmutí přilby u motocyklistů – 2 záchránci

Zvedneme hledí přilby, hlavu nezvedáme do předklonu ani ji nerotujeme, uvolníme řemen pod bradou. Jeden záchránce, klečící čelem k poraněnému, přidržuje oběma rukama krk a hlavu zraněného a druhý, klečící postiženému za hlavou, tahem v ose těla snímá přilbu oběma rukama dozadu k vlasaté části hlavy.

Přednáška 2

Kardiopulmunální resuscitace (KPR)

Život zachraňující úkony - situace kdy je člověk bezprostředně ohrožený na životě. Soubor výkonů sloužících k obnovení dodávky okysličené krve do tkání. Zásah druhé osoby může zachránit život – po 3-5 minutách bez kyslíku dochází k nenávratnému poškození mozkových buněk).

KPR provádíme při:

- bezvědomí provázené zástavou dechu nebo zástavou srdeční činnosti nebo obojí

V roce 2005 na podzim došlo k změně postupu KPR protože se zjistilo, že nejúčinnější pomocí dospělému, který je stížen zástavou dechu a oběhu, je okamžité zahájení nepřímé srdeční masáže a to vedlo ke změně z dříve používaného schématu A-B-C kdy:

A (zajištění průchodnosti dýchacích cest)

B (umělé dýchání)

C (umělý krevní oběh)

na C-A-B – u dospělého člověka a větších dětí oživujeme v poměru 30 stlačení ku 2 vdechům, teprve následně provádíme zprůchodnění dýchacích cest a umělé dýchání z plic do plic

Nepřímá srdeční masáž

Je opakované rytmické stlačování hrudní stěny, kterým je krev mechanicky vypuzována ze srdce do krevního oběhu.

Příčiny zástavy oběhu:

- náhlá srdeční příhoda (infarkt myokardu)
- úraz hlavy, hrudníku, úrazy elektrickým proudem
- akutní otrava
- u dětí dechová nedostatečnost (vdechnutí cizího tělesa, záněty hrtanu ...)

Příznaky:

- bledá barva kůže
- nehmatný pulz na velkých tepnách
- po několika sekundách dochází k poruše vědomí a zástavě dýchání

První pomoc u dospělého člověka:

- postižený leží na zádech na pevné podložce
- místo srdeční masáže - palcový val jedné ruky položíme do středu hrudníku (rozhraní střední a spodní třetiny hrudní kosti), na ni položíme druhou ruku, možno proplést prsty
- prsty směřují kolmo k hrudní kosti, nedotýkají se hrudní stěny
- horní končetiny zachránce jsou napnuté v loktech a zachránce je kolmo k ose těla postiženého
- zachránce stlačuje hrudník patřičnou silou tak, aby stlačil do hloubky 4-5 cm
- poměr komprese hrudníku a umělých dechů je při jednom i dvou zachráncích stejný 30:2

- KPR nezahajujeme 2 vdechy, ihned začneme masírovat
- KPR nepřerušujeme kontrolami a provádíme ji dokud se neobnoví spontánní akce srdeční a dýchání nebo dokud nepřijede záchranná služba

Uvolnění průchodnosti dýchacích cest

Je-li postižený při vědomí:

Nejprve postiženého vyzveme ke kašli. Když cizí těleso nevykašle z dýchacích cest, postupujeme takto:

- malé děti si položíme hlavou dolů nebo větší děti přes koleno a údery dlaní mezi lopatky se pokusíme odstranit cizí těleso z dýchacích cest
- dospělý vyzveme ke kašli a provedeme Heimlichův hmat = přistoupíme zezadu, obejmeme postiženého pod žebními oblouky, spojíme svoje ruce jednou rukou si chytíme zápěstí druhé a periodickými stlačeními se snažíme vypudit cizí těleso

Je-li postižený v bezvědomí:

- zkontrolujeme, případně vyčistíme dutinu ústní
- provedeme manévr „zakloň hlavu, zvedni bradu“ - ne u úrazů páteře a pokud se neobjeví spontánní dýchání, zahájíme umělé dýchání z plic do plic

Umělé dýchání z plic do plic

Příčiny zástavy dechu např.:

- aspirace (vdechnutí cizího tělesa)
- poranění hrudníku
- akutní onemocnění srdce, plic, mozku, cév
- reflexní zástava po ožehnutí nebo poleptání dýchacích cest
- intoxikace (alkohol)

Příznaky:

- změna barvy postiženého - při zachovaném krevním oběhu nástup cyanózy (promodrávání sliznic a okrajových částí těla)
- zraněný nemůže popadnout dech, tluče se do hrudi (někdy se dýchání samovolně obnoví, někdy je potřeba začít s umělým dýcháním)
- nejsou patrné dýchací pohyby nebo nejsou periodické a klidné, není cítit proud vydechaného vzduchu, lapavé dýchání se za dostatečné dýchání nepovažuje
- po několika desítkách sekund neokysličování krve dochází k poruše vědomí a zástavě
- srdeční činnosti

První pomoc:

- postižený leží v poloze na zádech
- zkontrolujeme, případně vyčistíme dutinu ústní
- uvolníme dýchací cesty záklonem hlavy
- postiženého, dýcháme frekvencí 8-10 dechů za minutu
- objem vdechovaného vzduchu je takový, aby došlo ke zvednutí hrudní stěny
- po úspěšném umělém dýchání a obnovení se spontánní dechové aktivity uložíme postiženého do zotavovací polohy a stále jej kontrolujeme

Specifika kardiopulmonální resuscitace (KPR) u dětí

Novorozenec:

- postižené dítě si položíme na pevnou podložku a podepřeme ramínka tak, abychom mu nezakláněli hlavu (čichací poloha – jako když přivoní ke kytce)
- místo na masáž je ve středu hrudníku asi 1 cm pod spojnicí bradavek
- masáž provádíme dvěma nataženými prsty vždy, pokud má svoji akci srdeční nižší jak 60/min.
- vdechujeme do nosu a úst současně, přibližně obsah své ústní dutiny
- poměr vdechů a stlačení je 1:3, frekvence stačení 120 za minutu = 2 stlačení za sekundu !!!

