UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Marie Bochýnková

Znalosti pedagogů na 1. stupni základních škol v poskytování první pomoci

Olomouc 2015 Mgr. Jana Majerová

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně na základě materiálů uvedených v seznamu literatury.

V Olomouci dne

……..

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Janě Majerové za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad a připomínek, které mi věnovala během psaní této práce.

Obsah

ÚVOD **7**
1 CÍL PRÁCE **9**
2 TEORETICKÉ POZNATKY **10**
2.1 Pedagog 10
2.2 Kvalifikace učitele 10
2.2.1 Kompetence učitele 11
2.2.2 Osobnostní kvality učitele 12
2.3 První pomoc jako součást přípravy učitelů na povolání 13
2.3.1 Vzdělávání pedagogů v rámci první pomoci 13
2.4 Bezpečnost 14
2.4.1 Požadavky na prostory škol a školských zařízení z hlediska bezpečnosti 14
2.4.2 Úraz ve škole 15
2.4.3 Dohled nad žáky jako prevence úrazů 18
2.4.4 Povinnosti pedagogických pracovníků 19
2.5 První pomoc – základní vymezení první pomoci 20
2.5.1 Zásady při poskytování první pomoci 20
2.5.2 Historie první pomoci 21
2.5.3 Historie první pomoci v českých zemích 22
2.5.4 Dělení první pomoci 23
2.6 První pomoc při život ohrožujících stavech 24
2.7 Základní neodkladná resuscitace 24
2.7.1 Resuscitace u dětí 26
2.7.2 Bezvědomí 26
2.7.3 Druhy krvácení a jeho zástavy 29
2.7.4 Šok 34
2.7.5 Diabetes mellitus 36
2.7.6 Křečové stavy 38
2.7.7 Astma bronchiale 40
2.7.8 Alergie 41
2.7.9 Anafylaktický šok 42
2.8 Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání 42
2.8.1 Klíčové kompetence 44

2.8.2 Téma první pomoci ve vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět 44
3 VÝZKUMNÁ ČÁST.....Chyba! Záložka není definována.
3.1 Metodika práce..... 46
3.2 Charakteristika výzkumného souboru..... 46
3.3 Výzkumná metoda 46
4 ZPRACOVÁNÍ DAT..... **47**
5 VÝSLEDKY A DISKUZE..... **49**
ZÁVĚR **74**
SOUHRN **76**
SUMMARY **77**
REFERENČNÍ SEZNAM..... **78**
SEZNAM OBRÁZKŮ..... **81**
SEZNAM TABULEK **82**
SEZNAM GRAFŮ..... **83**
SEZNAM PŘÍLOH **84**

ÚVOD

Při výběru diplomové práce *Znalosti pedagogů na 1. stupni základních škol v poskytování první pomoci* jsem se nechala inspirovat mimo jiném i povoláním, které jsem si zvolila. Jako učitelka prvního stupně základních škol se pravděpodobně dostanu do situace, kdy budu muset prokázat schopnost poskytnout první pomoc.

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, 2006, s 9).

Měli bychom si uvědomit, že znalost správných postupů v poskytování první pomoci se musí dotýkat každého z nás. Kdykoliv a kdekoliv se člověk může dostat do situace, kdy nějaký člověk bude potřebovat naši pomoc. Jde tedy hlavně o pomoc morální. I přes dobré teoretické znalosti se může stát, že v náhle vzniklé situaci nedokážeme racionálně posoudit situaci a správně poskytnout první pomoc. Správné poskytnutí první pomoci je často pro nemocné a zraněné tím nejdůležitějším v záchranném řetězci.

Jako základ vzdělání učitelů základních škol považuji, vedle profesních vědomostí a dovedností, neméně důležitou znalost první pomoci. Myslím si, že by měla škola pamatovat a dbát na dostačující a rozsáhlé začlenění první pomoci do obsahu svého vzdělávacího plánu a programu. Učitel by si měl být jistý při poskytování první pomoci, protože jediné zaváhání by mohlo ohrozit život dítěte, za kterého má na základní škole plnou odpovědnost. Rodiče vkládají své dítě do školy s pocitem, že bude o něj postaráno po všech stránkách, a to jak po stránce psychické, tak i fyzické.

Teoretická část diplomové práce se věnuje historii první pomoci, definici a rozdělení první pomoci. Dále se zabývá vybranými základními postupy poskytování první pomoci v život ohrožujících stavech, jako je základní neodkladná resuscitace, bezvědomí, šok, druhy krvácení, akutní stavy u diabetiků, křečové stavy, epilepsie, astma, a dále se věnuje zařazení výuky do rámcového vzdělávacího programu základního vzdělávání.

Výzkumné šetření mapuje aktuální stav znalostí pedagogů na 1. stupni základních škol v poskytování první pomoci, což bylo umožněno v praktické části diplomové práce formou dotazníku. Téma první pomoci je mi hodně blízké a považuji ho za důležitý prvek při práci

na základní škole. Bez znalosti první pomoci pedagog nemůže být považován za plně odpovědného člověka, který má být zodpovědný za každé dítě.

1 CÍL PRÁCE

Primárním cílem výzkumu je zjištění úrovně znalostí pedagogů na 1. stupni základních škol v poskytování první pomoci.

Dílčí cíle:

- Zjistit, kde pedagogové absolvovali výuku první pomoci.
- Zmapovat, zda na prvním stupni základních škol probíhá výuka první pomoci.
- Zanalyzovat vybavenost základních škol pro výuku první pomoci.
- Zmapovat znalosti pedagogů základních škol v poskytnutí první pomoci v případě akutních neúrazových stavů lehčího charakteru.
- Zjistit, zda základní školy využívají odborných přednášek a exkurzí od jednotlivých složek integrovaného záchranného systému.

2 TEORETICKÉ POZNATK

2.1 Pedagog

Pedagoga definujeme jako osobu výchovně-vzdělávacího procesu. Pedagog je tedy osoba, která působí na dítě a organizuje jeho chování na profesionální úrovni tak, aby byly splněny předem stanovené cíle (Kraus, Vacek, 1992; Vorlíček, 2000).

Pedagog celý tento proces organizuje a zároveň hodnotí dosažené výsledky. Vytváří obsah výchovně-vzdělávací činnosti, uskutečňuje úvodní, průběžnou a závěrečnou diagnózu, rozhoduje o vhodných organizačních formách a metodách výuky. Pedagog na děti nepůsobí jenom prostřednictvím svých vědomostí a dovedností, ale především napomáhá ke zlepšení prostředí. Vytváří pozitivní klima ve třídě, motivuje žáky a podílí se na rozvoji osobnosti a morálních hodnot (Dytrtová, Krhutová, 2009).

2.2 Kvalifikace učitele

Pod pojem kvalifikace učitele můžeme zahrnout způsobilost pro vykonávání učitelské profese. Jedinec tuto kvalifikaci získá po dokončení vysoké školy. V dnešní době od sebe rozlišujeme odbornou a pedagogickou způsobilost. Odbornou způsobilost získá jakýkoliv vysokoškolský absolvent. Pedagogickou způsobilost získá člověk studiem na některé z pedagogických fakult. V dnešní době jsou na učitele kladeny velmi vysoké požadavky a nároky jak ze strany zaměstnavatele, tak i ze strany učitelů a žáků. Je důležité, aby učitel byl vybaven nejen vlastnostmi, dovednostmi a schopnostmi. Kompetence připravují učitele lépe na tuto profesi. Tvoří je nejen znalosti, dovednosti, ale především postoje a zkušenosti, které rozvíjí během celého života (Svobodová, Šmahelová, 2007). Proto je velmi podstatné, aby jedinec bral svou profesi jako poslání, a tak k ní přistupoval. Být pedagogem značí, že jsme nositelem výchovných idejí a ideálů vzdělanosti. *„Věrohodným pedagogem se může stát pouze ten, kdo vzdělává sám sebe, kdo na sobě zakouší problematičnost lidského člověka, ten kdo studuje sám sebe a klade si otázky, zda je schopen vše splnit, co požaduje od jiných“* (Vališová, Kasíková, 2007, s. 16). Učitelé nejsou v životě dítěte zástupci rodičů, ale mají zodpovědnost za výchovu a vzdělávání dětí a mládeže vzhledem ke společnosti, jelikož je přivádějí do společenského života. Tím, jak učitelé

uskutečňují svou práci, mají velký podíl na utváření lidských bytostí a na jejich individuálním životě. Ten, kdo neplánuje či nehodlá jít dlouhou cestou celoživotního vzdělávání, není schopen se dále vyvíjet ve svém oboru a rozšiřovat svůj rozhled. Učitel by měl být tudíž všeobecně nadaný a měl by jít s dobou. Učitelé, kteří se neseznámili se základy první pomoci během svého studia, by se měli s touto problematikou co nejdříve obeznámit. Důležité je, aby si rozšířili svůj přehled a uvědomili si, že včasné poskytnutí první pomoci může zachránit život jedince.

2.2.1 Kompetence učitele

Stanovením profesních kompetencí se věnuje mnoho autorů. Nejčastěji se uvádí toto rozdělení.

1) **Kompetence oborově předmětové** – Učitel má osvojeny veškeré znalosti ze svého aprobačního předmětu, tyto znalosti je schopen aplikovat do vzdělávacího obsahu konkrétních předmětů a využít je také v mezipředmětových vztazích. Tyto kompetence učitel získal při svém studiu, a to v obecné pedagogice a pedagogické psychologii.
2) **Kompetence psychodidaktická –** Učitel vhodně volí vyučovací prostředky, přičemž bere ohled na individuální zvláštnosti a potřeby žáků. Učitel má přehled o vzdělávacích programech na základních či středních školách. Vypracovává a podílí se na tvoření školního vzdělávacího plánu konkrétní školy. Psychodidaktickou kompetenci získal v obecné a oborové didaktice, vývojové a pedagogické psychologii a v praxi.
3) **Kompetence pedagogická** – Učitel chápe procesy výchovy a využívá je v praxi. Také je obeznámen s kontextem výchovy a vzdělávání. Pomáhá rozvíjet kvalitu žáků dle jejich individuálních potřeb. Tato kompetence je během studia rozvíjena v pedagogice, psychologii a během pedagogické praxe.
4) **Kompetence diagnostická a intervenční** – Je schopen využívat metody pedagogické diagnostiky. Je schopen za pomoci různých diagnostických technik poznat sociální vztahy ve třídě. Umí diagnostikovat nadané žáky a žáky se specifickými vzdělávacími potřebami a přizpůsobí výuku k jejich potřebám. Umí, rozpoznat sociálně patologické jevy, mezi které patří, např. šikana a týrání. Ví, jak sjednat nápravu a jaká preventivní opatření jsou potřebná. Tyto kompetence

získal v předmětu vývojová psychologie, patopsychologie, speciální pedagogika a pedagogická diagnostika.

5) **Kompetence psychosociální a komunikativní** – Je schopen podporovat společenství svých žáků či studentů. Společně vytváří pozitivní klima ve třídě. Ví, jak rozpoznat sociálně patologické a umí sjednat nápravu. Vhodně komunikuje nejen se žáky a studenty, ale i s jejich zákonnými zástupci a se svými kolegy. Této kompetence se budoucí učitel učí v sociální psychologii a sociální pedagogice.
6) **Kompetence manažerská a normativní** – Učitel se orientuje v zákonech a normách vztahující se k jeho povolání. Umí ovládat administrativní činnost, která je potřebná k jeho profesi. Organizuje nejen práci ve vyučovací hodině, ale i mimo výukové aktivity svých žáků či studentů. Ke studijním disciplínám patří školská legislativa, základy školského a třídního managementu.
7) **Kompetence profesně a osobnostně kultivující** – Učitel má všeobecné poznatky z oboru filozofie, kultury, politiky, práva a ekonomie, které využívá při svém působení postojů u svých žáků a studentů. Dodržuje pravidla školské etiky. Je schopen se sebehodnotit a dokáže se přizpůsobit změnám výchovně – vzdělávacího procesu. Tuto kompetenci absolvent získal studiem filozofie výchovy, etiky a během pedagogické praxe (Dytrtová, Krhutová, 2009).

2.2.2 Osobnostní kvality učitele

Na učitele jsou kladeny profesní kompetence, ale i osobnostní kvality. Je nezbytné, aby učitel měl tyto kvality:

- **Motivaci k povolání** – Práce učitele musí bavit a naplňovat, aby k vyučování žáků přistupoval s nadšením.
- **Nadání pro povolání** – Učitel by měl umět všechny své poznatky předat svým žákům či studentům.
- **Kognitivní vybavenost** – Důležité, aby učitel měl dobrou paměť, musí umět dobře reagovat na dotaz.
- **Ochota ke změně** – Schopen přejít od tradičně chápaného pojetí učitele k modernímu chápání (Podlahová, 2007).

2.3 První pomoc jako součást přípravy učitelů na povolání

Jak už bylo několikrát připomenuto, znalosti a vědomosti první pomoci jsou v životě velmi důležitá. Učitelé by měli mít povinnost informovat se a vzdělávat se v této problematice. Oni nesou odpovědnost za spoustu dětí, které vzdělávají. A to hlavně při tělesné výchově, na různých závodech a výcvicích, kde je nebezpečí nehody mnohem vyšší než při běžné výuce.

2.3.1 Vzdělávání pedagogů v rámci první pomoci

Budoucí učitelé se setkávají s výukou první pomoci v rámci studia na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého.

Ve studijním programu Učitelství pro 1. stupeň základních škol – mají v rámci studia absolvovat předmět Biologie dítěte a zdravověda. Jedná se o A předmět, která je za 2 kredity. Výuka probíhá v rámci jedné přednášky a jednoho semináře, ve kterém se budoucí pedagogové seznamují se základy bezpečnosti a ochrany zdraví dětí a mládeže ve škole, při sportovních akcích a pobytech v přírodě. Důraz je kladen na získání teoretických vědomostí a především praktických dovedností při poskytování první pomoci. Dále seminář je veden na zajištění bezpečnostních a hygienických podmínek ve škole. Tento předmět je zakončen zápočtem, který je podmíněn zpracování seminární práce a docházkou. Po absolvování předmětu by studenti měli získat teoretické a praktické dovednosti z oblasti předlékařské první pomoci. Budoucí pedagogové by měli být schopni, zajistit a zhodnotit vhodné hygienické podmínky v rámci výchovně vzdělávacího procesu (https://portal.upol.cz).

Pedagogové se s výukou první pomoci setkávají jako budoucí řidiči v autoškolách. Výuka v této oblasti zahrnuje dvakrát dvě hodiny. Zaměřuje se na obecné zásady jednání při dopravních nehodách a na poskytnutí první pomoc při bezvědomí, zástavě dechu a oběhu, při krvácení, šoku, poranění hrudníku, hlavy a při popáleninách. Každý pedagog se před zahájením školního roku školí v oblasti první pomoci podle § 25 a § 27 Je školen od proškoleného personálu záchranné služby nebo od různých soukromých organizací, se kterými má daná škola smlouvu. Jednotlivá školení mají část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou učitelé seznámeni s různými postupy v první pomoci a v praktické části si tyto jednotlivé kroky mohou prakticky vyzkoušet, př. na resuscitačním modelu. Celé toto školení končí závěrečným písemným testem z probíraných okruhů. Důležité je, aby se pedagog sám sebevzdělával z dostupných knižních a internetových zdrojů.

Na ukázku uvádím některé internetové zdroje: (informace z 18. 3. 2015)

- http://www.zachrannasluzba.cz/http://prvni-pomoc.com
- http://prvnipomoc.kvalitne.cz/index.php?a=main&id=7
- http://www.masaze-kurzy.cz/pomocPDF.pdf

Existuje mnoho knih o první pomoci. Na ukázku doporučuji dvě brožury první pomoci, První příručka je od autorky Citové, která byla vydaná v roce 2007. Druhou příručku uvádím od autora Fraňka, která byla vydaná v roce 2012. Brožurky první pomoci jsou tenké, stručné a obsahují základní informace o poskytování první pomoci v daných situacích *(zdroj: vlastní informace)*.

2.4 Bezpečnost

Každý zaměstnavatel má určité povinnosti ve vztahu k zaměstnancům. V této kapitole uvádím základní výčet povinností pedagogických pracovníku a požadavky na prostory pracoviště. V neposlední řadě se chci zabývat školním úrazem a jeho zápisem do knihy úrazů a dohledem nad žáky jako prevence školních úrazů.

2.4.1 Požadavky na prostory škol a školských zařízení z hlediska bezpečnosti

Prostorové podmínky ve školských zařízeních z hlediska bezpečnosti jsou ustanovena vyhláškou o hygienických požadavcích, která upravuje požadavky na vybavení, provoz, osvětlení, vytápění, vybavení nábytkem, mikroklimatické podmínky. Patří sem:

- Předpoklad na oplocení pozemku pro výchovu a vzdělávání určeného pro pobyt dětí, aby se zabránilo vniknutí zvířat do tohoto prostoru.
- Podlahy ve školských zařízeních, kde se uskutečňuje výchova a vzdělávání, musí odpovídat charakteru činnosti.
- Prostorové podmínky a vnitřní uspořádání, které je určeno pro výhovu a vzdělávání, musí umožňovat výuku, volné hry dětí, jejich odpočinek,

osobní hygienu a stravování, pokud to není zajištěno v jiném stravovacím zařízení; na jedno dítě je denní plocha nejméně 4 m^2.

- Prostory, které slouží pro výchovu a vzdělávání, musí na 1 žáka patřit nejméně 1,65 m^2 místa, v odborných a počítačových učebnách nejméně 2 m^2. V učebnách, které slouží k pracovní činnosti, musí připadnout na žáka nejméně 4 m^2. Prostory, které jsou určeny pro výuku tělesné výchovy, musí splňovat stavební předpoklady. Nejmenší plocha na žáka 8 m^2.
- Tělocvična musí být větratelná, ovládání ventilace musí být umožněno z podlahy. Podlaha musí být pružná, snadno čistitelná, protiskluzová. Stěny a topení musí být zabezpečeny takovým způsobem, aby nebylo ohroženo zdraví dětí.
- Ve vnitřních prostorách, kde je realizovaná výuka a vzdělávání, musí být vyhovující denní osvětlení, které by mělo odpovídat normám. Místo žáku v lavicích by mělo být orientováno tak, aby nedocházelo k oslňování jasem, aby nestínili místo zrakového úkonu. Parametry umělého osvětlení musí odpovídat technickým normám. Tabule by měla mít matný povrch, což se nevztahuje na tabule, na které se píše křídou. Ze všech pracovních míst ve směru pohledu na tabuli musí být vyloučeno zrcadlení.
- Parametry tepelných podmínek v učebnách, tělocvičnách, družinách a v místnostech určených k dlouhodobému pobytu jsou stanoveny v příloze č. 3 vyhlášky o hygienických požadavcích (21 Vyhláška č. 410/2005 Sb., o hygienických požadavcích na prostory a provoz zařízení pro výchovu a vzdělávání dětí a mladistvých, Vyhláška č. 268/2009 Sb., o technických požadavcích na stavby).

2.4.2 Úraz ve škole

Úrazem ve škole myslíme úraz, který se stal během výchovně-vzdělávacího procesu. Za přímou souvislost s výchovou a vyučovací činností se považuje:

- Pobyt žáka ve škole nebo ve školním zařízení v době, kde je konán dozor nad žáky podle příslušného rozvrhu.
- Práce žáků v dílně, na školním pozemku, v laboratořích.
- Pobyt žáka na hřišti při tělesné výchově, volných hrách dětí.

- Účast na vycházkách, výletech, zájezdech, plaveckých výcvicích organizovaných školou, které se uskutečňují za příslušného dozoru.

Za úraz žáka se nepokládá úraz, který se žákovi stal na cestě do školy a zpět. Škola by měla zajistit přiměřené podmínky pro včasné poskytnutí první pomoci. Škola odpovídá za vhodné rozmístění lékárniček s potřebným vybavením a umístění záchranných telefonních čísel. Škola má také za úkol, aby se zásadami poskytování první pomoci byli seznámeni žáci a všichni zaměstnanci školy. Podle závažnosti úrazu a s ohledem na věk zraněného žáka, případně další okolnosti, zajistí škola jeho doprovod do zdravotnického zařízení a zpět nebo domů. O události a provedených opatřeních sděluje neprodleně zákonnému zástupci žáka. Doprovodem může být pouze zletilá osoba, osoba plně způsobilá k právním úkonům a v pracovněprávním vztahu ke škole (Dandová, 2008).

Každá škola by měla mít ve škole lékárničku na viditelném místě. Minimální rozsah vybavení lékárničky pro zotavovací akce, pobyt v přírodě, pro běžné ošetření dítěte, obsahuje tyto věci:

1. **Obvazový a jiný zdravotnický materiál:**
    - Gáza hydrofilní skládaná kompresy sterilní, různé rozměry,
    - Náplast na cívce, různé rozměry,
    - Rychloobvaz na rány, různé rozměry,
    - Obinadlo elastické, různé rozměry,
    - Obvaz sterilní, různé rozměry,
    - Obinadlo škrtící pryžové (60 x 1250 mm),
    - Šátek trojcípí,
    - Vata obvazová a buničitá,
    - Teploměr lékařský,
    - Rouška resuscitační,
    - Pinzeta anatomická,
    - Rouška PVC 45 x 55 cm,
    - Lékařské rukavice pryžové,
    - Nůžky,
    - Zavírací špendlíky, různé velikosti,
    - Záznamník s tužkou,

- Svítilna včetně zdroje.

2. **Léčivé přípravky (pouze ty, které nejsou vázané na lékařský předpis):**
    - Tablety proti nevolnosti při jízdě dopravním prostředkem,
    - Kloktadlo proti dezinfekci dutiny ústní a při bolestech hltanu,
    - Mast nebo gel při poštípání hmyzem,
    - Tablety při systémové alergické reakci,
    - Přípravky k dezinfekci kůže a povrchových ran,
    - Oční kapky nebo oční mast s dezinfekčním účinkem,
    - Přípravek proti průjmu,
    - Přípravek proti teplotě a bolesti (vyhláška č. 106/2001Sb.).

2.4.2.1 Kniha úrazů

V knize úrazů se vede evidence všech úrazů, žáků a studentů. Zápis by měl být proveden nejpozději do 24 hodin od okamžiku, kdy se škola o úrazu dozví. Má stanovené svoje místo tak, aby byla za všech okolností zabezpečena možnost zápisu o vzniklém úrazu.

- Do knihy úrazů zapisuje zaměstnanec, kterému byl úraz oznámen nebo zaměstnanec pověřený ředitelem.
- V případě vícedenních akcí pořádané školou pověřuje ředitel třídního učitele nebo vedoucího kurzu touto povinností.
- Každý žák má povinnost nahlásit pedagogickému pracovníkovi svůj úraz, pokud mu to jeho zdravotní stav umožňuje; má povinnost nahlásit i úraz, jehož byl svědkem a spolupracovat při vyšetření příčin úrazu.

Kniha úrazů obsahuje tyto údaje:

- Pořadové číslo úrazu,
- Jméno, příjmení a datum narození zraněného,
- Popis úrazu,
- Popis události včetně údaje o datu a místě události,
- Zda byl úraz ošetřen a kým,
- Datum, hodina a místo úrazu,

- Podpis osoby, která provedla zápis do knihy úrazů (Vyhláška č. 64/2005 Sb., o evidenci úrazů dětí, žáků a studentů).

2.4.3 Dohled nad žáky jako prevence úrazů

Dohled nad žáky k zajištění jejich bezpečnosti a ochrany zdraví ve školách je stanoven v pracovním řádu pro zaměstnance škol. Provádění dozoru nad žáky určuje ředitel školského zařízení. Při vykonávání dozoru se vychází z konkrétních podmínek a činností. Je brán ohled na věk žáků a jejich rozumové schopnosti. Dohled může vykonávat pedagogický pracovník nebo jiný zletilý zaměstnanec školy, jestliže byl řádně o výkonu dozoru poučen. Dohled se vykonává zejména před vyučováním, o přestávkách mezi vyučovacími hodinami, při přecházení žáků mezi budovami do zařízení, které je určeno ke stravování, do školní družiny. Dohled začíná 20 minut před začátkem dopoledního vyučování a 15 minut před odpoledním vyučováním, končí nejdříve ukončením výchovně-vzdělávacího procesu. Podle pokynu ředitele je dohled vykonáván i mimo školu při akcích organizovaných školou, např. školní výlet, exkurze, plavecký výcvik. Při akcích, které se konají mimo školu, začíná dozor 15 minut před dobou shromáždění na určeném místě. Dozor končí po skončení akce na předem určeném místě a v předem stanoveném čase. Místo, čas a shromáždění žáků po skončení akce oznámí škola nejméně jeden den před konáním akce buď zákonným zástupcům žáků, nebo přímo zletilým žákům.

Při akcích, které se konají mimo školu, kdy jsou žáci ubytováni v objektech jiných osob, dodržují žáci předpisy k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví a předpisy o požární ochraně platné v těchto objektech. Žáci plní stanovený režim dne a pokyny vydané po dobu nočního klidu. Za sdělení žáků s těmito pokyny a za kontrolu jejich plnění odpovídá vedoucí akce nebo určený pedagogický pracovník. Vedoucí akce rozhodne o způsobu provádění dohledu v době nočního klidu (Vyhláška č. 106/2001 Sb., o hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti, ve znění pozdějších předpisů, Vyhláška č. 263/2007 Sb., kterou se stanoví pracovní řád pro zaměstnance škol a školských zařízení zřízených Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, krajem, obcí nebo dobrovolným svazkem obcí).

2.4.4 Povinnosti pedagogických pracovníků

Pedagogický pracovník je povinen zejména:

- Vykonávat výchovně-vzdělávací činnost s přihlédnutím k ochraně žáků před riziky poruch jejich zdravého vývoje.
- Vychovávat žáky ve smyslu vědeckého poznání a v souladu se zásadami vlastenectví, humanity a demokracie.
- Dodržovat učební plány, učební osnovy, případně jiné schválené učební dokumenty.
- Dále se vzdělávat, a to v samostatném studiu.
- Vykonávat dohled nad žáky podle předpisů a pokynů ředitele.
- Zachovávat mlčenlivost o skutečnostech týkajících se osobních údajů žáků.
- Informovat žáky o výsledcích jejich vzdělávání, případně informovat jejich zákonného zástupce.
- Spolupracovat se zákonnými zástupci žáků a zařízeními náhradní rodinné péče.
- Spolupracovat s výchovným poradcem školy, školním metodikem prevence, případně se zařízeními pedagogicko-psychologického poradenství.

Právní základ zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při výchově a vzdělání žáků je především v obecně právních předpisech, které mohou být školské, tak pracovněprávní.

Nejdůležitější školské předpisy jsou:

- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů,
- Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání,
- Vyhláška č. 64/2005 Sb., o evidenci úrazů dětí, žáků a studentů,
- Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných,
- Vyhláška č. 74/2005 Sb., o zájmovém vzdělávání,
- Vyhláška č. 107/2005 Sb., o školním stravování.

2.5 První pomoc – základní vymezení první pomoci

V této kapitole se budu zabývat vymezením první pomoci a zásadami pro správné poskytnutí první pomoci. Dále se budu věnovat historii první pomoci obecně a historii první pomoci v českých zemích.

„První pomoc je definovaná *jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky poškození.“(*Bydžovský, 2011, s. 9).

„*První pomoc je okamžitá pomoc poskytnuta zraněnému nebo nemocnému člověku před jeho kontaktem s profesionální zdravotní péčí. Týká se nejen problematiky poranění či nemoci, ale veškeré péče o postiženého, včetně psychosociální podpory postižených osob nebo svědků události“* (Srnský a kol., 2008, s. 5).

Prioritou první pomoci je rychle, ale klidně vyhodnotit situaci. Zachránce musí chránit nejen postiženého, ale i sebe před nebezpečím. Další krok spočívá ve vyhodnocení stavu všech postižených a v jejich uklidnění. Nejprve se zaměřujeme na stavy ohrožující život a poté řešíme lehčí případy. V případě potřeby je nutné zavolat lékařskou pomoc zavoláním zdravotnické záchranné služby.

„*Cílem první pomoci je zachránit život, zabránit zhoršení zdravotního stavu, urychlit proces uzdravení a zajistit bezpečnost poraněnému, sobě a ostatním přihlížejícím.“*(Kelnerová, 2012, s. 11).

2.5.1 Zásady při poskytování první pomoci

Správné poskytnutí první pomoci vyžaduje **účelnou, rychlou a rozhodnou péči.** Způsob rozhodování ovlivňuje nejen kvalitu první pomoci, ale také má psychologický vliv. U dítěte, které utrpělo nějakou újmu na zdraví a je při vědomí, se musí počítat se změnou osobnosti – dítě může být vystrašené, trpět bolestí a úzkostí. Účelným, klidným a rozhodným jednáním si získáte důvěru jak postiženého, tak i svědků nehody.

Na místě nehody musíme nejdříve posoudit celkovou situaci. V některých nebezpečných případech musíme nejprve vytvořit takové podmínky pro poskytnutí první pomoci, abychom zajistili bezpečí sobě i postiženému, předešli tak dalšímu poranění.

Vyšetření dítěte provádíme následujícími kroky:

- **Pohledem** – sledujeme chování dítěte, vzhled a barvu kůže (bílá barva se vyskytuje při zástavě oběhu, červená u přehřátí, cyanotická při dušení).
- **Poslechem** – můžeme zjistit anamnézu pacienta, dále můžeme pozorovat šelesty při dýchání.
- **Pohmatem** – vyšetřujeme pulz na krční tepně, dýchání na hrudníku, prohmatáním skeletu, teplotu kůže.
- **Čichem** – můžeme zmapovat zápach, např. acetonový, alkoholový, po případně pomočení, pokálení (Bydžovský, 2011).

2.5.2 Historie první pomoci

Archeologické vykopávky dokazují stopy po zhojených poraněních, která naši předkové utrpěli při lovu. V této době musel člověk provést nezbytná opatření k záchraně života na základě pudu sebezáchovy, aniž by se na tyto výkony záměrně připravoval. Spolu s vývojem společnosti se diferencovala i první pomoc. Vznikem třídní společnosti, států a válek vzrůstala potřeba zachraňovat raněné na bojištích, o čemž svědčí záznamy na egyptských papyrusech, literární díla řeckých básníků i starořímských spisovatelů. Malby v jeskyních a na keramice vypovídají o obvazové technice starých Egypťanů, o zástavě krvácení, či používání dlah ke znehybnění poraněných částí těla (Junas, 1974).

V období křesťanství mniši na hoře Karmel zakládali útulky pro poutníky putující k Ježíšovu hrobu. Pravděpodobně historicky nejstarší stanicí první pomoci byl klášterní hospic svatého Bernarda založený r. 962. Ve středověku došlo k úpadku poskytování první pomoci, a to především díky vlivu církve. Ve středověkých válkách fungovala tzv. samaritánská zdravotní služba, jejíž činnost však byla zaměřena především na přesun raněných za vojenskými oddíly. Úroveň první pomoci, odpovídající tehdejším poznatkům medicíny, výrazně ovlivnila církev, jelikož ctila nedotknutelnost mrtvého, tím bránila možnosti poznat anatomii a fyziologii lidského těla.

V dobách feudalismu vzniklo tzv. klášterní léčitelství, které se pro svůj negativní postoj k chirurgii zaobíralo především léčbou interních nemocí, tím došlo k hlubšímu úpadku úkonů zachraňujících život. Krvavá medicína byla v této době v rukou laiků, především lazebníků, kteří prováděli řadu drobných zákroků, např. pouštění žilou, incize vředů, ošetřování bodných a sečných ran, nápravu zlomenin a vykloubenin. Postupem času

však převážně ve městech cítili občané potřebu chirurgické pomoci a byla obnovena funkce městských lékařů a chirurgů (Křížek, 2002).

S nástupem kapitalismu se chirurgii dostalo opětovného uznání a zcela se vyčlenila z anatomie, její výuka probíhala na operačních sálech. V Olomouci bylo r. 1773 založeno zdravotnické učiliště, které vychovávalo ranhojiče. S oživením chirurgického oboru ožila i první pomoc. Byly vydány první knihy s touto tématikou a založeno několik stanic první pomoci v r. 1768 v Hamburku, r. 1774 v Londýně a Paříži. Vznik první záchranné služby je datován do r. 1798 v Londýně.

2.5.3 Historie první pomoci v českých zemích

V souvislosti s vývojem první pomoci ve světě se vyskytují podobné aktivity i na našem území. V roce 1792 vznikla stanice první pomoci za pomoci Vojtěcha Vincence Čady činitele Karlovy univerzity. Tato stanice měla k dispozici různé pomůcky a přístroje k záchraně života a zachráncům se dostalo pochvaly na úřední desce (www.firehistory.ihasici.cz, 2012).

Významnou osobností pro záchranářskou činnost byl u nás **prof. MUDr. Jaromír sv. p. von Mundy**, který působil na italské frontě. Jeho zkušenosti z fronty ho přiměly k založení sanitní služby. Jde o prvního lékaře, který celý svůj život zasvětil záchranářství. Navrhnul první záchranářské auto a první přístroje, napsal také učebnici první pomoci. Založil Dobrovolnou ochrannou společnost pro poskytování první pomoci, která inspirovala zřízení dalších záchranných stanic v Praze, Brně a Krakově.

Roku 1857 byla založena Pražská záchranná služba, byla nejstarší záchrannou službou v Evropě. Tvořilo ji 36 dobrovolníků, z nichž pouze 3 byli zdravotníci. Příslušníci spolku nevykonávali službu nepřetržitě. Pracovali ve svých občanských profesích a pomoc poskytovali převážně při živelných pohromách. V roce 1890 byl zahájen nepřetržitý provoz záchranné služby po vzoru vídeňské dobrovolné společnosti. Tato společnost darovala stanici pomůcky a vozy potřebné k záchraně lidských životů. Činnost záchranné služby byla stále dobrovolná a členové ji vykonávali zcela zdarma. Financování zajišťovaly veřejné sbírky (www.lf3.cuni.cz, 2012).

Ke vzniku mezinárodní humanitní organizace Červený kříž, vznikla v Československé republice 6. 2. 1919 Československý červený kříž. Po 2. světové válce došlo k velkému přírůstku profesionálních zdravotníků a zdravotnických zařízení. V roce

1987 byl také zahájen provoz letecké záchranné služby v Praze, který technicky zajistila Letecká služba Policie České republiky a odborně Záchranná služba Praha.

2.5.4 Dělení první pomoci

První pomoc můžeme členit:

- Laickou první pomoc,
- Technickou první pomoc,
- Odbornou před nemocniční první pomoc,
- Nemocniční péči (Kelnarová, 2012).

Laická první pomoc

Laická první pomoc je aktivní a efektivní poskytnutí první pomoci laikem té osobě, u které došlo k náhlému postižení na zdraví.

„Je to soubor odborných a technických opatření, která jsou zpravidla poskytována bez specializovaného vybavení. Součástí je přivolání odborné zdravotnické první pomoci a péče o postiženého až do doby, kdy jej odborná zdravotnická první pomoc převezme“ (Bydžovský, 2011 s. 9).

Mezi nejčastější příčiny, které brání poskytnutí první pomoci. Zde řadíme nezvládnutí emocí – strach ze smrti doprovázeným stresem, strach, že postiženému ještě více ublížíme, neznalost postupů v poskytnutí první pomoci a strach z infekčních chorob (Kelnarová, 2012).

Technická první pomoc

Technickou první pomoc vykonávají speciálně vycvičené jednotky, jako jsou Hasičský záchranný sbor České republiky nebo horská, vodní a letecká záchranná sužba. Tato první pomoc spočívá ve zničení vnějších faktorů, které způsobují poruchu zdraví nebo zhoršující stav postižené osoby. Hlavním úkolem je zajistit bezpečí nejen pro postiženého jedince, ale také pro zachránce. Dalším úkolem je zamezit dalšímu působení příčin poškození a vyproštění raněného.

Odborná přednemocniční péče

Odborná přednemocniční péče je poskytována kvalifikovaným zdravotnickým personálem (lékařem, záchranářem, zdravotní sestrou). Jedná se o ošetření odborným zdravotnickým týmem s použitím diagnostických a léčebných přístrojů a léků, které jsou velmi důležité pro záchranu lidského života. Odborný tým je zodpovědný za transport do zdravotnického zařízení (Kelnarová, 2012).

Mezi hlavní a základní kroky lékaře při poskytování přednemocniční první pomoci patří zajištění průchodnosti dýchacích cest, fixace zlomenin, krytí popálených ploch, uložení jedince do správné polohy, správná diagnostika a ošetření pneumotoraxu, zastavení masivního krvácení, opatření zajišťující prevenci šoku a mnoho dalších důležitých úkonů, které zachraňují lidský život (Kaufman, 2007; Zeman 1998).

Nemocniční péče

Do nemocniční péče řadíme specializovaná oddělení jako je JIP (jednotka intenzivní péče), nebo ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení). Jedná se tedy o vysoce specializovanou a kvalifikovanou péči ve zdravotnickém zařízení (Kaufman, 2007; Zeman, 1998).

2.6 První pomoc při život ohrožujících stavech

V této kapitole jsou zařazeny stavy, které mohou být pro děti velmi nebezpečné, pokud se jim včas neposkytne adekvátní první pomoc.

2.7 Základní neodkladná resuscitace

Základní neodkladná resuscitace je soubor úkonů prováděných v rámci první pomoci k obnově cirkulace okysličené krve v organismu postiženém náhlým selháním jedné nebo více základních životních funkcí – vědomí, dýchání a krevního oběhu. Cílem základní neodkladná resuscitace je obnovit základní životní funkce (Pokorný, 2010).

Resuscitace se dělí na základní neodkladnou resuscitaci, kterou by měli poskytnout všichni lidé bez jakéhokoliv vybavení a pomůcek, či lékař a zdravotničtí pracovníci. Resuscitace sjednocuje základní jednoduché pokyny, které zajišťují průchodnost dýchacích cest. Patří sem umělé dýchaní z plic do plic a nepřímá srdeční masáž.

Rozšířená neodkladná resuscitace, tu provádí odborní a specializovaní odborníci. Využívají všechny prostředky, které vedou k obnově životních funkcí. Navazuje na základní neodkladnou resuscitaci a rozšiřuje její výkony.

„Jednotlivé resuscitační kroky se shrnují jako pravidlo ABC, které je odvozené z anglických názvů:

A: Airways – zabezpečení průchodnosti dýchacích cest,

B: Breathing – zajištění dýchání,

C: Circulation – zachování krevního oběhu"(Madian, Matthiessen, 2007, s. 55).

Postup při základní neodkladné resuscitaci:

- **Zkontrolujte vědomí:** oslovíme dítě, lehce ho štípneme a zvolna s ním zatřeseme.
- **Pokud nereaguje:** hlasitým křikem zavoláme pomoc, zprůchodníme dýchací cesty a zkontrolujeme.
- **Pokud normálně dýchá**: otočíme postiženého do stabilizované polohy, zavoláme 155 a kontrolujeme dýchání.
- **Pokud nedýchá**: zavoláme 155 a okamžitě zahájíme resuscitaci.

Zahájení resuscitace:

1. Dítě uložíme na záda na pevnou podložku.
2. Položíme ruce na střed hrudníku postiženého a provádíme třicet stlačení hrudníku.
3. Stlačujeme do hloubky 5 centimetrů s frekvencí 100 až 120 stlačení za minutu.
4. Upravíme záklon hlavy.
5. Zacpeme nosní dírky a vdechneme vlastní obsah plic do dutiny ústní.
6. Třicetkrát stlačení hrudníku a dva umělé vdechy, při dvou zachránci se masáž nepřerušuje.
7. V této činnosti nepřestáváme až do obnovení dýchání postiženého nebo do vyčerpání sil záchranářů, popřípadě do příjezdu záchranné služby (www. zachrannasluzba.cz).

V příloze 1 uvádím schematické znázornění základní neodkladné resuscitace dospělých a dětí pro laické zachránce.

2.7.1 Resuscitace u dětí

Resuscitace dítěte mladšího školního věku:

- Pokud dítě nereaguje, hlasitým křikem zavoláme pomoc, uvolníme dýchací cesty a voláme o pomoc.
- Nedýchá-li normálně, zahájíme resuscitaci 5 umělými vdechy.
- Nejeví-li dítě známky života, postupujeme jako u resuscitace dospělé osoby, střídáme komprese hrudníku a vdechů v poměru 30:2 s frekvencí 100 stlačení / min.
- Při srdeční masáži stlačujeme dolní polovinu hrudní kosti kolmo nataženými pažemi do hloubky třetiny až poloviny průměru hrudníku.
- K masáži menších dětí používáme jen jednu paži (http://www.prvni - pomoc.com).

2.7.2 Bezvědomí

Na začátku této kapitoly si musíme objasnit pojem vědomí. Vědomím se rozumí uvědomování si věcí z okolního světa nebo svých myšlenek či pocitů. Vědomí je zdrojem vůle. Člověk je schopen se orientovat ve vlastní osobě, prostoru a čase (Kelnarová, 2012).

K udržení normálního stavu vědomí řadíme:

1. *„Dostatečný přísun kyslíku do organismu a do mozku,*
2. *Dostatek energetického zdroje,*
3. *Fyziologické pH mozkové tkáně a mozkomíšního moku,*
4. *Normální nitrolební tlak,*
5. *Odpovídající průtok krve mozkem.“* (Kelnarová, 2012, s. 55).

Bezvědomí je známkou poruchy činnosti mozku a ohrožuje dítě na životě. Mozek není schopen odpovídat na žádné podněty nebo jsou jeho reakce pouze reflexivní. Mezi dítětem a okolím neprobíhá žádná smysluplná reakce. Klinický pojem pro bezvědomí je kóma (Kelnarová, 2012). Bezvědomí patří mezi nejčastější kvantitativní poruchu vědomí. Dlouhotrvající bezvědomí je nebezpečné u dítěte, kterému nebyla včas poskytnuta

první pomoc, tento stav je komplikován zástavou dýchání a krevního oběhu (Lejsek, Růžička, Bureš, 2010).

2.7.2.1 Dělení poruch vědomí

Kvantitativní:

- **Somnolence –** projevuje se zvýšená spavost, reaguje na oslovení a jemný dotyk, reakce na slovo je zachována, ale zpomalena, postižený je orientovaný.
- **Sopor –** silný a hluboký spánek, dítě neodpovídá na oslovení, reaguje na silnější podnět (silnější stisk ruky), odpověď je motorická (mrknutí, pohyb rukou).
- **Semikoma –** je situace, která předchází hlubokému bezvědomí.
- **Kóma –** dítě nereaguje ani na bolestivý podnět (Kelnarová, 2012).

Kvalitativní:

- **Mdloba (synkopa) –** krátkodobá porucha vědomí, způsobena přechodnou hypoxií mozku, počátek synkopy je nepředvídatelný.
- **Obnubilace –** jedná se o mdlobný stav, kdy dítě má zachovanou orientaci v prostoru, ale není schopné vlastního jednání (např**.** při hypoglykémii).
- **Delirium –** tento stav se vyznačuje hojnými halucinacemi, vyskytuje se většinou u febrilních onemocnění, u intoxikací a jiných duševních onemocnění.
- **Amence –** nerovnoměrné zasažení psychických funkcí, jedinec je v útlumu nebo v aktivitě, jedinec má poruchy chování, nálady, uvažování a vnímání.
- **Agonie** – jedná se o situaci před smrtí.
- **Obluzené vědomí** – jde o stav, kdy dítě má úzkostné sklony, cítí se bezradně, má poruchy v přijímání podnětů z okolí a může také nesouvisle hovořit (Kelnarová, 2012).

Příčiny: Mezi ně patří onemocnění mozku a metabolická onemocnění, poškození krevního zásobení mozku, silná intoxikace, úbytek kyslíku v krvi, tepelné působení na organismus a selhání životních funkcí (Beránková, Fleková, Holzhauserová, 2007).

Příznaky: Dítě je v nepřirozené poloze vsedě nebo vleže. Nečekaně vzniklé bezvědomí může vést k pádu dítěte, které může být příčinou dalších úrazů. Dítě je nehybné, svalové napětí je celkově ochablé, zvednuté končetiny po spuštění povolně padají k zemi. Odezva na vnější stimuly (oslovení, bolestivý podnět) je nestandardní nebo žádná.

Dítě v bezvědomí ztrácí obranné reflexy, to zejména kašlací reflex. Při bezvědomí se objevuje porucha krevního oběhu a dýchání, také je poškozena termoregulační funkce (Lejsek, Růžička, Bureš, 2010).

První pomoc při bezvědomí – Pokud to lze, izolujeme dítě od vyvolávajících příčin, zabezpečíme základní životní funkce, orientačně postiženého prohmatáme, provedeme protišoková opatření, uložíme postiženého do zotavovací polohy a neustále sledujeme životní funkce, poté voláme Rychlou záchrannou službu. Pokud nebudou životní funkce zachovány, provedeme resuscitaci a zavoláme RZS.

2.7.2.2 Synkopa (mdloba)

Jde o obrannou reakci organismu. Dítě má krátkodobou ztrátu vědomí způsobenou přechodným nedostatečným prokrvením mozku.

Příčiny: Hlavní příčinou je zpomalení srdeční frekvence, pokles krevního tlaku a nedokrvení mozku z důvodu selhání mechanismů řídících napětí cévního řečiště, což bývá způsobeno dlouhodobým stáním (především v dusném prostředí, kde je nižší obsah kyslíku ve vdechovaném vzduchu). Další příčinou může být náhlá změna polohy, např. po náhlém vzpřímení následujícím po dlouhém ležení, požití léků snižujících krevní tlak, nebo v důsledku prudkého emočního úleku (Beránková, Fleková, Holzhauserová, 2007).

Příznaky: Slabost, závrať, zatmění před očima, bledost, studený pot na čele, hučení v uších, snížený tep (Kelnarová, 2012).