Kojenec:

- postižené dítě si položíme na pevnou podložku a podepřeme hlavičku, tak abychom mu ji nezakláněli
- u dítěte zahajujeme KPR 5 umělými vdechy proto, že nejčastější příčina zástavy u dítěte je v důsledku zástavy dýchání
- místo na masáž je ve středu hrudníku
- masáž provádíme dvěma prsty
- vdechujeme do nosu a úst současně, přibližně obsah své ústní dutiny
- poměr vdechů a stlačení je 2:30

Větší děti :

- postižené dítě si položíme na pevnou podložku a zakloníme mu hlavu
- místo na masáž je stejné jako u dospělého člověka - dlaňový val ruky záchránce položíme na střed hrudníku viz výše
- masáž provádíme jednou rukou nebo oběma dle konstituce dítěte
- vdechujeme do úst nebo do nosu a úst současně podle velikosti dítěte
- poměr vdechů a stlačení je 2:30

(důkladný praktický nácvik se všemi účastníky na cvičném modelu !!)

Přednáška 3

První pomoc při krvácení, druhy obvazovaného materiálu, technika obvazů.

Krvácení je porušení cévy a vytékání krve mimo krevní oběh (řečiště). Zástava prudkého krvácení je jedním z nejdůležitějších úkonů při poskytování první pomoci. Při poranění velké tepny může být ohrožen život během několika desítek sekund. Čím více krve člověk ztratí, tím více je jeho stav závažnější.

Dospělý člověk má 5-6 litrů krve, náhlá krevní ztráta asi 1/3 objemu krve (cca 1,5 litru) vyvolává šok.

Druhy krvácení - vnější krvácení

- žilní (krev je tmavá, vytékající)
- tepenné (světlá vystřikující krev, může vést k vykrvácení a smrti během několika málo minut)
- vlasečnicové
- krvácení z tělesných otvorů

První pomoc:

Při ošetření postupujeme vždy co nejrychleji, někdy za cenu nedodržení všech pravidel sterilního ošetření, tlakové body.

- postiženého položíme a zvedneme mu postiženou část těla nad úroveň srdce
- odstraníme lehce přístupná drobná cizí tělesa, např. úlomky skla, nesnažíme se vyjmout zaražená cizí tělesa. ránu nevymýváme vodou ani desinfekčními prostředky
- pevně přitlačíme na ránu gázový tampon. Pokud je v ráně nějaký pevně lepící předmět, netlačíme na něj přímo.
- udržujeme tlak na ránu tím, že tampon pevně přivážete obinadlem nebo pruhem látky
- když krev prosakuje obvazem, neodstraňujeme, přitočte další vrstvy a obinadlo tak, aby drželo pevně s původním obvazem
- zavoláme lékařskou pomoc
- nemáte-li k dispozici vhodný kus tkaniny, stlačíme krvácející ránu rukou, nejlépe dlaní. Tlakový obvaz můžete v nouzi vyrobit z kapesníku a složeného šátku.
- pokud je část končetiny amputována, nebo nelze-li prudké tepenné krvácení zastavit, končetinu zaškrtneme. Zaškrccovadlo by mělo být široké asi pět centimetrů. Nepoužíváme provázek, tkaničky z bot, drát. Zaškrccovadlo přikládáme co nejbližší nad okraj rány směrem k srdci, ovineme dvěma otočkami pevně kolem končetiny a stáhneme dvěma uzly. Pod druhý uzel umísíme tužku, klacík nebo podobný předmět, a postupně jej stáčíme tak, aby zaškrccovadlo utáhl co nejvíce. Předmět upevníme ke končetině, zapíšeme si čas, přiložení zaškrccovadla.
- krvácení na krku, z podklíčkové tepny a z tepny v podpažní jamce zastavíme jen přímým tlakem prstů na ránu. Tlak udržujeme i během prevozu do nemocnice, nikdy však nesmíme stlačit obě krční tepny zároveň.

Vnitřní krvácení

Vnitřní krvácení je záluďné, krevní ztráta není navenek viditelná. Vzniká po úrazech hlavy, dutiny hrudní, břišní, pánevní nebo po úrazech končetin – kostí, svalů, kloubů.

Příznaky:

- extrémní bolest, podle orgánů – dechové potíže
- nemožnost pohybu, bledost, pocení, pocit na zvracení nebo zvracení
- rozvíjející se šok
- postižený může zvracet krev nebo mít krev ve stolici

První pomoc:

- protiřoková opatření – uložení do protiřokové polohy, pravidlo 5 T
- zákaz podávání tekutin
- okamžitý převoz do zdravotnického zařízení

Krvácení z nosu

Krvácení z nosu patří k jednomu z nejčastějších krvácivých stavů.