První pomoc:

- Dítě položíme do protišokové polohy (Obrázek 1).
- Zajistíme přísun čerstvého vzduchu, uvolníme těsnící oděv kolem krku.
- Sledujeme životní funkce a průchodnost dýchacích cest.
- Pokud je dítě v bezvědomí, dáme ho do zotavovací polohy a provedeme protišoková opatření.
- Voláme RZS a dohlížíme na životní funkce (Kelnarová, 2012).

Obrázek 1. Protišoková poloha (http://www.prvni-pomoc.com).

2.7.3 Druhy krvácení a jeho zástavy

Krev je důležitou součástí lidského života a v lidském organismu plní několik důležitých funkcí. Hlavní funkcí je transport kyslíku a živin do tkání a odvádí toxické látky z těla pryč, chrání tělo před infekcí, udržuje stálost vnitřního prostředí a má termoregulační funkci. Krev v těle cirkuluje v uzavřeném cévním řečišti, to v soustavě cév – tepen, žil a vlásečnic. Krev je neprůhledná tekutina červené barvy, ve které jsou rozptýleny červené, bílé krvinky a krevní destičky (Štorek, 1993).

Krvácení je ztráta krve z cév, které je způsobeno jejich poraněním či poruchou jejich funkce. Dospělý člověk má asi 4,5 až 6 litrů krve. Pokud člověk ztratí 10 % objemu krve, nepůsobí mu to žádné větší obtíže. Úbytek 20 – 30 % objemu krve vede již k rozvoji šoku. Ztráta větší jak 50 % objemu krve je již smrtelná. Protětím velkých tepen (pažní, stehenní, krční) může jedinec vykrvácet do 60 – 90 sekund (Bydžovský, 2011).

2.7.3.1 Druhy krvácení

- **Vnější** – Při vnějším krvácením jsou porušeny jen podkožní a povrchové cévy. Krvácení v místě rány je viditelné.
- **Vnitřní** – Toto krvácení je nebezpečné zvláště z toho důvodu, že není vidět a může se rozvinout v šok. K příznakům patří bledost, rychlý a málo znatelný pulz, poruchy vědomí a studený pot. Při podezření na vnitřní krvácení je nutné okamžitě volat RZS a uložit postiženého do stabilizované polohy.
- **Tepenné –** Krev má jasně červenou barvu a přerušovaně vystřikuje z rány.
- **Žilní** – Pokud je porušena žíla, krev má tmavočervenou barvu a krvácení není přerušované.
- **Vlásečnicové –** Toto krvácení je typické při odřeninách, krev vytéká rozptýleně z odřeného povrhu (Trapani, Bertino a kol., 2006).

Tepenné krvácení

Krev má jasně červenou barvu, vytékající z rány v pravidelném srdečním rytmu až do výšky několika centimetrů. Tepenné krvácení je stav ohrožujícího jedince na životě. Při tomto krvácení jedince ztrácí velké množství krve a dochází k rozvoji hemoragického šoku.

Zástava tepenného krvácení:

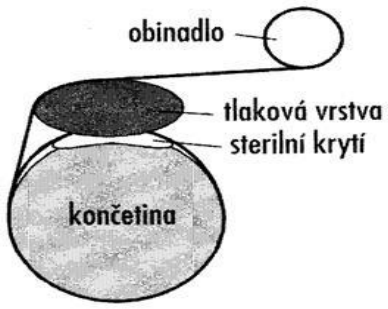
Tepenné krvácení musíme zastavit jakýmkoliv způsobem a co nejdříve, protože ztráta času může být pro jedince osudná.

1. **Stlačení cévy přímo v ráně –** Používá se tehdy, kdy není možnost najít a zmáčknout tlakový bod. Stisk cévy v ráně nepovolujeme až do příjezdu RZS. Pokud je možné můžeme použít gumové rukavice nebo si prsty obalíme kouskem čisté látky.
2. **Přiložením tlakového obvazu –** Na zastavení krvácení můžeme použít hotový tlakový obvaz nebo ho jednoduše vytvoříme pomocí obyčejných obvazů. Tlakový obvaz je složen ze tří vrstev (Obrázek 2). Pokud nadále obvaz prosakuje, přiložíme další tlakovou vrstvu a pevně přiděláme dalším obinadlem. Pokud stále krev prosakuje, je nutné použít zaškrcovadlo.

Tlakový obvaz se skládá ze tří vrstev:

a. **Svrchní vrstva –** Sterilní nebo alespoň čistou buničinu přiložíme na ránu.
b. **Tlaková vrstva –** Stlačuje cévu, musí být pevná a velká (např. kapesníky, obinadla).
c. **Fixační vrstva –** Pevné zafixovaní obvazu (Bydžovský, 2011).

Po provedení tlakového obvazu musí být hmatatelný pulz a končetina nesmí být studená.



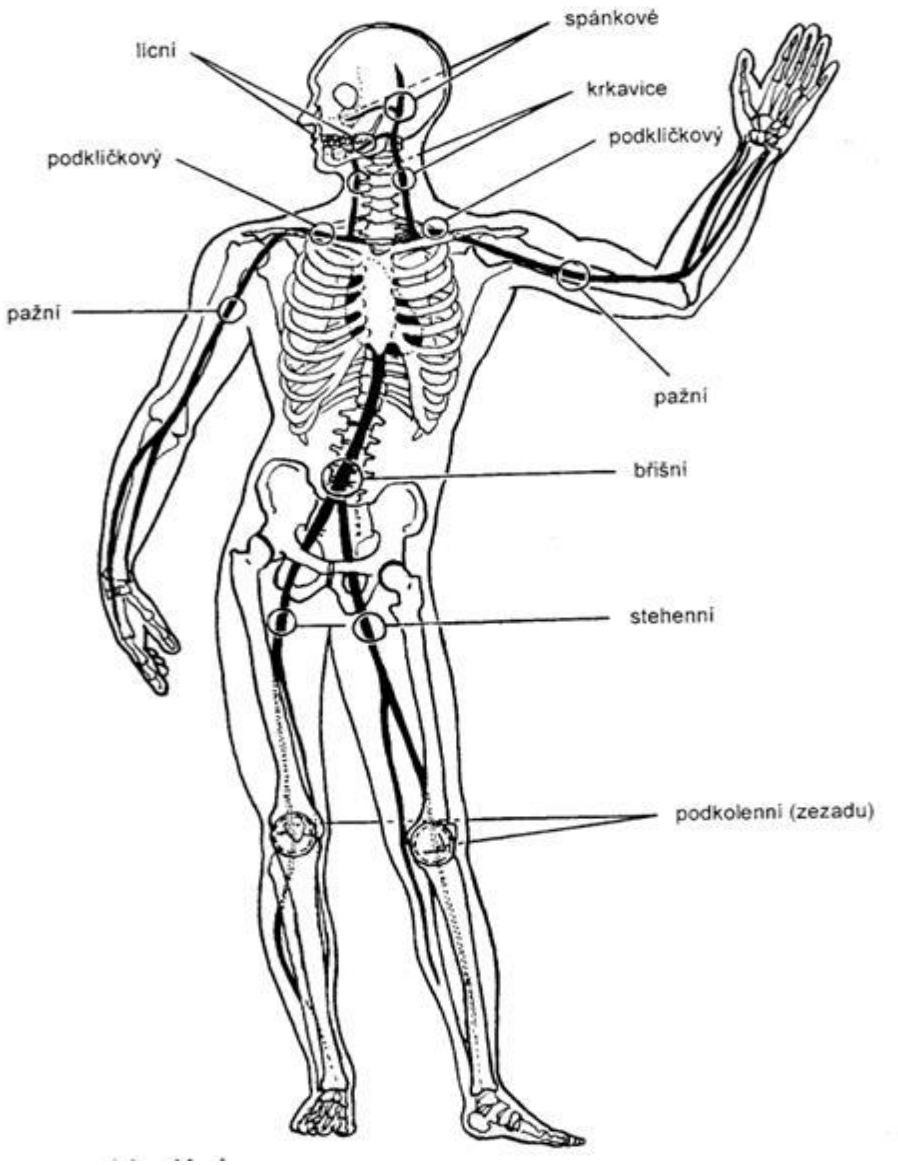
Obrázek 2. Tlakový obvaz (Bydžovský, 2011)

3. Stisk nejbližšího tlakového bodu (obrázek 3):

„Tlakový bod je místo, kde je tepna dobře dostupná a má pod sebou pevný podklad (nejčastěji kost), ke kterému ji lze přitlačit“ (Bydžovský, 2011, s. 20).

Základní tlakové body:

1. **Spánkový** – Zmáčknutí prstu před ušním boltcem, používá se při krvácení z hlavy.
2. **Lícní** – Stlačujeme před okrajem žvýkacího svalu v místě. Používá se při krvácení z úst a tváře.
3. **Krkavice** – Krční tepna vedle ohryzku. Provádí se při krvácení z jazyka nebo krční tepny. Důležité je stlačit tento tlakový bod pouze na krvácející se straně. Nikdy nesmíme stlačit oba tlakové body, protože by došlo k přerušení přísunu krve do mozkové části a jedinec by upadl do bezvědomí.
4. **Podklíčkový** – Stlačujeme nad klíční kostí v zevní třetině. Používá se při krvácení z ramene a amputace horní končetiny.
5. **Pažní** – Nachází se v mezisvalové rýze v horní třetině. Stačujeme při krvácení z předloktí a ruky. Důležité je před stlačením dát horní končetinu nad úroveň hlavy.
6. **Břišní** – Postižený musí ležet na zádech na tvrdé podložce a tento bod se nachází těsně nad pupkem. Provádíme krouživé pohyby a máme ruku v pěst. Používá se při gynekologickém krvácení.
7. **Stehenní** – Působíme pomocí dvou palců pod středem tříselného vazu. Využívá se při amputaci dolní končetiny nebo při krvácení ze stehna.
8. **Podkolenní** – Tiskneme v podkolenní jamce za současného maximálního ohnutí v kolenním kloubu. Stlačuje se při krvácení z bérce a nohy (Bydžovský, 2011).



Obrázek 3. Rozložení tlakových bodů v těle (www.první-pomoc.com)

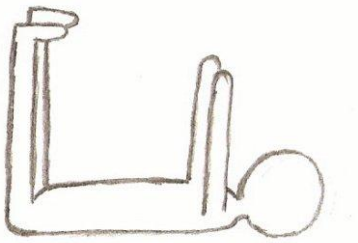
Zaškrcovadlo – Využívá se, pokud prosáknou dvě vrstvy tlakového obvazu. Používáme ho jen v krajních případech, protože zaškrcená část je ohrožena nedostatečným přísunem kyslíku, živin a následnými komplikacemi.

K zaškrcení končetiny používáme Martinovo zaškrcovadlo. Nemáme-li k dispozici Martinovo zaškrdcovadlo, využíváme improvizované zaškrcovadlo, které by mělo mít šířku alespoň pět centimetrů. Zaškrcovadlo se nepoužívá v oblasti kloubů a vždy se dává pouze přes oděv, nikdy se nedává na holou kůži (podložíme ho kapesníkem, kravatou). Zaškrcujeme nad místem krvácení. Správně zaškrcená

končetina je cyanotická, studená a není na ní hmatatelný pulz. Hlavní zásadou při použití zaškrcovala je to, že si musíme zapsat čas zaškrcení končetiny. Správně přiložené zaškrcovadlo v rámci první pomoci nepovolujeme (Bydžovský, 2011).

První pomoc:

1. U poranění velkých tepen – krkavice a podklíčkové tepny – musíme stlačit prsty přímo v ráně až do odborné první pomoci (příjezdu ZZS).
2. Zmáčknutí tlakového bodu.
3. Dáme tlakový obvaz – pokud prosakují dvě vrstvy, užijeme zaškrcovadlo (zapíšeme čas přiložení).
4. Sledujeme fyziologické funkce a vědomí.
5. Uděláme protišoková opatření – pravidlo 5 T (ticho, teplo, transport, tišení bolesti a tekutiny).
6. Pokud to umožňuje stav dítěte, uložíme ho do autotransfúzní polohy (Obrázek 4).
7. Zavoláme RZS (Beránková, Fleková, Holzhauserová, 2007).



Obrázek 4. Autotransfúzní poloha (www.prvni-pomoc.com)

Žilní krvácení

U žilního krvácení má krev tmavě červenou barvu a z rány uvolněně teče. Dítě má tachykardii a je bledé.

První pomoc:

1. Dítě posadíme nebo položíme na zem (předcházíme tak možnému omdlení).
2. Končetinu dáme do zvýšené polohy nad úroveň srdce.
3. Stlačíme ránu tlakovým obvazem.
4. Sledujeme fyziologické funkce a stav vědomí.
5. Provedeme protišoková opatření (pravidlo 5 T).
6. Transportujeme nemocného do nemocnice nebo zavoláme RZS (Kelnarová, 2012).

Vlásečnicové krvácení

Krev je světle červená a její intenzita je nižší.

První pomoc:

1. Okolí krvácení očistíme a dezinfikujeme.
2. Na ránu dáme sterilní krytí a zafixujeme obinadlem.
3. Provedeme transport postiženého do nemocnice k odbornému vyšetření (Kelnarová, 2012).

2.7.4 Šok

„Šok je závažná oběhová porucha, při níž dochází ke snížení průtoku krve většinou tkání organismu. Důsledkem sníženého prokrvení tkání je nedostatek kyslíku ve tkáních, poruchy látkové výměny a poruchy orgánových funkcí“ (Dvořáček, 1986, s. 79).

Šok je *„vážný ohrožující stav, který se vyznačuje tím, že orgány a tkáně jsou nedostatečně zásobeny krví“* (Kelnarová, 2012, s. 84). Pokud není šok včas a adekvátně léčen, dochází nejprve ke zvratným a později nezvratným změnám organismu, které mohou vést ke smrti, i když vyvolávající příčina nebyla smrtelná (Kaufman, 2007).

Šok se vyskytuje asi u 10 % úrazů, u nichž bývá smrtelnou komplikací. Následkem je nepřetržité snížení krevního tlaku, které vede k selhávání jater a ledvin. Progresivní

ztráta krve z krevního oběhu může vést k selhávání srdce, jelikož nedochází k zásobení buněk kyslíkem, které jsou pro tělo životně důležité. Šok bývá zhoršen strachem a bolestí, proto kdykoliv se vyskytne riziko šoku, dítě uklidníme a uložíme do vhodné polohy (Gupta, 2007).

Základní typy šoku:

1. **Hypovolemický šok** – Ztráta 20 – 30 % krve, vyskytuje se u popálenin, zvracení, průjmů a těžké infekci.
2. **Kardiogenní šok** – Je u infarktu myokardu, srdečním selháním a embolii do plicnice.
3. **Anafylaktický šok** – Je to alergická reakce, při které tělo přehnaně reaguje na alergen. Mezi hlavní příznaky patří prudký nástup horečky se třesavkou, nevolnost, zvracení, zvýšený tep, dušnost, křeče, bezvědomí až srdeční zástava,
4. **Septický šok** – Je u těžkých pooperačních infekcí a popálenin.
5. **Neurogenní šok** – Dochází k rozvoji šoku v důsledku oběhového selhání způsobeného neobvyklým rozšířením cév, která mají svou příčinu v poruše centrální nervové soustavy, např. úraz mozku, léková intoxikace (Bydžovský, 2011).

Příznaky šoku: Zvýšená tepová frekvence 120 – 160 tepů za minutu, nitkovitý pulz, snížený krevní tlak, chladný lepkavý pot, chvění rukou, bledost, apatie až bezvědomí, cyanóza, zrychlený a mělký dech, postižený má pocit žízně, apatie (Bydžovský, 2011).

Protišoková opatření

Teplo - Zajištění tepelného komfortu a zamezení tepelným ztrátám, nenecháme dítě ležet na holé zemi (ani v létě), nenecháváme v mokrém oděvu, ale zbytečně ho nesvlékáme. Snažíme se o zachování vlastního tepla, popřípadě můžeme využít alufólii.

Ticho – Dítě uklidníme a zajistíme dostatečný klid. S postiženým komunikujeme a uklidňujeme ho.

Tekutiny – Tekutiny nepodáváme ústy, pouze tlumíme pocit žízně svlažovaním rtů a ústní dutiny.

Tišení bolesti – Bolest tlumíme správným ošetřením a znehybněním postiženého. Nikdy nepodáváme analgetika (léčiva, která tlumí bolest).

Transport – Zajistíme co nejrychleji. Transport musí být vždy šetrný. Sami nikoho netransportujeme a raději zavoláme RZS (Bydžovský, 2011).

První pomoc u šoku:

- Ošetření poranění – zástava krvácení, fixace zlomenin, chlazení popálenin.
- Sledujeme fyziologické funkce, důležitý je neustálý verbální kontakt.
- Sledujeme průchodnost dýchacích cest.
- Protišoková poloha – dítě leží na zádech, dolní končetiny má podložené asi 30 cm nad podložkou, popřípadě v terénu položit postiženého z kopce dolů, při dušnosti poloha v polosedě.
- Protišoková opatření a zavolání ZZS (Lejsek, Růžička, Bureš, 2010).

2.7.5 Diabetes mellitus

Diabets mellitus je latinský termín pro označení úplavice cukrové.

„Je to chronické onemocnění metabolismu cukrů, které je způsobené poruchou tvorby inzulínu ve slinivce břišní“ (Kolektiv autorů, 2010, s. 25). Cukrovka se projevuje neschopností organismu udržet obvyklou hladinu cukru v krvi, která se pohybuje v rozmezí 3,6 – 6,1 mmol/l (Kelnarová, 2012).

Dělení diabetu mellitu (DM):

1. **DM 1. typu nebo-li „juvenilní“ – dependentní** - Dítě je závislé na inzulínu. Vzniká v mladém věku, nejčastěji v období puberty. Typickým znakem je, že se inzulín v těle tvoří v malém množství nebo vůbec.
2. **DM 2. typu nebo-li Noninzulín dependentní** - Objevuje se nejčastěji u lidí staršího věku a u lidí obézních. Tělo dokáže produkovat hormon inzulín, ale není schopno jej využít. K léčbě stačí úprava životosprávy, při komplikovaném průběhu se podávají tablety, někdy je nutné podávat i inzulín.
3. **Sekundární diabetes mellitus** – Vzniká v důsledku jiného onemocnění orgánu. Nejčastěji to bývá při Cushingově chorobě, která je způsobena zvýšenou funkcí kůry nadledvinek.

4. **Gestační diabetes mellitus** – Tento typ se vyskytuje u 3- 5 % žen v období těhotenství. Jde o poruchu metabolismu, kdy produkce inzulínu v buňkách nestačí pokrýt nároky matky a plodu. Objevuje se v druhé polovině těhotenství, zhruba ve 20. týdnu. Zvýšený předpoklad je u lidí obézních a u žen nad 30 let (Slezáková, 2006).

Akutní stavy u diabetiků

- **Hypoglykémie**

Je způsobena nízkou hladinou krevního cukru v krvi pod 3,3 mmol/l. Hypoglykémie se nejčastěji objevuje při špatné životosprávě (příliš velké omezení přísunu cukru) nebo při předávkování inzulínem či tabletami. Hypoglykémie se může objevit i u lidí, kteří nemají DM – například při vyčerpání nebo zvýšené konzumaci alkoholu. Tento stav vzniká velmi rychle a náhle.

Příznaky – Nevolnost až zvracení, hlad, závratě, slabost, pocení, zvýšená tepová frekvence, povrchní dech bez zápachu, snížená citlivost končetin a třes, bušení srdce, rozmazané vidění, zmatenost až agresivita, během několika minut, může postižený upadnout do bezvědomí.

První pomoc:

Pokud je dítě **při vědomí:**

1. Podáme dítěti cukr v jakékoliv podobě – slazený nápoj, bonbón nebo kostka cukru.
2. Kontrolujeme fyziologické funkce a stav vědomí.
3. Celkově postiženého vyšetříme.

Pokud je dítě **v bezvědomí:**

1. Zkontrolujeme fyziologické funkce a stav vědomí.
2. Uložíme dítě do zotavovací polohy.
3. Nepodáváme žádné jídlo ani pití.
4. Přivoláme RZS.
5. Podíváme se, jestli dítě nemá u sebe průkaz diabetika (tento průkaz má každý diabetik a měl by ho nosit u sebe).
6. Provedeme protišoková opatření (Kelnarová, 2012).

- **Hyperglykémie**

Hyperglykémie je stav, který nastává při velkém přísunu cukrů nebo nedostatečné či chybějící dávce inzulinu. Hladina cukru v krvi se pohybuje nad 7 mmol/l. Mezi další příčiny patří nižší fyzická aktivita, nemoc a stres (operace, úrazy, aj.).

Příznaky – Dítě má extrémní žízeň, bolesti hlavy a břicha, hluboký a zrychlený dech, z dechu je cítit aceton, objevuje se nejasné vidění, podrážděnost, únava, nadměrné močení, nechutenství a nízký krevní tlak. Pokud není hyperglykémie včas léčena, žák upadá do bezvědomí, které nazýváme hyperglykemické kóma.

První pomoc:

- Kontrolujeme fyziologické funkce a stav vědomí.
- Provedeme celkové vyšetření pacienta.
- Pokud je **při vědomí** – dáme neslazené nápoje.
- Pokud je žák **v bezvědomí** – kontrolujeme fyziologické funkce, uložíme jej do zotavovací polohy.
- Zajistíme protišoková opatření, zavoláme RZS a podíváme se, jestli má průkaz diabetika (Kelnarová, 2012).

2.7.6 Křečové stavy

Křečové stavy vznikají drážděním nebo onemocněním centrální nervové soustavy. Nejčastější příčinou křečí v nejranějším dětství je vysoká horečka tzv. febrilní křeče. Křeče souvisí s bezvědomím a mohou ohrozit základní životní funkce. Dochází ke stahům *„příčně pruhovaného svalstva bez koordinovaného a účelného rázu, postihující jednotlivé svalové skupiny nebo svalstva celého těla“* (Kelnarová, 2012, s. 87). Mezi křečové stavy patří epilepsie, tetanie a febrilní křeče.

Typy křečí:

- **Tonické křeče** – Jsou dlouhodobější křečové atrakce, svaly jsou napjaté, tuhé, tělo je napjaté do oblouku, dochází k celkové ztuhlosti těla.
- **Klonické křeče –** Opakované křeče končetin, svalů obličeje, může dojít k pokousání jazyka a rtů.

- **Tonicko – klonické křeče –** Smíšený typ, kombinace dvou předchozích typů (Kellnerová, 2012).

2.7.6.1 Epilepsie

Je onemocnění, které se projevuje opakovanými, časově omezenými záchvaty. Ty se objevují samovolně, bez provokující příčiny, nebo za podmínek, které by u zdravého člověka záchvat nevyvolal. Epilepsie trápí kolem 1 % populace. Opakované záchvaty mohou poškozovat funkci mozku a mohou ohrozit i život (Gregora, 2004).

Epileptické záchvaty se dělí na „generalizovaný záchvat“ a „parciální záchvat“ (Kelnarová, 2012).

Generalizovaný záchvat

Vzniká v mozkovém kmeni a šíří se na obě hemisféry. Pro generalizovaný záchvat je typická zmatenost až ztráta vědomí, svalové křeče celého těla a někdy může dojít k pokousání jazyka a pomočení. Záchvatu může předcházet aura, což je pocit v podobě senzitivní (svědění), senzorické (pocity sluchové, zrakové či chuťové) nebo viscerální (jedná se o tlak v útrobách) nebo psychické (nespavost, podrážděnost). Vždy dojde ke ztrátě vědomí. Jde o nejdramatičtější typ záchvatu. Projevuje se tonicko - klonickými křečemi ve všech končetinách, obličeji a svalech trupu. Tento stav obvykle trvá 5 minut. Jedinec je po záchvatu ospalý, unavený a charakteristické je, že si postižený nic nepamatuje (Kelnarová, 2012; Pokorný, 2010; Srnský, 2008).

Parciální záchvat

Postihují jednu část mozkové hemisféry. Jedná se o částečnou nebo úplnou ztrátu kontaktu s okolím, nepřítomnost, zahledění či zastavení v řeči nebo psaní. Bývá provázen automatizmy, např. přešlapování, žvýkaní, motorické pohyby rukou, (Kelnarová, 2012).

Příčiny epilepsie mohou být vrozené (ty mizí kolem puberty) nebo získané (při prodělaných infekcích, úrazech hlavy, při nádorech mozku), avšak 55 % příčin je neznámá (Bydžovský, 2011).

První pomoc:

- Položíme dítě na zem, pokud možno na měkkou podložku.
- Odstraníme z jeho dosahu ostré a nebezpečné předměty.
- Obložíme hlavu z obou stran (např. ručníkem, svetrem).
- Sledujeme průběh záchvatu, důležitá je doba trvání.
- Nic nevkládáme do úst ani čelist násilně neotvíráme.
- Nebráníme křečím a po skončení záchvatu uložíme dítě do stabilizované polohy.
- Pokud trvá déle než 5 minut, voláme RZS (Gregora, 2004).

2.7.6.2 Febrilní křeče

Febrilní křeče se objevují nejvíce v kojeneckém období. Jsou provázeny velkou febrilií, která dráždí centrální nervovou soustavu k záchvatům. Horečka negativně působí na mozek. Ten posílá informace nervům a svalům, tak dochází ke stahům svalstva a celého těla a ke vzniku křečí. Mezi hlavní nebezpečí patří porucha dýchání.

Jde o křeče při horečce 39 °C. Mezi příznaky můžeme řadit: dítě je zarudlé, překrvené v obličeji, tělo je napjaté až prohnuté do obloku a ruce sevřené v pěst, oči má stočené v sloup nebo má nepřítomný pohled, může být i promodralé v obličeji (Gregora, 2004).

První pomoc:

- Uvolníme dýchací cesty a zajistíme přísun čerstvého vzduchu.
- Ochlazujeme dítě vlažnými obklady.
- Včasné podání léků, které snižují horečku (Gregora, 2004).

2.7.7 Astma bronchiale

Astma je respirační onemocnění. Nemoc se vyznačuje zúžením dýchacích cest (průdušek a průdušinek), tím dochází k dušnosti. Důvodem potíží při astma je zánět způsobený chybnou reakcí imunitního systému. Mezi další příčiny patří zvýšená fyzická zátěž, stres, dědičnost, znečištěné prostředí, alergeny či chlad. Astmatické záchvaty se nejčastěji objevují kolem třetího roku věku dítěte (Trapani, Bertino a kol., 2006).

Astmatický záchvat

Běžný astmatický záchvat trvá cca. 1 hodinu, pokud u dítěte trvá déle, jde o astmatický stav, který může trvat i několik hodin, je nutné dítěti podat léky. Mezi hlavní příznaky patří záchvaty klidové dušnosti (pocit nedostatku vzduchu), pískoty při výdechu, kašel se sputem, pocit tíhy a sevření na hrudníku, je přítomen úzkostný výraz v obličeji, pocení, cyanóza a bolesti na hrudi (Trapani, Bertino a kol., 2006).

První pomoc:

- Uvolníme dýchací cesty – oděv, odstraníme alergeny a zajistíme přísun čerstvého vzduchu**.**
- Uložíme dítě do polohy v polosedě tak, aby mohl zapojit pomocné dýchací svaly.
- Podáme postiženému léky.
- Jestliže dítě nedýchá a není při vědomí, okamžitě zahájíme resuscitaci a voláme RZS (Srnský, 2008).

2.7.8 Alergie

Alergie je přehnaná, nepřiměřená reakce imunitního systému na látky, se kterými se běžně setkáváme v našem prostředí, okolí. Je proto důležité mít informace a přehled od rodičů, na co je dítě alergické, tím tak předejít možnému riziku alergické reakce.

Alergie je přecitlivělost na látku, kterou imunitní systém rozpozná jako cizí. Bránou vstupu alergenu do těla může být kůže, sliznice dýchacích cest nebo trávicího traktu.

Alergeny

Alergeny jsou látky, které mohou spustit alergickou reakci. Ta se projevuje různým způsobem v různých částech těla. Většina alergenů je bílkovinné povahy. Alergeny podle výskytu můžeme rozdělit na venkovní a domácí. Další nehomogenní skupinou jsou potravinové alergeny, zvířecí jedy, chemikálie a léky. Alergen způsobující alergii může alergolog speciálním testováním odhalit a odstranit. Projevy alergie je možné tlumit některými léky (např. antihistaminiky, kortikoidy).

Příznaky – Dítě má na pokožce a kůži (zarudnutí, otoky), průjem, zvracení, bolest, alergická rýma, dušnost, zrychlená srdeční akce (Trapani, Bertino a kol., 2006).

2.7.9 Anafylaktický šok

Je život ohrožující stav. Jedná se o nepříjemnou silnou imunitní odpověď na alergen. V zásadě je tedy anafylaktická reakce nepřiměřená imunitní odpověď na špatně identifikovanou látku – označenou jako nebezpečnou. Rizika pro rozvinutí anafylaktického šoku mohou být dosti individuální. Společné však všem anafylaktickým reakcím je skutečnost, že se organismus s látkou, na kterou nepřiměřeně reaguje jeho imunita, nesetkává poprvé. Vyvolat anafylaktický šok mohou různé potraviny (nejčastěji burské oříšky či jiné ořechy, mořské plody, pšenice, kravské mléko, ovoce, vnitřnosti), léky (antibiotika), někdo přehnaně reaguje na styk s latexem (problém u zdravotníků, neboť mnoho lékařského materiálu obsahuje latex), velmi časté je spuštění reakce po bodnutí hmyzem (včela, vosa), lékaři musí počítat s možností anafylaktické reakce po podání kontrastní látky pacientovi, příčinou může být i tělesná zátěž a mnoho jiných, někdy ani nezjištěných faktorů (Pokorný, 2010).

První pomoc:

- Pokud dítě není v bezvědomí, podáme 1 – 2 tablety jakéhokoliv léku proti alergii.
- Dítě posadíme a zklidníme, zajistíme přísun čerstvého vzduchu.
- Kontrolujeme základní životní funkce.
- V případě bodnutí hmyzem je nutno místo vpichu zchladit a dle možnosti zaškrtit (končetina) nad místem průniku, aby se zpomalila rychlost vstřebávání alergenu (Franěk, 2012).

K hlavním komplikacím patří náhlá smrt způsobená selháním oběhu či znemožněním dýchání.

2.8 Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

V posledním tematickém celku teoretické části se chci zabývat analýzou RVP ZV a tématem první pomoci ve vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání je tvořen ze čtyř částí. Část A vymezuje RVP ZV a jeho principy a tendence ve vzdělávání. V části B je charakteristika základního vzdělávání povinnost školní docházky, organizace základního vzdělávání,

hodnocení výsledků vzdělávání a získání stupně vzdělání a ukončení základního vzdělávání. V třetí části C nalezneme pojetí a cíle základního vzdělávání, charakteristiku klíčových kompetencí, vzdělávací oblasti, průřezová témata a rámcový vzdělávací plán. V poslední části D se kapitola zabývá vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání žáků mimořádně nadaných. V RVP ZV jsou popsány materiální, personální, hygienické, organizační a jiné podmínky pro uskutečňování RVP ZV a slovníček použitých výrazů. RVP ZV osahuje také dvě přílohy – první příloha se zabývá standardy pro základní vzdělávání a druhá příloha upravuje vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání podporuje:

- Zohlednění individuálních potřeb a možností žáka.
- Tvorbu rozsáhlejší nabídky povinně volitelných předmětů.
- Vytváření příznivého školního klimatu, které je založeno na vhodné motivaci, kooperaci a aktivizujících vyučovacích metodách.
- Změnu přístupu v oblasti hodnocení, prosazuje užívání slovního hodnocení, individuální hodnocení a také průběžnou diagnostiku.
- Zdůraznění spolupráce s rodiči žáků.
- Nevyčleňování žáků do speciálních tříd a škol, naopak udržení heterogenní skupiny žáků ve vzdělávání co nejdéle.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání lze velmi bohatě využít i při integrované výuce. Kromě složek kognitivních obsahuje RVP ZV i požadavky na žáky z pohledu jejich občanského a sociálního rozvoje. Klíčové kompetence představují spojení mezi RVP ZV a integrovanou výukou. V oblasti českého jazyka je můžeme bohatě využít např. ve slohovém vyučování.

Vzdělávání na 1. stupni základní školy pomáhá žákům získat dovednosti a vědomosti, které vedou ke správnému rozhodování a k zodpovědnému chování. Požadavek, aby se žáci vzdělávali v úzkém spojení se životem, umožňuje využívat náročnější metody práce, formy poznávání, vytvářet dlouhodobější projekty a přenášet na žáky větší zodpovědnost za vzdělávání (RVP ZV, 2013).

2.8.1 Klíčové kompetence

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání se zabývá myšlenkou, že je nutné v průběhu vzdělávání žáky vybavit vedle dovedností a předmětových vědomostí také znalostmi, dovednostmi, hodnotami a postoji, které budou moci použít nejen ve škole, ale i v běžném životě, při studiu a později v profesním životě. RVP ZV právě tyto znalosti, dovednosti, postoje a hodnoty označuje souhrnně jako klíčové kompetence. Každý žák může klíčové kompetence ve svém životě uplatnit bez ohledu na to, co mu ve škole jde a co ho zajímá.

Právě klíčové kompetence představují hlavní změnu v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání. Na prvním místě již není obsah učiva, ale rozvoj klíčových kompetencí. Ty jsou nezbytné pro život. Vzdělávací obsah můžeme chápat jako prostředek k získání a rozvíjení klíčových kompetencí. RVP ZV vymezuje klíčové kompetence jako *„soubor vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj a uplatnění každého člena společnosti“*(RVP ZV, 2013, s. 10).

RVP ZV stanovuje pro předškolní, základní i gymnaziální vzdělávání stejné klíčové kompetence. Tyto kompetence na sebe promyšleně navazují a jejich úroveň, která je popsána v každém z rámcových vzdělávacích programů, postupně graduje s tím, jak vyspělí jsou žáci na jednotlivých stupních vzdělávání.

V RVP ZV jsou klíčové kompetence tyto:

- Kompetence k učení,
- Kompetence k řešení problémů,
- Komunikativní kompetence,
- Kompetence sociální a personální,
- Občanské kompetence,
- Kompetence pracovní.

2.8.2 Téma první pomoci ve vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět

Jediná vzdělávací oblast v RVP ZV určená jen pro 1. stupeň je vzdělávací oblast s názvem Člověk a jeho svět. Je to komplexní oblast, která se svým obsahem týká rodiny,

vlasti, kultury, zdraví, přírody a témat dalších. Pomocí této oblasti žáci zdokonalují své zkušenosti, dovednosti, poznatky z rodinné a předškolní výchovy. Tato vzdělávací oblast chystá žáky na další výuku, a to v oblastech Člověk a příroda, Člověk a společnost a v oboru Výchova ke zdraví.

Tato vzdělávací oblast je rozdělena do pěti tematických okruhů. Je zde umožněno různé propojení a poskládání si vyučovacích předmětů s vzdělávacími obsahy. Názvy tematických okruhů jsou:

- *Místo, kde žijeme*: Zahrnuje učivo domov, škola, obec, místní a okolní krajina, regiony ČR, naše vlast, Evropa a svět, mapy.

- *Lidé a čas:* Obsahuje učivo orientace v čase, časový řád, současnost a minulost, památky regionu, mýty, báje, pověsti.

- *Lidé kolem nás*: Pojímá učivo rodina, soužití lidí, chování lidí, vlastnictví, kultura, spravedlnost a právo, základní globální problémy.

- *Rozmanitost přírody*: Patří sem učivo látky a jejich vlastnosti, vzduch a voda, nerosty, půda, vesmír a Země, houby, rostliny, živočichové, atd.

- *Člověk a jeho zdraví*: Obsahuje učební látku lidského těla, rodičovství, základy sexuální výhovy, zdravá výživa, péče o zdraví a osobní bezpečí.

První pomoc je v RVP ZV poznamenaná pouze okrajově, to v tematickém okruhu Člověk a jeho zdraví, vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět. V očekávaných výstupech pro 2. období je uvedena takto: *„žák ošetří drobná poranění a zajistí lékařskou pomoc“* (RVP ZV, 2010, s. 42).

Pro úplnost uvádím změny v RVP ZV plánované k 1. 9. 2013. Do tematického okruhu Člověk a jeho zdraví je v 1. období přidán očekávaný výstup: „ *Žák ovládá způsoby komunikace s operátory tísňových linek*“ (RVP ZV, 2013, str. 44).

V druhém období bude výše uvedený očekávaný výstup upraven přidáním rozpoznání zranění, která ohrožují žáka na životě. Učivo je v novém RVP ZV rozšířeno o tu část, kdy že žák přivolá pomoc při ohrožení fyzického a duševního zdraví, zná čísla pro tísňová volání a umí správně zavolat na tísňovou linku.

3 METODOLOGIE PRÁCE

3.1 Metodika práce

Cílem empirického šetření bylo zjistit aktuální stav znalostí učitelů na 1. stupni základních škol v poskytování první pomoci, zjistit, kde pedagogové absolvovali výuku první pomoci, zmapovat, zda na prvním stupni základních škol probíhá výuka první pomoci, zanalyzovat vybavenost základních škol pro výuku první pomoci, zjistit, zda základní školy využívají odborných přednášek a exkurzí od jednotlivých složek integrovaného záchranného systému.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl realizován v období od prosince až do února roku 2015, kdy oslovení respondenti řádně vyplnili a odevzdali dotazníky. V rámci výzkumu bylo osloveno 101 pedagogů na 1. stupni základních škol v okrese Prostějov.

Odpověď	n	%
Do 5 let	35	34,65
5 – 25 let	41	40,59
Více než 25 let	25	24,75
∑	101	99,9

3.3 Organizace výzkumu

Dotazníkové šetření se provádělo v prosinci roku 2014. Dotazníky jsem rozdala pedagogům osobně, popřípadě v rámci emailové adresy dané školy. Většinou byly osloveny školy, které jsem sama navštěvovala (studium, pedagogická praxe). Návratnost dotazníků byla 100 %.

3.4 Výzkumná metoda

Vzhledem k řešené problematice diplomové práce, tzn. ke zjištění úrovně znalostí v poskytování první pomoci, a potřebné velikosti vzorku se jevila nejvhodnější metodou pro výzkumné šetření metodou dotazníku**.** Jedná se o kvantitativní a empirickou metodu, vhodnou k hromadnému sběru dat prostřednictvím kladení otázek, které sledují určitý cíl.

„Dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně“ (Chráska, 2007, s. 163).

Dotazník je velmi frekventovanou metodou k získávání dat. Vyznačuje se jako standardizovaný rozhovor, který se v písemné podobě nabídne určité skupině lidí. Jeho hlavní výhodou je nízká časová, ekonomická náročnost a snazší kvantifikovatelnost dat.

Mezi hlavní nevýhody dotazníku patří menší věrohodnost dat až zkreslení ze strany respondentů, nemožnost zanalyzovat podrobnější vysvětlení jednotlivých odpovědí. Jednotlivé položky v dotazníku jsou formulovány tak, aby byly všem respondentům jasné, srozumitelné a jednoznačné. Položky v dotazníku nesmí být formulovány sugestivně, tj. tak, aby už svojí formulací nenapovídaly, jak mají být zodpovězeny. Pro úspěšné dotazníkové šetření je nezbytná ochota respondentů spolupracovat. Ochotu spolupracovat zvyšujeme v úvodu dotazníku, kde stručně vysvětlíme smysl a potřebu prováděného výzkumu (Chráska, 2007).

Dotazník byl vytvořen po prostudování odborné literatury a na základě konzultací s vedoucí práce Mgr. Janou Majerovou. Cílovou skupinou byli pedagogové na 1. stupni základních škol. Dotazník je tvořen 18 otázkami, které vycházely z cílů diplomové práce. Na začátek dotazníku jsem uvedla návod na jeho vyplnění. Zdůraznila jsem anonymitu a účel získání údajů od respondentů. U všech otázek respondenti vybírali z předem definovaných možností odpovědí. V úvodu dotazníku jsem se zaměřila na identifikační údaje dotazovaných pedagogů. Další otázky jsem zaměřila na znalosti v poskytování předlékařské první pomoci.

3.5 Zpracování dat

Při vyhodnocování výsledků výzkumu jsem použila metody matematické statistiky. Využila jsem pojmy jako je relativní a absolutní četnost. Relativní četnost nám ukazuje, jaký díl z absolutní četnosti vyjadřuje hodnota.

Symbolika použita v tabulkách:

n…. symbol pro vyjádření absolutní četnosti,

% …. symbol pro vyjádření relativní četnosti,

Σ ….. suma, která vyjadřuje celkový počet odpovědí,

% = n*100/ výzkumný vzorek …vzorec pro výpočet relativní četnosti vyjádřené v %.

Každou otázku v dotazníku jsem vyhodnotila samostatně. Výsledky jsem dala do počítačového programu Microsoft Excel 2010 a výsledky jsem zapsala do tabulek četnosti, poté jsem vytvořila vhodný graf. Pod každým grafem je dán komentář, který shrnuje dosažené výsledky. Ve vědomostním dílu dotazníku jsem vždy tučně zvýraznila správnou odpověď.

4 VÝSLEDKY A DISKUZE

V této kapitole jsou zapsány všechny výsledky získané vyplněním dotazníků a jejich následným zpracováním. Odchylky v součtu relativní četnosti jsem zaokrouhlila. Ve vyhodnocení nejprve uvádím číslo položky, poté následuje přesné znění otázky včetně všech možností odpovědí.

V tabulkách jsou zachyceny údaje o absolutní četnosti (n), relativní četnosti (vyjádřené v procentech) a celkové počty (Σ).

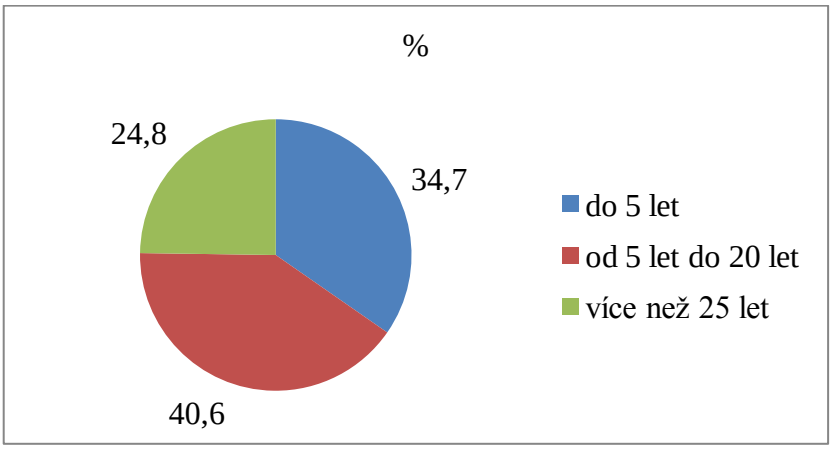
Položka číslo 1:

Pedagogická praxe:

a) Do 5 let
b) 5 – 20 let
c) Více než 25 let

Tabulka 1. Pedagogické praxe:

Odpověď	n	%
Do 5 let	35	34,7
5 – 25 let	41	40,6
Více než 25 let	25	24,8
∑	101	99,9



Graf 1. Pedagogické praxe:

V této otázce jsme se zajímali o délku praxe pedagogů. Z grafu můžeme vidět, že téměř polovina oslovených pedagogů, konkrétně 40,6 % oslovených pedagogů má pedagogickou praxi od pěti do dvaceti let. 24,8 % pedagogů uvedlo délku své praxe více

než 25 let. Čerstvých absolventů z vysokých škol s délkou praxe do 5 let bylo v dotazníkovém šetření 34,7 %.

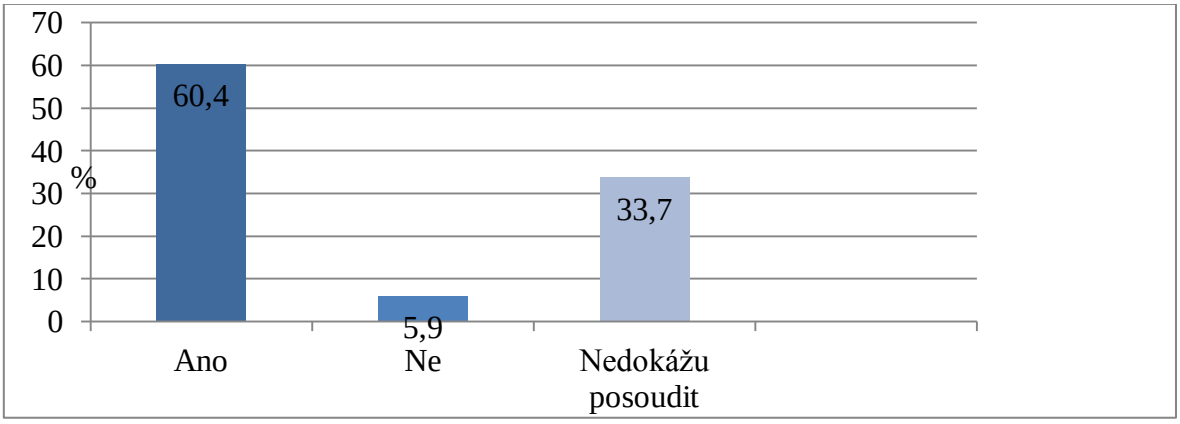
Položka č. 2:

Schopnost poskytnutí první pomoci?

a) Ano
b) Ne
c) Nedokážu posoudit

Tabulka 2. Schopnost poskytnutí první pomoci?

Odpověď	n	%
Ano	61	60,4
Ne	6	5,9
Nedokážu posoudit	34	33,7
Σ	101	100



Graf 2. Schopnost poskytnutí první pomoci?