Příčiny :

- snížená srážlivost krve
- vysoký krevní tlak
- zlomenina spodiny lebeční, úraz v obličeji

Příznaky :

- masivní krvácení z nosu
- je-li příměš nažloutlé tekutiny, jde nejspíše o zlomeninu spodiny lebeční

První pomoc :

- postiženého posadíme do mírného předklonu
- řekneme postiženému, ať si stiskne nosní křídla palcem a ukazovákem na dobu 3-5 minut (po tuto dobu nesmrká ani nesmí dělat prudké pohyby)
- na čelo, zátylek a kořen nosu přikládáme chladné obklady (toto reflexivně vyvolá stažení cév v nose)
- postižený musí dýchat ústy (zatéká-li krev do úst nepolyká ji, ale vyplivuje)
- pokračuje-li krvácení, stisk se opakuje
- po zastavení krvácení nesmí postižený několik hodin smrkat, protože smrkání by naruřilo vzniklou krevní sraženinu
- nelze-li krvácení zastavit, nebo je-li velmi masivní, přivoláme odbornou lékařskou pomoc
- nikdy sami nos ničím neucpáváme
- trvá-li krvácení déle než 20 minut, je nutné lékařské ošetření. Lékařskou pomoc vyhledáme také v případě, že krvácení nastalo po silném úderu do nosu nebo po ráně do jiné části hlavy.

(ukázka přiložení tlakového obvazu a zařkrcovala)

Obvazová technika

Účelem obvazu je:

- zastavit krvácení
- připevnit sterilní krytí
- znehybnit v určité poloze
- odsávat ranné výměšky
- připevnit k poraněné části těla materiál

Zásady přikládání obvazů:

- první vrstva obvazu, přiložená na ránu musí být vždy sterilní a přesahovat alespoň o 2 - 3 cm okraje rány
- po přiložení sterilního krytí se s ním už nesmí pohybovat, protože hrozí setření nečistot a infekce z okolí rány
- obvaz musí být dostatečně přitažen, ale nesmí škrtit
- postavení obvazované části musí být již od počátku konečné

Zásady ošetřování poraněného:

- poraněného vždy posadíme nebo položíme
- k poraněnému stojíme vždy čelem tak, abychom viděli na obličej a mohli si s ním povídat
- poraněnou část vždy velmi šetrně podložíme a přidržujeme
- při ošetřování poranění s krvácením nebo manipulaci s jinými tělesnými tekutinami (sliny, zvratky) používáme jednorázové gumové rukavice

Dělení obvazů:

- náplastové obvazy
- obinadlové obvazy
- šátkové obvazy
- náplastové obvazy

Náplastové obvazy

Jsou velmi jednoduché, běžně používané a rychlé. Používáme je k ošetření drobně krvácejících ranek. Patří sem leukoplasti a náplasti s polštářkem. Dalším typem je tzv. Maltézský kříž. Používá se na poraněné špičky prstů. Také se užívá tzv. leukosteh – na tržné rány, když je potřeba stáhnout okraje rány těsně k sobě. Náplast lepíme pouze na suchou pokožku v místech, kde se netvoří záhyby nebo ohyby.

Obinadlové obvazy

Obinadla jsou k dostání různých druhů a šířek, podle toho, co je třeba obvázat. Vyrábí se již hotové obvazy a jsou označeny čísly, např. obvaz č. 3, 4. Jejich technika je pracnější než obvazy šátkové a při jejich použití je třeba větší zručnosti. Používají se ke krytí ran i jako součást tlakového obvazu. Svinuté části obinadla se říká hlava, zbytek se nazývá volný konec. Šířku obinadla vybíráme podle postižené části. Začínáme od nejužší obvazované části těla a provedeme základní otáčku, tzv. zámeček. Jednotlivé otáčky se musí střechovitě překrývat. Obvazování končíme pevně, konec obinadla přelepíme kouskem náplasti nebo jeho konec roztrhneme a vzniklé pruhy svážeme.

Šátkové obvazy

Standardní zdravotnický šátek má tvar rovnoramenného trojúhelníku, je vyroben z režného obvazového kalika nebo je z netkaného syntetického textilu. Šátek nemá přijít do styku s ránou - užívá se k přidržení materiálu, který je určen ke krytí ran. Standardní šátek můžeme nahradit i přeloženým běžným čistým čtyřcípým šátkem. Navlékací rychloobvazy (Prubany) – slouží k rychlému upevnění krycí vrstvy i v místech ohybu končetiny. Nemají tlakový účinek a nelze je použít na silně krvácející rány.

Materiál ke krytí ran

Pokud obvaz slouží ke krytí rány, obvykle se na ni nejprve přikládá krycí vrstva, která musí být měkká, dobře sající, prodyšná a sterilní. Optimální obvazový materiál ránu nerozdírá, nedráždí a nelepí se na ni.

V první pomoci se často setkáme s nutností improvizace. Jako krycí materiál je nutno použít co nejčistší tkaninu, kterou máme v dané chvíli k dispozici. S oblibou se doporučuje použití kapesníku (pokud možno čerstvě vyžehleného), další volby závisejí na momentálních možnostech záchránce. Vždy je nutné myslet na to, aby krycí materiál byl doopravdy co nejčistší.

(ukázky jednotlivých typů obvazů a nácvik obvazové techniky ...)

Přednáška 4

První pomoc při zlomeninách, poranění hlavy a páteře.

Poranění pohybového aparátu.

Pohybový aparát člověka tvoří soustava pohybová, rozdělená na svaly, kosti a klouby.

Poranění svalů

Poranění svalů bývá bolestivé a omezuje pohyb. Tupá poranění nebývají příliš nebezpečná. Otevřená poranění, např. řezná, ale mohou sval natolik poškodit, že úplně ztratí svou funkci, a to někdy i trvale.

Příznaky:

- uzavřená zranění se projevují bolestí v místě úrazu, otokem a modřinou (hematomem neboli krvácením do svalu a podkoží)
- při natržení nebo přetržení se sval smrští, změní svůj obvyklý tvar, silně bolí a přestane plnit svou funkci

První pomoc:

- poraněnou část těla chladíme, čímž zmírníme bolest i vznik otoku
- omezíme činnost svalu, např. znehybněním nebo pomocí pružného obinadla

Poranění kloubů

K poranění kloubu dojde nejčastěji při nepřirozeném pohybu nebo při působení větší síly na kloub zvenčí (např. při pádu, běhu, fotbalu).

Rozlišujeme podvrtnutí a vykloubení. Při podvrtnutí se kloub poraní nadměrným pohybem. Poškodí se okolní vazy. Kloub samotný ale výrazněji poškozen není. Při vykloubení se kloubní hlavice ocitne mimo kloubní jamku. Může dojít k drobným zlomeninám kloubní jamky.

Příznaky:

- kloub silně bolí, může být deformovaný
- je snížena nebo vyloučena pohyblivost kloubu
- při pokusu o pohyb kloub klade odpor, není možné s ním hýbat, končetina „pruží“
- rychle vzniká otok, případně i modřina, kůže v okolí kloubu je napnutá a horká

První pomoc:

- kloub chladíme
- provedeme znehybnění pomocí pružného obinadla nebo šátků, stejně jako u zlomenin
- pokud je kloub v nepřirozené (tzv. vynucené) poloze, znehybníme ho v ní nebo ho vypodložíme tak, abychom ho mohli ve vynucené poloze znehybnit
- nikdy se nesnažíme kloub napravovat a vracet do původní polohy.

Zlomeniny

Zlomeniny vznikají působením nadměrné síly na kost. Kostí starších lidí se lámou snadněji, protože už nejsou tak pevné a pružné jako kosti dětí a mladých lidí. Právě u starých lidí mohou být některé zlomeniny velmi nebezpečné. Zejména zlomeniny na dolních končetinách s sebou mohou nést až smrtelné komplikace.

Zlomeniny dělíme na uzavřené a otevřené, kdy kost pronikne kůží na povrch.

Příznaky:

- bolest v místě zlomeniny, otok, modřina
- nepřírozená hybnost končetiny, např. v místě mimo kloub
- změna tvaru končetiny
- nepříjemný drásavý zvuk v místě zlomeniny vznikající vzájemným broušením okrajů zlomené kosti o sebe
- u otevřené zlomeniny je v ráně vidět okraj zlomené kosti
- pokud si nejsme jisti, zda je kost opravdu zlomená, chováme se při ošetřování tak, jako by zlomená byla

První pomoc:

- otevřené zlomeniny sterilně kryjeme a obložíme, abychom na úlomky kostí netlačili
- se zlomenou kostí nehýbeme, nesnažíme se ji narovnávat
- zlomeninu šetrně znehybníme
- zlomeniny na horní končetině znehybníme zpevněným velkým šátkovým závěsem
- u zlomenin dolní končetiny poraněného položíme na rovnou podložku (např. na zem) a obě dolní končetiny svážeme na 4 až 5 místech šátky k sobě
- postiženého se zlomeninami žeber necháme v jemu nejméně bolestivé poloze
- při poranění pánve z pacientem nehýbeme. Zraněného necháme v nejméně bolestivé poloze, nejčastěji to je na zádech na pevné podložce s mírně pokrčenými a vypodloženými dolními končetinami, kolena mírně od sebe.
- při zlomeninách velkých kostí a pánve pamatujeme na nebezpečí rozvoje šoku. Součástí ošetření jsou proto protišoková opatření postiženého v bezvědomí ukládáme do stabilizované polohy na zdravou nebo méně poraněnou stranu, v případě četných zlomenin velkých kostí stabilizovanou polohu provést nemůžeme, kontrolujeme stav životních funkcí.
- okamžitě voláme 155

Poranění páteře

Poranění páteře vznikají nejčastěji při automobilových nehodách a pádech z výšky, mohou být ale způsobena i přímým úderem na páteř.

Hlavní nebezpečí spočívá v tom, že může být současně poraněna nebo porušena mícha.

To má za následek částečné nebo úplné ochrnutí, které může být i trvalé.

Nejdůležitější zásadou při podezření na poranění páteře je co možná nejmenší a nejšetrnější manipulace s poraněným.