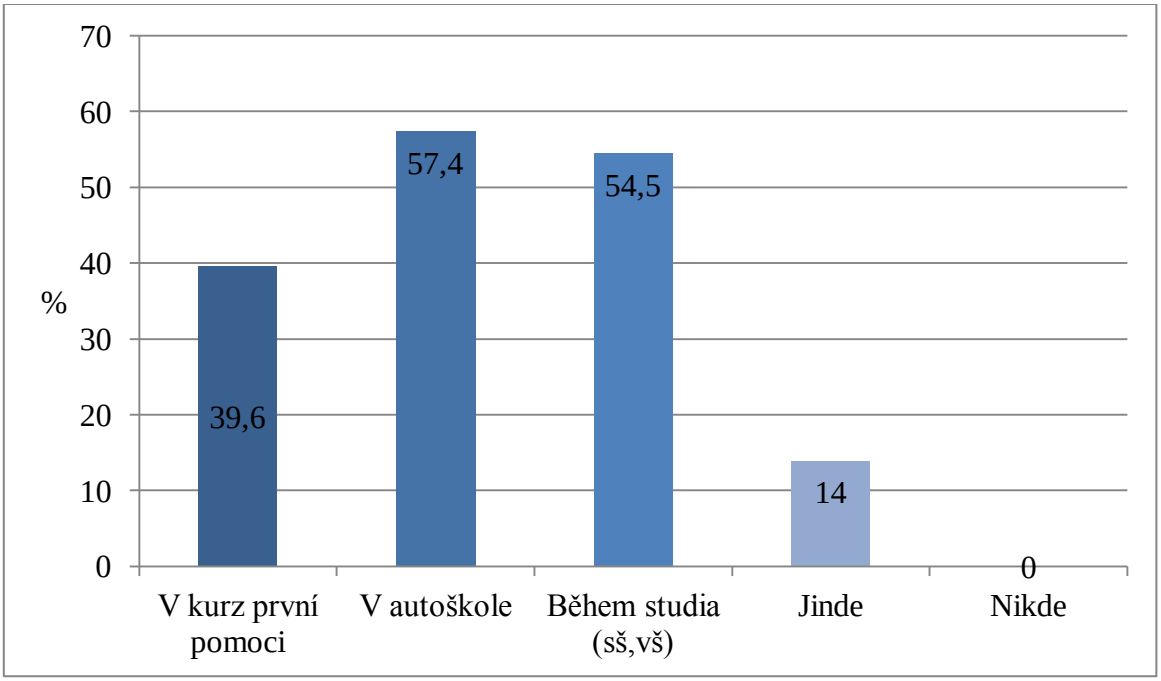
Z grafu č. 2 můžeme vyčíst, že pedagogové s praxí do 5 let si myslí, že jsou schopni poskytnout první pomoc. Je to poměrně logické, protože absolventi si znalosti první pomoci pamatují ze svého studia. Pedagogové od 5 do 20 let praxe si myslí, že nejsou schopni poskytnout první pomoc a pedagogové s praxí více než 25 let nedokážou tuto odpověď posoudit. Tato otázka dopadla velice dobře, protože více jak polovina pedagogů si myslí, že jsou schopni poskytnout první pomoc.

Položka č. 3: Získání znalostí o první pomoci?

a) V autoškole
b) Během studia (SŠ, VŠ)
c) Na internetu
d) Jinde
e) Nikde

Tabulka 3. Získání znalosti o první pomoci?

Odpověď	n	%
V kurzu první pomoci	40	39,6
V autoškole	58	57,4
Během studia (SŠ, VŠ)	55	54,5
Jinde	14	14
Nikde	0	0



Graf 3. Získání znalosti o první pomoci?

V této otázce jsme se zkoumali, kde pedagogové získali informace o první pomoci. U této otázky mohli zvolit více odpovědí. Můžeme vidět, že pedagogové teoretické znalosti získali především v autoškole. Na tuto otázku odpovědělo 57,4 % respondentů. Druhá nejfrekventovanější odpověď byla, že znalosti první pomoci získali během studia (SŠ, VŠ). Takto odpovědělo 54,5 % respondentů. V kurzu první pomoci, tuto možnost

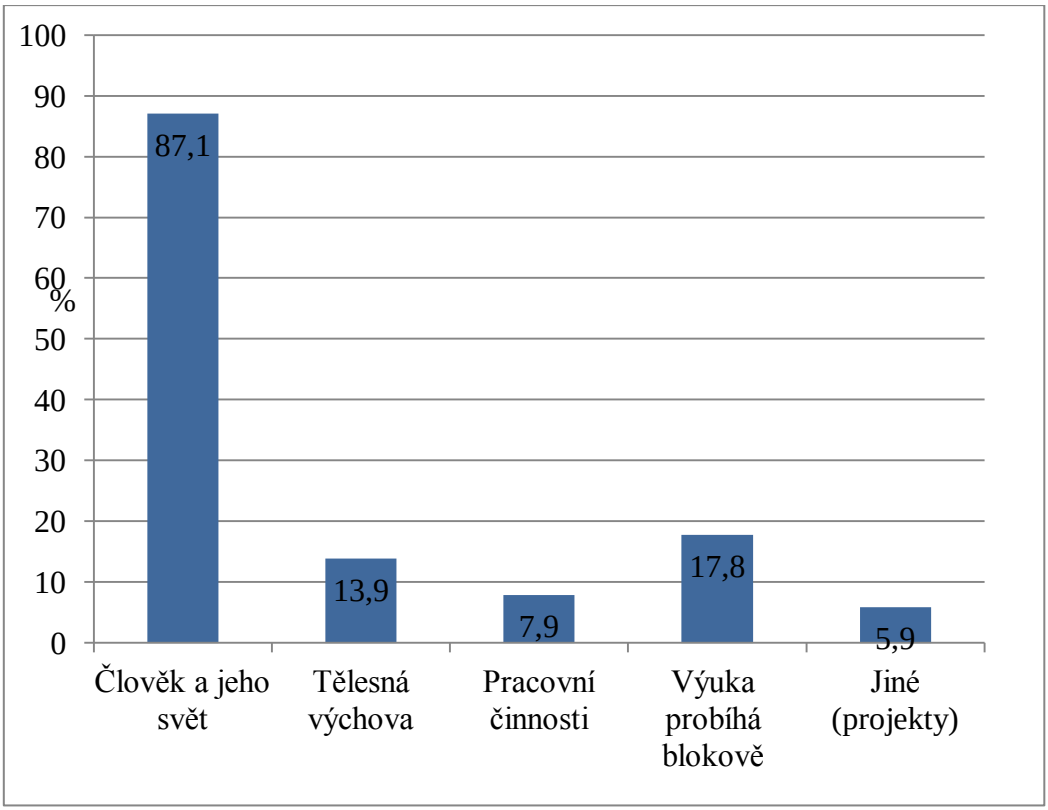
označilo 39,6 % respondentů a na odpověď jinde odpovědělo 14 % pedagogů. Na poslední odpověď nikde, neodpověděl žádný pedagog.

Položka č. 4: Ve kterém předmětu výuka první pomoci realizujete?

a) Člověk a jeho svět
b) Tělesná výuka
c) Pracovní činnosti
d) Výuka probíhá blokově bez zařazení do konkrétního předmětu
e) Jiný (uveďte)

Tabulka 4. Ve kterém předmětu výuka první pomoci realizujete?

Odpověď	n	%
Člověk a jeho svět	88	87,1
Tělesná výchova	14	13,9
Pracovní činnosti	8	7,9
Výuka probíhá blokově bez zařazení do konkrétního předmětu	18	17,8
Jiný (uveďte jaký)	6	5,9



Graf 4. Ve kterém předmětu výuka první pomoci realizujete?

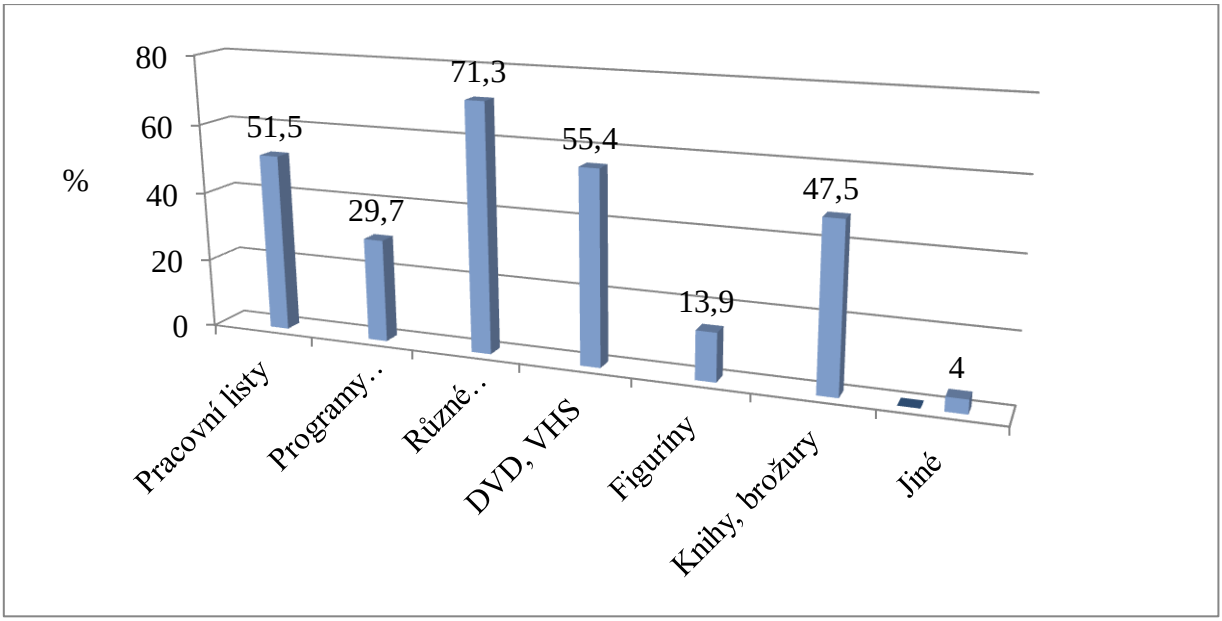
Z položky číslo 4 mohli respondenti zvolit více než jednu odpověď. Jak můžeme vidět z grafu č. 4, nejvíce se výuka realizuje v předmětu Člověk a jeho svět. Na tuto otázku odpovědělo 87,1 % pedagogů. To není překvapivý výsledek, protože právě v této vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět je podle RVP ZV nejvíce obsazeno téma první pomoci. Do vyučování tělesné výchovy jsou zařazena témata prevence úrazu a první pomoc při zraněních, které se mohou přihodit v rámci této hodiny. Možnost dopovědi tělesné výchovy zvolili 13,9 % pedagogů. 17,8 % pedagogů označilo odpověď, že výuka probíhá blokově bez zařazení do konkrétného předmětu. Tento způsob výuky je pro děti velmi efektivní a zábavný. 7,9 % pedagogů označilo odpověď, že výuka u nich probíhá v pracovních činnostech a 6 pedagogů (5,9 %) odpovědělo, že výuka probíhá jinak, a to v rámci projektů a průřezových témat v českém jazyce.

Položka č. 5: Materiální vybavení pro výuku první pomoci?

a) Pracovní listy,
b) Programy pro interaktivní tabuli,
c) Různé druhy obvazů, trojcípé šátky,
d) DVD, VHS,
e) Figuríny,
f) Knihy, brožury,
g) Jiné (uveďte).

Tabulka 5. Materiální vybavení pro výuku první pomoci?

Odpověď	n	%
Pracovní listy	52	51,5
Programy pro int. tabuli	30	29,7
Různé druhy obvazů	72	71,3
DVD, VHS	56	55,4
Figuríny	14	13,9
Knihy, brožury	48	47,5
Jiné	4	4



Graf 5. Materiální vybavení pro výuku první pomoci?

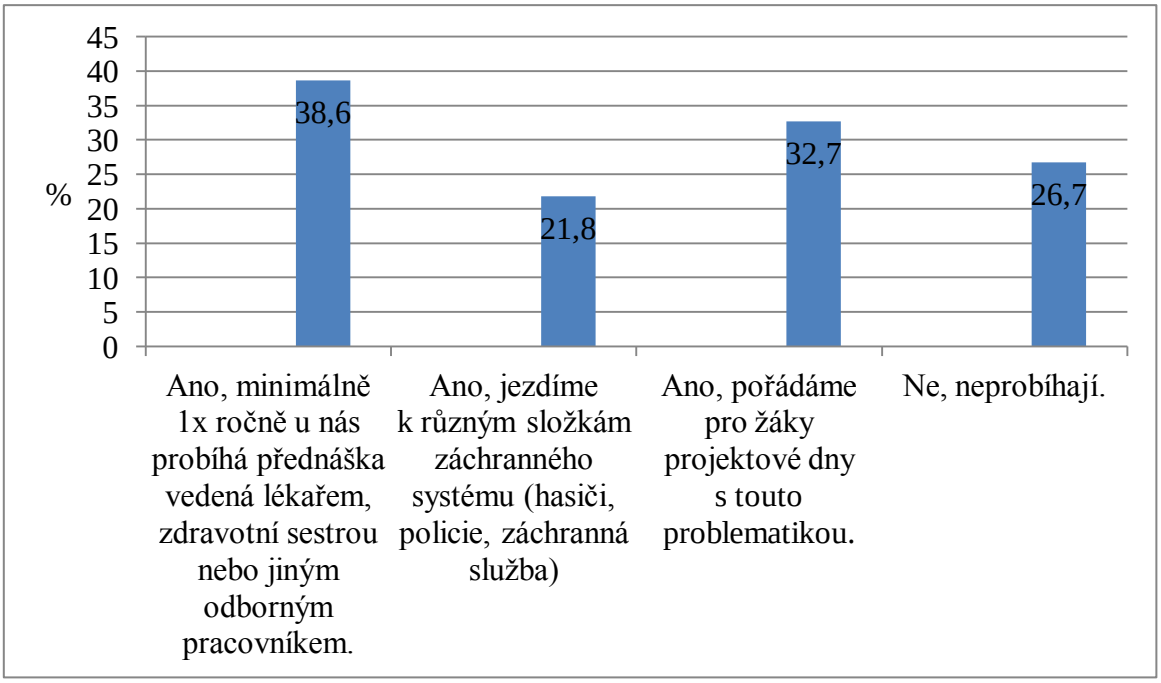
Při sestavování dotazníku nás zajímalo, jak budou oslovení učitelé reagovat na tuto otázku. Vhodný materiál je předpoklad pro kvalitní výuku ve školách, to platí i pro výuku první pomoci. Z grafu č. 5 je patrné, že nejvíce oslovených 71,3 % zvolilo odpověď různé druhy obvazů, trojcípé šátky. Tato odpověď je logická, pokud bereme v potaz náklady, které jsou spojené s pořizováním nových pomůcek a možností jejich dalšího využití. Druhá nejčastější odpověď byla odpověď DVD, VHS. Tuto odpověď zvolilo 55,4 % pedagogů. DVD a VHS nosiče jsou v dnešní technické době velmi využívány. Třetí nejčastější používanou didaktickou pomůckou jsou pracovní listy. Pracovní listy jsou velice využívaným didaktickým prostředkem nejen v oblasti první pomoci, ale i v jiných vyučovacích předmětech. 47,5 % dotazovaných zvolilo odpověď knihy a brožury. Výhodou tohoto didaktického materiálu je to, že se může používat opakovaně a jsou uvedeny různé postupy a obrázky v poskytování první pomoci. Možnosti odpovědi programy pro interaktivní tabuli zvolilo 29,7 % respondentů. V dnešní počítačové době je využití programů pro interaktivní tabuli velice žádané. Nejen, že se děti seznámí pomocí těchto programů s první pomocí, ale už v raném věku se seznámí s prací na počítači. Tyto programy oživují výuku. Práce se tak stává pro žáky mnohem atraktivnější. 13,9 % dotazovaných má na školách figurínu pro výuku první pomoci. Tato didaktická pomůcka je velice výhodná, protože si žáci můžou vyzkoušet různé typy zraněné na reálném modelu. 4 % pedagogů uvedla, že ve škole je zdravotnický kroužek.

Položka č. 6: Preventivní akce zaměřené na poskytování první pomoci?

a) Ano, minimálně 1x ročně u nás probíhá odborná přednáška vedená lékařem, zdravotní sestrou nebo jiným odborným pracovníkem.
b) Ano, jezdíme na exkurze k různým složkám záchranného systému (hasiči, policie, zdravotní záchranná služba).
c) Ano, pořádáme pro žáky projektové dny s touto problematikou.
d) Ne, neprobíhají.

Tabulka 6. Preventivní akce zaměřené na poskytování první pomoci?

Odpověď	n	%
Ano, minimálně 1x ročně u nás probíhá odborná přednáška vedená lékařem.	39	38,6
Ano, jezdíme na exkurze k různým složkám záchranného systému.	22	21,8
Ano, pořádáme pro žáky projektové dny s touto problematikou.	33	32,7
Ne, neprobíhají.	27	26,7



Graf 6. Preventivní akce zaměřené na poskytování první pomoci?

Položkou č. 6 jsme zjišťovali, jaké preventivní akce ve školách pro žáky pořádají. 38,6 % dotazovaných využívá preventivních přednášek od lékařů nebo od jiných odborných pracovníků. 32,7 % pedagogů pořádá pro žáky projektové dny s touto problematikou. Projektové dny jsou pro žáky velmi přínosné, zábavné a efektivní nejen v oblasti první pomoci. Na první pohled je patrné, že většina škol spolupracuje s IZS. Na tuto otázku odpovědělo 21,8 %. Složky IZS připraví pro žáky exkurzi v místě svého působení. Pro žáky je tento způsob mnohem efektivnější než výklad od učitele. Žáci se dostanou do přímého kontaktu s profesionály, mohou se seznámit s jejich prací, jsou jim ukázány různé přístroje, které slouží k záchraně lidského života. 26,7 % respondentů uvedlo, že pro žáky nepořádají preventivní akce. Preventivní akce pro žáky by měly být částečně zahrnuty v harmonogramu školního roku. Pro žáky je to zpestření výuky a lépe si zapamatují jednotlivé kroky při poskytování první pomoci.

Položka č. 7:

Poměr stlačení a umělých dechů při resuscitaci u dětí mladšího školního věku?

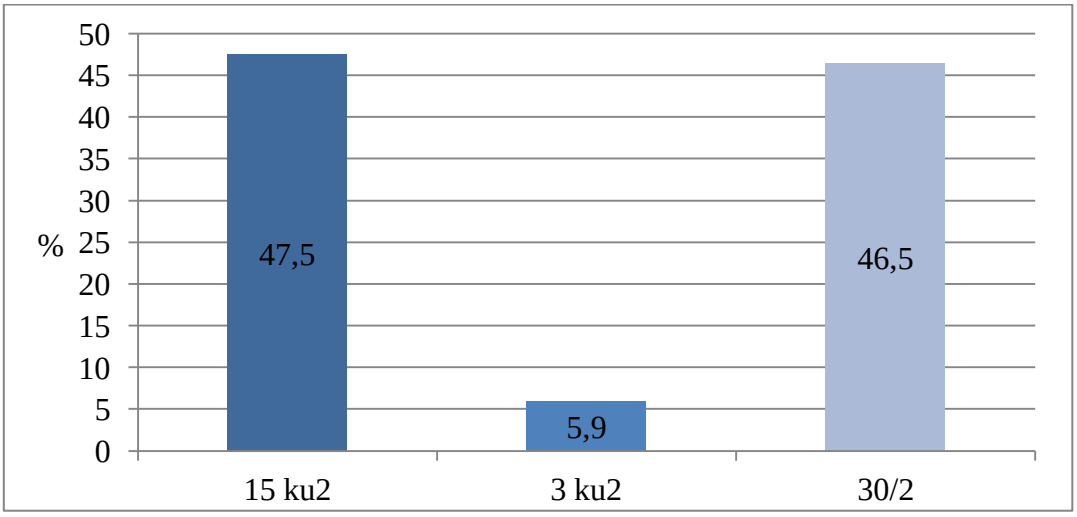
a) 15:2

b) 3:1

c) 30:2

Tabulka 7. Poměr stlačení a umělých dechů při resuscitaci u dětí mladšího školního věku?

Odpověď	n	%
15:2	48	47,5
3:1	6	5,9
30:2	47	46,5
∑	101	99,9



Graf 7. Poměr stlačení a umělých dechů při resuscitaci u dětí mladšího školního věku?

Z grafu č. 7 je patrné, že pedagogové si nejsou v této otázce jisti. Největší část pedagogů, tj. 47,5 %, odpovědělo na položenou otázku špatně, tedy 15:2. Správnou odpověď 46,5 % respondentů zvolilo možnost 30:2. Zbývající část 5,9 % odpovědělo 3:1.

Němečková (2012) ve své práci uvedla možnost 30:2, tuto odpověď označila největší část respondentů, tj. 63 (70 %). Při dalších možnostech byli respondenti vyrovnaní. 14 respondentů (15,56 %) volilo odpověď 15:2, zbývající část, kterou tvořilo 13 respondentů (14,44 %), volilo možnost poměru stlačení 3:1.

Položka č. 8: Tepenné krvácení?

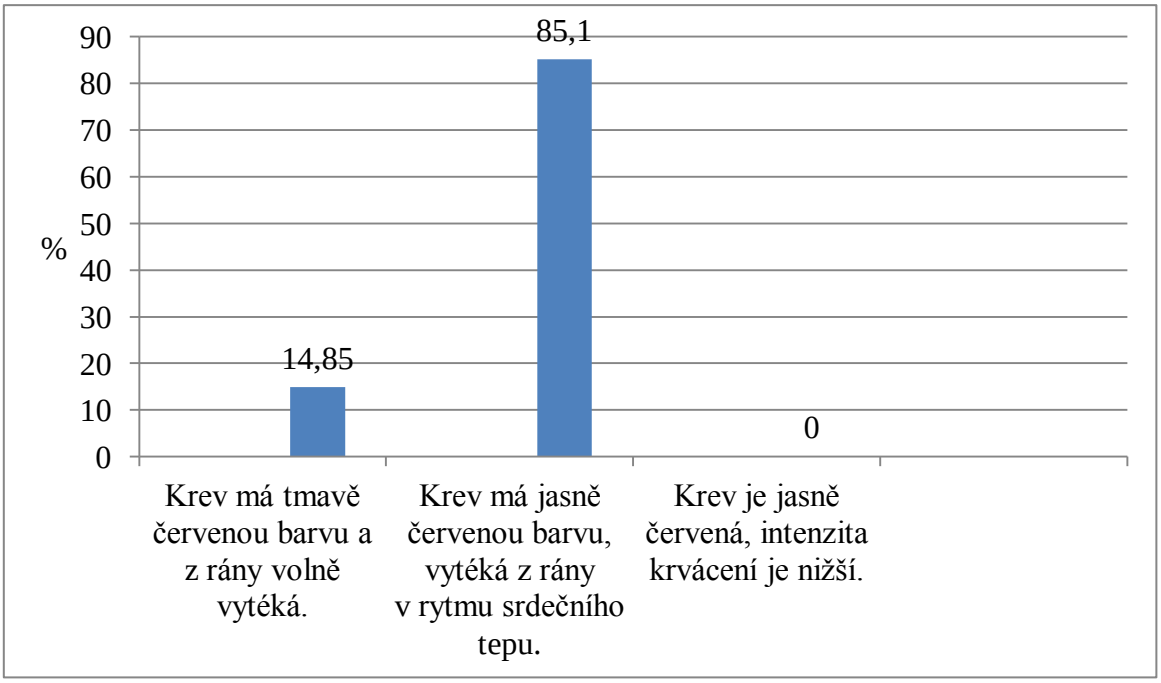
a) Krev má tmavě červenou barvu a z rány volně vytéká.

b) Krev má jasně červenou barvu, vytéká z rány v rytmu srdečního tepu.

c) Krev je jasně červená, intenzita krvácení je nižší.