Příznaky:

- bolest v místě poranění, otok, změna tvaru páteře
- brnění, nepohyblivost nebo necitlivost končetin, části nebo i celého těla

První pomoc:

- s postiženým se snažíme nehýbat, je-li to nezbytně nutné kvůli hrozícímu nebezpečí nebo kvůli nutnosti dalších ošetření, musí s ním hýbat nejméně 3 zachránci (lépe však 4- 5), a to tak, že jeden vždy drží hlavu postiženého a celá páteř musí zůstat při všech pohybech stále rovná, (tzn. v jedné přímce) postiženého položíme na rovnou pevnou podložku, hlavu obložíme a zajistíme proti pohybu
- pokud je postižený v bezvědomí, neukládáme ho do stabilizované polohy
- nikdy nesmíme poraněného odvézt do nemocnice sami, vždy ho musí odvézt záchranná služba, která má pro tato poranění speciální pomůcky pro znehybnění páteře

Poranění lebky a mozku

Poranění lebky, tzn. kostěného krytu, který kryje mozek, nebo její obličejové kostry, je často spojeno s poraněním mozku. K poranění mozku však může dojít i bez poškození kostního krytu lebky.

Zlomeniny lebečních kostí

- zlomenina klenby lební se projeví deformitou v místě zlomeniny. Může se jednat o prohlubeň, nebo otok v tomto místě. Často je zlomenina patrná pouze při rentgenovém vyšetření lebky.
- zlomenina lebeční spodiny se buď neprojeví vůbec, nebo se může projevit krvácením z úst, nosu, nebo ucha.
- otřes mozku se většinou projeví přechodnými příznaky (krátkodobé bezvědomí, nevolnost, zvracení, bolesti hlavy)

První pomoc:

- při poskytování první pomoci je nutné mít na zřeteli, že poranění hlavy je často způsobeno velkým násilím a bývá spojeno i s poraněním krční páteře. Pozor při manipulacích. Hlavu držíme vždy v podélné ose těla, vyvarujeme se předklonům hlavy a jejím rotacím. Hlavu se snažíme udržovat v mírném záklonu. Pro poskytování první pomoci je důležité, je-li nemocný při vědomí, nebo v bezvědomí.

U poraněného v bezvědomí postupujeme následovně:

- pokud spontánně ventiluje postiženého ukládáme do zotavovací polohy
- pokud nedýchá, zahájíme umělé dýchání příp. i masáž srdeční, pokud není hmatný tep. Následné poškození mozku je závislé také na tom, jak rychle se obnoví dostatečné zásobení mozku kyslíkem.
- ošetříme zevní poranění. Krvácení z ucha nebo z nosu kryjeme dostatečným množstvím savého materiálu.
- ošetříme i poranění vzdálená (krvácení a zlomeniny nebo otevřená poranění) kdekoliv na těle
- kontrolujeme trvale stav a dýchání a oběhu, trvale udržujeme průchodnost dýchacích cest, voláme vůz ZZS

U poraněného při vědomí:

- nemocného uložíme vleže na znak s mírně podloženou hlavou.
- zevní poranění nebo krvácení ošetříme stejně jako v minulém případě.
- zajistíme odbornou pomoc, nebo transport k odborné pomoci.
- je nutné trvale zraněného sledovat, i u zraněného při vědomí není vyloučena následná ztráta vědomí v pozdější době.

Přednáška 5

První pomoc při poranění teplem a chladem, intoxikace

Popáleniny

Popáleniny vznikají působením extrémně vysokých teplot na tkáň lidského těla. Nejčastější příčiny vzniku poranění je opaření v domácnosti, zábavná a amatérsky vyráběná pyrotechnika – popáleniny a kombinovaná zranění atd. V dopravě vznikají nejčastěji kontaktem s výfukovým potrubím, vodou z chladiče, kontaktem s rozpalenými částmi motoru nebo při požáru vozidla.

Poleptání jsou vlastně popáleniny způsobené kyselinou či louhem. K poleptání může dojít např. při neopatrné manipulaci s elektrolytem akumulátoru (baterie).

Dělení:

- I. stupeň: zarudnutí pokožky, pálivá bolest.
- II. stupeň: puchýře na zarudnuté pokožce, někdy se tvoří až několik hodin po popálení.
- III. stupeň: dochází ke zuhelnatění tkání, kůže a podkoží jsou zcela zničeny, mohou být poškozeny i svaly, kůže je zčernalá, suchá, drolicí se, popáleniny obvykle nebolí – jsou zničena nervová zakončení.

Příznaky:

- postižený udává silnou pálivou bolest v oblasti zranění
- větší rozsah popálené plochy těla vede k rychlému rozvoji šoku
- poleptání se vyznačuje silným pálením poškozené části těla
- kůže může být rozbředlá, zarudnutá nebo naopak vypadat jako zuhelnatělá
- postižený většinou ví, při jaké činnosti nebo jakou látkou se poleptal

První pomoc:

- ihned obnažíme zasažené části těla, dáваме pozor, abychom postiženého nebo sami sebe nepotřísnili zbytky chemikálií ze svlékaného oděvu
- jedná-li se o popáleniny v oblasti krku nebo končetin, okamžitě sundáme řetízky, náramky, hodinky, prstýnky
- popáleniny i poleptání co nejdéle oplachujeme proudem tekoucí studené pitné vody, a to do té doby, dokud je to postiženému příjemné, oděv odstraňujeme, není-li přiškvařen, jinak i přes něj chladíme postižená místa, nikdy nechladíme celé tělo vždy chladíme obličej, krk – například dlaněmi, plošky nohou a pánevní dno, pozor na výbuchy – je-li popálen obličej, většinou jsou popáleny i dýchací cesty, (projeví se později)
- poraněné části sterilně kryjeme
- při větším rozsahu poškození těla (např. celé břicho) zahajujeme protišoková opatření
- zraněný nesmí prochladnout

Omrzliny:

Mohou vzniknout při prolomení ledu na rybníku nebo pádu do řeky v mrazivém počasí, při pobytu na horách.

Postiženy bývají prsty na horních a dolních končetinách, uši, nos a tváře - periferní místa těla, která jsou nedostatečně chráněná před vnějším prostředím nebo v nich z různých důvodů vážně prokrvení.

Dělení omrzlin:

1. stupeň

Příčiny:

- stažení drobných cév, dochází k otoku

Příznaky:

- předchází palčivá bolest
- kůže je bílá, chladná a necitlivá
- po zahřátí dochází k úplnému uzdravení, trvale může přetrvávat místní přecitlivělost k chladu

2. stupeň

Příznaky:

- puchýře a fialové zbarvením kůže, puchýře se objevují až za 1-3 dny

3. stupeň

Příznaky:

- po několika dnech se projevuje úplným ztvrdnutím a necitlivostí postižené části těla. V terénu není možné určit stupeň omrzliny. Každá omrzlina zpočátku vyhlíží jako I. stupeň, všechny je nutné ošetřovat jako nerozpoznané omrzliny III. stupně!

První pomoc:

- zabráníme dalšímu ochlazování, suché rukavice, ponožky
- aktivně pohybujeme končetinami a masírujeme okolní tkáň bez dotyku vlastní omrzliny. tření sněhem je zakázáno
- podáme postiženému horké, oslazené nápoje s přísadou minerálů
- postižená místa kryjeme sterilním vatovým obvazem, nesmí omrzlinu stlačovat.
- na místě nehody v terénu se nepodává alkohol, léky, neaplikují se masti. kouření se zakazuje
- nemocný s lehčími omrzlinami může jít sám, při větším postižení je nutná přeprava na lehátku - ve horském terénu připadá v úvahu vrtulník

První pomoc v teplém úkrytu

- postiženého zujeme, dáme suché prádlo a oblečení.
- podáváme horké a oslazené nápoje
- omrzliny neohříváme ani v lázni ani suchým teplem

- horká vodní lázeň: ve vodě teplé 35 až nejvýše 42 stupňů Celsia (nutné přeměřit teploměrem - rozhodně musí být snesitelná pro zdravou osobu) pohybujeme omrzlou částí těla pod dobu asi 30 minut - zčervenání kůže a dostaví se bolest
- na obličej přikládáme teplé obklady. lze opakovat několikrát denně.
- omrzliny neohříváme suchým teplem (sáláním)
- po lázni kůži šetrně osušíme a sterilně kryjeme vatou. puchýře nikdy neotvíráme, chráníme je před protržením
- transport k lékaři nebo do nemocnice co nejdříve - ale jen pokud nehrozí nové omrznutí. lékařské ošetření je nutné provést do 48 hodin, v obtížných podmínkách (velehory) nejpozději do týdne

Prevence:

- vhodné oblečení: teplý suchý oděv, který netěsní, nejvhodnější je mít na sobě více vrstev, čepice výrazně sníží únik tepla z organismu
- ochrana před vlhkem: vodotěsná obuv, náhradní rukavice a ponožky
- správná výživa a dostatek tekutin: na túru vycházíme vždy dostatečně najedeni a se zásobami jídla a tekutin - čokoláda nebo speciální energetické tyčinky zajistí dodání energie v případě náhlého poklesu hladiny krevního cukru

Úpal – celkové přehřátí

Vzniká vlivem tepla na celý organismus v uzavřené přehřáté místnosti, v přeplněném dopravním prostředku, v nevětrané místnosti, v prádelně apod.

Příznaky:

- pocit horka, žízeň, celková slabost, pocit na zvracení, ztráta vědomí, kůže je suchá a horká, tep a dech se zrychluje a může dojít i k zástavě

První pomoc:

- postiženého uložíme v chladnějším prostředí,
- snížíme tělesnou teplotu, sprcha, koupel ve vodě o teplotě 25°C, studené obklady
- zvýšíme horní polovinu těla - studený obklad na hlavu
- je – li při vědomí, podáme chladné tekutiny po lžičkách
- v případě zástavy dýchání a krevního oběhu provádíme KPR
- ukládáme do stabilizované polohy

Úžeh – popálení sluncem

Vzniká přímým kontaktem se slunečními paprsky

Příznaky:

- popáleniny 1. a 2. stupně, bolest hlavy, pocit na zvracení, vysoká teplota až 40°C, povrchní dýchání, zrychlený tep

První pomoc:

- odneseme postiženého ze slunce, studené obklady
- podáváme chladné nápoje, v případě bezvědomí postupujeme jako při úpalu

Poranění škodlivými látkami

Příznaky:

- kyselina tkáň poškozuje na povrchu, kůže může být začervenalá až černě spálená
- zásada působí do hloubky tkáně a tkáň je rozbředlá

První pomoc:

- odstraníme zdroj poranění, svlékneme zasažený oděv (dáme pozor, abychom nepotřísnili chemikálií nezasažené části těla postiženého nebo sebe)
- omýváme zasažené místo proudem tekoucí vody
- pokud je to možné, použijeme neutralizační roztok - na kyselinu slabý roztok jedlé sody nebo mýdlo, na zásadu slabý roztok kyseliny octové nebo citrónové
- ránu sterilně zakryjeme, končetinu znehybníme, obvaz můžeme napustit neutralizačním roztokem
- při zasažení očí vyplachujeme oko proudem pomalu tekoucí vody dostatečně dlouho od vnitřního koutku ven a potom obě oči zakryjeme obvazem
- při polknutí chemikálie se nesnažíme vyvolat zvracení, hrozí protržení trávicí soustavy
- přivoláme lékařskou pomoc

Intoxikace – otravy

Bránou vstupu škodlivé látky do organismu může být trávicí soustava, dýchací cesty a kůže.