Tabulka 8. Tepenné krvácení?

Odpověď	n	%
Krev má tmavě červenou barvu a z rány volně vytéká.	15	14,9
Krev má jasně červenou barvu, vytéká z rány v rytmu srdečního tepu.	86	85,1
Krev je jasně červená, intenzita krvácení je nižší.	0	0
∑	101	100



Graf 8. Tepenné krvácení?

Tuto odpověď zakroužkovalo správně 85,15 % respondentů. 14,85 % pedagogů odpovědělo, že tepenné krvácení má tmavě červenou barvu a z rány volně vytéká. Třetí odpověď nezakroužkoval žádný pedagog. Z grafu tedy vyplývá, že pedagogové jsou schopni poznat tepenné krvácení, poskytnout tak správnou pomoc.

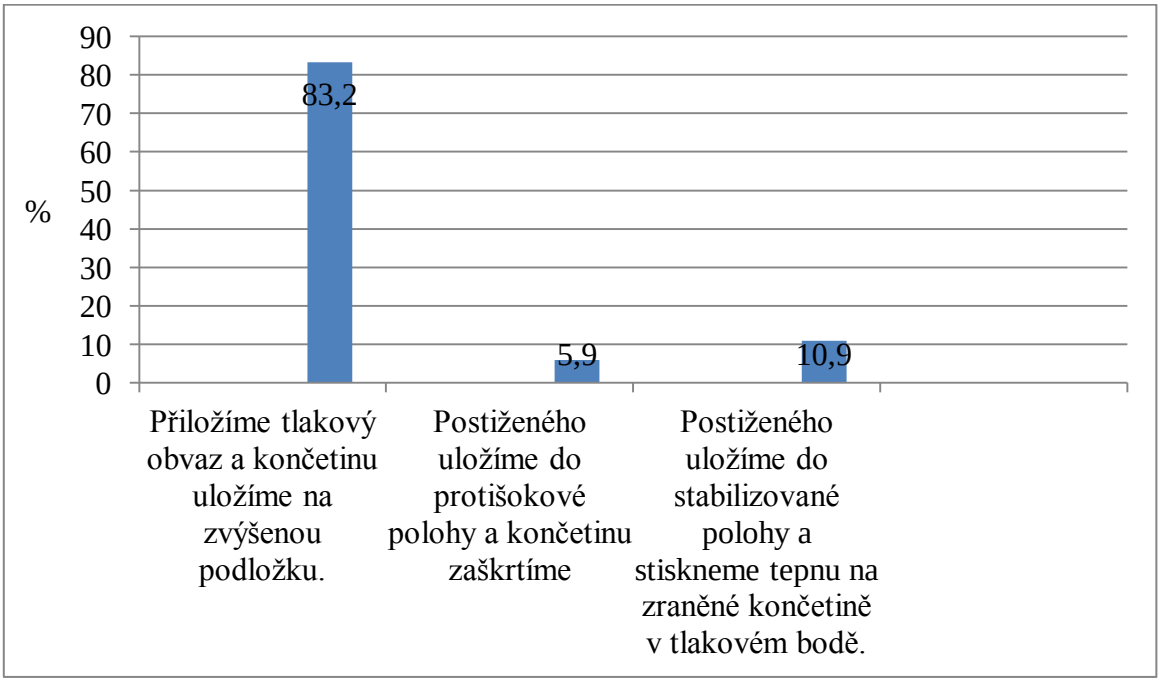
Talíková (2013) ve své práci uvádí, že 91,18 % pedagogů odpovědělo správně, a to, že krev má jasně červenou barvu a z rány vytéká v srdečním rytmu. 5 respondentů (7,35 %) by zaměnilo tepenné krvácení s krvácením žilním. 1 respondent (1,47 %) uvedl nesprávnou odpověď, a to, že krev je jasně červená a její intenzita je nižší.

Položka č. 9: Žilní krvácení?

a) **Přiložíme tlakový obvaz a končetinu uložíme na zvýšenou podložku.**
b) Postiženého uložíme do protišokové polohy a končetinu zaškrtíme.
c) Postiženého uložíme do stabilizované polohy a stiskneme tepnu na zraněné končetině v tlakovém bodě.

Tabulka 9. Žilní krvácení?

Odpověď	n	%
Přiložíme tlakový obvaz a končetinu uložíme na zvýšenou podložku.	84	83,2
Postiženého uložíme do protišokové polohy a končetinu zaškrtíme.	6	5,9
Postiženého uložíme do stabilizované polohy a stiskneme tepnu na zraněné končetině v tlakovém bodě.	11	10,9
Σ	101	100



Graf 9. Žilní krvácení?

Z grafu č. 9 je zřejmé, že 83,2 % by správně zastavilo žilní krvácení, a to přiložením tlakového obvazu a položením končetiny na zvýšenou podložku. 10,9 % pedagogů by odpovědělo špatně na otázku, protože by postiženého uložili do stabilizované polohy a stiskli tepnu v takovém bodě. 5,9 % respondentů by při žilním krvácení uložilo dítě do protišokové polohy a končetinu zaškrtilo. Tato odpověď je zcela špatně.

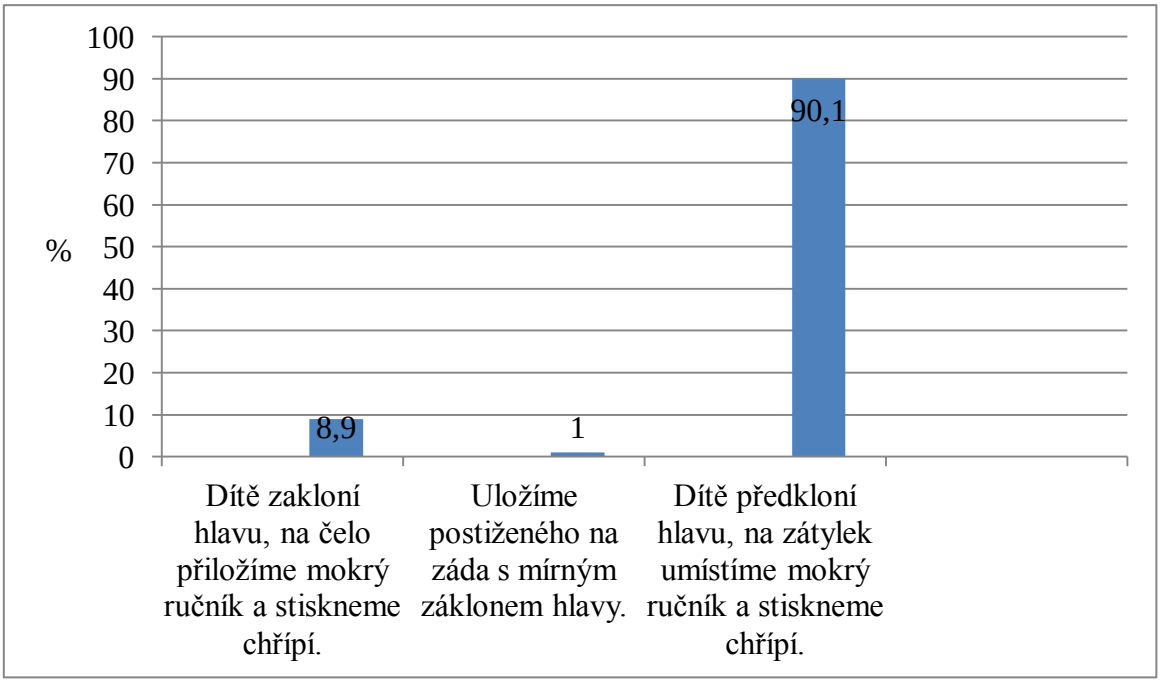
Talíková (2013) uvádí, že žilní krvácení z končetiny by zastavilo správně 47 pedagogů (69,12 %). 23,53 % respondentů by končetinu raději zaškrtilo a postiženého uložili do stabilizované polohy. 5 respondentů (7,35 %) by dalo postiženého do stabilizované polohy a stisklo tepnu v tlakovém bodě.

Položka č. 10: Krvácení z nosu?

a) Dítě zakloní hlavu, na čelo přiložíme mokrý ručník a stiskneme chřípí.
b) Uložíme postiženého na záda s mírným záklonem hlavy.
c) Dítě předkloní hlavu, na zátylek umístíme mokrý ručník a stiskneme chřípí.

Tabulka 10. Krvácení z nosu?

Odpověď	n	%
Dítě zakloní hlavu, na čelo přiložíme mokrý ručník a stiskneme chřípí.	9	8,9
Uložíme postiženého na záda s mírným záklonem hlavy.	1	1,0
Dítě zakloní hlavu, na čelo přiložíme mokrý ručník a stiskneme chřípí.	91	90,1
Σ	101	100



Graf 10. Krvácení z nosu?

90,1 % respondentů nemělo s touto otázkou žádný problém. Chybně odpovědělo jenom 8,9 % pedagogů. Němečková (2012) se dozvídáme, že pedagogové neměli problém se správným určením odpovědi. 80 respondentů (88,89 %) určilo správně odpověď že, *předkloníme postiženému hlavu, stiskneme nosní křídla, přiložíme studený obklad na zátylek*. 6 respondentů (6,67 %) odpovědělo nesprávně: *předkloníme postiženému hlavu, stiskneme nosní křídla, přiložíme studený obklad na čelo a uložíme ho na bok*. Nejmenší počet respondentů, resp. 4 (4,44 %), špatně označilo možnost že, *zakloníme postiženému hlavu a stiskneme nosní křídla, přiložíme studený obklad na čelo.* Na grafu vidíme, že se opět většina respondentů (82 %) rozhodla pro správnou odpověď.

V práci Rychnovské (2011) se dočteme, že na tuto otázku správně odpovědělo (51 %) pedagogů. 20 respondentů (12 %) by jedinci zaklonilo hlavu, na čelo mu přiložilo mokrý ručník a stisklo by mu chřípí. 61 respondentů (37 %) se rozhodlo pro možnost, kdy dítě předkloní hlavu, na čelo přiložíme mokrý ručník a krev necháme volně odkapávat.

Položka č. 11: Použití škrtidla?

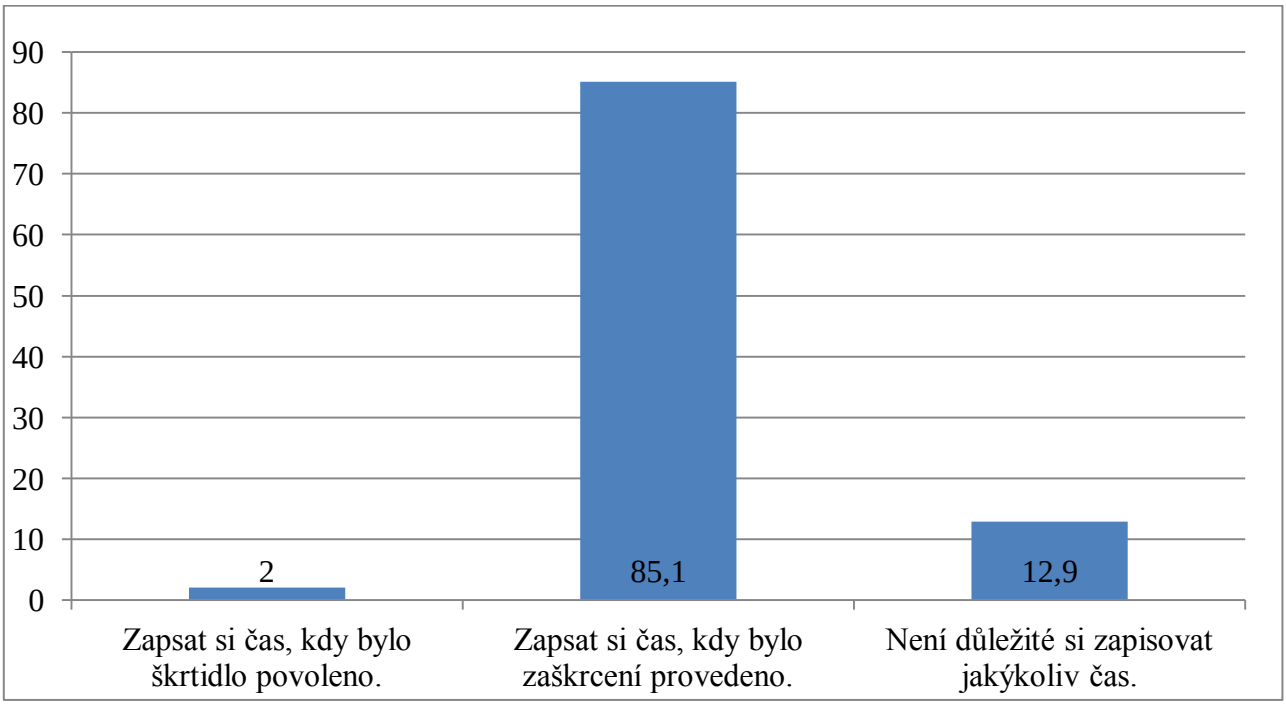
a) Zapsat si čas, kdy bylo škrtidlo povoleno.

b) Zapsat si čas, kdy bylo zaškrcení provedeno.

c) Není důležité si zapisovat jakýkoliv čas.

Tabulka 11. Použití škrtidla?

Odpověď	n	%
Zapsat si čas, kdy bylo škrtidlo povoleno.	2	2,0
Zapsat si čas, kdy bylo zaškrcení provedeno.	86	85,1
Není důležité si zapisovat jakýkoliv čas.	13	12,9
Σ	101	100



Graf 11. Použití škrtidla?

U položky číslo 11 je patrné, že respondenti znají správně odpověď. Na tuto otázku odpovědělo správně 85,1 % pedagogů. 12,9 % pedagogů odpovědělo špatně, tzn. není důležité si zapsat jakýkoliv čas. 2 % pedagogů označilo možnost, že je důležité si zapsat čas, kdy bylo škrtidlo povoleno. Tato odpověď je špatně.

Položka č. 12: Příznaky bezvědomí?

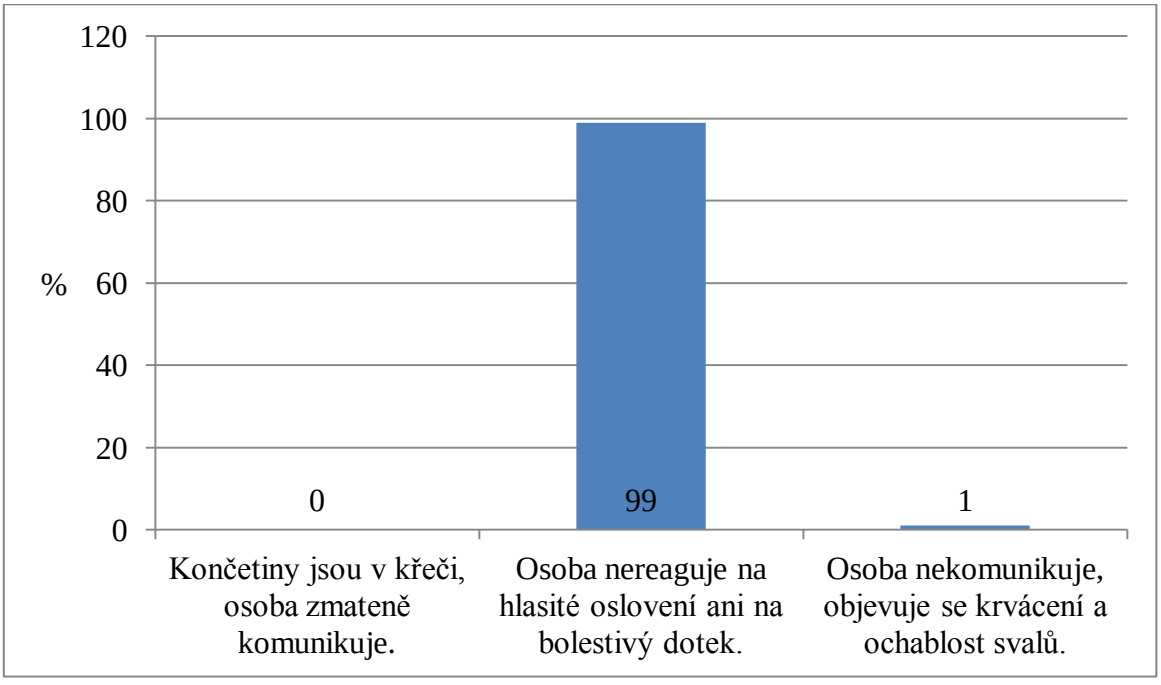
a) Končetiny jsou v křeči, osoba zmateně komunikuje.

b) Osoba nereaguje na hlasité oslovení ani na bolestivý dotek.

c) Osoba nekomunikuje, objevuje se krvácení a ochablost svalů.

Tabulka 12. Příznaky bezvědomí?

Odpověď	n	%
Končetiny jsou v křeči, osoba zmateně komunikuje.	0	0
Osoba nereaguje na hlasité oslovení ani na bolestivý dotek.	100	99,0
Osoba nekomunikuje, objevuje se krvácení a ochablost svalů.	1	1,0
Σ	101	100



Graf 12. Příznaky bezvědomí?

U této položky si byli všichni oslovení pedagogové zcela jisti. 99 % z nich odpovědělo správně na otázku, jaké jsou příznaky bezvědomí. Pouze 1 pedagog si myslel, že dítěte nereaguje na oslovení a ani na bolestivý dotyk. Tato odpověď je špatně. Z grafu je patrné, že poslední možnost pro možnost neoznačil nikdo.

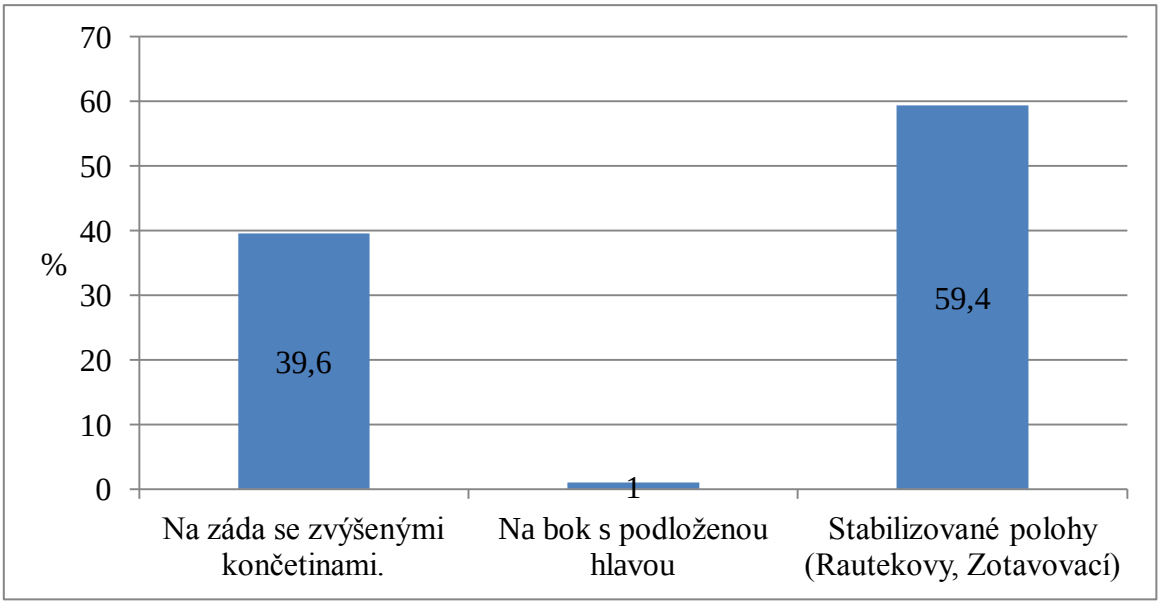
Rychnovská (2012) uvádí, že správnou odpověď uvedlo všech 81 (100 %) dotazovaných. Nikdo z dotazovaných neuvedl jako příznak bezvědomí krvácení a ochablost svalů.

Položka č. 13: Poloha při rozvoji šoku?

a) **Na záda se zvýšenými končetinami.**
b) Na bok s podloženou hlavou.
c) Stabilizované polohy (Rautekovy, Zotavovací).

Tabulka 13. Poloha při rozvoji šoku?

Odpověď	n	%
Na záda se zvýšenými končetinami.	40	39,6
Na bok s podloženou hlavou.	1	1,0
Stabilizované polohy (Rautekovy, Zotavovací).	60	59,4
Σ	101	100



Graf 13. Poloha při rozvoji šoku?

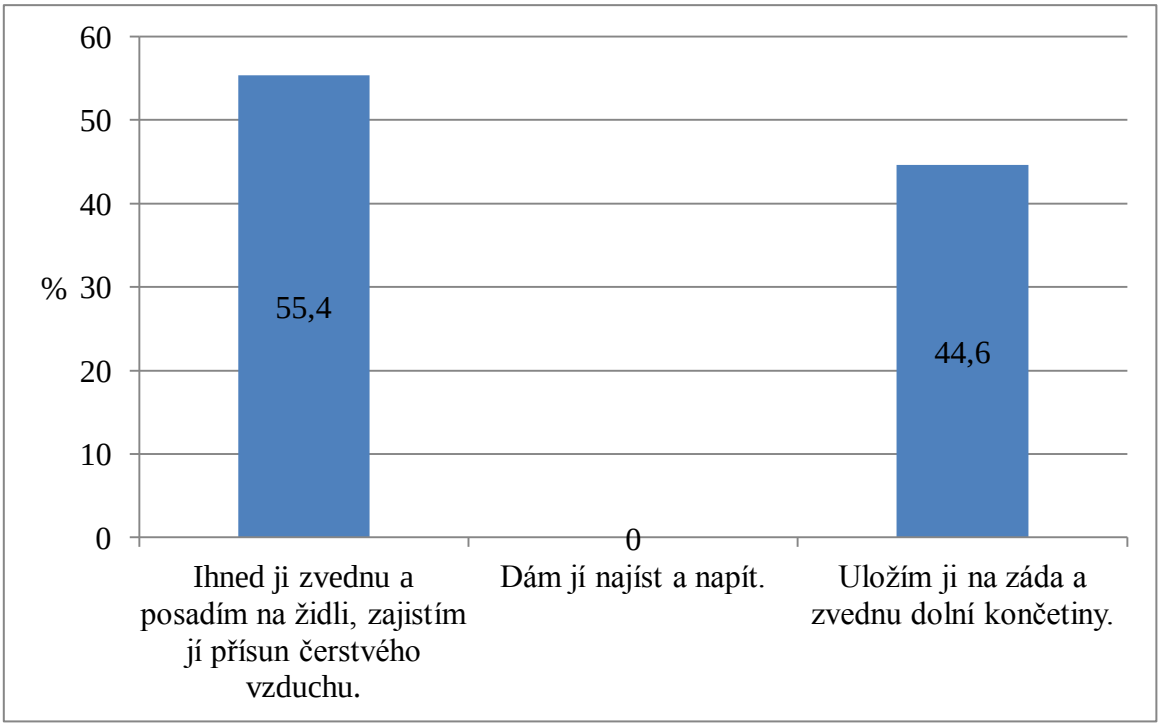
V této otázce si nejsou respondenti jisti. Většina pedagogů zvolila možnost špatně, že dítě uložíme do stabilizované (zotavovací, rautekovy) polohy. Pro možnost, že dítě dáme do polohy na záda se zvýšenými končetinami se dle grafu rozhodlo 39,6 % respondentů. Tato odpověď je správně. Z tabulky číslo 13 můžeme vyčíst, že 1 pedagog označil možnost, že dítě uložíme na bok s podloženou hlavou. Tato odpověď je špatně.