Příčiny:

- záměna láhví, zvědavost u dětí, vdechnutí např. při natírání, otrava houbami, otrava léky (náhodné požití dítětem, předávkování, sebevražedné pokusy), otrava alkoholem, otrava oxidem uhelnatým

Otrava houbami

Např. muchomůrka zelená, muchomůrka panterová (jejich jedovatost se neničí sušením, vařením ani při zmražení).

Příznaky:

- bolesti břicha, křeče, poruchy vidění, závratě, slzení, slinění, pocit na zvracení až zvracení, pocit horka, studený lepkavý pot, zrychlení pulsu
- postupně vznikají poruchy vědomí až bezvědomí
- příznaky se mohou objevit až po 36 hodinách po požití

První pomoc:

- při vědomí vyvoláme zvracení, pak podáme 8 tablet živočišného uhlí a 250 ml vody
- v bezvědomí uvolníme dýchací cesty a provedeme KPR
- sledujeme fyziologické funkce
- voláme vůz RZP

Otrava léky

Příznaky:

- závisí na druhu požitého léku – apatie, agresivita ...

První pomoc:

- při vědomí – snažíme se vyvolat zvracení – voda se solí (1lžíce soli na 1 sklenici), ne u dětí, nebo mechanicky „prst do krku“
- nenecháme ho usnout – aktivní pohyb
- v bezvědomí – nepodáváme nic ústy, nevyvoláváme zvracení
- při selhání životních funkcí okamžitě zahájíme KPR
- zajistíme zbytky léků nebo krabičky od nich, při zvracení zachytíme vzorek zvratku pro další vyšetření (toxikologie)
- voláme vůz RZP

Otrava alkoholem

Tolerance alkoholu je závislá na pohlaví, tělesné hmotnosti, aktuálním zdravotním stavu.

Příznaky:

- z dechu postiženého je cítit alkohol, může zvracet. Při vědomí je jeho chování různé – netečnost, agresivita, plačtivost apod. V časně fázi otravy dýchá zhluboka, ve tváři je zarudlý, puls je dobře hmatný. Později se puls zrychluje, je špatně hmatný, dýchání může selhávat.

První pomoc:

- při vědomí – vyvoláme zvracení, zjišťujeme požitou dávku alkoholu, pak podáme živočišné uhlí s vodou
- v bezvědomí – ukládáme postiženého do zotavovací polohy, sledujeme fyziologické funkce, uplatníme protišoková opatření
- voláme vůz RZP

Otrava oxidem uhelnatým

Je obsažen v kouřových a výfukových plynech, ve svítiplynu. Může vznikat při nedostatečném spalování zemního plynu.

Příznaky:

- bolesti hlavy, nevolnost, hučení v uších, oblužení, bušení srdce, porucha dýchání až zástava, nepravidelný puls, růžová barva postiženého

První pomoc:

- postiženého rychle vyneseme ze zamořeného prostoru
- není-li to možné větráme a vyproštění necháme odborníkům, ti užijí dýchací přístroje
- zabráníme výbuchu – nesmíme rozsvítit elektrické světlo ani použít elektrický spotřebič, nezvoníme na zvonek, nekouříme
- při vědomí – sledujeme fyziologické funkce, ukládáme do stabilizované polohy
- v bezvědomí – dle stavu zahajujeme KPR
- voláme vůz RZP

Únik škodlivých látek z průmyslových podniků

Nikdy nevstupujeme sami do místa havárie !!! postiženým bude poskytnuta odborná pomoc zásahem hasičského záchranného sboru a záchranné služby !!! Vstupem do nebezpečné zóny bychom ohrozili sebe a postiženým nepomohli !!!

Může se jednat o různé chemické látky (amoniak, chlór, kyanovodík, sirovodík, organofosfáty), které mohou unikat při haváriích v chemickém průmyslu. Prvotní opatření je odsunout postiženého z místa působení látky – neohrozit sebe.

Technický zásah provádějí pracovníci HZS, používají ochranné prostředky.

První pomoc:

- řídíme se druhem poranění a celkovým stavem postižených -obnova životních funkcí, stabilizovaná poloha, protišoková opatření

Úraz elektrickým proudem

Nízké napětí do 1000V

První pomoc:

- vypneme proud, přerušíme styk s vodičem
- zajistíme základní životní funkce
- ošetřujeme popáleniny a ostatní poranění
- provedeme protišoková opatření
- voláme vůz RZP

Vysoké napětí nad 1000V

První pomoc:

- zajistíme vypnutí proudu odborníkem, postiženého vyprošťují odborníci
- do jejich příjezdu se zdržujeme v bezpečné vzdálenosti (asi 18 m)
- po vyproštění – zjistíme stav postiženého – zajistíme základní životní funkce – KPR
- ošetřujeme popáleniny (sterilita) a ostatní poranění
- provádíme protišoková opatření
- voláme vůz RZP

Zasažení bleskem

Na zasažení bleskem usuzujeme podle okolností, např, nacházíme postiženého při bouřce, má dvě popáleniny, leží pod stromem a má zástavu krevního oběhu a dýchání.