Položka č. 14: Mdloba?

a) Ihned ji zvednu a posadím na židli, zajistím jí přísun čerstvého vzduchu.
b) Dám jí najíst a napít.
c) Uložím ji na záda a zvednu dolní končetiny.

Tabulka 14. Mdloba?

Odpověď	n	%
Ihned ji zvednu a posadím na židli, zajistím jí přísun čerstvého vzduchu.	56	55,4
Dám jí najíst a napít.	0	0
Uložím ji na záda a zvednu dolní končetiny	45	44,6
Σ	101	100



Graf 14. Mdloba?

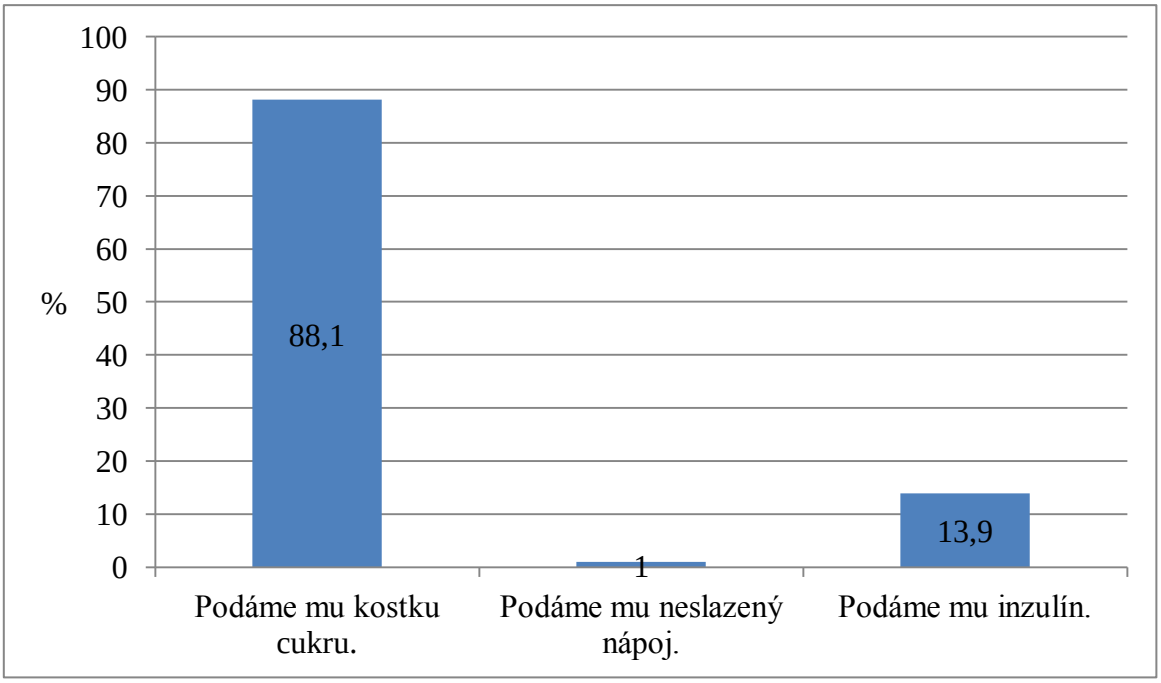
Z grafu se dá vyčíst, že pedagogové si nebyli moc jisti. 44,6 % odpověděli správně, označilo možnost, že dítě uložím na záda a zvednu dolní končetiny. 54 % pedagogů označilo možnost, že dítě zvedneme, posadíme a zajistíme přísun vzduchu. 1 respondent uvedl, že by jí dal najíst a napít. Což je zcela špatně.

Položka č. 15: První pomoc u diabetika?

a) **Podáme mu kostku cukru.**
b) Podáme mu neslazený nápoj.
c) Podáme mu inzulín.

Tabulka 15. První pomoc u diabetika?

Odpověď	n	%
Podáme mu kostku cukru.	89	88,1
podáme mu neslazený nápoj.	1	1,0
Podáme mu inzulín.	14	13,9
Σ	101	100



Graf 15. První pomoc u diabetika?

Z tabulky a grafu je jasné, že respondenti vědí, co mají u diabetika udělat. 89 pedagogů (88,1 %) uvedlo správně možnost, že diabetikovi dáme kostku cukru. 14 respondentů (13,9 %) zvolilo možnost, že by podali inzulín. Tato možnost je zcela špatně. 1 pedagog zvolil možnost podání neslazeného nápoje.

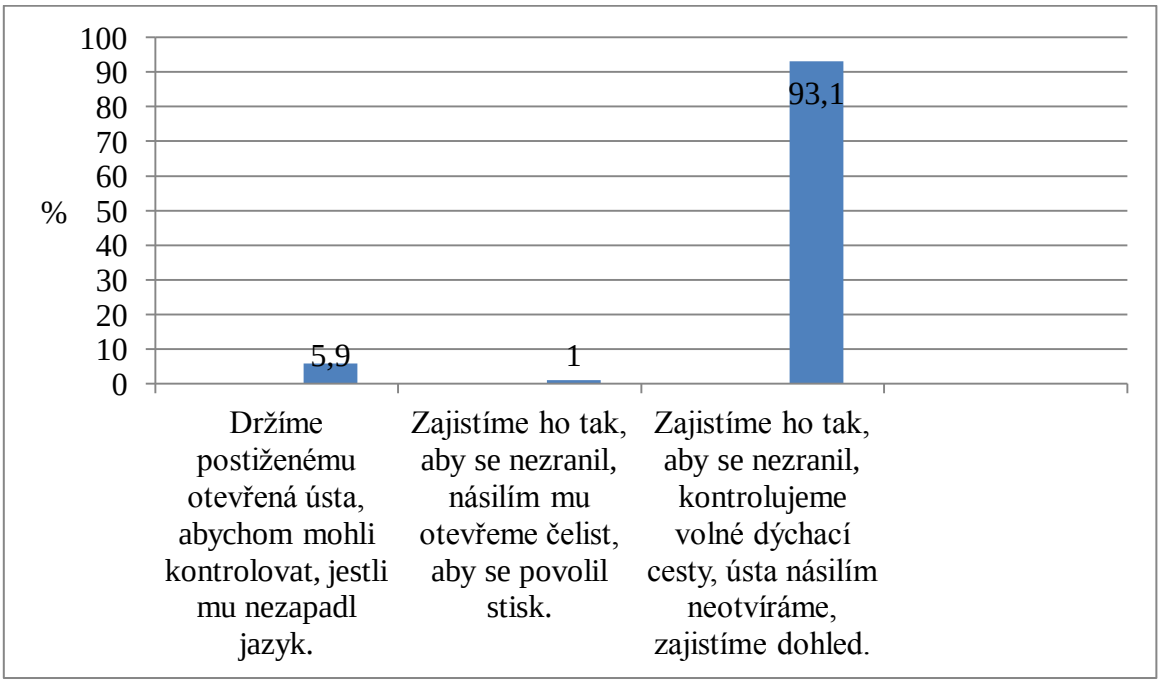
Položka č. 16: Epilepsie?

a) Držíme postiženému otevřená ústa, abychom mohli kontrolovat, jestli mu nezapadl jazyk.
b) Zajistíme ho tak, aby se nezranil, násilím mu otevřeme čelist, aby se povolil stisk.
c) Zajistíme ho tak, aby se nezranil, kontrolujeme volné dýchací cesty, ústa násilím neotvíráme, zajistíme dohled.

Tabulka 16. Epilepsie?

Odpověď	n	%
Držíme postiženému otevřená ústa, abychom mohli kontrolovat, jestli mu nezapadl jazyk.	6	5,9
Zajistíme ho tak, aby se nezranil, násilím mu	1	1,0

otevřeme čelist, aby se povolil stisk.		
Zajistíme ho tak, aby se nezranil, kontrolujeme volné dýchací cesty, ústa násilím neotvíráme, zajistíme dohled.	94	93,1
Σ	100	101



Graf 16. Epilepsie?

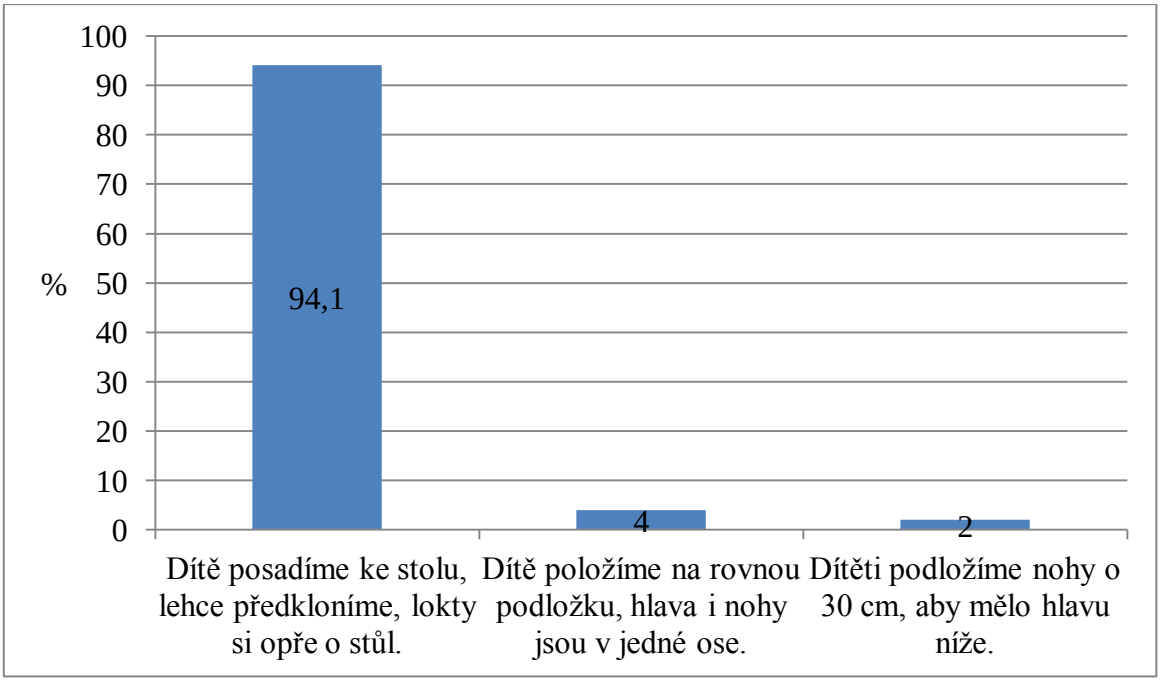
Z grafu je patrné, že dotazovaní u této otázky obstáli velmi dobře. 93,1 % oslovených určilo správně odpověď. Pouze 6 pedagogů si myslelo, že dítěti musíme držet násilně ústa, abychom kontrolovali, jestli mu nezapadl jazyk. 1 pedagog označil možnost, že mu násilně otevřeme ústa, aby povolil stisk. U Kovaříkové (2012) se pro špatnou odpověď rozhodlo 26 oslovených (13 %), z toho 8 pro možnost pro možnost, že by mu podložili hlavu a 18 oslovených pro možnost, že by postiženému násilně otevřeli ústa a vytáhli jazyk. 172 respondentů (87 %) volilo možnost správně, že nebráníme křečím a odstraníme nebezpečné předměty.

Položka č. 17: Astmatický záchvat?

a) **Dítě posadíme ke stolu, lehce předkloníme, lokty si opře o stůl.**
b) Dítě položíme na rovnou podložku, hlava i nohy jsou v jedné ose.
c) Dítěti podložíme nohy o 30 cm, aby mělo hlavu níže.

Tabulka 17. Astmatický záchvat?

Odpověď	n	%
Dítě posadíme ke stolu, lehce předkloníme, lokty si opře o stůl.	95	94,1
Dítě položíme na rovnou podložku, hlava i nohy jsou v jedné ose.	4	4,0
Dítěti podložíme nohy o 30 cm, aby mělo hlavu níže.	2	2,0
Σ	101	100



Graf 17. Astmatický záchvat?

Z grafu je jasně viditelné, že pedagogové by si při první pomoci u astmatického záchvatu byli zcela jisti. Správně odpovědělo 95 oslovených (94,1 %).

6 pedagogů volilo špatně odpověď, z toho 4 % pedagogů by dítě položilo na rovnou podložku a 2 % by dalo dítě do takové polohy, aby hlavu mělo o 30 cm níže než tělo. Což je zcela špatná odpověď.

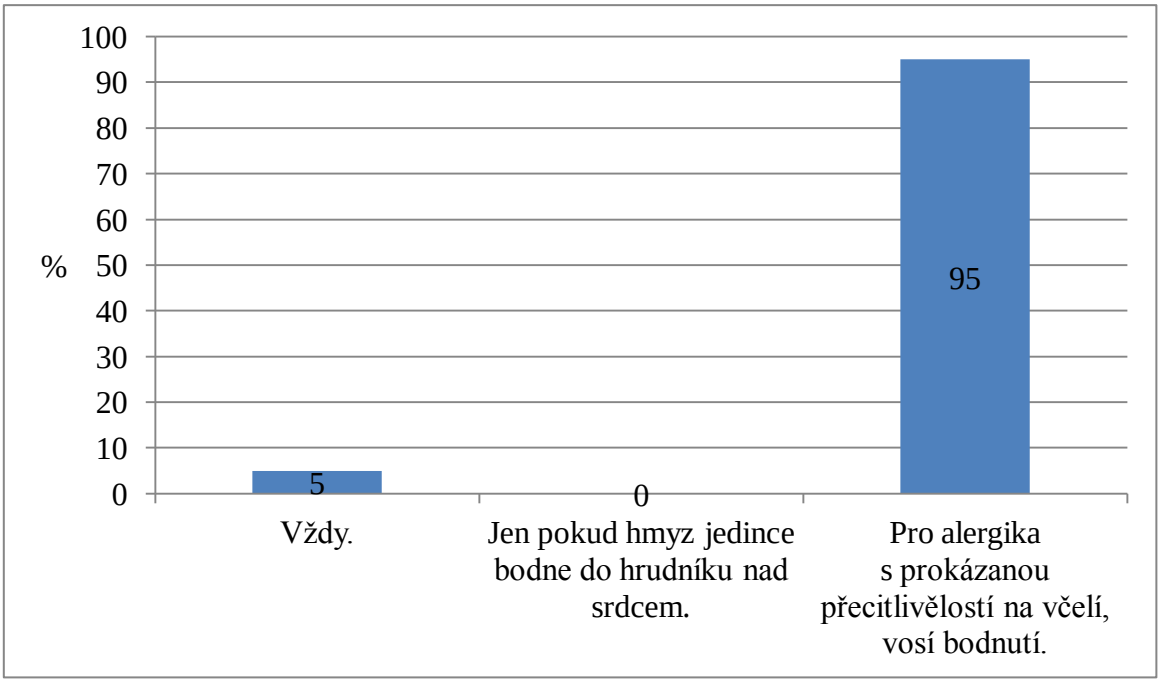
U Němečkové (2012) a Kovaříkové (2013) volilo správně 72 a 158 oslovených možnost b, že by dítě dali do ortoptické polohy s oporou v rukách. 13 (14,44 %) a 13 (7 %) respondentů volilo špatně možnost A: *dítě uvedeme do polohy stabilizované na bok* a zajistíme přísun vzduchu. Špatnou odpověď C: *dítě uvedeme do polohy vleže na zádech a zvedneme dolní končetiny*, označilo 5 respondentů (5,56 %) a 27 (13 %) respondentů.

Položka č. 18: Bodnutí hmyzem?

a) Vždy.
b) Jen pokud hmyz jedince bodne do hrudníku nad srdcem.
c) Pro alergika s prokázanou přecitlivělostí na včelí, vosí bodnutí.

Tabulka 18. Bodnutá hmyzem?

Odpověď	n	%
Vždy.	5	5,0
Jen pokud hmyz jedince bodne do hrudníku nad srdcem.	0	0
Pro alergika s prokázanou přecitlivělostí na včelí, vosí bodnutí.	96	95,0
Σ	101	100



Graf 18. Bodnutí hmyzem?

Dle grafu vidíme, že na tuto otázku odpovědělo 5,0 % pedagogů špatně. Správná odpověď byla c, pro alergika s prokázanou citlivostí na včelí jed. Tuto odpověď označilo 95 % pedagogů. Možnost b neoznačil nikdo. U Kovaříkové (2013) jsou výsledky podobné. Většina 179 (90 %) respondentů označila správnou odpověď. 19 respondentů (10 %) dali možnost, že včelí bodnutí je vždy nebezpečné. Možnost, že je včelí bodnutí nebezpečné, pokud hmyz bodne jedince nad srdce, tuto možnost neoznačil nikdo.

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na znalosti pedagogů 1. stupně základních škol v poskytování první pomoci.

Obsah teoretické části je zaměřen na definici první pomocí pomoci, historii a dělení první pomoci. Dále se zabývá akutními stavy u dětí, a to především na základní neodkladnou resuscitaci, bezvědomí, krvácení, šok, křečové stavy u dětí, akutní stavy u diabetiků, astma bronchiale, alergie. Poté je analyzován Rámcový vzdělávací program základního vzdělávání a jeho část První pomoc ve vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět. V teoretické části je zmíněn i vztah pedagoga a první pomoci, kde jsou uváděny povinnosti učitele dle zákona, bezpečnostní pravidla, prevence a evidence úrazů. Praktická část se zaměřuje na problematiky první pomoci z pohledu samotných učitelů. Zajímaly mě jak názory učitelů na své znalosti a dovednosti v oblasti první pomoci, tak i skutečné vědomosti, které jsem zjistila pomocí znalostního testu.

V této práci jsme zvolili 5 dílčích výzkumných otázek. První dílčí otázka je zaměřena na to, kde pedagogové absolvovali výuku první pomoci. 57,4 % oslovených pedagogů získalo znalosti první pomoci v autoškole. 54,5 % teoretické znalosti získalo během studia na střední nebo vysoké škole. Tato informace není překvapující, protože čtvrtina oslovených respondentů jsou začínající pedagogové a znalosti si pamatují ze svého studia na vysoké škole. 39,5 % získalo své dosavadní poznatky z této problematiky v různých kurzech. Kurzy ve znalostech první pomoci na začátku školního roku musí uspořádat každá škola. Pedagogové se školí nejen v první pomoci, ale i v bezpečnosti a ochraně zdraví při práci. 13,9 % pedagogů získalo tyto znalosti jinde.

Druhá dílčí otázka se zabývá problematikou, zda na 1. stupni základních škol probíhá výuka první pomoci. Výuce první pomoci se pedagogové nejvíce zaměřují v předmětu Člověk a jeho svět, který podle RVP ZV obsahuje nejvíce témat souvisejících s poskytování první pomoci. Tento vyučovací předmět uvedlo 87,1 % dotazovaných. Dále výuka probíhá v rámci tělesné výchovy nebo blokově, obě možnosti jsou pro děti atraktivní a zajímavé. Třetí dílčí otázka se zaměřuje na didaktické pomůcky užívané při výuce první pomoci. Nejvíce používané didaktické pomůcky na základních školách jsou především různé druhy šátků a obvazů. Tuto odpověď uvedlo 71,3 % oslovených pedagogů. Není to překvapující, protože tyto pomůcky mají nízké ekonomické náklady a mohou se používat opakovaně. Dále jsou vyžívané různé DVD a VHS s touto tématikou

nebo pracovní listy. Pro žáky je to velice přínosné a vědomosti z této oblasti mohou získávat zábavnou formou.

Čtvrtá dílčí otázka se zabývá vědomostmi a dovednostmi pedagogů v oblasti první pomoci. Z výzkumu vyplývá, že větší množství učitelů 60 % si myslí, že jsou schopni poskytnout správně první pomoc. Z výsledků znalostního testu, který byl součástí dotazníků, vyplývá, že pedagogové odpověděli správně z 72,7 %. Pouze u tří otázek a to u otázky 7, 13 a 14, bylo větší procentuální zastoupení u špatné volby odpovědi. Můžeme tedy souhlasit s většinovým tvrzením respondentů, kteří si myslí, že jsou schopni poskytnout správně první pomoc. Pátá dílčí otázka je zaměřena na spolupráci školy a IZS. Zjistili jsme, že většina škol spolupracuje se složkami Integrovaného záchranného systému. Exkurze k těmto složkám využívá 61 % dotazovaných. Takový způsob výuky pro žáky je samozřejmě lepší a atraktivnější než samotná výuka ve škole.

Přínosem diplomové práce je nejen zmapování znalostí v poskytování první pomoci u učitelů na 1. stupni základních škol, ale tato diplomová práce ukazuje také problémoví oblasti v poskytování první pomoci, na které se mohou učitelé zaměřit ve vyučování.

SOUHRN

Tématem mé diplomové práce je Problematika první pomoci v profesi učitele. Znalost a schopnost poskytnout první pomoc by měla patřit k základnímu vzdělání každého člověka a v učitelské profesi jistě patří mezi nejdůležitější znalosti. Práce se skládá z části teoretické a praktické. Je zaměřena na poskytování první pomoci především ve školním prostředí, tedy žákům na 1. stupni základních škol.

Obsah teoretické části je zaměřen na definici první pomocí pomoci, historii a dělení první pomoci. Dále se zabývá akutními stavy u dětí, a to především na základní neodkladnou resuscitaci, bezvědomí, krvácení, šok, křečové stavy u dětí, akutní stavy u diabetiků, astma bronchiale, alergie. Poté je analyzován Rámcový vzdělávací program základního vzdělávání a jeho část První pomoc ve vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět. V teoretické části je zmíněn i vztah pedagoga a první pomoci, kde jsou uváděny povinnosti učitele dle zákona, bezpečnostní pravidla, prevence a evidence úrazů.

Základem praktické části byl anonymní dotazník, který měl zjistit znalosti učitelů v poskytování první pomoci. Cílem bylo zaměřit se na znalosti z první pomoci. Z mého výzkumu vyplynulo, že více než polovina učitelů základních škol je schopna poskytnout správně první pomoc. Obecně lze hodnotit znalosti první pomoci u učitelů jako uspokojivé.

Závěr práce shrnuje nejdůležitější poznatky, které vyplynuly z provedeného výzkumu a vyhodnocení stanovených cílů.

Klíčová slova: první pomoc, pedagog, Rámcový vzdělávací program.