První pomoc:

- zajistíme základní životní funkce – KPR
- šetrně měníme polohu postiženého
- ošetřujeme popáleniny a ostatní poranění
- provádíme protišoková opatření
- voláme vůz RZP

Zdroje:

J. Bydžovský, První pomoc, Grada 2001

M.Beránková a kol. První pomoc, Informatorium 2002

Eva Čejková a kol. Děti v dopravě první pomoc, Úřad ČČK Praha 2004

www.resuscitace.cz

www.zzs.akis.cz

www.prvnipomoc.cz

Přednáška 6

Modelové situace, závěrečný test

Připravit si modelovou situaci pro skupinové řešení (jedna skupina představuje poraněné, druhá záchránce), vycházet ze situací blízkých této věkové skupině, zdůraznit úlohu „velitele“ - tj. ve skupině laických záchránců by měl jeden řídit a organizovat a pak předat profesionálním záchranářům informace, ohlašování situace, zúročit veškeré znalosti z předcházejících přednášek

- test pouze na 5 – 7 min., vyhodnocení – uvést a vysvětlit správné odpovědi,

Přednáška 7

Sanitní vozidlo ZZS, spolupráce se záchranáři, hromadné neštěstí

- toto zaměstnání povedou profesionální záchranáři ze ZZS kraje Vysočina (cca 2 hod.), společně s příslušníkem hasičského záchranného sboru (cca 1 hod.),

ZZS:

- ukázka vozidla a vybavení, ukázka kardiopulmunální resuscitace s pomůckami – dýchače, defibrilátor, komunikace s dispečinkem zdravotnického střediska, spolupráce při navádění sanity a vrtulníku k postiženému, spolupráce se záchranáři, jestliže u místa neštěstí přistává vrtulník jaké jsou hlavní bezpečnostní opatření:

- nepřibližovat se k vrtulníku zezadu,
- nepřibližovat se při přistávání a vzletu,
- z blízkosti přistávání odstranit předměty které by mohly odletět – zejména části oblečení, deky, kartony, plechy apod.,
- přistává-li vrtulník na silnici – zastavte okolní provoz vozidel, neohrozit sebe!,
- předání letáků HEMZ a skládaček: Kapesní průvodce pro mimořádné události.
- příslušník HZS:

- integrovaný záchranný systém – účel, kdo ho tvoří, princip jednoho operačního střediska a sítě profesionálních a dobrovolných hasičů - záchranářů,

- co chápeme jako hromadné neštěstí, hlavní druhy – přírodní vlivy: povodně, sesuvy půdy, zemětřesení, větrné a sněhové vichřice, vlivy lidské činnosti: úniky škodlivých látek, průmyslové havárie, hromadné dopravní nehody automobilové, vlakové, letecké, požáry, vhodné příklady pomoci např. při záplavách v r. 2002, systém varování před katastrofami – automatické hlásiče, obecní rozhlas apod. městských (obecních) orgánů státní správy a samosprávy, evakuace a ukrytí, evakuační zavazadlo.

(informace podávat přiměřeně k věku žáků)

PŘÍLOHA č. 4

Vážení pedagogičtí pracovníci,

právě držíte v ruce dotazník, který by se měl stát součástí mé bakalářské práce na téma: Koncepce výuky první pomoci v osmých třídách základních škol. Ráda bych využila Vašich dlouholetých zkušeností s předáváním informací různým věkovým skupinám a zároveň získala Váš osobní postoj k zařazení první pomoci do vyučování. Získaná data budou použita k napsání mé bakalářské práce. Tímto Vás prosím o anonymní vyplnění dotazníku.

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

Magda Vojtěchová

1. Jaká je Vaše aprobace?

.....

2. Do jakého předmětu byste výuku PP zařadili? Může být výuka první pomoci samostatným předmětem a anotací jedné hodiny týdně?

.....

.....

3. Které oblasti první pomoci byste zařadili do výuky s ohledem na věk žáků ve Vaší třídě (život ohrožující stavy x běžná poranění)?

.....

.....

4. V jaké normě hodin a vzájemném poměru by se měla pohybovat teorie a praxe?

.....

.....

5. Přivítali byste v těchto hodinách výklad odborného lektora (instruktor ČČK, zdravotní sestra)?

.....

-
-

-

Do prázdného pole příslušné otázky ve spodní tabulce vepište písmeno označující správnou odpověď z boční tabulky.

1.	Kolik tepů za minutu má dospělý člověk.	A	3
2.	Jaký je poměr resuscitace u dospělého.	B	5
3.	Na jaké číslo zavoláte všechny složky IZS.	C	100 - 110
4.	Kolik máme život zachraňujících úkonů.	D	60 - 80
5.	Kolik tepů za minutu odpovídá I.stadiu šoku.	E	2
6.	Kolik rozeznáváme druhů krvácení.	F	2 : 30
7.	U kterého stupně popálenin se vyskytují puchýře.	G	50
8.	Jaká je minimální vzdálenost umístění výstražného trojúhelníku od místa nehody.	H	112
9.	Kolik procent popálenin je dlaň postiženého.	I	20
10.	Kolik dechů za minutu má 10-ti leté dítě.	J	1

[illegible]