SUMMARY

The theme of this master's thesis is the issue of giving the first aid by the teachers. The ability to give the first aid should be the essential part of the basic education of every person and it should be one of the most important abilities of the teachers. This thesis is composed of the theoretical and practical part. I tis focused on giving the first aid at school, especially at the lower level of the primary school.

In the theoretical part, I have dealt with the definition of the first aid, its history and divisions. I have also focused on the children acute cases, such as basic urgent resuscitation, unconsciousness, bleeding, shock, acute diabetic complications, seizures, asthma bronchiale, allergies, and anaphylactic shock. Later on, I have analysed the Framework Educational Programme for Basic Education and its part called Humans and Their World.

The practical part of this thesis is based on an anonymous questionnaire focussing on the teachers' abilities to give the first aid. The research showed that more than the half of the primary school teachers is able to give the first aid in the right way, and generally, the teachers' knowledge of giving the first aid is satisfactory.

In the conclusion, there is a summary of the results arising from the research and the assessment of the designated aims.

Key words: first aid, teacher, the Framework Educational Programme for Basic Education

REFERENČNÍ SEZNAM

1. BYDŽOVSKÝ, J. 2011. *Předlékařská první pomoc.* Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-2334-1.

2. BERÁNKOVÁ, M., FLEKOVÁ, A., HOLZHAUSEROVÁ, B. *První pomoc.* 1. vydání. Praha: Informatorium, 203 s. ISBN 80-86073-99-8.

3. DANDOVÁ, Eva. *Bezpečnost a ochrana zdraví dětí ve školách.* Praha: Aspi, 2008 138 s. ISBN 978-80-7357-373-7.

4. DYTRTOVÁ, Radmila, KRHUTOVÁ, Marie. *Učitel: příprava na profesi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 128 s. ISBN 978-80-247-2863-6.

5. DVOŘÁČEK. I., HRABOVSKÝ. J. 1986. *První pomoc.* 4. doplněné a upravené vydání. První pomoc. Praha: Aviceum. 221 s. Bez ISBN.

6. GREGORA. M. 2004. *První pomoc u dětí.* Praha: Mladá fronta, a.s. 72 s. ISBN 80-204-1064-3.

7. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu.* Havlíčkův Brod: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

8. JUNAS, J., BOKESOVÁ-UHEROVÁ, M. *Dejiny medicíny a zdravotníctva.* 1. vydání. Martin: Osveta, 1985. 562 s.

9. KAUFMAN, J. 2007. *Záchranář: první pomoc.* Praha: Vodní záchranná služba ČČK. 150 s. ISBN 978-80-902-805-4-0.

10. KELNAROVÁ, J. et al. *První pomoc I.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 112 s. ISBN 978-80-247- 4199 – 4.

11. KOVAŘÍKOVÁ A. 2013. *Znalosti studentů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci o poskytování první pomoci: diplomová práce.* Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. 79 s., 10 příl. Vedoucí diplomové práce Jana Majerová.

12. KŘÍŽEK, V. *Obrazy z dějin lázeňství.* 2. Vydání. s. 263. Praha: Libri, 2002. ISBN 80-7277-092-6.

13. LEJSEK. J., RŮŽIČKA. P., BUREŠ J. 2010. *První pomoc*. Praha: Karolinum. 229 s. ISBN 978-80-246-1845-6

14. MADIAN, A., K. MATTHIESSEN, *První pomoc na cestách.* Praha: Grada 2007.

15. NĚMEČKOVÁ, K. 2012. *Informovanost učitelů v mateřských školách a poskytování první pomoci u dětí: bakalářská práce.* Zlín. Univerzita Tomáše Bati

ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. 62 s., 8 příl. Vedoucí bakalářské práce Markéta Blažková.

16. PODLAHOVÁ, Libuše. *První kroky učitele*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 223 s. ISBN 80-7254-474-8.

17. POKORNÝ. J. et. al. 2010. *Lékařská první pomoc.* 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. 474 s. ISBN 978-80-7262-322-8.

18. RUMIÁNOVÁ, J. 2011. *První pomoc jako nedílná součást učitelské způsobilosti*: *diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. 88 s., 4 l. příl. Vedoucí diplomové práce Jana Majerová.

19. RYCHNOVSKÁ, V. 2011. *Problematika první pomoci v profesi učitele: diplomová práce.* Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. 99 s., 15. příl. Vedoucí diplomové práce Milada Bezděková.

20. SLEZÁKOVÁ LENKA. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty I*. vydání 2. Praha: Grada, 2006. 240 s. ISBN 978-80-247-2040-1.

21. SVOBODOVÁ, Jarmila, ŠMAHELOVÁ, Bohumíra. *Kapitoly z obecné pedagogiky*. 1. vyd. Brno: MSD, 2007. 140 s. ISBN 978-80-86633-81-7.

22. SRNSKÝ, P. *První pomoc u dětí.* 2. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 111 s. ISBN 978-80-247-1824-8.

23. ŠTOREK, J. et al. 1993. *Dobrovolná sestra Českého červeného kříže 1.díl.* 5. vyd. Praha: 150 s. Český červený kříž.

24. TRAPANI, G.; BERTINO, E. A KOL. *První pomoc a zdraví dítěte.* 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 137 s. ISBN 80-7367-137-9.

25. VALÍŠOVÁ, V., H. KASÍKOVÁ, et al., 2007. *Pedagogika pro učitele*. Praha: Grada Publishing. 140 s. ISBN 978-80-247-1734-0.

26. Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání.

27. Vyhláška č. 64/2005 Sb., o evidenci úrazů dětí, žáků a studentů.

28. Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

29. Vyhláška č. 74/2005 Sb., o zájmovém vzdělávání.

30. Vyhláška č. 106/2001 Sb., o hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti, ve znění pozdějších předpisů.

31. Vyhláška č. 107/2005 Sb., o školním stravování.

32. Vyhláška č. 263/2007 Sb., kterou se stanoví pracovní řád pro zaměstnance škol a školských zařízení zřízených Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, krajem, obcí nebo dobrovolným svazkem obcí.

33. Vyhláška č. 268/2009 Sb., o technických požadavcích na stavby.

34. Vyhláška č. 410/2005 Sb., o hygienických požadavcích na prostory a provoz zařízení pro výchovu a vzdělávání dětí a mladistvých.

35. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

36. ZEMAN, M. *První pomoc*. 2. vydání. Praha: Galén, 1998. 2. Praha: Karolinum, 1998. 150 s. ISBN 80-7484-579-5.

Internetové zdroje:

- MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ REPUBLIKY. 2013. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* [online]. MSMT ČR – RVP ZV, 2013 [cit. 2014-11-11]. Dostupné z http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladnivzdelavani/upraveny-ramcovy-vzdelavaci-program-pro-zakladni-vzdelavani.

- Neodkladná resuscitace a základy první pomoci 2010. *Resuscitace u dětí [*online]. Neodkladná resuscitace 2010 [cit. 2015. 3. 19]. Dostupné z http://www.masaze-kurzy.cz/pomocPDF.pdf

- První pomoc pro veřejnost 2009. *Testi znalostí první pomoci* [online]. První pomoc 2009 cit. [2015. 3. 17]. Dostupné z http://prvnipomoc.kvalitne.cz/index.php?a=main&id=7

- První pomoc 2007. *První pomoc nejsou žádné čáry, ale dokáže zázraky* [online]. První pomoc 2007 [cit. 2015. 3. 17]. Dostupné z : http://www.zachrannasluzba.cz/

- První pomoc 2008. *Zásady první pomoci* [online]. 2008 [cit. 2015. 1. 12]. Dostupné z: http://www.prvni-pomoc.com/

- Fire history. Ihasici . cz 2010. *Stručné dějiny poskytování první pomoci.* [online]. 2010 [cit. 2014. 12. 8]. Dostupné z: www.firehistory.ihasici.cz/.../strucne-dejiny-poskytovani-prvni-pomoci.cz

SEZNAM OBRÁZKŮ

OBRÁZEK 1: PROTIŠOKOVÁ POLOHA 28
OBRÁZEK 2: TLAKOVÝ BOD 30
OBRÁZEK 3: ROZMÍSTĚNÍ TLAKOVÝCH BODŮ NA TĚLE 32
OBRÁZEK 4: AUTOTRANSFŮZNNÍ POLOHA 33

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1: PEDAGOGIKÉ PRAXE ……. 49
TABULKA 2: SCHOPNOST POSKYTNUTÍ PRVNÍ POMOCI ……...…… 50
TABULKA 3: ZÍSKÁNÍ ZNALOSTÍ O PRVNÍ POMOCI ……...…… 51
TABULKA 4: VE KTERÉM PŘEDMĚTU VÝUKU PRVNÍ POMOCI REALIZUJETE ……...…….. 52
TABULKA 4: MATERIÁLNÍ VYBAVENÍ PRO VÝUKU PRVNÍ POMOCI …… 53
TABULKA 6: PREVENTIVNÍ AKCE ZAMEŘENÉ NA POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI …… 56
TABULKA 7: POMĚR STLAČENÍ A VDECHŮ PŘI RESUSCITAI U DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU …… 58
TABULKA 8: TEPENNÉ KRVÁCENÍ ……. 59
TABULKA 9: ŽILNÍ KRVÁCENÍ …… 61
TABULKA 10: KRVÁCENÍ Z NOSU …….. 62
TABULKA 11: POUŽITÍ ŠKRTIDLA ……. 64
TABULKA 12: PŘÍZNAKY BEZVĚDOMÍ ……. 65
TABULKA 13: POLOHA PŘI ROZVOJI ŠOKU ……. 66
TABULKA 14: MDLOBA ……. 67
TABULKA 15: PRVNÍ POMOC U DIABETIKA …… 68
TABULKA 16: EPILEPSIE …… 70
TABULKA 17: ASTMATICKÝ ZÁCHVAT …… 71
TABULKA 18: BODNUTÍ HMYZEM ……. 72

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1: PEDAGOGICKÉ PRAXE …… 49
GRAF 2: SCHOPNOST POSKYTNUTÍ PRVNÍ POMOCI …… 50
GRAF 3: ZÍSKÁNÍ ZNALOSTÍ O PRVNÍ POMOCI …… 51
GRAF 4: VE KTERÉM PŘEDMĚTU VÝUKU PRVNÍ POMOCI REALIZUJETE …… 52
GRAF 4: MATERIÁLNÍ VYBAVENÍ PRO VÝUKU PRVNÍ POMOCI …… 54
GRAF 6: PREVENTIVNÍ AKCE ZAMEŘENÉ NA POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI 57
GRAF 7: POMĚR STLAČENÍ A VDECHŮ PŘI RESUSCITAI U DĚTÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU …… 58
GRAF 8: TEPENNÉ KRVÁCENÍ …… 60
GRAF 9: ŽILNÍ KRVÁCENÍ …… 61
GRAF 10: KRVÁCENÍ Z NOSU ……. 63
GRAF 11: POUŽITÍ ŠKRTIDLA ……. 64
GRAF 12:PŘÍZNAKY BEZVĚDOMÍ …… 65
GRAF 13: POLOHA PŘI ROZVOJI ŠOKU ……. 67
GRAF 14: MDLOBA …… 68
GRAF 15: PRVNÍ POMOC U DIABETIKA ……. 69
GRAF 16: EPILEPSIE …… 70
GRAF 17 : ASTMATICKÝ ZÁCHVAT ……..... 71
GRAF 18 BODNUTÍ HMYZEM …… 73

SEZNAM ZKRATEK

RVP ZV…….. RÁMCOVÁ VZDĚLÁVAÍ PROGRAM PRO ZÁKLADNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

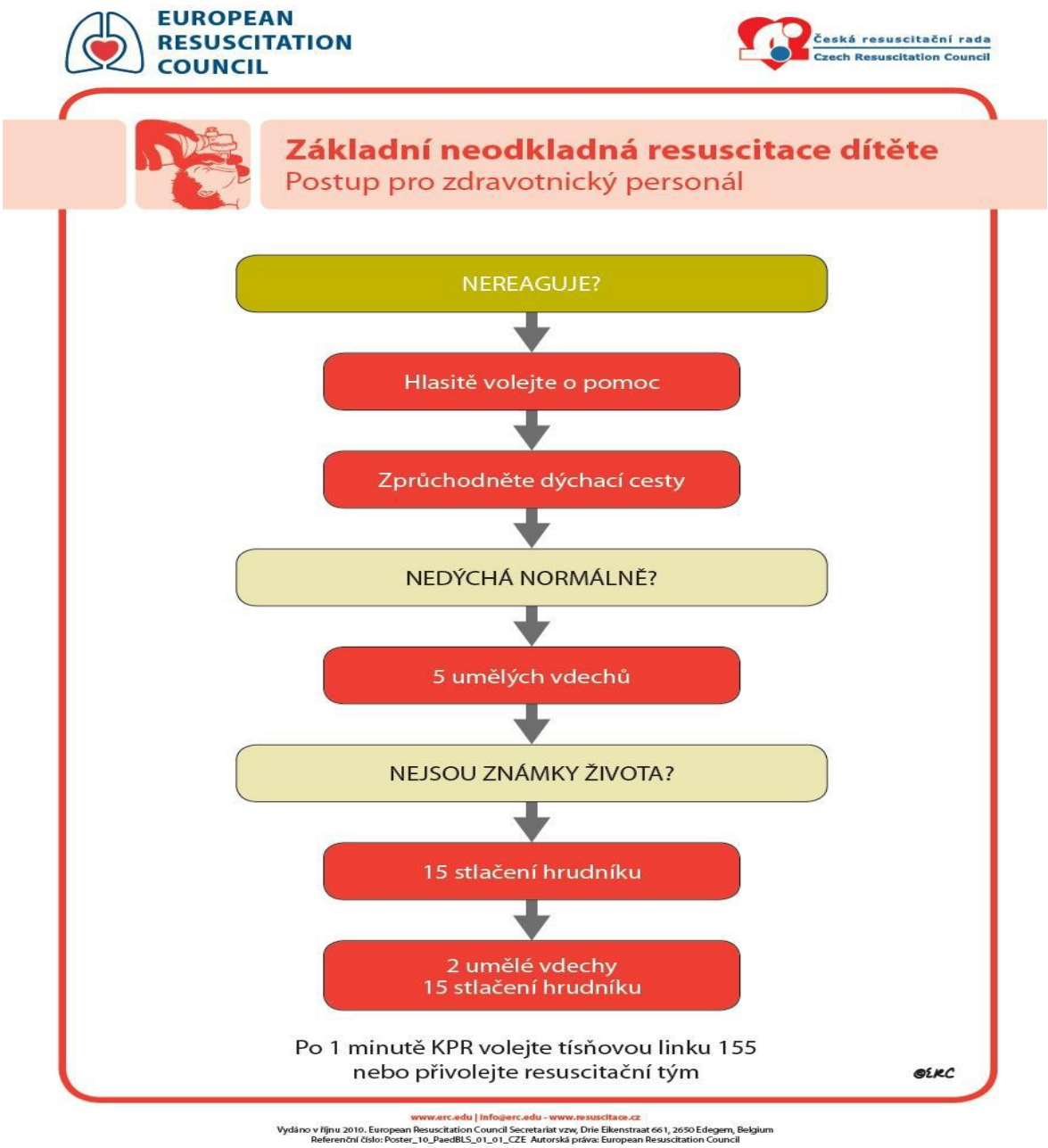
RZS …… RYCHLÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

IZS ……. INTEGROVANÝ ZÁCHRANNÝ SYSTÉM

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Algoritmus základní neodkladné resuscitace
- Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 1 Algoritmus základní neodkladné resuscitace



http://www.zachrannasluzba.cz/odborna/kpcr/2010_pbls.pdf

Příloha č. 2 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Marie Bochýnková a jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Studuji magisterský obor Učitelství pro 1. stupeň základních škol a píši diplomovou práci na téma Znalosti pedagogů na 1. stupni základních škol v poskytování první pomoci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je anonymní a poslouží pouze pro zpracování diplomové práce.

Pokyny k vyplnění:

Každá otázka má pouze jednu **správnou odpověď.** Vámi zvolenou odpověď zakroužkujte, pokud není uvedeno jinak. Pokud v průběhu vyplňování dotazníku změníte svou původní odpověď, přeškrtněte ji a napište Vámi zvolenou odpověď k otázce.

Předem Vám děkuji za Váš čas a spolupráci

1. Délka Vaší pedagogické praxe:

a) Do 5 let

b) 5-20 let

c) Více než 25 let

2. Myslíte si, že jste schopen/a poskytnout první pomoc?

a) Ano

b) Ne

c) Nedokážu posoudit

3. Teoretické znalosti první pomoci jste získal/a?(možno označit více odpovědí)

a) V kurzu první pomoci

b) V autoškole

c) Během studia (sš,vš..)

d) Na internetu

e) Jinde

f) Nikde

4. Ve kterém předmětu je výuka první pomoc ve Vaší škole realizovaná?

a) Člověk a jeho svět

b) Tělesná výchova

c) Pracovní činnosti

d)Výuka probíhá blokově bez zařazení do konkrétního předmětu

e) Jiný (uveďte jaký)……

5. Jak je Vaše škola materiálně vybavena pro výuku první pomoci?(možno označit více odpovědí)

a) Pracovní listy

b) Programy pro interaktivní tabuli

c) Různé druhy obvazů, trojcípé šátky

d) DVD, VHS

f) Knihy, brožury

e) Figuríny

g) Jiné (uveďte)…….

6. Probíhají ve Vaší škole preventivní akce zaměřené na poskytování první pomoci? (možno označit více odpovědí)

a) Ano, minimálně 1x ročně u nás probíhá odborná přednáška vedená lékařem, zdravotní sestrou nebo jiným odborným pracovníkem.

b) Ano, jezdíme na exkurze k různým složkám záchranného systému (hasiči, policie, zdravotní záchranná služba).

c) Ano, pořádáme pro žáky projektové dny s touto problematikou.

d) Ne, neprobíhají.

7. Jaký je poměr stlačení a umělých dechů při resuscitaci u dětí mladšího školního věku?

a) 15:2

b) 3:1

c) 30:2

8. Jak poznat tepenné krvácení?

a) Krev má tmavě červenou barvu, z rány volně vytéká.

b) Krev má jasně červenou barvu, vytéká z rány v rytmu srdečního tepu.

c) Krev je jasně červená, intenzita krvácení je nižší.

9. Jak zastavíme žilní krvácení z končetiny?

a) Přiložíme tlakový obvaz a končetinu uložíme na zvýšenou podložku.

b) Postiženého uložíme do protišokové polohy a končetinu zaškrtíme.

c) Postiženého uložíme do stabilizované polohy a stiskneme tepnu na zraněné končetině v tlakovém bodě.

10. Jaká je první pomoc při krvácení z nosu?

a) Dítě zakloní hlavu, na čelo přiložíme mokrý ručník a stiskneme chřípí.

b) Uložením postiženého na záda s mírným záklonem hlavy.

c) Dítě předkloní hlavu, na zátylek umístíme mokrý ručník a stiskneme chřípí.

11. Když použijeme škrtidlo, co je důležité udělat?

a) Zapsat si čas, kdy bylo škrtidlo povoleno.

b) Zapsat si čas, kdy bylo zaškrcení provedeno.

c) Není důležité zapisovat jakýkoliv čas.

12. Jaké jsou příznaky bezvědomí?

a) Končetiny jsou v křeči, osoba zmateně komunikuje.

b) Osoba nereaguje na hlasité oslovení ani na bolestivé podněty.

c) Osoba nekomunikuje, objevuje se krvácení a ochablost svalů.

13. Do jaké polohy byste uložili postiženého v šoku?

a) Na záda se zvýšenými dolními končetinami

b) Na boku s podloženou hlavou

c) Stabilizované (Raukekovy, Zotavovací)

14. V nevětrné třídě na konci vyučovací hodiny upadla žákyně do krátkodobého bezvědomí (do mdloby). Co uděláte?

a) Ihned ji zvednu a posadím na židli, zajistím jí přísun čerstvého vzduchu.

b) Dám jí najíst a napít.

c) Uložím ji na záda a zvednu dolní končetiny.

15. Jaká je první pomoc u diabetika, který upadá do šoku?

a) Podáme mu kostku cukru.

b) Podáme mu neslazený nápoj.

c) Podáme mu inzulín.

16. Jaká je první pomoc u epileptického záchvatu?

a) Držíme postiženému otevřená ústa, abychom mohli kontrolovat, jestli mu nezapadl jazyk.

b) Zajistíme ho tak, aby se nezranil, násilím mu otevřeme čelist, aby se povolil stisk.

c) Zajistíme ho tak, aby se nezranil, kontrolujeme volné dýchací cesty, ústa násilím neotvíráme, zajistíme dohled.

17. Do jaké polohy byste uložili dítě při astmatickém záchvatu?

a) Dítě posadíme ke stolu, lehce předkloníme, lokty si opře o stůl.

b) Dítě položíme na rovnou podložku, hlava i nohy jsou v jedné ose.

c) Dítěti podložíme nohy o 30 cm, aby mělo hlavu níže.

18. Bodnutí hmyzem (včelou, vosou) je nebezpečné:

a) Vždy.

b) Jen pokud hmyz jedince bodne do hrudníku nad srdcem.

c) Pro alergika, s prokázanou přecitlivělostí na včelí, (vosí).

ANOTACE

JMÉNO A PŘÍJMENÍ	MARIE BOCHÝNKOVÁ
KATEDRA	KATEDRA ANTROPOLOGIE A ZDRAVOVĚDY
VEDOUCÍ PRÁCE	MGR. JANA MAJEROVÁ
ROK OBHAJOBY	2015

NÁZEV PRÁCE:	Znalosti pedagogů na 1. stupni základních škol v poskytování první pomoci
NÁZEV V ANGLIČTINĚ:	Teachers' Abilities to Give First Aid at Lower Primary Schools
ANOTACE PRÁCE:	Teoretická část je věnována vybraným akutním stavům u dětí, analýze Rámcového vzdělávacího programu základního vzdělávání a jeho vzdělávací část Člověk a jeho svět. Dále jsem se zabývala vztahem pedagoga k první pomoci, kde jsou uváděny povinnosti učitele dle zákona, bezpečnostní pravidla, prevence a evidence úrazů. Základem praktické části byl anonymní dotazník, který měl zjistit znalosti učitelů v poskytování první pomoci.
KLÍČOVÁ SLOVA:	**Klíčová slova:** první pomoc, pedagog,

	Rámcový vzdělávací program.
ANOTACE V ANGLIČTINĚ:	The theoretical part of this master's thesis deals with the selected children acute cases. I have analysed the Framework Educational Programme for Basic Education and its part called Humans and Their World. I have also focused on the teachers' attitudes towards the first aid because the teachers are legally obliged to give the first aid. At school, the teacher has to obey the security rules, prevent and record the injuries as well. The practical part of this thesis is based on an anonymous questionnaire focussing on the teachers' abilities to give the first aid.
KLÍČOVÁ SLOVA V ANGLIČTINĚ:	Key words: first aid, teacher, the Framework Educational Programme for Basic Education
PŘÍLOHY VÁZANÉ V PRÁCI:	2
ROZSAH	84
JAZYK PRÁCE	Český jazyk